

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 31 TAHUN
G2P1A0 GRAVIDA 11-12 MINGGU DENGAN
ABORTUS INKOMPLIT DI RSUD dr. SLAMET
GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**HETI HERAWATI
KHGB22001**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
2025**

PERNYATAAN

1. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Amd.Keb), baik dari STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, April 2025

Yang membuat pernyataan

(HETI HERAWATI)

NIM : KHGB22001

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 31 TAHUN G2P1A0
GRAVIDA 11-12 MINGGU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**
NAMA : HETI HERAWATI
NIM : KHGB22001

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan Tim
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Mei 2025
Menyetujui,
Pembimbing



(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.K.M)

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 31 TAHUN G2P1A0
GRAVIDA 11-12 MINGGU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT
DI RSUD dr. SLAMET GARUT**
NAMA : HETI HERAWATI
NIM : KHGB22001

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Pembimbing dan
Penela'ah Program Studi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Juni 2025
Mengesahkan,

Pembimbing :

(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb.,M.K.M)

Penela'ah I

(Bdn.Dian Fitriyany, SST.,M.Keb)

Penela'ah II

(Rosita Alvia, SST.,M.K.M)

Mengesahkan,
Ketua Program Studi D3 Kebidanan

(Lina Humacroh, SST.,M.Kes)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang Maha Pengasih dan Penyayang karena atas rahmat dan karunia-Nya telah memberi kemudahan dan kekuatan kepada penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah limpahkan kepada teladan kita Nabi Muhammad SAW.

Laporan tugas akhir ini berjudul “**Asuhan Kebidanan Pada Ny. I Usia 31 Tahun G2P1A0 Gravida 11 – 12 Minggu Dengan *Abortus Inkomplit* Di RSUD dr. Slamet Garut**”. Adapun tujuan pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan akhir Diploma 3 Kebidanan.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S. E., M. Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Lina Humaeroh, SST., M. Kes Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut
5. Hj. Esa Risi Suazini, Amd.Keb., S. K.M., M. K.M, selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan.
6. Bdn. Dian Fitriani, SST., M.Keb, selaku penguji I yang telah menguji dan membimbing.
7. Rosita Alvia, SST., M.K.M selaku Penguji II yang telah menguji dan membimbing .
8. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada seluruh Bidan yang juga selalu memberikan dukungan serta membantu penulis dalam bentuk moral dan materi, serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
10. Kepada Ny. I yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala karunia dan anugrah-Nya sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik.
12. Kepada Kedua orang tua, Ayahanda Osin dan Ibunda Dede Sumiati terimakasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis beliau mampu mendidik penulis, memotivasi dan memberi dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

13. Ketiga Saudara tersayang Pujiyanti, S.Kep., Ners., Ratih Alipah, Intan Laelani terimakasih banyak atas segala motivasi support semangat dan dukungan kepada penulis dan juga selalu memberikan bantuan baik moral maupun materil dan selalu ada disaat suka dan duka.
14. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya Fathir Galih Pamungkas terimakasih telah berkontribusi banyak selama menyusun laporan tugas akhir ini ikut serta dan memberikan support serta dukungan moril maupun materil.
15. Kepada teman yang sudah saya anggap seperti saudara sendiri dan tempat keluh kesah sehari-hari Ketrin Trisna Oktavia A.Md.Kep,Nasywa Hasna Nafisah A.Md.Keb,Delis Julianti N A.Md.Keb terimakasih telah memberikan support dan dukungan selama menyusun laporan tugas akhir ini.
16. Kepada teman seperjuangan kelas 3A D3Kebidanan terimakasih telah memberikan semangat serta dukungan mau susah maupun senang telah kita lalui semoga kita sukses dengan jalannya masing-masing.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh karena ini penulis mengharapkan saran dan masukan untuk penyempurnaan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis, institusi dan pembaca.

Garut, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR SINGKATAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	xi
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.5 Metode Pengumpulan Data	5
1.5.1 Primer	5
1.5.2 Sekunder.....	5
1.6 Waktu dan Tempat.....	5
1.6.1 Waktu	5
1.6.2 Tempat.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Abortus Inkomplit	7

2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Klasifikasi Abortus	8
2.1.3 Patofisiologis Abortus.....	9
2.1.4 Etiologi.....	10
2.1.5 Tanda dan Gejala Abortus Inkomplit.....	18
2.1.6 Diagnosa Abortus.....	19
2.1.7 Komplikasi Abortus untuk kehamilan berikutnya	20
2.2 Kewenangan Bidan.....	25
2.3 Telaah Jurnal.....	26
2.3.1 Hubungan Jarak Kehamilan Ibu Dengan Abortus	26
2.4 Langkah Varney	29
2.5 Pendokumentasian	31
BAB III TINJAUAN KASUS.....	33
3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ny. I Usia 31 Tahun G2P1A0 Gravida 11-12 Minggu Dengan Blighted Ovum Di Ruang Ponek RSUD dr. Slamet Garut	33
A. Data Subjektif	33
B. Data Objektif.....	37
C. Analisa	39
D. Penatalaksanaan	39
3.2 Catatan Perkembangan 1	40
A. Data Subjektif	40
B. Data Objektif.....	41
C. Analisa	41
D. Penatalaksanaan	41

3.3	Catatan Perkembangan II.....	42
	A. Data Subjektif	42
	B. Data Objektif.....	42
	C. Analisa	43
	D. Penatalaksanaan	43
3.4	Catatan Perkembangan III	44
	A. Data Subjektif	44
	B. Data Objektif.....	44
	C. Analisa	44
	D. Penatalaksanaan	44
3.5	Catatan Perkembangan IV	45
	A. Data Subjektif	45
	B. Data Objektif.....	45
	C. Analisa	46
	D. Penatalaksanaan	46
BAB IV PEMBAHASAN.....		52
4.1	Data Subjektif	52
4.2	Data Objektif.....	53
4.4	Penatalaksanaan	54
4.5	Pendokumentasian	55
BAB V PENUTUP.....		57
5.1	Kesimpulan	57
5.2	Saran	58
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas Yang Lalu	34
Tabel 3.2 Matriks	48

DAFTAR SINGKATAN

AKI	Angka Kematian Ibu
AKB	Angka Kematian Bayi
ANC	Antenatal Care
BAB	Buang Air Besar
BAK	Buang Air Kecil
BB	Berat Badan
DINKES	Dinas Kesehatan
DM	Diabetes Melitus
HPHT	Hari Pertama Hari Terakhir
HB	Hemoglobin
IRT	Ibu Rumah Tangga
KEMENKES RI	Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
KB	Keluarga Berencana
MPDN	Maternal Perinatal Death Notification
PONEK	Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi
RS	Rumah Sakit
SPOG	Spesialis Obstetri Dan Ginekologi
SOAP	Subjektif,Objektif,Analisa,Penatalaksanaan
SD	Sekolah Dasar
TFU	Tinggi Fundus Uteri
TP	Tapsiran Persalinan
USG	Ultrasonografi
UK	Usia Kehamilan
VK	Verlos Kamer
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) abortus (keguguran) didefinisikan sebagai terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, yaitu sebelum usia kehamilan mencapai 22 minggu atau jika berat janin kurang dari 500 gram. Abortus Inkomplit yaitu keguguran di mana sebagian hasil konsepsi masih tertinggal di dalam rahim. Ini berarti hasil konsepsi belum keluar sepenuhnya dari rahim sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu, dan ada sisa jaringan hasil konsepsi yang masih ada di dalam cavum uteri (WHO, 2024).

Diperkirakan 4, 2 juta abortus dilakukan setiap tahun di ASEAN dengan perincian 1, 3 juta dilakukan di Vietnam dan Singapura , 750.000 - 1, 5 juta dilakukan di Indonesia. Sekitar 80.000 wanita meninggal tiap tahun akibat abortus, diperkirakan 10% dan 50% dari seluruh wanita yang mengalami aborsi yang tidak aman memerlukan pelayanan medis akibat komplikasi. Penyebab langsung kematian ibu ialah perdarahan. (WHO 2. , 2018). Menurut *World Health Organization* (WHO) mengungkapkan, kematian ibu yang disebabkan oleh abortus terdapat 15-50%. Diketahui bahwa 15- 40% wanita dengan tes kehamilan positif, dan terjadi abortus dengan jumlah 60- 75% sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu. Seluruhnya terdapat 20 juta kasus abortus di dunia setiap tahunnya dan sisanya 70.000 wanita meninggal setiap tahun yang di akibatkan

abortus.

Kematian ibu dan bayi tertinggi di Asia Tenggara, yaitu 4,2 juta per tahun, dan ini termasuk Indonesia, dimana abortus terjadi pada 10- 15% dari 6 juta kehamilan pertahun. Ada sekitar 0,75-1,5 juta abortus yang diinduksi dan 2.500 kematian per tahunnya. (Siregar & Saragih, 2021).

Menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2019 di Indonesia angka kejadian Abortus Inkomplit diperkirakan lebih dari 2, 3 juta kasus berkisar antara 10 - 15 %. Sedangkan di negara berkembang meningkat menjadi 220 kematian per 100. 000 aborsi yang tidak aman (WHO 2. , 2021) Kemudian, data dan informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020, diketahui bahwa jumlah kejadian abortus di Indonesia mencapai 1. 280 ibu hamil. (Kemenkes RI, 2020).

Pada tahun 2019 terdapat data kasus Abortus Inkomplit di tingkat Provinsi Jawa Barat dengan total 1. 450 kasus dengan jumlah kematian data akibat Abortus Inkomplit sebanyak 100 kasus. (Dinkes Jabar, 2019).

Data dari rekam medik kebidanan RSUD dr. Slamet Garut, didapatkan data bahwa jumlah kejadian abortus inkomplit 217 kasus terhitung dari bulan Januari - Desember 2024. (Laporan tahunan RSUD dr. Slamet Garut, 2024).

Upaya pencegahan perlu dilakukan salah satunya dengan mengidentifikasi faktor resiko abortus sejak dini. Diupayakan agar hasil kehamilan bisa berakhir baik sehingga dapat turun berperan dalam menurunkan AKI di Indonesia sesuai target pemerintah. (Kemenkes, 2020).

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang berperan penting untuk memberikan pelayanan yang berkesinambungan berfokus pada aspek pecegahan

melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan pertama dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan serta melakukan deteksi dini pada kasus - kasus rujukan (Kemenkes 2. , 2019).

Asuhan kebidanan yang diberikan secara baik dan benar mampu mengurangi komplikasi yang berat pada ibu hamil dengan abortus inkomplit. Komplikasi yang bisa terjadi jika tidak dilakukan penanganan yang tepat adalah terjadinya perdarahan, perforasi, infeksi, dan syok.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk membuat Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. I USIA 31 TAHUN G2P1A0 GRAVIDA 11-12 MINGGU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka menjadi rumusan masalah “bagaimana asuhan kebidanan pada kasus abortus inkomplit pada Ny. I di RSUD dr. Slamet Garut”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny. I usia 31 Tahun G2P1A0 Gravida 11 - 12 Minggu dengan blighted ovum di RSUD dr. Slamet Garut dengan manajemen varney dan metode pendokumentasian SOAP .

