

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. Y USIA 32
TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 9-10 MINGGU DENGAN
ABORTUS INSIPIENS DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**DINDA PUTRI RAMADHANI
KHGB23012**



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ahli Madya Kebidanan, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada maupun di perguruan tinggi lain.
2. Laporan Tugas Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan peneliti 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 dikemudian 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 Institut Kesehatan Karsa Husada.

Garut, 15 Juni 2026
Yang membuat pernyataan



Dinda Putri Ramadhani
KHGB23012

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. Y USIA 32
TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 9-10 MINGGU DENGAN
ABORTUS INSIPIENS DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : DINDA PUTRI RAMADHANI

NIM : KHGB23012

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disetujui Untuk Disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Studi D III Kebidanan
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 15 Juni 2026

Menyetujui,
Pembimbing



Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes
NIP. 042039.1209.067

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. Y USIA 32
TAHUN G3P2A0 GRAVIDA 9-10 MINGGU DENGAN
ABORTUS INSIPIENS DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : DINDA PUTRI RAMADHANI

NIM : KHGB23012

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 18 Juni 2026

Mengesahkan,
Pembimbing



Bdn. Desy Syswianti, S.ST., M.Kes
NIP. 042039.1209.067

Penela'ah I



Fitri Hanrivani, S.ST., M.Keb., M.Pd
NIP.042039.1009.063

Penela'ah II



Siti Nurcahyani R, S.ST., M.K.M
NIP.042039.0122.166

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Kebidanan



Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes
NIP.042039.1009.064

KATA PENGANTAR

Segala puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah menganugerahkan berbagai kenikmatan, kekuatan, dan pertolongan. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah limpahkan kepada suri tauladan kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabat, tabi'in-tabi'innya dan semoga tersampaikan kepada kita yang tetap istiqomah dalam mengikuti ajarannya. Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis cukup mengalami kesulitan, namun berkat rahmat Allah, serta adanya bimbingan, petunjuk dan bantuan semua pihak, tersusunlah laporan tugas akhir ini yang penulis beri judul "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Inspiciens di RSUD dr. Slamet Garut."

Dengan segenap kerendahan hati penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal yang disebabkan karena keterbatasan ilmu yang penulis miliki. Atas bantuan semua pihak, penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dr. H. Hadiat, M.A., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
2. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
4. Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
5. Lina Humaeroh, S.ST., M.Kes., selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Bdn. Desy Syswianti., S.ST., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan dan motivasi sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.

7. Fitri Hanriyani, S.ST., M.Keb., M.Pd., selaku penela'ah I yang telah memberikan koreksi dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Siti Nurcahyani Ritonga, S.ST., M.K.M., selaku penela'ah II yang telah memberikan koreksi dan saran sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Seluruh dosen, staff kependidikan dan tata usaha Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang telah membekali ilmu pengetahuan serta keterampilan yang bermanfaat selama penulis menjalankan pendidikan.
10. Yulan Yunari, S.Tr.Keb dan seluruh bidan yang selalu membantu penulis dalam bentuk moral dan materi serta memberikan ilmu dan bimbingannya kepada penulis.
11. Ny. Y dan keluarga yang telah bersedia dan bekerjasama dalam proses pengkajian studi kasus ini.

Semoga Allah SWT senantiasanya melimpahkan karunia-Nya dan membalas amal serta kebaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu selama penyelesaian laporan tugas akhir ini, penulis berharap semoga laporan ini dapat memberikan pengetahuan dan bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin Ya Allah Ya Rabbal Alamiin.

Garut, 10 Juni 2026



Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan Alhamdulillahil'alamiin puji syukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberi saya kekuatan, membekali dengan ilmu pengetahuan serta memperkenalkan saya dengan cinta. Atas karunia dan kemudahan yang engkau berikan, akhirnya tugas akhir ini dapat diselesaikan tepat waktu. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada baginda Rasulullah SAW.

Rasa syukur dan bahagia ini saya persembahkan kepada orang-orang yang saya cintai dan berarti dalam hidup saya karena menjadi penyemangat atas segala perjuangan selama ini sehingga menjadi alasan terkuat dalam proses penyelesaian tugas akhir ini:

1. Kedua orang tua tercinta, Bapak Asum Maksum dan Ibu Widan Diani, yang dengan ketulusan, kesabaran dan kasih sayang tak terhitung telah membimbing penulis sejak masa kecil hingga mencapai bangku perguruan tinggi. Terima kasih atas setiap doa yang dipanjatkan, setiap nasihat yang diberikan dan setiap pengorbanan yang mengiringi langkah penulis hingga mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Terima kasih pula atas cinta yang tak pernah berkurang dan dukungan yang tidak pernah berhenti menguatkan penulis sepanjang perjalanan pendidikan ini. Semoga Allah SWT membalas ketulusan dengan keberkahan dan kesehatan sepanjang usia, Aamiin Ya Allah Ya Rabbal Alamin.
2. Kakak-kakak tersayang, Hana Oktaviana, Hani Oktaviani dan Pebri Putra Utama, yang selalu memberikan contoh, motivasi untuk terus belajar dan berkembang. Terima kasih atas nasihat bijak, dukungan dan kepercayaan yang tak pernah pudar, terhadap setiap langkah yang penulis ambil, bahkan ketika penulis meragukannya. Penulis belajar banyak dari kalian, semoga kita akan terus saling mendukung dan menginspirasi dalam perjalanan hidup masing-masing.
3. Sahabat seperjuangan, Yesa Fatmawati, Hilda Anugrah Hilmana dan Susan Susanti Agustin. Terima kasih sudah berbagi kebahagiaan maupun kesedihan selama masa kuliah, untuk setiap dukungan, tawa dan cerita yang membuat

hari-hari terasa lebih berarti. Kehadiran kalian menjadikan perjalanan kuliah begitu indah dan berwarna. *See you on top, guys!*

4. *Last but not least*, kepada diri saya sendiri Dinda Putri Ramadhani. Apresiasi sebesar-besarnya karena telah menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terima kasih untuk tetap hidup dan merayakan dirimu sendiri sampai detik ini, walau sering kali merasa putus asa atas apa yang di usahakan. Tetaplah menjadi manusia yang selalu mau berusaha dan tidak lelah mencoba. Terima kasih karena memutuskan untuk tidak menyerah dan berhasil menyelesaikan laporan tugas akhir ini sebaik dan semaksimal mungkin. Mari terus bekerjasama untuk tumbuh dan berkembang, menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari.

Garut, 10 Juni 2026



Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Metode Pengumpulan Data	5
1.5 Waktu dan Tempat Penelitian.....	6
1.5.1 Waktu.....	6
1.5.2 Tempat	6
1.6 Manfaat Penelitian.....	6
1.6.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.6.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Kehamilan	8

2.1.1 Definisi Kehamilan	8
2.1.2 Fisiologi Kehamilan	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Kehamilan	9
2.1.4 Tanda Bahaya Kehamilan.....	17
2.2 Abortus Insiapiens	18
2.2.1 Definisi Abortus	18
2.2.2 Etiologi Abortus	18
2.2.3 Patofisiologis Abortus	23
2.2.4 Tanda dan Gejala Abortus Insiapiens	24
2.2.5 Klasifikasi Abortus	24
2.2.6 Komplikasi Abortus Insiapiens	32
2.2.7 Diagnosis Abortus	33
2.2.8 Penatalaksanaan Abortus.....	34
2.3 Asuhan Komplementer Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Skala Nyeri	36
2.4 Kewenangan Bidan.....	37
2.4 Evidence Based	38
2.4.1 Abortus yang Berhubungan dengan Aktivitas dan Pekerjaan Ibu	38
2.4.2 Abortus yang Berhubungan dengan Status Gizi dan Indeks Massa .	41
Tubuh (IMT).....	41
2.4.3 Pengurangan Rasa Nyeri dengan Teknik Relaksasi Napas Dalam...	43
2.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dalam bentuk SOAP.....	45
2.5.1 Subjektif	45
2.5.2 Objektif.....	46
2.5.3 Analisa	46

2.5.4 Penatalaksanaan	46
BAB III TINJAUAN KASUS.....	47
3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravid 9-10 Minggu dengan Abortus Inspiciens di RSUD dr. Slamet Garut	47
3.2 Catatan Perkembangan 1	55
3.3 Catatan Perkembangan 2	57
3.4 Catatan Perkembangan 3	60
3.5 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus.....	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	67
4.1 Data Subjektif.....	67
4.2 Data Objektif	69
4.3 Analisa	70
4.4 Penatalaksanaan.....	71
4.5 Pendokumentasian.....	73
BAB V PENUTUP	74
5.1 Kesimpulan.....	74
5.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA.....	76
DAFTAR LAMPIRAN	80
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	90

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Abortus Secara Klinis	31
Tabel 3.1 Matriks	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi Abortus	32
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SOP Penatalaksanaan Abortus di RSUD dr. Slamet Garut	80
Lampiran 2. SOP Penatalaksanaan Kuretase di RSUD dr. Slamet Garut	86
Lampiran 3. Lembar Bimbingan	88

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama derajat kesehatan suatu bangsa yang mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi. Secara global, *World Health Organization* (WHO) melaporkan AKI sebesar 223 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2023, masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yakni di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2023).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2024, AKI di Indonesia tercatat sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2022. Angka ini belum mencapai target RPJMN 2020-2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2024 adalah komplikasi nonobstetrik dalam kehamilan sebanyak 1.351 kasus, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 988 kasus dan perdarahan obstetrik sebanyak 955 kasus. Abortus sebagai salah satu kontributor perdarahan yang signifikan. (Kemenkes RI, 2024).

Provinsi Jawa Barat mencatat kemajuan signifikan dengan jumlah kematian ibu pada tahun 2025 sebanyak 646 kasus (88,78 per 100.000 KH). Capaian ini menunjukkan penurunan sebanyak 103 kasus dibandingkan tahun 2024 yang mencatat 749 kasus. Meskipun terjadi penurunan, angka ini masih tergolong tinggi mengingat Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah

persalinan terbesar secara nasional. Kematian ibu di Jawa Barat paling banyak disebabkan oleh komplikasi non-obstetrik dengan persentase 28,8%. Selain itu, perdarahan menyumbang 27,2% dan hipertensi dalam kehamilan sebesar 25,4%. Ketiga penyebab tersebut mencakup lebih dari 80% dari keseluruhan kasus kematian ibu. Sementara itu, penyebab lain terdiri atas komplikasi obstetrik sebesar 12,1%, infeksi 3,9%, dan abortus sebesar 1,9%. Faktor komplikasi manajemen menjadi penyebab dengan angka paling rendah, yaitu hanya 0,8% (Dinkes Jabar, 2025).

Di tingkat Kabupaten Garut, pada tahun 2025 tercatat sebanyak 68 kasus kematian ibu dan merupakan jumlah tertinggi kedua setelah Kabupaten Bogor. Kematian Ibu di Garut paling banyak disebabkan oleh perdarahan obstetrik yaitu 32,3%, hipertensi dalam kehamilan 22%, komplikasi non-obstetrik 22%, komplikasi obstetrik 16,1%, infeksi 5,8% dan abortus sebesar 1,4% (Dinkes Garut, 2025).

Berdasarkan hasil pengkajian di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut, tercatat sebanyak 234 kasus abortus selama tahun 2025. Sementara itu, pada periode Januari–Februari 2026 ditemukan 24 kasus abortus. (RSUD dr. Slamet Garut, 2026).

Abortus dapat menyebabkan komplikasi seperti perdarahan hebat, syok, dan infeksi dapat berkontribusi terhadap kematian ibu sehingga penanganan cepat dan tepat menjadi krusial. Penatalaksanaan komprehensif mencakup pengkajian tanda vital, pemantauan jumlah perdarahan, pemeriksaan penunjang seperti USG, evakuasi sisa hasil konsepsi bila diperlukan, serta konseling dan

dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga. Asuhan kebidanan pada kasus abortus inkomplit menjadi penting untuk mencegah komplikasi dan menjaga keselamatan ibu, serta sebagai bagian dari upaya menurunkan AKI dan AKB di tingkat pelayanan primer (Anggrayani, 2023).

