

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. TEORI MEDIS

A. Pengertian

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Mansjoer Arif,1999)

Abortus Imminens adalah pengeluaran secret pervaginam yang tampak pada paruh pertama kehamilan (Williams Obstetri,1995)

Abortus Imminens adalah keadaan perdarahan berasal dari intra uteri yang timbul sebelum umur kehamilan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kolik uterus, tanpa hasil pengeluaran konsepsi dan tanpa dilatasi serviks. (Ben-zion Taber,1992)

Abortus Imminens adalah keguguran yang membahayakan dan akan terjadi keluarnya fetus masih dapat dicegah. (Mochtar Rustam, 1998)

Penyebab abortus imminens

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, menyebabkan kematian janin atau cacat, penyebabnya antara lain:

- a. Kelainan kromosom, seperti trisomi, ploiploidi, dan kelainan kromosom.
- b. Endometrium kurang sempurna, biasanya terjadi pada ibu hamil saat usia tua, dimana kondisi abnormal uterus dan endokrin atau ovarium polikistik.
- c. Pengaruh external

Radiasi, virus dan obat-obatan dapat menjadi pengaruh buruk pada pertumbuhan janin.

Uterus terlalu cepat meregang, bisa terjadi pada saat hamil gemeli atau kehamilan mola hidatidosa.

- d. Kelainan plasenta, misalnya pada endarteritis terjadi dalam vilikorialis dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu.

Abortus dapat dibagi atas dua golongan :

1. Abortus Spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului factor-faktor mekanis atau medisinalis, semata-mata disebabkan oleh factor-faktor alamiah.

Abortus ini dapat dibagi menjadi :

- a. Abortus Imminens adalah keguguran membakat dan akan terjadi , keluarnya fetus masih dapat dicegah.
 - b. Abortus Insiptien adalah abortus yang sedang berlangsung dengan ostium sudah terbuka dan ketuban sudah teraba. Kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan lagi
 - c. Abortus Inkompletus adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan , yang tertinggal adalah desis dua dan placenta.
 - d. Abortus Kompletus adalah seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desis dua dan fetus) , sehingga rongga rahim kosong.
 - e. Missed Abortion adalah keadaan dimana janin sudah mati tetapi tetap berada dalam Rahim dan tidak dikeluarkan selama dua bulan atau lebih.
 - f. Abortus Habitualis adalah keadaan dimana penderita mengalami keguguran tiga kali atau lebih berturut-turut.
2. Abortus Provokatus (Induced Abortion) adalah abortus yang disengaja baik dengan obat-obatan atau dengan alat, missal :
- a. Abortus Medisinalis (abortus therapeutika) adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa sendiri, dengan alasan bila kehamilan diteruskan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis)
 - b. Abortus Kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan –tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis (Mochtar Rustam,1998)

B. Faktor – factor yang dapat mempengaruhi terjadinya abortus

1. Umur Ibu

Umur adalah dihitung berdasarkan tahun kelahiran yaitu lamanya hidup sejak lahir. Wanita remaja merupakan populasi resiko tinggi terhadap komplikasi kehamilan , penyulit ini terjadi karena pada remaja biasanya masih tumbuh dan berkembang sehingga memiliki kebutuhan kalori yang lebih besar dari wanita yang lebih tua umurnya. Sehingga akibatnya mortalitas, perinatal, dan morbilitas maternal sangat tinggi pada remaja yang hamil dibanding wanita usia 20 an. (Hamilton PM,2000)

Fakta berbicara aborsi telah dilakukan oleh 2,3 juta perempuan. Diperkirakan seluruh dunia tiap tahun terjadi antara 40 – 70 aborsi per 1000 wanita usia produktif.

Umur ibu merupakan salah satu factor terjadinya abortus. (Wheeler Linda,2004)

Reproduksi sehat sangat dikenal bahwa usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah umur 20 -30 tahun.

Kehamilan maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 – 29 tahun.

Kematian meningkat setelah usia 30 – 35 tahun (Wikjosastro H, 2002)

Wanita hamil pada umur muda (<20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya berkembang secara optimal. Dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril dan emosional, dan dari segi medis sering mendapat gangguan. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat – alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran , juga pada wanita usia ini besar kemungkinan mengalami komplikasi antenatal diantaranya abortus.

Frekwensi abortus yang secara klinis bertambah 12 % pada wanita yang berusia kurang dari 20 tahun, menjadi 26% pada wanita berusia diatas 40 tahun.

2. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita baik lahir hidup maupun lahir mati.Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari kematian maternal.Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian lebih tinggi.Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi angka kematian maternalnya.

Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetric yang baik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dapat dicegah dengan keluarga berencana.Sebagai kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan. (Wiknjosastro H, 2002)

Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai resiko tinggi kesehatannya dan juga bagi kesehatan anaknya. Hal ini beresiko karena pada ibu dapat timbul kerusakan pada dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin (manuaba IBG,1998)

Paritas yang tinggi merupakan salah satu factor resiko tinggi pada ibu hamil. Kejadian kematian pada persalinan pertama cukup tinggi (38,8 per 1000 kelahiran hidup dan persalinan lebih dari 3 kali lebih tinggi yaitu 77,5 per 1000 kelahiran hidup).

Bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan paritas tinggi mempunyai resiko tinggi terhadap terjadinya abortus. Sebab kehamilan yang berulang-ulang menyebabkan rahim yang tidak sehat. Dalam hal ini kehamilan yang berulang menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin akan berjurang disbanding pada kehamilan sebelumnya, keadaan ini dapat mengakibatkan kematian pada bayi.

World Futurity Survey yang diadakan 40 negara berkembang mengatakan bahwa 40-60% wanita berkeluarga tidak ingin menambah anak lagi. Namun 50 – 75% dari jumlah itu ternyata tidak menggunakan salah satu method kontraksi efektif.

SEhingga kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan masih cukup besar, abortus sering terjadi pada kehamilan pertama adalah karena factor fisik atau apapun alasan social belum siap memiliki anak (Wiknjosastro H, 2002)

3. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah jarak atau lamanya waktu dari anak yang telah lahir dengan anak selanjutnya. Selain factor umur ibu dan paritas, jarak kehalina juga menentukan factor penentu kehamilan dan persalinan. Jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun merupakan factor resiko tinggi (Manuaba, 1998)

Jarak kehamilan sangat mempengaruhi keadaan ibu dan janin yang dikandungnya. Seorang ibu memerlukan waktu 2 – 3 tahun agar dapat pulih secara fisiologis dari satu kehamilan ke persalinan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan berikutnya.

Jarak kehamilan yang terlalu dekat memberikan indikasi kurang siapnya rahim untuk terjadi implantasi bagi embrio. Persalinan yang rapat akan meningkatkan resiko kesehatan wanita hamil jika ditunjang dengan social ekonomi yang buruk. Dengan kehamilan dan menyusui akan menurunkan derajat kesehatan dan meningkatkan terjadinya abortus (Prasetyo. 1998).

Disamping membutuhkan waktu untuk pulih secara fisik maka perlu waktu pula untuk pulih secara emosional. Resiko tinggi pada jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

dapat dikurangi atau dicegah dengan Keluarga Berencana , sehingga tidak menimbulkan kehamilan yang tidak direncanakan, karena sebagian dari resiko tinggi adalah kehamilan yang tidak direncanakan.(Manuaba,IGB,1998)

4. Nutrisi

Wanita hamil harus betul-betul mendapat perhatian susunan dietnya, terutama mengenai jumlah kalori, protein yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu.

Kekurangan nutrisi menyebabkan abortus, partus, prematurus, perdarahan pasca persalinan dan lain-lain. Karena nutrisi tersebut diperlukan antara lain untuk pertumbuhan janin, plasenta , uterus dan kenaikan metabolisme sebagai pengawasan, kecukupan nutrisi bagi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan berat badannya (Mochtar,1988:60)

5. Alkohol

Abortus spontan dapat terjadi akibat sering mengkonsumsi alcohol selama 8 minggu pertama. Angka abortus akan meningkat 2 kali lipat pada wanita yang minum 2 kali seminggu, dan meningkat 3 kali pada wanita yang mengkonsumsi alcohol setiap hari.(Cunningham,dkk,2005:576-577)

6. Kafein.

Konsumsi kopi lebih dari 4 cangkir sehari akan sedikit meningkatkan resiko abortus, resiko tampaknya meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah dimana pada kafein terdapat kadar parakantin (sesuatu metabolic kafein) dalam darah ibu yang menyebabkan peningkatkan 2 kali abortus spontan apabila kadar tersebut sangat tinggi (Cunningham G,dkk 2005 :576-577)

C. Etiologi

Abortus dapat terjadi karena beberapa sebab, yaitu :

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, biasa menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum usia 8 minggu.

