

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA
IBU PASCA CURETASE DENGAN ABORTUS INKOMPLIT
DI RUANG RAWAT GABUNG RSUD ABEPURA**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan

Ahli Madya Kebidanan pada Diploma III Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura



Oleh :

YUNITA MEGA KURNIA
NIM. PO.71.24.4.08.75

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
DIPLOMA III KEBIDANAN**

2011

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PASCA
CURETASE DENGAN ABORTUS INCOMPLETUS DI RUANG
RAWAT GABUNG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA**

Jayapura, Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP. 19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Nurul Afifah, S. SiI

NIP. 19771220 200801 2 012

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



Heni Voni Rerey, SKM, MPH

NIP 19640419 198903 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

**Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah
Program Diploma III Kebidanan**

Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 28 Juli 2011

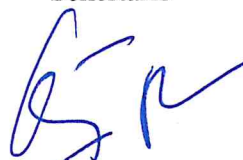
Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

Ketua



Heni Voni Rerey, SKM, MPH
NIP.1964 0419 1989 03 2003

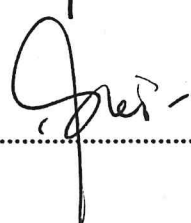
Sekretaris



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP.1951 0101 1972 08 2001

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes.
NIP. 1946 0424 1973 05 2001
2. Susanna Ramandey, S.Sos, M.Kes
NIP. 1955 0924 1978 12 2002

1. (..........)
2. (..........)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

*Kebijaksanaan hidup ada pada kesempurnaan sifat padi,
semakin berisi semakin merunduk, semakin berilmu
semakin merendahkan diri*

(Bidan Mega, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunianya, sehingga perkuliahan ini dapat terselesaikan.
2. Ayahandaku (Abd. Salam), Bundaku (Kastiyah), yang senantiasa mendoakanku, mendukungku dan memberi bantuan moril serta material sehingga dapat menyelesaikan perkuliahan ini.
3. Padeku (Sarjono) dan Budeku (Siti Salamah) yang selalu memberikan bantuan Moril dan Materil agar aku selalu sukses dalam menggapai cita-cita.
4. Buat Adikku(Rian Vivi Kuntari) yang kusayangi yang selalu memberi dukungannya selama ini.
5. Buat orang terdekatku dan menyayangiku (Muh. Sahrul), yang selalu setia memberikan dorongan, motivasi, doa dan mendampingiku dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Teman-teman seperjuangan Angkatan ke II Reguler tahun 2008 Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuat aku bisa mengerti pentingnya ilmu dalam hidup dan membuat aku mengerti apa arti dari persahabatan.
7. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya yang begitu besar pada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Pasca Curetase dengan Abortus Completus di Ruang RG RSUD Abepura tahun 2011.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat yang diajukan untuk dapat menyelesaikan program Diploma III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah masih terdapat banyak kekrangan dan jauh dari kesempurnaan baik dari segi penulisan maupun dari segi analisisnya, namun penulis telah berusaha dengan segala kemampuan yang ada untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan guna kemajuan mendatang.

Terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari adanya dukungan dan kesempatan yang diberikan serta bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak.

Untuk itu penulis berkenan menghaturkan banyak terima kasih kepada yang terhormat :

1. Kepala Dinas Kesehatan Papua yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti studi Program Diploma III Kebidanan.
2. Bapak Isak Tukayo, S.Kp, M.Sc selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.

3. Ibu Welmintje Sapari, M.Kes selaku mantan Ketua Jurusan Kebidanan / Konsultan Kebidanan
4. Ibu Heni voni Rerey, SKM, MPH selaku Ketua jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura
5. Ibu Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Pembimbing I atas ketulusan dan keikhlasan yang telah banyak memberikan arahan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Ibu Nurul Afifah, S.ST selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Rekan-rekan Mahasiswa Kebidanan angkatan II Reguler dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang selama ini telah banyak membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai. Semoga Allah SWT memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.

Dengan senang hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun guna pembangunan diri dimasa yang akan datang.

Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca pada umumnya dan bagi teman-teman seprofesi yaitu bidan, demi peningkatan mutu pelayanan Kebidanan pada klien, baik sebagai individu keluarga dan masyarakat

Jayapura, 7 Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	:.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	:.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	:.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	:.....	iv
KATA PENGANTAR	:.....	vi
DAFTAR ISI	:.....	viii

BAB I	PENDAHULUAN	
	A. Latar Belakang	:..... 1
	B. Rumusan Masalah	:..... 3
	C. Tujuan Penelitian	:..... 4
	1. Tujuan Umum	:..... 4
	2. Tujuan Khusus	:..... 4
	D. Manfaat	:..... 5

BAB II	LANDASAN TEORI	
	A. Konsep Dasar	
	1. Definisi	:..... 6
	2. Frekuensi	:..... 6
	3. Etiologi	:..... 7
	4. Patogenesis	:..... 10
	5. Klasifikasi	:..... 11
	6. Macam-macam Abortus	:..... 11

7. Komplikasi	:.....	14
8. Prognosis	:.....	15
9. Pencegahan	:.....	16
10. Penanganan	:.....	16
B. Konsep Dasar Abortus		
1. Pengertian	:.....	18
2. Tanda dan Gejala	:.....	18
3. Diagnosis	:.....	18
4. Penatalaksanaan	:.....	19
C. Manajemen Asuhan Kebidanan:	:.....	22
BAB III TINJAUAN KASUS		
A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus	:.....	30
B. Kasus	:.....	34
BAB IV PEMBAHASAN	:.....	50
BAB V PENUTUP		
A. Kesimpulan	:.....	52
B. Saran	:.....	53
DAFTAR PUSTAKA		

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Banyak wanita setiap tahunnya mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Beberapa kehamilan berakhir dengan kelahiran tetapi beberapa diantaranya diakhiri dengan abortus. Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sedangkan menurut WHO batasan usia kehamilan adalah sebelum 22 minggu. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menentukan bahwa aborsi termasuk dalam masalah kesehatan reproduksi yang perlu mendapatkan perhatian dan merupakan penyebab penderitaan wanita di seluruh dunia.