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian data subjektif pada Ny. I usia 31 tahun dengan

abortus inkomplit memakai metode varney dan SOAP di RSUD dr. Slamet Garut dengan metode pendokumentasian.

- 2) Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. I usia 31 tahun dengan abortus inkomplit di RSUD dr. Slamet Garut .
- 3) Menegakan analisa masalah pada Ny. I usia 31 tahun dengan abortus inkomplit di RSUD dr. Slamet Garut.
- 4) Melakukan penatalaksanaan rencana asuhan kebidanan pada Ny. I usia 31 tahun dengan abortus inkomplit di RSUD dr. Slamet Garut.
- 5) Melakukan Pendokumentasian hasil asuhan dalam bentuk catatan SOAP pada Ny. I usia 31 tahun dengan abortus inkomplit di RSUD dr. Slamet Garut .

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memperjelas teori tentang abortus inkomplit. Manfaat Penelitian :

- 1) Bagi institusi Pendidikan

Sebagai bahan kajian dan informasi pendidikan serta menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada abortus inkomplit.

- 2) Bagi Lahan Praktik

Dapat memberi masukan bagi instalasi kesehatan terutama bagi bidan dalam meningkatkan keterampilan dan kualitas pelayanan asuhan kebidanan khususnya pada kasus abortus inkomplit.

3) Bagi Penulis

Sebagai Penerapan dari ilmu yang diperoleh selama proses menambah pengetahuan dan keterampilan serta kemampuan sebagai bentuk pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada abortus inkomplit.

4) Bagi Klien

Diharapkan menjadi pengetahuan bagi pasien tentang tanda-tanda penanganan dan komplikasi abortus inkomplit.

1.5 Metode Pengumpulan Data

Laporan Tugas Akhir ini didapatkan berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan tertuju kepada pemecahan masalah dengan pengumpulan data primer dan sekunder dimulai dari mencari informasi dari buku-buku yang terkait dengan penanganan kasus kebidanan.

1.5.1 Primer

Wawancara kepada *klien* untuk mendapatkan data subjektif dan melakukan observasi secara langsung kepada klien untuk memperoleh data objektif.

1.5.2 Sekunder

Secara tidak langsung penulis menggunakan literatur yang terkait dengan kasus disertai dengan catatan rekam medik dan data penunjang yang ada di dalam status klien .

1.6 Waktu dan Tempat

1.6.1 Waktu

Dilaksanakan pada tanggal 12 Maret 2025 sampai tanggal 14 Maret 2025.

1.6.2 Tempat

Dilaksanakan di ruang PONEK, VK, Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Abortus Inkomplit

2.1.1 Definisi

Abortus adalah kehamilan yang berhenti prosesnya pada umur kehamilan di bawah 20 minggu, atau berat fetus yang lahir 500 gr atau kurang. Aborsi berarti terhentinya kehamilan yang terjadi di antara saat tertanamnya sel telur yang sudah (blastosit) di rahim sampai kehamilan 28 minggu. (Irwanto, 2024) Abortus adalah proses pengakhiran kehamilan dimana janin tidak dapat bertahan hidup di luar kandungan pada saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (Achmad Ali Fikri, 2022)

Abortus Inkomplit adalah peristiwa pengeluaran hasil konsepsi di dalam kandungan terjadi sebelum minggu ke 20 kehamilan atau ketika berat kehamilan kurang dari 500 gram (Adnin, 2022) Abortus Inkomplit adalah ketika beberapa kehamilan keluar dari kavum uteri dan usia sebelum 20 minggu kehamilan ketika berat kehamilan kurang dari 500 gram. Setelah pemeriksaan vagina, beberapa jaringan konsepsi tetap berada di dalam rahim dan saluran serviks masih terbuka, yang masih menyentuh jaringan rahim atau mengalir keluar melalui bukaan luar rahim. (Terara, 2022)

2.1.2 Klasifikasi Abortus

Menurut Ekotama (2021), abortus dibagi atas dua golongan yaitu :

a. Abortus Spontan

Abortus spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanisme ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor ilmiah. Abortus ini terbagi menjadi :

- 1) Abortus Kompletus (keguguran lengkap) adalah seluruh hasil konsepsi dikeluarkan, sehingga rongga rahim kosong.
- 2) Abortus Inkompletus (keguguran bersisa) adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua dan plasenta.
- 3) Abortus Insiptiens (keguguran sedang berlangsung) adalah abortus yang sedang berlangsung, dengan ostium sudah terbuka dan ketuban yang teraba.
- 4) Abortus Iminens (keguguran membakat) adalah keguguran membakat dan akan terjadi.
- 5) Missed Abortion adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih.
- 6) Abortus Habitualis adalah keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
- 7) Abortus Septik adalah keguguran disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya kedalam peredaran darah atau peritoneum.

b. Abortus provokatus

Abortus provokatus adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus ini terbagi menjadi :

- 1) Abortus medisinalis Abortus medisinalis adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.
- 2) Abortus Kriminalis Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi.

2.1.3 Patofisiologis Abortus

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah ialah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam

bentuk miniatur. Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya kantong amnion kosong atau tampak didalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (blighted ovum), mungkin pula janin telah mati lama (mised abortion). (Prawirohardjo, 2020)

Abortus yang tersisa dan tertinggal pada uterus bisa menghambat kontraksi pada uterus yang memicu keluarnya darah secara berlebih. Terlepasnya konseptus adalah bentuk barang asing dibagian dalam uterus serta mampu memberi rangsangan dari uterus agar bisa berkontraksi. Karenanya, gejala paling umum dari keguguran ialah sakit dibagian perut akibat rahim yang berkontraksi, munculnya darah dengan penyerta berupa keluarnya hasil dari konsepsi baik secara keseluruhan atau hanya sebagian. (Siregar & Saragih, 2021)

2.1.4 Etiologi

Etiologi abortus inkomplit telah banyak diselidiki tetapi sebagian besar penyebabnya tidak diketahui. Berdasarkan beberapa literatur, faktor risiko dari abortus inkomplit adalah dibagi menjadi 3 faktor yaitu:

1. Faktor ibu

Faktor ibu meliputi karakteristik ibu, status obstetri, status kesehatan, dan status gizi ibu yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Karakteristik

Karakteristik adalah ciri-ciri dari individu yang terdiri dari demografi seperti jenis kelamin, umur, serta status sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, status ekonomi, dan sebagainya.

Beberapa peneliti, telah meneliti faktor risiko abortus yang berkaitan dengan karakteristik meliputi:

1) Umur

Penyebab kematian maternal dari faktor reproduksi diantaranya adalah usia ibu. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 tahun sampai dengan 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata dua sampai lima kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun. (Prawirohardjo, 2020)

2) Pendidikan

Pendidikan merupakan hasil atau prestasi yang dicapai oleh perkembangan manusia dan usaha lembaga-lembaga tersebut dalam mencapai tujuan untuk tingkat kemajuan masyarakat dan kebudayaan sebagai suatu kesatuan (Notoatmodjo, 2017)

Pendidikan sangat dibutuhkan manusia untuk pengembangan diri dan meningkatkan kematangan intelektual seseorang.

Kematangan intelektual akan berpengaruh pada wawasan dan cara berfikir baik dalam tindakan dan pengambilan keputusan maupun dalam membuat kebijaksanaan dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Pendidikan yang rendah membuat seseorang acuh tak acuh terhadap program kesehatan sehingga mereka tidak

mengenal bahaya yang mungkin terjadi, meskipun sarana kesehatan telah tersedia namun belum tentu mereka mau menggunakannya.

3) Pekerjaan

Pekerjaan adalah bekerja atau tidaknya seorang ibu diluar rumah untuk memperoleh penghasilan yang dapat membantu perekonomian keluarga. Pekerjaan merupakan salah satu faktor kemungkinan terjadinya abortus karena adanya peningkatan beban kerja. Beban kerja meliputi beban kerja fisik maupun mental. Akibat beban kerja yang terlalu berat atau kemampuan fisik yang terlalu lemah dapat menyebabkan seseorang pekerja menderita gangguan kesehatan seperti anemia, keguguran pada wanita hamil atau penyakit akibat kerja. Ketika ibu hamil memiliki beban kerja yang berat ditempat kerja dapat menyebabkan stress, peningkatan denyut jantung, pengeluaran hormone adrenalin yang terlalu berlebihan sehingga mengganggu pertumbuhan janin (Insan, 2019)

b. Status Obstetri

Status obstetri meliputi gravida, umur kehamilan, jarak kehamilan, dan riwayat abortus sebelumnya.

1) Gravida

Gravida adalah jumlah total kehamilan ibu, termasuk kehamilan intrauterine normal, abnormal, abortus, kehamilan ektopik, dan

mola hidatidosa. Jenis gravida pada ibu antara lain (Prawirohardjo, 2020)

- a) Primigravida: wanita yang hamil untuk pertama kalinya.
- b) Multigravida: wanita yang sudah pernah hamil lebih dari satu kali.
- c) Grandemultigravida: wanita yang sudah pernah hamil lima kali atau lebih.

2) Umur Kehamilan

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup luar kandungan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu yang dapat terjadi pada trimester I dan trimester II. Trimester I resmi dihitung dari hari pertama haid terakhir sampai akhir minggu ke-13, dan trimester kedua sudah mulai sejak minggu ke-14 sampai minggu ke-27. (Prawirohardjo, 2020)

3) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan adalah waktu sejak kelahiran sebelumnya sampai terjadinya kehamilan berikutnya. Jarak kehamilan yang terlalu pendek <2 tahun dapat menyebabkan ketidaksuburan endometrium karena uterus belum siap untuk terjadinya implantasi dan pertumbuhan janin kurang baik sehingga dapat terjadi abortus. (Tuzzahro, 2021)

4) Riwayat abortus sebelumnya

Salah satu penyebab abortus berulang adalah inkompetensia

serviks yaitu suatu keadaan dimana serviks uterus tidak dapat menerima beban untuk tetap bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka tanpa disertai mules atau kontraksi rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran janin. Selain kelainan anatomis uterus, abortus berulang juga dapat disebabkan oleh faktor genetik, autoimun, defek fase luteal, infeksi, hematologik, dan lingkungan (Prawirohardjo, 2020)

c. Status Kesehatan

Status kesehatan yang dimaksud adalah riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita oleh ibu. Menurut Prawirohardjo (2020), penyakit yang merupakan faktor predisposisi terjadinya abortus yaitu:

1) Penyakit kronis

Penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, SLE/ Lupus, dan anemia. Diabetes yang tidak terkontrol meningkatkan risiko terjadinya abortus pada trimester awal, hal ini berkaitan dengan adanya gangguan sistem endokrin berkaitan dengan tingginya kadar glukosa dalam darah. Hiperglikemia bersifat teratogenik menyebabkan fetus terpapar terhadap berbagai mekanisme yang dapat mengganggu organogenesis.

