

KARYA TULIS ILMIAH

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN ABORTUS IMMINENS DI RSUD ABEPURA

*Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura*



OLEH :

YUSRIWANTI BUBUN DATU
NIM. PO.71.24.4.08.140

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU HAMIL DENGAN *ABORTUS IMMINENS* DI RSUD ABEPURA”.

Telah disetujui untuk dihadapkan kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Jayapura, 26 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 19460424 197305 2 001

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

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 : Rabu
Tanggal : 3 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



Heni Voni Rerey, SKM., MPH
NIP. 19640419 198903 2 003

SEKRETARIS



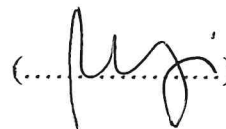
Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 19510101 197208 2 001

Tim Penguji :

1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 19460424 197305 2 001



2. Muji Lestari, S.Sit
NIP. 19760608 200312 2 002



MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

KERENDAHAN HATI BUKAN BERARTI MENGANGGAP
DIRI RENDAH, KERENDAHAN HATI BERARTI SEDIKIT
SAJA MEMIKIRKAN DIRI SENDIRI

(Bidan Yusri, 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Kepada Tuhan Yesus Kristus yang selalu melindungi dan memberikan kemampuan serta kesehatan, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ayahandaku (Zakaria Saung) dan Bundaku (Elisabet Imban) yang kuhormati dan kunjunjung tinggi atas kasih sayang yang diberikan.
3. Buat kakakku yang kusayangi (Yuspina, Yunus, Selpiani, Yohanis, Aris, Lukas, Nelsy dan Kety) yang selalu memberikan dukungan untuk keberhasilan pendidikanku.
4. Buat adikku tercinta (Riska Asniva) yang selalu memberikan motivasi dalam menempuh perkuliahan.
5. Buat keponakan (Cendy Elfanda) yang tersayang
6. Rekan – rekan seperjuangan Angkatan 2008 Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
7. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Karena berkah dan anugrah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Kasus yang Penulis angkat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN *ABORTUS IMMINENS* DI RSUD ABEPURA”.

Untuk menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat dukungan moril dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., NS Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes selaku Mantan/Konsultan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura sekaligus selaku dosen pembimbing I atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Heni Voni Rerey, SKM., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
4. Saaty Kadiwaru, S.ST selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

6. Teman-teman se-Angkatan 2008 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
7. Direktur RSUD Abepura khususnya yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada Penulis untuk melakukan Asuhan kebidanan.
8. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

Dengan segala kerendahan hati, Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari segi penyusunan masih jauh dari kesempurnaan dan tidak sepenuhnya menuntaskan masalah yang dihadapi dan dipertanyakan. Untuk itu kiritik dan saran sangatlah Penulis harapkan demi perbaikan ke depan.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Doa serta harapan dari Penulis kiranya Tuhan Yang Maha Esa, selalu memberkati dan menyertai kita dalam menjalankan tugas serta meniti karir hidup ini ke depan.

Jayapura, JuLi 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat.....	5
 BAB II LANDASAN TEORI	
2.1. Konsep Dasar <i>Abortus</i>	6
2.2. Konsep Dasar Kehamilan.....	16
2.3. Manajemen Asuhan Kebidanan	32
 BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS	
3.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	40
3.2. Tinjauan Kasus	45

BAB IV PEMBAHASAN.....	68
-------------------------------	-----------

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan.....	71
5.2. Saran.....	71

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Abortus merupakan salah satu masalah kesehatan menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) diperkirakan 4,2 juta *abortus* dilakukan setiap tahun di Asia Tenggara, dengan perincian 1,3 juta dilakukan di Vietnam dan Singapura, antara 750.000 sampai 1,5 juta di Indonesia, antara 155.000 sampai 750.000 di Filipina, antara 300.000 sampai 900.000 di Thailand (Depkes RI, 2007). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) 15-50% kematian ibu disebabkan oleh *abortus* (Prawirohardjo, 2008).

Faktor predisposisi terjadinya *abortus* misalnya faktor paritas dan usia ibu. Resiko *abortus* semakin tinggi dengan bertambahnya paritas dan semakin bertambahnya usia ibu. Usia kehamilan saat terjadinya *abortus* dapat memberi gambaran tentang penyebab dari *abortus* tersebut. Paling sedikit 50% kejadian *abortus* pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenetik. Riwayat *abortus* pada penderita *abortus* juga merupakan predisposisi terjadinya *abortus* berulang. Kejadiannya sekitar 3 – 5 %. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali *abortus* spontan, pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi memperkirakan bahwa risiko *abortus* setelah 3 kali *abortus* berurutan adalah 30 – 45% (Prawirohardjo, 2008).

Berdasarkan data Riskesdas (2010), 9% kematian ibu disebabkan karena perdarahan. Komplikasi *abortus* berupa perdarahan atau infeksi dapat menyebabkan kematian. Itulah sebabnya mengapa kematian ibu yang disebabkan *abortus* sering tidak muncul dalam laporan kematian, tapi dilaporkan sebagai perdarahan atau sepsis (Prawirohardjo, 2008).

Salah satu klasifikasi *abortus* spontan adalah *abortus imminens*. *Abortus imminens* terjadi perdarahan bercak yang menunjuk ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Penanganan umum pada ibu bersalin dengan *abortus* khususnya *abortus imminens* tidak memerlukan penanganan khusus/medik hanya dapat diberikan sedativa dan istirahat baring. Tidur baring merupakan unsur penting dalam pengobatan, karena dengan cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan berkurangnya rasangan mekanik. Istirahat baring tidak perlu melebihi 48 jam kalau ovum masih baik, perdarahan akan berhenti. Kalau perdarahan tidak berhenti dalam 48 jam, maka kemungkinan besar terjadinya *abortus* dan istirahat rebah hanya menunda *abortus* tersebut.

Upaya untuk mempertahankan fetus atau mencegah terjadinya *abortus* berlangsung dengan memberi obat – obatan hormonal dan mengurangi aktifitas yang berlebihan dan hubungan seksual (Rukiyah dan Yulianti, 2010).

Berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura pada periode bulan Januari – Juni 2011, tercatat kejadian *abortus* sebanyak 39 ibu hamil, dimana jumlah *abortus imminens* sebanyak 10 kasus (25,64%) (Laporan Data Tahunan RSUD Abepura, 2011).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada ibu Hamil Dengan *Abortus inkompletus* di RSUD Abepura”.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah dengan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai berikut :

- 1.2.1. Bagaimana melakukan pengkajian data pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?
- 1.2.2. Bagaimana menginterpretasi data dasar untuk menegakkan diagnosa pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?
- 1.2.3. Bagaimana menentukan diagnosa potensial pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?
- 1.2.4. Bagaimana menentukan tindakan segera pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?
- 1.2.5. Bagaimana membuat rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?

1.2.6. Bagaimana melakukan tindakan berdasarkan rencana asuhan kebidanan yang telah disusun pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?

1.2.7. Bagaimana melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?

1.2.8. Bagaimana membuat dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura ?

1.3. TUJUAN PENULISAN

Adapun tujuan dari pelaksanaan asuhan kebidanan adalah sebagai berikut :

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
2. Menginterpretasi data dasar untuk menegakkan diagnosa pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
3. Menentukan diagnosa potensial pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
4. Menentukan tindakan segera pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
5. Membuat rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.

6. Melakukan tindakan berdasarkan rencana asuhan kebidanan yang telah disusun pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
7. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.
8. Membuat dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan *abortus imminens* di RSUD Abepura.

1.4. MANFAAT PENULISAN

Manfaat yang diharapkan adalah sebagai berikut :

1.4.1. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan khususnya penanganan *abortus imminens* dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan, sehingga komplikasi atau potensial yang mengancam jiwa ibu dapat dicegah.

1.4.2. Bagi Profesi

Memberi masukan pada profesi kebidanan demi pengembangan pelayanan kebidanan khususnya klien dengan *abortus imminens*.

1.4.3. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan dalam penerapan asuhan kebidanan secara profesional dan komprehensif, khususnya pada persalinan dengan *abortus imminens*.

1.4.4. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber bahan kajian dalam melakukan asuhan kebidanan khususnya *abortus imminens*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. KONSEP DASAR *ABORTUS*

2.1.1. Pengertian

Abortus adalah penghentian sebelum janin *viable* atau berat janin dibawah 500 gram atau tua kehamilan dibawah 20 minggu (Prawiroharjo, 2008).

Abortus adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau umur kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba dkk, 2010).

2.1.2. Etiologi

Menurut Manuaba, dkk (2010) dalam bukunya yang berjudul ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB untuk pendidikan bidan mengatakan bahwa penyebab *abortus* sebagian besar tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor sebagai berikut :

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menimbulkan kematian janin dan cacat yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan. Gangguan pertumbuhan hasil konsepsi dapat terjadi karena :

a. Faktor *Kromosom*

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

b. Faktor Lingkungan *Endometrium*

Endometrium yang belum siap menerima hasil konsepsi atau tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat – zat makanan pada hasil konsepsi terganggu.

c. Pengaruh Luar

Infeksi *endometrium*, *endometrium* tidak siap menerima hasil konsepsi dan hasil konsepsi terpengaruh oleh obat dan radiasi menyebabkan pertumbuhan hasil konsepsi.

