

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "R" DENGAN  
RIWAYAT ABORTUS DI BPMYUNI WIDARYANTI, AMd.Keb  
DESA SUMBER MULYO KECAMATAN JOGOROTO  
KABUPATEN JOMBANG**

**Eliyah Kholifatur Rohmah\* Nining Mustika Ningrum\*\* Any Isro'aini\*\*\***

**ABSTRAK**

Kehamilan dengan Riwayat Abortus merupakan kehamilan yang memerlukan perhatian khusus karena Riwayat Abortus dapat meningkatkan bahaya dan komplikasi pada ibu dan janin, Seperti pada persalinan prematuritas dan berat badan bayi lahir rendah kematian ibu dan janin. Untuk itu perlu direncanakan suatu asuhan kebidanan secara komprehensif oleh bidan dalam menerapkan peran mandiri serta peran kolaborasi. Penatalaksanaan dalam mengatasi Riwayat Abortus dengan melakukan pelayanan ANC terpadu, konseling gizi, istirahat cukup dan *skrining antenatal* untuk deteksi dini secara pro-aktif, dengan mengenali masalah yang perlu diwaspadai serta menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan, persalinan, nifas dan pada *neonatus*. Selain itu juga meningkatkan akses rujukan dengan pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan faktor risiko melalui rujukan terencana bagi ibu dan janin dengan risiko tinggi. Hasil asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "R" selama kehamilan trimester III dengan Riwayat Abortus tidak ditemukan adanya komplikasi saat kehamilan, pada persalinan dengan persalinan spontan tanpa ada penyulit, pada masa nifas dengan nifas normal tanpa ada penyulit, pada BBL dengan BBLN, pada *neonatus* dengan *neonatus* fisiologis dan pada KB ibu menjadi akseptor baru KB Suntik 3 bulan. Kesimpulan dari asuhan kebidanan secara komprehensif ini didapat dengan melakukan asuhan kebidanan secara mandiri dan kolaborasi serta penanganan secara dini, tidak ditemukan adanya penyulit mulai kehamilan, persalinan, BBL, nifas, *neonatus* dan KB. Diharapkan para bidan di Puskesmas dan di Desa dapat memotivasi ibu hamil dalam pemeriksaan kesehatannya terutama pada ibu hamil dengan Riwayat Abortus dan mampu memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada setiap ibu dan bayi.

**Kata Kunci : Asuhan kebidanan, Komprehensif, Riwayat Abortus**

***MIDWIFERY COMPREHENSIVE CARE IN MRS. "R" THE HISTORY OF  
SPONTANEOUS ABORTION IN BPM YUNI WIDARYANTI, AMd.Keb  
SUMBERMULYO VILLAGE JOGOROTO SUB-DISTRICT  
JOMBANG DISTRICT***

**ABSTRACT**

*Pregnancy with history of Spontaneous abortion is a pregnancy that require attention specially because Spontaneous abortion history can increase the dangers and complications in the mother and the fetus, such as the delivery of prematurity and low birth weight and fetal maternal mortality. For it's necessary to devise a comprehensive midwifery care by midwives in applying independent role and the role of collaboration. Management in overcoming the history of Spontaneous abortion by ANC integrated, nutritional counseling, adequate rest and antenatal screening for early detection pro-active, by identifying problems that need to watch and find early signs of danger and risk factors in pregnancy, childbirth, postpartum and in neonates. In addition to improving access to referral to the utilization of*

*health-care facilities in accordance with the risk factors through referral planned for the mother and fetus at high risk. The results of midwifery care in a comprehensive manner in the Ny "R" during pregnancy trimester III with a history of spontaneous abortion, there are no complications during pregnancy, at delivery with spontaneous delivery without complication, in puerperal childbed normal without any complications, the BBL with BBLN, in neonates with neonatal physiological and the birth mother into a new KB acceptors Inject three (3) months. Conclusions from a comprehensive obstetric care is obtained by performing midwifery care independently and collaboration and early treatment, there were no complications start of pregnancy, childbirth, BBL, post partum, neonatal and KB. Hopefully, the midwife at the health center in the village and can motivate pregnant women in medical examination especially in pregnant women with a history of Spontaneous abortion and is able to provide comprehensive obstetric care at each mother and baby.*

**Keywords : Midwifery care, the Comprehensive, Spontaneous Abortion History**

## **PENDAHULUAN**

Berbagai masalah yang menyertai ibu hamil saat ini semakin sering dijumpai, hal ini terjadi seiring banyaknya kasus yang ditemukan di dunia kebidanan terkait dengan tanda bahaya yang menyertai ibu hamil. Salah satu kasus patologi yang menyertai ibu hamil dan mempengaruhi persalinan dan janin yaitu kehamilan dengan riwayat *abortus*. Menurut Pudji Rochyati (2003:12) Kehamilan dengan riwayat *abortus* merupakan kehamilan yang dapat meningkatkan bahaya dan komplikasi pada ibu dan janin, Seperti pada persalinan prematuritas dan berat badan bayi lahir rendah.

