

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Abortus

2.1.1 Pengertian

Abortus merupakan kehamilan yang diakhiri dengan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu untuk hidup di luar kandungan. Terjadinya abortus menjadi sangat berbahaya bagi keselamatan dan kesehatan ibu hamil terutama jika abortus dilakukan tidak sesuai prosedur medis yang benar. Konsekuensi jumlah kematian ibu yang mengalami komplikasi akibat abortus yaitu perdarahan yang terjadi secara terus menerus serta infeksi pada jalan lahir (Sari, 2020).

Abortus atau keguguran merupakan hasil konsepsi yang keluar terjadi saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu serta berat janin kurang dari 500 gram. Abortus terdiri dari dua macam yaitu abortus spontan dan abortus provokatus. Abortus spontan merupakan abortus yang disebabkan oleh faktor - faktor alamiah, tidak didahului faktor mekanis ataupun medis, sedangkan abortus provokatus ialah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat (Sari & Prabowo, 2018).

Abortus imminens adalah perdarahan bercak yang menunjukkan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Pada situasi ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan. Abortus ini

terjad pada kehamilan kurang dari 20 minggu, tanpa adanya tanda dilatasi serviks yang meningkat (Padila, 2015).

Penyebab kejadian Abortus Imminens dikelompokkan menjadi 2, yaitu faktor yang berasal dari janin dan faktor yang berasal dari ibu. Abortus karena faktor yang berasal dari janin biasa disebabkan oleh kelainan kromosom. Faktor yang berasal dari ibu seperti usia, jumlah kehamilan, riwayat keguguran, infeksi pada organ kewanitaan, penyakit kronis, kelainan pada uterus, mioma, gaya hidup seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman beralkohol, Malnutrisi, avitaminosis dan gangguan metabolisme, hipotiroid, kekurangan vitamin A, C, atau E, dan diabetes mellitus (Rangkutietal., 2019). Abortus Imminens dapat mengakibatkan keguguran, perdarahan hebat, infeksi, syok dan gangguan psikologis. Akibat terparah dapat terjadi kematian bagi ibu.

2.1.2 Klasifikasi

Keguguran secara klinis atau yang disebut juga dengan abortus spontan dapat dikelompokkan menjadi keguguran iminens, keguguran insipiens, keguguran inkomplit, dan keguguran komplit. Selain itu, ada juga *missed abortion*, keguguran habitualis, keguguran infeksius, dan keguguran septik (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Tabel 2. 1 klasifikasi abortus

Ciri-Ciri	Abortus Imminens	Abortus Insipiens	Abortus Inkomplet	Abortus Komplet
Intensitas Perdarahan	Perdarahan pervaginam sedikit	Perdarahan sangat banyak, kadang bergumpal	Perdarahan sangat banyak atau tidak berhenti apabila hasil konsepsi belum keluar semua	Perdarahan sedikit
Kondisi Hasil Konsepsi	Kondisi hasil konsepsi masih baik dan berada di uterus	Hasil konsepsi memang masih berada dalam kavum uteri namun dalam proses pengeluaran	Terjadi pengeluaran sebagian hasil konsepsi dan masih ada sisa di dalam uterus	Semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan
Keadaan Ostium	Tidak ada pembukaan ostium uteri internum (OUI)	Terdapat pembukaan serviks	Terdapat pembukaan ostium uteri internum (OUI) dan teraba sisa	Ostium sudah menutup
Sakit yang Dirasakan	Adanya nyeri memilin	Adanya kontraksi yang semakin lama semakin kuat	Terdapat kemungkinan adanya syok apabila perdarahan sangat banyak	Adanya kontraksi pada uterus
Ukuran Uterus	Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan	Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan	Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan	Ukuran uterus mulai mengecil