2. Kelainan Pada Plasenta

a. Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab, sehingga plasenta tidak dapat berfungsi.

b. Gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya pada diabetes mellitus.

c. Hipertensi menyebabkan gangguan peredaran darah plasenta sehingga menimbulkan keguguran.

3. Penyakit Ibu

Penyakit ibu dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta :

a. Penyakit infeksi seperti pneumonia, tifus abdominalis, malaria, sifilis.

b. Anemia ibu mengalami gangguan nutrisi dan peredaran oksigen menuju sirkulasi *retropalsenta*.

c. Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, penyakit diabetes melitus.

4. Kelainan yang terdapat dalam rahim

Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uterus akuatus, uterus septus, retrofleksia uteri, serviks inkompeten, bekas operasi pada serviks (konisasi, amputasi serviks) robekan serviks post partum (Manuaba dkk, 2010).

2.1.3. Patofisiologi

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

Berbagai bentuk perubahan hasil konsepsi yang tidak dikeluarkan dapat terjadi :

1. *Mola karnosa*, hasil konsepsi menyerap darah terjadi gumpalan seperti daging.

2. *Mola tuberosa*, *amnion* berbenjol-benjol karena terjadi *hematoma* antara *amnion* dan *korion*.
3. *Fetus kompresus*, janin mengalami mumifikasi terjadi penyerapan kalsium dan tertekan sampai gepeng.
4. *Fetus papiraseus*, kompresi *fetus* berlangsung terus, terjadi penipisan laksana kertas.
5. *Blighted ovum*, hasil konsepsi yang dikeluarkan tidak mengandung janin, hanya benda kecil yang tidak terbentuk.
6. *Missed abortion*, hasil konsepsi yang tidak dapat dikeluarkan lebih dari 6 minggu.

2.1.4. Klasifikasi *Abortus*

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010) dalam bukunya yang berjudul asuhan kebidanan 4, mengatakan bahwa klasifikasi *abortus* beserta tanda-tandanya dapat dibagi menjadi :

1. *Abortus sponton*, adalah *abortus* yang terjadi tidak didahului faktor-faktor mekanik maupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah (20%) dari semua *abortus*.
2. *Abortus provokotus*, yakni *abortus* yang disengaja dengan obat-obatan maupun alat-alat *abortus*.
3. *Abortus Medisional* (*Abortus Theruoaoeutica*): *abortus* karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjitkan. dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis).
4. *Abortus kriminalis*, merupakan *abortus* yang disengaja karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

5. *Unsafe Abortion*, Adalah upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak memplinvai cukup kehamilan dan prosedur standar yang aman sehingga membahayakan keselanatan jiwa pasien.
6. *Abortus Imminens*, yaitu terjadi perdarahan bercak yang menunjuk ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan Dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai usia gestasi, kram perut bawah, nyeri memilin karena kontraksi tidak ada atau sedikit sekali, tidak ditentukan kelainan pada serviks.
7. *Abortus Insipiens*, terjadi perdarahan ringan hingga sedang pada kehamilan muda dimana hasil konsepsi masih berada dalam kavum uteri. Kondisi ini menunjukkan proses *abortus* sedang berlangsung dan akan berlanjut menjadi *abortus* inkomiplit atau komplit, dengan tanda-tanda Perdarahan sedang hingga kadang-kadang keluar gumpalan darah, serviks terbuka, uterus sesuai masa kehamilan, kram nyeri perut bawah karenaa kontraksi rahim terjadi akibat kontraksi uterus terjadi pembukaan, belum terjadi eskplusi hasil konsepsi.
8. *Abortus Inkomplit*: perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian sebagian dari hasil konsepsi telah keluar melalui kanalis

serviks yang tertinggal pada desidua atau placenta ditandai: Pendarahan sedang, hingga masih/banyak dan setelah terjadi *abortus* dengan pengeluaran jaringan perdarahan masih terus; serviks terbuka, karena masih ada benda didalam uterus yang dianggap orpus alliern maka uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi tetapi kalau keadaan ini dibiarkan lama, serviks akan menutup kembali; Uterus sesuai usia kehamilan; Kram atau nyeri perut bagian bawah dan terasa mules-mules; Ekspulsi sebagai hasil konsepsi.

9. *Abortus Komplit*, yakni perdarahan pada kehamilan muda dimana seluruh dari hasil konsep telah dikeluarkan dari kavum uteri, ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks tertutup/terbuka, uterus lebih kecil dari usia gestasi, sedikit atau tanpa nyeri perut bawah dari riwayat hasil konsepsi, pada *abortus* komplit perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali, karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Dan jika dalam 10 hari setelah *abortus* masih ada perdarahan juga, maka *abortus* inkomplit atau edometrosis post abortum harus dipikirkan.
10. *Missed Abortus*, perdarahan pada kehamilan muda, disertai retensi hasil konsepsi yang telah mati, hingga delapan minggu lebih, dengan gejala dijumpai ameneore, perdarahan sedikit yang berulang pada permulaannya serta selama observasi *fundus* tidak bertambah tinggi

malahan tambah rendah, kalau tadinya ada gejala kehamilan belakangan menghilang, diiringi dengan reaksi yang menjadi negatif pada dua atau tiga minggu sesudah *fetus* mati, serviks tertutup dan ada darah sedikit, sekali-kali pasien merasa perutnya dingin atau kosong.

11. *Abortus Hubitualis*, suatu keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih. *Abortus* spontan terjadi dalam 10% dari kehamilan dan *abortus* habitualis 3,6 – 9,8% dari *abortus* spontan.

Kalau seseorang penderita telah mengalami dua kali *abortus* berturut-turut maka optimisme untuk kehamilan berikutnya berjalan normal adalah 65%. Kalau *abortus* tiga kali berturut-turut, maka kemungkinan keempat berjalan normal sekitar 16%.

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada *abortus* Rukiyah dan Yulianti, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dan sisasisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfuse darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.
2. Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hipertrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi,

penjahitan luka perforasi/perlu histerktomi. Perforasi uterus pada *abortus* yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlulman pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laprarotosmi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

3. Infeksi dalam uterus dan adexa dapat terjadi dalam setiap abortus, tetapi biasanya didapatkan pada *abortus inkomplit* yang berkaitar erat dengan suatu *abortus* yang tidak aman (*unsafe abrotion*).
4. Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemarogik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

2.1.6. Dampak Psikologis Pada Ibu

Selain risiko secara fisik, wanita yang mengalami *abortus* juga akan mengalami risiko psikologis seperti adanya konflik dalam pengambilan keputusan sehingga kesulitan membuat keputusan, bersikap mendua dan ragu-ragu dalam membuat keputusan, merasa ditekan atau dipaksa, merasa tidak kuasa memutuskan (merasa berhak memilih). Oleh karena itu WHO pada tahun 1970, menyebutkan bahwa wanita yang melakukan aborsi legal cenderung akan mengalami risiko tinggi gangguan kejiwaan pasca aborsi (*post abortion syndrome*) merupakan masalah kejiwaan yang terjadi karena adanya sikap mendua

dalam melakukan aborsi, tetapi terlanjur dilakukan sehingga akan menggunakan dua mekanisme pertahanan kejiwaan, yaitu represi dan denial (pengingkaran diri). Sehingga wanita yang mengalami *post abortion sundrome* akan mengalami perasaan bersalah, merasa harga diri rendah, malau, insomnia dan mimpi-mimpi dan disertai mimpi buruk, sring melakukan kilas balik, adanya sikap permusuhan dan pengarahannya kesalahan pada pria, menjerit, berputus asa dan depresi adanya usaha-usaha bunuh diri (Rukiyah dan Yulianti (2010).

2.1.7. Penanganan *Abortus Imminens*

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010), mengatakan bahwa ibu dengan kasus *abortus imminens*, biasanya tidak perlu pengobatan khusus/medik, hanya dapat diberi sedativa, misalnya dengan luminal, codein, dan morfin (sesuai protap dan instruksi dokter). Keluarnya fetus masih dapat dicegah dengan memberi obat – obatan hormonal dan antissamodika, misalnya progesteron 10 mg setiap ahri untuk substansi dan untuk mengurangi kerentanan otot – otot uterus (misal : gesatanon).

Tidur baring merupakan unsur penting dalam pengobatan, karena dengan cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan berkurangnya rasangan mekanik. Istirahat baring tidak perlu melebihi 48 jam kalau ovum masih baik, perdarahan akan berhenti. Kalau perdarahan tidak berhenti dalam 48 jam, maka kemungkinan besar terjadinya abortus dan istirahat rebah hanya menunda abortus tersebut. Jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan/berhubungan seksual.