Sebagai tenaga kesehatan, bidan berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan profesi sesuai dengan UU Nomor 17 Tahun 2023 Pasal 274 dan 275 dimana tenaga kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan gawat darurat dalam rangka penyelamatan nyawa atau pencegahan kedisabilitasan dengan memberikan pelayanan yang berkesinambungan fokus pada aspek penanganan melalui pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, dan konseling. Banyaknya kasus abortus bila tidak langsung ditangani dengan seksama akan menyebabkan akibat buruk bagi ibu bahkan bisa sampai meninggal dunia. Kasus abortus ini juga perlu ditangani sesuai dengan standar penanganan awal dan keterampilan bidan dalam penanganan abortus berperan sangat penting untuk mengurangi AKI (Pujianti, 2024).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengambil kasus sebagai bahan untuk laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada kasus Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.
2. Mengumpulkan data objektif pada kasus Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.
3. Menetapkan analisis pada kasus Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.
4. Melakukan penatalaksanaan pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravidita 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.

5. Melakukan pendokumentasian pada kasus Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Metode Pengumpulan Data

Penelitian tentang asuhan kebidanan ibu bersalin Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens di RSUD dr. Slamet Garut disusun dalam bentuk studi kasus yang didapat berdasarkan keadaan dan situasi yang nyata dan tertuju pada pemecahan masalah.

Teknik pengumpulan data primer dan sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari klien dengan cara wawancara anamnesa untuk mendapatkan data subjektif dan observasi secara langsung dengan pemeriksaan fisik klien untuk mendapatkan data objektif, sedangkan data sekunder diperoleh dari literatur yang terkait dengan kasus disertai dengan hasil pemeriksaan penunjang dalam status klien.

Data diambil berdasarkan tanya jawab langsung tentang masalah yang diangkat dan juga melakukan observasi terhadap klien, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Tahap akhir adalah studi dokumentasi dengan cara melihat catatan medis dan data penunjang yang ada dalam status klien.

1.5 Waktu dan Tempat Penelitian

1.5.1 Waktu

Waktu penelitian Laporan Tugas Akhir ini dilaksanakan Tanggal 11-13 Maret 2026.

1.5.2 Tempat

Lokasi penelitian ini bertempat di Ruang Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan bahan informasi untuk perkembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan abortus insipiens.

1.6.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Klien

Sebagai tambahan informasi bagi khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan abortus insipiens. Guna memiliki kesadaran untuk memeriksakan diri ketempat pelayanan kesehatan sebagai upaya pencegahan, sehingga komplikasi dapat dihindari sedini mungkin.

2. Bagi Bidan

Diharapkan instansi kesehatan dapat memberi masukan bagi instruksi kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas

pelayanan khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan abortus insipiens.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi untuk pendidikan serta dapat menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan abortus insipiens.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan menjadi bahan referensi dan kajian serta informasi pendidikan sehingga bahan referensi ini dapat menjadi acuan bagi mahasiswa kebidanan dan melaksanakan asuhan kebidanan khususnya dalam penatalaksanaan kasus kebidanan dengan abortus insipiens.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Menurut *Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (FOGI)*, kehamilan didefinisikan sebagai fertilitas atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan adalah satu rantai yang berkesinambungan dan dimulai dari ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, proses konsepsi, nidasi (implantasi) pada endometrium, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi hingga 40 minggu. Kehamilan pertumbuhan perkembangan janin intra uteri sejak konsepsi dan berakhir pada saat permulaan persalinan. Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah 259-293 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

1. Bayi kurang bulan jika dilahirkan dengan masa gestasi <37 minggu
2. Bayi cukup bulan jika dilahirkan dengan masa gestasi 37-42 minggu
3. Bayi lebih bulan jika bayi dilahirkan dengan masa gestasi >42 minggu

Kehamilan terbagi atas 3 trimester yaitu:

1. Kehamilan trimester I antara 0-12 minggu
2. Kehamilan trimester II antara 12-27 minggu

3. Kehamilan trimester III antara 28-40 minggu

Dalam trimester pertama organ-organ mulai dibentuk. Trimester kedua organ telah dibentuk, tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih diragukan. Sementara janin yang dilahirkan pada trimester terakhir telah viable (dalam hidup). Bila hasil konsepsi dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan di bawah 20 minggu disebut abortus (keguguran). Bila hal tersebut terjadi dibawah 36 minggu disebut partus prematur. Kelahiran dari 38 minggu sampai 40 minggu disebutkan partus aterm (Abdullah, 2024).

2.1.2 Fisiologi Kehamilan

Fisiologi kehamilan adalah suatu peristiwa alami dan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implementasi), pada uterus pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Abdullah, 2024).

2.1.3 Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Tanda-Tanda Kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti

1) Amenorhea

Amenorhea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun hal ini tidak dapat di anggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorhea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik.

2) Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum mulai dari rasa yang tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan, dalam kedokteran sering disebut dengan *morning sickness* karena munculnya sering kali pagi hari. Mual dan muntah diperberat oleh makanan yang baunya menusuk dan juga oleh emosi penderita yang tidak stabil.

3) Mastodinia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Vaskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh esterogen dan progesteron.

4) Quickening

Quickening adalah persepsi gerakan janin pertama biasanya didasari pada kehamilan 16-20 minggu.

5) Sering buang air kecil

Frekuensi kencing bertambah dan biasanya pada malam hari disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke cranial. Hal ini terjadi pada trimester kedua, keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, gejala timbul kembali karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kemih.

6) Konstipasi

Konstipasi ini terjadi karena efek relaksasi hormon progesteron atau dapat juga karena perubahan pola makan.

7) Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena napsu makan menurun serta mual muntah pada bulan. selanjutnya, berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm.

8) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain cloasma, yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada pipi biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah areola dan puting susu warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan ini disebabkan stimulasi *melanocyte stimulating hormone* (MSH). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut *striae gravidarum*, yaitu perubahan seperti jaringan parut.

9) Mengidam

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama mengandung. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama, akan tetapi akan segera menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

10) Pingsan

Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat dan sering pingsan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu. Tidak dianjurkan untuk pergi ke tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.

11) Lelah

Kondisi lelah disebabkan oleh menurunnya *Basal Metabolik Rate* (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktivitas metabolik produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar.

12) Varises

Varises sering dijumpai pada kehamilan lanjut, yang dapat dilihat pada daerah genetalia eksterna, kaki, dan betis. Pada multigravida, kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang lalu, timbul kembali pada trimester pertama. Terkadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda.

13) Epulis

Epulis ialah suatu hipertrofi papilla gingivae. Hal ini sering terjadi pada trimester pertama.

b. Tanda-Tanda Kemungkinan Hamil

1) Perubahan pada uterus

Uterus mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak bentuknya globuler. Teraba balotement, tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak. Balotement adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan.

2) Tanda piskacek

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (implantasi) tempat kehamilan. Sejalan dengan bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus menjadi semakin simetris. Tanda piskacek's, yaitu dimana uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut.

3) Suhu basal

Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi uterus antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan.

4) Tanda Hegar

Tanda ini berupa pelunakan pada daerah istmus uteri sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus mudah difleksikan dapat diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Tanda ini mulai terlihat pada minggu ke-6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8.

5) Tanda goodell

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Serviks terasa lebih lunak, penggunaan kontrasepsi oral juga dapat memberikan dampak ini.

6) Tanda chadwick

Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea). Tanda-tanda ini disebut tanda chadwick. Warna portio tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi meningkat.

7) Tanda mc donald

Fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan isthmus.

8) Pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke-16, karena pada saat ini uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.

9) Kontraksi uterus

Tanda ini muncul belakangan dan ibu mengeluh perutnya kencang tetapi tidak disertai rasa sakit.

10) Pemeriksaan tes biologis kehamilan

Pada pemeriksaan ini hasilnya positif.

c. Tanda Pasti Hamil

1) Denyut jantung janin

DJJ dapat didengar dengan stetoscope laenec pada minggu 17-18, dengan doppler DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12.

2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, akan tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu. Pasalnya, pada usia kehamilan tersebut ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut quickening atau yang sering disebut dengan kesan kehidupan. Bagian bagian janin dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu.

3) Terlihat bagian-bagian janin

Pada pemeriksaan USG Pada ibu yang diyakini dalam kondisi hamil, maka dalam pemeriksaan USG terlihat adanya gambaran janin. USG memungkinkan untuk mendeteksi jantung kehamilan (gestasional sac) pada minggu ke-5 hingga ke-7. Pergerakan jantung biasanya biasa terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar ke-8. Melalui minggu pemeriksaan USG dapat diketahui juga panjang, kepala dan bokong janin serta merupakan metode yang akurat dalam menentukan usia kehamilan.

4) Pemeriksaan USG

- a) Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan
- b) Gambaran yang terlihat, yaitu ada nya rangka janin dan kantong Pemeriksaan kehamilan.
- c) Rontgen, merupakan salah satu alat untuk melakukan penegakan diagnosis pasti kehamilan. Terlihat gambaran kerangka janin, yaitu tengkorak dan tulang belakang (Abdullah, 2024).

2.1.4 Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda dapat mengindikasikan abortus, kehamilan ektopik, atau mola hidatidosa. Sementara perdarahan pada kehamilan lanjut dapat menandai plasenta previa atau solusio plasenta.

2. Hipertensi dalam Kehamilan/Preeklamsi

Preeklampsia merupakan masalah kesehatan yang muncul setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu, ditandai dengan hipertensi dan proteinuria. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg. Gejala utama lain yang sering terjadi meliputi sakit kepala berat, gangguan penglihatan (pandangan kabur), sesak napas, serta mual muntah.

3. Kejang

Kejang pada ibu hamil dengan riwayat hipertensi mengindikasikan eklampsia dan merupakan kedaruratan obstetrik.

4. Gerakan Janin Tidak Dirasakan

5. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

Apabila kehamilan belum cukup bulan dan terjadi pengeluaran cairan per vaginam yang merupakan air ketuban, perlu diwaspadai risiko persalinan preterm dan komplikasi infeksi (Lit & Limoy, 2020).

2.2 Abortus Insiapiens

2.2.1 Definisi Abortus

Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan pada umur kehamilan < 20 minggu dengan berat badan janin < 500 gr (Albin & Perkasa, 2023).

Menurut Sembiring & Sihombing, abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum viabilitas janin (usia kehamilan <20 minggu, berat <500 gram), yang terjadi pada 10% seluruh kehamilan dan 80% di antaranya pada trimester pertama, sering dikaitkan dengan anomali kromosom atau faktor maternal (Sembiring & Sihombing, 2024).

Abortus insipiens merupakan kondisi perdarahan yang terjadi pada uterus saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu, disertai pelebaran (dilatasi) serviks yang progresif, namun hasil konsepsi belum keluar dari rongga uterus. Kondisi ini ditandai dengan nyeri kram perut bawah yang semakin intens serta perdarahan yang semakin berat sehingga dapat membahayakan kondisi ibu. Pada abortus insipiens, kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan sehingga pengeluaran hasil konsepsi perlu segera dilakukan melalui kuretase atau tindakan evakuasi lainnya (Musyarof, 2024).

