

BAB 3

ASKEP IBU HAMIL DENGAN ABORTUS

3.1 Konsep Medis

3.1.1 Definisi

Abortus merupakan penghentian atau berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin viabel (usia kehamilan 20 minggu) (Helen, 2001)

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Mansjoer, 2001)

3.1.2 Jenis-jenis Abortus

Klasifikasi abortus adalah sebagai berikut:

a. Abortus imminens

Merupakan perdarahan dari uterus pada usia kehamilan < 20 minggu dan tanpa diikuti oleh dilatasi uterus, dimana hasil konsepsi masih didalam uterus dan kehamilan ini dapat dipertahankan

b. Abortus insipien

Merupakan perdarahan dari uterus pada kehamilan < 20 minggu, diikuti oleh dilatasi servix yang meningkat dimana kehamilan tidak dapat dipertahankan. Karena akan berkembang menjadi abortus inkomplit atau abortus komplit.

c. Abortus inkompletus

Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada usia kehamilan < 20 minggu, dan sebagian masih ada yang tertinggal didalam uterus

d. Abortus kompletus

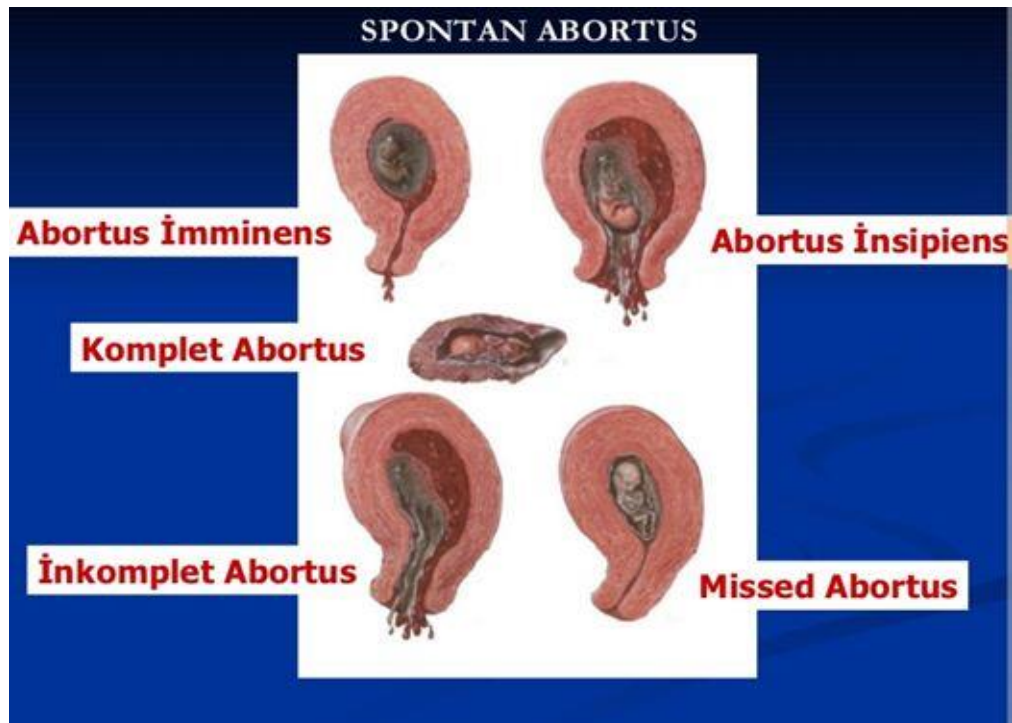
Pengeluaran seluruh hasil konsepsi

e. Abortus habitualis

Abortus spontan yang terjadi lebih dari 3 kali atau lebih secara berturut-turut

f. Missed Abortion

Kematian janin didalam uterus pada usia kehamilan < 20 minggu dan janin tersebut sudah ≥ 8 minggu belum dikeluarkan.