Faktor yang menyebabkan kelainan ini adalah :

- a. Kelainan ovum
- b. Kelainan kromosom

- c. Lingkungan sekitar tempat implantasi kurang sempurna
 - d. Pengaruh teratogen akibat radiasi , virus ,obat-obatan, tembakau dan alcohol
2. Kelainan pada plasenta
 3. Faktor maternal
 4. Kelainan tractus genitalia , seperti inkompetensi servik (untuk abortus pada trimester kedua), retroversi uteri , mioma uteri, dan kelainan bawaan uterus. (Mansjoer,1999)
 5. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala abortus imminens adalah :

1. Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu
2. Perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, hasil konsepsi masih berada dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks.
3. Perdarahan melalui ostium uteri eksternum
4. Uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka ,tes kehamilan positif
5. Perdarahan implitasi biasanya sedikit warnanya merah dan cepat berhenti dan tidak disertai mules- mules.
6. Komplikasi

Adapun komplikasi dari abortus adalah :

1. Perdarahan
Apabila perdarahan dari jalan lahir tidak segera diatasi atau pertolongan tidak diberikan secara tepat pada waktunya maka akan terjadi pengeluaran hasil konsepsi.
2. Syok
Berkurangnya volume darah yang disebabkan oleh adanya perdarahan
3. Infeksi
Hal ini seharusnya jarang terjadi jika memakai tehnik aseptik dengan cermat.
7. Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan abortus imminens dipakai cara konservatif , meliputi:

1. Istirahat baring

Tidur terbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan karena cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan berkurangnya rangsang mekanis

2. Coitus dilarang 2 minggu setelah perdarahan berhenti
3. Berikan obat penenang biasanya fenobarbital 3 x 30 mg ,
4. Berikan preparat hematinic , misalnya sulfas ferosus 600 – 1000 mg,
5. Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C
6. Periksa denyut nadi dan suhu badan dua kali sehari bila klien tidak panas dan tiap empat jam bila pasien panas.
7. Bersihkan vulva minimal dua kali sehari dengan cairan antiseptic untuk mencegah infeksi, terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat
8. Tes kehamilan dilakukan , bila hasil negative , mungkin janni sudah meninggal.
9. Pemeriksaan USG untuk memastikan apakah janin masih hidup
(Mansjoer Arif,1999)

8. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadi perdarahan desidua basalis, diikuti nekrosis jaringan sekitar yang menyebabkan hasil konsepsi lepas dan dianggap benda asing dalam uterus, kemudian uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut.

Pada kehamilan kurang dari 8 minggu ,villi corialis belum menembus desidua secara dalam . Jadi hasil konsepsi dapat dikeluarkan seluruhnya pada kehamilan 8 sampai 14 minggu, penembusan sudah lebih dalam hingga plasenta tidak dilepaskan sempurna dan menimbulkan banyak perdarahan .

Pada kehamilan lebih dari 14 minggu, janin dikeluarkan lebih dulu dari pada plasenta .Hasil konsepsi keluar dalam berbagai bentuknya, janin lahir mati, janin masih hidup, mola kruenta fetus kompresus, maserasi atau fetus papi raseus.

Pada abortus imminens peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks.

Diagnosa abortus imminens ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternm, disertai mules sedikit atau tidak sama sekali, uterus

membesar sebesar tuanya kehamilan , serviks belum membuka , dan tes kehamilan masih positif.

Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi pembuahan. Hal ini disebabkan oleh penembusan villi korialis kedalam desidua, pada saat implantasi ovum. Perdarahan biasanya sedikit , warnanya merah dan cepat berhenti mules – mules.

9. Diagnosa

Dari alur masalah yang tertulis diatas maka dapat ditemukan masalahnya diantaranya:

1. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus
2. Resiko kehilangan berhubungan dengan adanya ancaman abortus
3. Cemas berhubungan dengan ancaman abortus
4. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan otot ekstremitas sekunder terhadap bedrest.

10. Fokus Intervensi

1. Nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus

Tujuan : Nyeri berkurang / hilang setelah dilaksanakan tindakan kebidanan

Kriteria :

- Nyeri daerah perut hilang atau berkurang
- Ekspresi wajah tenang, tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

- Kaji nyeri, karakteristik, kualitas, frekwensi, lokasi dan intensitasnya
- Monitor tanda-tanda vital
- Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi
- Ciptakan lingkungan yang nyaman dan atur posisi yang nyaman.
- Berikan informasi penyebab terhadap rasa nyeri.

2. Resiko kehilangan berhubungan dengan ancaman abortus.

Tujuan: mengenal tanda-tanda ancaman aborsi

Kriteria :

- Abortus tidak terjadi

- Perdarahan pervaginam tidak ada

Intervensi:

- a. Awasi perdarahan per vagina
 - b. Berikan informasi yang jelas tentang abortus
 - c. Berikan lingkungan yang terbuka untuk diskusi pada pasien dan keluarga tentang penerimaan tanda kehamilan.
 - d. Kaji tanda emosional pada pasien
 - e. Terima respon pasien terhadap kehilangan dengan tenang dan tidak menghakimi.
 - f. Kolaborasi dengan Rumah Sakit untuk USG
3. Cemas berhubungan dengan hasil kehamilan dan ketidak pastian untuk kehamilan mendatang.