Ciri-Ciri	Missed Abortus	Abortus Habitualis	Abortus Septik	Abortus Servikalis
Intensitas Perdarahan	Perdarahan sedikit	Perdarahan ringan hingga sedang	Perdarahan berat	Perdarahan ringan sampai sedang
Kondisi Hasil Konsepsi	Kondisi hasil konsepsi sudah meninggal	Terjadi pengeluaran hasil konsepsi secara utuh	Kondisi hasil konsepsi dalam keadaan tidak utuh, berbau, dan terkadang bernanah	Kondisi hasil konsepsi masih berada dalam uterus
Keadaan Ostium	Tidak ada pembukaan ostium uteri internum (OUI)	keadaan ostium uteri saat tidak dalam proses keguguran biasanya normal atau tertutup, namun bisa menjadi lemah atau inkompeten	Ostium terbuka atau tertutup tergantung pada tahap jenis abortus	Terdapat pembukaan serviks
Sakit yang Dirasakan	Nyeri terasa sedikit atau bahkan tidak ada	Nyeri terasa sedikit/bahkan tidak ada	Rasa nyeri sangat hebat	Tidak disertai nyeri hebat
Ukuran Uterus	Rahim tidak membesar sesuai usia kehamilan	Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan	Ukuran uterus lebih besar daripada usia kehamilan	Ukuran uterus sesuai masa kehamilan

Sumber : (Sari R. D., 2018)

2.1.3 Etiologi

Abortus spontan penyebabnya tidak selalu bisa ditentukan. Umumnya abortus spontan terjadi pada trimester 1 disebabkan oleh kelainan kromosom, penyakit kolagen vaskuler (seperti lupus), diabetes, masalah hormonal lain, infeksi, dan bawaan (ada sejak lahir) kelainan rahim.

Menurut American Psychological Association (APA) (2018), juga berpendapat bahwa tidak hanya faktor medis saja yang dapat mempengaruhi terjadinya abortus tetapi Stres berat dan gangguan mental juga dapat mempengaruhi terjadinya abortus pada ibu dan janin. Faktor psikologis yang terkait dengan stres berat dan gangguan mental, seperti depresi, bisa sangat memengaruhi kondisi fisik seseorang, termasuk dalam konteks abortus. Penelitian menunjukkan bahwa stres kronis dapat memengaruhi regulasi hormon, khususnya kortisol, yang dapat memicu reaksi tubuh yang merugikan bagi perkembangan janin. Ada 3 faktor psikologis yang sangat mempengaruhi mental sang ibu dalam kehamilannya yaitu,

- a. Stres Berat, Ketika seorang ibu menghadapi tekanan berat, tubuhnya mengeluarkan hormon stres (kortisol dan adrenalin), yang dapat memengaruhi aliran darah ke plasenta, sehingga berdampak pada perkembangan janin.
- b. Gangguan Mental, Depresi dan kecemasan yang tidak ditangani dapat meningkatkan risiko kebiasaan tidak sehat seperti pola

makan buruk, konsumsi alkohol, atau merokok, yang juga merupakan faktor risiko abortus

- c. Kurangnya Dukungan Emosional, Isolasi sosial dan kurangnya dukungan dari pasangan atau keluarga dapat memperparah kondisi mental ibu, sehingga memengaruhi kesehatan kehamilannya

Penyebab abortus spontan menurut Yulia Fauziah (2012) sebagai berikut:

- a. Kelainan kromosom

Kromosom adalah komponen mikroskopis dari setiap sel dalam tubuh yang membawa semua bahan genetik yang menentukan warna rambut, warna mata, tampilan secara keseluruhan dan tata rias. Kromosom menduplikatkan dirinya dan membagi berkali – kali selama proses perkembangan, kemungkinan masalah terjadi dalam proses ini. Kelainan genetik umumnya ada dipasangan yang mengalami abortus spontan berulang. Ciri – ciri genetik dapat diketahui dengan tes darah yang dilakukan sebelum hamil.

Sebagian abortus spontan yang terjadi di trimester pertama didapatkan janin mengandung kromosom abnormal. Angka kejadian abortus spontan menurun hingga 20% pada trimester kedua, dengan demikian kromosom abnormal lebih sering terjadi pada trimester pertama dibandingkan pada trimester kedua. Terjadinya kelainan kromosom lebih tinggi pada penuaan dan wanita usia lebih dari 35 tahun dibandingkan wanita usia muda.