Jika perdarahan berhenti, lakukan asuhan antenatal seperti biasa, lakukan penilaian jika perdarahan terjadi lagi. Sementara jika perdarahan terus berlangsung, nilai kondisi janin (uji kehamilan atau USG) lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain (hamil ektopik/mola) kemudian jika perdarahan setelah beberapa

2.1.8. Pencegahan

Peningkatan fasilitas semua perangkat keras maupun perangkat lunak di setiap rumah sakit perlu diusahakan, walaupun itu belum dengan sendirinya akan menurunkan angka kematian maternal dan perinatal. Petugas kesehatan terutama yang terlibat dalam asuhan perempuan hamil dan melahirkan, baik yang bertugas di luar maupun di rumah sakit, memegang peran penting dalam upaya menurunkan kejadian tersebut. Disamping itu, kesetaraan gender dan hak perempuan menentukan apa yang baik bagi dirinya, bila dan berapa kali berencana hamil dan melahirkan, perlu disosialisasi dan direalisasikan di masyarakat dengan lestari. Pasien risiko tinggi harus dikenal seawalnya untuk dirujuk. Pada setiap tingkatan rujukan sejak titik permulaan perujukan perlu diupayakan tidak terjadi keterlambatan. Kenyataan menunjukkan sebagian besar dari keterlambatan itu berada ketika masih di luar rumah sakit sementara sebagian keterlambatan masih bisa terjadi setibanya pasien di rumah sakit. Setiap perdarahan bila terjadi dalam kehamilan lanjut atau dalam persalinan haruslah tidak boleh diabaikan. Pasien tersebut segera diangkut ke rumah sakit yang cukup fasilitasnya.

Perdarahan ulang yang biasanya lebih deras dan yang tidak bisa diramalkan pada *plasenta previa*, perdarahan yang berlangsung tidak nyata (*concealed hemorrhage*) serta nyeri abdomen yang pada mulanya tidak seberapa (mirip permulaan *inpartu*) terlebih bila disertai gawat janin pada *solusio plasenta*, dan kemajuan *partus* yang terhambat atau terhenti yang bisa dipantau sejak dini dengan pemanfaatan partograf pada persalinan yang sukar, semuanya haruslah menjadi pertimbangan yang serius. *Inersia uteri* belum tentu membahayakan tetapi inersia dalam tindakan menyelesaikan, suatu persalinan bisa mengundang malapetaka bagi ibu hamil dan janinnya. Bukankah lebih baik bertindak tepat waktu daripada terlambat, lebih baik berhati-hati daripada terlalu berani? *Non-maleficence* (*avoiding to do no harm*) hendaknya tidak hanya menjadi semboyan etik belaka bagi setiap tenaga kesehatan karena setiap insan adalah sama dalam hak dan kewajiban. Hak pasien adalah kewajiban petugas kesehatan (Prawirohardjo, 2008).

2.2. KONSEP DASAR KEHAMILAN

2.2.1. Pengertian

Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan *janin* yang tumbuh di dalam rahim ibu (Prawirohardjo, 2008), selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya *janin* sesuai kehamilan setiap dilakukan pemeriksaan kehamilan (Depkes RI, 2005).

Proses terjadinya kehamilan karena bertemunya sel telur dan sel *sperma*, maka terjadilah pembuahan dan terjadilah kehamilan, kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan *janin intrauterin* mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2008).

Masa kehamilan dimulai dari *konsepsi* sampai lahirnya *janin* (anak lahir), normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan, 7 hari), dihitung dari hari pertama *haid* terakhir (dimulai dari *konsepsi*), sampai 9 bulan, (Saifuddin, 2007).

Lama kehamilan berlangsung sampai pada masa persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

1. Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat *janin* 1.000 gram bila berakhir disebut keguguran.
2. Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *prematurnitas*.
3. Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut *aterm*.
4. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *postdatism (serotinus)*

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

1. Triwulan pertama : 0 sampai 12 minggu
2. Triwulan kedua : 13 sampai 28 minggu
3. Triwulan ketiga : 29 sampai 42 minggu (Manuaba dkk, 2010)

2.2.2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan (Cunningham, 2006) adalah sebagai berikut :

1. Tanda-tanda dugaan hamil :

a. Berhenti *menstruasi* (*Amenorea*) :

- 1) *Konsepsi* dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de graaf* dan *ovulasi*
- 2) Mengetahui tanggal *haid* terakhir dengan perhitungan rumus *naegle* ditentukan perkiraan persalinan.

b. Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*):

- 1) Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.
- 2) Menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebut *morning sickness*.
- 3) Gejala ini muncul sekitar 6 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir dan biasanya menghilang spontan 6 sampai 12 minggu kemudian.

c. Ngidam

Waktu hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d. *Sinkope*/Pingsan :

- 1) Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan *iskemia* susunan *saraf* pusat.
- 2) Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e. *Payudara* tegang :

- 1) Pengaruh *estrogen – progesteron* dan *somatomamotropin* menimbulkan *deposit* lemak, air, dan garam pada *payudara*.
- 2) *Payudara* membesar dan tegang
- 3) Ujung syaraf tertekan menimbulkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Gangguan kencing

- 1) *Uterus* yang sedang membesar mendesak kandung kencing sehingga dapat mengakibatkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga sering kecing.
- 2) Pada triwulan kedua sudah menghilang tetapi gejala ini muncul kembali pada waktu mendekati akhir kehamilan, ketika kepala bayi turun ke panggul ibu.

g. *Konstipasi* atau *obstipasi* :

Pengaruh *progesterone* menghambat *peristaltic* usus menyebabkan kesulitan buang air besar.

h. *Pigmentasi* kulit

- 1) Sekitar Pipi : *Cloasma gravidarum*.

Keluarnya *melanophore hormone* *hipofisis anterior* menyebabkan *pigmentasi* pada kulit.

- 2) Dinding Perut

Striae lividae, *Striae nigra* dan *Linea alba* makin hitam.

- 3) Sekitar *Payudara*

Hiperpigmentasi areola mammae, kelenjar *montgomery* menonjol, pembuluh darah *manifes* sekitar *payudara*.

- i. *Epulis / hipertropi* gusi, dapat terjadi bila hamil.
- j. *Varices* / penampakan pembuluh darah vena :
 - 1) Karena pengaruh *estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat.
 - 2) Terjadi di sekitar *genitalia eksterna*, kaki, betis dan *payudara*.
 - 3) Dapat menghilang setelah persalinan.

2. Tanda tidak pasti kehamilan :

- a. Pembesaran *abdomen*
Perubahan bentuk, ukuran dan *konsistensi uterus*.
- b. Pada pemeriksaan dijumpai :
 - 1) Tanda *Hegar* : *rahim (isthmus uteri)* menjadi lebih panjang dan lunak.
 - 2) Tanda *Chadwicks* : *Vulva* dan *vagina* mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogen* sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.
 - 3) Tanda *Piskaceck* : terjadinya pertumbuhan yang cepat di daerah *implantasi placenta* sehingga *rahim* bentuknya tidak sama.

4) Kontraksi *Braxton Hicks* : *hormon progesterone* mengalami penurunan dan menimbulkan *kontraksi rahim*.

5) Teraba *Ballotement*.

c. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif sebagian kemungkinan positif palsu.

3. Tanda pasti kehamilan :

Tiga tanda pasti kehamilan adalah :

- a. Denyut jantung *janin* terpisah dan dapat dibedakan dengan denyut jantung ibu.
- b. Persepsi gerakan aktif *janin* dan perabaan bagian – bagian terbesar *janin* oleh pemeriksaan.

Perasaan gerakan *janin*, kadang kala antara 16 sampai 20 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir, wanita hamil biasanya merasakan gerakan – gerakan yang berdenyut di *abdomen* dan secara bertahap bertambah intensitasnya disebut *quickening*

- c. Pada kehamilan *Ultrasonografi* dapat dilihat bagian – bagian *janin*.

4. Diagnosis banding kehamilan :

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan *diagnosis* banding diantaranya :

- 1). Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan *spuria*.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologi tidak menunjukkan kehamilan.

2). Tumor kandungan atau *mioma uteri*

- a). Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.
- b). Bentuk pembesaran tidak merata
- c). Perdarahan banyak saat menstruasi

3). *Kista ovarium*

- a). Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil.
- b). Datang bulan terus berlangsung.
- c). Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.
- d). Pemeriksaan tes *biologis* kehamilan dengan hasil negatif.

4). *Hematometra*

- a). Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil.
- b). Perut sakit setiap bulan.
- c). Terjadi tumpukan darah dalam rahim.
- d). Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
- e). Sebab *himen in perforata*.

5). Kandung kemih yang penuh.

Dengan melakukan *kateterisasi*, maka pembesaran perut akan menghilang (Cunningham, 2006).

2.2.3. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologis Wanita Hamil

Kehamilan mempengaruhi tubuh ibu secara keseluruhan dengan menimbulkan perubahan *anatomi* dan *fisiologi* ibu, agar tubuh ibu mampu melindungi *embrio/janin* yang sedang berkembang dan memberikan semua yang diperlukan serta beradaptasi menyediakan tempat bagi pertumbuhan *embrio/janin*, hingga pemberian makanannya ketika *janin* lahir (Manuaba dkk, 2010).

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis adalah sebagai berikut :

1. *Uterus*

Peningkatan berat dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Otot rahim mengalami *hipertropi* dan *hyperplasia* menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran *janin* karena pertumbuhan *janin*.