Tujuan : Meminimalkan kecemasan

Kriteria :

- Pasien mau mengungkapkan perasaannya
- Pasien tidak gelisah

Intervensi:

- a. Kaji tingkat kecemasan pasien
 - b. Dorong pasien untuk mengungkapkan tentang kehilangan
 - c. Sediakan lingkungan yang kondusif tempat pasien sehingga dapat merasa aman untuk mengungkapkan perasaannya.
 - d. Jaga frekwensi kontak dengan pasien sebagai bentuk kepedulian
 - e. Tingkatkan dukungan terhadap keluarga
4. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan

Tujuan : memperhatikan normalitas volume darah

Kriteria :

- Tanda-tanda vital normal
- Turgor kulit normal
- Membran mukosa lembab

Intervensi :

- a. Monitor tanda –tanda vital dan kondisi pasien
 - b. Kaji perdarahan pasien tiap jam,catat warna darah,jumlah pembalut yang digunakan,
 - c. Monitor input dan output cairan
 - d. Monitor nilai HB,Ht,dan trombosit
 - e. Kolaborasi pemberian anti koagulan
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan otot ekstremitas sekunder terhadap bedrets

Tujuan : Kebutuhan aktifitas terpenuhi

Kriteria :

- Pasien dapat melakukan aktifitas tanpa bantuan orang lain
- Pasien dapat melakukan perawatan diri tanpa bantuan orang lain

Intervensi :

1. Anjurkan klien untuk tidak mengikuti aktifitas dengan istirahat yang cukup
2. Anjurkan istirahat yang adekuat dan penggunaan posisi miring kanan dan ke kiri.
3. Anjurkan pasien untuk memodifikasi dan menghilangkan segala jenis aktifitas dan ajarkan aktifitas di tempat tidur.
4. Tekankan pentingnya aktifitas hiburan yang tenang.
5. Anjurkan tirah baring yang dimodifikasi / komplit sesuai indikasi (Doengoes,2001)

- a. Istirahat baring

Tidur berbaring merupakan merupakan unsur penting dalam pengobatan , karea caraini menyebabkan aliran darah ke uterus dan berkurangnya rangsang mekanik.

- b. Anjuran untuk tidak melakukan coitus dan melakukan aktifitas fisik secara berlebihan.
- c. Pemeriksaan USG penting dilakukan untuk menentukan apakah janin masih hidup.(Wiknjosastro dkk,2002:305)

d. Pada fasilitas kesehatan dengan sarana terbatas, pemantauan hanya dilakukan melalui gejala klinik dan hasil pemeriksaan ginekologik. (Saifuddin, 2007 : 147)

e. Terapi defisiensi hormon pada abortus imminens.

| Jenis hormon | Dosis awal | Dosis pemeliharaan |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| Ditrogesteron | 40 mg per oral | 10 mg setiap 8 jam |
| Ailesteenol | 20 mg per oral | 5 mg setiap 8 jam |
| Hidroksiprogesteron kaproag | 500 mg intra muskuler | 250 mg setiap 12 jam, bila ada perbaikan lanjutkan dengan 250 mg per hari hingga 7 hari setelah perdarahan berhenti |

f. Asam mefenamat

Digunakan sebagai anti prostaglandin dan penghilang nyeri tetapi efektifitasnya dalam mengatasi ancaman abortus, belum dapat dikatakan memuaskan