Saat ini Aborsi menjadi salah satu masalah yang cukup serius, dilihat dari tingginya angka aborsi yang kian meningkat dari tahun ke tahun. Rata-rata terjadi 114 kasus abortus per jam. Sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus spontan antara 15-20 % dari semua kehamilan. Kalau dikaji lebih jauh kejadian abortus sebenarnya bisa mendekati 50%. Hal ini dikarenakan tingginya angka *chemical pregnancy loss* yang tidak bisa diketahui pada 2-4 minggu setelah konsepsi. Sebagian besar kegagalan kehamilan ini dikarenakan kegagalan *gamet* (misalnya sperma dan disfungsi oosit). Namun demikian, frekuensi seluruh keguguran yang pasti sukar

ditentukan, karena abortus buatan banyak yang tidak dilaporkan, kecuali bila telah terjadi komplikasi. Juga karena sebagian keguguran spontan hanya disertai gejala dan tanda ringan, sehingga wanita tidak datang ke dokter atau rumah sakit. Di dunia terjadi 20 juta kasus abortus setiap tahun dan 70.000 wanita meninggal karena abortus setiap tahunnya. Angka kejadian abortus di Asia Tenggara adalah 4,2 juta pertahun termasuk Indonesia, sedangkan frekuensi abortus spontan di Indonesia adalah 10% - 15% dari 6 juta kehamilan setiap tahunnya atau 600 - 900 ribu, sedangkan abortus buatan sekitar 750 ribu – 1,5 juta setiap tahunnya. (*Ulfa Anshor, 2006*).

Manuaba (2007), mengemukakan diperkirakan terjadi gugur kandung secara ilegal pada kehamilan yang tidak di inginkan sebanyak 2,5 – 3 juta orang pertahun dengan kematian sekitar 125.000 – 130.000 orang pertahun di Indonesia.

Berdasarkan observasi langsung di lahan praktek dan pengumpulan data dari Rumah Sakit Umum Daerah Abepura, maka diperoleh data sejak bulan Januari sampai Juni 2011 kasus abortus berjumlah 72 kasus. Dimana jumlah abortus inkompletus menduduki peringkat pertama yakni 60 kasus, menyusul abortus iminens 9 kasus, abortus provokatus 2 kasus, abortus komplit 1 kasus.

Salah satu dampak dari abortus adalah adanya komplikasi berupa infeksi atau dapat menyumbat saluran telur, sehingga akan mengganggu kesuburan (sulit hamil). Perdarahan yang hebat akibat abortus juga bisa menyebabkan kurang darah (anemia) pada wanita yang bersangkutan.

Abortus sangat berbahaya jika dilakukan oleh tenaga yang belum terlatih. Karena dapat mengakibatkan kematian. Disamping itu juga aborsi juga berdampak pada kondisi psikologis, perasaan kehilangan bayi.

Penulis tertarik mengambil judul ini karena banyak ibu hamil yang tidak mengetahui akan pentingnya asuhan *pasca curetase* dan penulis ingin ikut berpartisipasi dalam meningkatkan pengetahuan ibu akan pentingnya asuhan pada ibu *pasca curetase*, serta bertujuan untuk memenuhi atau menjawab rasa penasaran yang begitu kuat dan untuk mengetahui lebih dalam tentang asuhan kebidanan pada ibu *pasca curetase*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah diuraikan, maka penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana mengkaji ibu hamil dengan abortus inkompletus dan mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
2. Bagaimana mengintervensikan data untuk menegakkan diagnosa pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
4. Bagaimana menentukan tindakan segera, untuk melakukan tindakan, konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?



5. Bagaimana menyusun rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
6. Bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang disusun pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
7. Bagaimana melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?
8. Bagaimana melakukan pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura ?

C. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari :

1. Tujuan Umum

Melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus di RSUD Abepura secara tepat dan benar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian pada ibu hamil dengan abortus inkompletus.
- b. Mahasiswa mampu menginterpretasikan data dasar / diagnosa masalah.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa potensial.

- d. Mahasiswa mampu mengidentifikasi tindakan kebutuhan segera
- e. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan dan rasionalisasi berdasarkan diagnosa
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang telah dibuat
- g. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi hasil asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan

D. Manfaat Penulisan

1. Karya tulis ini dapat berguna dan menjadi sumber bacaan bagi penulis sendiri maupun orang lain khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan abortus inkompletus
2. Bagi rumah sakit dapat menjadi bahan acuan dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil pasca kuretase dengan abortus inkomplit
3. Bagi penulis merupakan pengalaman baru yang sangat berharga dalam menerapkan ilmu yang penulis peroleh selama menempuh pendidikan di politeknik kesehatan jayapura
4. Sebagai tonggak awal dalam penulisan karya tulis ilmiah untuk melanjutkan pendidikan selanjutnya.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. KONSEP DASAR ABORTUS

1. Definisi

Abotus 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)*

Abortus adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 22 minggu (sebelum janin mencapai viabilitas). *(Kurniawati, 2009)*

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada kehamilan atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungann. *(Prawirohardjo, 2002)*

2. Frekuensi

Diperkirakan frekuensi keguguran spontan berkisar antara 15-20% namun demikian frekuensi menyeluruh keguguran yang pasti sukar ditentukan karena banyak abortus buatan banyak yang tidak dilaporkan kecuali bila terjadi komplikasi. Juga karena sebagian keguguran spontan hanya disertai gejala dan tanda ringan, sehingga wanita tidak datang ke dokter / rumah sakit. Menurut SIEGLER dan EASTMAN, abortus terjadi pada 10% kehamilan. Menurut EASTMAN, 80% dari abortus

terjadi pada bulan ke 2-3 kehamilan, sementara SIMENS mendapatkan angka 76%.