b. Penyakit kolagen vaskular

Penyakit kolagen vaskular adalah penyakit dimana sistem kekebalan tubuh menyerang organ mereka sendiri (autoimun). Penyakit ini dapat berpotensi sangat serius, baik selama atau antara kehamilan. Pada penyakit ini seorang wanita membuat antibodi untuk jaringan tubuhnya sendiri. Penyakit kolagen vaskular yang berhubungan dengan peningkatan risiko terjadi pada ibu hamil seperti lupus eritomatosus sistemik (SLE) dan sindrom antibodi antifosfolipid. Kondisi penyakit ini dapat diketahui dengan cek darah adanya antibodi abnormal.

c. Faktor hormonal

Faktor hormonal berkaitan dengan peningkatan risiko abortus spontan, termasuk *Sindrom Cushing* dan penyakit tiroid. Fungsi yang tidak mencukupi dari korpus luteum di ovarium (yang memproduksi progesteron yang diperlukan untuk pemeliharaan masa kehamilan) dapat menyebabkan abortus spontan.

d. Infeksi

Ibu yang terinfeksi dengan sejumlah besar organisme yang berbeda dikaitkan dengan peningkatan risiko abortus spontan. Abortus ini disebabkan karena janin atau plasenta yang terinfeksi oleh organisme. Contohnya infeksi oleh *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, *Rubella*, *Herpes simplex* dan virus choriomeningitis limfositik.

e. Abnormal struktural anatomi

Anatomi abnormal uterus juga dapat menyebabkan abortus spontan. Pada beberapa wanita terdapat jembatan jaringan (septum rahim) yang berperan membagi sebagian dari dinding rongga rahim menjadi beberapa bagian. Septum biasanya memiliki asupan darah yang sangat sedikit dan tidak cocok untuk pertumbuhan plasenta. Oleh karena itu, embrio yang melekat pada septum akan meningkatkan risiko abortus spontan.

f. Faktor pencetus abortus

1. Prosedur pembedahan invasif di dalam rahim, seperti amniosentesis dan chorionic villus sampling, juga dapat meningkatkan risiko abortus spontan.
2. Merokok lebih dari 10 batang perhari dapat dikaitkan dengan peningkatan risiko abortus spontan dan beberapa studi menunjukkan bahwa risiko abortus spontan meningkat dengan ayah perokok. Faktor-faktor lain seperti alkohol, demam, penggunaan obat anti-inflammatory, menggunakan kafein juga dapat meningkatkan risiko abortus spontan.
3. Diabetes akan dapat dikelola dengan baik jika dikontrol selama kehamilan. Namun faktor risiko abortus dan kecacatan pada bayi yang tinggi akan memperburuk keadaan jika diabetes kurang dikontrol. Masalah lain juga akan terjadi yang berhubungan dengan diabetes dalam kehamilan.

2.1.4 Manifestasi klinis

Menurut Maryunani & Sari (2013) gejala dari abortus imminens ditandai dengan perdarahan bercak hingga sedang, serviks masih tertutup (karena pada saat pemeriksaan dalam belum ada pembukaan), uterus sesuai usia gestasi, kram perut bawah seperti nyeri memilin karena kontraksi tidak ada atau sedikit, tidak ditemukan kelainan pada serviks. Gejala lain yang menyertai seperti nyeri pada punggung, lemah, lesu dan perasaan cemas mengenai kehamilan.

Manifestasi Berdasarkan Jenis Abortus:

1. Abortus Imminens (ancaman abortus): Perdarahan ringan, Serviks tertutup, Nyeri perut bisa ada atau tidak, dan Kehamilan masih dapat dipertahankan.
2. Abortus Insipiens (abortus in progress): Perdarahan lebih berat, Nyeri perut hebat, Serviks mulai terbuka, dan Proses keguguran sedang berlangsung.
3. Abortus Inkomplit: Perdarahan hebat, Sisa jaringan masih tertinggal di dalam rahim, Serviks masih terbuka.
4. Abortus Komplit: Perdarahan mulai berkurang, Semua jaringan kehamilan telah keluar, Serviks mulai menutup.
5. Missed Abortion: Tidak ada gejala atau sedikit perdarahan, Janin telah meninggal tapi belum keluar, dan Rahim tidak membesar sesuai usia kehamilan.
6. Abortus Septik: Perdarahan disertai bau tidak sedap, Demam tinggi, nyeri hebat, Bisa menyebabkan sepsis, dan Kondisi gawat

darurat medis.