g. Penenang phenobarbital 3 x 30 gram

h. Anti perdarahan : adona, transsami

i. Vit. B komplek

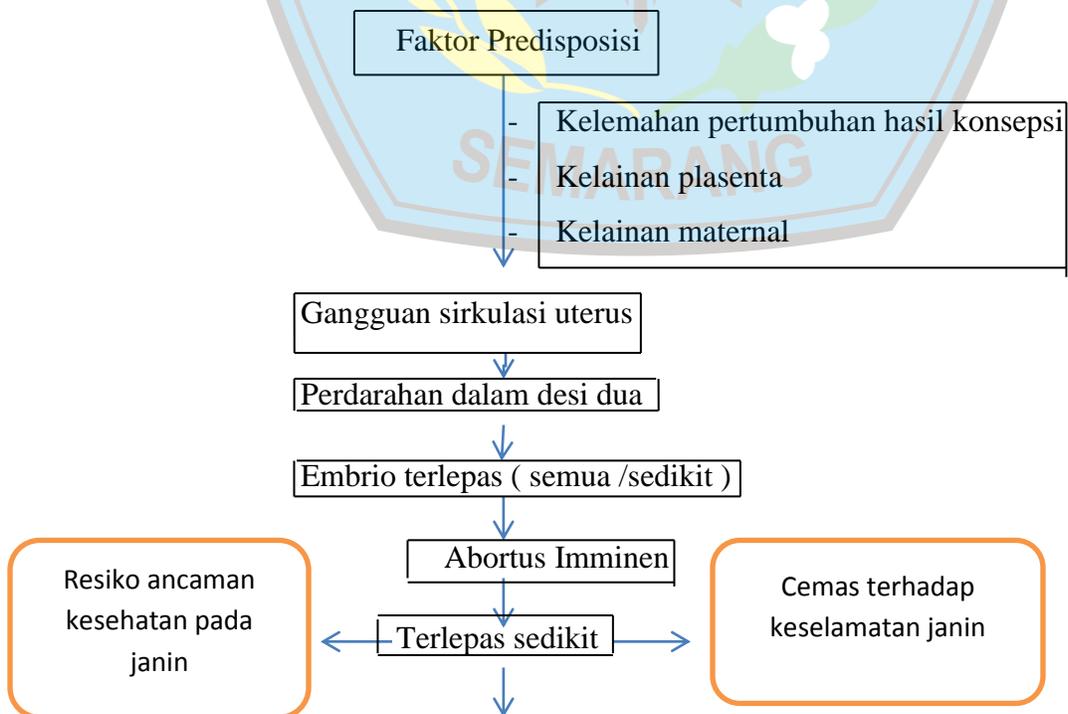
j. Hormon Progesteron

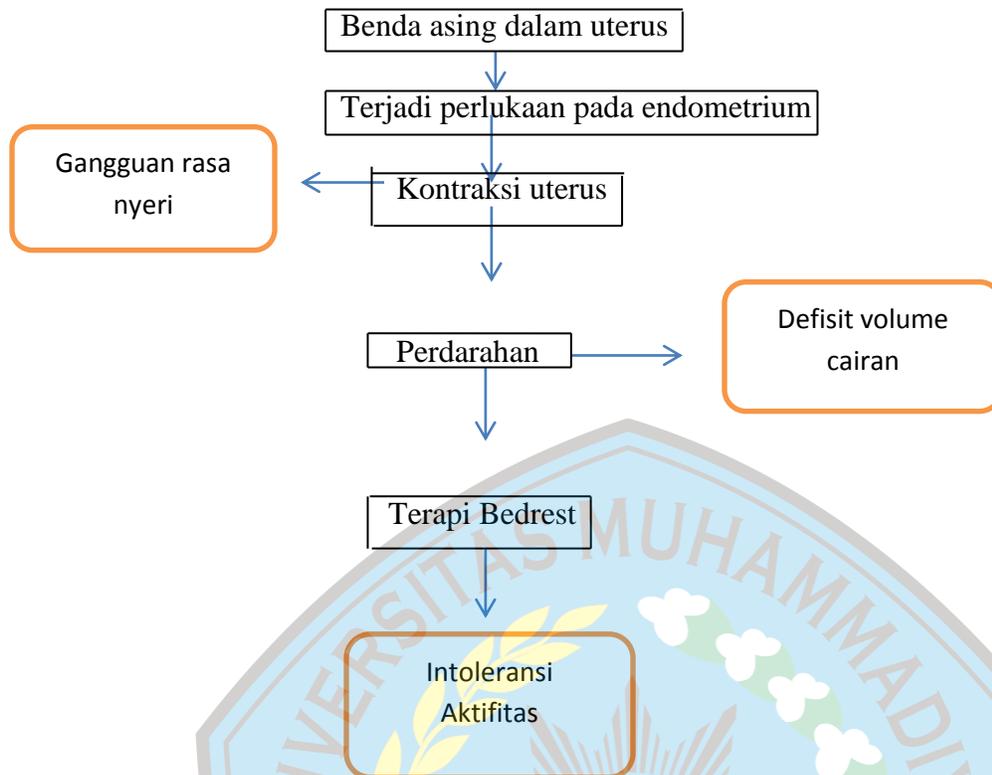
k. Penguat placenta : gestanom, dhopaston

l. Anti kontraksi rahim : duadilan, papaverin



Pathway





Sumber : (Wiknjosastro,1997)

A. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Dalam penyusunan proposal ini penulis menggunakan pola manajemen varney.