3. Etiologi

Penyebab abortus bervariasi dan sering diperdebatkan umumnya lebih dari satu penyebab. Penyebab terbanyak diantaranya adalah :

a. Penyebab genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan *kariotipe embrio* paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan *sitogenetik*. Bagaimanapun, gambaran ini belum termasuk kelainan yang disebabkan oleh gangguan gen tunggal (misalnya kelainan *mendelian*) atau mutasi pada beberapa locus (misalnya gangguan *poligenik* atau *multifaktor*) yang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan kariotip. Kejadian tertinggi kelainan sitogenetik konsepsi terjadi pada awal kehamilan. Kelainan sitogenetik embrio biasanya berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis, misalnya *nondisjunction meiosis*, atau *poliploidi* dari *fertilitas abnormal*

b. Kelainan Ovum

Menurut Hertig dkk, pertumbuhan abnormal dari fetus sering menyebabkan abortus spontan, maka :

- 1). 48,9 % disebabkan karena ovum yang patologis
- 2). 3,2 % disebabkan oleh kelainan letak embrio
- 3). 9,6 % disebabkan oleh karena placenta yang abnormal

Pada ovum abnormal 6 % diantaranya terdapat degenerasi hidatif vili abortus spontan yang disebabkan oleh karena kelainan dari ovum berkurang kemungkinannya kalau kehamilan saat terjadinya abortus makin besar kemungkinan disebabkan oleh kelainan ovum (50-80%).

c. Kelainan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menimbulkan kematian janin dan cacat bawaan yang menyebabkan kematian mudiga pada hamil muda

Faktor-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan ialah sebagai berikut :

1). Kelainan *kromosom*

Kelainan yang sering ditemukan pada abortus spontan ialah trisomi, *poliploidi* dan kemungkinan pula kelainan *kromosom sex*.

2). *Endometrium*

Endometrium di sekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu.

3). Pengaruh dari luar

Radiasi, virus, obat-obatan dan sebagainya dapat mempengaruhi baik hasil konsepsi maupun lingkungan hidupnya dalam uterus. Pengaruh ini umumnya dinamakan pengaruh *teratogen*.

d. Kelainan pada plasenta

Endarteritis dapat terjadi dalam *vili koriales* dan menyebabkan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun.

e. Penyakit Ibu

Penyakit mendadak seperti *pneumonia*, *typus abdominalis*, *pielonefritis*, malaria dan lain-lain dapat menyebabkan abortus. Toksin, bakteri, virus atau plasmodium dapat melalui plasenta masuk ke janin. Sehingga menyebabkan kematian janin dan kemudian terjadi anemia berat, keracunan, *peritonitis* umum dan banyak penyakit menahun seperti *brusellosis*, *mononucleosis infeksiosa*, *toksoplasmosis* juga dapat menyebabkan abortus walaupun lebih jarang.

f. Antagonis rhesus

Pada antagonis rhesus, darah ibu yang melalui plasenta merusak darah fetus sehingga terjadi anemia pada fetus yang berakibat meninggalnya fetus.

g. Terlalu cepatnya *corpus luteum* menjadi *atrofi*

Atau faktor serviks, yaitu inkompetensi serviks, servisititis

h. Perangsangan pada ibu yang menyebabkan uterus berkontraksi

Sangat terkejut, obat-obatan uterotonika, kekuatan, laparotomi, dapat juga menyebabkan trauma langsung terhadap fetus, selaput janin rusak langsung karena instrumen, benda dan obat-obatan.

i. Penyakit bapak

Umur lanjut, penyakit kronis seperti : TBC, anemia, dekompensasi kordis, malnutrisi, nefritis, sifilis, keracunan (alkohol, nikotin) sinar rontgen, avitaminosis.

4. Patogenesisa

Fetus dan plasenta keluar bersamaan pada saat aborsi yang terjadi sebelum minggu kesepuluh, tetapi terpisah kemudian. Ketika plasenta, seluruh atau sebagian tertinggal didalam uterus, perdarahan terjadi dengan cepat. Pada permulaan terjadi perdarahan dalam desidua basalis, diikuti oleh nekrosis jaringan sekitarnya, kemudian sebagian atau seluruh hasil konsepsi terlepas. Karena dianggap benda asing, maka uterus akan berkontraksi untuk mengeluarkannya. Pada kehamilan dibawah 8 minggu, hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya, karena vili korialis belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan pada usia kehamilan 8-14 minggu telah masuk agak dalam, sehingga sebagian keluar dan sebagian lagi akan tertinggal. Hilangnya kontraksi yang dihasilkan dari aktivitas kontraksi retraksi miometrium yang menyebabkan banyak terjadi perdarahan

5. Klasifikasi

Abortus dapat dibagi atas dua golongan :

1. Abortus spontan

Adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah

2. Abortus provokatus

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

a. Abortus medisinalis (*abortus therapeutica*)

Adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

b. Abortus kriminalis

Adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

6. Macam-macam Abortus

1. Abortus Iminens

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, osium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan. Penderita mengeluh

mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam.

2. Abortus Insiapiens

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan osium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks dan umur kehamilan.

3. Abortus Kompletus

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, osium uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai umur kehamilan

4. Abortus Inkompletus

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Batasan ini juga masih terpancang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus di mana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada osium uteri eksternum.

5. Missed Abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan. Penderita missed abortion biasanya tidak merasakan keluhan apapun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti diharapkan

6. Abortus Habitualis

Ialah abortus spontan yang terjadi tiga kali berturut-turut. Penderita abortus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran/abortus secara berturut-turut.

7. Abortus Infeksiosus, Abortus septik

Abortus infeksius ialah abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia. Abortus septik ialah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritonium. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepsis.

8. Kehamilan Anembrionik

Kehamilan anembrionik merupakan kehamilan patologi dimana mudigah tidak terbentuk sejak awal walaupun kantong gestasi tetap terbentuk. Di samping mudigah, kantong kuning telur juga tidak ikut terbentuk. Kelainan ini merupakan suatu kelainan kehamilan yang



baru terdeteksi setelah berkembangnya ultrasonografi. Bila tidak dilakukan tindakan, kehamilan ini akan berkembang terus walaupun tanpa ada janin di dalamnya. Biasanya sampai usia kehamilan 14-16 minggu akan terjadi abortus spontan.

7. Komplikasi

Komplikasi yang sering ditemukan pada abortus yaitu :

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya, *bacilli*, *clostridium sp*, *bacteroides sp*, *listeria* dan jamur. Umumnya pada abortus infeksiosa, infeksi terbatas pada desisua. Pada abortus septik virulensi bakteri tinggi dan infeksi menyebar ke perimetrium, tuba, parametrium, dan peritonium. Organisme-organisme yang paling sering bertanggung jawab terhadap infeksi paska abortus adalah *E.coli*, *streptococcus non hemolitikus*, *streptococci anaerob*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus hemolitikus*, dan *clostridium perfringens*. Bakteri lain yang kadang dijumpai adalah *neisseria gonorrhoeae*, *pneumococcus* dan *clostridium tetani*. *Streptococcus pyogenes* potensial berbahaya oleh karena dapat membentuk gas

2. Infeksi

Sebenarnya pada genetalia eksterna dan vagina dihuni oleh bakteri yang merupakan flora normal. Khususnya pada genetalia eksterna yaitu *ataphylococci*, *streptococci*, gram negatif *enteric bacilli*, *mycoplasma*, *treponema* (selain *T. Pallidum*), *leptosira*, jamur, *trichomonas vaginalis*, sedangkan pada vagina ada *lactobacili*, *streptococci*, *staphylococci*, garam negatif

3. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Terjadi robekan pada rahim, misalnya abortus provokatus kriminalis. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlikaan pada uterus dan apakah ada perlukan alat-alat lain.