2.1.5 Patofisiologis

Pada tahap awal abortus, terjadi perdarahan pada lapisan desidua basalis, yang kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Proses ini menyebabkan jaringan hasil konsepsi terlepas dan dikenali sebagai benda asing oleh rahim. Sebagai respons, rahim akan berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut. Jika kehamilan berusia kurang dari 8 minggu, vili korialis belum menembus desidua secara mendalam, sehingga hasil konsepsi umumnya dapat dikeluarkan secara utuh. Namun, pada usia kehamilan antara 8 hingga 14 minggu, vili telah menembus lebih dalam ke jaringan desidua, sehingga pelepasan plasenta seringkali tidak sempurna dan menyebabkan perdarahan yang lebih banyak. Pada kehamilan di atas 14 minggu, janin biasanya keluar terlebih dahulu, diikuti oleh plasenta. Hasil konsepsi dapat berbentuk kantong amnion kosong, jaringan tanpa bentuk yang jelas seperti blighted ovum, janin mati dalam kandungan, janin yang masih hidup, mola kruenta, fetus kompresus, janin yang mengalami maserasi, atau fetus papiraseus. (Agustina Ningsih., 2024)

Abortus imminens terjadi pada usia kehamilan <20 minggu, perdarahan biasanya tidak banyak, baru mulai mengancam, dan masih ada harapan untuk mempertahankan kehamilan. Ostium uteri tertutup dan ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan (Tim Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, 2013).

Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan atas 4 cara :

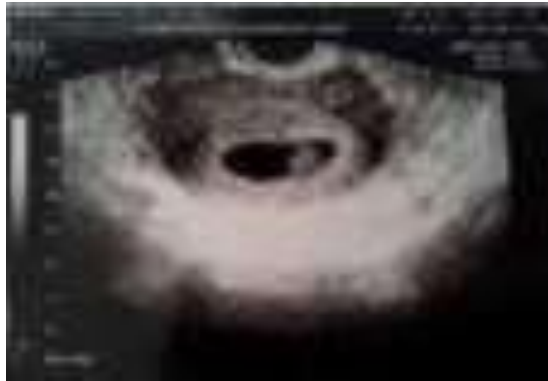
- a. Kantung korion keluar pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkan sisa desidua
- b. Kantung amnion dan isinya (janin) didorong ke luar, meninggalkan korion dan desidua
- c. Pecah amnion disertai putusnya tali pusat dan pendorongan janin keluar tetapi sisa amnion dan korion tetap tertinggal (hanya janin yang dikeluarkan)
- d. Seluruh janin dan desidua yang melekat didorong keluar secara utuh

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada ibu dengan abortus imminens sebagai berikut (Padila, 2015).

- a. Tes kehamilan positif jika janin masih hidup dan negatif bila janin sudah mati
- b. Pemeriksaan Dopler atau USG dapat menunjukkan bahwa hasil konsepsi :
 - 1) Masih utuh dan terdapat tanda kehidupan janin/embrio
 - 2) Meragukan

3) Tidak baik dan janin/embrio sudah mati atau tidak ada



Gambar 2. 1 hasil USG dari abortus imminens

Hasil Pemeriksaan Ultrasonografi Kehamilan Trimester Pertama dengan Abortus Imminens Sumber : (Nurbaiti et al., 2019)

c. Pemeriksaan fibrinogen dalam darah.

Pada kehamilan normal kadar fibrinogen meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan rata - rata sekitar 300 mg/dl atau meningkat 50 % dari rentang 200 - 400 mg/dl. Kemudian kadar fibrinogen secara progresif meningkat sampai masa akhir kehamilan menjadi rata - rata 450 mg/dl dari rentang 300 – 600 mg/dl dengan nilai kritis > 700 mg/dl (Cunningham, 2012)

Data laboratorium yang dapat dilakukan:

a. Tes urin

Dilakukan tes urin untuk melihat kadar hormon Hcg. menggunakan urin tanpa pengenceran dan pengenceran 1/10.

Bila hasil tes urin

masih positif keduanya maka dikatakan baik, bila pengenceran 1/10 hasilnya negatif, itu menunjukkan ketiadaan hormon.

b. Hemoglobin dan hematocrit

Nilai hemoglobin ibu hamil normalnya di angka 11,6-13,9 g/dL, jika kurang dari angka tersebut, ibu hamil dicurigai anemia. Sedangkan nilai normal hematocrit adalah 32 – 40%.

c. Menghitung trombosit

Trombosit normal pada ibu hamil yaitu 150.000–450.000 mikroliter.