1. Pengertian

Manajemen kebidanan Adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi (Ambarwati, 2010).

2. Asuhan kebidanan

Adalah suatu penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kebidanan pada pasien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan, ibu pada masa hamil, nifas, dan bayi baru lahir serta keluarga berencana (Ambarwati, 2010).

3. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Menurut Varney, manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang terdiri dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa atau masalah potensial, antisipasi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4. Penerapan manajemen kebidanan pada bayi baru lahir dengan hipoglikemia

a) Langkah pertama

1) Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah pengumpulan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2010).

(a) Data subyektif

Dalam pengkajian hal-hal yang perlu dikaji pada biodata adalah:

(1) Identitas

i. Nama

Dimaksudkan untuk lebih mengenal pasien dan membedakan jika ada kesamaan nama pasien yang lain (Ambarwati, 2010).

ii. Umur

Dikaji untuk mendeteksi apakah ada resiko yang berhubungan dengan umur (Ambarwati, 2010)

iii. Agama

Untuk mengetahui agama yang dianut pasien tersebut untuk Membimbing/mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

iv. Suku/ bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

v. Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan penderita dan penangkapan daya pikir, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010).

vi. Pekerjaan

Yang ditanyakan pekerjaan suami dan ibu itu sendiri. Menanyakan pekerjaan untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat

kita sesuai tingkat pekerjaan ini juga mempengaruhi dalam gizi dalam pasien tersebut (Ambarwati, 2010).

vii. Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana dan juga bila kemungkinan ada nama ibu yang sama. Dan alamat ini juga diperhatikan bila mengadakan kunjungan rumah (Ambarwati, 2010).

2. Alasan datang

Ditanyakan untuk mengetahui masalah atau keluhan yang menyebabkan ibu datang ke tenaga kesehatan (Ambarwati, 2010).

Pada pasien abortus pasien datang dengan keluhan mules-mules dan perdarahan pervaginam (Prawirohardjo, 2008).

3. Keluhan pasien

Ditanyakan untuk mengetahui masalah atau keluhan-keluhan yang berhubungan dengan kasus yang dialami pasien (Ambarwati, 2010).

keluhan – keluhan yang dirasakan ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah ibu mengatakan mengeluarkan cairan yang rembes melalui vagina, ada bercak yang banyak di vagina, nyeri perut dan demam (Mochtar, 2003).

4. Riwayat penyakit atau kesehatan pasien

i. Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah ibu sekarang sedang menderita penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilannya, dan penyakit yang sedang diderita ibu pada saat ini (Ambarwati, 2010; h. 133).

ii. Riwayat kesehatan yang lalu

Untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh penderita dahulu dengan masalah yang dihadapi sekarang (Ambarwati, 2010; h. 133).

iii. Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah dari keluarga penderita ada yang pernah menderita penyakit menular yang kronis, penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi kehamilan (Ambarwati, 2010; h. 133).

5. Riwayat obstetri

i. Riwayat haid

Ditanyakan untuk mengetahui pada umur berapa ibu mengalami menstruasi, siklus, lama, volume, teratur atau tidak, warna bau, disminorea atau tidak serta untuk mengetahui haid pertama haid terakhir sehingga bisa diperkirakan kehamilannya (Ambarwati, 2010; h. 133).

ii. Riwayat kehamilan, dan persalinan, nifas yang lalu.

Untuk mengetahui riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu apakah ada komplikasi, serta penyulit yang menyertai (Ambarwati, 2010; h. 134).

iii. Riwayat kehamilan sekarang

Berisi tentang keluhan atau keadaan yang dialami ibu sekarang (Ambarwati, 2010; h. 134).

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu resti atau tidak, meliputi:

- Hari pertama haid terakhir (HPHT)
digunakan untuk mengetahui umur kehamilan (Winkjosastro, 2007).

- Hari perkiraan lahir (HPL)
Digunakan untuk mengetahui perkiraan lahir (Winkjosastro, 2007).

- keluhan – keluhan
untuk mengetahui apakah ada keluhan pada TM I, II, III (Winkjosastro, 2007).

