

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT  
DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG**

**TANGGAL 07 APRIL S/D 10 APRIL 2017**



**OLEH:**

**INTAN PURNAMASARI**

**NIM: 142111095**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**CITRA HUSADA MANDIRI**

**KUPANG**

**2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT**  
**DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG**  
**TANGGAL 07 APRIL S/D 10 APRIL 2017**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan

Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



**OLEH:**

**INTAN PURNAMASARI**

**NIM: 142111095**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**CITRA HUSADA MANDIRI**

**KUPANG**

**2017**

## **SURAT PERYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Laporan tugas akhir ini adalah hasil karya saya sendiri sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb).

Kupang, Oktober 2017

Mengetahui

Intan Purnamasari

142111095

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**”, telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswi atas Nama: Intan Purnamasari, NIM: 142111095 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 19 Oktober 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



Meri F. Ernestin, SST., M.Kes

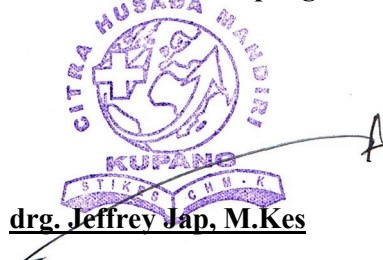
Pembimbing II



Gaudentiana R. Mauk, SST

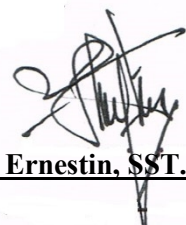
Mengetahui,

Ketua  
STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua  
Program Studi D III Kebidanan  
STIKes CHM-Kupang



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes


**LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI**

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG BERSALIN RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**”, telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswi atas nama: Intan Purnamasari, NIM: 142111095 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 19 Oktober 2017

**Panitia penguji**


**Ketua : Merry A. Giri, S.Keb, Bd**

  
.....

**Anggota 1. Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes**

  
.....

**2. Gaudentiana R. Mauk, SST**

  
.....

**Mengetahui,**

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**



**drg. Jeffrey Jap, M.Kes**

**Ketua  
Program Studi D III Kebidanan  
STIKes CHM-Kupang**



**Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Intan Purnamasari  
Tempat Tanggal Lahir : Kolaka, 06 Agustus 1996  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Bunga Jati, RT/RW 013/005, Kel. Oesapa Barat,  
Kec. Kelapa Lima, Kota Kupang,  
Prov. Nusa Tenggara Timur.

### **Pendidikan**

Tahun 2008 : SDN Bonipoi 2 Kupang  
Tahun 2011 : SMPS Muhammadiyah Kupang  
Tahun 2014 : SMA Negeri 2 Kupang  
Tahun 2014-2017 : Sedang Menyelesaikan Pendidikan Program Studi  
Diploma III Kebidanan (Stikes) Citra Husada  
Mandiri Kupang

## MOTTO

KARENA MASA DEPANMU  
SUNGGUH ADA DAN HARAPANMU  
TIDAK AKAN HILANG

## PERSEMBAHAN

Karya tulis ini ku persembahkan untuk:

1. Orang tua tercinta bapak Hasan dan ibu Hj. Rukiyah sertasaudara/ Hasrul Halib dan Tri Ayu Lestari yang selalu memberikan dukungan doa dan motivasi
2. dosen-dosen prodi D-III Kebidanan
3. sahabat-sahabat seperjuangan kebidanan c angkatan VII
4. Almamaterku tercinta STIKES CHM-K

## ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri Kupang  
Jurusan Kebidanan  
Studi Kasus, April 2017

**Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Abortus Inkomplit di Ruang Bersalin Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 07-10 April 2017.**

**Latar belakang:** abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram. Abortus inkomplit adalah salah satu ancaman dari abortus spontan dimana terjadi pengeluaran sebagai hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20-22 minggu. Apabila plasenta sampai seluruhnya atau sebagian terahan di uterus cepat atau lambat akan terjadi perdarahan yang merupakan tanda utama abortus inkomplit.

**Tujuan:** Untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit di ruang bersalin RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang menggunakan manajemen kebidanan.

**Metode penelitian:** Metode penelitian deskriptif dengan purposive sampling. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu seluruh ibu hamil dengan abortus inkomplit di ruang bersalin RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang.

**Pembahasan:** Berdasarkan asuhan yang dilakukan yang dimulai dengan pengumpulan data yaitu data subjektif dan objektif, menginterpretasikan data, menentukan masalah potensial yang terjadi, menentukan tindakan segera, yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan yaitu ibu dengan abortus inkomplit, berdasarkan kebutuhan ibu dengan abortus inkomplit, perencanaan meliputi memberikan tindakan asuhan sayang ibu, menganjurkan ibu makan-makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, dan minum obat teratur.

**Simpulan:** simpulan utama dari hasil studi kasus adalah memberi jawaban bahwa melalui asuhan kebidanan sesuai langkah-langkah varney masalah dapat teratasi dan masalah potensial tidak terjadi.

**Kata Kunci : Abortus Inkomplit**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir, dengan judul “Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Abortus Inkomplit di Ruang Bersalin RSUD PROF. Dr. W.Z. Johannes Kupang” dapat menyelesaikan tepat waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu dengan rasa hormat teriring dengan ucapan terimah kasih penulis sampaikan kepada Meri F. Ernestin, SST, M. Kes selaku pembimbing I yang telah mengarahkan penulis sejak menyusun laporan tugas akhir ini dan Gaudentiana R. Mauk, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya laporan tugas akhir ini, serta mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memperkenankan penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengijinkan penulis menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
3. Meri F. Ernestin, SST, M. Kes selaku ketua prodi DIII kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
4. Merry A.Giri, S.Keb.,Bd selaku penguji yang telah bersedia penulis untuk melakukan ujian laporan tugas akhir ini.
5. Seluruh staf dan dosen Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang selalu memberi motivasi dan dorongan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

6. Kepada kepala Ruangan Bersalin, Kepala Ruang Rekam Medik dan seluruh staf dan karyawan RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu memberikan informasi dalam pengambilan data penelitian ini.
7. Ny. R. K dan keluarga atas kesediaan menjadi responden studi kasus.
8. Bagi kedua orang tua Bapak Hasan dan Ibu Rukiyah, kakak Hasrul Halief, adik Tri Ayu Lestari yang telah memberikan motivasi dan dorongan serta atas berkat doa mereka dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.
9. Sahabat-sahabat tersayang Yuni, Siska, Lince, Sonnya, Tyfannie yang telah memberikan dorongan semangat bagi penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Kekasih Maylandi P. Benu yang telah memberikan dukungan dan doa serta dorongan semangat bagi penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII kebidanan angkatan VII khususnya kelas C dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Studi Kasus ini. Penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bahwa studi kasus ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan/ kebidanan.

Kupang, Oktober 2017

Intan Purnamasari

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar.....	i
Halaman Sampul Dalam Dan Prasyarat Gelar .....	ii
Halaman Surat Pernyataan .....	iii
Halaman Lembar Persetujuan .....	iv
Halaman Lembar Pengesahan Tim Penguji .....	v
Halaman Biodata Penulis .....	vi
Halaman Motto.....	vii
Halaman Persembahan .....	vii
Halaman Abstrak.....	viii
Halaman Kata Pengantar.....	ix
Halaman Daftar Isi .....	xi
Halaman Daftar Tabel.....	xiii
Halaman Daftar Bagan .....	xiv

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan .....	2
1.4 Manfaat Penelitian .....	3

## **BAB II TINJAUAN TEORI**

2.1 Konsep Dasar Abortus .....	5
2.2 Konsep Dasar Abortus Inkompletus .....	15
2.3 Konsep Manajemen Kebidanan .....	25
2.4 Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Dengan Abortus.....	26

## **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian .....	36
3.2 Kerangka Kerja .....	37
3.3 Lokasi Dan Waktu Studi Kasus .....	39
3.4 Subjek Studi Kasus .....	39
3.5 Populasi Dan Sampel .....	39
3.6 Teknik Dan Intrumen Pengumpulan Data.....	40
3.7 Etika Penelitian .....	42

## **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penelitian .....	44
4.2 Pembahasan.....	54

## **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	60
5.2 Saran.....	61

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1.1	Gejala Klinis Abortus	13

## DAFTAR GAMBAR

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
3.1	Kerangka Penelitian	38

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi atau berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebab dengan berat badan <500 gram atau umur kehamilan <20 minggu. (Fadlun, 2012)

Menurut WHO (World Health Organisation), sekitar 40-60 juta ibu yang tidak menginginkan kehamilannya melakukan aborsi setiap tahun. Sekitar 30-50% diantaranya meninggal akibat komplikasi abortus yang tidak aman dan sekitar 90% kematian tersebut terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Berdasarkan SDKI 2012 angka kematian ibu (AKI) menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup, penyebab kematian diantaranya perdarahan 30,1%, hipertensi 26,9%, infeksi 5,6%, partus lama 1,8%, abortus 1,6% dan lain-lain 34,5%. Data rekam medik di RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang, pada periode Januari sampai Desember 2016 pasien abortus secara umum yang di tanggani sejumlah 208 pasien. Data pada ruang VK RSUD Prof. Dr W. Z Johannes periode Januari sampai April 2017 sebanyak 32 pasien yaitu abortus inkompletus 19 jiwa (59%), abortus iminens 10 jiwa (31%), abortus komplit 1 jiwa (3,1%), abortus provokatus 1 jiwa (3,1%), abortus insipiens 1 jiwa (3,1%).

Penyebab abortus diawali oleh perdarahan desidua basalis diikuti nekrosis jaringan sekitar. Terjadi pelepasan buah kehamilan memicu kontraksi rahim dan terjadi eksplusi. Jaringan terdiri dari janin yang mengalami maserasi dikelilingi oleh cairan, atau mungkin tidak tampak janin didalam kantung.

Salah satu yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan anak adalah memberikan pelayanan kesehatan yang efektif pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas dengan komplikai. Dalam melaksanakan upaya tersebut diperlukan adanya manajemen pemberian pelayanan asuhan kebidanan yang komperensif dimana tujuan ari manajemen pemberian pelayanan asuhan kebidanan adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Penenganan yang terpenting dalam menangani masalah aboertus adalah bidan mampu mengetahui tanda dan gejala dari abortus dan apat memberikan diagnosa yang tepat sehingga dapat diberi penanganan segera. Untuk itu peran bidan dalam kasus ini sangat penting yaitu mengenal tanda dan gejala awal dari abortus inkomplit sehingga dapat dieteksi lebih awal apabila menemukan kasus tersebut segera mendapatkan penanganan selanjutnya ataupun merujuk kefasilitas kesehatan yang lebih memadai atau tindakan selanjutnya.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Bagaimanakah asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. WZ Johannes Kupang.



## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, Rumusan masalah “Bagaimanakah asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang”.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Dapat melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit di ruang bersalin RSUD Prof. Dr W.Z Johannes Kupang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah studi kasus ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi pengkajian pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi analisa masalah dan diagnosa pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi antisipasi masalah potensial pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang.
4. Mahasiswa mampu melakukan tindakan segera pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

5. Mahasiswa mampu mengidentifikasi perencanaan asuhan pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
6. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
7. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Ibu dengan abortus inkomplit di Ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

#### **1.4 Manfaat**

##### 1.4.1 Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan pengalaman penulis dalam penerapan asuhan kebidanan pada Ibu dengan Abortus Inkomplit

##### 1.4.2 Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi yang dapat di jadikan sebagai pedoman dan menambah pengetahuan ibu serta mengurangi angka morbiditas bagi ibu

##### 1.4.3 Bagi Pendidikan

Sebagai sarana perpustakaan dan menambah informasi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dengan Abortus Inkomplit

#### 1.4.4 Bagi Institusi

Meningkatkan mutu pelayanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citrahusada Mandiri Kupang yang telah dirancangan oleh institusi dalam persaingan di bidang akademik maupun non akademik.

## **BAB II**

### **PEMBAHASAN**

#### **2.1 Konsep Dasar Abortus**

##### **2.1.1 Pengertian Abortus**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dan sel sperma) pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sebelum janin dapat hidup diluar kandungan (Nugroho 2010)

Abortus adalah berakhir kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 20-22 minggu (Husin 2013)

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi atau berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebab dengan berat badan <500 gram atau umur kehamilan <20 minggu (Fadlun, 2012)

Berdasarkan pengertian diatas maka kesimpulan abortus adalah keluarnya hasil konsepsi dari dalam rahim sebelum kehamilan mencapai 20 minggu dan berat badan janin < 500 gram.