Persentase kemungkinan terjadinya *abortus* cukup tinggi, sekitar 15-40% angka kejadian di ketahui pada ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-70% angka *abortus* terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu Lestariningsih (2008:56). Di Indonesia di perkirakan ada 5 juta kehamilan per tahun, dengan demikian setiap tahun terdapat 500.000-750.000 dengan riwayat *abortus*. Di Provinsi Jawa Timur angka kematian ibu (AKI) sekitar 291 kematian hingga Agustus 2014, 26 % diantaranya di kematian karenakan perdarahan yang ada kaitannya dengan *abortus*. Sedangkan untuk AKI di Kabupaten Jombang pada tahun 2012 adalah 18 orang. Prioritas penyebab langsung kematian ibu diantaranya adalah *abortus* sebanyak (5%),

sedangkan perdarahan menempati presentasi tertinggi . Data di BPM Ny. Yuni Widaryanti, Amd.Keb Kabupaten Jombang pada tahun 2015 ditemukan dari 287 Ibu hamil ada 9 Ibu hamil yang mempunyai riwayat abortus.

Berdasarkan study kasus yang dilakukan pada tanggal 09 Januari 2016 di BPM Yuni Widaryanti, Amd.Keb di Desa Sumber mulyo Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang bahwa ada salah satu ibu hamil pada Ny "R" G<sub>2</sub>P<sub>00010</sub> yang pernah mengalami riwayat abortus pada kehamilan pertama di usia kehamilan 12 minggu, di karenakan faktor kelelahan yang mengakibatkan perdarahan, oleh karena itu dianjurkan pada ibu untuk segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan. Kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dianjurkan ibu untuk USG, keterangan dari Bidan Yuni Widaryati, Amd.Keb bahwa hasil USG menyatakan tidak ada sisa yang tertinggal. Dengan demikian kehamilan Ny "R" termasuk dalam kehamilan resiko tinggi.

Penyebab dari terjadinya *abortus* antara lain yaitu faktor genetik, faktor psikologis, faktor bapak/ibu, faktor janin dan faktor anatomi genital Sarwono (2011:134). Selain itu penyebab terjadinya *abortus* dapat juga di sebabkan oleh paritas, usia ibu, penyakit infeksi, penyakit kronis,

kelainan endokrin, malnutrisi, anemia, umur kehamilan, pemakaian obat, dan faktor lingkungan antara lain: alkohol, tembakau, kafein dan radiasi. Ai Yeyeh Rukiyah (2010:33). Akibat dari riwayat *abortus* antara lain dapat terjadi perdarahan yang hebat terhadap kehamilan, dan infeksi sampai terjadinya sepsis. Dampak terhadap persalinan dapat meningkatkan resiko lahir prematur, Pada masa nifas riwayat *abortus* dapat menyebabkan infeksi, sedangkan pada bayi sendiri dapat menyebabkan Berat Badan Lahir Rendah Cunningham (2013:23). Sedangkan menurut Poedji Rochjati (2003:24) dampak dari riwayat *abortus* dapat berakibat bayi lahir mati dalam kandungan. Sedangkan untuk penggunaan alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu dengan riwayat abortus adalah MAL, kontrasepsi Pil, suntik, kondom dan implant BKKBN (2011:33).

Penanganan yang dilakukan oleh bidan pada ibu hamil dengan riwayat abortus, pada masa kehamilan sampai persalinan yaitu sebagai berikut ibu hamil wajib mendapatkan pelayanan ANC terpadu, mendapatkan P4 K (program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi), Menghadapi kehamilan risiko harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif sampai dengan waktunya harus diambil sikap tegas dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan janinnya. Maka penanganan yang perlu diambil adalah ibu hamil untuk sementara waktu dianjurkan tidak melakukan aktifitas yang berlebihan atau melakukan hubungan seksual, tirah baring, makan-makanan bergizi dan seimbang. Solusinya jika terus berlangsung adanya pendarahan maka nilai kondisi janin (USG) dan lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain. Untuk tenaga kesehatan khususnya bidan memberikan komunikasi, informasi, edukasi (KIE) tentang bahaya kehamilan dengan riwayat abortus. Permasalahan tersebut membutuhkan perhatian yang lebih spesifik lagi dalam pemberian informasi kepada para ibu sehingga ibu hamil dapat melalui masa kehamilan

dengan baik dan bayi yang dilahirkan sehat dengan begitu AKI dan AKB dapat berkurang.