Penyakit hipertensi yang menahun mengakibatkan gangguan pada pembentukan pembuluh darah pada plasenta.

SLE merupakan penyakit autoimun yaitu ditemukannya antibodi spesifik aPA yang berikatan dengan sisi negatif dari fosfolipid, antibodi tersebut dikaitkan dengan terjadinya kematian janin (Prawirohardjo, 2020) Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah (eritrosit) menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar dibawah 10,5 gram% pada trimester 2. (Kemenkes RI, 2020)

2) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi meliputi influenza, pielitis, malaria, sifilis, listeria monositogenesis, mikoplasma, toxoplasma gondi, bakterial vaginosis, rubela, varicela zooster, dan herpes simplex virus. Infeksi tersebut dapat mengakibatkan metabolik toksik sehingga terjadi cacat berat pada janin dan kematian janin. Infeksi tersebut juga dapat mempengaruhi terjadinya insufisiensi pada plasenta dan infeksi pada endometrium sehingga dapat mengganggu implantasi. (Prawirohardjo, 2020)

3) Gangguan pada rahim

Gangguan pada rahim meliputi mioma, kelainan bentuk rahim, dan inkompentensia serviks. Inkompentensia serviks yaitu suatu keadaan dimana serviks uterus tidak dapat menerima

beban untuk tetap bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka tanpa disertai mules atau kontraksi rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran janin. (Prawirohardjo, 2020)

d. Status gizi

Status gizi kurang pada ibu hamil atau kekurangan energi kronis merupakan suatu keadaan akibat kekurangan energi atau ketidakseimbangan asupan energi dalam waktu lama, sehingga tidak dapat di evaluasi dalam waktu singkat (Supriasa, 2012)

e. Pola hidup ibu

Pola hidup yang buruk pada ibu hamil dapat memicu terjadinya keguguran diantaranya adalah merokok, mengkonsumsi minuman beralkohol, dan menyalahgunakan NAPZA. Pola hidup yang buruk menyebabkan malformasi pada janin karena adanya zat-zat toksin atau zat-zat beracun. Rokok mengandung nikotin, mempunyai efek vasoaktif yang dapat menghambat sirkulasi uteroplasenta sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berisiko terjadinya abortus (Prawirohardjo, 2020)

2. Faktor Janin

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat. Kelainan tersebut dapat diakibatkan oleh kelainan kromosom atau genetik yang terjadi pada janin. Sebagian besar abortus spontan disebabkan

oleh kelainan kariotip embrio, paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenetik. Selain itu, abortus juga bisa diakibatkan oleh kelainan pada plasenta yaitu endartiritis dapat terjadi pada villi koriales dan menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. (Prawirohardjo, 2020)

3. Faktor Lingkungan

Diperkirakan 1-10 % malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus, misalnya paparan terhadap buangan gas anastesi atau tembakau. Sigaret rokok diketahui mengandung ratusan unsur toksik, antara lain nikotin yang telah diketahui mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplasenta. Karbon monoksida juga menurunkan pasokan oksigen ibu dan janin serta memacu neurotoksin. Dengan adanya gangguan pada sistem sirkulasi fetoplasenta dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin yang berakibat terjadinya abortus. (Prawirohardjo, 2020)

2.1.5 Tanda dan Gejala Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit ditandai dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi dari uterus, sehingga sisanya memberikan gejala klinis sebagai berikut :

- 1) Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu .
- 2) Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.
- 3) Perdarahan pervaginaan, disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi.
- 4) Rasa mulas atau kram perut di daerah atas symphysis , sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus.
- 5) Pemeriksaan ginekologi
 - a. Inspeksi vulva :perdarahan pervaginam, ada jaringan hasil konsepsi, tercium bau busuk dari vulva.
 - b. Inspekulo : perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada jaringan keluar dari ostium, ada cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.
- 6) Pemeriksaan dalam : porsio masih terbuka, teraba jaringan dalam kavum uteri, besar uterus sesuai dari usia kehamilan, tidak nyeri porsio digoyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, kavum douglas tidak menonjol dan tidak nyeri. (Ratna Dewi Puspita & Arif Yudho Prabowo, 2018)

2.1.6 Diagnosa Abortus

Menurut (Rahman, 2022) Sebagai seorang bidan pada kasus perdarahan awal kehamilan yang harus dilakukan adalah memastikan arah kemungkinan ke abnormalan yang terjadi berdasarkan hasil tanda dan gejala yang ditemukan, yaitu melalui:

1) Anamnesa

- a. Usia kehamilan ibu (kurang dari 20 minggu).
- b. Adanya kram perut atau mules daerah atas symphysis, nyeri pinggang akibat kontraksi uterus.
- c. Perdarahan pervaginam mungkin disertai dengan keluarnya jaringan hasil konsepsi.

2) Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik di dapat :

- a. Biasanya keadaan umum (KU) tampak lemah.
- b. Tekanan darah normal atau menurun.
- c. Denyut nadi normal, cepat atau kecil dan lambat.
- d. Suhu badan normal atau meningkat.
- e. Pembesaran uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan.

3) Pemeriksaan ginekologi

Hasil pemeriksaan ginekologi didapat, inspeksi vulva untuk menilai perdarahan pervaginam dengan atau tanpa jaringan hasil konsepsi.

- a. Pemeriksaan pembukaan serviks.
- b. Inspekulo menilai ada atau tidaknya perdarahan cavum uteri, ostium

- uteri terbuka atau tertutup, ada atau tidaknya jaringan di ostium.
- c. *Vagina Toucher* (VT) menilai portio masih terbuka atau tertutup teraba atau tidak jaringan di cavum uteri, tidak nyeri adneksa, kavum doglas tidak nyeri.
- d. Pemeriksaan penunjang dengan ultrasonografi (USG) oleh dokter (Irianti, 2014) Penanganan pada abortus inkomplit adalah terapi abortus dengan curetase, perawatan pasca tindakan, dan pemantauan pasca tindakan. Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konsepsi pasca abortus (Li Min & Singh, 2014)

2.1.7 Penatalaksanaan Abortus Inkomplit

Menurut Prawirohardjo (2018), penatalaksanaan Abortus Inkomplit yaitu :

1) Kehamilan kurang dari 16 minggu

Jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan usia kehamilan kurang dari 16 minggu. Gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks.

Jika perdarahan berat dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu. Lakukan evakuasi isi uterus. Aspirasi vacum manual (AVM) adalah metode evakuasi yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia. Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2mg IM (dapat di ulang 15 menit kemudian bila perlu).

Lakukan evaluasi tanda vital pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang perawatan.

2) Kehamilan lebih dari 16 minggu.

Berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan intravena (garam fisiologik atau ringer laktat) dengan kecepatan 40 tetes per menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi. Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg per vaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg). Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan.

Lakukan evaluasi tanda vital pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang perawatan.

3) Dilatasi dan Kuretase

Tatalaksana dilatasi dan kuretase dilakukan:

- a) Kaji ulang indikasi
- b) Lakukan konseling dan persetujuan tindakan medis
- c) Persiapan alat, pasien, dan pencegahan infeksi sebelum tindakan
- d) Berikan dukungan emosional. Beri petidin 1-2 mg secara IM atau IV sebelum prosedur
- e) Suntikkan 10 IU oksitosin IM atau 0,2 mg ergometrin sebelum tindakan agar uterus berkontraksi dan mengurangi resiko perforasi.
- f) Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menentukan bukaan serviks, besar, arah dan konsistensi uterus.
- g) Lakukan tindakan aseptik/antiseptik pada vagina dan serviks
- h) Periksa apakah ada robekan serviks atau hasil konsepsi di kanalis servikalis, jika ada keluarkan dengan cunam ovum.
- i) Jepit serviks dengan tenakulum pada pukul 11.00 dan 13.00. Dapat pula

menggunakan cunam ovum untuk menjepit serviks

- j) Jika menggunakan tenakulum, suntikkan lignokain 0,5% 1 ml pada bibir depan atau belakang serviks.
- k) Lakukan pemeriksaan kedalaman dan lengkung uterus dengan penera kavum uteri.
- l) Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis hingga bersih (terasa seperti mengenai bagian bersabut)
- m) Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menilai besar dan konsistensi uterus.
- n) Hasil evakuasi diperiksa dulu dan apabila perlu dikirim ke Laboratorium Patologi Anatomi.

c. Perawatan Pasca tindakan :

- a) Beri paracetamol 500 mg per oral jika perlu
- b) Segera mobilisasi dan realimentasi
- c) Beri antibiotika profilaksis, termasuk tetanus profilaksis jika tersedia
- d) Boleh pulang 1-2 jam pascatindakan jika tidak terdapat tanda-tanda komplikasi
- e) Anjurkan pasien segera lapor bila terjadi gejala-gejala seperti :
 - (1) Nyeri perut (lebih dari beberapa hari)
 - (2) Perdarahan berlanjut (lebih dari 2 minggu)
 - (3) Perdarahan lebih dari haid
 - (4) Demam
 - (5) Menggigil

(6) Pingsan

d. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Penatalaksanaan observasi dilakukan untuk melihat perkembangan asuhan yang telah dilakukan.

2.1.8 Komplikasi Abortus untuk kehamilan berikutnya

Menurut Prawirohardjo (2020), komplikasi abortus inkomplit pada kehamilan berikutnya dapat meliputi:

1. Perubahan pada lapisan uterus (endometrium), yang dapat meningkatkan risiko keguguran pada kehamilan berikutnya.

2. Persalinan Prematur:

Keguguran, termasuk abortus inkomplit, dapat menyebabkan peradangan pada serviks, yang dapat memicu persalinan prematur.

3. Masalah Plasenta:

Abortus inkomplit dapat meninggalkan jaringan sisa di dalam uterus yang dapat mengganggu pertumbuhan plasenta pada kehamilan berikutnya, sehingga meningkatkan risiko plasenta previa atau plasenta akreta.

4. Masalah Kesehatan:

Abortus inkomplit dapat menyebabkan perdarahan yang signifikan, yang dapat mengakibatkan anemia pada ibu. Selain itu, infeksi pasca abortus

juga dapat meningkatkan risiko infeksi pada kehamilan berikutnya.

2.2 Kewenangan Bidan

Sikap profesional bidan tidak terlepas dari harapan masyarakat tentang profil seorang bidan. Survei tentang kinerja bidan melalui pendekatan kualitatif menunjukkan bahwa masyarakat mengharapkan bidan yang ramah, terampil, dan tanggap di bidangnya. Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan abortus inkomplit.

Menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020. Bab IV Pasal V mengenai standar profesi bidan bahwa wewenang bidan dalam penatalaksanaan ibu hamil Abortus.