4. Shock

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat.

8. Prognosis

Prognosis keberhasilan kehamilan tergantung dari etiologi aborsi spontan sebelumnya.

1. Perbaikan endrokrin yang abnormal pada wanita dengan abortus yang rekuen mempunyai prognosis yang baik sekitar >90%

2. Pada wanita keguguran dengan etiologi yang tidak diketahui, kemungkinan, keberhasilan sekitar 40-80%
3. Sekitar 77% angka kelahiran hidup setelah pemeriksaan aktivitas jantung janin pada kehamilan 5 sampai 6 minggu pada wanita dengan 2 atau lebih spontan yang tidak jelas

9. Pencegahan

1. Mengikuti pola hidup sehat seperti makan makanan bergizi, tidur teratur, melakukan aktivitas yang tidak berlebihan serta menghindari rokok, minuman berakohol, makanan yang kurang masak /mentah, dll
2. Sebaiknya hubungan sex pada kehamilan trimester I dibatasi dan harus hati-hati, karena sperma mengandung zat yang disebut prostaglandin yang dapat menyebabkan kontraksi rahim
3. Tidak melakukan perjalanan jauh apabila melalui udara
4. Segera memeriksakan diri pada dokter kandungan bila terlambat haid 2 minggu.

10. Penanganan

1. pertama kali harus dipastikan bahwa penderita hamil atau tidak, karena sering kali terdapat gangguan haid yang gejalanya sama seperti abortus. Dengan pemeriksaan USG perbedaan tersebut dapat dilihat, dimana pada kehamilan dapat terlihat kantong janin dan janinnya.

2. Bila penderita hamil harus dipastikan apakah hamil dalam kandungan atau di luar kandungan karena beda penanganannya
3. Pada abortus yang mengancam penderita dianjurkan istirahat baring dan diberi obat-obatan untuk mencegah timbulnya kontraksi rahim, sedang pada abortus yang sedang berlangsung dilakukan pengosongan hasil konsepsi.
4. Bila terdapat infeksi, harus diatasi dulu infeksi baru dilakukan tindakan pengosongan rahim.
5. Cari penyebab abortus dan dilakukan pengobatan pada penyebab tersebut.

B. KONSEP DASAR ABORTUS INKOMPLETUS

1. Pengertian

Adalah Perdarahan pada kehamilan muda di mana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis servikalis.

2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang umumnya dialami oleh pasien adalah

- a. Amenorea
- b. Kram/nyeri abdomen bagian bawah
- c. Perdarahan yang bisa sedikit atau banyak biasanya berupa stasel (bekuan darah)
- d. Pengeluaran hasil konsepsi
- e. Setelah terjadi abortus dengan pengeluaran hasil konsepsi, perdarahan berlangsung terus
- f. Sering serviks tetap membuka karena masih ada benda didalam rahim

3. Diagnosis

Diagnosis abortus inkomplit ditegakkan berdasarkan :

- a. Anamnesis
 - 1). Adanya amenore pada masa reproduksi
 - 2). Perdarahan pervaginam disertai jaringan hasil konsepsi
 - 3). Rasa sakit atau kram perut didaerah atas simpisis
- b. Pemeriksaan Fisik
 - 1). Abdomen biasanya lembek dan tidak nyeri tekan

2). Pada pemeriksaan pelvis, sisa hasil konsepsi ditemukan di dalam uterus dapat juga menonjol keluar, atau didapatkan di liang vagina

3). Serviks terlihat dilatasi dan tidak menonjol

4). Pada pemeriksaan bimanual didapatkan uterus membesar dan lunak

c. Pemeriksaan Penunjang

1). Pemeriksaan laboratorium berupa tes kehamilan, hemoglobin, leukosit, waktu bekuan, waktu perdarahan, trombosit dan GDS

2). Pemeriksaan USG ditemukan kantung getasi tidak utuh, ada sisa hasil konsepsi

4. Penatalaksanaan

a. Perdarahan tidak terlalu banyak, usia gestasi <16 minggu

1). Dapat dilakukan evaluasi secara digital atau dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang melalui serviks

2). Jika perdarahan berhenti, beri Metilergometrin 0,2 mg IM atau misoprostol 400 mg per oral

b. Perdarahan banyak dan kontinyu usia gestasi <16 minggu

1). Evakuasi sisa hasil konsepsi dengan aspirasi vakum manual (AVM) atau kuretase (jika tidak tersedia AVM)

2). Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan, beri Metilergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang setelah 15 menit

jika perlu) atau mesoprostol 400 mg per oral (dapat diulang setelah 4 jam jika perlu)

- c. Perdarahan banyak dan kontinyu, usia gestasi >16 minggu
 - 1). Berikan infus oksitosin 20 U dalam 500 ml cairan RL/NaCl 40 tetes per menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi
 - 2). Jika perlu beri misoprostol 200 mg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (max 800 mg)
 - 3). Evakuasi sisa hasil konsepsi dengan AVM
 - 4). Pantau kondisi ibu setelah penanganan
- d. Bila tidak ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotika profilaksis (ampisilin 500 mg oral atau doksisisiklin 100 mg)
- e. Bila terjadi infeksi, beri ampisilin 1 g dan metronidazol 500 mg setiap 8 jam
- f. Bila pasien tampak anemik, berikan sulfas ferosus 600 mg per hari selama 2 minggu (anemi sedang) atau transfusi darah (anemi berat).