2. *Ovarium*

Ovulasi terhenti selama kehamilan dan pematangan *folikel* ditunda. Dengan terjadinya kehamilan, *indung* telur yang mengandung *korpus luteum gravidarum* akan meneruskan fungsinya sampai terbentuk *placenta* yang sempurna pada umur 16 minggu.

3. *Tuba Falopii*

Selama kehamilan otot-otot yang meliputi *tuba* mengalami *hipertropi* dan *epithelium mukosa tuba* menjadi gepeng.

4. *Vagina*

a. Trimester I

- 1) Terjadi peningkatan *vaskularisasi* karena pengaruh *hormon estrogen*, menimbulkan tanda *Chadwick* (warna merah tua atau kebiruan) pada *vagina* sampai minggu ke-8.
- 2) *Sekresi vagina* menjadi lebih kental, putih dan asam karena meningkatnya jumlah *glikogen* pada lapisan *epitel vagina*. *Estrogen* membantu mempertahankan dan meningkatkan keasaman *vagina* (pH 3,5-5) untuk mengendalikan pertumbuhan dan perkembangan *bakteri pathogen* yang mungkin ada dalam *vagina*.

b. Trimester II

Sekresi vagina meningkat, ini normal jika tidak disertai gatal, iritasi atau berbau busuk.

c. Trimester III

Estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan *epithelium*. Lapisan otot membesar, *vagina* lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah *janin*.

5. *Sistem Endokrin*

- a. Kelenjar *Tyroid* : Membesar sedikit.
- b. Kelenjar *Hypofise* : Membesar, terutama *lobus anterior*.
- c. Kelenjar *Adrenal* : Tidak begitu terpengaruh.

6. Sistem Perkemihan

- a. Pengaruh desakan karena pembesaran uterus pada kehamilan muda dan turunnya kepala *janin* pada hamil tua terjadi gangguan *miksi* dalam bentuk sering kencing.
- b. *Ginjal* sedikit bertambah besar. Panjangnya bertambah 1-1,5 cm, volume *renal* meningkat 60 ml dari 10 ml pada wanita yang tidak hamil. *Filtrasi glomerulus* meningkat sekitar 69-70 % dan akan kembali normal pada 20 minggu *post partum*.

7. Sistem Integumen

- a. *Palmar erythema* : bintik-bintik kemerahan pada telapak tangan dan *spider nevi*. (Trimester I).
- b. Tingginya kadar *hormonal* menyebabkan peningkatan *pigmentasi* selama kehamilan. Bila terjadi pada :
 - 1) Kulit muka dikenal sebagai topeng kehamilan/*cloasma gravidarum*.
 - 2) Garis putih tipis dari atas *symphysis* sampai pusat (*linea alba*) menjadi gelap disebut *linea nigra*.
 - 3) Peningkatan regangan pada kulit *abdomen*, paha dan *payudara* menimbulkan garis-garis yang berwarna gelap disebut *striae gravidarum*, yang akan berkurang setelah kehamilan menjadi berwarna keperakan pada kulit putih.

8. Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi

- a. Volume darah makin meningkat 25-30 % karena jumlah *serum* darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah 20 % (pengenceran

darah/*hemodilusi*), sejak kehamilan 16 minggu dan puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu. Curah jantung bertambah sekitar 30%.

- b. Protein darah dalam bentuk *albumin* dan *gammaglobulin* menurun pada triwulan pertama, sedangkan *fibrinogen* meningkat.

9. Sistem Pernafasan

Perubahan *system respirasi* akibat desakan rahim sebagai kompensasi pemenuhan kebutuhan oksigen menyebabkan ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25 % dari biasanya.

10. Payudara

Pertumbuhan dan perkembangan *payudara* sebagai persiapan saat *laktasi*, dipengaruhi *hormon* sejak saat kehamilan yaitu *esterogen*, *progesteron*, dan *somatomammotropin*.

a. *Estrogen* berfungsi :

- 1) Menimbulkan *hipertrofi system* saluran *payudara*.
- 2) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga *payudara* tampak makin membesar.
- 3) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada *payudara*.

b. *Progesteron* berfungsi :

- 1) Mempersiapkan *asinus* sehingga dapat berfungsi.
- 2) Menambah jumlah *sel asinus*.

c. *Somatomammotropin* berfungsi :

- 1) Mempengaruhi *asinus* untuk membuat *kasein*, *laktalbumin* dan *laktoglobulin*.
- 2) Penimbunan lemak sekitar *alveolus* payudara.
- 3) Merangsang pengeluaran *kolostrum* pada kehamilan.

11. Sistem Metabolisme

- a. *Metabolisme basal* naik sebesar 15-20 %, terutama pada trimester III.
- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 *mili equivalen (mEq)* per liter disebabkan *hemodilusi* darah dan kebutuhan *mineral* yang diperlukan *janin*.
- c. Diperlukan protein tinggi sekitar $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari, untuk pertumbuhan dan perkembangan *janin*, perkembangan organ kehamilan dan persiapan *laktasi*.
- d. Kebutuhan kalori didapat dari *karbohidrat*, *lemak* dan *protein*.
- e. Perubahan *radikal* pada *metabolisme karbohidrat* selama kehamilan tidak dipahami sepenuhnya. Kadar gula dalam darah wanita hamil lebih tinggi dari pada keadaan tidak hamil, hal ini terjadi akibat zat *antagonis insulin* yang dihasilkan oleh *plasenta*. Akibatnya jumlah gula yang banyak ini akan diteruskan ke *janin*.
- f. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil :
 - 1) *Kalsium* : 1,5 gr setiap hari. 30-40 gr untuk pembentukan tulang *janin*.
 - 2) *Fosfor* : rata-rata 2 gr dalam sehari.

3) *Zat besi* : 800 mgr atau 30-50 mgr sehari.

Tujuan suplemen *zat besi* selama kehamilan adalah bukan untuk mencegah kekurangan *zat besi* pada ibu. Diperkirakan bahwa ibu yang mengalami kekurangan *zat besi* pada awal kehamilan dan tidak mendapatkan *suplemen* memerlukan sekitar 2 tahun untuk mengisi kembali simpanan *zat besi* mereka dari sumber-sumber makanan.

g. *Air* : ibu hamil memerlukan cukup banyak dan dapat terjadi *retensi* air. Pada saat cukup bulan, kandungan air *janin*, *plasenta* dan cairan *amnion* berjumlah sekitar 3,5 L. Kira-kira 3L lebih banyak air terkumpul akibat bertambah banyaknya volume darah ibu dan ukuran *uterus* serta *payudara*.

12. Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Berat badan ibu hamil bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar $\frac{1}{2}$ kg/minggu, dengan perincian :

- a. *Janin* : 3-3,5 kg
- b. *Placenta* : 0,5 kg
- c. *Air ketuban* : 1 kg
- d. *Rahim* : 1 kg
- e. *Timbunan lemak* : 1,5 kg
- f. *Timbunan protein* : 2 kg
- g. *Retensi air-garam* : 1,5 kg

13. Sistem Pencernaan

- a. Karena pengaruh *estrogen*, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan :
 - 1) Pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*).
 - 2) Daerah lambung terasa panas.
 - 3) Terjadi mual, pusing/sakit kepala terutama pagi hari (*morning sickness*).
 - 4) Muntah (*emesis gravidarum*), bila muntah berlebihan (*hyperemesis gravidarum*).
- b. Pengaruh *progesteron* menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan *obstipasi*.

14. Sistem Muskuloskeletal

Peningkatan *distensi abdomen* membuat panggul miring ke depan, penurunan *tonus otot* perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*realignment karvatura spinalis*). Pusat *gravitasi* wanita bergeser ke depan. Selama trimester terakhir kehamilan, rasa pegal, mati rasa, dan lemah kadang kala dialami pada anggota badan atas, kemungkinan sebagai akibat *lordosis* yang besar (Manuaba dkk, 2010).

2.2.4. Perubahan dan Adaptasi psikologis dalam kehamilan

Menurut Kusmiyanti (2009), bahwa perubahan dan adaptasi psikologis dalam kehamilan dalam pembagian trimester adalah sebagai berikut :

1. Trimester pertama

Segera setelah terjadi *konsepsi* kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali pada awal kehamilan, ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seseorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang ibu untuk mungkin diberitahunya kepada orang lain atau dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan seks, pada wanita pada trimester pertama ini berbeda-beda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah seks yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan. Semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

2. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan keadaan hormone yang lebih tinggi dan merasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3. Trimester ketiga

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin

mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan perhatian dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

2.3. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Muslihatun, dkk, 2009).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, *nifas*, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Muslihatun, dkk, 2009).

2.3.1. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* terdiri dari (Muslihatun, dkk, 2009).

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.2. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney dalam Muslihatun, dkk (2009)

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.

1. Langkah 1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat Kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah 2. Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar *nomenklatur* diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh *clinical Judgement* dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

4. Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan *prenatal* saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu nifas dengan perdarahan.

5. Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

6. Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini

bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

7. Langkah 7. Evaluasi

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

2.3.3. Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas 1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001 dalam Muslihatun dkk (2009) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tiro kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment dan P

adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit. Mufdlillah, dkk, 2001) dalam Muslihatun dkk (2009).

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesis*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. A (*Assessment*)

A (Analysis/Assessment), merupakan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

4. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun

dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien.