- 1) Deteksi dini komplikasi dan penyulit pada masa kehamilan.
- 2) Tatalaksana awal kegawatdaruratan masa hamil dan rujukan.
- 3) Asuhan kebidanan kolaborasi kasus - kasus patologi dan komplikasi maternal neonatal serta rujukan.
- 4) Penanganan awal kegawatdaruratan masa hamil dan rujukan.

Masa pasca Keguguran :

- 1) Perubahan fisik dan psikososial pada masa pasca keguguran.
- 2) Deteksi Komplikasi dan penyulit pasca keguguran.
- 3) Asuhan pasca keguguran.
- 4) Tatalaksana awal kegawatdaruratan stabilisasi dan rujukan pada pasca keguguran.

2.3 Telaah Jurnal Penelitian

2.3.1 Hubungan Jarak Kehamilan Ibu Dengan Abortus

Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widhihastuti dan Putri (2020) yang menyatakan terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian abortus, serta terdapat risiko tinggi untuk terjadinya abortus pada pasien jarak kehamilan tidak ideal dibandingkan jarak kehamilan ideal.

Ibu dengan jarak kehamilan terlalu dekat (<2 tahun) dari persalinan terakhir lebih besar risikonya mengalami abortus. Kejadian abortus ini dapat disebabkan dari segi kondisi fisik dan kondisi psikis. Jika ditinjau dari kondisi fisik, ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu dekat memiliki kondisi rahim belum siap secara optimal sebagai tempat implantasi embrio dan belum maksimalnya pembentukan cadangan makanan bagi janin sehingga dapat menyebabkan abortus, sedangkan jika ditinjau dari kondisi psikis, ibu masih dalam keadaan pemulihan setelah persalinan sebelumnya dimana ibu harus memberikan asuhan dan perhatian kepada anaknya yang baru lahir sehingga apabila ibu hamil dalam jarak kurang dari 2 tahun maka risiko komplikasi kehamilan masih sangat tinggi.

Sebaliknya, jika jarak kehamilan terlalu panjang, organ reproduksi membutuhkan proses adaptasi terhadap kehamilan sama seperti kehamilan pertama. Hal ini juga dapat berpengaruh akibat bertambahnya usia ibu sehingga proses degeneratif yang terjadi dapat berdampak pada proses kehamilan. Pada penelitian ini, jarak kehamilan merupakan faktor risiko

terhadap kejadian abortus. Oleh karena itu, diharapkan seorang ibu memiliki perencanaan jarak dalam mempersiapkan kehamilan selanjutnya dengan melakukan tindakan pencegahan seperti penggunaan kontrasepsi setelah persalinan terakhir.

Jarak kehamilan adalah waktu sejak kehamilan sebelum sampai terjadinya kelahiran berikutnya. Jarak kehamilan yang terlalu dekat dengan sebelumnya akan memberikan dampak buruk dikarenakan bentuk organ dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna jarak kehamilan yang terlalu jauh berhubungan dengan semakin bertambahnya usia ibu, sehingga terjadi degeneratif yang berpengaruh pada proses kehamilan dan persalinan akibat dari melemahnya kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul. Jarak kehamilan yang terlalu pendek

Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian abortus pada ibu dengan jarak kehamilan terlalu panjang maka organ reproduksi membutuhkan proses adaptasi terhadap kehamilan sama seperti kehamilan pertama akibatnya risiko abortus dapat terjadi.

2.4.2 Hubungan Status Gizi Ibu dengan Abortus

Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kustiyan (2019) yang menyatakan terdapat hubungan antara status gizi yang rendah paling berpengaruh dengan kejadian abortus.

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal

pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat. Bagi ibu hamil memerlukan semua tambahan zat gizi, namun serigkali terjadi kekurangan energi protein dan beberapa mineral seperti zat besi dan kalium.

Jika mengalami kekurangan zat besi akan mengalami anemia. Untuk mempertahankan kondisi yang baik pada ibu hamil dapat diupayakan dengan pengaturan konsumsi pemantauan pemeriksaan kadar Hb dan pengukuran LILA (lingkar Lengan Atas) sebelum dan saat hamil. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan mudah terkena infeksi.

Kesimpulan penelitian ini adalah adanya hubungan antara status gizi dalam kehamilan dengan kejadian abortus inkomplit pada penelitian ini disebabkan oleh ibu dengan status gizi kurang menandakan mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) yaitu kekurangan gizi yang terjadi dalam waktu yang lama. Adanya KEK yang dialami ibu menjadikan pertumbuhan organ-organ dalam menimbulkan hasil konsepsi tidak berimplantasi dengan baik yang selanjutnya berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim sehingga menimbulkan terjadinya abortus. Agar tidak terjadi adanya abortus sebagai upaya pencegahan sebaiknya ibu memeriksakan diri ketenaga kesehatan sedih mungkin untuk memeriksakan status gizi ibu dan mendapatkan pelayanan pemberian makanan yang bergizi seimbang.

2.4 Langkah Varney

Menurut Varney (2019) manajemen asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan- penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan terfokus pada klien.

1. Langkah I: Tahap Pengumpulan Data Dasar.

Tahap ini merupakan tahap pengumpulan data semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan.

2. Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

3. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganan.

Tahap ini kita mengidentifikasi masalah personal atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan.

6. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera, Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Ibu.

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen

kebidanan, jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periode atau kunjungan perinatal saja, tetapi saja selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen

5. Langkah V: Penyusunan Rencana Asuhan yang Menyeluruh ditentukan oleh Langkah-langkah Sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6. Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dengan Aman.

Langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagai klien atau anggota tim kesehatan lainnya

7. Langkah V: Penyusunan Rencana Asuhan yang Menyeluruh ditentukan oleh Langkah-langkah Sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

8. Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dengan Aman.

Langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagai klien

atau anggota tim kesehatan lainnya.

9. Langkah VII: Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah berikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi kedalam diagnosa dan masalah.

2.5 Pendokumentasian

Adapun penjelasan dari SOAP adalah sebagai berikut:

S: Subjektif

Yaitu data yang didapatkan dari klien, keluarga dari hasil wawancara sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh bidan, mencakup persepsi, perasaan, identitas klien tentang kasus kesehatannya, misalnya mengenai nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi dan mual.

O : Objektif

Yaitu data yang didapat melalui observasi dan diukur dapat diperoleh menggunakan pancaindera (lihat, dengar, cium dan raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, oedema, berat badan, dan tingkat kesadaran.

A : Analisis

Yaitu sebagai proses pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan kedalam rencana asuhan kebidanan sebelum melakukan tindakan kebidanan.

P : Penatalaksanaan

Yaitu sebuah proses menyelesaikan masalah klinis membuat suatu keputusan dan memberi perawatan yang telah berakar pada tindakan kebidanan (Evalina, 2020)

BAB III
TINJAUAN KASUS

**3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ny. I Usia 31 Tahun G2P1A0 Gravida 11-12
Minggu Dengan Abortus Inkomplit Di Ruang Ponek RSUD dr.
Slamet Garut**

Tanggal Masuk :12 Maret 2025
Tanggal Pengkajian :12 Maret 2025
Waktu Pengkajian : 19.00 WIB
Pengkaji : Heti Herawati
Tempat Pengkajian : Ruang PONEK

A. Data Subjektif

1) Identitas

Nama	:Ny. I	Nama	:Tn S
Umur	: 31 Tahun	Umur	: 36 Tahun
Suku	: Sunda	Suku	: Sunda
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Alamat	: Kp. Ciarileu		
	Desa Cirajang		

2) Alasan Datang

Klien mengatakan rujukan dari PKM atas indikasi yang diberikan dr. SpOG yaitu suspek blighted ovum pada tanggal 11-03-2025 yang tercantum di surat rujukan.

3) Keluhan Utama

Klien mengatakan mulas sejak kemarin disertai keluar darah banyak seperti gumpalan hati ayam, kemarin klien ganti 2x pembalut, dan pada hari ini sudah ganti 2x pampers disertai pusing.

4) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ibu dan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit menular dan menurun. Ibu juga tidak pernah menderita penyakit Jantung, paru-paru, diabetes melitus (DM) dan hipertensi. Tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan dan obat - obatan. Tidak ada riwayat ketergantungan obat - obatan terlarang, alkohol maupun rokok.

5) Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Menarche 12 Tahun, ada dismenore (+), lamanya 5 - 7 hari, siklus haid 28 hari.

b. Riwayat Kehamilan Yang lalu

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

No	tahun	tempat	Penolong	UK	Cara persalinan	BB	JK	keadaan
1	2014	PMB	Bidan	9 bulan	Spontan	2700	Laki-laki	Hidup
2	2025	Hamil ini						

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ini merupakan kehamilan anak kedua. Kehamilan direncanakan oleh ibu dan suami, diketahui kehamilannya melalui tes urine (+) secara mandiri pada tanggal 15 Januari 2025. Selama hamil ibu rutin memeriksakan kehamilannya, ibu mendapat pemeriksaan ANC di fasilitas pelayanan kesehatan pada Trimester ke-1 diperiksa 3x. Gerakan janin belum dirasakan, ibu sudah melakukan imunisasi tetanus sebanyak 2x. Sebelumnya ibu pernah melakukan USG sebanyak 1x di Puskesmas. Obat - obatan yang dikonsumsi ibu yaitu Fe (25 Tablet), asam folat dan calcium. HPHT : 23 Desember 2024. Ada kekhawatiran khusus pada saat ini karena terjadi pengeluaran darah banyak dari jalan lahir disertai mules.

d. Riwayat Ginekologi

Ibu tidak pernah menderita PMS (Penyakit Menular Seksual) dan Tumor pada alat kandungan.

e. Riwayat Keluarga Berencana

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan selama kurang lebih 9 tahun, ibu berhenti KB karena ingin merencanakan kehamilannya yang kedua. Rencana KB selanjutnya ibu tidak ingin dulu menggunakan alat kontrasepsi dengan alasan ingin memulihkan dulu keadannya.

6) Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini pernikahan yang pertama, ibu menikah pada usia 19

Tahun, usia suami menikah 25 Tahun. Lama Pernikahan ibu dan suami kurang lebih 7 tahun.

7) Riwayat Psikososial

Suami dan keluarga sangat mendukung kehamilan pada ibu saat ini, ibu dan suami merencanakan dan mengharapkan kehamilan ini. Pengambilan keputusan oleh suami. Ibu merasa cemas dengan kehamilannya karena dari semalam keluar darah banyak dari jalan lahir disertai mules dan nyeri perut bawah.

8) Pola Kebutuhan Sehari-hari

- a. Pola Nutrisi : Makan 1-2 x Minum 6-7 gelas/hari.
Makan dengan jenis bervariasi lebih sering makan sayuran dan ibu tidak ada pantangan makanan, minum dengan jenis air putih dan air teh terakhir makan dan minum sebelum berangkat ke Puskesmas jam 17.00 WIB.
- b. Pola Eliminasi : BAB 1 - 2x BAK 6 - 7x /hari.
BAB terakhir pada siang hari tanggal 12 Maret 2025, BAK terakhir pada saat sebelum terjadi perdarahan jam 18.00 WIB.
- c. Pola Aktivitas : Ibu sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah tangga .