Pada beberapa kasus, abortus inkomplit erat kaitannya dengan abortus tidak aman, oleh sebab itu, perhatikan hal-hal berikut ini

- a. Pastikan tidak ada komplikasi berat seperti sepsis, perforasi uterus atau cedera intra-abdomen (mual/muntah, nyeri punggung, demam, perut kembung, nyeri perut bawah, dinding perut tegang, nyeri ulang lepas)

- b. Bersihkan ramuan tradisional, jamu, bahan kuastik, kayu atau benda-benda lainnya dan regio genetalia
- c. Berikan boster tetanus toxoid 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 anti tetanus (ATS)1500 unit IM diikuti dengan pemberian tetanus toxoid 0,5 ml setelah 4 minggu
- e. Konseling untuk kontrasepsi pasca keguguran dan pemantauan lanjut

C. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

1. Definisi

Manajemen asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (varney, 1997)

Manajemen merupakan satu proses pemecahan masalah dalam melaksanakan satu asuhan termasuk asuhan kehamilan yang mencerminkan satu metode pengaturan atau mengorganisasikan antara pikiran dan tindakan dalam urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi ibu hamil yang diberi asuhan maupun bidan yang memberi asuhan.

2. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse*.

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.

- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya
- e. Membuat rencana asuhan yang komperhensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan dengan kebutuhan.

3. Proses Manajemen Kebidanan Menurut halen Varney

Menurut varney (1997), bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah langkah tersebut adalah sebagai berikut

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data Dasar / Pengkajian

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Yang terdiri dari data subjektif data objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat kesehatan, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, pengetahuan klien.

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi) dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, catatan baru dan sebelumnya).

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar / Diagnosa Masalah

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

Diagnosis : Ibu umur 38 tahun, PI AI pasca curetase dengan abortus inkomplit

Masalah : Kecemasan berhubungan dengan abortus pasca kuretase

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah

Potensial dan Mengantisipasi Penaganannya

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

d. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Untuk Melakukan Konsultai, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

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

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang

Menyeluruh / Intervensi

Pada langkah ini direncanakan usaha yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

f. Langkah VI : Implementasi / Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima 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 melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g. Langkah VII : Evaluasi

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

4. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas (1991 cit. Mufdillah, dkk, 2011) dan Muslihatun dkk 2009 :123 dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan , pasien, keluarga pasien, tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien dan respon pasien terhadap semua asuhan yang diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah mengenai asuhan yang telah atau akan diberikan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analisis/ *Assesment* dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan, dkk, 2001)

a. S (*Subjektif*)

Data S (*Subjektif*) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Halen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien.

b. O (*Objektif*)

Menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

c. A (*Assesment*)

Menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi.

- 1). Diagnosis/masalah
- 2). Antisipasi diagnosis/ kemungkinan masalah
- 3). Perlu tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/ kolaborasi, dan perujukan sebagai langkah 2,3 dan 4 Varney.

d. P (*Planning*)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan pengkajian langkah 5,6 dan 7 Varney. Lalu mengapa catatan SOAP sering kali digunakan untuk dokumentasi? Beberapa alasan digunakan SOAP untuk dokumentasi adalah sebagai berikut :

- 1). Grafik metode soap merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisasi hasil temuan dan konklusi anda menjadi suatu rencana asuhan.
- 2). Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk kegiatan pendokumentasian asuhan.

- 3). SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu anda mengorganisasi pikiran anda dan memberikan asuhan yang memberikan asuhan yang menyeluruh.

Pada tahap antenatal, pengumpulan data fokus dilakukan dengan menggunakan alat bantu format pengkajian kunjungan antenatal ulang. Sedangkan pada tahap intranatal alat bantu yang digunakan adalah format pengkajian intranatal. Pada tahap pasca natal normal atau format pengkajian bayi baru lahir.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS

1. Analisis Type dan Karakteristik

Tipe Rumah Sakit Daerah Abepura termasuk tipe C dengan peraturan daerah No : 8 Tahun 1998 oleh Menteri Dalam Negeri, dengan surat keputusan No : 78 Tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya diUndangkan dengan lembaran Daerah Provinsi Dati I Irian Jaya No : 163 tanggal 13 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu Rumah Sakit, maka disusul untuk pengisian jabatan structural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu rumah sakit milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang komersial dan memiliki 163 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang inap yakni Bangsal Pria, Bangsal Wanita, Bangsal Anak, Bangsal Bedah, Bangsal Kebidanan, Bangsal Perinatologi, Ruang ICU, Ruang VIP dan Ruang Kelas.

a. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1). Struktur Organisasi

- a). Direktur**
- b). Seksi Keperawatan**
- c). Seksi Pelayanan**
- d). Sub Bagian**

- e). Sub Seksi
- f). Instansi Kebidanan
- g). Komite medis dan staf medis fungsional

2). Ketenagaan

- a). Medis : 34 orang
- b). Paramedis : 134 orang
- c). Non Medis : 37 orang

b. Wewenang dan Tugas pokok

1). Tugas Pokok

Rumah sakit umum daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan

2). Fungsi

- a). Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
- b). Menyelenggarakan pelayanan medis
- c). Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d). Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- e). Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- f). Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- g). Menyelenggarakan administrasi dan keuangan

2. Gambaran Umum Ruang Bersalin

Instalasi Kebidanan dibagi kedalam dua bagian yaitu polik Kebidanan dan Ruang Bersalin. Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun ginekologi obstetric. Ruang bersalin terdiri dari 3 bagian yaitu kamar bersalin, Ruang Nifas, Ruang Pre Operasi dan Post Operasi, dan masing-masing ada penanggung jawabnya.

1. Ruang bersalin memiliki kamar inap, yang terdiri dari :
 - a. Kamar Super Vip, dengan 2 tempat tidur
 - b. Kamar Vip, dengan 1 tempat tidur
 - c. Kamar kelas I, dengan 2 tempat tidur
 - d. Kamar kelas II, dengan 5 tempat tidur
 - e. Kamar kelas III, dengan 14 tempat tidur
2. Wewenang dan tanggung jawab kepala Ruang Bersalin yang
 - a. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
 - b. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada diruang bersalin
 - c. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin
 - d. kepala ruang bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit
3. Jumlah tenaga
 - a. Dokter Spesialis kebidanan (SpOG) : 4 orang
 - b. Dokter Umum : 2 orang
 - c. D-III Kebidanan : 26 orang

4. Ruang bersalin

a. Tugas dan Tanggung jawab

Menerima pasien baru yang akan bersalin baik yang fisiologi maupun patologi, menganamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, serta melakukan pemeriksaan obstetric. Konsultasi pasien dengan kasus-kasus ginekologi dan partus patologi ke dokter spesial sebagai penanggung jawab menolong pasien yang akan bersalin normal sesuai dengan asuhan persalinan Normal (APN), membantu Dokter dalam melakukan tindakan persalinan Abnormal/patologi dalam ruang bersalin (VK)

B. KASUS**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN****PADA IBU PASCA CURETASE DENGAN ABORTUS INKOMPLETUS**

Tanggal Pengkajian : 20 Juni 2011

Jam : 09.30 WIT

Tempat : Ruang RG

Oleh : Mhs.Yunita Mega Kurnia

LANGKAH I : PENGKAJIAN**Data Subyektif****1. Biodata**

Nama Ibu : Ny.Y. S.