Dalam *Planning* mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS DAN TINJAUAN KASUS

3.1. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

3.1.1. Analisa Tipe dan Karakteristik

RSUD Abepura tipe C dengan peraturan daerah No. 8 tahun 1998 oleh menteri dalam negeri dengan SK. No. 78 tahun 1998 pada tanggal 5 Mei 1998 dan selanjutnya di UU dengan gambaran daerah provinsi Dati I Irlja No. 162 tanggal 16 Juli 1998 dengan terpenuhinya persyaratan suatu RS, maka di usul dengan pengisian jabatan struktural dan jabatan fungsional lainnya.

Karakteristik sebagai salah satu RS milik pemerintah, RSUD Abepura bergerak dibidang non komersial, RSUD Abepura memiliki 160 kapasitas tempat tidur dengan beberapa ruang, rawat inap yakni bangsal pria, bangsal wanita, bangsal anak, bangsal bedah, bangsal kebidanan dan pertinatologi meliputi : ruang ICU, VIP dan ruangan kelas.

Tercapai kriteria sebagai RS tipe C dapat dilihat dah beberapa persyaratan administrasi, sarana penunjang lain dan juga jumlah tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

3.1.2. Struktur Organisasi dan Ketenagaan

1. Struktur organisasi
 - a. Direktur
 - b. Seksi keperawatan

- c. Seksi pelayanan
- d. Sub bagian
- e. Sub seksi
- f. Urusan
- g. Instansi kebidanan
- h. Komite medis dan staf medis fungsional

2. Ketenagaan

a. Medis

Dokter umum sebanyak 31 orang, Dokter spesialis sebanyak 12 orang, Dokter gigi sebanyak 3 orang,

b. Paramedis

Perawat sebanyak 93 orang, Bidan sebanyak 18 orang, Gizi sebanyak 18 orang, Kesehatan lingkungan sebanyak 9 orang, Analisis sebanyak 8 orang Radiologi sebanyak 4 orang, Farmasi sebanyak 5 orang dan Fisioterapi sebanyak 4 orang serta Anastesi sebanyak 1 orang

c. Non Medis sebanyak 2 orang

3. Wewenang dan tanggung jawab

1) Tugas pokok

Rumah sakit umum daerah Abepura mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna 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 umum dan keuangan

3.1.3. Gambaran Umum Ruang Bersalin

Ruang bersalin mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh kepada ibu bersalin, nifas baik patologi maupun fisiologi ginekologi.

1. Wewenang dan tanggung jawab kepala ruangan bersalin
 - a. Melaksanakan pelayanan kebidanan secara menyeluruh
 - b. Mengkoordinir semua kegiatan yang ada di ruangan bersalin
 - c. Mengembangkan kemampuan pegawai ruang bersalin
 - d. Membuat program kerja tahunan
 - e. Kepala ruangan bersalin bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
2. Instansi di bagi ke dalam dua bagian yaitu polik kebidanan dan ruang bersalin. Ruang bersalin terdiri dari
 - a. Kamar bersalin (VK)
 - b. Ruang nifas : ruang pre operasi dan post operasi masing - masing ada penanggung jawab ruangan

- c. Ruangan bersalin memiliki 5 kamar rawat inap yang terdiri dari Kamar kelas I, Kamar kelas II, Kamar kelas III, Kamar VIP dan Kamar isolasi.

3. Jumlah tenaga dokter

a. Tenaga dokter

Dokter spesialis kebidanan sebanyak 2 orang dan Dokter umum sebanyak 2 orang.

b. Tenaga bidan

Tenaga bidan keseluruhan 18 orang terdiri dari

- 1) D - III Kebidanan : 13 orang
- 2) Bidan A/C : 5 orang

4. Tugas dan Tanggung Jawab

Tugas dan tanggung jawab dari masing-masing ruangan (Vk dan Nifas)

a. Ruangan VK (kamar bersalin)

- 1) Menerima pasien baru yang akan bersalin (inpartu) baik fisiologi maupun patologi
- 2) Melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan melakukan anamnesa, melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pemeriksaan obstetric, konsultasi dengan dokter obgin dan tenaga kesehatan lainnya.

b. Ruangan Nifas/rawat gabung

- 1) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu post partum, baik yang fisiologi maupun patologi

2) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan gangguan kehamilan, dan ibu hamil yang menderita suatu penyakit.

5. Fasilitas pelayanan diruangan bersalin Abepura, terdiri dari :

Alat - alat medis dan non medis, terdiri dari oksigen, Alat - alat infus dan cairan, protap, alat USG, dopler, nedel air, dan cukup memadai. Alat - alat maupun obat - obatan sesuai dengan ruangan bersalin, namun sesuai dengan pemantauan yang dilakukan, fasilitas yang disediakan masih kurang dan perlu ada penambahan.

3.2. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN ABORTUS IMMINENS DI RUANG BERSALIN RSUD ABEPURA

Hari/Tanggal : Sabtu, 25 Juni 2011
 Jam : 09.25 Wit
 Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura
 Oleh : Yusriwanti Bubun Datu

LANGKAH I : PENGKAJIAN DATA

A. Data Subjektif

1. Biodata

Nama Klien	: Ny. A.H	Nama Suami	: Tn. Y.O
Umur	: 21 Tahun	Umur	: 27 Tahun
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Swasta
Suku /bangsa	: Papua/ Indonesia	Suku/bangsa	: Papua/Indonesia
Nikah ke	: I	Nikah ke	: I
Lama Menikah	: 2 tahun	Lama Menikah	: 2 Tahun
Alamat	: Asrama polisi Abe	Alamat	: Asrama polisi Abe

Data Biologi / Psikologis

a. Keluhan utama

Ibu terlambat haid $\pm$ 5 bulan, mengeluh keluar darah pervaginam

b. Riwayat Keluhan Utama

Sejak tanggal 24 juni 2011, jam 10.00 Wit klien mengatakan keluar darah pervaginam sedikit – sedikit dan berwarna merah segar akibat jatuh ditangga disertai rasa mules diperut bagian bawah, dan rasa pusing.

3. Riwayat Reproduksi

a. Riwayat Menstruasi

1. Menarche : Umur 13 tahun
2. Siklus haid : 28 hari
3. Durasi haid : 5-6 hari
4. Sifat darah haid : Cair
5. Warna : Merah kecoklatan
6. Bau : Amis
7. Gangguan haid : tidak ada

b. Riwayat Obstetri

1) Kehamilan dan Persalinan Yang Lalu.

No	Kehamilan		Persalinan				Nifas	Anak		
	Suami ke	Umur Kehamilan	Tempat persalinan	Jenis	Penolong	Penyulit		sex	BB (gr)	Lama ASI
1	I	Cukup bulan	RS	Spon	Bidan	Taa	Baik	Perempuan	3500	15 Bulan
2	I	Hamil ini								

2) Hamil sekarang

Gravida	: G II Partus I Abortus A0
HPHT	: 1-1-2011, HTP: 8-10-2011
ANC	: 1 X di PKM Hedam
Imunisasi	: 1 kali

3) Riwayat Ginekologi

Riwayat Gangguan Sistem Reproduksi	: Tidak Pernah
Riwayat Sectio Caesetea	: Tidak Pernah
Riwayat Abortus	: Tidak Pernah

4). Riwayat Menggunakan Kontrasepsi

Klien menggunakan metode kontrasepsi Pil setelah melahirkan anak pertama selama 1 tahun

4. Riwayat Kesehatan Lalu

a. Penyakit yang pernah diderita	: Ispa, Malaria
b. Riwayat Opname	: Tidak Pernah
c. Riwayat Operasi	: Tidak Pernah

5. Riwayat Keluarga

a. Penyakit menular dalam keluarga	: Tidak ada
b. Penyakit menahun dalam keluarga	: Tidak ada
c. Penyakit keturunan dalam keluarga	: Tidak ada
d. Riwayat persalinan kembar	: Tidak ada

6. Keadaan Psiko Sosial

Klien tinggal bersama suami dan seorang anaknya dirumah pribadi.

Hubungan suami istri cukup harmonis. Hubungan dengan tetangga baik, pekerjaan rumah dikerjakan sendiri, kadang – kadang dibantu oleh suaminya.

Klien sangat menginginkan anak keduanya apalagi anak pertamanya sudah berusia 1 tahun 4 bulan.

7. Latar Belakang Sosial Budaya

Klien dan suami sama – sama dari Jayapura dan percaya bahwa segala sesuatu yang terjadi karena memang kehendak dari Tuhan.

8. Keadaan Sosial Ekonomi

Suami klien hanya sebagai swasta yang penghasilannya tidak menetap tetapi cukup untuk membiayai kehidupan sehari- hari dan kebutuhan tak terduga lainnya.

9. Kegiatan Keagamaan

Klien dan suami adalah penganut agama kristen protestan, aktif mengikuti ibadah digereja dalam persekutuan dilingkungannya.