2.2.2 Etiologi Abortus

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. faktor-faktor yang dapat meningkatkan terjadinya abortus antara lain:

1. Faktor dari janin (fetal); kelainan yang paling sering dijumpai adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, berupa sebagai berikut.
 - a. Kelainan telur; kelainan telur (blighted ovum), kerusakan embrio, kelainan kromosom (monosomi, trisomi atau poliploidi), merupakan 50% penyebab abortus.
 - b. Trauma embrio; pasca sampling vili korionik, amniosentesis.
 - c. Kelainan pembentukan plasenta; hipoplasia trofoblas.
2. Faktor dari ibu (maternal), berupa:
 - a. Infeksi; Berisiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Penyebab kematian janin tidak diketahui secara pasti akibat infeksi janin atau oleh toksin yang dihasilkan mikroorganisme penyebab infeksi. Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus antara lain:
 - 1) Virus; rubella, sitomegalovirus, herpes simpleks, varicella zoster, vaccinia, campak, hepatitis, polio, ensefalomielitis.
 - 2) Bakteri; salmonella typhi.
 - 3) Parasit; toxoplasma gondii, plasmodium.
 - b. Penyakit vaskular; hipertensi, penyakit jantung.

- c. Kelainan endokrin; abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi, terjadi disfungsi tiroid atau defisiensi insulin.
- d. Immunologi; ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem *Human Leukocyte Antigen* (HLA), *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- e. Antagonis Rhesus; jika ibu dan janin memiliki rhesus yang berbeda. (Putri & Mudlikah, 2019)
- f. Trauma; jarang terjadi, umumnya segera setelah trauma, misalnya trauma akibat pembedahan pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8 dan pembedahan intraabdominal dan pembedahan uterus pada saat hamil.
- g. Kelainan uterus; hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau retroflexio uteri gravidi incarcerata.
- h. Status Gizi;

1) Gangguan Hormonal dan Resistensi Insulin

Penumpukan jaringan adiposa yang berlebihan pada wanita dengan obesitas memicu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia. Kondisi ini secara langsung mengganggu sumbu hipotalamus–pituitari–ovarium (HPO), sehingga menyebabkan disfungsi hormonal yang

meliputi ketidakseimbangan kadar estrogen, FSH (Follicle Stimulating Hormone), dan LH (Luteinizing Hormone). Gangguan pada sistem hormonal ini berdampak pada kualitas implantasi embrio serta kelangsungan kehamilan awal, yang pada akhirnya meningkatkan risiko keguguran.

2) Pengaruh Leptin dan Adipokin

Jaringan lemak yang berlebihan pada kondisi obesitas meningkatkan produksi hormon leptin. Kadar leptin yang tinggi disertai resistensi terhadap leptin akan memengaruhi fungsi endometrium, menghambat implantasi, serta menurunkan kualitas lingkungan intrauterin yang diperlukan untuk pertumbuhan embrio normal (Susilowati, 2026).

3. Faktor dari ayah (paternal); kelainan kromosom dan infeksi sperma diduga dapat menyebabkan abortus.
4. Faktor eksternal, berupa:
 - a. Radiasi; dosis 1-10 Rad dapat merusak janin berusia 9 minggu, dosis lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.
 - b. Obat-obatan; antagonis asam folat, antikoagulan dan lain-lain. Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan ketika usia kehamilan < 16 minggu kecuali obat terbukti tidak membahayakan janin atau indikasi penyakit ibu yang parah.

- c. Zat kimia lain; bahan yang mengandung arsen, benzana, dan lain-lain.
- d. Sosioekonomi, pendidikan dan konsumsi kafein.
- e. Pekerjaan

Pekerjaan dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya abortus. Beban kerja yang terlalu berat atau kondisi fisik yang kurang baik dapat menimbulkan gangguan kesehatan. Selain itu, pada ibu hamil yang memiliki aktivitas kerja berat dapat menimbulkan stress. Wanita yang mengalami stress akan mengalami peningkatan hormon kortisol kemudian. Kortisol akan masuk ke plasenta dan mempengaruhi janin, terutama pada awal kehamilan.

Hormon kortisol yang meningkat karena stresor yang dialami ibu pada masa kehamilan, akan mengaktifasi sumbu HPA (Hipotalamus-Hipofise-Adrenal) ibu-janin. Janin dapat mengalami “stres” konsentrasi CRH (corticotrophin releasing hormon) dalam plasma janin, cairan amnion dan plasma ibu mengalami peningkatan dibanding dengan kadar pada kehamilan normal. CRH plasenta berperan meningkatkan produksi kortisol janin untuk menghasilkan umpan balik positif sehingga plasenta lebih banyak menghasilkan.

CRH merangsang adrenal janin membentuk steroid. CRH secara langsung atau tidak langsung akan meningkatkan pengeluaran androgen yaitu, Dehydroepiandrosterone Sulfat (DHEAS) melalui pelepasan pituitary Adrenocorticotropin (ACTH). Androgen di plasenta diubah menjadi estrogen. Meningkatnya produksi estrogen akan menyebabkan penurunan kadar progesteron dan menyebabkan terjadinya kontraksi di miometrium sehingga menyebabkan berakhirnya masa tenang uterus sehingga terjadi perdarahan pada desidua basalis, dan kontraksi pada uterus menyebabkan hasil konsepsi keluar sehingga terjadi abortus (Sari, 2019).

2.2.3 Patofisiologis Abortus

Umumnya abortus spontan terjadi segera setelah kematian janin, diikuti oleh perdarahan kedalam desidua basalis. Selanjutnya, terjadi perubahan nekrotik di daerah implantasi, infiltrasi sel-sel peradangan akut, dan berakhir dengan perdarahan pervaginam. Pelepasan hasil konsepsi, baik seluruh maupun sebagian, diinterpretasikan sebagai benda asing dalam rongga rahim, sehingga uterus mulai berkontraksi untuk mendorong benda asing keluar rongga rahim (ekspulsi). Perlu ditekankan bahwa pada abortus spontan, kematian embrio biasanya terjadi paling lama 2 minggu sebelum perdarahan, sehingga pengobatan untuk mempertahankan janin tidak layak dilakukan jika perdarahan sudah sedemikian banyak karena abortus tidak akan dapat dihindari.

Sebelum minggu ke-10, seluruh hasil konsepsi biasanya dapat keluar dengan lengkap karena vili korialis belum menanamkan diri secara erat kedalam desidua. Pada kehamilan 10-12 minggu, korion tumbuh cepat dan hubungan antara vili korialis dengan desidua makin erat, sehingga abortus ini sering menyisakan korion (plasenta).

2.2.4 Tanda dan Gejala Abortus Insipiens

Tanda dan gejala abortus insipiens yaitu sebagai berikut:

1. Perdarahan pervaginam (sedang hingga banyak)
2. Perut terasa mulas karena kontraksi uterus yang sering dan kuat
3. TFU sesuai dengan usia kehamilan
4. Serviks membuka
5. Tes urine positif (Putri & Mudlikah, 2019).

2.2.5 Klasifikasi Abortus

Menurut waktu, abortus dapat dikelompokkan sebagai berikut.

1. Abortus dini; bila terjadi pada trimester pertama (kurang dari 12 minggu).
2. Abortus lanjut; bila terjadi antara 12-24 minggu (trimester kedua).

Menurut kejadiannya, abortus dikelompokkan sebagai berikut.

1. Abortus spontan (*spontaneous abortion, miscarriage, pregnancy loss*); Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
2. Abortus buatan (*abortus provocatus, abortus disengaja, digugurkan*); yang dapat dikelompokkan lebih lanjut menjadi berikut.

- a. Abortus buatan menurut kaidah ilmu (*abortus provocatus* atau *artificialis abortus thetapeuticus*); abortus sesuai indikasi untuk kepentingan ibu, misanya penyakit jantung. hipertensi maligna, atau karsinoma serviks. Keputusan pelaksanaan aborsi ditentukan oleh tim ahli yang terdiri atas dokter ahli kebidanan, penyakit dalam, dan psikiatri atau psikolog.
- b. Abortus buatan kriminal (*abortus provocatus kriminalis*); pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah, dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh pihak yang tidak berwenang. Kecurigaan terhadap abortus provokatus kriminalis harus dipertimbangkan bila terdapat abortus febrilis. Aspek hukum tindakan abortus buatan harus diperhatikan. Beberapa bahaya abortus buatan kriminalis yaitu infeksi, infertilitas sekunder, dan kematian.

Secara klinis abortus dibedakan sebagai berikut:

1. Abortus iminens (keguguran mengancam/*threatened abortion*)

Abortus iminens didiagnosis bila seorang wanita sedang hamil < 20 minggu mengeluarkan darah pervaginam. Perdarahan dapat berlanjut selama beberapa hari atau berulang, dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah, seperti saat menstruasi. Sekitar 50% abortus iminens akan menjadi abortus komplet atau inkomplet; 50% kasus kan melanjutkan kehamilannya. Risiko keguguran berkurang bila janin sudah memperlihatkan

aktivitas jantung pada pemeriksaan ultrasonografi (USG), tetapi beberapa kepustakaan menyebutkan adanya risiko persalinan preterm atau gangguan pertumbuhan dalam rahim (*intrauterine growth restriction*) pada kasus seperti ini. Dasar diagnosis klinis:

- a. Anamnesis; perdarahan dari jalan lahir (biasanya sedikit) dan nyeri perut tidak ada atau ringan.
- b. Pemeriksaan dalam; terdapat fluksus, ostium uteri tertutup, dan ukuran uterus sesuai usia kehamilan.
- c. Pemeriksaan penunjang; USG dapat menunjukkan bahwa hasil konsepsi masih utuh dan terdapat tanda kehidupan janin/embrio, meragukan, atau tidak baik dan janin/embrio sudah mati atau tidak ada.

2. Abortus insipiens (keguguran berlangsung/*inevitable abortion*)

Aborsi ini didiagnosis bila seorang wanita yang sedang hamil < 20 minggu mengalami perdarahan banyak, terkadang disertai gumpalan darah dan nyeri karena kontraksi kuat uterus serta terdapat dilatasi serviks, sehingga jari pemeriksa dapat masuk meraba ketuban. Kadang-kadang, perdarahan dapat menyebabkan kematian ibu dan jaringan yang tertinggal dapat menyebabkan infeksi, sehingga evakuasi harus segera dilakukan. Janin biasanya sudah mati, sehingga upaya mempertahankan kehamilan pada keadaan ini merupakan kontraindikasi. Dasar diagnosis klinis:

- a. Anamnesis; perdarahan dari jalan lahir disertai nyeri kontraksi rahim.
- b. Pemeriksaan dalam; ostium uteri terbuka, hasil konsepsi masih terdapat di dalam rahim, dan ketuban teraba utuh serta mungkin menonjol.

3. Abortus inkomplit (keguguran tidak lengkap/*incomplete abortion*)

Abortus inkomplit didiagnosis bila sebagian hasil konsepsi telah lahir atau teraba di vagina tetapi sebagian masih tertinggal, biasanya jaringan plasenta. Perdarahan biasanya terus berlangsung, dapat banyak dan membahayakan ibu. Ostium uteri sering kali tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing (*corpus allienum*), sehingga uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan berkontraksi sehingga ibu merasa nyeri tetapi tidak sehebat pada abortus insipiens. Pada beberapa kasus, perdarahan tidak banyak dan bila dibiarkan serviks akan menutup kembali. Dasar diagnosis klinis:

- a. Anamnesis; perdarahan dari jalan lahir, biasanya banyak, disertai nyeri kontraksi rahim; bila perdarahan banyak, ibu dapat mengalami syok.
- b. Pemeriksaan dalam; ostium uteri terbuka dan sisa jaringan hasil konsepsi dapat teraba.

4. Abortus komplit (keguguran lengkap/*complete abortion*)

Bila hasil kontrasepsi lahir lengkap, abortus disebut komplet (*complete abortion/miscarriage*), dan kuretasi tidak perlu dilakukan. Pada setiap abortus, jaringan yang terlahir harus selalu diperiksa kelengkapannya untuk membedakan dengan kelainan trofoblas (mola hidatidosa). Pada abortus Komplit, perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan berhenti total selambat-lambatnya setelah 10 hari, karena dalam masa ini Juka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks juga segera menutup kembali. Bila perdarahan masih berlangsung melebihi 10 hari setelah abortus, harus dipikir kemungkinan abortus inkompet atau endometritis pasca abortus.