(<https://rezasilvia.wordpress.com/2017/04/19/abortus/>)

3.1.3 Etiologi

Penyebab pasti keguguran atau abortus belum diketahui pasti, namun ada beberapa faktor sebagai berikut:

a. Gangguan pertumbuhan hasil konsepsi

Dapat terjadi karena:

1) Faktor kromosom

Gangguan terjadi sejak semua kromosom termasuk kromosom sex

2) Faktor lingkungan endometrium

- Endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi
- Terlalu pendek jarak kehamilan

3) Pengaruh luar

- Infeksi endometrium
- Efek obat/ radiasi

b. Kelainan plasenta

- Infeksi placenta
- Gangguan pembuluh darah placenta
- Hipertensi

c. Penyakit ibu

- Anemia pada ibu

- Penyakit menahun seperti hipertensi, jantung, ginjal, diabetes mellitus
- Penyakit infeksi seperti TB paru, Pneumonia, Sifilis dll.

3.1.4 Patofisiologi

Dimulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan placenta, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan oksigen dan nutrisi, bagian ini oleh uterus dianggap sebagai benda asing sehingga uterus berkontraksi untuk mengeluarkannya

3.1.5 Tanda dan Gejala

Secara umum tanda dari abortus adalah:

- Amenorhoe kurang dari 20 minggu
- Perdarahan pervaginam
- Kram perut
- Nyeri pinggang
- Pada pemeriksaan dalam kanalis servicilis terbuka
- Pada missed abortion; uterus tidak membesar, payudara mengecil
-

3.1.6 Pemeriksaan penunjang

- Bila janin masih hidup maka hasil plano test (+) tetapi kalo janin sudah meninggal Plano test (-)
- Dopler untuk menemukan DJJ jika janin masih hidup, DJJ (+)

3.1.7 Komplikasi

Abortus jika tidak mendapat penanganan adekuat akan menyebabkan komplikasi sebagai berikut:

- Perdarahan pervaginam profuse
- Syock perdarahan
- Infeksi
- Perforasi

3.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara umum untuk kasus abortus adalah;

- Jika kehamilan bisa dipertahankan maka ibu harus tirah baring, kurangi aktivitas
- Jika kehamilan tidak bisa dipertahankan maka dilakukan kuretage
- Diet tinggi protein
- Menjaga kebersihan area genetalia
- Monitor perdarahan

3.2 Konsep Keperawatan

3.2.1 Pengkajian

Temukan data-data yang dapat menunjang masalah keperawatan pasien dengan anamnese, observasi dan pemeriksaan fisik.

a. Identitas

Tanyakan tentang identitas pasien dan penanggungjawab pasien. Hasil temuan biasanya pada kasus pre eklampsia usia sering terjadi < 20 tahun dan > 35 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering muncul pada penderita abortus adalah menstruasi tidak lancar dan adanya perdarahan pervaginam berulang.

c. Riwayat penyakit sekarang

Tanyakan riwayat keluhan sampai pasien datang ke tempat pelayanan. Biasanya ibu merasa menstruasinya tidak lancar adanya perdarahan pervaginam diluar siklus menstruasi.

d. Riwayat penyakit dahulu

Terkait penyakit yang pernah diderita oleh pasien dan gangguan yang menjadi pemicu munculnya abortus misalnya:

- riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya
- riwayat hipertensi sebelumnya.
- Riwayat penyakit kronis lainnya seperti DM, ginjal, anemia dsb

e. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan penyakit yang pernah diderita oleh keluarga

f. Riwayat perkawinan

Tanyakan status perkawinan, umur saat menikah pertama kali, berapa kali menikah dan berapa usia pernikahan saat ini

g. Riwayat obstetri

c. Riwayat haid

Tanyakan usia menarche, siklus haid, lama haid , keluhan saat haid dan HPHT

d. Riwayat kehamilan

Kaji tentang riwayat kehamilan lalu dan saat ini. Tanyakan riwayat ANC, keluhan saat hamil

h. Pemeriksaan fisik

3) Pemeriksaan fisik menggunakan sistem pengkajian head to toe dan data fokus obstetri harus dapat ditemukan

a. Kepala leher

- Kaji kebersihan dan distribusi kepala dan rambut
- Kaji ekspresi wajah klien (pucat, kesakitan)
- tingkat kesadaran pasien baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Kesadaran kuantitatif diukur dengan GCS.
- Amati warna sklera mata (ada tidaknya ikterik) dan konjungtiva mata (anemis ada/tidak)