##### **2.1.2 Jenis-jenis Abortus**

Jenis-jenis abortus antara lain:

###### **1 Abortus Imminens**

Merupakan abortus mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankan, ostium uteri tertutup, uterus sesuai umur kehamilan. Keadaan terjadi perdarahan berupa bercak dengan atau tanpa mulas

pada perut bagian bawah. Pada pemeriksaan inspeksi genitalia interna, keadaan ostium uteri tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan (Husin 2013)

## 2 Abortus Insiptien

Merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang tidak dapat dicegah lagi, ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolik uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi serviks dengan bagian kantong konsepsi menonjol. Hasil USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantong gestasi kosong, uterus kosong (3-5 minggu) atau perdarahan subkhorionik banyak dibagian bawah (Nugroho 2010)

## 3 Abortus Inkompletus

Pengeluaran sebagian hasil konsepsi dengan meninggalkan sisa konsepsi dalam rahim sehingga menimbulkan keluhan perdarahan dan nyeri pada bagian perut bawah. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada pemeriksaan USG didapatkan endometrium yang tipis dan irreguler (Nugroho 2010)

## 4 Abortus Kompletus

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri secara keseluruhan, biasa terjadi pada kehamilan awal, pada saat plasenta

belum terbentuk sehingga memungkinkan hasil konsepsi keluar seluruhnya. Ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah mengecil (Husin 2013)

#### 5 Missed Abortion

Keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke-20, tetapi tertanam di dalam rahim selama beberapa minggu (8 minggu atau lebih) setelah janin mati. Saat terjadi kematian kadang-kadang ada perdarahan pervaginam sedikit sehingga menimbulkan gambaran abortus iminens. Selanjutnya rahim tidak membesar bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin (Fadlun, 2012)

#### 6 Abortus Habitualis

Abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi, sekurang-kurangnya 3 kali berturut-turut atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu (Fadlun, 2012).

### **2.1.3 Etiologi Abortus**

#### 1. Faktor pertumbuhan hasil konsepsi.

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin dan cacat bawaan yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan.

Gangguan pertumbuhan hasil konsepsi dapat terjadi karena:

##### a. Faktor kromosom

Gangguan terjadi sejak semula pertemuan kromosom, termasuk kromosom seks.

- b. Faktor lingkungan endometrium
    - a) Endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi.
    - b) Gizi ibu kurang karena anemia atau jarak kehamilan terlalu pendek.
  - c. Pengaruh luar
    - 1) Infeksi endometrium, endometrium tidak siap menerima hasil konsepsi
    - 2) Hasil konsepsi terpengaruh oleh obat dan radiasi menyebabkan pertumbuhan hasil konsepsi terganggu
2. Kelainan pada plasenta
- a. Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab, sehingga terjadi plasenta tidak dapat berfungsi
  - b. Gangguan pembuluh darah plasenta, diantaranya pada diabetes melitus
  - c. Hipertensi menyebabkan 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 melalui gangguan nutrisi dan peredaran O<sub>2</sub> menuju sirkulasi retroplasental

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

#### 4. Kelainan yang terdapat dalam rahim

Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uterus arkuatus, uterus septus, retrofleksia uteri, serviksinkompeten, bekas operasi serviks (konisasi, amputasi serviks), robekan serviks postpartum (Sukarni, 2013)

#### **2.1.4 Patofisiologis**

Abortus biasanya diawali oleh perdarahan desidua basalis diikuti nekrosis jaringan sekitar. Terjadi pelepasan buah kehamilan memicu kontraksi rahim dan terjadi eksplusi. Jaringan terdiri dari janin yang mengalami maserasi dikelilingi oleh cairan, atau mungkin tidak tampak janin didalam kantung dan disebut telur kosong (blighted ovum). Bila buah kehamilan tertahan dalam rahim dapat mengalami maserasi. Tulang-tulang tengkorak kolaps dan abdomen kembung oleh cairan yang mengandung darah, kulit melunak dan terkelupas, terjadi edema kulit. Cairan amnion terserap, janin mengering terbentuk fetus kompresus. Kadang-kadang, janin akhirnya menjadi sedemikian kering dan tertekan sehingga mirip dengan fetus papiraseus. (Handono, 2009)



### 2.1.5 Komplikasi Abortus

#### 1 Perdarahan

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

#### 2 Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hipperetrofleksi. 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 atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

#### 3 Syok, pada abortus bisa terjadi karena perdarahan dan karena infeksi berat.

Pemeriksaan penunjang:

- a. Tes kehamilan: positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus

- b. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
  - c. Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion
- 4 Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplit yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (Norma, 2013)

### **2.1.6 Diagnose Abortus**

Menurut Maryunani (2016) diagnose abortus:

- a. Diagnosa secara umum
  - 1) Adanya perdarahan pervaginam yang berasal dari kanalis servikalis pada wanita yang terlambat haid dalam masa reproduksi.
    - a) Perdarahan merupakan tanda paling umum
    - b) Perdarahan yang terjadi bisa hanya berupa bercak-bercak yang berlangsung lama sampai perdarahan hebat.
    - c) Kadang-kadang terdapat bagian jaringan yang robek yang ikut keluar bersamaan dengan darah
  - 2) Dibuktikan dengan adanya kehamilan secara fisik-laboratorium
  - 3) Sering disertai adanya rasa mules-mules/ keram atau kejang pada perut.
- b. Tindakan klinik yang dapat dilakukan untuk mengetahui terjadinya abortus antara lain :

- 1) Terlambat haid atau amenorea kurang dari 20 minggu
- 2) Pemeriksaan fisik yang terdiri dari :
  - a) Keadaan umum tampak lemah
  - b) Tekanan darah normal atau menurun
  - c) Suhu badan normal atau meningkat
  - d) Jika, keadaan buruk lakukan resusitasi dan stabilisasi.
- 3) Anamnesa dan observasi: adanya perdarahan pervaginam yang dapat disertai keluarnya jaringan janin, mual dan nyeri pinggang atau pada bagian bawah perut akibat kontraksi uterus (rasa sakit atau kram perut di atas daerah simpisis).
- 4) Pemeriksaan genikologi meliputi :
  - a) Inspeksi vulva:
    - i. Dengan melihat perdarahan pervaginam
    - ii. Ada/ tidak jaringan janin
    - iii. Tercium/ tidak bau busuk dari vulva inspekulo
  - b) Inspekulo:
    - i. Perdarahan dari kavum uteri
    - ii. Ostium uteri terbuka atau sudah tertutup
    - iii. Ada/ tidak jaringan keluar dari ostium
    - iv. Ada/ tidak cairan atau jaringan busuk dari ostium
- 5) Pemeriksaan dalam:
  - a) Dengan melihat portio masih terbuka atau sudah tertutup
  - b) Teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri

- c) Besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan
  - d) Tidak nyeri saat porsio digoyang
  - e) Tidak nyeri pada saat perabaan adneksa
  - f) Kavum deuglas tidak menonjol dan tidak nyeri
- c. Pemeriksaan penunjang lainnya yang umumnya dilakukan antara lain:
- 1) Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus
  - 2) Pemeriksaan dopler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.

Tabel 1.1 Gejala Klinis Abortus:

No	Abortus	Gejala Klinis
1	Abortus inkomplit	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Amenorrhea</li> <li>b. Sakit perut(kram/ nyeri perut bagian bawah)</li> <li>c. Mules-mules</li> <li>d. Perdarahan biasanya berupa stonsel (darah beku)</li> <li>e. Perdarahan bisa sedikit atau banyak</li> <li>f. Setelah terjadi abortus dengan pengeluaran jaringan perdarahan berlangsung terus</li> <li>g. Pada VT untuk abortus yang baru terjadi didapati serviks terbuka, kadang-kadang dapat diraba sisa-sisa jaringan dalam kanalis serviks atau kavum uteri</li> </ul>
2	Abortus	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perdarahan pervaginam, dengan atau tanpa disertai</li> </ul>

	Iminens	<p>kontraksi</p> <p>b. Serviks masih tertutup jika janin masih hidup, umumnya dapat bertahan samapi kehamilan aterm dan lahir normal.</p>
3	Abortus Insipiens	<p>a. Perdarahan pervaginam, dengan atau tanpa disertai kontraksi makin lama makin kuat dan makin sering</p> <p>b. Serviks terbuka</p> <p>c. Hasil konsepsi masih dalam rahim.</p>
4	Abortus Komplet	<p>a. Nyeri yang hebat</p> <p>b. Jaringan hasil konsepsi keluar semua</p> <p>c. Perdaraha sedikit</p> <p>d. Serviks menutup</p> <p>e. Uterus mengecil</p>
5	Missed Abortion	<p>a. Hipofibrinogenik gangguan penjendalan/ koagulasi darah. Denga pemeriksaan CTBT (clothing time-bleeding time) akan memanjang.</p>

### 2.1.7 Penanganan umum Abortus

Menurut Saifuddin (2009), untuk penanganan yang memadai segera lakukan penilaian dari :

- 1 Lakukan penilaian secara tepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

- 2 Pemeriksaan tanda-tanda syok (pucat dan berkeringat banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih dari 112x/ menit)
- 3 Bila syok disertai dengan massa lunak di adneksa, nyeri perut bawah, adanya cairan bebas dalam kavum pelvis, pikirkan kemungkinan kehamilan ektopik yang terganggu
- 4 Tanda-tanda infeksi atau sepsis (demam tinggi, secret berbau dari vagina, nyeri peru bagian bawah, dinding perut tegang, nyeri goyang porsio, dehidrasi, gelisa atau pingsan)

## **2.2 Konsep Dasar Abortus Inkompletus**

### **2.2.1 Pengertian Abortus Inkompletus**

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Batasan ini juga masih terpancar pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan konsepsi masih tertinggal di dalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum (Prawirohardjo, 2008).

Abortus Inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi atau berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebab dengan berat badab <500 gram atau umur kehamilan <20 minggu (Fadlun, 2012).

Abortus inkompletus adalah perdarahan dari uterus pada kehamilan kurang dari 20 minggu disertai keluarnya sebagian hasil konsepsi

(sebagian tertinggal di dalam uterus) dan dapat menimbulkan perdarahan yang kadang-kadang menyebabkan syok (Maryunani, 2016).

### **2.2.2 Tanda dan Gejala umum Abortus Inkompletus**

1. Perdarahan bisa sedikit atau banyak dan bisa terdapat bekuan darah.
2. Rasa mulas (kontraksi) tambah hebat
3. Ostium uteri eksternum atau serviks membuka
4. Pada pemeriksaan vaginal:
  - a) Jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari eksternum atau sebagian jaringan keluar
  - b) Pada abortus yang baru terjadi, didapati saat leher rahim terbuka
5. Rahim berukuran lebih kecil dari seharusnya
6. Perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan dapat menyebabkan syok (Maryunani, 2016).

### **2.2.3 Faktor Penyebab**

- a. Abortus inkomplit berdasarkan perdarahan

Menurut (Winkjosastro, 2008) bahwa Abortus inkomplit sebagian besar mengalami perdarahan memanjang sampai terjadi keadaan anemis, perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat, terjadi infeksi dengan ditandai suhu tinggi, pada pemeriksaan di jumpai kanalis servikalis terbuka, dapat diraba jaringan dalam rahim atau kanalis servikalis.