- d. Pola Istirahat : Tidur siang 1 jam. Tidur malam 6 - 7 jam. Ibu tidak dapat istirahat / tidur dengan baik karena mengeluh nyeri pada perut bawah.
- e. Personal *Hygiene* : Mandi 2x sehari, mengganti pakaian tiap Habis mandi. Mandi dan ganti pakaian terakhir sebelum ibu berangkat ke Rumah Sakit.
- f. Pola Seksual : Ibu terakhir melakukan hubungan 8 Minggu yang lalu.

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Sakit sedang
- b. Keadaan : Composmentis.
- c. Tanda- tanda Vital
- Tekanan Darah : 100/70 mmHg. Nadi : 85 x / menit.
- Respirasi : 20x / menit.
- Suhu : 36,6 °C.
- SpO2 : 100% (terpasang O2)
- Skala Nyeri : 4 (0-10)

2) Antropometri

- BB sebelum hamil : 36 kg
- BB sekarang : 37, 5 kg

Kenaikan BB : 1,5 kg
TB : 150 cm
IMT : 16.7 (sangat kurang)

3) Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Rambut bersih, lurus, tidak ada rontok dan tidak ada massa / benjolan serta nyeri tekan.
- b. Muka : Tidak terdapat oedema.
- c. Mata : Konjungtiva Pucat dan sklera putih.
- d. Telinga : fungsi pendengaran baik dan bersih.
- e. Hidung : Tidak ada Polip, fungsi penciuman baik.
- f. Mulut : Bibir lembab, mulu dan gigi bersih tidak ada caries.
- g. Leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- h. Payudara : Payudara simetris, puting susu menonjol, hiperpigmentasi pada areola mammae, dan tidak ada massa / benjolan serta nyeri tekan.
- i. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 2 jari diatas

Sympisis (tegang) , terdapat sedikit nyeri tekan pada bagian perut bawah (skala nyeri4), kandung kemih kosong.

j.Genetalia : Vulva / vagina: vulva vagina tidak ada kelainan, OUI terbuka 1cm teraba jaringan, pengeluaran darah tidak aktif ± 2cc.

k.Ekstremitas : Atas : Kuku bersih, tidak pucat, tangan kanan terpasang infus RL labu ke 1
Bawah :Tidak terdapat varises dan oedema

4) Pemeriksaan Penunjang

- a. Hb : 11 g/dl
- b. Golongan Darah : O+
- c. USG : Hasil terdapat ada sisa jaringan dan didapatkan diagnosa Abortus Inkomplit

C. Analisa

G2P1A0 usia 31 Tahun Gravida 11-12 minggu dengan abortus inkomplit.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan

Ev : ibu dan keluarga mengetahui dan menyetujui tindakan.

2. Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan untuk tindakan pemasangan infus RL 20 tpm, rencana kuretase dan pasien di pindahkan ke ruangan bersalin (VK).

Evaluasi : Sudah dilakukan.

3. Mengantarkan ibu ke ruang VK untuk observasi perdarahan

Ev: perdarahan $\pm 2cc$

4. Mengantarkan ibu ke ruang nifas Marjan Bawah

Ev: ibu sudah diantarkan pukul 21:00 WIB

5. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa ibu akan dilakukan kuretase besok

Ev: Ibu dan keluarga mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan.

6. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Ev: Sudah dilakukan

3.1 Catatan Perkembangan 1

Hari & Tanggal : Rabu, 12 Maret 2025

Waktu : 21. 00 WIB

Tempat : Ruang Marjan Bawah

Pengkaji : Heti Herawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa sedih kehilangan janin nya, dan ibu masih mengatakan pusing, lemas dan merasa keluar darah dari vaginanya.

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital : TD: 110/70 mmHg R: 20x/m
N: 88x/m S:36.8°C
3. Abdomen
TFU : Tegang
4. Genetalia
Pengeluaran darah : ±10cc

C. Analisa

G2P1A0 Gravida 11-12 Minggu dengan abortus inkomplit.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan
Ev: Ibu dan Keluarga mengetahui
2. Mengobservasi perdarahan ibu
Ev: Perdarahan ±10cc
3. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu akan dilakukan kuretase hari besok
Ev: ibu dan keluarga mengerti dan menyetujui tindakan yang akan dilakukan.
4. Memberikan dukungan emosional kepada ibu agar ibu mengikhlaskan janinnya dan fokus terhadap kesembuhan dan keselamatannya.

Ev: ibu merasa lebih menerima dan ikhlas atas kepergian janinnya.

5. Menganjurkan ibu untuk berpuasa pada pukul 02:00 karena besok pagi akan dilakukan kuretase

Ev: ibu bersedia untuk berpuasa

6. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Ev: Sudah dilakukan

3.2 Catatan Perkembangan II

Hari & Tanggal : Kamis, 13 Maret 2025

Waktu : 07:00 WIB

Tempat : Ruang Marjan

Pengkaji : Heti Herawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ibu sudah siap untuk dilakukan *curettage*

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Tanda-Tanda Vital : TD: 102/60 mmHg R: 22x/m

N: 92x/m S:36°C

3. Abdomen

TFU : Tidak teraba

4. Genetalia

Vulva/ vagina : Tidak ada kelainan

Pengeluaran darah : $\pm 10\text{cc}$

C. Analisa

G2P1A0 Gravida 11-12 minggu dengan abortus inkomplit.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Ev: Ibu dan keluarga mengetahui

2. Memasang infus RL + Oxitocin 10 IU + Metylergometrin 0,2 mg sebelum tindakan sesuai dengan advis dokter kandungan

Ev : Sudah terpasang

3. Melakukan Vulva hygiene , dan menjadi asisten dr untuk melakukan kuretase pukul 07:30

Ev:curettage dilakukan oleh dokter spesialis kandungan pukul 08:00 WIB

4. Mengantarkan ibu kembali ke ruang marjan bawah 08:30 WIB

Ev:ibu sudah diruangan

5. Memberitahu ibu dan keluarga agar masih berpuasa sampai pukul 15:00

WIB Ev:keluarga mengerti dan ibu bersedia untuk masih berpuasa.

6. Memberikan teraphy sesuai advis dokter spesialis kandungan

Ev:-cefadroxil 2 x 500gr secara oral

-asam mefenamat 3 x 1secara oral

3.3 Catatan Perkembangan III

Hari & Tanggal : Jum'at, 14 Maret 2025

Waktu : 07.00

Tempat : Ruang Marjan Bawah

Pengkaji : Heti Herawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lemas dan mual

B. Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital : TD: 120/80 mmHg R: 21x/m
N: 83x/m S:36,3°C
3. Abdomen
TFU : Tidak teraba
4. Genetalia
Pengeluaran darah : ±7cc

C. Analisa

P1A1 Post kuretase 1 hari

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemerikaan
Ev: ibu dan kluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberitahu ibu untuk diistirahatkan terlebih dahulu agar kondisi
ibu cepat membaik

- Ev: ibu mengerti
3. Memberitahu ibu untuk memenuhi nutrisi
- Ev: ibu bersedia
4. Memberitahu keluarga untuk membantu ibu mobilisasi dini saat kondisi ibu mulai stabil
5. Ev: keluarga bersedia
6. Melakukan pemeriksaan hemoglobin
- Ev: hasil 10,8 g/dl
7. Melakukan pencatatan dan pelaporan
- Ev: hasil terlampir

3.4 Catatan Perkembangan IV

Hari & Tanggal : Jum'at, 14 Maret 2025

Waktu : 18:00

Tempat : Ruang Marjan Bawah

Pengkaji : Heti Herawati

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan sudah tidak merasa mual dan lemas lagi.

Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Composmentis
2. Tanda-Tanda Vital : TD: 100/70 mmHg R: 22x/m
N: 101x/m S:35,7°C

3. Abdomen

TFU : Tidak teraba

4. Genetalia

Pengeluaran darah : ±5cc

B. Analisa

P1A1 Post kuretase 1 hari

Penatalaksanaan

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Ev: Ibu dan Keluarga mengetahui

2. advice dokter ibu sudah diperbolehkan untuk pulang

Ev: Memberitahukan ibu dan keluarga bahwa sudah boleh pulang

3. Melanjutkan terapi per oral sesuai advis dokter spesialis kandungan

Ev: - cefadroxil 2x1/ hari

- asam mefenamat 3x1/ hari

- Methylergometrin 3x1/hari

4. Menganjurkan ibu untuk banyak memenuhi nutrisinya, mengkonsumsi sayuran hijau, buah-buahan, daging merah dan lauk pauk lainnya.

Ev : ibu bersedia mengikuti anjuran

5. Mengingatkan kembali ibu untuk tetap menjaga kebersihan personal hygiene seperti cebok dengan air bersih dan tidak memakai celana dalam yang ketat agar tidak terjadi infeksi

Ev : ibu bersedia mengikuti anjuran

6. Memberitahu ibu untuk kontrol ulang ke puskesmas terdekat

Ev: ibu mengerti dan bersedia

7. Mengantarkan ibu untuk pulang

Ev: ibu merasa senang sudah diperbolehkan untuk pulang, ibu pulang pada tanggal 14 Maret 2025, pukul: 19:00 WIB

8. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Ev: Sudah dilakukan

3.5 Matriks

No	Masalah / Kasus	Pengertian	Penyebab		Planing/ Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	
1.	Abortus Inkomplit	Abortus Inkomplit adalah peristiwa pengeluaran hasil konsepsi di dalam kandungan terjadi sebelum minggu ke 20 kehamilan atau ketika berat kehamilan kurang dari 500 gram (Adnin, 2022). Abortus Inkomplit adalah ketika beberapa kehamilan keluar dari kavum uteri dan usia sebelum 20 minggu kehamilan ketika berat kehamilan kurang dari 500 gram. Setelah pemeriksaan vagina, beberapa jaringan konsepsi tetap berada di dalam rahim dan saluran serviks masih terbuka, yang masih menyentuh jaringan rahim atau mengalir keluar melalui bukaan luar rahim. (Terara, 2022).	<p>1. Faktor Ibu</p> <p>a. Karakteristik (umur, pendidikan pekerjaan).</p> <p>b. status obstetric (gravida, umur kehamilan, jarak kehamilan, riwayat abortus sebelumnya)</p> <p>c. status kesehatan (penyakit kronis, penyakit infeksi, gangguan pada Rahim)</p> <p>d. Status gizi</p> <p>e. pola hidup ibu (Prawirohardjo, 2020).</p>	<p>1. Jarak kehamilan</p> <p>2. Status Gizi</p> <p>3. Pola hidup ibu</p>	<p>1) Kaji ulang indikasi</p> <p>2) Lakukan konseling dan persetujuan tindakan medis</p> <p>3) Persiapan alat, pasien, dan pencegahan infeksi sebelum tindakan</p> <p>4) Berikan dukungan emosional. Beri petidin 1-2 mg secara IM atau IV sebelum prosedur</p> <p>5) Suntikkan 10 IU oksitosin IM atau 0,2 mg ergometrin sebelum tindakan agar uterus berkontraksi dan</p>	<p>1. berkolaborasi dengan dokter SpOG</p> <p>2. Melakukan pemasangan infus RL 20 tpm</p> <p>3. Memberitahu ibu untuk berpuasa</p> <p>4. Melakukan Kuretase</p> <p>5. Metyl ergometri</p>	<p>1. Aspirasi Vakum (AV) Prosedur ini dilakukan dengan menggunakan alat vakum untuk mengeluarkan sisa jaringan kehamilan dari dalam Rahim. AV efektif untuk kehamilan kurang dari 13 minggu</p> <p>2. Dilatasi dan Evakuasi (D&E) Prosedur ini melibatkan serviks dan kemudian pengosongan Rahim dari sisa jaringan kehamilan. D&E digunakan untuk kasus kehamilan lebih dari 13 minggu</p> <p>3. Kuretase Tindakan ini melibatkan pengikisan dinding Rahim untuk mengeluarkan sisa jaringan kehamilan. Kuretase juga dapat digunakan sebagai alternative atau tambahan pada aspirasi vakum</p>