- Amati dan periksa kebersihan hidung, ada tidaknya pernafasan cuping hidung, deformitas tulang hidung
 - Amati kondisi bibir (kelembaban, warna, dan kesimetrisan)
 - Kaji ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis
- b. Thorak
- Paru
Hitung frekuensi pernafasan, inspeksi irama pernafasan, inspeksi pengembangan kedua rongga dada simetris/tidak, auskultasi dan identifikasi suara nafas pasien
 - Jantung dan sirkulasi darah
Raba kondisi akral hangat/dingin, hitung denyut nadi, identifikasikan kecukupan volume pengisian nadi, reguleritas denyut nadi, ukurlah tekanan darah pasien saat pasien berbaring/istirahat dan diluar his. Identifikasikan ictus cordis dan auskultasi jantung identifikasi bunyi jantung.
- c. Payudara
- Kaji pembesaran payudara, kondisi puting (puting masuk, menonjol, atau tidak) , kebersihan payudara dan produksi ASI
- d. Abdomen
- kaji pembesaran perut sesuai usia kehamilan /tidak
 - lakukan pemeriksaan leopold 1-4
 - periksa DJJ berapa kali denyut jantung janin dalam 1 menit
 - amati ada striae pada abdomen/tidak
 - amati apakah uterus tegang baik waktu his atau diluar his
 - ada tidaknya nyeri tekan
- e. Genetalia
- Kaji dan amati ada tidaknya perdarahan pevaginam
- f. Ekstremitas
- Kaji ada tidaknya kelemahan
 - Capillary revile time
 - Ada tidaknya oedema
 - Kondisi akral hangat/dingin
 - Ada tidaknya keringat dingin
 - Tonus otot , ada tidaknya kejang
- g. Pemeriksaan obstetri

Dituisikan hasil pemeriksaan Leopold dan DJJ janin

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakan dengan panduan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (lihat SDKI)

Beberapa diagnosis yang dapat ditegakan berdasarkan SDKI, 2017 adalah

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi
2. Ansietas b. d krisis situasional
3. Berduka b.d kehilangan/ kematian janin
4. Resiko hipovolemia b.d perdarahan pervaginam
5. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif/perdarahan

3.2.3 Perencanaan

Pada perencanaan akan dibahas 1 Diagnosis keperawatan sebagai contoh, untuk selanjutnya mahasiswa diharapkan dapat mengembangkan perencanaan secara mandiri dengan menggunakan SIKI dan SLKI.

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif/perdarahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipovolemia menurun, dengan kriteria sbb; - Tekanan darah meningkat, nadi menurun, respirasi menurun - Kehangatan Acral meningkat - Turgor kulit meningkat - CTR meningkat - Kelembaban bibir meningkat	1. Manajemen cairan - Pertahankan terapi cairan sesuai instruksi - Tingkatkan intake cairan peroral sesuai kemampuan klien - Motivasi keluarga untuk membantu meningkatkan intake oral 2. Monitor cairan - Ukur balans cairan - Monitor TTV dan kondisi acral, turgor kulit, CTR dan kelembaban bibir	- Cairan diberikan untuk mengganti output - Cairan peroral meningkatkan kebutuhan cairan - Motivasi keluarga sebagai bentuk perhatian keluarga ke pasien - Keseimbangan cairan sebagai indikator kecukupan kebutuhan cairan tubuh - Kondisi acral, turgor, TTV, CTR merupakan efek langsung dari kekurangan cairan