Umur : 38 Tahun

Agama : Kristen Protestan

Suku/bangsa : Kupang / Indonesia

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Nikah ke : 1

Lama nikah : 14 tahun

Alamat : Kota Raja

Nama suami : Tn.M. B.
Umur : 39 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Suku/bangsa : Kupang/ Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Nikah ke : 1
Lama nikah : 14 tahun
Alamat : Kota Raja

2. Data Biologis/Fisiologis

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan perut bagian bawah masih terasa sakit

b. Riwayat keluhan utama

Sejak usai tindakan kuretase tanggal 20 Juni 2011 jam 06.30 WIT

3. Riwayat menstruasi

- a. Menarche : 13 tahun
- b. Siklus haid : 28 hari
- c. Durasi haid : 3-4 hari
- d. Banyaknya : 2x ganti pembalut
- e. Sifat darah : Encer
- f. warna darah : Merah segar

g. Bau : Amis

4. Riwayat kehamilan sekarang

a. Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan pernah mengalami satu kali abortus.

b. HPHT : 15 Maret 2011

c. TP : 22 Desember 2011

d. Kunjungan ANC : 2 x

e. Imunisasi TT : -

f. Ibu mengatakan baru saja mengalami kuret.

g. Ibu mengatakan darah gumpalan sudah keluar



5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Usia Kehamilan	Tempat Melahirkan	Jenis Persalinan	Penolong	BB Bayi	Keadaan Ibu dan bayi	Lama ASI	sJenis Kelamin	Masa Nifas
1	Cukup bulan Thn 1998	RS	Spontan	Bidan	3100 gr	Baik	2 thn	♀	Baik
2..	Hamil ini								

6. Riwayat ginekologi

a. Gangguan sistem reproduksi : Tidak ada

b. Riwayat SC : Tidak ada

c. Riwayat abortus : Tidak ada

7. Riwayat kesehatan yang lalu

a. penyakit yang pernah diderita: Tidak ada

b. riwayat operasi : Tidak ada

c. riwayat opname : Tidak ada

8. Riwayat keluarga

a. penyakit menular : Tidak ada

b. penyakit menahun : Tidak ada

c. penyakit keturunan : Tidak ada

d. riwayat persalinan kembar : Tidak ada

9. Keadaan psikologis

Ibu sedih karena kehilangan janinnya sebab kehamilan yang kedua ini sangat dinantikannya.

10. Latar belakang sosial budaya

Suami istri berasal dari suku yang sama, sehingga mereka tidak perlu beradaptasi lagi

11. Keadaan sosial ekonomi

Pendapatan suami cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari

12. Kegiatan keagamaan

Ibu dan suami rajin dalam mengikuti kegiatan keagamaan

13. Masalah-masalah kehamilan sekarang

No	Masalah	Keluhan
1.	Mual dan muntah	Ada
2	Nyeri ulu hati	Ada
3	Nyeri perut	Tidak ada
4	Sakit kepala	Ada
5	Pusing-pusing	Ada
6	Mudah lelah	Ada
7	Panas dingin	Tidak ada
8	Penglihatan kabur	Tidak ada
9	Nyeri BAK	Tidak ada
10	Gangguan pernafasan	Tidak ada
11	Nyeri pinggang	Tidak ada
12	Obstipasi/ Konstipasi	Tidak ada
13	Kram otot	Tidak ada
14	Haemoroid	Tidak ada

14. Pola kegiatan sehari-hari

No	Kegiatan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1	Nutrisi		
	a. Frekuensi	3x sehari	1-2x sehari
	b. Nafsu makan	Baik	Kurang
	c. Makanan pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	d. frekuensi minum		
2.	Kebiasaan yang mempengaruhi		
	a. Merokok	Tidak pernah	Tidak pernah
	b. Obat penenang	Tidak pernah	Tidak pernah
	c. Minuman keras	Tidak pernah	Tidak pernah
	d. Jamu	Tidak pernah	Tidak pernah
3	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1 x sehari	1 x sehari
	Bau/warna	Busuk/kecoklatan	Busuk/kecoklatan
	Gangguan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	Frekuensi	3-4 x sehari	5-6 x sehari
	Bau/warna	Amoniak/kekuningan	Amoniak/kekuningan
	Gangguan	Tidak ada	Tidak ada

4	Pola tidur dan istirahat		
	a. Tidur siang	1-2 jam sehari	1-2 jam sehari
	b. Tidur malam	7-8 jam sehari	7-8 jam sehari
5	Olah raga dan rekreasi	Tidak pernah	Tidak pernah
6	Hygiene perorangan		
	a. Frekuensi mandi	2 x sehari	2 x sehari
	b. Pakai sabun	Ya	Ya
	c. Frekuensi sikat gigi	2 x sehari	2 x sehari
	d. Pakai odol	Ya	Ya
7	e. Frekuensi cuci rambut	3 x seminggu	3 x seminggu
	f. Pakai sampo	Ya	Ya
	g. Ganti pakaian dalam	2 x sehari	2 x sehari
8	Pekerjaan tambahan	Tidak ada	Tidak ada

Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : CM
- c. BB sebelum hamil : 50 kg
- d. BB sekarang : 53 kg
- e. TB : 150 cm
- f. LILA : 27 cm

2. Tanda-tanda Vital

- a. Tekanan Darah : 120/70 mmHg
- b. Nadi : 82x/m
- c. Respirasi : 24x/m
- d. Suhu Badan : 36,5°C