				<p>mengurangi resiko perforasi.</p> <p>6) Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menentukan bukaan serviks, besar, arah dan konsistensi uterus.</p> <p>7) Lakukan tindakan aseptik/antiseptik pada vagina dan serviks</p> <p>8) Periksa apakah ada robekan serviks atau hasil konsepsi di kanalis servikalis, jika ada keluarkan dengan cunam ovum.</p> <p>9) Jepit serviks dengan tenakulum pada pukul 11.00 dan 13.00. Dapat pula menggunakan cunam ovum untuk menjepit serviks</p>	<p>n/ iv</p> <p>6.pemberian antibiotik</p>	<p>4. Misoprostol</p> <p>Obat ini digunakan untuk membantu mengeluarkan sisa jaringan kehamilan. Misoprostol umumnya digunakan pada usia kehamilan <12 minggu dengan tingkat keberhasilan 8-0-99%.</p> <p>(Kemenkes)</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<p>10) Jika menggunakan tenakulum, suntikkan lignokain 0,5% 1 ml pada bibir depan atau belakang serviks.</p> <p>11) Lakukan pemeriksaan kedalaman dan lengkung uterus dengan penera kavum uteri.</p> <p>12) Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis hingga bersih (terasa seperti mengenai bagian bersabut)</p> <p>13) Lakukan pemeriksaan bimanual untuk menilai besar dan konsistensi uterus (Prawihardjo, 2018).</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

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

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan “Asuhan Kebidanan pada Ny. I usia 31 tahun gravida 11-12 minggu dengan Abortus Inkomplit” yang dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut. Penulis akan menguraikan berdasarkan SOAP.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. I ibu pada saat ini yaitu 11-12 minggu sesuai dengan HPHT pada tanggal 23 Desember 2024. Klien datang ke RSUD dr. Slamet Garut tanggal 12 Maret 2025 Klien mengatakan rujukan dari PKM atas indikasi yang diberikan dr. SpOG pada tanggal 11-03-2025 yaitu Blighted Ovum yang tercantum di surat rujukan mengatakan mulas sejak kemarin pada tanggal 11 Maret 2025 disertai keluar darah banyak seperti gumpalan hati ayam, kemarin klien ganti pembalut 2x, dan hari ini ganti pempers 2x disertai pusing, perdarahan pervaginaan, disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi, rasa mulas atau kram perut di daerah atas symphysis , sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus sesuai dengan teori (Puspita, 2018).

Setelah dilakukan anamnesa didapatkan bahwa jarak kehamilan sebelumnya dengan kehamilan sekarang yaitu 11 tahun. Anak pertama lahir tahun 2014, jarak kehamilan terlalu panjang, organ reproduksi membutuhkan proses adaptasi terhadap kehamilan sama seperti kehamilan pertama. Hal ini juga dapat berpengaruh akibat bertambahnya usia ibu sehingga proses

degeneratif yang terjadi dapat berdampak pada proses kehamilan. Selain itu dari pola hidup yang tidak sehat, ibu mengaku makanan yang dimakan sehari-hari seperti seblak, mie instan dan minuman berwarna. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kustiyani, 2019).

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan tanda tanda vital tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 85 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, suhu 36,6° C dan pemeriksaan fisik yang dilakukan kunjungtiva pucat pada abdomen terdapat nyeri tekan perut di bagian bawah TFU 2 jari di atas sypisis, DJJ belum terdengar, teraba kandung kemih kosong. Hasil pemeriksaan USG terdapat sisa jaringan, nyeri perut bagian bawah salah satu tanda pada klien dengan abortus karena adanya sisa konsepsi yang terlepas di anggap benda asing dalam uterus sehingga menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda tersebut, pemeriksaan genetalia tidak ada kelainan pada vulva, tampak pengeluaran darah berwarna merah segar dari vagina kurang lebih 100cc, hasil pemerikaan dalam dan terdapat pembukaan 1 cm, teraba jaringan di jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Puspita, 2018) tanda dan gejala terjadinya abortus inkomplit yaitu perdarahan pervaginaan, disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi. perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada jaringan keluar dari ostium.

Penyebab lain dari status gizi ibu perhitungan BB dan tinggi badan didapatkan IMT 16.7 9 (sangat kurang). Status gizi kurang pada ibu hamil atau kekurangan energi kronis merupakan suatu keadaan akibat kekurangan

energi atau ketidakseimbangan asupan energi dalam waktu lama, sehingga tidak dapat di evaluasi dalam waktu singkat. (Supriasa, 2012).

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dijelaskan maka analisa data yang ditegakan adalah :

Hal ini berdasarkan data dasar dari data subjektif dan objektif yang di dapat bahwa Ny. I 23 Desember 2024. Berdasarkan HPHT, usia kehamilan 11-12 minggu, diketahui dari pengekuian ibu anak ke 2 dari kehamilan ini ibu mengalami nyeri perut bagian bawah dan terdapat pengeluaran darah dari vagina, saat dilakukan pemeriksaan terdapat OUI terbuka 1cm teraba jaringan dikeluarkan ± 10 gr, pengeluaran darah tidak aktif ± 2 cc. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur. Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. (Prawirohardjo, 2020)

Sehingga terangkum sebuah gambaran kondisi yang saat ini di alami pasien dengan tambahan melakukan pemeriksaan USG dengan hasil yang dapat di tegakkan yaitu G2P1A0 dengan abortus inkomplit.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada Ny. I yaitu Kolaborasi dengan dokter SpOg untuk rencana dilakukan curettage. Pada tanggal 13 Maret 2025 memasang infus RL + Oxitocin 10 IU + Metylergometrin 0,2 mg sebelum tindakan sesuai dengan advis dokter kandungan pasien diantarkan ke ruang curettage pukul 07:30 WIB untuk dilakukan curettage. Curettage dilakukan

pukul 08.00 WIB oleh dokter SpOG. Melakukan tindakan aseptik/antiseptik pada vagina dan serviks, periksa apakah ada robekan serviks atau hasil konsepsi di kanalis servikalis, jika ada keluarkan dengan cunam ovum, jepit serviks dengan tenakulum pada pukul 11.00 dan 13.00 dapat pula menggunakan cunam ovum untuk menjepit serviks, Melakukan pemeriksaan kedalaman dan lengkung uterus dengan penera kavum uteri, melakukan kerokan dinding uterus secara sistematis hingga bersih (terasa seperti mengenai bagian bersabut), melakukan pemeriksaan bimanual untuk menilai besar dan konsistensi uterus.

Mengantarkan ibu kembali ke ruang marjan bawah 08:30 . Memberikan terapi sesuai advice dokter cefadroxil 2 x 500gr secara oral asam mefenamat 3x1 secara oral. Melakukan observasi ttv dan pengeluaran darah.

Menganjurkan ibu untuk banyak memenuhi nutrisinya, mengkonsumsi sayuran hijau, buah-buahan, daging merah dan lauk pauk lainnya. Mengingatkan kembali ibu untuk tetap menjaga kebersihan personal hygiene seperti cebok dengan air bersih dan tidak memakai celana dalam yang ketat agar tidak terjadi infeksi.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. I didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian dan data subjektif, hasil anamnesa, pengkajian, data objektif yang di dapat dari pengkajian fisik ataupun keadaan umum. Kemudian data tersebut di interpretasikan untuk menentukan masalah dan rencana asuhan yang akan di lakukan, selanjutnya di lakukan

penatalaksanaan sesuai dengan kebutuhan dan kewenangan bidan dalam penanganan abortus sesuai dengan teori bahwa langkah langkah soap terdiri dari data subjektif, objektif, analisa data dan penatalaksanaan proses manajemen asuhan kebidanan pada Ny. I dilakukan asuhan kebidanan berdasarkan menurut teori 7 langkah varney di antaranya pengumpulan data, interpresentasi data, mengidentifikasi diagnosa, identifikasi tindakan segera.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. I usia 31 tahun G2P1A0 Gravidia 11- 12 Minggu dengan abortus inkomplit yang dilakukan penulis pada tanggal 12 Maret 2025 di RSUD dr. Slamet Garut maka pada BAB ini penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yaitu:

- 1). Pengkajian Data Subjektif pada Ny. I usia 31 tahun G2P1A0 Gravidia 11-12 minggu di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025, didapatkan ibu mengeluh mules, perdarahan banyak dan keluar jaringan dari jalan lahir.
- 2). Pengkajian Data Objektif pada Ny. I usia 31 tahun G2P1A0 Gravidia 11-12 minggu di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025, didapatkan hasil USG abortus inkomplit pemeriksaan dalam terdapat pembukaan 1 cm teraba jaringan.
- 3). Berdasarkan data Subjektif dan Objektif maka analisa yang ditegakan yaitu G2P1A1 dengan abortus inkomplit.
- 4). Penatalaksanaan Pengkajian pada Ny. I usia 31 tahun G2P1A0 Gravidia 11-12 minggu di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025 , sesuai dengan teori dan penelitian.
- 5). Pendokumentasian hasil asuhan kebidanan pada Ny. I usia 31 tahun Gravidia 11-12 minggu di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2025, dalam teknik pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dijadikan bahan referensi sehingga dapat memberikan dan menambah wawasan yang luas mengenai Asuhan Kebidanan dengan Abortus Inkomplit dan diharapkan institusi mampu memperbanyak pengetahuan dan referensi tentang Asuhan kebidanan Fisiologis maupun Patologis sehingga mahasiswa dapat mendapatkan banyak wawasan ilmu pengetahuan.

2. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman keterampilan dalam memberikan konseling asuhan kebidanan yang efektif dan tidak keluar dari wewenangnya sebagai seorang bidan.