- Ante natal care (ANC)
Mengetahui anc, teratur/ tidak, tempat anc, dan saat kehamilan berapa (Sujiyatini, 2009)

iv. Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali ibu menikah, status pernikahan, umur saat menikah termasuk pernikahan dibawah umur atau tidak (Ambarwati, 2010).

v. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010).

vi. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Mengambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010).

b. Eliminasi

Mengambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar, meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah (Ambarwati, 2010).

c. Aktifitas

Mengambarkan pola aktifitas atau kegiatan yang dilakukan oleh ibu sehari-hari apakah mengganggu kehamilan atau tidak (Ambarwati, 2010).

d. Istirahat

Mengambarkan pola istirahat ibu sehari-hari, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang (Ambarwati, 2010).

e. Personal hygiene

Untuk mengetahui tingkat kebersihan ibu selalu menjaga kebersihan tubuh (Ambarwati, 2010).

(b) Data obyektif

Adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik secara langsung pemeriksaan yang dilakukan yaitu dari ujung kaki sampai ujung rambut.

1. Pemeriksaan umum

i. Keadaan umum

Untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum ibu (Ambarwati, 2010).

Dalam kasus ketuban pecah dini disini kondisi pasien baik (Nugroho, 2010)

ii. Tekanan darah

Tekanan sistol yang rata-rata 100-140 mmHg, diastole 70-90 mmHg (Ambarwati, 2010).

iii. Suhu

Normal 36,5°C-37,5 °C (Anggraini, 2008).

iv. Pernafasan

Pernafasan harus berada dalam keadaan normal yaitu sekitar 20-30 x/menit (Ambarwati, 2010).

v. Nadi

Untuk mengetahui tekanan nadi pasien, apakah nadi itu teratur atau tidak, karena ada hubungannya dengan proses persalinan untuk mengantisipasi adanya persalinan, tekanan nadi normal 80-100 x/ menit (Ambarwati, 2010).

2. Status present

i. Muka

Apakah kelihatan pucat, terdapat cloasma gravidarum atau ada pembengkakan atau *cyanosis* (Varney, 2006).

ii. Mata

Apakah sklera putih atau kuning, konjungtiva pucat atau mearah muda, apakah palpebra odem atau tidak (Varney, 2006).

iii. Hidung

Untuk mengetahui apakah ada sumbatan pada hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak (Varney, 2006).

iv. Telinga

Pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid atau tidak, ketajaman pendengaran, letak telinga dan kepala (Varney, 2006).

v. Mulut dan gimul

Simetris, bibir tidak kering, tidak terdapat stomatitis, gigi bersih tidak ada caries, tidak ada gigi palsu (Varney, 2006).

vi. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran atau nyeri tekan pada kelenjar betah bening (Varney, 2006).

vii. Dada

Untuk mengetahui pernafasan teratur atau tidak, adakah kelainan pada payudara dan ada nyeri atau tidak (Varney, 2006).

viii. Abdomen

Untuk mengetahui perut, mengalami pembesaran sesuai umur kehamilan, ada linea nigra atau tidak, ada striae gravidarum atau tidak (Varney, 2006).

ix. Punggung

Untuk mengetahui bentuk punggung lordosis, kifosis, atau skoliosis (Varney, 2006).

x. Genetalia

Apakah vulva kelihatan bengkak, ada varices atau tidak dan bagian kebersihan vulva (Varney, 2006).

xi. Ekstremitas

Untuk mengetahui apakah ekstremitas simetris, gerak aktif atau tidak, dan apakah ada odem dan varices (Varney, 2006).

3. Status obstetric

(1) Inspeksi

i. Mata

Apakah kelihatan pucat, apakah ada cloasma gravidarum, apakah oedem atau tidak (Varney, 2006).

ii. Mammae

Untuk mengetahui apakah ada hiperpygmentasi pada areola dan nipple, ada nyeri tekan atau tidak, kolostrum sudah keluar apa belum (Varney, 2006).

iii. Abdomen

Untuk mengetahui apakah ada linia nigra, adakah striae gravidarum, adakah bekas jahitan operasi atau tidak (Varney, 2006; h. 527).