5. Abortus tertunda (keguguran tertunda/*missed abortion*)

Abortus ini terjadi bila hasil konsepsi yang telah mati tertahan di dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. USG menunjukkan bahwa janin tidak utuh dan membentuk gambaran kompleks. Diagnosis via USG tidak selalu mengharuskan hasil konsepsi tertahan ≥ 8 minggu, asalkan ditemukan kehamilan yang nonviabel tanpa gejala perdarahan. Di sekitar janin yang sudah mati terkadang terdapat sedikit perdarahan pervaginam, sehingga menimbulkan gambaran seperti abortus iminens. Namun, rahim selanjutnya tidak membesar tetapi malah mengecil karena air ketuban terabsorpsi dan janin mengalami maaserasi. Tidak ada gejala bermakna lainnya, hanya saja

amenorea terus berlangsung. Abortus spontan biasanya terjadi selambat-lambatnya 6 minggu setelah janin mati. Bila kematian janin terjadi pada kehamilan yang lebih lanjut, janin akan lebih lama tertahan/retensi. Dasar diagnosis klinis meliputi sebagai berikut.

- a. Anamnesis; dapat terjadi atau tidak terjadi perdarahan.
- b. Pemeriksaan obstetrik; fundus uteri lebih kecil dari usia kehamilan, tidak terdapat bunyi jantung janin.

6. Abortus habitualis (keguguran berulang)

Abortus ini terjadi bila abortus spontan berulang sebanyak 3 kali berturut-turut atau lebih (habitual abortion, recurrent miscarriage, recurrent pregnancy loss). Angka kejadiannya jauh lebih sedikit daripada abortus spontan (kurang dari 1%) dan lebih sering terjadi pada primi tua. Abortus habitualis dapat disebabkan oleh kelainan genetik (kromosomal), kelainan hormonal atau imunologik, dan kelainan anatomis.

Abortus habitualis adalah istilah yang diberikan ketika seorang ibu mengalami abortus spontan sebanyak tiga kali atau lebih secara berurutan. Apabila wanita tersebut sudah berulang kali mengalami aborsi, maka ia perlu dipertimbangkan untuk mendapat konseling genetik dan pemeriksaan endokrinologi.

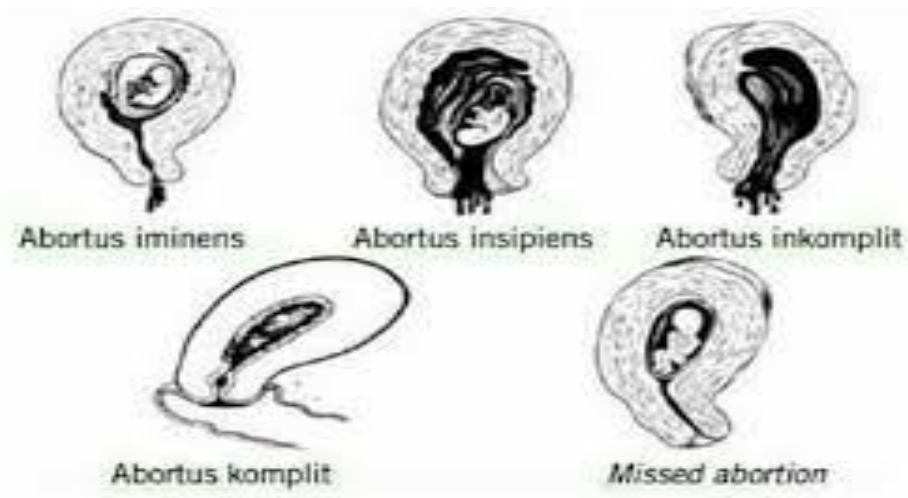
Keguguran berulang terjadi pada 0,5-1% dari pasangan yang mencoba untuk memiliki anak. Pada tahun 2011, Green-top ditetapkan dalam pedoman dari Royal College of Obstetricians dan

Gynaecologists menyatakan bahwa "keguguran berulang didefinisikan sebagai kehilangan kehamilan tiga atau lebih secara berturut-turut". Sebaliknya, American Society for Reproductive Medicine (ASRM) pada tahun 2012 keguguran berulang didefinisikan sebagai "gangguan dua atau lebih gagal kehamilan klinis".

Keguguran berulang didefinisikan sebagai dua atau lebih aborsi spontan berturut-turut sebelum 20 minggu kehamilan, dengan berbagai etiologi. Menurut sebuah studi yang terkait, sampai dengan 20% dari wanita hamil menderita aborsi spontan pada trimester pertama, yang merupakan salah satu penyebab paling umum dari infertilitas perempuan. Saat ini, faktor risiko yang diketahui beberapa keguguran berulang adalah usia ibu, kromosom, Infeksi yang abnormal, trombofilia herediter, anatomi wajar anomali, ketidakseimbangan hormon, dan kekebalan faktor lingkungan dan laki-laki, serta genetik.

Tabel 2.1 Klasifikasi Abortus Secara Klinis

Diagnosis	Perdarahan	Nyeri Perut	Uterus	Serviks	Gejala Khas
Abortus Iminens	Sedikit	Sedang	Sesuai usia kehamilan	Tertutup	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Inspiens	Sedang - banyak	Sedang - hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi
Abortus Inkomplit	Sedang - banyak	Sedang - hebat	Sesuai usia kehamilan	Terbuka	Ekspulsi sebagian jaringan konsepsi
Abortus Komplit	Sedikit	Tanpa/ sedikit	Lebih kecil dari usia gestasi	Terbuka/ Tertutup	Ekspulsi seluruh jaringan konsepsi
<i>Missed Abortion</i>	Tidak ada	Tidak ada	Lebih kecil dari usia gestasi	Tertutup	Janin telah mati tetapi tidak ada ekspulsi jaringan konsepsi



Gambar 2.1 Klasifikasi Abortus

2.2.6 Komplikasi Abortus Insipiens

Abortus insipiens dapat menyebabkan berbagai komplikasi apabila tidak segera ditangani. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah perdarahan hebat yang dapat menyebabkan anemia bahkan syok hipovolemik. Selain itu, sisa jaringan hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan infeksi. Infeksi yang berat dapat berkembang menjadi sepsis dan mengancam jiwa ibu.

Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah perforasi uterus akibat tindakan kuretase yang tidak tepat, gangguan kesuburan, serta trauma psikologis seperti kecemasan dan depresi pasca abortus. Pada beberapa kasus, abortus yang tidak aman juga dapat menyebabkan kerusakan organ reproduksi permanen. Oleh karena itu, abortus insipiens memerlukan penanganan medis yang cepat, aman, dan sesuai prosedur untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu (Widiastuti, 2023).

2.2.7 Diagnosis Abortus

Sebagai seorang bidan pada kasus perdarahan awal kehamilan yang harus dilakukan adalah memastikan arah kemungkinan keabnormalan yang terjadi berdasarkan hasil tanda dan gejala yang ditemukan, yaitu sebagai berikut.

1. Anamnesa

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

2. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan didapatkan:

- 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 didapatkan:

- a. Inspeksi vulva untuk menilai perdarahan pervaginam dengan atau tanpa jaringan hasil konsepsi;
- b. Pemeriksaan pembukaan serviks

- c. Inspekulo menilai ada/tidaknya perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau tertutup, ada atau tidaknya jaringan di ostium;
 - d. Vaginal Toucher (VT) menilai porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, tidak nyeri adneksa, kavum deglas tidak nyeri.
4. Pemeriksaan penunjang dengan ultrasonografi (USG) oleh dokter.

2.2.8 Penatalaksanaan Abortus

Penatalaksanaan abortus dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan umum
 - a. Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernafasan dan suhu).
 - b. Periksa tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik < 90 mmHg). Jika terdapat syok, lakukan tata laksana awal syok. Jika tidak terlihat tanda-tanda syok, tetap pikirkan kemungkinan tersebut saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.
 - c. Bila terdapat tanda-tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam untuk 48 jam.
 - 1) Ampicilin 2 g IV/IM kemudian 1 g diberikan setiap 6 jam.

- 2) Gentamicin 5 mg/kg berat badan IV setiap 24 jam.
 - 3) Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam.
 - 4) Segera rujuk ibu ke rumah sakit.
 - 5) Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran.
 - 6) Lakukan tata laksana selanjutnya sesuai jenis abortus.
2. Penatalaksanaan khusus abortus insipiens
- a. Perbaiki keadaan umum ibu.
 - b. Lakukan pemasangan Laminaria Stiff (LS). Laminaria Stiff umumnya digunakan untuk membantu dilatasi serviks dalam prosedur ginekologi, termasuk persiapan untuk dilatasi dan kuretase (Ferreira et al., 2025).
 - c. Lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi pascakeguguran mengenai kontrasepsi.
 - d. Jika usia kehamilan kurang dari 16 minggu: lakukan evakuasi isi uterus. Jika evakuasi tidak dapat dilakukan segera berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulangi 15 menit kemudian bila perlu, rencanakan evakuasi rujukan).
 - e. Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu: tunggu pengeluaran hasil konsepsi dari uterus, bila perlu berikan infus 40 IU oxytocin

dalam 1 liter NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.

- f. Lakukan pemantauan pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
- g. Berikan antibiotik pasca kuretase untuk mencegah terjadinya infeksi (Putri & Mudlikah, 2019).
- h. Lakukan evakuasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urine setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar Hemoglobin (Hb) setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb > 8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang (Setyowati, 2019).

2.3 Asuhan Komplementer Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Skala Nyeri

1. Mekanisme *Gate Control Theory*

Teknik relaksasi nafas dalam bekerja melalui mekanisme *gate control theory* yang pertama kali dikemukakan oleh Melzack dan Wall. Dengan adanya relaksasi, impuls nyeri dari *nervus trigeminus* akan dihambat dan mengakibatkan tertutupnya "pintu gerbang" di thalamus. Tertutupnya pintu gerbang di thalamus mengakibatkan stimulasi yang menuju korteks serebri terhambat, sehingga intensitas nyeri berkurang (Surjadi, 2023).

2. Mekanisme Pelepasan Endorfin Endogen

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Endorfin dan enkefalin merupakan substansi di dalam tubuh yang berfungsi sebagai

inhibitor terhadap transmisi nyeri. Endorfin berperan sebagai neurotransmitter alami yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga menurunkan sensasi nyeri secara fisiologis (Surjadi, 2023)

3. Mekanisme Psikofisiologis: Aktivasi Sistem Saraf Parasimpatis

Pernapasan yang diperlambat (*slow deep breathing*) terbukti dapat mengurangi nyeri, dengan efek hipotalgesik yang semakin kuat saat pernapasan dilakukan pada frekuensi lebih rendah dan ekspirasi lebih Panjang. Mekanisme ini bekerja melalui peningkatan aktivitas vagal jantung dan baroreflex. Ketika baroreseptor terstimulasi lebih kuat akibat peningkatan tekanan darah sistolik, aktivitas vagal jantung meningkat dan tonus simpatis vaskular menurun, yang menyebabkan penurunan denyut jantung, curah jantung, dan resistensi vaskular perifer. Kondisi ini menciptakan respons relaksasi sistemik yang berkontribusi pada penurunan persepsi nyeri (Jafari, 2020).

2.4 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 insipiens.

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 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.

2.4 Evidence Based

2.4.1 Abortus yang Berhubungan dengan Aktivitas dan Pekerjaan Ibu

Menurut penelitian Putri Khoirun Nisa dkk. (2023), aktivitas ibu selama kehamilan memiliki hubungan dengan kejadian abortus. Aktivitas yang dimaksud meliputi pekerjaan yang dilakukan selama kehamilan, beban kerja fisik, serta tekanan psikologis yang dialami ibu. Hasil penelitian di RSUD Kota Cilegon Banten menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang mengalami abortus merupakan ibu yang bekerja, yaitu sebanyak 69,5% responden. Analisis statistik menunjukkan adanya

hubungan yang signifikan antara pekerjaan atau aktivitas ibu dengan kejadian abortus ($p\text{-value} = 0,001$).