3.3 Lembar Kerja Mahasiswa

3.3.1 Deskripsi Kasus

Seorang ibu datang ke UGD RS Sugih Waras pk. 22.30 tanggal 23 November 2019 dengan keluhan Perdarahan pervaginam banyak mulai jam 19.00 tadi, perut terasa mules, badan

agak lemas, acral teraba dingin dan turgor kulit turun HPHT 20 Agustus 2020. Setelah di UGD dilakukan pemeriksaan plano tes hasil (+). Berdasarkan hasil anamnese oleh perawat didapatkan data bahwa pasien sudah 5 tahun menikah belum dikaruniai keturunan, awal tahun 2019 lalu pasien juga mengalami hal yang sama dan pasien beserta suami sangat mengharapkan kehamilan ini bisa dipertahankan. Hasil pemeriksaan dopler DJJ (+) . dokter mendiagnosa Abortus Imminens, dan pasien dianjurkan untuk MRS

3.3.2 Petunjuk Pengerjaan Aplikasi Format Askep

Masukan data -data yang ada di kasus ke format pengkajian askep ibu hamil, data yang tidak tertera dianggap normal.

FORMAT ASKEP MATERNITAS ASUHAN KEPERAWATAN Pada Ny. Dengan

PENGKAJIAN

I. ANAMNESA

1. BIODATA

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Status :
Agama :
Alamat :
Nama suami :
Pekerjaan :
Alamat :
Diagnosa medis :

2. KELUHAN UTAMA

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Penyakit Saat Ini

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

4. RIWAYAT PERKAWINAN

- a. Status perkawinan:
- b. Umur pertama kali kawin :
- c. Berapa kali kawin :
- d. Berapa tahun perkawinan yang sekarang : 5 tahun

5. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS YANG LALU

a. Riwayat kehamilan yang lalu

NO	ANAK KE-	JENIS KELUHAN TM I, II, III	A, I, P, A, S, H/M
1.		TM I: TM II : TM III:	

|||

e. Riwayat Persalinan yang Baru (diisi pada kasus askep masa nifas)

no	Persalinan ke-	BB	Cara Lahir	Hidup mati	Penolo ng	Umur sekarang	kelain

f. Riwayat Nifas Yang Lalu

No.	Anak ke	Keluhan saat nifas	Pemberian ASI
1.			-
2.			-

6. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS SAAT INI

d. Riwayat kehamilan sekarang

Tgl	UK	Leopold	BJA	Tensi/ BB	Albumin	Oedem/ Reflex	TBJ	Lain2	Terapi

7. STATUS PRAESENS

Keadaan umum : keadaan umum ibu kesakitan, ibu tampak memegang perut

TB / BB : 160 cm/60kg

Status gizi : baik

Kelainan bentuk : tidak ada

TTV

Kepala :

Leher:

Thoraks

Pulmo:

Cor:

Mammae:

Hepar:

Lien:

Lain- lain:

Pemeriksaan leopold I :

Pemeriksaan leopold II:

Pemeriksaan leopold III:

Pemeriksaan leopold IV:

Genitourinary :

Ekstremitas :

Lengan :

Kaki

Toucher

Indikasi

Vulva/ vagina :

Pembukaan : ..

Efficement :

:

Ketuban

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

a. Konsep diri

- Gambaran diri:
- Ideal diri:
- Harga diri:
- Peran:
- Identitas diri:

b. Sosial

c. Spiritual

9. POLA AKTIVITAS SEHARI- HARI

Makan :
Di rumah :
Di RS :

Minum :
Di rumah :
Di RS :
Eliminasi :
Di rumah :
Di RS :

Istirahat / tidur :
Di rumah : klien mengatakan selalu tidur siang sekitar 1 ja
Di RS : klien tampak sedang rebahan di tempat tidur

Aktivitas :
Di rumah :
Di RS :

II. PEMERIKSAAN PENUNJANG

III

.....
.....

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :

:

NO. REGISTER : xxx

DIAGNOSIS: Inpartu Kala I

No	Tanggal	Data	Kemungkinan penyebab	masalah
3				

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN
UMUR
NO. REGUSTER

No.	TGL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TERATASI	T.T
-----	---------------	----------------------	----------	-----

--	--	--	--	--	--	--

INTERVENSI

NAMA PASIEN :
NO. REGISTER :
UMUR :
DX MEDIS :

	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN - KH	INTERVENSI	RASIONAL

CATATAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :

NO.	TGL.	NO.DX	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI	TTD

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
DX. MEDIS :

NO. DX. KEP	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN	TTD.