10. Masalah – masalah Kehamilan Sekarang.

- | | |
|--------------------------------|--|
| a. Mual, muntah | : Tidak ada |
| b. Nyeri ulu hati | : Tidak ada |
| c. Sakit perut | : Ya |
| d. Mudah lelah | : Ya |
| e. Gangguan pernapasan | : Tidak ada |
| f. Nyeri pinggang | : Tidak ada |
| g. Keluar cairan dari kemaluan | : Sejak tanggal 24 juni 2011 jam 10.00 Wit |

11. Pola Kegiatan Sehari – hari :

No	Kegiatan	Trimester I	Trimester II
1.	Nutrisi a. Pola Makan b. Frekuensi Makan c. Napsu makan d. Makanan Kesukaan e. Gangguan Pantangan f. Jumlah Minum	Kurang 1 – 2 kali / hari Kurang Papada Tidak Ada 8 - 10 gelas perhari	Baik 2 - 3 kali / hari Baik Buah Tidak Ada 8 - 10 gelas perhari
2.	Kebiasaan yang mempengaruhi a. Merokok b. Obat Penenang c. Minuman Keras d. Jamu	Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada	Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada
3.	Eliminasi BAB 1. Frekuensi 2. Bau 3. Warna 4. Konsistensi 5. Gangguan BAK 1. Frekuensi 2. Bau 3. Warna 4. Konsistensi 5. Gangguan	1 Kali / hari Busuk Kuning, kecoklatan Lunak Obstipasi 5 - 6 Kali / hari Amoniak Kuning muda Cair Tidak Ada	1 Kali / hari Busuk Kecoklatan Lunak Tidak Ada 5 – 6 Kali / hari Amoniak Kuning muda Cair Tidak Ada
4.	Pola Tidur dan Istirahat 1. Tidur siang 2. Tidur malam	± 2 jam ± 9 jam	2 jam ± 9 jam
5.	Olah Raga dan Rekreasi a. Olah Raga b. Rekreasi	Tidak Pernah Nonton TV	Tidak Pernah Nonton TV
6.	Hygiene Perorangan a. Frekuensi Mandi b. Pakai Sabun c. Dikeringkan dengan handuk. d. Frekuensi Sikat Gigi e. Pakai Odol f. Frekuensi cuci rambut g. Pakai Shampo h. Gunting Kuku i. Ganti Pakian Dalam	2 kali sehari Ya Ya 2 kali sehari Ya 2 kali sehari Ya 2 kali sehari Ya 1 Minggu sekali 2 kali sehari	2 kali sehari Ya Ya 2 kali sehari Ya 2 kali sehari Ya 2 kali sehari Ya 1 Minggu sekali 2 kali sehari
7	Pekerjaan Tambahan	Tidak ada	Tidak ada

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadan Umum : Tampak Lesu
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Keadaan emosional : Roman Muka tampak cemas
- i. Tanda – tanda Vital
 - Tekanan darah : 110/ 70 mmhg
 - Nadi : 84 kali / menit
 - Respirasi : 21 kali / menit
 - Suhu badan : 37 °C
- d. Berat Badan Sebelum hamil : 52 Kg
- e. Berat Badan : 54 Kg (Tanggal, 25 juni 2011)
- g. Tinggi Badan : 154 cm
- h. Lila : 24,5cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- Rambut : Ikal pendek, warna hitam
- Kebersihan : Bersih
- Wajah
 - Ekspresi wajah : Tampak cemas
 - Simetris : Ya
 - Oedema : Tidak ada
 - Bentuk Wajah : Oval
 - Cloasma Gravidarum : Tidak ada

- Mata

Simetris : Ya
 Kebersihan : Bersih
 Konjungtiva : Merah Jambu
 Sclera : Tidak Icterus
 Kejelasan penglihatan : Baik Jelas

- Hidung

Polip : Tidak Ada
 Secret Cairan : Tidak Ada
 Kebersihan : Bersih

- Kulit

Kadaan : Kenyal, lembab

- Mulut dan gigi :

Stomatitis : Tidak Ada
 Caries : Tidak Ada
 Lidah : Bersih
 Mukosa Mulut : Lembab
 Gigi : Utuh
 Gusi : Tidak ada peradangan.

- Telinga

Simetris : Simetris
 Canalis : Bersih, normal
 Kadaan telinga luar : Baik
 Pendengaran : Baik, Jelas

b. Leher :

Inspeksi : Tidak Ada pembesaran pada kelenjar
thiroid

Palpasi : Tidak Ada pembesaran kelenjar thiroid

c. Dada

- Bentuk dada : Simetris

- Frekuensi Pernapasan : Teratur

- Pergerakan Dada : Sesuai dengan gerak napas

- Jenis Pernapasan : Thorakal

- Payudara

Pembesaran : Normal

Kebersihan : Bersih

Kulit : Tegang

Simetris : Ya

Puting Susu : Menonjol ka/ki

Pengeluaran : Tidak Ada

Nyeri Tekan : Tidak Ada

Benjolan : Tidak Ada

Areola Mamae : Hyperpigmentasi

- Jantung

Bunyi Jantung : Murni Lub Dup

Bunyi Tambahan : Tidak ada

d. Abdomen

Inspeksi : Perut tampak membesar sesuai dengan usia kehamilan, tidak tampak luka bekas operasi terdapat striae livide, striae albicans dan tampak linea nigra hyperpigmentasi.

Palpasi : Ballotement setinggi pusat

Auskultasi : Denyut Jantung Janin : 148 kali / menit

e. Genetalia

Kebersihan : Bersih

Pengeluaran pervaginam : Bercak darah warna merah segar

Varices : Tidak ada

Oedem : Tidak ada

Kelenjar bartolini : Tidak membesar

Perineum : Tampak bekas luka parut

Anus : Tidak ada Haemoroid

f. Ekstremitas

- Warna Kuku : Merah Muda

- Bentuk : Normal

- Kebersihan : Kuku agak panjang dan bersih

- Ekstremitas atas

Simetris : Ya

Keadaan Kuku : Agak panjang tapi bersih.

- Ekstremitas bawah

Simetris : Ya

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Refleks Patella : Positif Kanan/kiri

3. Pemeriksaan Penunjang

Inspekulo Tanggal : 25 juni 2011, oleh : Bidan Waryati

a. Portio : Livida

b. Perdarahan : Sedikit, warna merah, Bau amis

c. Orivisium uteri externum : Tertutup

d. Hb : 11 gr %

Golongan darah : Tidak dilakukan

PP Test : Tidak dilakukan

e. USG : Tanggal 25 juni 2011

Hasil : - Uterus sesuai usia kehamilan (20 minggu)

- Kantong gestasi penuh

- Denyut jantung janin terdeteksi

LANGKAH II : INTERPRETASI DATA DASAR

1. Diagnosa : Ibu umur 21 tahun, G II PI AO, kehamilan 20 minggu dengan Abortus Imminens.

2. Dasar

DS :

- a. Klien terlambat haid $\pm$ 5 bulan, mengeluh keluar darah pervaginam sedikit – sedikit warna merah segar dan rasa sakit pada perut bagian bawah.

b. HPHT : 1 – 1 – 2011 TP : 8 – 10 - 2011

DO : 1. Palpasi

Ballotement setisinggi pusat

2. Tampak bercak darah warna merah divagina.

3. Inspekulo :

- Portio : Livide

- Perdarahan : Sedikit, warna merah, bau amis

4. PP Test : Positif

3. Masalah : Klien cemas dengan kehamilannya.

Dasar :

DS : Klien mengatakan sangat cemas dengan keadaan kehamilannya karena sangat diharapkan oleh klien dan suaminya.

DO : Ekspresi wajah tampak cemas

4. Kebutuhan :

a. Pendidikan kesehatan tentang kehamilan dan abortus.

b. Dukungan Moril.

LANGKAH III : MASALAH PONTESIAL

1. Pontesial Terjadinya Abortus Incompletus

Dasar :

DS : Klien terlambat haid $\pm$ 5 bulan, mengeluh keluar darah pervaginam sedikit – sedikit berwarna merah segar dan rasa sakit pada perut bagian bawah.

DO : Perdarahan pervaginam warna merah segar.

2. Potensial terjadinya Infeksi

Dasar :

DS :- Klien mengeluh keluar darah pervaginam sedikit – sedikit berwarna merah segar.

DO :- Kebersihan genetalia bersih.

- Adanya transmisi kuman ke dalam rahim akibat abortus imminens.

- HB 11 gram%.

LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi

- Infus RL : 500 cc kecepatan 28 tetes/menit
- Nifedipin : 4 x 10 mg
- Dexametasone: 2x2 10 gr
- Ceftriaxone : 1x 12 1000 gr
- Neurobion : 1x1 /hari

LANGKAH V : RENCANA ASUHAN

1. Jelaskan dan anjurkan pada klien perlunya tirah baring total.
2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan pemeriksaan USG
3. Lakukan tindakan perawatan dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.
4. Hadirkan orang yang dianggap penting (Suami)

5. Jelaskan pada suami tentang keadaan klien.
6. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan yang dirasakan.
7. Beri support mental dan motivasi
8. Observasi tanda – tanda vital dan cairan
9. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan dini selama tirah baring total.
10. Anjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap pembalut penuh dan membilas vagina setiap selesai BAB/BAK dan mengeringkan dengan handuk/kain bersih.
11. Anjurkan suami untuk terlibat dalam proses perawatan sederhana.
12. Observasi perdarahan dan kontraksi setiap 1 jam.
13. Anjurkan klien untuk mendekatkan diri pada Tuhan dengan berdoa sesuai kepercayaannya.