(2) Palpasi

- i. Mammae
Untuk mengetahui adanya benjolan atau tidak, apakah sudah keluar kolostrum atau belum (Varney, 2006).
- ii. Abdoment
Pembesaran abdomen apakah sesuai dengan umur kehamilan, apakah ada luka bekas operasi atau tidak (Varney, 2006).
- iii. Leopold I
Untuk menentukan tinggi fundus uteri sehingga dapat diketahui berat janin, umur kehamilan dan bagian janin apa yang terjadi di fundus uteri seperti membujur atau akan kososng jika posisi janin melintang. Kepala bulat padat mempunyai gerakan pasif (ballotement), bokong tidak padat, lunak, tidak mempunyai gerak pasif (Manuaba, 2007).
- iv. Leopold II
Untuk menentukan punggung janin untuk dapat digunakan untuk mendengar detak jantung janin pada puctum maximum dengan teknik kedua tangan melakukan palpasi pada sisi kanan dan kiri, bersama- sama bila punggung janin rata, sedikit melengkung mungkin teraba tulang iganya tidak terasa gerak ekstremitas, bila bagian abdomen teraba gerakan ektrememitas (Manuaba, 2007).
- v. Leopold III
Untuk menentukan bagian terendah janin, bila teraba bulat, padat (kepala) dan bila bokong teraba tidak bulat keras (Manuaba, 2007).
- vi. Leopold IV
Pemeriksaan dengan menghadap kaki ibu, untuk mengetahui apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut kedalam rongga panggul (Manuaba, 2007).
- vii. TBJ
Tafsiran berat badan janin dapat ditentukan berdasarkan Johnson toschack yang berguna untuk mengetahui pertimbangan persalinan secara spontan pervaginam (Manjoer, 2005)

(3) Auskultasi

Digunakan stetoskop untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) yaitu pada bulan 4-5 untuk mengetahui teratur atau tidak denyut jantung janin (Varney, 2006).

(4) Perkusi

Untuk mengetahui reflek patela kanan dan kiri normal atau tidak (Prawirohardjo, 2008).

3) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnose apabila diperlukan. Misalnya pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan HB dan papsmer. Di dalam kasus ini pemeriksaan penunjang dilakukan yaitu dengan melakukan pemeriksaan laboratorium meliputi tes lakmus, tes pakis, dan USG (Nugroho, 2010)

b) Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnose kebidanan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnose kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien (Ambarwati, 2010).

1) Diagnosa kebidanan

Ny...G...P...A...umur...tahun,umur kehamilan...minggu.

2) Masalah

Masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa sesuai dengan keadaan pasien. Masalah yang sering muncul pada ibu yang mengalami abortus yaitu ibu tampak gelisah dan cemas dengan keadaan yang dialaminya (Nursalam, 2003).

3) Kebutuhan

Menurut (Manuaba, 2007), kebutuhan pada ibu yang mengalami abortus adalah informasi tentang keadaan ibu, informasi tentang makanan bergizi dan cukup kalori, support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.

c) Langkah III : Diagnosa Potensial

Langkah ini dilakukan untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini identifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan menunggu, mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi (Ambarwati, 2010).

Pada ibu yang mengalami abortus adalah terjadinya resiko dan komplikasi yang mengancam kehidupan ibu dan bayinya serta pengeluaran cairan dalam berlebihan dalam jumlah besar yang terus menerus (Varney, 2009).

d) Langkah IV : Antisipasi Atau Tindakan Segera

Pada langkah ini mengidentifikasi tindakan segera oleh bidan serta konsultasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien (Ambarwati, 2010).

e) Langkah V : Intervensi

Langkah ini asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau antisipasi (Ambarwati, 2010). Menurut (Varney, 2009), intervensi pada ibu abortus adalah

1. Ukur suhu, nadi dan tensi ibu
2. Setelah pemantauan perdarahan di puskesmas maka pada saat merujuk juga tetap dipantau dan tetap dilanjutkan sampai di Rumah Sakit.
3. Mempertahankan kehamilan sampai umur matur.
4. Pada usia kehamilan 24 sampai 32 minggu saat berat janin cukup, perlu dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan dengan kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan. Jika persalinan menuju premature maka dilakukan seksio sesaria.

f) Pemeriksaan USG untuk mengetahui keadaan janinnya

g) Langkah VI : Implementasi

Langkah ini merupakan penatalaksanaan rencana asuhan penyuluhan kepada klien dan keluarga. Mengarahkan dan melaksanakan rencana asuhan efisiensi dan aman (Ambarwati, 2010).

h) Langkah VII : Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum terlaksana (Ambarwati, 2010).



B. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

1. Bidan dalam menyelenggarakan praktiknya berlandaskan pada permenkes No. 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan terutama pada pasal 18 dan 19.

Pasal 18 berbunyi Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a) Pelayanan kesehatan ibu
- b) pelayanan kesehatan anak dan
- c) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Dan di pasal 19 ayat 3 poin d :

a. Penanganan ke gawat daruratan dilanjutkan dengan rujukan

2. Standar pelayanan kebidanan, Standar No. 16.

Sebagai seorang bidan harus bisa mengenali cara yang tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, tujuan dilakukannya standar ini adalah mengenali dan

melaksanakan tindakan secara tepat dan cepat perdarahan serta melakukan pertolongan pertama dan melakukan rujukan secara dini ketempat yang memadai (RS, Puskesmas) (IBI, 2005).