Selama masa kehamilan, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan hormonal yang memengaruhi kemampuan tubuh dalam beradaptasi terhadap aktivitas sehari-hari. Aktivitas yang terlalu berat dapat meningkatkan kebutuhan energi dan menyebabkan kelelahan fisik. Kondisi kelelahan yang berlangsung terus-menerus dapat mengganggu kesehatan ibu dan berpengaruh terhadap pertumbuhan serta perkembangan janin dalam kandungan (Nisa & Kartini, 2023).

Penelitian Aura Audhilla Khadiamsi dkk. (2024) di RSIA Ananda Makassar juga menunjukkan bahwa ibu yang bekerja memiliki risiko lebih tinggi mengalami abortus dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang bekerja memiliki risiko sekitar 2,6 kali lebih besar mengalami abortus dibandingkan ibu yang tidak bekerja ($OR = 2,563$; $p\text{-value} = 0,000$) (Khadiamsi et al., 2024).

Aktivitas kerja yang berlebihan dapat menimbulkan kelelahan fisik maupun tekanan psikologis pada ibu hamil. Beban kerja yang tinggi, waktu kerja yang panjang, serta kurangnya waktu istirahat dapat menyebabkan stres dan menurunkan daya tahan tubuh ibu. Kondisi tersebut dapat memengaruhi sistem endokrin dan sistem kekebalan tubuh yang berperan dalam mempertahankan kehamilan sehingga meningkatkan risiko terjadinya abortus.

Selain aktivitas fisik, faktor psikologis juga berperan penting dalam menjaga keberlangsungan kehamilan. Ibu hamil yang mengalami stres akibat pekerjaan atau aktivitas sehari-hari berisiko mengalami gangguan hormonal yang dapat memengaruhi kondisi janin. Stres yang berkepanjangan dapat menyebabkan gangguan kesehatan ibu dan menghambat proses pertumbuhan janin sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus.

Oleh karena itu, ibu hamil perlu menyesuaikan aktivitas sehari-hari dengan kondisi kehamilannya. Aktivitas fisik tetap diperlukan untuk menjaga kesehatan tubuh, namun harus dilakukan secara seimbang dan tidak berlebihan. Ibu hamil juga dianjurkan untuk mendapatkan waktu istirahat yang cukup, mengonsumsi makanan bergizi, serta melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin agar kondisi ibu dan janin tetap terpantau dengan baik.

Kesimpulan, aktivitas ibu selama kehamilan memiliki hubungan dengan kejadian abortus. Aktivitas yang terlalu berat, beban kerja yang tinggi, kelelahan fisik, dan stres psikologis dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus. Oleh karena itu, ibu hamil perlu menjaga keseimbangan antara aktivitas dan istirahat serta menghindari aktivitas yang dapat menimbulkan kelelahan berlebihan untuk mendukung keberlangsungan kehamilan yang sehat.

2.4.2 Abortus yang Berhubungan dengan Status Gizi dan Indeks Massa

Tubuh (IMT)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gaskins dkk. (2014), indeks massa tubuh (IMT) sebelum kehamilan memiliki hubungan dengan meningkatnya risiko kehilangan janin atau abortus. Wanita dengan kondisi overweight maupun obesitas sebelum hamil cenderung mempunyai risiko keguguran lebih tinggi dibandingkan wanita dengan IMT normal. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa peningkatan berat badan dapat memengaruhi keseimbangan hormon reproduksi, resistensi insulin, hingga gangguan proses implantasi embrio sehingga kehamilan menjadi lebih rentan mengalami abortus. Selain itu, wanita yang mengalami kenaikan berat badan berlebih sejak usia 18 tahun juga menunjukkan peningkatan risiko keguguran yang lebih besar dibandingkan wanita dengan berat badan stabil (Gaskins, 2014).

Penelitian tersebut dilakukan pada 25.719 kehamilan dan ditemukan sebanyak 4.494 kasus kehilangan janin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita dengan obesitas memiliki risiko abortus lebih tinggi dibandingkan wanita dengan berat badan normal. Sebaliknya, wanita yang berhasil menurunkan berat badan sebelum kehamilan memiliki risiko abortus yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa status gizi sebelum kehamilan sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan kehamilan dan kesehatan janin.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Susanti Dwi Lestari (2025) di RSUD Cilacap juga menunjukkan adanya hubungan signifikan antara

IMT dan kejadian abortus pada ibu hamil. Penelitian retrospektif terhadap 1.750 ibu hamil tersebut menemukan bahwa ibu dengan IMT tidak normal, baik terlalu kurus maupun obesitas, memiliki risiko lebih besar mengalami abortus dibandingkan ibu dengan IMT normal. IMT rendah dapat menyebabkan kekurangan nutrisi dan anemia sehingga suplai oksigen ke janin terganggu, sedangkan IMT tinggi dapat menyebabkan gangguan metabolik seperti hipertensi dan diabetes gestasional yang berdampak pada kehamilan (Lestari & Muflihah, 2025).

Penelitian Gustika Anggriani dan Turiyani (2023) juga menyatakan adanya hubungan bermakna antara status gizi dengan kejadian abortus. Penelitian yang dilakukan pada 254 ibu hamil di RSUD Kota Prabumulih menunjukkan bahwa sebagian besar ibu dengan status gizi tidak normal mengalami abortus dibandingkan ibu dengan status gizi normal. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p-value 0,000 yang berarti terdapat hubungan signifikan antara status gizi dengan kejadian abortus (Gustika Anggriani & Turiyani, 2023).

Status gizi yang kurang baik dapat menyebabkan kondisi tubuh ibu menjadi lemah dan memengaruhi pertumbuhan serta perkembangan janin di dalam rahim. Kekurangan nutrisi selama kehamilan dapat menghambat pembentukan plasenta dan mengurangi suplai zat gizi ke janin, sedangkan kelebihan berat badan dapat meningkatkan risiko gangguan metabolisme dan komplikasi obstetri lainnya. Oleh sebab itu, ibu hamil dianjurkan

menjaga status gizi tetap seimbang agar kondisi kehamilan tetap optimal dan risiko abortus dapat diminimalkan.

Kesimpulan dari ketiga penelitian tersebut adalah terdapat hubungan antara status gizi dan indeks massa tubuh dengan kejadian abortus pada ibu hamil. Ibu dengan IMT tidak normal, baik terlalu rendah maupun terlalu tinggi, memiliki risiko lebih besar mengalami abortus dibandingkan ibu dengan IMT normal. Selain itu, riwayat abortus sebelumnya juga dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus berulang. Dengan demikian, pemantauan status gizi dan kesehatan reproduksi sebelum maupun selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk menurunkan risiko abortus.

2.4.3 Pengurangan Rasa Nyeri dengan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurut penelitian Jafari (2020), teknik relaksasi napas dalam (slow deep breathing) terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri dibandingkan pernapasan spontan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta yang melakukan teknik napas dalam secara perlahan memberikan penilaian nyeri yang lebih rendah dibandingkan sebelum intervensi. Pengurangan nyeri menjadi lebih nyata ketika teknik pernapasan dilakukan secara teratur dan terkontrol.

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu metode nonfarmakologis yang efektif untuk membantu mengurangi persepsi nyeri. Melalui pengaturan ritme pernapasan yang lambat dan teratur, tubuh menjadi lebih rileks sehingga rasa tidak nyaman dapat berkurang. Selain itu, teknik ini mudah dilakukan, tidak memerlukan alat khusus, serta dapat

diterapkan secara mandiri oleh pasien sebagai pendamping terapi farmakologis (Jafari et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Surjadi (2023) juga menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan tingkat nyeri. Teknik ini membantu tubuh menjadi lebih rileks sehingga terjadi peningkatan oksigenasi jaringan dan merangsang pelepasan endorfin serta enkefalin sebagai analgesik alami tubuh. Kondisi tersebut menyebabkan transmisi impuls nyeri berkurang sehingga intensitas nyeri yang dirasakan pasien menurun.

Hasil studi kasus tersebut menunjukkan bahwa setelah diberikan edukasi dan latihan teknik relaksasi napas dalam, pasien mampu menerapkan teknik tersebut secara mandiri dan mengalami penurunan tingkat nyeri. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam direkomendasikan sebagai intervensi nonfarmakologis yang aman, sederhana, dan efektif dalam membantu mengurangi rasa nyeri (Surjadi, 2023).

Penelitian lain oleh Prayogi (2022) juga membuktikan bahwa teknik relaksasi napas dalam memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan nyeri. Hasil analisis menunjukkan adanya perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi napas dalam dengan nilai $p = 0,000$, yang menunjukkan bahwa intervensi tersebut efektif dalam menurunkan intensitas nyeri. Sebagian besar responden mengalami

penurunan skala nyeri setelah melakukan latihan napas dalam secara teratur.

Teknik relaksasi napas dalam dapat dijadikan sebagai terapi pendamping dalam manajemen nyeri karena mudah dipelajari, tidak menimbulkan efek samping, serta dapat meningkatkan kenyamanan pasien. Penerapan teknik ini secara konsisten mampu membantu pasien mengontrol rasa nyeri sehingga mendukung proses pemulihan secara optimal (Prayogi, 2022).

Kesimpulan, berdasarkan ketiga penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas dalam merupakan metode nonfarmakologis yang efektif dalam mengurangi intensitas nyeri. Teknik ini terbukti mampu menurunkan persepsi nyeri, meningkatkan rasa rileks dan nyaman, serta dapat diterapkan secara mandiri sebagai terapi pendamping untuk membantu mengoptimalkan pengendalian nyeri.

2.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dalam bentuk SOAP

SOAP merupakan inti dari proses manajemen asuhan kebidanan yang digunakan dalam pendokumentasian pasien pada rekam medis sebagai catatan perkembangan kondisi pasien. Penjelasan mengenai SOAP adalah sebagai berikut:

2.5.1 Subjektif

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh dari klien maupun keluarga melalui hasil wawancara berupa pendapat atau keluhan terhadap kondisi dan kejadian yang dialami. Data ini tidak dapat diukur

secara langsung oleh bidan dan meliputi persepsi, perasaan, serta keluhan pasien terkait keadaan kesehatannya, seperti nyeri, lemas, rasa takut, cemas, frustrasi, maupun mual.

2.5.2 Objektif

Data objektif adalah informasi yang diperoleh melalui hasil observasi dan pemeriksaan fisik menggunakan pancaindra, seperti melihat, mendengar, mencium, dan meraba. Contohnya meliputi frekuensi nadi, pernapasan, tekanan darah, edema, berat badan, serta tingkat kesadaran pasien.

2.5.3 Analisa

Analisa merupakan proses pengambilan keputusan untuk menentukan alternatif pemecahan masalah yang kemudian dituangkan ke dalam rencana asuhan kebidanan sebelum tindakan dilakukan.

2.5.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah proses penyelesaian masalah klinis melalui pengambilan keputusan serta pemberian asuhan yang didasarkan pada tindakan kebidanan (Anita, 2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun G3P2A0 Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Inspiciens di RSUD dr. Slamet Garut

Tanggal Pengkajian : 11 Maret 2026
Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah
Pengkaji : Dinda Putri Ramadhani

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama	: Ny. Y	Nama	: Tn. R
Umur	: 32 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Agama	Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Kp. Cijugul 01/04		

2. Alasan Datang

Ibu mengatakan keluar flek darah tanpa disertai mules dari tanggal 4 Maret 2026 kemudian ibu diperiksa ke TPMB. Berdasarkan hasil pemeriksaan, bidan menganjurkan ibu untuk menjalani *bed rest* di

rumah. Namun, setelah menjalani *bed rest* selama 6 hari, perdarahan yang dialami ibu semakin meningkat disertai mules. Selanjutnya, pada tanggal 10 Maret 2026 ibu melakukan pemeriksaan lanjutan di puskesmas dan dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Berdasarkan hasil pemeriksaan di puskesmas, ibu dinyatakan perlu dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lanjut. Pada tanggal 11 Maret 2026 ibu melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) di poli kebidanan RSUD dr. Slamet Garut, hasil pemeriksaan dari poli, ibu di anjurkan untuk melakukan tindakan kuretase.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh mules pada perut bawah dan keluar darah dari jalan lahir.

4. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

HPHT : 21-12-2025

TP : 28-09-2026

Menarce : 13 Tahun

Siklus : 28 Hari

Lamanya : 7 Hari

Banyaknya : 3x Ganti pembalut

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

Tahun	UK	Tempat	Jenis	Penolong	Penyulit	Nifas
2014	Aterm	TPMB	Spontan	Bidan	HEG	Normal
2020	Aterm	TPMB	Spontan	Bidan	HEG	Normal

c. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini kehamilan ketiganya, sebelumnya tidak pernah keguguran. Ibu pernah memeriksakan kehamilannya 1x di TPMB, status imunisasi TT3, keluhan saat ini mual pada pagi hari dan sudah satu minggu ibu mengalami perdarahan tanpa disertai mules, namun sejak 2 hari yang lalu disertai mules. Ibu tidak ada pantangan makanan, obat yang dikonsumsi MMS (obat yang diberikan oleh bidan).

5. Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi.

6. Riwayat Kesehatan

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit berat, menahun, menurun dan menular seperti jantung, diabetes, malaria dan obesitas begitupun dengan keluarga dan suaminya.

7. Riwayat Pernikahan

Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, saat menikah usia ibu 18 tahun dan suami 25 tahun.

8. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 bulan selama 5 tahun, tidak ada keluhan apapun. Alasan berhenti karena ingin memiliki anak lagi.

9. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan suami dan keluarga mendukung kehamilan ini. Ibu senang dengan kehamilan ini namun sekarang ibu merasa sedih karena harus kehilangan calon bayinya. Ibu tinggal bersama suami dan anak-anaknya. Ibu berencana bersalin di TPMB. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

10. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

Makan	:	Frekuensi	:	2-3x/hari
		Jenis	:	Nasi, sayur, lauk pauk
		Pantangan	:	Tidak ada
Minum	:	Frekuensi	:	6-7x/hari
		Jenis	:	Air putih

b. Eliminasi

BAB	:	Frekuensi	:	1x/hari
		Warna	:	Kuning kecoklatan
		Konsistensi	:	Lembek
BAK	:	Frekuensi	:	8-9x/hari
		Warna	:	Jernih

Konsistensi : Cair

c. Istirahat

Siang : 1 jam

Malam : 7 jam

d. Personal Hygiene

Mandi : 1-2x/hari

Ganti Baju : 2x/hari

e. Aktivitas

Ibu mengatakan mengerjakan pekerjaan rumahnya setiap hari tanpa bantuan siapapun. Selama aktivitas fisik dirumah, ibu beberapa naik turun tangga sambil membawa baju dari lantai 2 ke lantai 1 ataupun sebaliknya.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Antropometri

BB sebelum hamil : 68 kg

BB setelah hamil : 68 kg

TB : 150 cm

IMT : 30,2 (obesitas)

LILA : 29 cm

3. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

TD	: 110/70 mmHg
Nadi	: 84x/menit
Suhu	: 36,6°C
Respirasi	: 21x/menit
SpO ₂	: 98%

4. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan, tidak rontok, tidak ada nyeri tekan.
Wajah	: Bersih, tidak ada oedema, tidak pucat
Mata	: Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
Hidung	: Bersih, tidak ada polip, penciuman baik
Telinga	: Bersih, fungsi pendengaran baik
Mulut	: Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, bibir tidak pucat
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe
Payudara	: Simetris, areola hiperpigmentasi, puting menonjol, tidak ada retraksi, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat nyeri tekan

TFU : Belum teraba ballotement

LP : 97 cm

Ekstremitas : Atas : Tidak ada oedema, kuku tidak pucat

Bawah : Tidak ada oedema dan varises, reflek patella (+/+)

Genitalia : V/V t.a.k, tidak terdapat oedema, vasises, kelenjar bartholini dan scene, portio tebal kaku, terdapat pembukaan 1 jari sempit, perdarahan 100 cc

5. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 11 Maret 2026

HB : 13,7 g/dL

Glukosa urine : Negatif

Triple eliminiasi : Non Reaktif

USG : Terdapat *gestasional sac* dalam cavum uteri
2,4 cm sesuai usia kehamilan

C. Analisa

G3P2A0 usia 32 tahun gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu mengalami abortus insipiens.

Evaluasi : Ibu mengerti dan mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Berkolaborasi dengan dokter obgyn.

Evaluasi : Advice dokter :

- a. Pemasangan infus
- b. Pemasangan Laminaria Stiff (LS)
- c. Rencana tindakan kuretase pada tanggal 12 Maret 2026

3. Memberitahu kepada ibu bahwa akan dilakukan pemasangan LS dan rencana tindakan kuretase sesuai advice dokter.

Evaluasi : Ibu bersedia dilakukan tindakan.

4. Melakukan *infomed concent* untuk pemasangan LS dan tindakan kuretase.

Evaluasi : Ibu bersedia diberikan tindakan.

5. Menganjurkan ibu untuk istirahat pemenuhan nutrisi dan banyak-banyak berdoa.

Evaluasi : Ibu mengikuti anjuran.

6. Memberikan motivasi dan dukungan pada ibu.

Evaluasi : Ibu menjadi tenang.

7. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

3.2 Catatan Perkembangan 1

Tanggal Pengkajian : 11 Maret 2026
 Waktu Pengkajian : 16.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah
 Pengkaji : Dinda Putri Ramadhani

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh mules di bagian perut bawah dan masih ada pengeluaran darah.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : 112/78 mmHg
 N : 88x/menit
 R : 20x/menit
 S : 36,5 °C
 SpO₂ : 99%

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Bersih, tidak ada oedema, tidak pucat
 Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada retraksi, tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat nyeri tekan
 TFU : Belum teraba ballotement

Ekstremitas : Atas : Terpasang infus, tidak ada oedema
 Bawah : Tidak ada oedema dan varises

Genitalia : Terdapat pengeluaran darah 100 cc

C. Analisa

G3P2A0 usia 32 tahun gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu dan keluarga tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Evaluasi : Ibu mengetahui tindakan selanjutnya.

2. Melakukan pemasangan LS sesuai advice dokter.

Evaluasi : Sudah dilakukan pemasangan LS di ruang VK pukul 16.30 WIB.

3. Memberikan motivasi pada ibu.

Evaluasi : Ibu menjadi tenang.

4. Mengajarkan ibu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.

Evaluasi : Ibu dapat mengikuti dan mengatakan nyerinya sedikit berkurang.

5. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan kebutuhan nutrisi.

Evaluasi : Ibu sudah istirahat dan makan minum dengan lauk pauk yang sudah disediakan.

6. Memberitahu ibu untuk puasa dari pukul 02.00 WIB sampai tindakan kuretase selesai.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk puasa.

7. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian.

3.3 Catatan Perkembangan 2

Tanggal Pengkajian : 12 Maret 2026

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah

Pengkaji : Dinda Putri Ramadhani

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan bahwa sudah dilakukan tindakan kuretase pada pukul 09.30 WIB dan ibu mengeluh badannya lemas dan masih ada sedikit darah yang keluar dari jalan lahir serta nyeri perut sudah tidak terasa.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : 121/81 mmHg

N : 85x/menit

R : 21x/menit

S : 36,6

SpO₂ : 99%

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Bersih, tidak ada oedema, tidak pucat

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada retraksi, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran

Abdomen : Masih terdapat nyeri tekan

TFU : Tidak teraba

Ekstremitas : Atas : Terpasang infus, tidak ada oedema

Bawah : Tidak ada oedema dan varises

Genitalia : Terdapat pengeluaran darah 50 cc

C. Analisa

P2A1 usia 32 tahun post kuretase

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan.

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Mengobservasi KU, TTV, TFU kontraksi dan pendarahan.

Evaluasi : KU baik, TTV dalam batas normal, dan pengeluaran darah tampak sedikit.

3. Berkolaborasi dengan dokter obgyn.

Evaluasi : Advice dokter :

- a. Cefotaxime 1 gr 1x1
- b. Metronidazole 500 mg 1x1
- c. Ketorolac 30 mg 3x1

4. Mengajarkan ibu mobilisasi miring kanan dan kiri setelah 2 jam.

Evaluasi : Ibu belajar miring kanan dan kiri.

5. Mengajarkan ibu untuk istirahat untuk menjaga kestabilan keadaan fisik ibu tetap baik.

Evaluasi : Ibu beristirahat.

6. Rencana cek hb pukul 16.00 WIB

Evaluasi : Sudah dilakukan pada pukul 16.00 WIB

7. Memberitahu ibu untuk makan dan minum.

Evaluasi : Ibu sudah makan dengan lauk pauk yang sudah disediakan.

8. Memberikan motivasi dan dukungan psikologis pada ibu.

Evaluasi : Ibu menjadi lebih tenang.

9. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

3.4 Catatan Perkembangan 3

Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2026
 Waktu Pengkajian : 10.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Ruang Agate Bawah
 Pengkaji : Dinda Putri Ramadhani

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan bahwa keadaannya sudah membaik dan tidak ada keluhan.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : 118/71 mmHg
 N : 84x/menit
 R : 21x/menit
 S : 36,6 °C
 SpO₂ : 99%

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Bersih, tidak ada oedema, tidak pucat
 Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak ada retraksi, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pengeluaran
 Abdomen : Tidak terdapat nyeri tekan

TFU : Tidak teraba

Ekstremitas : Atas : Terpasang infus, tidak ada oedema
 Bawah : Tidak ada oedema dan varises

Genitalia : Terdapat sedikit flek darah

Pemeriksaan : Hb : 12,8g/dL

Penunjang

C. Analisa

P2A1 usia 32 tahun post kuretase hari pertama

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa berdasarkan advice dokter ibu sudah diperbolehkan untuk pulang karena kondisi ibu membaik.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

3. Memberikan terapi lanjutan dengan memberi obat oral sesuai advice dokter.

Evaluasi :

- a. Tablet Fe 0,4 mg 1x1
- b. Mefenamic Acid 500 mg 3x1
- c. Methylergometrin 0,125 mg 3x1
- d. Cefadroxil Monohydrate 500 mg 2x1

4. Melepaskan infus set dari tangan ibu.

Evaluasi : Infus set sudah terlepas.

5. Memberikan motivasi dan dukungan psikologis pada ibu.

Evaluasi : Ibu menjadi lebih tenang.

6. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai tanda bahaya pasca abortus, yaitu : perdarahan banyak, nyeri perut hebat, demam tinggi, keluar cairan tidak sedap dari jalan lahir, pusing dan lemas.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

7. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai pola nutrisi, menyarankan ibu memakan makanan tinggi protein, zat besi, perbanyak buah-buahan dan sayuran serta minum air putih yang cukup.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

8. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai personal hygiene dengan mengganti pembalut secara teratur, membersihkan kemaluan menggunakan air bersih yang mengalir dari depan ke belakang.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

9. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai KB pasca abortus.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, ibu berencana memakai KB suntik 3 bulan.

10. Memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) mengenai program

hamil pasca abortus.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

11. Menjadwalkan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan terdekat.

Evaluasi : ibu bersedia untuk kontrol ke puskesmas pada tanggal 20 Maret 2026.

12. Melakukan pencatatan dan pendokumentasian.

Evaluasi : Sudah dilakukan.