- b. Blighted Ovum

Menurut (Winkjisastro, 2006) bahwa Kehamilan Anembrionik (Blighted Ovum) merupakan kehamilan patologi dimana mudigah tidak terbentuk sejak awal walaupun kantong gestasi tetap terbentuk. Di

samping mudigah kantong kuning telur juga tidak ikut terbentuk. Kelainan ini merupakan suatu kelainan kehamilan yang baru terdeteksi setelah berkembangnya ultrasonografi. Bila tidak dilakukan tindakan, kehamilan ini akan berkembang terus walaupun tanpa ada janin didalamnya. Biasanya sampai sekitar 14-16 minggu akan terjadi abortus spontan. Menurut Hertig pertumbuhan abnormal dari fetus sering menyebabkan abortus spontan, termasuk abortus inkompletus. Menurut penyelidikan mereka dari 1000 abortus inkomplit 48,9% disebabkan karena ovum yang patologis.

c. Riwayat abortus

Menurut (Prawirohardjo, 2009) bahwa Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3-5%. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30 - 45%. Menurut Suryadi, 1994 penderita dengan riwayat abortus satu kali dan dua kali menunjukkan adanya pertumbuhan janin yang terhambat pada kehamilan berikutnya melahirkan bayi prematur. Sedangkan dengan riwayat abortus 3 kali atau lebih, ternyata terjadi pertumbuhan janin yang terhambat, prematuritas.

d. Riwayat penyakit

Menurut Mochtar, 1998 Penyakit infeksi dapat menyebabkan abortus yaitu pneumonia, tifus abdominalis, pielonefritis, malaria, dan lainnya. Toksin, bakteri, virus, atau plasmodium dapat melalui plasenta masuk ke janin, sehingga menyebabkan kematian janin kemudian terjadi abortus.



e. Anemia

Menurut Wiknjosastro, 2008 Anemia dapat menimbulkan kematian mudigah, abortus, partus prematurus sehingga anemia dalam kehamilan merupakan sebab potensial morbiditas dan mortalitas ibu dan anak. Menurut WHO (1996) yang dikatakan anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr%. Pengaruh anemia terhadap kehamilan dapat menyebabkan kematian hasil konsepsi yang pada akhirnya dapat menimbulkan keguguran (Manuaba, 1998).

f. Infeksi

Menurut Samik Wahap, 2005 nilai normal leukosit 5000-10.000/uL. Bila jumlah leukosit lebih dari nilai rujukan, maka keadaan tersebut disebut leukositosis. Peningkatan leukosit juga dapat menunjukkan adanya proses infeksi atau radang akut, misalnya pneumonia, meningitis, apendisitis, tuberkolosis, tonsillitis. Nilai normal LED <15mm/jam, tinggi ringannya nilai pada Laju Endap Darah (LED) memang sangat dipengaruhi oleh keadaan tubuh kite, terutama scat terjadi radang. LED di jumpai meningkat selama proses inflamasi akut, infeksi akut dan kronis, kerusakan jaringan (nekrosis), penyakit kolagen, dan kondisi stress fisiologis.

g. Trauma

Salah satu trauma adalah kecelakaan kendaraan bermotor, kecelakaan ini sering memberi dampak pada kandungan ibu hamil secara tidak sengaja dan hal ini bisa mengakibatkan dampak yang ringan maupun berat. Dampak ringan dapat berupa memar, laserasi dan kontusio. Sedangkan dampak yang lebih berat berupa kegguran, patah tulang dan patah tulang rusuk.

#### 2.2.4 Penanganan Abortus Inkompletus

- 1) Jika perdarahan tidak terlalu banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau dengan canum ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg I.M atau misoprostol 400 mcg per oral.
- 2) Jika perdarahan banyak atau berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi sisa hasil konsepsi dengan:
  - a) Aspirasi Vakum Manual (AVM), kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan jika aspirasi vakum tidak tersedia
  - b) Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg I.M (diulang setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulangi setelah 4 jam jika perlu)
- 3) Jika kehamilan lebih dari 16 minggu:
  - a) Berikan infuse oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan I.V (garam fisiologik atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes/ rmenit sampai terjadi eksplusi hasil konsepsi
  - b) Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekplusi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg)
  - c) Evakuasi hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.
- 4) Pastikan untuk tetap memeantau kondisi ibu setelah penanganan

### 2.2.5 Tatalaksana Penanganan Abortus Inkompletus

#### 1. Pengeluaran sisa jaringan secara digital

Tindakan ini dilakukan untuk menolong penderita di tempat-tempat yang tidak ada fasilitas kuratase, sekurang-kurangnya untuk menghentikan perdarahan. Hal ini sering dilakukan pada keguguran yang sedang berlangsung (abortus insipiens) dan abortus inkompletus. Pembersihan secara digital hanya dapat dilakukan bila telah ada pembukaan serviks uteri yang dapat dilalui oleh satu jari longgar dan vakum uteri cukup luas. Karena manipulasi ini, akan menimbulkan rasa nyeri maka sebaiknya dilakukan dalam narkosa umum intravena atau anastesi blok pars servikal.

Caranya adalah dengan dua tangan (bimanual), jari telunjuk dengan jari tangan dimasukkan kedalam jalan lahir untuk mengeluarkan hasil konsepsi, sedangkan tangan kiri menekan korpus uteri sebagai fiksasi. Dengan kedua jari tangan kikislah hasil konsepsi sebanyak mungkin atau sebersihnya.

#### 2. Pengeluaran sisa jaringan dengan kuratase atau kerokan

Prosedur kerja kuratase adalah suatu rangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding cavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok kuret). Sendok kuret akan melepas jaringan tersebut dengan tehnik pengerokan secara sistematis.

a. Persetujuan tindakan medic (inform consent)

b. Persiapan pasien:

- 1) Pasien dibaringkan dengan posisi litotomi
  - 2) Cairan dan selang infuse sudah terpasang, perut bagian bawah dan lipatan paha sudah dibersihkan dengan air dan sabun.
- c. Persiapan alat
- 1) Speculum sim's 2 buah
  - 2) Cunam tampon 1 buah
  - 3) Cunam peluru atau tenakulum 1 buah
  - 4) Sonde uterus 1 buah
  - 5) Dilatators hegar 1 set
  - 6) Klem ovum (penster) 1 buah lurus dan lengkung 1 buah
  - 7) Kuret tajam dan kuret tumpul 1 set
  - 8) Kateter karet 1 buah
  - 9) S spuit 3 cc sekali pakai 2 buah
  - 10) Kain kasa dan kasa steril
  - 11) Doek steril 4 buah
  - 12) Mangkok logam 2 buah
  - 13) Ember penampung darah dan jaringan 1 buah
  - 14) Ember yang berisi larutan chlorine 0,5 %
  - 15) Lampu sorot 1 buah.
- d. Persiapan obat :
- 1) Analgetik (Pethidin 1-2 mg/kg BB)
  - 2) Ketamin HCl 0,5 mg/kg BB
  - 3) Tramadol 1-2 mg/kg BB)

- 4) Sedative (Diazepam 10 mg)
  - 5) Sulfas antropine 0,25-0,50 mg/ml
  - 6) oksitosin 1 ampul dan ergometrin 1 ampul
- e. Persiapan penolong
- 1) Baju kamar tindakan, apron masker dan kaca mata pelindung
  - 2) Sarung tangan DTT/ steril 2 pasang
  - 3) Alas kaki (sepatu/ bot karet) 2 pasang
- f. Tindakan
- 1) Instruksikan asisten untuk memberikan sedatif dan analgetik (dokter obgyn).
  - 2) Lakukan kateterisasi kandung kemih
  - 3) Lakukan pemeriksaan bimanual ulangan untuk menentukan serviks, besar, arah dan konsistensi uterus
  - 4) Bersihkan lakukan dekontaminasi sarung tangan dengan larutan klorin 0,5%
  - 5) Pakai sarung tangan DTT/ steril yang baru
  - 6) Satu tangan masukan speculum sim's secara vertical kedalam vagina setelah itu putar kebawah sehingga posisi bilah menjadi transversal.
  - 7) Minta asisten untuk memegang speculum bawah pada posisinya
  - 8) Dengan sedikit menarik speculum bawah hingga (lumen vagina tampak jelas) masukan bilah speculum secara vertical kemudian putar dan tarik keatas hingga jelas terlihat serviks

- 9) Minta asisten untuk memegang speculum atas pada posisinya
- 10) Bersihkan jaringan dan darah dalam vagina ( dengan kapas antiseptic yang dijepit dengan cunam tampon) tentukan bagian serviks yang akan dijepit (jam 11.00 atau jam 13.00)
- 11) Jepit serviks dengan tenakulum pada tempat yang telah ditentukan
- 12) Setelah penjepitan terpasang dengan baik, keluarkan speculum atas
- 13) Lakukan pemeriksaan kedalaman dan lenkung uterus dengan sonde uterus. Pegang gagang tenakulum, masukkan klem ovum yang sesuai dengan pembukaan serviks sehingga menyentuh fundus
- 14) Pegang gagang sendok kuret dengan ibu jari dan telunjuk, masukan ujung sendok kuret melalui kanalis servikalis kedalam uterus hingga menyentuh fundus uteri
- 15) Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis dan searah jarum jam hingga bersih
- 16) Keluarkan semua jaringan dan bersihkan darah yang menggenangi lumen vagina bagian belakang
- 17) Lepaskan jepitan tenakulum pada serviks
- 18) Lepaskan speculum bagian bawah
- 19) Beritahu kepada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai dilakukan.

g. Pasca tindakan

- 1 Periksa kembali tanda vital pasien, segera lakukan tindakan apabila terjadi kelainan/ komplikasi
- 2 Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan (dokter) didalam kolom yang tersedia
- 3 Lanjutkan pengobatan dan pemantapan kondisi pasien dengan pemberian terapi yang tepat yakni, antibiotic metergin: 3x1, asam nefenamot: 3x500mg, amoxilin: 3x500mg.

### **2.3 Konsep Manejemen Kebidanan**

a. Pengertian manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien

b. Tujuan

Adapun tujuan dari manajemen kebidanan, yaitu:

- 1) Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan
- 2) Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.
- 3) Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan
- 4) Untuk memecahkan suatu masalah

- 5) Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan
  - 6) Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.
- c. Langkah-langkah manajemen
- 1) Pengkajian data subyektif dan obyektif
  - 2) Analisa masalah
  - 3) Antisipasi masalah potensial
  - 4) Tindakan segera
  - 5) Perencanaan
  - 6) Pelaksanaan
  - 7) Evaluasi

## **2.4 Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Dengan Abortus**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **1. Data Subyektif**

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu mengkaji riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, meninjau hasil laboratorium. Pengumpulan data dasar dengan anemia berat terdiri dari data subyektif dan data obyektif.

Data subyektif : klien mengeluh adanya pengeluaran pervaginam dan ada nyeri perut bagian bawah.



a. Identitas

Umur: untuk mengetahui apakah usia ibu termasuk dalam kelompok beresiko tinggi atau tidak. Pada wanita usia >20 tahun penyulit pada kehamilan lebih tinggi dibandingkan kurung waktu reproduksi sehat antara 20-35 tahun. Dan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin dan memudahkan terjadinya keguguran, pada usia lebih dari 35 tahun mungkin mengalami peningkatan resiko penyulit obstetric serta morbiditas dan mortalitas perinatal jika mereka menderita penyakit kronis atau kondisi fisiknya buruk akan menyebabkan abortus.

Pekerjaan: dengan mengetahui pekerjaan, bidan dapat mengetahui penyebab abortus dari ibu, biasanya ibu dengan status pekerjaan yang berat, Tempat dimana wanita bekerja sangat berpengaruh terhadap reproduksi wanita, karena apabila bekerja pada tempat yang berbahaya seperti bahan kimia, radiasi dan jika terpapar bahan tersebut dapat mengakibatkan abortus. Terutama pada kehamilan trimester I, bisa menyebabkan terjadinya keguguran.

b. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan oleh klien saat ini atau yang menyebabkan klien datang ke rumah sakit. Keluhan ibu yang

mengalami abortus inkomplit adalah apakah klien mengalami nyeri perut bagian bawah: nyeri kram suprapubik terjadi akibat kontraksi uterus dalam usaha mengeluarkan isi uterus. Mula-mula nyeri cenderung ringan dan intermiten tetapi secara bertahap menjadi lebih hebat. Ada keluar darah serta jaringan dari jalan lahir.

c. Riwayat kesehatan yang lalu

Apakah klien menderita penyakit keturunan, menular dan menahun. Terdapat banyak laporan tentang keterkaitan seperti penyakit diabetes mellitus penyakit ini perlu dikaji karena seperti ulasan oleh Green (1999), abortus spontan dan malformasi congenital mayor meningkat pada wanita dengan diabetes mellitus, resiko ini terkait dengan derajat control metabolic pada trimester I.

d. Riwayat menstruasi

Perlu diketahui menstruasi, karena keterlambatan haid atau amenorhea kurang dari 20 minggu maka dipastikan ibu hamil dan usia kandungan apakah sudah aterm atau belum, melalui HPHT. Pasien yang telah melewati dua siklus haid cenderung terjadi kira-kira setelah memulainya siklus haid terakhir apabila perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis maka resiko terjadi abortus inkomplit.

e. Riwayat kehamilan

Ditanyakan tentang kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu pada ibu ada tidaknya riwayat infertilitas dan hasil akhir kehamilan

yang tidak normal, termasuk keguguran, kehamilan ektopik atau kematian janin berulang.

f. Riwayat kontrasepsi

Ditanyakan untuk mengetahui alat kontrasepsi apa yang dipakai ibu selama ini. Alat kontrasepsi dalam rahim berkaitan dengan peningkatan dengan insiden aborsiseptik setelah kegagalan kontrasepsi.

g. Keadaan psikososial

Untuk mengetahui bagaimana perasaan keluarga dalam menerima penyakit yang diderita ibu dalam kasus abortus inkomplit klien dan keluarga merasa khawatir dengan keadaan dari ibu.

h. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Untuk mengetahui komposisi makanan dan frekuensi makanan dan minum, karena gizi ibu yang kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan yang akhirnya terjadi abortus.