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- Rambut : Hitam
- Benjolan : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih

b. Muka

- Simetris : ya
- Cloasma gravidarum : Tidak ada

c. Mata

- Simetris : Ya
- Conjunctiva : Tidak pucat
- Sklera : tidak ikhterus
- Kebersihan : Bersih

d. Hidung

- Simetris : Ya
- Pengeluaran : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih

e. Telinga

- Simetris : Ya
- Pendengaran : jelas
- Kebersihan : Bersih

f. Mulut

- Mukosa : Lembab
- Stomatitis : Tidak ada
- Caries : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih

g. Leher

- Kelenjar limfe : Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : Tidak ada pembesaran

h. Payudara

- Simetris : Ya
- Pembesaran : Ya
- Putting susu : Menonjol
- Pengeluaran : Tidak ada
- Nyri tekan : Tidak ada
- Benjolan : Tidak ada
- Kebersihan : Bersih

i. Abdomen

- Pembesaran : Ya
- Bekas operasi : Tidak ada
- Leopold I : Uterus tidak teraba

- Leopold II - IV : Tidak dilakukan

j. Ekstremitas bawah

- Simetris : Ya
- Varices : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada
- Reflek patella : + (kanan/kiri)

k. vulva

- Pengeluaran : Darah
- Banyaknya : 1x ganti pembalut
- Bau : Amis
- Varices : Tidak ada
- Oedema : Tidak ada

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Darah

- Hb : 10,2 gr%

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa

Ibu umur 38 tahun PI AI pasca curetase dengan abortus inkompletus

DS

- Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan pernah mengalami satu kali abortus

- Ibu mengatakan perut bagian bawah masih terasa nyeri pasca tindakan curetase
- Ibu mengatakan baru saja mengalami kuret.

DO

- KU : Baik
- Kes : CM
- TTV
 - TD : 120/70 mmHg
 - N : 82x/m
 - R : 24x/m
 - SB : 36,5°C
- BB : 53 kg
- TB : 150 cm

LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

1. Potensial terjadi infeksi post curetase

Dasar : Ibu mengatakan setelah dilakukan kuret darah masih keluar

2. Potensial terjadi anemia sedang

Dasar : Hb ibu 10,2 gr %

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Lakukan kolaborasi dengan dokter Obgyn untuk pemberian terapi

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Jelaskan pada ibu tentang penyebab rasa nyeri
2. Konsultasi dengan dokter untuk pemberian terapi
3. Observasi TTV
4. Berikan obat oral
5. Observasi cairan/tetes an infus
6. Ajarkan ibu cara mengubah posisi yang nyaman
7. Ajarkan pada ibu teknik relaksasi pernafasan
8. Berikan nutrisi pada ibu
9. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
10. Anjurkan ibu untuk lakukan personal hygiene

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 20 Juni 2011 Jam : 10.00 WIT

1. Menjelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri
2. Melakukan konsultasi dengn dokter untuk pemberian terapi
3. Mengobservasi TTV
4. Memberikan obat oral
 Metergyn 3x1
 Amoxilyn 3x1
 Asam mefenamat 3x1
5. Mengobservasi cairan / tetesan infus
 Cairan terpasang RL + Oxy 1 Ampul

24 tetes / menit

6. Mengajarkan ibu cara mengubah posisi yang nyaman
7. Mengajarkan pada ibu teknik relaksasi pernafasan
8. Memberikan nutrisi pada ibu
9. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup
10. Menganjurkan ibu untuk lakukan personal hygien

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 20 Juni 2011

Jam : 11.00 WIT

1. Ibu sudah mengetahui penyebab rasa nyerinya
2. Sudah dilakukan konsultasi dengan dokter obgyn
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD : 120/70 mmHg

N : 82 x/m

R : 24 x/m

SB : 36,5°C

4. Ibu sudah minum obat

Metergyn 3x1

Amoxilyn 3x1

Asam Mefenamat 3x1

5. Cairan infus menetes dengan baik

RL + Oxy 1 Ampul

6. Ibu sudah dalam posisi yang nyaman

7. Sudah diajarkan teknik relaksasi pernafasan
8. Ibu mendapatkan nutrisi
9. Ibu mengatakan akan istirahat yang cukup
10. Ibu mengatakan akan melakukan personal hygiene

MANAJEMAN ASUHAN KEBIDANAN PADA
IBU PASCA CURETASE DENGAN ABORTUS INKOMPLETUS HARI
KEDUA

Tanggal : 21 Juni 2011

Jam : 09.00 WIT

S (SUBYEKTIF)

1. Ibu mengatakan keadaanya lebih baik dari pada kemarin
2. Ibu mengatakan darah yang keluar sedikit saja
3. Ibu mengatakan 1x ganti pembalut

O (OBYEKTIF)

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : CM
3. Tanda-tanda vital
 - TD : 110/80 mmHg
 - N : 79 x/m
 - R : 19 x/m
 - SB : 36,5°C
4. Palpasi abdomen tidak ada nyeri tekan
5. Pengeluaran pervaginam darah campur lendir berwarna merah tua
6. Infus sudah di aff jam 08.30 WIT

A (ASESSMENT)

Ibu umur 38 tahun PI AI pasca curetase dengan abortus inkompletus hari kedua

P (PLANNING)

Tanggal : 21 Juni 2011

Jam : 10.00 WIT

1. Mengobservasi TTV

TD : 110 / 80 mmHg

N : 79 x/m

R : 19 x/m

SB : 36,5 °C

2. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri
3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi
4. Menganjurkan ibu agar teratur minum obatnya
5. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup dan sementara tidak melakukan hubungan seksual.
6. Intruksi dokter ibu diperbolehkan pulang
7. Menganjurkan ibu kontrol satu minggu kemudian/ dan gunakan alat kontrasepsi

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah mengikuti perkembangan kasus pada Ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus, melalui pendekatan manajemen kebidanan dan pemahaman tinjauan teoritis. Pada saat melakukan pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan karena klien cukup terbuka dalam memberikan keterangan sehingga berjalan dengan lancar, maka dari data subyektif diperoleh data Ny. Y hamil 3 bulan / 13-14 minggu, umur 38 tahun, pekerjaan IRT, pendidikan SD, alamat Kota raja. Data obyektif didapatkan pemeriksaan umum yaitu kesadaran composmentis, KU Baik, TD 120/70 mmHg, N 82x/m, R 24x/m, SB 36,5°C, BB 53 kg, TB 150 cm. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil Leopold I uterus tidak teraba, Leopold II,III,IV tidak dilakukan pemeriksaan, pada pemeriksaan penunjang laboratorium HB 10,2 gr%. Dari data subyektif dan obyektif maka ditegaskan diagnosa Ibu umur 38 tahun, PI AI *pasca curetase* dengan abortus inkompletus. Menurut teori yang didapat menyebabkan ibu mudah terjadi infeksi dan mudah terjadi anemia.