3.5 Matriks Tinjauan Teori dan Kasus

Tabel 3.1 Matriks

No	Masalah	Pengertian	Penyebab		Tanda/Gejala		Planning/Intervensi		Evidence Based
			Teori	Praktik	Teori	Praktik	Teori	Praktik	
1	Abortus Insipiens	Abortus insipiens merupakan kondisi perdarahan pada uterus saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu disertai dilatasi serviks yang progresif, namun hasil	1. Faktor dari ibu (maternal): Aktivitas fisik berlebihan menimbulkan stres sehingga hormon kortisol meningkat dan memengaruhi janin	Penyebab terjadinya abortus insipiens pada Ny. Y yaitu kebiasaan beraktivitas fisik cukup berat sehari-hari tanpa bantuan (mengerjakan pekerjaan rumah serta naik turun	Perdarahan pervaginam sedang hingga banyak, perut terasa mulas karena kontraksi uterus yang kuat, TFU sesuai usia kehamilan, serviks membuka, tes urine	Ibu mengeluh mules pada perut bagian bawah dan keluar darah segar dari jalan lahir ±100 cc. Pemeriksaan dalam terdapat pembukaan 1 jari sempit, tidak terdapat jaringan di jalan lahir.	1. Perbaiki keadaan umum ibu. 2. Lakukan pemasangan Laminaria Stiff (LS) untuk membantu dilatasi serviks (Ferreira et al., 2025). 3. Lakukan konseling mengenai risiko dan ketidaknyamanan	1. Pasang jalur intravena untuk memperbaiki keadaan umum dan pemasangan Laminaria Stiff (LS). 2. Kuretase 3. Terapi antibiotik dan uterotonika pasca evakuasi 4. Observasi KU, TTV, TFU, kontraksi dan	Buku Ajar Obstetri dan Ginekologi (Putri & Mudlikah, 2019); Asuhan Kebidanan Holistik (Setyowati, 2019); Jurnal GALENIC AL (Albin & Perkasa, 2023);

		konsepsi belum keluar dari rongga uterus, ditandai nyeri kram perut bawah yang semakin intens serta perdarahan yang semakin berat (Musyarof, 2024).	(Sari, 2019). 2. Status gizi: IMT tinggi (obesitas) menyebabkan resistensi insulin dan gangguan hormonal yang memengaruhi implantasi embrio (Susilowati, 2026).	tangga sambil membawa barang) dan memiliki IMT 30,2 (obesitas), yang merupakan faktor risiko terjadinya abortus.	positif. Pada pemeriksaan dalam: ostium uteri terbuka, hasil konsepsi masih terdapat di dalam rahim, ketuban teraba utuh (Putri & Mudlikah, 2019)	Hasil USG terdapat gestasional sac dalam cavum uteri 2,4 cm sesuai usia kehamilan.	n tindakan evakuasi serta kontrasepsi pascakeguguran . 3. Bila usia kehamilan < 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus (kuretase). 4. Lakukan pemantauan pascatindakan tiap 30 menit selama 2 jam. 5. Berikan antibiotik pasca kuretase untuk mencegah	perdarahan pasca tindakan. 5. Rencana cek hb pukul 16.00 WIB. 6. Pemberian KIE tanda bahaya pasca abortus, nutrisi, personal hygiene, KB dan program hamil pasca abortus.	Jurnal Biologi Tropis (Musyarof, 2024); Jurnal Skala Kesehatan (Susilowati, 2026); SOP Penatalaksanaan Abortus RSUD dr. Slamet Garut.
--	--	--	---	---	--	---	---	--	---

							infeksi (Putri & Mudlikah, 2019) 6. Periksa kadar Hb setelah 24 jam; bila baik dan Hb > 8 g/dl, ibu dapat pulang (Setyowati, 2019).		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. Y Usia 32 Tahun Gravida 9-10 Minggu dengan Abortus Insiapiens" yang dilakukan di RSUD dr Slamet Garut penulis akan menguraikan berdasarkan SOAP.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. Y usia kehamilan pada saat ini yaitu 9-10 minggu sesuai dengan HPHT pada tanggal 21 Desember 2025, TP: 28 September 2026. Ibu mengalami pengeluaran darah segar disertai mules pada bagian perut bawah, kemudian ibu melakukan pemeriksaan ke poli. Berdasarkan data subjektif tersebut, maka keluhan yang dirasakan ibu saat kehamilan yang ibu rasakan merupakan gejala dari abortus insipiens. Hal ini sesuai dengan teori Putri & Mudlikah (2019) bahwa gejala pada abortus adalah adanya perdarahan sedikit hingga banyak, rasa mules (kontraksi), pada pemeriksaan vagina terdapat pembukaan serviks namun belum ada pengeluaran jaringan. Kehamilan yang berakhir pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat bayi kurang dari 500 gram sehingga bayi tidak dapat hidup diluar rahim adalah abortus.

Berdasarkan hasil anamnesa didapatkan hasil bahwa ibu melakukan aktivitas fisik yang cukup berat dalam kesehariannya. Hal ini ditunjukkan dengan ibu rutin melakukan pekerjaan rumah sendiri tanpa bantuan siapapun, selama aktivitas fisik dirumah, ibu beberapa naik turun tangga sambil

membawa baju dari lantai 2 ke lantai 1 ataupun sebaliknya. Kondisi ini memungkinkan terjadi aktivitas fisik berlebihan yang dapat memicu terjadinya abortus, hal ini sesuai dengan teori Sari (2019) yang menyebutkan bahwa pada saat ibu bekerja maka akan timbul lelah, adanya tuntutan pekerjaan dan patokan waktu pada saat bekerja menimbulkan stress. Wanita yang mengalami stress akan mengalami peningkatan hormon kortisol, kemudian kortisol akan masuk ke plasenta dan mempengaruhi janin, terutama pada awal kehamilan. Diperkuat dengan hasil penelitian Nisa & Kartini (2023) dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan pada kejadian abortus dengan aktivitas fisik yang berlebihan yang menimbulkan goncangan pada rahim sehingga merangsang terjadinya pembukaan jalan lahir dan mengakibatkan abortus. Penelitian lain juga menyebutkan Khadiamsi (2024) bahwa ibu yang bekerja memiliki risiko lebih tinggi mengalami abortus dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang bekerja memiliki risiko sekitar 2,6 kali lebih besar mengalami abortus dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Aktivitas kerja yang berlebihan dapat menimbulkan kelelahan fisik maupun tekanan psikologis pada ibu hamil. Beban kerja yang tinggi, waktu kerja yang panjang, serta kurangnya waktu istirahat dapat menyebabkan stres dan menurunkan daya tahan tubuh ibu. Kondisi tersebut dapat memengaruhi sistem endokrin dan sistem kekebalan tubuh yang berperan dalam mempertahankan kehamilan sehingga meningkatkan risiko terjadinya abortus.

4.2 Data Objektif

Hasil pemeriksaan antropometri BB sebelum hamil 68 kg, TB 150 cm, didapatkan IMT 30,2 dengan demikian ibu dikategorikan obesitas. Menurut peneliti, obesitas yang di alami ibu memicu terjadinya abortus, hal sesuai dengan penelitian Gaskins (2014) dimana indeks massa tubuh (IMT) tinggi sebelum kehamilan memiliki hubungan dengan meningkatnya risiko kehilangan janin atau abortus. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa peningkatan berat badan dapat memengaruhi keseimbangan hormon reproduksi, resistensi insulin, hingga gangguan proses implantasi embrio sehingga kehamilan menjadi lebih rentan mengalami abortus. Penelitian lain juga menyebutkan adanya hubungan signifikan antara IMT dan kejadian abortus pada ibu hamil. IMT rendah dapat menyebabkan kekurangan nutrisi dan anemia sehingga suplai oksigen ke janin terganggu, sedangkan IMT tinggi dapat menyebabkan gangguan metabolik seperti hipertensi dan diabetes gestasional yang berdampak pada kehamilan (Lestari & Muflihah, 2025).

Penelitian Gustika Anggriani dan Turiyani (2023) juga menyatakan bahwa sebagian besar ibu dengan status gizi tidak normal mengalami abortus dibandingkan ibu dengan status gizi normal. Ketiga penelitian tersebut sesuai dengan teori Susilowati (2026) bahwa obesitas menyebabkan ketidakseimbangan produksi produk metabolisme yang berasal dari lemak, hormon, dan adipokin yang menyebabkan keadaan disfungsi endotel yang mengakibatkan meningkatkannya vasokonstriksi, dan secara drastis mengurangi relaksasi, dalam masa kehamilan fungsi endotel memainkan

peran mendasar dalam remodeling arteri uterus yang memadai, pada ibu dengan obesitas keadaan plasenta iskemik melepaskan faktor antiangiogenik dan faktor inflamasi yang dianggap bertanggungjawab terhadap kejadian abortus.

Hasil pemeriksaan tanda tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, suhu 36.6°C dan pemeriksaan fisik yang dilakukan konjungtiva merah muda pada abdomen terdapat nyeri tekan perut di bagian bawah belum teraba ballotement, DJJ belum terdengar, teraba kandung kemih kosong, pemeriksaan genetalia tidak ada kelainan pada vulva, tampak pengeluaran darah berwarna merah segar dari vagina kurang lebih 100 cc, hasil pemerikaan dalam dan terdapat pembukaan 1 jari sempit, tidak terdapat jaringan di jalan lahir, gejala ini di nyatakan bahwa ibu mengalami abortus insipien. Hal ini sesuai dengan teori Putri & Mudlikah (2019) bahwa abortus insipiens ditandai dengan perdarahan pervaginam, terdapat pembukaan serviks dan tidak terdapatnya jaringan.

Berdasarkan hasil USG didapatkan adanya *gestasional sac* dalam cavum uteri sebesar 2,4 cm sesuai usia kehamilan. Hal ini sesuai dengan teori Setyowati (2019) yang menyatakan bahwa pembesaran *gestasional sac* pada abortus insipiens masih utuh dan sesuai dengan usia kehamilan.

4.3 Analisa

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dijelaskan maka analisa data yang ditegakkan adalah G3P2A0 gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens.

Hal ini berdasarkan data dasar dari data subjektif dan objektif yang di dapat bahwa Ny. Y HPHT 21 Desember 2025. Berdasarkan HPHT, usia kehamilan 9-10 minggu, diketahui dari pengetahuan ibu anak ke 3 dari kehamilan ini ibu mengalami mules pada perut bagian bawah dan terdapat pengeluaran darah dari vagina, saat dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan 1 jari sempit tidak terdapat jaringan. Menurut Putri & Mudlikah (2019) tanda gejala pada abortus bisa di katakan jika ibu mengalami perdarahan pervaginam, rasa mules (kontraksi), pada pemeriksaan vagina terdapat pembukaan serviks dan tidak teraba jaringan dalam kavum uteri. Pendarahan pada kehamilan dimana hasil dari konsepsi belum keluar dari kavum uteri dengan serviks terbuka karena ada benda asing dalam uterus sehingga terangkum sebuah gambaran kondisi yang saat ini di alami pasien dengan tambahan melakukan pemeriksaan USG dengan hasil yang dapat di tegakan yaitu G3P2A0 dengan abortus insipiens.

4.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan berdasarkan kasus abortus insipiens pada Ny. Y dilakukan kolaborasi dengan dokter. Adapun advice dokter adalah pemberian infus untuk memperbaiki keadaan umum, pemasangan LS, kuretase dan terapi obat pasca kuretase yaitu Cefotaxime dan Metronidazole untuk mencegah infeksi, Methylergometrine untuk merangsang uterus agar perdarahan dapat berkurang. Setelah dilakukan pemasangan LS bidan memberikan asuhan komplementer yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk pengurangan rasa nyeri. Setelah itu melakukan asuhan pasca abortus dengan pemberian dukungan psikologis, konseling hak reproduksi wanita dan

konseling kontrasepsi. Hal ini sesuai dengan teori penanganan abortus insipiens dapat dilakukan dengan tindakan medis seperti yaitu pemasangan LS Ferreira (2025), kuretase Setyowati (2019) dan pemberian antibiotik pasca kuretase Putri & Mudlikah (2019). SOP Rumah Sakit menyatakan penatalaksanaan abortus insipiens yaitu pemberian jalur intravena, evakuasi, uterotonika dan antibiotik pasca evakuasi.