LANGKAH VI : IMPLEMENTASI

Tanggal : 25 juni 2011, Jam 10.00 WIT

1. Menjelaskan kepada klien dengan tirah baring/istirahat total ditempat tidur mengurangi perdarahan dan menganjurkan klien untuk melaksanakan anjuran yang diberikan.
2. Melaksanakan hasil kolaborasi medis untuk pemberian therapy jam 10.15 Wit pemasangan infus RL 500 cc tetes/menit. Nipedipin 4x10 mg Dexametaxone 2x2 Ceftriaxone 1x 12 Neurobion 1x1
3. Melakukan tindakan perawatan dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.
4. Menghadirkan orang yang dianggap penting (suami)
5. Menjelaskan kepada suami tentang keadaan klien dan kehamilannya.

6. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan yang dirasakan.
7. Memberikan support mental dan motivasi bahwa ibu harus tabah dan mengikuti setiap anjuran petugas serta mau melaksanakan
8. Jam 10.00 Wit, mengobservasi tanda – tanda vital dan cairan.
9. Jam 11.45 Wit, membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan diri selama tirah baring total (seperti menggunting kuku, melap, vulva hygiene dan mengganti pakaian dalam).
10. Menganjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap pembalut penuh dan membilas vagina setiap selesai BAB/BAK dari arah depan kebelakang dan mengeringkan menggunakan handuk/kain bersih.
11. Jam 12.00 Wit, Menganjurkan suami untuk terlibat dalam perawatan sederhana seperti membantu memberi makan pada klien.
12. Jam 13.20 Wit, Mengobservasi perdarahan dan kontraksi.
13. Jam 13.30 Wit, Menganjurkan klien untuk mendekatkan diri pada Tuhan dengan berdoa sesuai kepercayaannya.

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 25 juni 2011, Jam 14.30 WIT

1. Ibu sedang tirah baring dan ibu mengetahui pentingnya tirah baring
2. Terapi oral sudah diberikan dan infus RL 500 cc dengan kecepatan 28 tetes/menit masih terpasang
3. Tidak terjadi infeksi
4. Klien ditemani suami
5. Suami sudah mengerti dengan keadaan istrinya
6. Klien mengatakan pusing sudah berkurang.

7. Ibu nampak tenang
8. Tanda - tanda vital dalam batas normal
9. Kebutuhan ibu telah dipenuhi dan dibantu oleh suami
10. Jam 12.00 Wit, pembalut yang basah telah diganti
11. Ibu telah makan dengan porsi yang diberikan oleh rumah sakit
12. Ibu sudah mengganti pembalut dua kali
13. Klien nampak tenang setelah berdoa.

ASUHAN KEBIDANAN PADA HARI KE : II (KEDUA)

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA

Hari : Minggu
Tanggal : 26 juni 2011
Jam : 08.00 Wit

DATA SUBJEKTIF

1. Klien menyatakan semalam darah masih keluar sedikit berupa bercak nyeri perut bagian bawah masih terasa nyeri.
2. Klien mengatakan tidak lemas dan tidak pusing.
3. Klien mengatakan cemas karena darah masih keluar dan klien memikirkan keadaan rumah serta anaknya.

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik
2. Wajah tampak : Cemas
3. Infus masih terpasang cairan RL kecepatan 18 tts/mnt.
4. Tanda – tanda vital :
 - a. TD : 110/70 mmHg
 - b. N : 80 x/mnt
 - c. R : 20x/mnt
 - d. SB : 37⁰C
5. Tampak bercak darah warna kecoklatan di pembalut

6. Kontraksi uterus tidak ada
7. Kadar Hb 11 gr%
8. Makan pagi tidak dihabiskan
9. Therapi di berikan jam 08. 30 Wit

ASESSMENT

1. Diagnosa : G II, PI, A0, usia kehamilan 20 minggu dengan *abortus imminens*.

2. Dasar

DS :

- a. Klien mengatakan semalam darah masih keluar sedikit berupa bercak.
- b. Nyeri perut masih terasa, tidak lemas, dan tidak pusing.
- c. Klien mengatakan cemas karena darah masih keluar dan klien memikirkan rumah serta anaknya.

DO :

- a. Kedaan umum baik
- b. Wajah nampak cemas
- c. Masih terpasang cairan infus RL kecepatan 18 tts/mnt.
- d. Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmHg

N : 80 x/mnt

R : 20x/mnt

SB : 37⁰C

- e. Tampak bercak darah warna kecoklatan di pembalut

- f. Kadar HB : 11 gr%
- g. Makan pagi tidak dihabiskan
- h. Therapi oral belum ada.

3. Masalah

a. Pontesial Terjadinya Abortus Incompletus

Dasar :

DS : - Klien menagatakan semalam darah masih keluar sedikit berupa bercak.

- Nyeri perut bagian bawah masih terasa.

DO : - Bercak darah warna kecoklatan di pembalut.

b. Pontesial Terjadinya Infeksi

Dasar :

DS : - Klien mengatakan semalam darah masih keluar sedikit berupa bercak.

DO : - Adanya transmisi kuman ke dalam rahim

- HB 11gr%

4. Kebutuhan

- a. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya tirah baring.
- b. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya makanan bergizi bagi ibu hamil
- c. Pendidikan kesehatan tentang personal hygiene terutama vulva hygiene
- d. Dukungan moril
- e. Therapi di lanjutkan, Infus masih terpasang.

PLANNING

Tanggal : 26 Juni 2011 Jam : 14.30 WIT

1. Menganjurkan klien untuk tetap tirah baring total, ibu sedang beristirahat
2. Menjelaskan pada klien tentang pentingnya makan – makanan yang bergizi selama hamil dan dalam proses perawatan guna membantu penyembuhan.
3. Menganjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering, ibu makan dengan makanan yang diberikan di rumah sakit
4. Menganjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap pembalut penuh dan membilas vagina setiap selesai BAB/BAK dari arah depan kebelakang dan mengeringkan dengan handuk/kain. Klien mengatakan masih keluar bercak darah sedikit
5. Jam 09.00 Wit melakukan pemberian therapy dan ibu telah meminumnya
 - a. Ceftriaxone 2 x 10 gram
 - b. Nipedipin 4x 10 gram
 - c. Neurobion 2 x 1 / hari
 - d. Dexamaetasone 2 x 2
6. Mengobservasi perdarahan dan kontraksi
Tampak bercak darah warna kecoklatan di pembalut dan denyut jantung janin terdeteksi, kontraksi uterus tidak ada
7. Mengobservasi tanda – tanda vital tiap 1 jam

TD	: 110/70 mmHg	R	: 20x/mnt
N	: 80 x/mnt	SB	: 37 ⁰ C

8. Menjelaskan pada klien untuk pemeriksaan USG guna mengetahui keadaan kehamilannya.
9. Jam : 11.00 Wit, suami terlibat dalam proses perawatan sederhana seperti menyuapi dan membantu eliminasi.
10. klien mengganti pakaian yang meresap keringat dan mengganti baju setiap basah dan memberikan bedak pada daerah punggung untuk menghindari iritasi.
11. Memberikan motivasi pada klien untuk membicarakan tentang anaknya dirumah dengan suaminya untuk menjaga maupun mengurus semua kebutuhannya dan suami menyetujuinya.
12. Jam 13.45 Wit, membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan diri selama tirah baring total (melap badan klien dengan kain basah (mandi), vulva hygiene, mengganti baju).

ASUHAN KEBIDANAN PADA HARI KE : III (KETIGA)

LANGKAH I : PENGUMPULAN DATA

Hari : Senin

Tanggal : 27 Juni 2011

Jam : 07.30 WIT

DATA SUBJEKTIF

1. Klien mengatakan darah sudah tidak keluar semalam.
2. Klien mengatakan tidak ada lagi rasa nyeri.

DATA OBEJKTIF

1. Keadaan umum : Baik
2. Klien tampak : Tenang
3. Tanda – tanda vital :
 - a. TD : 110/70 mmHg
 - b. N : 80 x/mnt
 - c. R : 18x/mnt
 - d. SB : 36,5⁰C
4. Tidak ada bercak darah dipembalut.
5. Terapi oral dihentikan (tidak diberikan)

ASESSMENT

1. Diagnosa : G II, PI, A0, usia kehamilan 20 minggu dengan *abortus immninens.*

Dasar

DS :

- a. Klien mengatakan tidak ada darah yang keluar semalam
- b. Klien mengatakan tidak ada lagi rasa nyeri
- c. Klien sudah tidak cemas lagi

DO :

- a. Keadaan umum baik
- b. Klien kelihatan tidak cemas lagi
- c. Tanda – tanda vital :
 - 1) TD : 110/70 mmHg
 - 2) N : 80 x/mnt
 - 3) R : 18x/mnt
 - 4) SB : 36,5°C
- d. Pembalut bersih

2. Masalah Potensial

Pontesial Terjadinya Abortus imminens

3. Kebutuhan :

Melakukan aktifitas ringan seperti duduk dan berjalan sekitar ruangan

Hasil : Melakukan USG

PLANNING

Tanggal : 27 Juni 2011 Jam : 10.30 WIT

1. Mengecek Laboratorium darah HB Jam 09.00 Wit. Hasil 11,2 gr%
2. Memotivasi klien untuk tirah baring dan boleh melakukan aktifitas ringan seperti duduk dan berjalan sekitar ruangan dan kamar mandi dan Ibu telah menjaga kebersihan daerah genitalia
3. Ibu mengatakan telah mengganti baju yang basah dengan yang kering
4. Kolaborasi dengan Medis untuk USG II
 - a. Uterus sesuai usia kehamilan (20 minggu)
 - b. Kantong gestasi kosong
 - c. Denyut jantung janin terdeteksi
5. Jam 09.00 Wit Klien sudah makan sesuai porsi yang diberikan rumah sakit.
6. Jam 12.00 Wit, ibu pulang dijemput oleh keluarga dan ibu berjanji akan melakukan kontrol ulang tanggal 25 Agustus 2010 di Polik Kebidanan RSUD Abepura.