2) Pola coitus

Untuk mengetahui seksualitas pasien. Kapan pasien terakhir melakukan hubungan seksual dengan suami karena prostaglandin yang terkandung dalam sperma dapat merangsang terjadinya kontraksi. Karena jika ada ancaman abortus atau persalinan premature maka coitus harus dihadiri.

### 3) Merokok

Merokok dilaporkan berkaitan dengan peningkatan resiko abortus bagi wanita yang merokok lebih dari 14 batang sehari, risikonya meningkat 2 kali terjadi abortus.

### 4) Alkohol

Kebiasaan ini perlu dikaji karena sering minum alkohol selama 8 minggu kehamilan dapat menyebabkan aborsi spontan dan malformasi janin.

### 5) Kafein

Konsumsi kafein perlu ditanyakan karena kebiasaan ini juga salah satu pemicu terjadinya abortus. Konsumsi kopi dalam jumlah lebih 4 cangkir/ hari tampak sedikit meningkatkan resiko abortus. Kadar suatu metabolic kafein dalam darah ibu menyebabkan peningkatan 2 kali lipat resiko abortus spontan hanya apabila kadar tersebut sangat tinggi.

## 2. Data Obyektif

Data obyektif di dapatkan dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien diantaranya pemeriksaan fisik, data penunjang spesifik, data dalam pelaksanaan terapi.

### a. Pemeriksaan umum.

#### 1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan secara keseluruhan

#### 2) Tekanan darah

Untuk mengetahui nilai tekanan darah ibu, biasanya tekanan darah ibu dengan abortus mengalami penurunan karena banyaknya darah yang keluar ketika ibu mengalami abortus.

3) Nadi

Untuk mengetahui frekuensi detak jantung ibu permenit

4) Suhu

Untuk mengetahui temperatur ibu. Ibu dengan abortus rentan sekali terjadinya infeksi yang ditandai dengan suhu ibu  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ .

5) Pernapasan

Untuk mengetahui frekuensi pernapasan/ menit, frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa 16-24 kali/ menit

b. Inspeksi dan palpasi

1) Muka

Pucat atau tidak, ibu dengan abortus muka pucat karena anemia

2) Mata

Kongjungtiva pucat atau tidak, bila ditemukan pucat berarti mengarah ke anemia, sclera kuning atau tidak, bila kuning mengarah ke hepatitis.

3) Payudara

Simetris atau tidak, keadaan puting susu menonjol atau tidak.

4) Abdomena

Ada massa atau tidak, pembesaran perut atau tidak, ada bekas SC/ bekas operasi atau tidak, dan untuk mengetahui TFU ibu. Pada

pasien dengan abortus inkomplit akan dikaji adanya nyeri perut bagian bawah dan nyeri tekan.

#### 5) Genitalia

Pemeriksaan pada genitalia sangat penting untuk mengetahui ada atau tidaknya perdarahan. Ibu dengan abortus inkomplit masih terdapat keluarnya perdarahan dari vagina dan mungkin disertai dengan hasil konsepsi.

#### c. Data penunjang

Adalah data yang diperoleh dari hasil laboratorium atau hasil USG:

##### 1) Pemeriksaan laboratorium

Dalam pemeriksaan laboratorium hitung sel darah lengkap dengan asapan darah. Untuk kasus abortus inkomplit, leukosit biasanya dalam batas normal, haemoglobin agak rendah apabila tidak ditangani dengan segera.

##### 2) USG

USG dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya jaringan dalam uterus. Ibu dengan abortus inkomplit ketika di USG masih terlihat adanya sisa jaringan dalam uterus baik plasenta maupun bagian dari janin.

### **2.4.2 Analisa Masalah dan Diagnose**

Interprestasi data dasar dapat dilakukan bila pengkajian telah selesai dan data telah dikumpulkan dengan lengkap, data dasar yang telah

dikumpulkan diinterpretasi data dasar sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah spesifik.

#### **2.4.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi bila tidak segera diatasi akan mengganggu keselamatan hidup pasien. Potensi yang terjadi pada ibu dengan abortus adalah terjaninya syok karena perdarahan infeksi jalan lahir. Terjadinya syok akibat perdarahan karena ibu mengalami abortus jika tidak ditatalaksanakan dengan segera maka terus mengalami perdarahan yang mengakibatkan syok, kemudian terjadi infeksi jalan lahir karena ibu dengan abortus inkomplit jalan lahir masih terbuka.

#### **2.4.4 Tindakan segera**

Untuk abortus inkomplit identifikasi kebutuhan segera yang dilakukan adalah evaluasi sumber perdarahan lakukan ligasi sumber perdarahan. Lakukan pemasangan infuse RL dan rencana kuratase untuk mencegah perdarahan berlebihan, ditetapkan apabila terdapat kondisi pasien yang membutuhkan tindakan segera misalnya adanya perdarahan yang membutuhkan tindakan rehidrasi dan penentuan penyebab perdarahan.

#### **2.4.5 Perencanaan**

Menurut Syaiffudin (2008) pada perencanaan tindakan manajemen asuhan kebidanan dengan abortus inkomplit, yaitu :

- 1 Lakukan manajemen asuhan abortus inkomplit
- 2 Lakukan kolaborasi untuk tindakan kuratase

- 3 Anjurkan untuk istirahat yang total dan pencegahan infeksi
- 4 Observasi perdarahan post kuretase
- 5 Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi

#### **2.4.6 Pelaksanaan**

Setelah rencana bidan disusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurang atau hilangnya masalah ibu. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana kebidanan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana kebidanan, serta melanjutkan pengumpulan data.

Dalam implementasi kebidanan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya tenaga kebidanan dapat menjalankan dengan baik dalam waktu yang telah ditentukan. Bidan dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan para tenaga pelaksana lainnya.

#### **2.4.7 Evaluasi**

Evaluasi merupakan kegiatan akhir, dimana dapat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan dari ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Di samping itu, dapat memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai maka dapat dimodifikasikan.



## **BAB III**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian**

##### **3.1.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011)

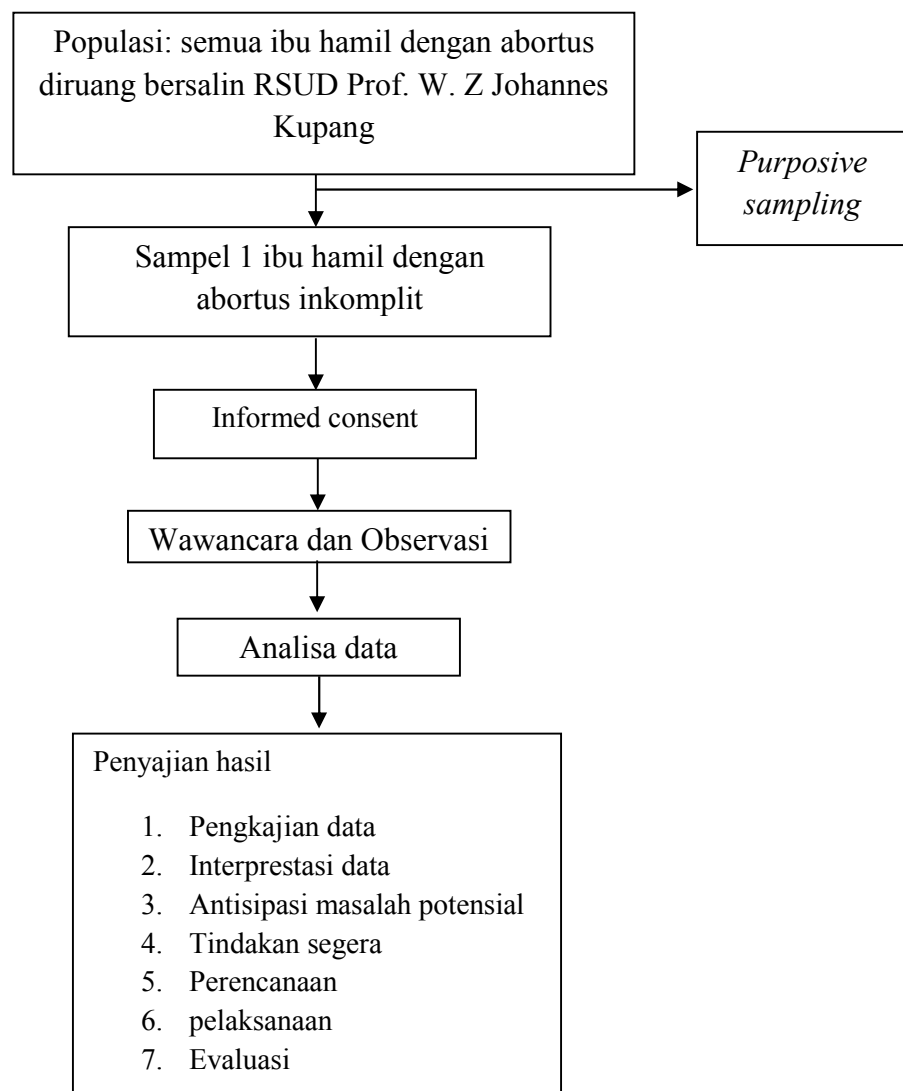
##### **3.1.2 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian. (Sastroasmoro, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian laporan tugas akhir. Laporan tugas akhir merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Laporan tugas akhir ini dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2002)

### 3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Penelitian Kasus Pada ibu dengan abortus inkomplit diruang bersalin Prof W. Z. Johannes Kupang

### **3.3 Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

#### **3.3.1 Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus dilaksanakan di ruang bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes kupang.

#### **3.3.2 Waktu Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 07 April-10 April 2017.

### **3.4 Subjek Studi Kasus**

Subjek studi kasus adalah penderita yang memenuhi inklusi dan bersedia mengikuti protokol asuhan yang diberikan pada studi kasus ini penulis mengambil subjek Ny. R.K dengan Abortus Inkomplit.

### **3.5 Populasi dan Sampel**

#### **3.5.1 Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. ( Hidayat : 2010). Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu dengan abortus di ruangan Bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang pada tanggal 07 April-10 April 2017.

### **3.5.2 Sampel**

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi dalam penelitian kebidanan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan. (Hidayat:2010). Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu dengan abortus inkomplit di ruangan bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang pada Tanggal 07 April-10 April 2017.

## **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

### **3.6.1 Teknik pengumpulan data**

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain data primer dan sekunder.

#### **1. Data Primer**

Data primer yaitu data yang langsung memberikan data kepada pengumpulan data. (Sugiyono, 2010).

##### **a. Wawancara**

Merupakan metode pengumpulan data dengan carab mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Metode ini dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam serta jumlah responden sedikit. (Hidayat, 2007). Pada metode wawancara ini instrument yang digunakan adalah format pengkajian

ibu nifas milik Sekolah Minggu Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang. (Hidayat:2010).

b. Observasi (pengamatan)

Merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden peneliti untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

(Hidayat: 2010). Instrument yang digunakan adalah tensi meter, stetoskop, thermometer, buku dan alat tulis, dan lain-lain.

2. Data Sekunder

Sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpulan data, misalnya lewat orang lain, atau lewat dokumen.

a. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan studi kepustakaan merupakan langkah yang penting dalam penelitian dengan menggunakan acuan umum dan acuan khusus akan di peroleh berbagai informasi tentang seluk-beluk permasalahan yang akan diteliti, dan yang penting adalah mendapatkan kerangka teoritis yang digunakan untuk merumuskan hipotesisi. (Zainuddin, 2014).

b. Studi dokumentasi

Merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. (Hidayat, 2010). Pada metode

dokumentasi ini instrument yang digunakan adalah data hasil observasi dan evaluasi keadaan pasien dan seluruh catatan reka medic di RSUD.W.Z Johannes Kupang. (Hidayat, 2010).