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Aspiani, 2017) komplikasi dari abortus imminens sebagai berikut :

a. Perdarahan (*hemorrhage*)

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

b. Perforasi : sering terjadi sewaktu dilatasi dan kuratase yang dilakukan oleh tenaga yang tidak ahli seperti dukun

c. Infeksi dan tetanus

d. Gagal ginjal akut

e. Syok, pada abortus yang disebabkan oleh :

- 1) Perdarahan yang banyak disebut syok hemoragik. Syok hemoragic yang ringan gejala dan tanda tidak jelas, tetapi adanya syok yang ringan dapat diketahui dengan “*tilt test*” yaitu bila pasien didudukkan terjadi hipotensi dan/atau takikardia, sedangkan dalam keadaan berbaring tekanan darah dan frekuensi nadi masih normal (Prawirohardjo, 2016).
- 2) Infeksi berat atau sepsis disebut syok septik atau endoseptik. Syok ini dapat terjadi karena infeksi bakteri gram positif, virus, atau jamur. Kebanyakan syok septik karena bakteri gram negative seperti *Escherichia coli* dan *bacteroid* (Prawirohardjo, 2016).

2.1.8 Penatalaksanaan

Metode penatalaksanaan menurut (Gilang, 2023), yang dilakukan untuk penanganan abortus imminens yaitu :

1. Istirahat dan Dukungan Klinis
 - 1) Tirah baring total atau relatif selama minimal 48–72 jam untuk menurunkan aliran darah mekanik dan stimulasi kontraksi rahim
 - 2) Batasi aktivitas berat, hindari seks selama 1–2 minggu
2. Observasi perdarahan serta pemantauan tanda vital, kondisi umum, dan kondisi janin
3. Terapi Farmakologis
 - 1) Progesteron (oral/injeksi) dosis ~10 mg/hari untuk stabilisasi endometrium dan mengurangi kontraksi, berdasar studi cadangan

- 2) Sedativa (phenobarbital, luminal) atau spasmolitik seperti papaverin untuk meredakan nyeri/ketegangan otot uterus
 - 3) Tokolitik dan relaksan uterus: bukti terbatas, belum menjadi protokol standar
 - 4) Antibiotik hanya jika ada tanda infeksi
 - 5) Profilaksis anti-D imunoglobulin untuk ibu rhesus-negatif dengan perdarahan atau setelah 12 minggu kehamilan
4. Pemantauan & Evaluasi Lanjutan
- 1) Pemantauan melalui USG serial (setiap 2–4 minggu) untuk memastikan kondisi janin dan serviks
 - 2) Tes β -hCG dan progesteron mungkin digunakan untuk evaluasi prognosis: Menurun kurang dari 66% β -hCG dalam 48 jam → risiko abortus akan meningkat
5. Edukasi & Dukungan Psiko-emosional
- 1) Edukasi kesehatan terbukti menurunkan kecemasan ibu, penting dalam management
 - 2) Dukungan psiko-emosional dan spiritual berperan mendukung ketenangan dan fokus pada pemulihan
6. Tindak Lanjut Jika Gagal Pertahankan Kehamilan
- Jika terjadi perkembangan ke abortus incipiens/incompletus (pembukaan serviks terbuka atau janin tidak berkembang):
- 1) Lakukan curettage, digital removal, atau pemberian oksitosin
 - 2) Pada abortus febrilis (terjadi infeksi): tunda pengosongan rahim, beri antibiotik dan stabilisasi kondisi ibu

2.2 Manajemen Kebidanan

Menurut Helen Varney, manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan- penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Adapun 7 langkah manajemen asuhan kebidanan kehamilan adalah sebagai berikut.

a. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan atau pengkajian data pada ibu hamil trimester 1 dimulai sejak haid pertama hari terakhir hingga 13 minggu . Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber melalui observasi, wawancara atau anamnesa serta pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1.Data Subjektif

a)Identitas/ Biodata Klien

- 1) Nama klien dan suami, untuk mempermudah bidan dalam mengetahui klien dan dapat mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga meningkatkan rasa percaya pasien.
- 2) Umur, untuk mengetahui apakah usia menjadi salah satu penyebab terjadinya abortus imminens pada kehamilan
- 3) Agama, untuk mengetahui kepercayaan sebagai dasar dalam memberikan asuhan serta untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh terhadap kebiasaan kesehatan klien.