## **BAHAN DAN METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan mulai penyusunan proposal sampai Laporan Tugas Akhir yaitu dari bulan Januari 2016. Dilakukan di BPM Yuni Widaryanti Amd.Keb Penulisan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan langsung dan pemeriksaan data list pasien hasil asuhan dianalisa dengan membandingkan teori dengan kasus yang ditemukan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

## **HASIL PENELITIAN**

Data yang dikaji dalam studi kasus ini akan dijelaskan sebagai berikut:

Selama kehamilan trimester III, usia kehamilan 38-39 minggu dengan riwayat Abortus, dan tidak di temukan adanya masalah yang menyertai.

Proses persalinan di mulai dari pembukaan tiga sampai dengan lahirnya plasenta. Berlangsung selama 12 jam, secara normal dan tidak ada komplikasi yang menyertai pada ibu maupun bayi.

Proses masa nifas berjalan dengan normal, kondisi bayinya sehat dan tidak ada malah-masalah yang menyertai. Sedangkan untuk penggunaan Kb, ibu memilih menggunakan KB suntik 3 bulan.

## **PEMBAHASAN**

### **1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III**

a. Keluhan Selama Trimester III  
Kadang kencing-kencing. Berdasarkan data pada Ny "R" mengeluhkan perutnya kadang kencing pada saat kehamilan

trimester III. Hal ini di tandai dengan lama kontraksi yang pendek, tidak bertambah kuat, dan tidak ada pembukaan. Tersebut sesuai dengan pendapat Ari Sulistyawati (2010:44) bahwa Pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa mengganggu. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan menjalankan fungsinya secara efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan.

## **2. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin**

### **a. Kala I**

Berdasarkan fakta, persalinan kala I fase aktif Ny."R" berlangsung selama  $\pm$  4 jam pada jam (04.00 – 08.30 WIB).

Menurut penulis pada kala I dibagi menjadi 2 yaitu kala satu fase aktif dan kala I fase laten. Pada awal-awalnya fase laten pasien akan mengeluhkan sakit punggung dan sering BAK. Biasanya pasien mengeluhkan rasa sakit yang hebat ketika memasuki fase aktif dan sakitnya semakin bertambah hingga menjelang persalinan. Selain itu biasanya pasien juga mengeluarkan darah bercampur lendir yang semakin banyak hingga proses persalinan berlangsung.

Menurut Asri dan Clevo (2012:237) persalinan kala I berlangsung  $\pm$  18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8jam) dari pembukaan 0 sampai pembukaan kurang dari 4cm, dan fase aktif (6-7jam) dari pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase, yaitu fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm, fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat, dari pembukaan 4cm menjadi 9cm, dan fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi 10cm. Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat

dijumpai baik pada primigravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/ jam dan pembukaan pada multigravida 2cm/ jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida, ostium uteri internum sudah membuka sedikit, sehingga ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan.

Pada partograf Ny. "R" tidak melewati garis waspada, ibu diberikan makan dan minum, hal ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2010:334), pada ibu bersalin kekuatan dipengaruhi asupan nutrisi sebelum persalinan. Hal ini sesuai antara fakta dan teori, berdasarkan hal ini sesuai antara fakta dan teori, karena dari hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal, dan perubahan yang dialami ibu fisiologis.

### **b. Kala II**

Berdasarkan fakta, persalinan kala II Ny."R" berlangsung selama  $\pm$  40 menit (08.30-09.40 WIB), tidak ada penyulit selama proses persalinan.

Menurut penulis pada kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir yang berlangsung 40 menit, tergantung dari power, passage dan passanger. Berdasarkan hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori. Menurut Rustam (2012:78), Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

### c. Kala III

Berdasarkan fakta, persalinan kala III Ny. "R" berlangsung selama  $\pm 10$  menit (09.40 - 09.50 WIB), tidak ada penyulit, perineum intak.

Menurut penulis kala III dimulai dari bayi lahir sampai lahirnya plasenta, dengan batas waktu 30 menit bila dalam 15 menit pertama plasenta tidak lahir akan di suntik oksitosin kedua dan akan dilakukan plasenta manual bila dalam 30 menit plasenta tidak segera lahir. Berdasarkan hal diatas, tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

Sesuai dengan JNPK-KR (2012:56), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

### d. Kala IV

Berdasar kanfakta, persalinan kala IV Ny. "R" berlangsung selama  $\pm 2$  jam 35 menit (09.50 – 11.25 WIB), perdarahan  $\pm 150$  cc, dilakukan IMD. dan dilakukan observasi ketat selama 2 jam *post partum* yaitu observasi TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan pada ibu dan pada bayi dilakukan observasi TTV, APGAR SCORE, penyuntikan vitamin K, pemberian salep mata, imunisasi Hb O dan juga dilakukan pemeriksaan fisik BBL.