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data, dapat berupa format pengkajian, formulir observasi, formulir yang berkaitan dengan pencatatan dan sebagainya. (Notoadmodjo, 2005). Instrument penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit.

## 3.7 Etika Penelitian

### 1. *Informed consent* (persetujuan)

*Informed consent* merupakan untuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek menjadi maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus mendatangi lembar persetujuan, jika responden tidak bersedia maka, peneliti harus menghormati hak pasien. (Hidayat : 2010).

### 2. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek peneliti dengan cara tidak memberikan

atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. (Hidayat : 2010).

### 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat : 2010).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan di ruangan bersalin, RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

1. Ketenaga kerja di ruangan bersalin
  - a. Dokter spesialis kandungan 5 orang
  - b. Bidan berjumlah 45 orang

Sistem kerja petugas ini menggunakan pembagian 3 sift jaga, yakni pagi (pukul 07.00-14.00 Wita), siang (pukul 14.00-21.00 wita), dan malam (pukul 21.00-07.00 Wita). Jumlah tenaga bidan 5-6/sift dan dokter 1 orang,/sift setiap harinya.

2. Fasilitas di ruang bersalin

Fasilitas yang tersedia diruangan bersalin terdiri dari :

- 1) Bad 13 buah.
- 2) Lemari penyimpanan obat-obatan 1 buah.
- 3) Lemari penyimpanan alat-alat steril 1 buah.
- 4) Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan vital sign, gunting, plester, alcohol, larutan klorin, safety box, tempat sampah medic dan non medic (2 buah).



- 5) Meja dan kursi untuk petugas kesehatan (meja 2 buah dan kursi 8 buah).

#### **4.1.2 Hasil penelitian studi kasus**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada hari jumat, 07 April 2017 pada pukul 10.15 wita, di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pengkajian dilakukan pada Ny. R. K, umur 31 tahun, agama islam, ibu berasal dari Sulawesi, pendidikan terakhir SMP, saat ini bekerja sebagai ibu rumah tangga. Nama suami: Tn. B. P , umur 35 tahun, agama islam, suami berasal dari sulawesi, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan nelayan, alamat sulamu, keluhan ibu mengatakan hamil anak ke-2, pernah keguguran 1 kali, terlambat haid sudah 3 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah disertai keluar darah serta gumpalan dari jalan lahir sejak tanggal 07-04-2017 jam 01.00 wita.

Pengkajian riwayat reproduksi Ny. R. K, menarcho di usia 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya 4-5 hari, tidak ada nyeri haid, HPHT: 13-01-2017, TP: 20-10-2017. Status pernikahan syah, umur pada saat menikah 29 tahun, lamanya menikah 2 tahun. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Ibu mengatakan selama hamil tidak ada keluhan yang sangat mengganggu seperti nyeri epigastrium, sesak napas, nyeri perut. Ibu mengatakan pernah ada muntah yang sangat. Ibu mengatakan selama hamil pemeriksaan kehamilannya di puskesmas Sulamu sebanyak 1 kali. Ibu mengatakan pernah

mengalami keguguran pada tahun 2016. Ibu dan keluarga tidak pernah menderita penyakit diabetes, malaria, penyakit kelamin, ginjal dan lain-lain, dan keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti penyakit kronis, dan penyakit menular dan tidak mempunyai keturunan kembar. Ibu mengatakan ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ibu. Beban kerja sehari-hari memasak, mencuci, menyapu dan mengepel. Jenis kelamin yang diharapkan laki-laki atau perempuan sama. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu juga tidak memiliki kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Riwayat seksual sebelum hamil 2-3 kali seminggu, saat hamil 1x (selama hamil) dan keluhan yang dialami tidak ada.

Status gizi: ibu mengatakan makan 2x sehari, nafsu makan baik, jenis makanan nasi tahu tempe ikan sayur daging, jenis minuman air putih. Pola istirahat tidak ada gangguan, ibu tidur siang 2-3 jam/ hari dan tidur malam 7-8 jam/ hari. Pola eliminasi normal, buang air besar 1x/ hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses dan tidak ada keluhan. Pola buang air kecil 4-5x/ hari, warna jernih, berbau khas urine dan tidak ada keluhan. Pemeliharaan kebersihan diri selama masa hamil, mandi 2x/ hari, keramas 2x/ minggu, ganti baju 1x/ hari.

Hasil pengkajian data objektif : pemeriksaan keadaan umum Ny R. K lemah, kesadaran composmentis, pemeriksaan tanda-tanda vital : Tekanan darah 90/60 mmHg, Nadi : 122x/ menit, Suhu : 36,20 c, RR:

18x/ menit, berat badan 35 kg, lingkar lengan atas 22 cm, hasil pemeriksaan fisik (inspeksi dan palpasi): postur tubuh normal, kepala dan rambut bersih, tidak rontok, wajah bentuk bulat, tidak ada closma gravidarum, konjungtiva merah muda, skrela putih, tidak ada edema. Mulut bersih, mukosa bibir lambab, tidak ada caries gigi. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Payudara simetris, areola mammae hyperpigmentasi, putting susu bersih, menonjol dan tidak lecet. Abdomen tidak ada bekas luka operasi, ada nyeri tekan dan TFU belum teraba. Genitalia ada perdarahan pervaginam sedikit disertai dengan gumpalan. Vagina Toucher (VT) didapatkan hasil vulva vagina tidak ada kelainan, portio terbuka 1 cm, dengan jaringan dimulut portio dan perdarahan pervaginam warna merah campur stolsel. Pada ekstremitas atas tidak ada oedema, pada ekstremitas bawah tidak ada oedema dan varises. Pada pemeriksaan lab dilakukan pemeriksaan darah diketahui golongan darah A, hemoglobin 14,1 g/dL, jumlah erosit 4,77, hematokrit 41,3%.

## **2. Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif di atas dilakukan analisa dan didapatkan diagnosa dan masalah kebidanan :  
G2P0A1 UK: 12 minggu dengan abortus inkomplit.

### **3. Antisipasi Masalah Potensial**

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan didapatkan masalah potensial yang akan terjadi adalah resiko terjadi syok dan infeksi.

### **4. Tindakan Segera**

Untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus ini, maka perlu dilakukan konsultasi dan kolaborasi dengan dokter untuk pasang infus RL, terapi injeksi cevotaxim 2 x 1 gr/ IV (selang infus) dan terapi oral asam mefenamat 500 mg (3x1) dan tindakan selanjutnya

### **5. Perencanaan**

Berdasarkan diagnosa yang ditetapkan dapat dirumuskan perencanaan sesuai kebutuhan dan kondisi ibu, yaitu:

- a. Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan dilaksanakan.
- b. Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum pasien, termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu) dan observasi perdarahan pervaginam
- c. Periksa tanda-tanda syok (pucat, berkeringat banyak, pingsan, tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg, nadi lebih dari 112x/ menit
- d. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk memberikan tindakan

- a) Pasang infus Ringer Laktat 20 tetes/ menit
- b) Bila keadaan umum baik dan tanda-tanda vital normal rencanakan tindakan kuretase
- c) Berikan terapi obat analgetik dan antibiotic
- d) Memberikan KIE tentang tanda bahaya, dukungan keluarga, nutrisi, personal hygiene dan istirahat cukup.

## **6. Pelaksanaan**

Berdasarkan perencanaan diatas maka dilakukan pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi ibu. Asuhan yang diberikan pada Ny. R.K dari tanggal 07-04-2017 pukul 10.45 wita Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, monitoringnya sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan. Pukul 10.50 wita Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya akibat abortus inkomplit yang dialami ibu yaitu : perdarahan aktif/ banyak, pusing, nyeri perut bagian bawah hebat. Bila ibu mengalami salah satu tanda bahaya tersebut segera lapor ke petugas, monitoringnya ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau melapor ke petugas jika ada tanda bahaya. Pukul 10.55 wita Menjelaskan dan menganjurkan pada keluarga tentang dukungan moral dari keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan ibu seperti menemani ibu di rumah sakit, mambantu ibu dalam melakukan perawatan diri, monitoringnya keluarga mengerti dan mau mendampingi ibu. Pukul 11.00 wita Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya menjaga personal hygiene

khususnya daerah genitalia, monitoringnya Ibu mengerti dan siap melakukan sesuai anjuran yang diberikan. Pukul 12.00 wita Mengobservasi KU dan TTV ibu, monitoringnya Hasil observasi : KU: lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, Suhu : 36,5oc, Nadi: 82x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu : KU : Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, Suhu : 36,5oc, Nadi: 82x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit, monitoringnya Ibu dan keluarga mengerti dengan hasil pemeriksaan. Melayani cefotaxime 1 gr IV/ selang infuse, monitoringnya terapi injeksi telah diberikan. Pukul 12.30 wita Melayani ibu makan dan minum, monitoringnya Ibu sudah makan dan menghabiskan ½ porsi. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500 mg 1 tablet, monitoringnya Sudah dilayani terapi oral. Pukul 14.00 wita Mengobservasi perdarahan pervaginam, monitoringnya perdarahan pervaginam sedikit. Pukul 18.00 wita Melayani makan minum berupa nasi, sayur, tahu dan telur, monitoringnya ibu menghabiskan ½ porsi makanan. Memberikan ibu minum obat asam mefenamat 500mg 1 tablet, monitoringnya ibu mau minum obat yang diberikan. Mengobservasi perdarahan pervaginam, monitoringnya perdarahan pervaginam sedikit. Pukul 20.40 wita infus RL flas I habis ganti infuse RL flasII 20 tetes/ menit. monitoringnya infuse RL II tetesan jalan baik 20 tetes/ menit. Pukul 22.00 wita Menganjurkan ibu untuk

beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan, monitoringnya Ibu menerima anjuran yang diberikan dan mau istirahat cukup. Dokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan pada status pasien atau lembar observasi, monitoringnya Hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan dalam status dan lembar observasi. Pukul 23.00 wita Mengobservasi KU dan TTV ibu, monitoringnya Hasil pemeriksaan: KU : Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, Suhu : 36,5oc. Nadi: 82x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit.pukul 24.00 wita Melayani injeksi cefotaxime 1 gr IV/ selang infuse, monitoringnya Terapi injeksi telah diberikan.

Pada tanggal 08 april 2017 pukul 05.30 wita S : Ibu mengatakan masih merasa nyeri pada perut bagian bawah dan keluar darah sedikit dari jalan lahir. O : KU: Mulai membaik, Kesadaran: Composmentis, TTV: Tekanan Darah: 90/70 mmHg, Suhu: 36,6oc, Nadi: 82x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit. A : Abortus inkomplit pada UK 12 minggu, abortus 2x. P : 1. Infus RL flas II habis ganti infuse RL flas III 20 tetes/ menit. 2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yaitu: Tekanan Darah: 90/70 mmHg, Suhu: 36,6oc, Nadi: 82x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit. ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi kesehatan ibu. 3. Melayani makan dan minum. Ibu menghabiskan 1 porsi makanan. 4. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500 mg 1 tablet. Ibu sudah minum obat. 5. Mengikuti visit dokter, advist dokter : USG, terapi dilanjutkan dan

Jika KU baik, TTV dalam batas normal, rencanakan kuretase. 6. Menyiapkan ibu untuk melakukan USG, Hasil USG: adanya kantong kehamilan, terdapat perdarahan dalam uterus, dan masih ada jaringan tersisa. 7. Mengobservasi KU dan TTV yaitu: KU: sedang, TD: 90/70 mmHg, suhu: 36,6°C, nadi: 82x/ menit, RR: 18x/ menit. 8. Mengobservasi perdarahan: Perdarahan pervaginam sedikit. 9. Melayani injeksi cefotaxime 1 gr IV/ selang infuse. 10. Melayani ibu makan dan minum. Ibu menghabiskan nasi paku dan sayur ½ porsi. 11. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500 mg 1 tablet. 12. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu mau istirahat cukup. 13. Infus RL flash III habis ganti infus RL flask IV 20 tetes/ menit. 14. Mengobservasi KU dan TTV yaitu: KU: Baik, TD: 100/70 mmHg, suhu: 37,1°C, nadi: 82x/ menit, RR: 20x/ menit. 15. Observasi perdarahan: Perdarahan pervaginam sedikit. 16. Menganjurkan ibu personal hygiene. Ibu mau melakukan personal hygiene. 17. Melayani ibu makan dan minum malam. Ibu menghabiskan ½ porsi makan. 18. Melayani ibu terapi obat oral asam nefemanat 500 mg 1 tablet. 19. Observasi perdarahan: Perdarahan pervaginam sedikit. 20. Infus RL flas IV habis ganti infuse RL flas V 20 tetes/ menit. 21. Menganjurkan ibu untuk istirahat malam. Ibu mau istirahat. 22. Melayani cefotaxim 1 gr IV/ selang infus. 23. Menganjurkan ibu puasa. Ibu bersedia untuk puasa.