- 4) Pendidikan, untuk mengetahui jenjang pendidikan klien maupun suami sehingga bidan dapat mengetahui tingkat pengetahuan untuk memberikan konseling sesuai pengetahuan.
 - 5) Pekerjaan, untuk mengetahui pekerjaan ibu yang berkaitan dengan tingkat pengetahuan dan keadaan ekonomi klien.
- b) Nomor telepon dan alamat, untuk mempermudah bidan dalam memberikan asuhan, menghubungi klien dan suami jika sewaktu-waktu diperlukan dan mengetahui kondisi lingkungan tempat tinggal klien. Alasan datang dan keluhan utama, dikaji untuk mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menegakkan diagnosa pada tahap selanjutnya serta menentukan apakah keluhan pasien merupakan hal yang fisiologis atau patologis. (Handayani, 2022)
- c) Riwayat menstruasi yang meliputi menarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi dan ada tidaknya keluhan saat menstruasi, dikaji untuk mengetahui apakah menstruasi klien normal atau abnormal. Selain itu, Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) juga dikaji untuk mengetahui usia kehamilan saat klien berkunjung dan kesesuaiannya dengan pembesaran perut serta menentukan Taksiran Persalinan (TP) klien.
- d) Riwayat kehamilan sekarang, dikaji untuk mengetahui kondisi dan perkembangan ibu saat ini yang meliputi:
- 1) Pada trimester 1, dikaji awal mula terjadinya kehamilan, tempat dan frekuensi pemeriksaan kehamilan, keluhan yang dialami, obat yang dikonsumsi serta informasi yang pernah didapat. (Zakiyah dkk, 2020).

- e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, dikaji untuk mengetahui riwayat obstetrik serta mendeteksi secara dini faktor- faktor risiko pada klien yang meliputi:
- 1) Kehamilan, dikaji tempat dan frekuensi pemeriksaan kehamilan serta ada tidaknya masalah saat kehamilan.
 - 2) Persalinan dan bayi baru lahir, dikaji riwayat proses persalinan yang meliputi usia kehamilan saat lahir, jenis persalinan, penolong, tempat, waktu, komplikasi yang terjadi dan kelainan kongenital.
 - 3) Nifas, dikaji ada tidaknya masalah saat masa nifas, pemberian ASI eksklusif dan lama menyusui.
- f) Riwayat penggunaan kontrasepsi, dikaji untuk mengetahui riwayat penggunaan alat kontrasepsi klien dan kehamilan merupakan faktor dari gagal KB atau tidak.
- g) Riwayat kesehatan ibu, dikaji untuk mengetahui penyakit yang sedang diderita oleh klien dan riwayat penyakit sebelumnya. Selama hamil, ibu dan janin dipengaruhi oleh kondisi medis dan sebaliknya, kondisi medis dapat dipengaruhi oleh kehamilan. Dalam skrining Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), riwayat kesehatan yang dapat berpengaruh pada kehamilan, yaitu anemia, TBC, jantung, diabetes dan HIV/AIDS.
- h) Riwayat kesehatan keluarga, dikaji untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik serta riwayat kehamilan kembar.

- i) Riwayat perkawinan, dikaji untuk mengetahui status perkawinan dan untuk mendapatkan gambaran mengenai rumah tangga klien.
- j) Pola kebiasaan pemenuhan kebutuhan dasar, untuk mengetahui pola pemenuhan kebutuhan klien yang meliputi pola kebutuhan nutrisi dan cairan seperti kebutuhan asam folat karena membantu pembentukan sel-sel dan sistem organ pada janin seperti otak dan sumsum tulang belakang, pembentukan sel darah merah, serta untuk menjaga daya tahan tubuh.
- k) Pola kebiasaan sehari-hari, dikaji untuk mengetahui ada tidaknya kebiasaan yang dapat mempengaruhi terjadinya abortus imminens.
- l) Riwayat psikologi, sosial, ekonomi dan budaya termasuk Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), biasanya di rumah ibu hamil akan diberi stiker P4K yang berisi data tentang nama ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transport yang digunakan dan calon donor darah. dikaji untuk mengetahui respon klien dan keluarga terhadap kehamilan, ada tidaknya tradisi yang dijalankan klien selama kehamilan serta persiapan klien menghadapi persalinan dan kemungkinan adanya kegawatdaruratan.