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang penulis lakukan pada klien NY. A.H dengan Abortus Imminens di Ruang bersalin RSUD Abepura mengacu pada manajemen kebidanan tujuh langkah menurut varney.

Pada bab ini penulis akan menjabarkan sesuai kasus diatas dengan menggunakan Proses Manajemen 7 langkah dengan mengumpulkan data yang lengkap, akurat dan sistimatis dengan cara melakukan anamnesa atau wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Berdasarkan data subjektif, ibu datang keruang bersalin RSUD Abepura pada tanggal 25 Juni 2011, jam 09.25 Wit, dengan keluhan Ibu terlambat haid $\pm$ 5 bulan dengan riwayat keluhan utama tanggal 24 Juni 2011, jam: 10.00 Wit keluar darah pervaginam sedikit – sedikit, berwarna merah segar akibat jatuh di tangga, disertai rasa mules diperut bagian bawah, rasa pusing. Pemeriksaan fisik yang dilakukan sehubungan dengan kondisi GII, PI, A0 dengan umur kehamilan 20 minggu depan Abortus Imminens gejala secara teoritis semuanya ada/ditemukan pada klien. Gejala secara teoritis ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan.

Berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan target *partus*, ibu umur kehamilan 24 – 25 minggu dan berdasarkan hasil USG, umur kehamilan ibu dengan pernyataan dokter adalah 20 minggu, hal ini terjadi kesenjangan teori dan kasus dalam menghitung umur kehamilan.

Dalam menegakkan diagnosa penulis tidak mengalami kendala yang berarti diagnosa yang ditegakkan adalah Ibu umur 21 tahun, GII, PI, A0 usia kehamilan 20 minggu dengan Abortus Imminens. Diagnosa potensial yang akan terjadi adalah potensial terjadinya abortus inkompletus dan infeksi. Selama penulis melakukan asuhan dalam 3 hari, diagnosa potensial tidak menjadi aktual.

Hal ini disebabkan dalam melakukan asuhan, Penulis melakukan kolaborasi dengan dokter (SpOG) dan instruksinya agar klien dirawat Bedrest total dan memberikan pengobatan sesuai instruksi dokter.

Pada rencana asuhan pada abortus imminens tidak terlalu sulit karena pada dasarnya fokus utama yaitu : menganjurkan ibu Bedrest total kurangi aktifitas, memberikan input atau asupan yang cukup, bekerja dengan teknik septik dan antiseptik serta memberikan suatu dukungan moril disamping itu juga melakukan observasi yang rutin, kontraksi, perdarahan dan tanda – tanda vital.

Asuhan yang diberikan berdasarkan rencana asuhan yang disusun dan dilaksanakan selama 3 hari dan dapat terlaksana dengan baik. Pada abortus imminens ini setelah dilakukan asuhan selama 3 hari maka perdarahan mulai berkurang sampai dengan tidak ada. Sehingga klien diperbolehkan pulang dan dianjurkan perawatan di rumah dengan memberikan suatu penyuluhan tanda – tanda bahaya pada ibu hamil trimester 2 seperti : Perdarahan dari jalan lahir, pusing yang hebat, mual muntah yang berlebihan, mudah lelah, demam, dan janin tidak bergerak. Dianjurkan kepada ibu bila terdapat salah satu dari tanda – tanda bahaya itu agar segera ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat.

Penanganan sesuai dengan masalah kesehatan dapat terlaksana dengan hasil evaluasi klien abortus imminens kehamilannya masih dapat dipertahankan. Hal ini disebabkan berkat kerjasama tim kesehatan, pasien dan keluarga.

BAB V

PENUTUP

5.1. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada klien Ny. A.H sejak tanggal 25 – 27 Juni 2011 di Ruang Bersalin RSUD Abepura dengan kasus Abortus Imminens, maka dapat disimpulkan dengan mediagnosa Abortus Imminens berdasarkan pengumpulan data melalui wawancara/anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Dengan asuhan yang tepat berdasarkan rencana asuhan yang disusun, sehingga kehamilan dapat dipertahankan dengan bekerjasama dengan tim medis, pasien dan keluarga, sehingga potensial terjadinya abortus inkompletus tidak menjadi aktual.

5.2. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyarankan sebagai berikut :

5.2.1. Untuk Rumah Sakit

Dalam pelaksanaan kasus abortus perlu adanya kerjasama Tim yang cepat dan tepat, sehingga potensial terjadinya komplikasi yang lebih berat dapat dicegah. Hal ini tentunya didukung dengan sarana atau fasilitas yang memadai dan kerjasama Tim yang selalu berada di tempat, sehingga pertolongan cepat diberikan.

5.2.2. Untuk Profesi

Keberhasilan bidan akan sangat ditunjang oleh komunikasi therapeutik. Untuk itu hendaknya bidan saat melakukan komunikasi therapeutik perlu memperhatikan hal – hal positif yang dapat menyinggung perasaan klien, serta menunjukkan sikap dan penampilan yang baik. Sehingga tidak terjadi salah persepsi antara bidan, klien dan keluarga.

5.2.3. Bagi klien

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan, khususnya tanda – tanda gawat atau komplikasi dalam kehamilan, sehingga klien dapat segera berobat.

5.2.4. Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan informasi bagi mahasiswa khususnya mahasiswa jurusan kebidanan dalam penanganan abortus.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, 2006. *Obstetri William*. Ed. 21, EGC, Jakarta.
- Depkes, 2007. Angka Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia. www.kemendes.go.id. Diakses pada tanggal 20 Maret 2011.
- Kusmiyanti dkk, 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Fitramaya, Jakarta.
- Laporan Data Tahunan RSUD Abepura, 2011.
- Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2010*. Diakses di www.kemendes.go.id tanggal 10 Mei 2011.
- Manuaba dkk, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Pendidikan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC; Jakarta.
- Muslihatun, dkk, 2009. *Dokumentasi Kebidanan*, Cet. II Fitramaya, Jakarta.
- Prawirohardjo, 2008. *Ilmu Kebidanan*, YBP-SP, Jakarta.
- Rukiyah dan Yulianti, 2010. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)*. Trans Infomedia, Jakarta.
- Saleha, 2009. *Perawatan Ibu Hamil*, Fitramaya, Jakarta.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Jusriwanti B. Datu
NIM : 20.71.24.408.190
Dosen Pembimbing I : Dra. Welwintje Sapari, M. Kes
Dosen Pembimbing II : Saaty Kachuanu S. ST

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
Sabtu, 11-12-10	1. <i>Ukuran</i> Manajemen Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Abortus Imminens di RSUD Alapura	Ukuran Asu - kebidanan ke. kebid. I	<i>[Signature]</i>
4/12-2010	Prab. I + II	Februari - Baby Telen Pambir - T. Fali Fali. Pribu A. Weli	<i>[Signature]</i>
13/12-2010	Prab III Prab IV	Amber Sempu Prab. Amari Prab. dat Prab.	<i>[Signature]</i>

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEBIDANAN

LEMBAR KONSULTASI

Nama :
NIM :
Dosen Pembimbing I :
Dosen Pembimbing II :

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	HASIL KONSUL	TTD DOSEN PEMBIMBING
11/3-2011	Bab I - a	Dasar kebidanan	A-
	Bab a	kebidanan	
30/6-2011	Bab a	kebidanan	A-
		kebidanan	
9/7-2011	Bab a	kebidanan	A-
		kebidanan	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN

LEMBARAN KONSULTASI

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN
ABORTUS IMMINENS DI RSUD ABEPURA

Nama Mahasiswa : YUSRIWANTI BUBUN DATU
NIM : PO.71.24.4.08.140
Pembimbing I : Dra. WELMINTJE SAPARI, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	Rabu 6/7 - 2011	Daftar isi Bab I Bab II Bab III Bab IV Bab V	→ Dibuat } Perbaiki	M. Sapari
2	Kamis 7/7 - 2011	Bab I II III Daftar Pustaka Bab IV, V	} Ace Konsul ke Pembimbing II	} M. Sapari
3	Selasa 26-7-2011	Bab IV, V - Daftar Pustaka	} Ace → Gandaikan	M. Sapari
4				