Pada tanggal 09 april 2017 pukul 07.00 wita S : Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang dan masih keluar darah sedikit dari jalan lahir. Ibu mengatakan sementara puasa. O : KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: Tekanan Darah: 100/70 mmHg, Suhu: 36,8oc, Nadi: 80x/ menit, Pernapasan: 18x/ menit. A : Abortus inkomplit pada UK: 12 minggu, abortus 2x. P : 1. Infus RL flas V habis ganti infuse RL flas VI 20 tetes/ menit. 2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yaitu: KU: Baik TTV: TD: 100/70 mmHg, S: 36,8oc, N: 80x/ menit, RR: 18x/ menit. 3. Mengantar ibu ke ruang OK untuk tindakan kuretase. 4. Menjemput ibu di ruang OK dan mengantar ke ruang flamboyant. 5. Mengobservasi post kuretase TTV dan perdarahan pervaginam yaitu: TD: 100/60 mmHg, suhu: 36,5oc, nadi: 82x/ menit, RR: 18x/ menit, perdarahan pervaginam sedikit. 6. Mengobservasi TTV, keluhan, kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam, yaitu: TD: 100/60 mmHg, suhu: 36,6oc, nadi: 82x/ menit, RR: 18x/ menit, kontraksi uterus baik, keluhan: ibu mengatakan sakit perut bagian bawah dan perdarahan pervaginam sedikit. 7. Melayani ibu makan minum. Ibu menghabiskan  $\frac{3}{4}$  porsi nasi, sayur dan lauk. 8. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500 mg 1 tablet dan amoxicillin 500 mg 1 tablet. Obat sudah diminum dan tidak muntah. 9. Menganjurkan ibu untuk istirahat siang. Ibu mau istirahat. 10. Infus RL flas VI habis ganti infuse RL flas VII 20 tetes/ menit. 11. Mengobservasi KU dan

TTV, yaitu: TD: 100/60 mmHg, suhu: 36,3<sup>o</sup>c, nadi: 84x/ menit, RR: 18x/ menit. 12. Mengobservasi perdarahan: Perdarahan pervaginam sedikit. 13. Melayani ibu makan dan minum. Ibu menghabiskan  $\frac{3}{4}$  porsi nasi, sayur dan lauk. 14. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500 mg 1 tablet dan amoxicillin 500 mg 1 tablet. 15. Mengobservasi KU dan TTV, yaitu: KU: baik, TD: 100/70 mmHg, suhu: 36,5<sup>o</sup>c, nadi: 84x/ menit, RR: 16x/ menit. 16. Menganjurkan ibu untuk istirahat. 17. Infus RL flas VII habis ganti infuse RL flas VIII 16 tetes/ menit. Pada tanggal 09 april 2017, kondisi perkembangan Ny. R.K semakin baik dengan hasil pemeriksaan KU: baik, kesadaran composmentis, TD: 110/ 70 mmHg, N: 82x/ menit, RR: 18x/ menit. infus RL masih terpasang dengan 20 tpm. Perdarahan pervaginam sedikit, ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang.

## 7. Evaluasi

Pada tanggal 10 april 2017, asuhan post kuratase yang diberikan pada Ny. R.K menginformasikan hasil pemeriksaan yaitu KU: baik, kesadaran composmentis, TD: 110/ 70 mmHg, S: 36,9<sup>o</sup>c, N: 80 x/menit, RR: 18x/ menit, wajah tidak pucat. Keluhan: ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang dan perdarahan pervaginam sedikit, tidak pusing, tidak mual dan ibu bisa duduk dan berjalan sendiri. Atas intruksi dokter Ny. R.K boleh dipulangkan. Melakukan aff infus, memberikan KIE pada ibu lanjutkan minum obat oral sesuai dosis dan secara teratur yakni : Asam Mefenamat 3 x 500gr dan

Amoxicilin 3 x 500gr, tetap menjaga personal hygiene, mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, istirahat cukup, anjurkan ibu ber-KB jangka pendek, lakukan kontrol ulang setelah 1 minggu atau segera mungkin apabila ibu mengalami gejala-gejala seperti: nyeri perut lebih dari beberapa hari, perdarahan berlanjut dan banyak, demam, menggigil.

Dari evaluasi akhir didapatkan kondisi Ny. R.K berdasarkan hasil pemeriksaan sebelum dipulangkan KU baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, perdarahan sedikit dan ibu dipulangkan satu hari setelah tindakan kuretase.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengkajian**

Pengkajian dan pengumpulan data dasar yang merupakan data awal dari manajemen kebidanan secara varney, dilaksanakan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

Pada kasus ini didapatkan data subjektif diperoleh dari hasil anamnesa yaitu ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah disertai keluar darah serta gumpalan dari jalan lahir. Menurut Moctar (1998), keluhan utama pada ibu hamil dengan abortus yang biasa muncul yaitu nyeri perut bagian bawah dan mengeluarkan darah bergumpal dari jalan lahir.

Dan dari hasil pengkajian data objektif didapat pada pemeriksaan, KU ibu lemah, tanda-tanda vital TD : 90/60 mmHg, Nadi : 122×/menit, suhu : 36,2 °C, RR : 18×/menit, pada pemeriksaan fisik ada nyeri tekan

pada abdomen, pada pemeriksaan dalam vulva/ vagina tidak ada kelainan, portio membuka 1cm teraba jaringan dimulut portio, perdarahan pervaginam warna merah campur stolsel.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. R.K tidak ditemukan adanya kesesuaian antara teori dan tinjauan kasus yang di dapat karena semua keluhan ada terdapat dalam teori.

#### **4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa**

Berdasarkan konsep dasar bahwa dalam menegakkan diagnose harus berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan diagnostik penunjang (Laboratorium). Menurut Varney (), dikatakan bahwa diagnosa lebih sering diidentifikasi oleh bidan yang difokuskan kepada apa yang dialami oleh klien, sedangkan problem lebih sering dihubungkan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang ia rasakan.

Pada kasus Ny. R. K diperoleh data subyektif dan data objektif ibu merasa nyeri perut bagian bawah disertai keluar darah dan bergumpal. Pada pemeriksaan dalam ostium uteri membuka 1 cm, teraba sisa jaringan dimulut portio, perdarahan pervaginam warna merah campur stolsel.

Pada tinjauan pustaka ditemukan beberapa diagnosa abortus inkomplit dan ditegakkan berdasarkan: kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum, nyeri perut bagian bawah

Dengan demikian penerapan tinjauan teori dan tinjauan kasus Ny. R.K tidak ada kesenjangan.

#### **4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Menurut Estiwidani (2008), langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi.

Diagnosa potensial yang ditegakkan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu abortus inkomplit. Antisipasi masalah potensial pada kasus ini adalah resiko terjadi infeksi, perdarahan, dan syok.

Pada kasus Ny. R. K antisipasi masalah potensial adalah syok dan infeksi, hal ini dikarenakan abortus inkomplit yang dialami ibu dimana sebagian hasil konsepsi sudah keluar dan hal ini yang menyebabkan ibu beresiko mengalami syok dan infeksi. Jadi, pada langkah antisipasi masalah potensial tidak ditemukan hal-hal diatas sehingga tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

#### **4.2.4 Tindakan segera**

Menurut Estiwidani (2008), langkah ini mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan

atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Tindakan segera yang dilakukan pada pasien abortus inkomplit adalah bila ada tanda-tanda syok maka diatasi dulu dengan pemberian cairan dan tranfuse darah. Kemudian keluarkan jaringan secepatnya mungkin dengan metode digital dan kuretase, setelah itu beri obat-obatan uterotonika dan antibiotika.

Pada kasus tindakan segera yang dilakukan adalah Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan selanjutnya, dan hasil kolaborasi: Pasang infus RL 20 tetes/ menit, terapi injeksi cefotaxime 2 x 1 gr IV/ selang infus dan terapi oral asam mefenamat 500 mg (3x1), sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

#### **4.2.5 Perencanaan**

Menurut Mustika (2007), Pada tinjauan manajemen kebidanan, perencanaan adalah proses penyusunan suatu rencana tindakan berdasarkan identifikasi masalah yang didapat danantisipasi diagnosa/masalah potensial yang mungkin terjadi. Perencanaan tindakan harus berdasarkan tujuan yang akan dicapai dan kriteria keberhasilan yang telah ditetapkan.

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi. Pada data informasi data dasar yang tidak

lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah diidentifikasi 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.

Rencana tindakan pada kasus Ny. R. K mengacu pada kebutuhan pasien dan sesuai dengan teori. Tindakan perbaikan keadaan umum pasien. Tindakan ini dilakukan karena keadaan Ny. R. K memiliki indikasi untuk pertolongan bantuan kuret yaitu ibu mengalami abortus inkomplit. Jadi pada langkah perencanaan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini dikarenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana berdasarkan teori untuk melakukan tindakan kuret, ibu harus memiliki beberapa syarat dan kasus yang dialami Ny. R. K sesuai dengan tinjauan teori.

#### **4.2.6 Pelaksanaan**

Pada tinjauan manajemen kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang selalu berorientasi pada rencana tindakan dengan mengadakan kerjasama antara petugas kesehatan lain dan atas persetujuan klien.

Dengan adanya perencanaan kuret, maka pada tahap pelaksanaan dilakukan kuret hal ini berkesinambungan dengan tinjauan teori dimana keadaan yang dialami Ny. R. K adalah nyeri perut bagian bawah dan perdarahan sedikit dan bergumpal dari jalan lahir.

Jadi pada langkah perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan aksus. Hal ini dikarenakan antara teori dan kasus terdapat kesesuaian dimana semua rencana asuhan yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

#### **4.2.7 Evaluasi**

Menurut Estiwidani (2008), bidan melakukan evaluasi sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan didalam rencana kegiatan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui kemajuan hasil dari tindakan yang dilakukan.

Pada tahap evaluasi penulis menyimpulkan adanya kesesuaian antara teori dan kasus. Evaluasi dari asuhan yang telah diberikan kepada Ny R.K dengan abortus inkomplit menunjukkan tidak adanya komplikasi dan Ny R.K dapat pulang dengan keadaan membaik.



## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Simpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit di ruang bersalin RSUD. Prof. W. Z. Johannes telah diterapkan asuhan kebidanan dengan melakukan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan SOAP yang meliputi pengkajian, analisa maslaha dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

- 5.1.1 Pada pengkajian dilakukan pengumpulan data subjektif dan objektif untuk mendukung atas diagnosa. Data yang mendukung atas diagnosa pasien telah dikaji secara menyeluruh.
- 5.1.2 Pada analisa masalah dan diagnosa ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif melalui hasil pengkajian. Diagnosa abortus inkomplit
- 5.1.3 Pada antisipasi adalah potensial dengan abortus inkomplit adalah resiko terjadi syok dan infeksi.
- 5.1.4 Tindakan segnjera yang dilakukan pada Ny R. K dengan Abortus Inkomplit yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan selanjutnya. Hasil kolaborasi: Pasang infus RL 20 tetes/ menit, terapi injeksi cefotaxime 2 x 1 gr IV/ selang infus dan terapi oral asam nefenamat 500 mg (3x1)

- 5.1.5 Pada perencanaan asuhan yang dilakukan telah sesuai manajemen varney dan merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah yang ditangani. Asuhan yang diberikan sesuai dengan keluhan ibu saat itu.
- 5.1.6 Pada pelaksanaan asuhan tindakan yang dilakukan pada Ny. R. K dengan abortus inkomplit, yaitu melakukan kuratase.
- 5.1.7 Pada evaluasi merupakan langkah akhir untuk mengetahui keefektifan dari asuhan yang dibuat. Pada kasus ini tidak terjadi syok dan infeksi karena semua tindakan sudah dilakukan sesuai dengan prosedur.