2.Data Objektif

a) Pemeriksaan umum yang meliputi:

- 1) Keadaan umum, penilaian klien secara umum dan keseluruhan.
- 2) Kesadaran, untuk mengetahui gambaran tingkat kesadaran.

- 3) Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, untuk mendeteksi dini masalah yang terjadi.
 - 4) Berat badan sebelum hamil dan berat badan sekarang, untuk mengetahui kenaikan berat badan klien selama hamil serta mengetahui status gizi klien. Menurut (World Health Organization, 2016), Ibu dengan IMT $< 18,5$ (berat badan kurang) disarankan untuk mengalami kenaikan berat sekitar 12,5–18 kg, ibu dengan IMT 18,5–24,9 (berat badan normal) dianjurkan untuk mengalami kenaikan sekitar 11,5–16 kg selama kehamilan, Ibu dengan IMT 25–29,9 (kelebihan berat badan) disarankan untuk mengalami kenaikan antara 7–11,5 kg, Ibu dengan IMT > 30 (obesitas) direkomendasikan untuk mengalami kenaikan berat hanya sekitar 5–9 kg.
 - 5) Tinggi badan, untuk mengetahui kemungkinan adanya panggul sempit jika tinggi badan < 145 cm serta mengetahui status gizi.
 - 6) LILA, mengetahui risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK).
- b) Pemeriksaan fisik, untuk mengetahui ada tidaknya keabnormalan kondisi klien secara fisik yang meliputi:
- 1) Wajah, inspeksi tanda-tanda anemia (pucat atau tidak), ada tidaknya cloasma gravidarum dan palpasi palpebra untuk menilai adanya oedem atau tidak
 - 2) Mata, inspeksi konjungtiva pucat atau tidak untuk mengetahui kemungkinan anemia, sclera bening atau kuning untuk mengetahui kemungkinan ikterus atau adanya penyakit hati, kelopak mata oedem

atau tidak untuk mengetahui klien menderita hipalbumemia serta pandangan kabur atau tidak.

3) Mulut, inspeksi bibir pucat tanda anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda kekurangan vitamin C, ada tidaknya gusi yang berdarah serta caries gigi tanda kekurangan kalsium.

4) Leher, palpasi pembesaran vena jugularis yang dapat menambah tekanan pada jantung dan berpotensi gagal jantung saat persalinan, pembesaran kelenjar thyroid tanda kekurangan iodium serta pembesaran kelenjar limfe tanda kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit.

5) Dada, inspeksi kebersihan, kesimetrisan, ada tidaknya hiperpigmentasi pada areola tanda kehamilan, puting susu tenggelam atau menonjol dan palpasi ada tidaknya benjolan pada payudara nyeri tekan serta pengeluaran kolostrum.

6) Axilla, palpasi ada tidaknya pembesaran kelenjar limfe tanda kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyakit.

7) Abdomen, inspeksi ada tidaknya bekas luka operasi, striae gravidarum dan linea nigra serta arah pembesaran perut, palpasi dilakukan dengan pemeriksaan Leopold dan auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ) untuk memantau kesejahteraan janin dalam kandungan. Pemeriksaan Leopold meliputi:

a) Leopold I, untuk mengetahui bagian yang ada di fundus, menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU), usia kehamilan dan Taksiran Berat Janin (TBJ).