Menurut penulis kala IV dimulai dari lahirnya plasenta dan dilakukan observasi hingga 2 jam PP dan memastikan kondisi ibu dan bayi baik-baik saja. Berdasarkan hal diatas, tidak ditemui kesenjangan antara fakta dan teori. Menurut pendapat Asri dan Clevo (2012:235) kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah : tingkat kesadaran klien, pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi uterus, TFU, terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

### 3. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Berdasarkan fakta, pada 1 hari post partum Ny. "R" mengeluh mules. Hal ini fisiologis dialami pada ibu post partum.

Menurut penulis rasa mules tersebut merupakan tanda kontraksi uterus baik, karena rasa mules pada 1-2 hari post partum merupakan pengaruh proses involusi uteri dan termasuk fisiologis.

Menurut Sulistyawati (2011:98) involusi/pengerutan rahim merupakan suatu keadaan kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil, dengan involusi ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Berdasarkan hal tersebut, tidak ditemukan adanya penyimpangan antara fakta dan teori.

### 4. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Berdasarkan fakta, pada usia 2 jam bayi Ny. "R" sudah BAK, warna kuning jernih, dan BAB pada usia 1 hari, warna hitam.

Menurut penulis jika bayi BAB warna hitam berarti normal karena mekonium yang telah keluar dalam 24 jam pertama setelah lahir menandakan anus telah berfungsi. Dan jika BAK bayi warna kuning jernih berarti normal karena jika bayi tidak BAK dalam 24 jam pertama setelah lahir maka bidan harus mengkaji kondisi uretra. Berdasarkan data tersebut tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Menurut pendapat Sulistyawati (2011:54) proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 20-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/Kg BB/jam.

### 5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Berdasarkan fakta pada Tanggal 30 Maret 2016 Ny "R" telah menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Asuhan kebidanan pada Ny. "R" telah dilakukan selama kurang lebih dua bulan yang di mulai dari masa hamil dengan usia kehamilan 38-39 minggu.

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan pada Ny. " R " G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>1</sub> dengan Riwayat Abortus dan tidak melakukan pemeriksaan penunjang.
2. Asuhan Kebidanan Bersalin pada Ny. " R " G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>1</sub> partus spontan berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
3. Asuhan Kebidanan Nifas pada Ny. " R " P<sub>1</sub>A<sub>1</sub> Nifas berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
4. Asuhan Kebidanan BBL pada bayi Ny " R " berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
5. Asuhan Kebidanan Neonatus pada bayi Ny " R " berjalan normal dan tidak ada komplikasi atau penyulit.
6. Asuhan Kebidanan KB pada Ny. " R " P<sub>1</sub>A<sub>1</sub> ibu Akseptor baru KB suntik 3 bulan.

### Saran

#### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan pembimbing dapat mempertahankan kualitas bimbingannya. Dengan cara memberikan arahan dan pengertian yang mudah di mengerti dalam melaksanakan tugas yang diberikan dan tidak terjadi perbedaan pengertian yang akan diterima oleh mahasiswa sehingga mahasiswa dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan baik dan tepat waktu.

#### 2. Bagi Bidan

Diharapkan para bidan di Puskesmas dan di Desa dapat memotivasi ibu hamil dalam pemeriksaan kesehatannya terutama pada ibu hamil dengan Riwayat Abortus dan mampu memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada setiap ibu dan bayi.

#### 3. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya Laporan Tugas Akhir bisa sebagai bahan acuan peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ibu hamil dengan Riwayat Abortus.

## KEPUSTAKAAN

Asri dan Clervo, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Muha Medika

BKKBN, 2011. *Buku Acuan Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: YBPSP

Cunningham, 2013. *Obstetri William*. Jakarta: EGC.

Depkes RI, 2013. *Profil Kesehatan Indonesia*. [www.depkes.ri.ac.id](http://www.depkes.ri.ac.id) diakses tanggal 5 Januari 2016

Dinkes Jatim, 2011. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2011*. <http://dinkes.jatimprov.go.id> diakses tanggal 6 Januari 2016

Dinkes Jombang. 2012. *Portal Pemerintah Kabupaten Jombang*. [www.jombangkab.go.id](http://www.jombangkab.go.id) diakses tanggal 6 Januari 2016

JNPK-KR, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPKR

Lestari Ningsih, 2008. *Asuhan Kebidanan Terkini Kegawat daruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Medika

Mochtar Rustam, 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC

Rochjati, 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press

Rukiyah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Medika

Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta:  
YBPSP

Sarwono, 2011. *Ilmu kebidanan*. Jakarta:  
YBPSP

Sulistyawati Ari, 2011. *Asuhan Kebidanan  
PadaMasa Kehamilan*. Jakarta:  
Salemba Medika.

Sulistyawati Ari, 2009. *Buku Ajar Asuhan  
Kebidanan Pada Ibu Nifas*.  
Yogyakarta: AND