3. Bagi Klien

Diharapkan klien periksa sesuai anjuran yang diberikan dari tenaga kesehatan hendaknya istirahat yang cukup, mengkonsumsi nutrisi yang baik dan mengurangi aktifitas yang berlebihan saat hamil muda maupun hamil tua agar tidak terjadi abortus inkomplit.

4. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan petugas meningkatkan kemampuan konseling yang baik atau sebagai edukator yang baik sehingga pasien bisa mendapatkan pelayanan yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, M. F. F. (2022). Abortus Inkompletus : Laporan Kasus Incomplete Abortion : Case Report. *הָרָאָה*, 2)8.5.2017(, 2003–2005.
- Asniar, Setiawati D, Trisnawaty. Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Abortus. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan-Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera*.
- Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey & Spong. *Obstetri Williams Obstetrics*. Jakarta :EGC; 2018.
- Cunningham, Gary. F, et.Al (2014). *Obsetri wiliam*. Edisi 21. Alih bahasa; dr Andri Hartono, et.al. Jakarta : EGC
- Ekotama, S. (2021) “Suryono Ekotama, ST. Harum Pudjiarto. RS, G. Widiartana., Op. Cit , hlm. 31. Paulinus Soge., Op. Cit , hlm. 352.,” hal. 20–63.
- Fadillah, N. 2013. *Panduan Lengkap Hamil Sehat Bugar*, Brilliant Books. Yogyakarta.
- Hidayati, Ratna. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta. Salemba Medika.
- Insan, M. N. 2019. *Hubungan Faktor Usia dan Pekerjaan Terhadap Kejadian Abortus di Puskesmas Kecamatan Kramat Jati Jakarta Timur*. Universitas Binawan
- Irwanto, 2024. *Jurnal tindak pidana aborsi pasangan mahasiswa di Sukohardjo, Jawa Tengah*
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2019*. Kementrian Kesehatan RI, 8(9), 1–58.
- Kemenkes, 2020. *Prevalensi Angka Kejadian Abortus*. Jakarta : Kemenkes RI *KEPMENKES 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan*
- Khanifah, M. 2021. *Deteksi dini dan pengenalan tanda bahaya*. Jawa Barat: Media Sains Indonesia.
- Kustiyani, 2019. *Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Abortus*. Naskah Publ Univ Alma Ata Yogyakarta.

Lim, Li Min and Singh, K. Methods of Abortion in First and Second Trimester. Department of Obstetrics and Gynaecology, National University Hospital, Singapore, 2014

Maternal Perinatal Death Notificatio. 2023. Angka Kematian Ibu.

Notoatmodjo, S. (2017) Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Profil Dinas Kesehatan Jawa Barat. 2020. Angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Prawihardjo. Sarwono, 2020. Ilmu Kebidanan Jarwono Prawihardjo. Jakarta: PT Bina

Prawihardjo. Sarwono, 2014. Ilmu Kebidanan Jarwono Prawihardjo. Jakarta: PT Bina

Ratna Dewi Puspita & Arif Yudho Prabowo . (2018). BUKU AJAR PERDARAHAN PADA KEHAMILAN TRIMESTER 1. FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG: 2018.

Sukarni, I. dan Margareth ZH. 2013. Kehamilan, persalinan, dan Nifas dilengkapi dengan Patologi. Nuha Medika. Yogyakarta.



Terara. (2022). Gambaran Karakteristik Pasien Abortus

Tuzzahro, S. F., Triningsih, R. W. And Toyibah, A. (2021) 'Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Abortus', Health Care Media, 5(2), Pp. 47–52.

World Health Organization (WHO), 2024. Abortus Inkomplite.

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Abortus In komplit

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p> <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> <p>PENGERTIAN</p>	<p style="text-align: center;">ABORTUS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen : KS.01.03/004/088/RSUD</td> <td style="width: 33%;">No. Revisi : 01</td> <td style="width: 33%;">Halaman 1/6</td> </tr> </table> <p>Tanggal Terbit : 01 Januari 2023</p> <p style="text-align: right;">Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut</p> <div style="text-align: center;">  <p>dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT. Spine NIP. 196505171991031013</p> </div> <p>PENGERTIAN</p> <p>Abortus adalah berakhirnya kehamilan pada usia < 20 minggu berat janin < 500 gr) atau buah kehamila belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Abortus Spontan adalah abortus yang terjadi secara spontan tanpa penyebab yang jelas Abortus Buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri kehamilan (pengguguran, aborsi, abortus provokatus)</p>	No. Dokumen : KS.01.03/004/088/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/6
No. Dokumen : KS.01.03/004/088/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/6		
TUJUAN				
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.			
INDIKASI				
PROSEDUR	<p>Klasifikasi :</p> <p>3. Abortus Iminens.</p> <p>Abortus mengancam, ditandai oleh perdarahan bercak dari janin lahir, dapat disertai kontraksi bawah yang ringan, buah kehamilan masih mungkin berlanjut tumbuh atau dipertahankan.</p> <p>Klinis :</p> <p>a. Anamnesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan sedikit dari jalan lahir. - Nyeri perut tidak ada atau ringan. <p>b. Pemeriksaan Fisik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda vital dalam keadaan normal. - Tidak ditemukan tanda-tanda akut abdomen. - Bunyi jantung bayi ditemukan baik (usia kehamilan > 8 minggu). 			

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspekulo : Fluksus sedikit dari OUE. <p>c. Pemeriksaan Dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corpus uteri membesar sesuai dengan usia kehamilan. - Ostium uteri tertutup. - Tidak ditemukan tanda perangsangan peritoneum. <p>d. Pemeriksaan Penunjang.</p> <p>USG dapat memberikan hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kantong kehamilan intrauterin masih utuh. Janin (<i>fetal pole</i>) ± tergantung usia kehamilan. - Viabilitas meragukan, kantong kehamilan masih utuh, pulsasi jantung janin belum jelas. - Buah kehamilan tidak baik (janin mati). <p>e. Terapi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bila kehamilan masih utuh : Rawat jalan, berikan preparan progesteron, tidak diperlukan tirah baring total, anjurkan untuk tidak melakukan aktivitas berlebihan atau hubungan seksual, bila perdarahan berhenti dilanjutkan jadwal pemeriksaan kehamilan selanjutnya, bila perdarahan terus berlangsung nilai ulang kondisi janin (USG) 1 minggu kemudian - Bila hasil USG meragukan, dilakukan pemeriksaan USG transvaginal atau ulangi pemeriksaan USG 1 – 2 minggu kemudian. - Bila hasil USG tidak baik, evakuasi tergantung umur kehamilan sesuai SPO terminasi kehamilan. <p>4. Abortus Insiapiens.</p> <p>a. Klinis :</p> <p>Anamnesis : perdarahan, disertai nyeri / kontraksi rahim</p> <p>b. Pemeriksaan Fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : tampak pucat / anemis, kesakitan. - Tanda-tanda vital : nadi cepat karena nyeri, tekanan darah tergantung besarnya buah kehamilan dan banyak perdarahan. - Pemeriksaan Luar : uterus membesar sesuai usia kehamilan, DJJ bisa + atau -, tidak ditemukan tanda-tanda akut abdomen. - Inspekulo : fluxus mengalir dai OUE, ostium terbuka, tampak selaput ketuban menonjol.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan Dalam : Ostium terbuka, corpus uteri membesar sesuai usia hamil Ketuban utuh dan atau menonjol. <p>c. Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasang jalur intravena. - Evakuasi. - Uterotonika paska evakuasi. - Antibiotika berspektrum luas selama 3 – 5 hari. <p>5. Abortus Inkomplit.</p> <p>a. Klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir biasanya banyak disertai nyeri kontraksi rahim sehingga pasien datang dalam keadaan presyok / syok. - Pemeriksaan dalam : ostium uteri terbuka, teraba sisa jaringan buah kehamilan. - Terapi : <ul style="list-style-type: none"> (1) Bila ada syok, atasi dahulu syok (perbaiki keadaan umum). (2) Tranfusi bila HB < 8 gr % (3) Evakuasi. (4) Metil Ergometrin 0,25 mg intramuskuler. (5) Beri antibiotik berspektrum luas selama 3 – 5 hari. (6) Uterotonika. <p>6. Abortus Komplit.</p> <p>Seluruh buah kehamilan telah keluar.</p> <p>Klinis :</p> <p>Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir sedikit, pernah keluar jaringan / buah kehamilan.</p> <p>Pemeriksaan dalam : ostium biasanya tertutup, bila ostium terbuka teraba rongga uterus kosong / tidak teraba jaringan.</p> <p>Terapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Antibiotika selama 3 – 5 hari. b. Uterotonika. c. Kontrol 2 minggu kemudian. <p>Pada seluruh kasus abortus harus diwaspadai kemungkinan adanya upaya-upaya pengguguran kandungan tidak aman / unsafe abortion akibat kehamilan yang tidak diinginkan / unwanted pregnancy oleh karena itu perlu pemeriksaan tanda-tanda komplikasi yang mungkin terjadi akibat abortus provokatur</p>
--	--

	<p>seperti perforasi / tanda akut abdomen, tanda-tanda infeksi atau sepsis.</p> <p>7. Abortus Tertunda.</p> <p>Tertahannya hasil konsepsi / janin yang telah mati dalam rahim selama 8 minggu atau lebih.</p> <p>Klinis :</p> <p>Anamnesis : perdarahan bisa ada atau tidak atau rahim tidak bertambah besar.</p> <p>Pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan - Bunyi jantung janin tidak ada <p>Pemeriksaan Penunjang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - USG : terdapat tanda janin mati - Laboratorium (HB, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan, waktu protombim) <p>Resiko gangguan faktor pembekuan meningkat setelah kematian lebih dari 2 minggu.</p> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evakuasi. Pada umumnya kanalis servikalis dalam keadaan tertutup, sehingga perlu tindakan dilatasi. Tindakan kuretase hendaknya dilakukan dengan hati-hati karena pada keadaan ini biasanya plasenta bisa melekat sangat erat sehingga prosedur kuretase lebih sulit dan dapat beresiko tidak bersih. - Uterotonika pasca evakuasi. - Antibiotika selama 3 hari. <p>8. Abortus Febrilis.</p> <p>Abortus yang disertai infeksi, biasanya ditandai rasa nyeri dan febris.</p> <p>Klinis :</p> <p>Anamnesis : ada riwayat hamil / terlambat haid, mengalami perdarahan dan demam. Bisa disertai syok septik, waspada adanya upaya abortus provokatus.</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Keadaan Umum : tampak sakit berat, febris bisa terjadi gangguan kesadaran, lemah dan pucat.</p> <p>Tanda-tanda Vital : suhu lebih dari 38° C, nadi cepat, tensi normal sampai syok, respirasi cepat dan dalam.</p> <p>Pemeriksaan Obstetri :</p>
--	---

Pemeriksaan Luar Abdomen : nyeri tekan di perut bawah, mungkin ditemukan tanda-tanda akut abdomen.

Inspekulo : fluksus berbau.