## **5.2 Saran**

### 5.2.1 Penulis

Dapat menambah wawasan dan pengalaman yang berharga dalam penerapan asuhan kebidanan

### 5.2.2 Responden

Diharapkan agar ibu lebih mengetahui tanda-tanda abortus sehingga segera ke fasilitas kesehatan yang memadai untuk mendapat pertolongan secepat mungkin oleh tenaga kesehatan yang profesional.

### 5.2.3 Pendidikan

Sebagai bahan bacaan di perpustakaan serta sumbangan pemikiran penulis berikutnya dan sebagai salah satu sarana penunten dalam proses asuhan kebidanan pada ibu abortus inkomplit.

#### 5.2.4 Institusi

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan dalam melakukan penelitian asuhan kebidanan pada ibu dengan abortus inkomplit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Estiwidani, 2008. *Konsep kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Fadlun A F, 2012. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Nuha Medika
- Handono B, 2009, *Abortus Berulang*. Bandung: Refika Aditama
- Hidayat A, 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisis Data*.  
Jakarta: Salemba Medika
- Husin D F, 2012. *Asuhan Kehamilan Berdasarkan Bukti*, Jakarta: Sagung Seto
- Maryunani A, 2016. *Asuhan Kegawatdaruratan Dalam kehamilan*. Jakarta: TIM
- Manuaba, 1984. *Obsterti Patologi*. Bandung: Eltar Offisit
- Mochtar. 1998. *Sinopsi obstetric jilid 2*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo S, 2005. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, PT Rineke
- Norma N. 2013, *Asuhan Kebidanan Patologis*, Yogyakarta, Nuha Medika
- Nugroho D T, 2010. *Kasus Emergency Kebidanan*, Yogyakarta, Nuha Medika
- Nursalam, 2013. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: salemba  
medika
- Prawirohardjo S, 2008. *Buku Acuan Nasional Praktis Pelayanan Kesehatan*,  
Jakarta: PT Bina Pustaka
- Prawirohardjo S, 2009. *Buku Acuan Nasional Praktis Pelayanan Kesehatan*,  
Jakarta: PT Bina Pustaka
- Sastroasmoro, 2011. *Dasar-dasar metodelogi penelitian klinis edisi ke- 4*. Jakarta:  
CV. Sagungseto
- Sugiyono, 2010. *Metode penelitian pendidikan*. Bandung: Alfa Beta.

Sukarni I, 2013. *Kehamilan, Perslinan dan Nifas*, Yogyakarta, Nuha Medika

Walyani E S, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*, Yogyakarta: Pustaka  
Baru

Winkjosastro H, 2008. *Ilmu Kebidanan edisi ke-4*. Jakarta: Sagung Seto

## LAMPIRAN 1

### LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya mahasiswi jurusan Kebidanan STIKES CHM-Kupang jalur umum angkatan VII mengadakan studi kasus pada ibu dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSUD Prof. .W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 07 – 10 APRIL 2017”**. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama suami untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas pasien dan keluarga.

Partisipasi orang tua/wali dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai. Atas partisipasi dan kerjasama yang baik, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

(Intan Purnamasari)

## **LAMPIRAN 2**

### **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul: ASUHAN KEBIDANAN PADA DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSUD

Prof. .W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 07 – 10 APRIL 2017

Peneliti : Intan Purnamasari

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud studi kasus ini, dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Apabila saya merasa tidak nyaman dengan peneliti, saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian lembar persetujuan ini dibuat secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, April 2017

Responden

(Ny. R. K)

### **LAMPIRAN 3**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG BERSALIN RSUD, PROF. WZ JOHANNES KUPANG**

Nama Pengkaji : Intan Purnamasari

Tanggal Pengkajian : 07-04-2017

Jam Pengkajian : 10.015 wita

### **I. PENGKAJIAN**

#### **A DATA SUBYEKTIF**

##### **1. BIODATA**

Nama ibu	: Ny. R.K	Nama suami	: Tn. B.P
Umur	: 31 tahun	Umur	: 34 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Sulawesi	Suku	: Sulawesi
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: ibu rumah tangga	Pekerjaan	: Nelayan
Alamat rumah	: sulamu		

2. Keluhan utama : ibu mengatakan hamil anak ke-2, pernah keguguran 1x, terlambat haid 3 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah disertai keluar darah serta gumpalan dari jalan lahir sejak tanggal 07-07-2014 jam 01.00 wita



3. Riwayat haid :

- a. Menarche : 14 tahun
- b. Siklus : 28 hari
- c. Lama : 3-5 hari
- d. Banyaknya : 3x ganti pembalut
- e. Nyeri haid : tidak ada
- f. HPHT : 13-01-2017
- g. Tp : 20-10-2017

4. Riwayat menikah :

- a. Status pernikahan : syah
- b. Lamanya menikah :  $\pm$  2 tahun
- c. Umur pada saat menikah : 29 tahun

5. Riwayat KB :

- a. KB yang pernah digunakan : tidak pernah
- b. Lamanya : -
- c. Efek samping : -  
Alasan berhenti : -

6. Riwayat kehamilan lalu :

- a. Apakah ada gangguan yang sangat
  - Nyeri epigastrium : tidak ada
  - Sesak Napas : tidak ada
  - Nyeri perut : tidak ada

- Demam : tidak ada

b. Apakah ada muntah yang sangat : tidak ada

c. Hipertensi dalam kehamilan : tidak ada

7. Selama Hamil Periksa Dimana : Puskesmas Sulamu

8. Riwayat kehamilan sekarang :

ANC

➤ TMI

Berapa kali : 1x periksa hamil

Keluhan : mual-muntah

Terapi : antasida 200 mg (3x1), B6 10 mg (3x1)

9. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl/bln/thn melahirkan	Jenis persalinan	UK	Penol ong	Keadaan bayi LH/LM/ M	JK	BB/PB	Ket
1	2016	Abortus spontan	2 bulan					
2	Ini G <sub>2</sub> P <sub>0</sub> A <sub>1</sub>							

## 10. Riwayat kesehatan

### Riwayat penyakit yang lalu

- Masalah Kardiovaskuler : tidak ada
- Diabetes : tidak ada
- Hipertensi : tidak ada
- Malaria : tidak ada
- Penyakit kelamin : tidak ada
- Ginjal : tidak ada
- Asma : tidak ada
- Lain-lain : tidak ada

Riwayat penyakit keluarga : tidak ada

## 11. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Keturunan

- Apakah ada keluarga yang menderita penyakit kronis : tidak ada
- Apakah ada keluarga yang menderita penyakit menular : tidak ada
- Apakah ada Keturunan Kembar : tidak ada

## 12. Keadaan psikososial dan social ekonomi :

- a) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : ibu dan keluarga menerima kehamilan ini
- b) Dukungan dari keluarga : keluarga selalu menemahi ibu
- c) Tempat dan penolong yang diinginkan untuk menolong : Bidan/ RS

- d) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari: mencuci, memasak, menyapu, mengepel
- e) Jenis kelamin yang diharapkan : perempuan/ laki-laki sama saja
- f) Pengambil keputusan dalam keluarga : suami
- g) Perilaku kesehatan :
  - Merokok : tidak pernah
  - Minum-minuman keras : tidak pernah
  - Mengonsumsi obat terlarang : tidak pernah
  - Minum kopi : ya

13. Latar belakang budaya :

- Kebiasaan di tolong oleh : tidak ada
- Pantangan makanan : tidak ada
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : tidak ada

14. Riwayat seksual

Sebelum Hamil : 2-3 kali/ minggu

Saat hamil : 1 kali (selama hamil)

Keluhan : tidak ada

I. Pola makan

a. Frekuensi makan : 3x sehari

b. Napsu makan : baik

c. Jenis makanan : nasi, tahu tempe, ikan, sayur, daging

d. Jenis minuman : air putih

II. Pola istirahat

a. Tidur siang :  $\pm$  1-2 jam

b. Tidur malam :  $\pm$  7- 8 jam

c. Keluhan : tidak ada

III. Pola eliminasi :

BAB

a. Frekuensi : 1x/ hari

b. Warna : kuning kecoklatan

c. Keluhan : tidak ada

BAK

a. Frekuensi : 5-6x/ hari

b. Warna : kuning

c. Keluhan : tidak ada

IV. Kebiasaan diri :

a. Mandi : 2x/ hari

b. Keramas : 2x/ minggu

c. Ganti baju : 2x/ hari

d. Perawatan payudara : Tidak dilakukan

B DATA OBYEKTIF

1 Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : lemah  
Kesadaran : composmentis  
Vital signs : TD : 90/ 60 mmHg  
S : 36,2°c  
N : 122 x/ menit  
RR : 18x/ menit  
Berat badan : 35 kg  
Tinggi badan : -  
Lila : 22 cm

## 2 Pemeriksaan fisik

### 1) Inspeksi

Pastur tubuh : Normal

Kepala/ rambut : bersih/ tidak rontok

#### Wajah

Closma gravidarum : tidak ada

Oedema : tidak

Mata : kongjungtiva: merah muda, sclera:  
putih

Mulut dan gigi : bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada  
caries

#### Leher

Pembesaran kelenjar tyroid : tidak ada

Pembengkakan kelenjar limfe : tidak ada

Pembendungan vena jugularis : tidak ada

#### Dada

Payudara : simetris

Aerola mamma : hyperpigmentasi

Putting susu : bersih, menonjol, tidak lecet

Retraksi/ dumpling : tidak ada

#### Abdomen

Bekas luka operasi : tidak ada

Linea/ striae : tidak ada

#### Palpasi

Leopold I : TFU: belum teraba

Leopold II : -

Leopold III : -

Leopold IV : -

#### 2) Auskultasi

DJJ : - frekuensi : -

#### 3) Pemeriksaan dalam : (tanggal: 07-04-2017)

VT: Vulva/ vagina tidak ada kelainan, portio terbuka 1 cm teraba jaringan dimulut portio, perdarahan pervaginam warna merah campur stolsel.

4) Ekstremitas atas/ bawah

- Atas: tidak ada oedema
- Bawah: tidak ada oedema dan varises

5) Pemeriksaan penunjang :

1) Urin

- a. Protein urine : tidak dilakukan
- b. Urin reduksi : tidak dilakukan

2) Darah

- a. Golongan Darah : A
- b. Hemoglobin : 14,1 g/dL
- c. Jumlah Erosit : 4,77
- d. Hematokrit : 41,3%

3) Pemeriksaan khusus

- a. USG : tidak dilakukan
- b. Rontgen : tidak dilakukan

## II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA



DIAGNOSA	DATA DASAR
<p>Abortus inkomplit pada UK 12 minggu, abortus 2x keadaan umum ibu lemah</p>	<p>DS : ibu mengatakan hamil anak ke-2, pernah keguguran 1x, terlambat haid 3 bulan, ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah disertai keluar darah serta gumpalan dari jalan lahir sejak tanggal 07-07-2014 jam 01.00 wita.</p> <p>HPHT : 13-01-2-17</p> <p>DO : TP : 20-10-2017</p> <p>KU : lemah, Kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 90/ 60 mmHg S : 36,5°c</p> <p>N : 122x/ menit RR : 18x/ menit</p> <p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Wajah: tampak pucat, tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Mata: konjungtiva merah muda, sclera putih, dan tidak ada oedema</p> <p>Mulut dan gigi: Bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi</p> <p>Leher: tidak pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembendungan vena jugularis</p> <p>Payudara: simetris, areola mammae hiperpigmentasi, puting</p>

	<p>susu menonjol, tidak lecet</p> <p>Abdomen: tidak ada bekas luka operasi, ada nyeri tekan, kontraksi baik</p> <p>Genitalia: ada perdarahan pervaginam sedikit dan bergumpal, 1 kali ganti pembalut</p> <p>Pemeriksaan dalam: (tanggal: 07-04-2017)</p> <p>VT: Vulva/ vagina tidak ada kelainan, portio terbuka 1 cm dengan jaringan dimulut portio, perdarahan pervaginam warna merah segar.</p> <p>Pemeriksaan penunjang :</p> <p>a. Hemoglobin : 14,1 g/dL</p> <p>b. Jumlah Erosit : 4,77</p> <p>c. Hematokrit : 41,3%</p>
--	--