- 8) Genitalia, inspeksi ada tidaknya kelainan, oedema, hipervaskularisasi dan pengeluaran cairan yang abnormal.
 - 9) Ekstremitas, inspeksi dan palpasi untuk menilai adanya oedema varises serta perkusi untuk menilai reflek patella.
- c) Pemeriksaan penunjang, meliputi:
- 1) Pemeriksaan laboratorium, untuk mengetahui ada tidaknya kelainan atau masalah yang dapat mempengaruhi kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah dan urine. Pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar Hemoglobin (Hb), kadar gula darah, golongan darah, dan sifilis. Pemeriksaan urine untuk mengetahui proteinuria dan reduksi urine, PPIA, dan lain-lain. Pemeriksaan yang dilakukan pada tiap semester meliputi :
 - a. Trimester 1: Pemeriksaan darah lengkap, golongan darah, Rhesus, HIV, HBsAg, sifilis, dan gula darah. Urinalisis dasar untuk mendeteksi infeksi atau kondisi metabolik.
 - 2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG), untuk menunjang penilaian klinis yang tepat dan akurat terhadap kehamilan meliputi, lokasi kehamilan, jumlah janin yang dikandung, mendiagnosis kelainan kongenital serta penilaian kesejahteraan janin.
 - 3) Skrining faktor risiko dengan KSPR, untuk mengetahui kehamilan termasuk kelompok berisiko atau tidak sehingga dapat diberikan penanganan sesuai kelompok risiko dan mempersiapkan persalinan yang lebih baik.
- b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Setelah pengkajian data, selanjutnya adalah menegakkan diagnosa dan masalah. Diagnosa dan masalah yang ditetapkan harus dilengkapi dengan data yang menunjang diagnosa (Wariyaka, 2021).

1. G0P0000Ab000

G0 : Gravida, merujuk pada jumlah frekuensi kehamilan. P : Paritas, yaitu jumlah kelahiran janin.

- a) Digit pertama : Jumlah anak lahir aterm (> 36 minggu)
- b) Digit kedua : Jumlah anak lahir imatur (20-28 minggu)
- c) Digit ketiga : Jumlah anak lahir preterm (20-36 minggu)
- d) Digit keempat : Jumlah anak yang hidup saat ini

Ab : Abortus, jumlah kehamilan yang berakhir dengan abortus.

- a) Digit pertama : Jumlah keguguran
- b) Digit kedua : Jumlah hamil mola atau hamil anggur
- c) Digit ketiga : Jumlah kehamilan ektopik

2. Usia kehamilan (UK), dihitung berdasarkan HPHT.
3. Jumlah janin dalam kandungan (tunggal (T) atau gemeli (G))
4. Keadaan janin hidup (H) atau mati (M)
5. Intrauterin (IU) atau ekstrauterin (EU)
6. Presentasi atau letak janin
7. Keadaan ibu dan janin

8. Masalah yang dihadapi mulai dari masalah potensial dan masalah aktual lainnya seperti:
- a) Kenaikan berat badan yang tidak sesuai dengan ketentuan.
 - b) Ketidakmampuan ibu beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis akibat kehamilan (ketidaknyamanan saat hamil).
 - c) Status gizi ibu yang kurang baik.
 - d) Penyulit atau tanda bahaya yang muncul.
 - e) Interpretasi skrining menggunakan KSPR.
- c. Langkah III : Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial
- Langkah III merupakan langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah yang dilakukan adalah mengidentifikasi apakah berpotensi menjadi abortus insipiens, dan berisiko terjadi anemia ringan.
- d. Langkah IV: Identifikasi dan Penetapan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera
- Langkah ini dilakukan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan dengan melakukan konsultasi, kolaborasi serta melakukan rujukan. Seperti kolaborasi dengan dokter untuk USG, pemantauan tanda – tanda vital, dan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 1 (Sulfianti dkk, 2020).

e. Langkah V: Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Setelah kebutuhan pasien ditetapkan, maka diperlukan perencanaan menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif. Asuhan yang diberikan seperti bed rest, pemenuhan nutrisi, konseling emosional dan keterlibatan suami. (Handayani, 2022)

f. Langkah VI: Implementasi

Langkah ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah klien maupun diagnosa yang ditegaskan yang dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan melakukannya secara berkolaborasi, maka bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya dan bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh.

g. Langkah VII: Evaluasi

Langkah ini merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang telah dilakukan oleh bidan. Menilai efektifitas asuhan yang telah diberikan yaitu, perdarahan berkurang, nyeri hilang, ibu merasa tenang, hasil USG yang menunjukkan bahwa kondisi janin baik, dan kehamilan sesuai usia