Pada kasus Ny. Y, ibu mengaku nyeri perut bagian bawah pasca tindakan kuretase maka dilakukan asuhan kebidanan pada ibu pasca curetase dengan abortus inkompletus pada Ny. Y sebagai berikut, menjelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri, melakukan konsultasi dengan dokter obgyn untuk pemberian therapy, mengobservasi TTV, memberikan obat oral,

mengobservasi cairan infus/ tetesan infus, mengajarkan ibu cara mengubah posisi yang nyaman, mengajarkan ibu teknik relaksasi pernafasan, memberikan nutrisi pada ibu, menganjurkan pada ibu untuk melakukan personal hygiene.

Dalam kasus ini tidak ditemukan adanya tanda-tanda seperti infeksi post curetase dan anemi. Semua keluhan ibu dapat dicegah dengan adanya tindakan yang tepat dan cepat yaitu pemberian metergyn, amoxylin, dan asam mefanamat dan cairan infus RL + Oxy dan TTV semuanya dalam batas normal.

Pada pengkajian hari berikutnya ibu mengatakan keadaannya lebih baik dari pada kemarin, darah yang keluar hanya sedikit saja, dan satu kali ganti pembalut, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD 110/80 mmHg, N 79x/m, R 19x/m, SB 36,5°C, palpasi abdomen tidak ada nyeri tekan, pengeluaran pervaginam darah campur lendir berwarna merah tua, infus sudah di aff jam 08.30 WIT.

Setelah melakukan pengkajian pada Ny. Y asuhan yang dapat diberikan adalah menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, menganjurkan ibu agar teratur minum obat, menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan tidak melakukan hubungan seksual dulu, intruksi dokter ibu diperbolehkan pulang tanggal 21 juni 2011 dan kembali kontrol satu minggu kemudian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian data pada tanggal 20 Juni 2011, pada Ny. Y, baik data subyektif yang didapat melalui anamnesa yang lengkap dan menyeluruh maupun data obyektif yang didapat dengan melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan kebidanan dan penunjang, makadidapat hasil dari pengkajian tersebut diperoleh diagnosa Ny. Y, umur 38 tahun, PI AI *pasca curetase* dengan abortus inkompletus.

Pada kasus Ny. Y tersebut dilakukan :

1. Pengumpulan data secara subyektif dan obyektif pada ibu dengan abortus inkomplit *pasca kuretase*
2. Mengidentifikasi dan menginterpretasikan data yang didapat untuk menegakkan diagnosa, masalah dan kebutuhan pada ibu dengan abortus inkomplit *pasca kuretase*, dilanjutkan dengan penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny. Y selama 2 hari.
3. Evaluasi yang didapat dari asuhan kebidanan yang diberikan yaitu ibu dengan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan serta mau melaksanakan apa yang telah dianjurkan oleh bidan.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa dapat lebih memperhatikan setiap kasus yang terjadi di tempat praktek sehingga mahasiswa dapat menyusun setiap asuhan kebidanan yang sesuai.

2. Bagi Instansi Pelayanan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan hendaknya harus sesuai dengan wewenang yang telah ditentukan serta dapat bekerja sama dengan klien dan dapat memahami sedalam-dalamnya tentang masalah yang dialami klien agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara optimal.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Dapat memberikan bimbingan kepada mahasiswa baik dari segi teori maupun keterampilan secara maksimal agar mahasiswa dapat bekerja secara mudah dan mandiri dalam memberikan pelayanan dengan baik dan benar sesuai dengan protap yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniawati. Dkk. 2009. *Ogynecea*. Yogyakarta: TOSCA Enterprise.
- Manuaba, IBG. 2007. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo. S. 2002. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka.
- Prawirohardjo. S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Saifuddin, A.B. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-S.
- Varney, H. 1997. *Proses Manajemen Kebidanan*. Jakarta.
- Winkjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.
- <http://kuliahbidan.wordpress.com/2009/03/abortus/>
- <http://situs.kesrepro.info/genderwav/jul/2002/utama02.htm>
- <http://digilib.unsri.ac.id/download/MASALAH%20ABORTUS%20KESEHATAN.pdf>.
- <http://creasoft.wordpress.com/2010/01/01/konsep.managemen-assuhankebidanan-pada-abortus.html>
- <http://smileboys.blogspot.com/2008/05/konsep-dasar-teori-askeb-abortus.html>
- <http://khaidirmuhaj.blogspot.com/2009/03/abortus.html>



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln. Padang Bulan II Abepura. Telp : (0967) 588983

Nama : Yunita Mega Kurnia

Nim : PO. 71. 24. 4. 08. 75

Pembimbing I : Dra. Welmintje Sapari, M. Kes

Pembimbing II : Nurul Afifah, S.Sit

NO	Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1.	7 Juli 2011	Daftar isi Bab II	-Dibuat. -Diperbaiki	W. Sapari
	Selasa 26-7-2011	Bab II, IV V Daftar Kustaka	Perbaiki, kembali besok	W. Sapari
	Rabu 27-7-2011	Bab III, IV, V Daftar Kustaka	Ace → gandum seluruhnya	W. Sapari



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

PROGRAM D-III KEBIDANAN

Alamat : Jln. Padang Bulan II Abepura. Telp : (0967) 588983

Nama : Yunita Mega Kurnia

Nim : PO. 71. 24. 4. 08. 75

Pembimbing I : Dra. Welmintje Sapari, M. Kes

Pembimbing II : Nurul Afifah, S.Sit

NO	Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	27 Juni 2011	BAB I - II	Revisi	
2	30 Juni 2011	BAB I - II	Revisi	
3	6 Juli 2011	BAB I - II, III	I - II ACC III Revisi	
4	7 Juli 2011	BAB III - IV	BAB III ACC BAB IV Revisi	