Ostium Uteri umumnya terbuka dan teraba sisa jaringan.

Pada pemeriksaan bimanual : korup uteri dan adneksanyeri.

Terapi :

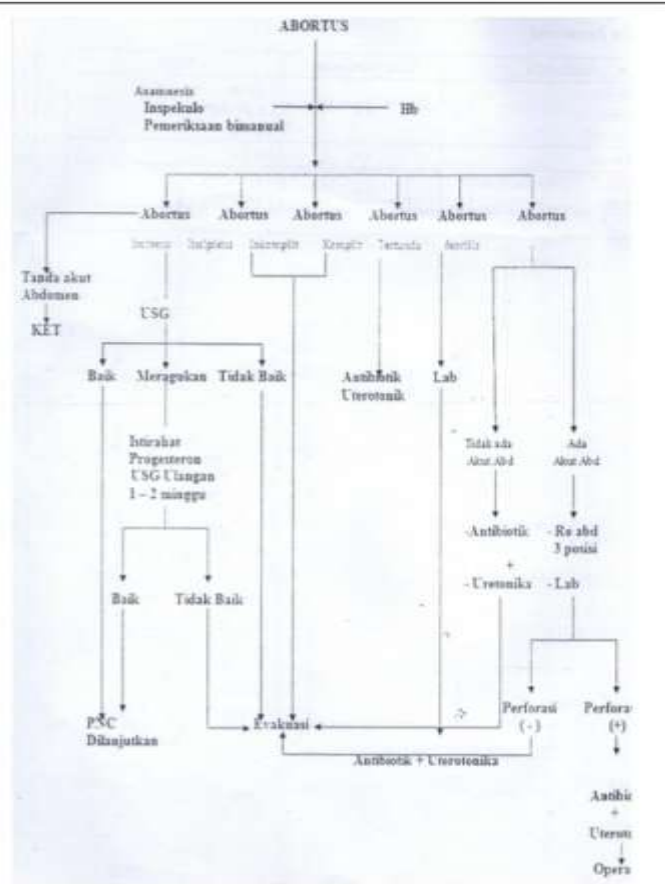
- Perbaiki keadaan umum, atasi syok septik bila ada
- Posisi Fowler
- Uterotonika : methylergometrin 2 x 0,5 mg intranuskuler
- Antibiotika parenteral yang adekuat
- Evakuasi dilakukan minimal 6 jam setelah pemberian antibiotika kecuali terjadi perdarahan banyak
- Pada saat evakuasi diberikan oksitosin drip untuk mencegah perforasi
- Selanjutnya pemberian antibiotik dan uterotonika per oral.

Kombinasi Antibiotika :

Kombinasi Anibiotika	Dosis Oral	Catatan
Ampisilin Metronidazol	3 x 1 g oral 3 x 500 mg oral	Berspektrum luas dan mencakup untuk gonorrhoea dan bakteri anaerob
Tetrasiklin Klindamisin	4 x 500 mg 2 x 300 mg	Baik untuk klamidia, gonorrhoea dan bakteroides fragilis
Trimethoprim Sulfamethoksazol	160 mg 800 mg	Spektrum cukup luas

Antibiotika Parenteral :

Kombinasi Anibiotika	Dosis Oral	Catatan
Sulbenisilin		3 x 1 g
Gentamisin	i.v	2 x 80 mg
Metronidazol		2 x 1 g
Ceftriaxon	i.v	1 x 1 g
Amoxiciklin + Klavulanik Acid		3 x 500 mg
Clindamicin	i.v	3 x 600 mg



Lampiran 2 SOP Kuretase



KURETASE

<p>PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET</p>	<p>No. Dokumen : KS.01.03/004/100/RSUD</p>	<p>No. Revisi : 01</p>	<p>Halaman 1/2</p>
<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>Tanggal Terbit : 01 Januari 2023</p>	<p>Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut</p> 	
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok kuret) ke dalam kavum uteri.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Acuan penerapan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan kuretase</p>		
<p>KEBIJAKAN</p>	<p>SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. KS.01.01/001/484/RSUD Tentang Pelayanan Medis.</p>		
<p>PERSIAPAN ALAT</p>	<p>Persiapan Alat :</p> <p>a. Alat Kuretase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 buah cunam tampon. - 1 buah tena kulum. - 2 buah klem ovum lurus dan lengkung. - 1 set sendok kuret. - 1 buah sondage uterus. - 1 pasang speculum sim's atau L. - Spuit 5 cc dan 3 cc - Dilatators. - Kassa Steril <p>b. Kain alas bokong.</p> <p>c. Larutan antiseptic.</p> <p>d. Oksigen dengan regulator.</p> <p>e. Celemek palstik, masker, kaca mata, spatu / boot karet.</p> <p>f. Sarung tangan dengan DTT / steril 4 pasang.</p> <p>g. 1 buah lampu sorot.</p> <p>h. Penampung darah dan jaringan.</p> <p>i. Waskom air klorin 0,5%</p> <p>j. Waskom air DTT</p>		

	<p>Persiapan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Siapkan lingkungan. Memberitahu pasien dan keluarga pasien tentang hal-hal yang akan dilakukan. Informed concern. Kosongkan kandung kemih pasien. <p>Persiapan obat-obatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Analgetika. Sedative. Atropine Sulfas. Uterotonika.
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> Pasang sampiran. Bidan mempersiapkan pasien yang akan dilakukan kuretase. Bidan / residen / mahasiswa memberikan bimbingan mental dan fisik kepada pasien. Bidan / residen / mahasiswa mengontrol kembali persiapan alat-alat dan obat-obatan yang akan dipakai untuk tindakan kuretase. Bidan / residen / mahasiswa menyiapkan pasien dengan letak litotomi. Bidan memberikan suntukan narkopelatik yang telah disetujui (bila umur pasien > 40 tahun, harus dikonsulkan ke bagian penyakit dalam). Dokter Spesialis Obgyn melakukan tindakan kuretase. Bersihkan ibu dan tempat pasca kuretase. Bersihkan alat-alat dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit kemudian bilas, cuci dan sterilisasi. Cuci tangan setelah melakukan tindakan. Periksa kembali tanda-tanda vital pasien. Pendokumentasian.
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> Kamar Bersalin. Ruang Rawat Inap. Emergensi Kebidanan dan Kandungan. Ruangan yang memerlukan tindakan.

Lampiran 3 Rekomendasi Penelitian dari RSUD dr. Slamet Garut



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
DINAS KESEHATAN
UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS (UOBK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SLAMET GARUT
Alamat: Jl. Rumah Sakit No. 12 Telp.(0262)232720 Website rsudrslamet.garutkab.go.id
Email garutr sudrslamet@gmail.com Kode Pos 44151
GARUT

REKOMENDASI PENELITIAN Nomor:800.2.4/109/UOBK/RSUD

Menindaklanjuti surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut nomor:072-0534-Bakesbangpol/V/2025,Tanggal 19 Mei 2025. Dengan ini kami sampaikan:

- a. Memberikan rekomendasi Ijin Penelitian kepada Mahasiswa/i STIKes Karsa Husada Garut Program Studi D3 Kebidanan,dalam rangka Penelitian dengan judul "*Asuhan Kebidanan pada Pasien Abortus Inkomplit*" yang akan dilaksanakan pada tanggal 07 Mei-07 Juni 2025,atas nama:

Nama : Heti Herawati
NIM : KHGB22001

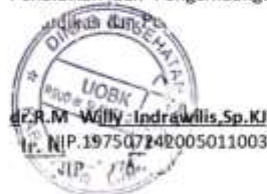
- b. Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 8 Tahun 2023 Tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah Terkait Tarif Non Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut dengan sebesar:

Penelitian Kesehatan	Tarif (Rp)
1) Menggunakan rekam medik 1-30	190.000,-
2) Menggunakan wawancara 1-10 responden	350.000,-
3) Menggunakan kuesioner 1-30	200.000,-

- c.Selama melaksanakan Penelitian di UOBK RSUD dr.Slamet Garut harus mentaati segala peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian rekomendasi ini disampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.Garut, 19 Mei 2025

a.n.Direktur
Wakil Direktur
Pendidikan dan Pengembangan Mutu,



Tembusan Disampaikan Kepada Yth:


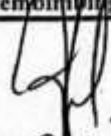


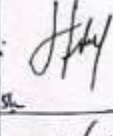

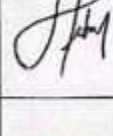

1. Direktur UOBK RSUD dr. Slamet Garut (Sebagai Laporan)
2. Wadir Pelayanan dan Keperawatan
3. Wadir Umum dan Keuangan

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Heti Hiawati
 NIM : KHGB22001
 Judul KTI : Abortus Inkomplet

Nama Pembimbing : Bdn. Dian F.S. ST. M. Keb
 NIDN : 0416038801

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 08 Juli 2025	BAB II IV	Revisi BAB II = IV Berkas ovum refren ce.		
2.	Senin, 21 Juli 2025	Revisi LTA	USG menetek & lama perikatan - penatalaksanaan - papir isy kaku - personal hygiene		
3.	Rabu, 23 Juli 2025	Revisi LTA	Daptromykan Alatelli - penatalaksanaan - bos si. - Personal hygiene		
4.	Jamie 25 Juli 2025	Revisi LTA	ACC revisi pasca ordang.		
5.					
6.					
7.					

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Heli Horawat

Nama Pembimbing : Rosita Alvia S.Si., M. Ed.

NIM : 44082201

NIDN : 0432980412106

Judul KTI : Abstrak Intempid

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 15/06/25	Revisi LTA	Latar Belakang BAB IV	Heli	Rosita
2.	Kamis 10/07/25	Revisi LTA	BAB III urutan Perkenalan	Heli	Rosita
3.	Kamis 31/07/25	Revisi LTA	BAB-I -TTE	Heli	Rosita
4.	Jumat 07/08/25	Revisi LTA	ACC	Heli	Rosita
5.					
6.					
7.					

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Heli Herawati

Nama Pembimbing : Hj. Esa Fisi Suazir

NIM : KHGB 22001

NIDN : 043298.1004.031

Judul KTI : Abortus Inkomplit

No	Hari/ Tanggal	Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Sabtu 18 April 2025	Judul	AEC Judul	Heli	Es
2.	Rabu 30 April 2025	Bab 1-3	Revisi Bab 1	Heli	Es
3.	Selasa 20 April 2025	Revisi Bab 1	Revisi	Heli	Es
4.	Selasa 20 April 2025	Bab II & VI	Revisi	Heli	Es
5.	Selasa 20 April 2025	Bab III kasus	Revisi	Heli	Es
6.	27/05/2025	Bab IV dan V	Revisi	Heli	Es
7.	30/05/2025	Tata letak dan Penomoran	Tata letak dan Penomoran	Heli	Es

8.	2/6/2015	1	Acc Sidang	<i>H. H.</i>	<i>Am.</i>
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Garut 2025

Mahasiswa

Pembimbing

H. H.

(.....)

(.....)