### III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Potensi terjadi, syok dan infeksi

### IV. TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan selanjutnya .

Hasil kolaborasi: pasang infuse RL 20 tetes/ menit, terapi injeksi cefotaxime 2 x 1 gr IV/ selang infuse dan terapi oral asam mefenamat 500 mg (3x1)

### V. PERENCANAAN

Tanggal : 07-04-2017

Jam : 10.30 wita

Diagnose : Abortus inkomplit pada UK 12 minggu, abortus 2x

- 1 Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga  
R/ agar terjalin hubungan yang baik antara pasien, keluarga, dan petugas kesehatan.
- 2 Informasikan kepada ibu hasil pemeriksaan  
R/ informasi yang diberikan dapat memberikan pemahaman bagi ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan
- 3 Berikan terapi oral asam mefenamat 500mg 3x1 tablet dan injeksi cefotaxime 2x1 gr IV/ selang infuse sesuai dengan program dokter  
R/ Dengan pemberian terapi secara teratur dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan dapat mempercepat proses penyembuhan
- 4 Jelaskan pada ibu tanda-tanda abortus inkomplit  
R/ Deteksi didni keadaan patologis dan membantu dalam penentuan tindakan segera
- 5 Jelaskan dan anjurkan pada keluarga tentang dukungan moril dari keluarga sangat pennting dalam proses penyembuhan ibu  
R/ Dukungan yang diberikan kepada keluarga mengurangi rasa cemas yang dirasakan oleh ibu selama berada dirumah sakit
- 6 Anjurkan ibu makan makanan bergizi

- R/ Makan-makanan bergizi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan
- 7 Jelaskan pada ibu tentang pentingnya menjaga personal hygiene khususnya daerah genitalia
- R/ Kuman dapat menyebar disetiap tempat. Maka dengan menjaga personal hygiene yang benar dapat terhindar dari infeksi
- 8 Lakukan observasi ibu setiap 4 jam atau lebih untuk mengetahui kondisi ibu meliputi keluhan, TTV dan perdarahan peervaginam
- R/ Dapat mendeteksi keadaan patologis yang mungkin terjadi
- 9 Anjurkan ibu untuk istirahat cukup
- R/ Istirahat yang cukup dan teratur dapat mempercepat proses penyembuhan
- 10 Lakukan pendokumentasian setelah pemberian asuhan
- R/ Sebagai bukti asuhan dan bahan evaluasi serta pertanggung jawaban

## **VI. PELAKSANAAN**

Tanggal : 07-04-2017

Diagnose : Abortus inkomplit pada UK 12 minggu, abortus 2x

Jam	Pelaksanaan	Monitoring	Paraf
10.45	1. Melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga	Sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan keluarga	
10.50	2. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya akibat abortus inkomplit yang dialami ibu yaitu: perdarahan aktif/ banyak, pusing, nyeri perut bagian bawah hebat. Bila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut segera lapor ke petugas.	Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau melapor ke petugas jika ada tanda bahaya	
10.55	3. Menjelaskan dan menganjurkan kepada keluarga tentang dukungan moril dari keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan ibu seperti menemani ibu dirumah sakit, membantu ibu dalam melakukan	Keluarga mengerti dan mau mendampingi ibu	

	perawatan diri		
11.00	4. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya menjaga personal hygiene khususnya daerah genitalia	Ibu mengerti dan siap melakukan sesuai anjuran yang diberikan	
12.00	5. Mengobservasi KU dan TTV ibu	Hasil pemeriksaan: KU:Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,5°C, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit	
	6. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu: KU:Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,5°C, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit	Ibu dan keluarga mengerti dengan hasil pemeriksaan	
	7. Melayani cefotaxime 1gr IV/ selang infuse	Terapi injeksi telah diberikan	
12.30	8. Melayani ibu makan dan	Ibu sudah makan dan	

	minum	minum menghabiskan ½ porsi	
	9. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500mg 1 tablet	Sudah dilayani terapi oral	
14.00	10. Mengobservasi perdarahan pervaginam	Perdarahan pervaginam sedikit	
18.00	11. Melayani makan dan minum berupa nasi, sayur, telur dan tahu	Ibu menghabiskan ½ porsi	
	12. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500mg 1 tablet	Sudah dilayani terapi oral	
	13. Mengobservasi perdarahan pervaginam	Perdarahan pervaginam sedikit	
20.40	14. Infus RL flas I habis ganti infuse RL flas II 20 tetes/ menit	Infus RL ke-2 tetesan jalan baik 20 tetes/ menit	
22.00	15. Menganjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan	Ibu menerima anjuran yang diberikan	
	16. Dokumentasikan hasil	Hasil pemeriksaan telah	

	pemeriksaan dan tindakan pada status pasien atau lembar observasi	di dokumentasikan dalam status dan lembar observasi	
23.00	17. Mengobservasi KU dan TTV	Hasil pemeriksaan: KU:Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,5°c, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit. Terpasang infus RL II 20 tetes/ menit	
24.00	18. Melayan cefotaxime 1gr IV/ selang infus	Terapi injeksi telah diberikan	

## VII. EVALUASI/ CATATAN PERKEMBANGAN



Hari/ Tanggal	Jam	SOAP
08-04-2017	05.30	<p>S : ibu mengatakan merasa nyeri pada perut bagian bawah dan keluar darah sedikit dari jalan lahir</p> <p>O : KU: Mulai membaik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,6°c, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit.</p> <p>A : Abortus inkomplit pada UK: 12 minggu, abortus 2x</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infus RL flas II habis ganti RL flas III 20 tetes/ menit</li> </ol>
	05.35	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yaitu: KU:Lemah, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,6°c, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit. Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan kondisi kesehatan ibu</li> </ol>
	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Melayani makan dan minum. Ibu menghabiskan 1 porsi makanan</li> <li>4. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500mg 1 tablet. Ibu sudah minum obat</li> </ol>

	09.20	5. Mengikuti visit dokter, advist dokter: USG, terapi dilanjutkan dan jika KU baik, TTV dalam batas normal, rencanakan kuretase
	10.00	6. Menyiapkan ibu untuk melakukan USG Hasil USG: adanya kaantong kehamilan, terdapat perdarahan dalam uterus, dan masih ada jaringan tersisa
	10.05	7. Mengobservasi KU dan TTV yaitu: KU:sedang, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 90/ 70 mmHg, S: 36,6°C, N: 82 x/ menit, RR: 18 x/ menit.
	12.00	8. Mengobservasi perdarahan: Perdarahan pervaginam sedikit. 9. Melayani injeksi cevotaxime 1gr IV/ selang infus
	13.00	10. Melayani iu makan dan minum. Ibu menghabiskan nasi pauk dan sayur ½ porsi 11. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500mg 1 otablet 12. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu mau istirahat cukup
	15.00	13. Infuse RL flash III habis ganti infus RL flas IV 20 tetes/ menit

	17.15	14. Mengobservasi KU dan TTV: KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 100/ 70 mmHg, S: 37,1°C, N: 82 x/ menit, RR: 20 x/ menit.
		15. Observasi perdarahan: perdarahan pervaginam sedikit
	18.45	16. Mengajarkan ibu personal hygiene. Ibu mau melakukan personal hygiene
		17. Melayani ibu makan dan minum malam. Ibu menghabiskan ½ porsi makan
		18. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500mg 1 tablet
	20.05	19. Observasi perdarahan: perdarahan pervaginam sedikit
	22.15	20. Infus RL flas IV habis ganti infuse RL V 20 tetes/ menit
	22.30	21. Mengajarkan ibu istirahat malam. Ibu mau istirahat
	00.00	22. Melayani cefotaxime 1gr IV/ selang infuse 23. Mengajarkan ibu puasa. Ibu bersedia untuk puasa.
09-04-2017	07.00	S : ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah

		<p>berkurang dan masih keluar darah sedikit dari jalan lahir. Ibu mengatakan sementara puasa</p> <p>O : KU: Mulai membaik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 100/ 70 mmHg, S: 36,8°c, N: 80 x/ menit, RR: 18 x/ menit.</p> <p>A : Abortus inkomplit pada UK: 12 minggu, abortus 2x</p> <p>P :</p>
	07.10	<p>1. Infus RL flas V habis ganti RL flas VI 20 tetes/ menit</p> <p>2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yaitu: KU: Baik, Kesadaran: composmentis, TTV: TD: 100/ 70 mmHg, S: 36,8°c, N: 80 x/ menit, RR: 18 x/ menit, terpasang infus RL 20tpm</p>
	07.30	<p>3. Mengantar ibu ke ruang OK untuk tindakan kuretase</p>
	10.30	<p>4. Menjemput ibu di ruang OK dan mengantar ke ruang flamboyan</p> <p>5. Mengobservasi KU ibu post kuretase TTV dan perdarahan pervaginam yaitu: KU: ibu masih tidur</p>

		dan belum sadar, TTV: TD: 100/ 60 mmHg, S: 36,5°C, N: 80 x/ menit, RR: 18 x/ menit. Perdarahan pervaginam sedikit
	12.00	6. Mengobservasi KU dan TTV ibu, yaitu: KU: masih tidur dan belum sadar, TTV: TD: 100/ 60 mmHg, S: 36,5°C, N: 80 x/ menit, RR: 18 x/ menit
	13.30	7. Ibu sudah bangun, kesadaran: composmentis, ibu mengeluh masih sakit perut bagian bawah
	14.00	8. Mengobservasi TTV, keluhan, kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam, yaitu: TTV: TD: 100/ 60 mmHg, S: 36,6°C, N: 80 x/ menit, RR: 18 x/ menit, kontraksi uterus baik, keluhan: ibu mengatakan sakit perut bagian bawah dan perdarahan pervaginam sedikit.
		9. Melayani ibu makan dan minum. Ibu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi nasi, sayur dan lauk
		10. Melayani ibu terapi obat oral asam mefenamat 500mg 1 tablet dan amoxicilin 500mg 1 tablet. Obat sudah diminum dan tidak muntah
		11. Menganjurkan ibu untuk istirahat siang. Ibu mau istirahat

	16.00	12. Infus RL VI habis gantti infus RL flas VII 20 tetes/ menit
	18.00	13. Mengobservasi KU dan TTV, yaitu: TTV: TD: 100/ 60 mmHg, S: 36,3°C, N: 84 x/ menit, RR: 18 x/ menit 14. Mengobservasi perdarahan perdarahan pervaginam sedikit 15. Melayani ibu makan dan minum. Ibu menghabiskan ¾ porsi nasi, sayur dan lauk 16. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500gr 1 tablet
	21.00	17. Mengobservasi KU dan TTV, yaitu: KU: Baik, TTV: TD: 100/ 70 mmHg, S: 36,5°C, N: 84 x/ menit, RR: 16 x/ menit 18. Menganjurkan ibu untuk istirahat
	00.00	19. Infus RL flas VII habis ganti infuse RL flas VIII 16 tetes/ menit
10-04-2017	05.00	S : ibu mengatakan tidak ada keluhan O : KU: Baik, Kesadaran: composmentis, kontraksi uterus: baik, TTV: TD: 100/ 60 mmHg, S: 37°C, N: 88 x/ menit, RR: 18 x/ menit

		A : ibu post kuretase hari I
		P :
	05.10	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu
	06.00	2. Melayani makan pagi. Ibu menghabiskan 1 porsi makan
		3. Melayani ibu terapi oral asam mefenamat 500gr 1 tablet dan amoxicilin 500gr 1 tablet sesuai intruksi dokter
	08.45	4. Mengikuti advist dokter, hasil visit dokter aff infus dan pasien boleh pulang
	09.00	5. Melakukan KIE sebelum ibu pulang, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Minum obat secara teratur dan sesuai dosis</li> <li>b. Menjaga personal hygiene</li> <li>c. Mengonsumsi makanan bergizi seimbang</li> <li>d. Istirahat cukup</li> <li>e. Anjurkan kepada ibu bila mengalami pusing yang hebat, nyeri perut hebat dan perdarahan banyak segera ke puskesmas atau rumah sakit terdekat</li> <li>f. Anjurkan ibu ber-KB. Ibu mengatakan masih berunding dengan suami untuk mengikuti KB</li> </ul>

		g. Lakukan kontrol ulang 1 minggu. Ibu bersedia untuk kontrol ulang
	10.30	6. Menyiapkan ibu pulang
	11.00	7. Ibu pulang dengan kondisi baik.