Dilakukan evaluasi perdarahan hingga berhenti pada tanggal 13 Maret 2026 pukul 10.00 WIB hasil dari pemeriksaan TTV TD: 118/71 mmHg, nadi: 84x/menit, respirasi: 21x/menit, suhu 36,6^oC, keadaan umum ibu baik, terapi lanjutan dengan obat oral dari dokter SpoG Mefenamic Acid 3x1, Methylergometrine 3x1, Tablet Tambah Darah 1x1, Cefadroxil Monohydrate 2x1 (peroral). Bidan mempunyai kewenangan mandiri dalam melakukan penatalaksanaan pada pasien post kuretase, diantaranya deteksi perubahan fisik dan psikososial pada masa pasca keguguran, deteksi komplikasi dan penyulit pasca keguguran, asuhan pasca keguguran, tatalaksana awal kegawatdaruratan stabilisasi pada pasca keguguran. Memberikan KIE mengenai KB pasca abortus, program hamil pasca abortus serta memberikan KIE mengenai asupan nutrisi dan menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Hasil dari observasi yang dilakukan ibu dalam keadaan baik sehingga ibu dapat diperoleh untuk pulang. Melakukan konseling pada pasien tentang asupan nutrisi, pola istirahat tanda bahaya dan deteksi dini komplikasi, serta konseling mengenai penggunaan KB pasca abortus ataupun mengenai program

hamil. Penatalaksanaan observasi dilakukan untuk melihat perkembangan asuhan yang telah dilakukan.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. Y didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif, hasil anamnesa, pengkajian data objektif yang didapat dari pengkajian fisik. Kemudian data data tersebut diinterpretasikan untuk menentukan analisa masalah dan rencana asuhan, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kebutuhan. Lalu dilakukan evaluasi dari hasil penatalaksanaan tersebut. Sesuai dengan teori Anita (2018) bahwa langkah langkah SOAP terdiri dari data subjektif, data objektif, analisa data dan penatalaksanaan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. A usia 32 tahun G3P2A0 gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens yang dilakukan penulis pada tanggal 11-13 Maret 2025 di RSUD dr Slamet Garut maka pada BAB ini penulis dapat menarik kesimpulan yaitu:

1. Pengkajian data subjektif pada Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 Gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens di RSUD dr Slamet Garut tahun 2026 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
2. Pengkajian data objektif pada Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 Gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens di RSUD dr Slamet Garut tahun 2026 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
3. Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif maka analisa yang ditegakan yaitu G3P2A0 dengan abortus insipiens.
4. Penatalaksanaan asuhan pada Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 Gravida 9-10 minggu dengan abortus insipiens di RSUD dr Slamet Garut tahun 2026 sudah sesuai dengan teori dan tidak terdapat kesenjangan.
5. Pendokumentasian hasil asuhan kebidanan Ny. Y usia 32 tahun G3P2A0 Gravida 9-10 dengan abortus insipiens minggu di RSUD dr Slamet Garut tahun 2026 sudah di ddokumentasikan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Klien

Diharapkan klien menjalani pengobatan secara tuntas dalam mengkonsumsi obat atau periksa ke fasilitas kesehatan dan periksa sesuai anjuran yang diberikan dari tenaga kesehatan hendaknya istirahat yang cukup, mengkonsumsi nutrisi yang baik dan mengurangi aktivitas yang berlebihan saat hamil muda maupun hamil tua agar tidak terjadi abortus insipiens.

2. Bagi Bidan

Diharapkan lahan praktik sebagai tempat penerapan ilmu yang didapatkan, dan selalu menerapkan perubahan ilmu kesehatan yang terkini. Selain itu lebih meningkatkann asuhan kebidanan dengan abortus insipiens sesuai dengan standar guna meningkatkan mutu pelayanan di masyarakat.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan dijadikan bahan referensi sehingga dapat memberikan dan menambah wawasan yang luas mengenai asuhan kebidanan dengan abortus insipiens dan diharapkan institusi mampu memperbanyak pengetahuan dan referensi tentang asuhan kebidanan dengan abortus insipiens.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dijadikan bahan referensi sehingga dapat di kaji dengan karya tulis ilmiah untuk menjadikan informasi pendidik serta menambah referensi yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dan melaksanakan asuhan kebidanan khususnya pada kasus kebidanan dengan abortus insipiens.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, V. I., Sumarni, Rusyanti, S., & Narmin. (2024). *Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas dan Keluarga Berencana*. PT Nasya Expanding Management (Penerbit NEM-Anggota IKAPI).
- Albin, I., & Perkasa, A. F. (2023). Abortus Inkomplit. *GALENICAL : Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 2(2), 85. <https://doi.org/10.29103/jkkmm.v2i2.8711>
- Anggrayani, N. K. T., Parwati, N. W. M., & Indriana, N. P. R. K. (2023). Gambaran Kejadian Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. *Malahayati Nursing Journal*, 5(11), 3768–3785. <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i11.9859>
- Anita, W. (2018). Factors Associated with the Implementation of Documentation by Midwives in Pekanbaru. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.21109/kesmas.v13i1.1403>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (2025). Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2025. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2025). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2025. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Ferreira, A., Mongrain, V., & Mardini, L. (2025). Laminaria tent use for dilation, extraction, and curettage leading to septic shock: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 19(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s13256-025-05238-7>

- Gaskins, A. J., Rich-Edwards, J. W., Colaci, D. S., Afeiche, M. C., Toth, T. L., Gillman, M. W., Missmer, S. A., & Chavarro, J. E. (2014). Prepregnancy and Early Adulthood Body Mass Index and Adult Weight Change in Relation to Fetal Loss. *Obstetrics & Gynecology*, 124(4), 662–669. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000478>
- Gustika Anggriani & Turiyani. (2023). Proses Persalinan Dan Status Gizi Dengan Kejadian Abortus. *Cendekia Medika: Jurnal Stikes Al-Ma`arif Baturaja*, 8(1), 143–149. <https://doi.org/10.52235/cendekiamedika.v8i1.222>
- Jafari, H., Gholamrezaei, A., Franssen, M., Van Oudenhove, L., Aziz, Q., Van Den Bergh, O., Vlaeyen, J. W. S., & Van Diest, I. (2020). Can Slow Deep Breathing Reduce Pain? An Experimental Study Exploring Mechanisms. *The Journal of Pain*, 21(9–10), 1018–1030. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.12.010>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). Profil Kesehatan Indonesia 2024. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://www.kemkes.go.id>
- Khadiamsi, A. A., Najamuddin, Rahim, R., Sakti, D. S., & Muhammad Dahlan. (2024). Hubungan Jarak Kehamilan dan Pekerjaan Ibu dengan Kejadian Abortus di Rsia Ananda Makassar Tahun 2021. *Alami Journal (Alauddin Islamic Medical) Journal*, 8(1), 8–16. <https://doi.org/10.24252/alami.v8i1.35904>

- Lestari, S. D., & Muflihah, I. S. (2025). *HUBUNGAN INDEKS MASSA TUBUH DAN RIWAYAT ABORTUS TERHADAP KEJADIAN ABORTUS PADA IBU HAMIL DI RSUD CILACAP*. 3.
- Lit, K., & Limoy, M. (2020). *HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG TANDA BAHAYA KEHAMILAN DENGAN KEPATUHAN KUNJUNGAN KEHAMILAN DI PUSKESMAS BANJAR SASARAN KOTA PONTIANAK TAHUN 2019*.
- Musyarof, D. F., Zahira, L. A. F., Rifa'i, A. N., Iqlima, A. Y., Aziri, Z. V., Putra, A. A. G. A. D. A. P., Mujahid, S. I. A., & Zulkarnaen, D. A. (2024). Comprehensive Analysis of Abortion: Risk Factors, and Management in Reproductive Health. *Jurnal Biologi Tropis*, 24(1b), 76–84. <https://doi.org/10.29303/jbt.v24i1b.7915>
- Nisa, P. K., & Kartini, F. (2023). *KARAKTERISTIK IBU BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ABORTUS*.
- Prayogi, A. S., Andriyani, N., Olfah, Y., & Harmilah, H. (2022). Deep Breath Relaxation and Fingerprinting Against Post Pain Reduction of Laparatomic Operations. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T5), 132–136. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7816>
- Pujianti. (2024). Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Usia 32 Tahun Abortus Inkomplit. *Laporan Tugas Akhir*.
- Putri, L. A., & Mudlikah, S. (2019). *BUKU AJAR OBSTETRI DAN GINEKOLOGI*. Guerpedia.

Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105. Sekretariat Negara. Jakarta.

Sari, R. D. P., Rahmanisa, S., & Citra, E. (n.d.). *Hubungan Beban Kerja Mental terhadap kejadian Abortus pada Pekerja Bruruh Pabrik di PT. Great Giant Pineapple.*

Sembiring, E., & Sihombing, L. T. L. (2024). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KOTA BENGKULU. 10.*

Setyowati, A. (2019). *ASUHAN KEBIDANAN HOLISTIK.* CV BUDI UTAMA.

Surjadi, C. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesaria di Ruang Bougenvile RS Panti Wilasa Citarum. *COMSERVA: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat*, 2(10), 2088–2101.
<https://doi.org/10.59141/comserva.v2i10.616>

Susilowati. (2026). Obesitas Pra Kehamilan sebagai Faktor Risiko Komplikasi: Sebuah Study Korelasi. *Jurnal Skala Kesehatan*, 17(1), 57–65.
<https://doi.org/10.31964/jsk.v17i1.488>

World Health Organization. (2023). Maternal mortality: Key facts. WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SOP Penatalaksanaan Abortus di RSUD dr. Slamet Garut

 PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	ABORTUS		
	No. Dokumen : KS.01.03/004/088/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/6
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut  dr. H. Husodo Dewo Adi, Sp. OT, Spine NIP. 196505171991031013	
PENGERTIAN	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)		
TUJUAN			
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. Tentang Kebijakan Umum Pelayanan RSUD dr. Slamet Garut.		
INDIKASI			
PROSEDUR	Klasifikasi : 3. Abortus Iminens. Abortus mengancam, ditandai oleh perdarahan bercak dari janin lahir, dapat disertai kontraksi bawah yang ringan, buah kehamilan masih mungkin berlanjut tumbuh atau dipertahankan. Klinis : a. Anamnesis. - Perdarahan sedikit dari jalan lahir. - Nyeri perut tidak ada atau ringan. b. Pemeriksaan Fisik. - Tanda vital dalam keadaan normal. - Tidak ditemukan tanda-tanda akut abdomen.		

	- Bunyi jantung bayi ditemukan baik (usia kehamilan > 8 minggu). - Inspekulo : Fluksus sedikit dari OUE. c. Pemeriksaan Dalam. - Corpus uteri membesar sesuai dengan usia kehamilan. - Ostium uteri tertutup. - Tidak ditemukan tanda perangsangan peritoneum. d. Pemeriksaan Penunjang. USG dapat memberikan hasil sebagai berikut : - Tampak kantong kehamilan intrauterin masih utuh. Janin (<i>fetal pole</i>) $\pm$ tergantung usia kehamilan. - Viabilitas meragukan, kantong kehamilan masih utuh, pulsasi jantung janin belum jelas. - Buah kehamilan tidak baik (janin mati). e. Terapi. - 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. 4. Abortus Insiapiens. a. Klinis : Anamnesis : perdarahan, disertai nyeri / kontraksi rahim b. Pemeriksaan Fisik : - 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. - Pemeriksaan Dalam : Ostium terbuka, corpus uteri membesar sesuai usia hamil Ketuban utuh dan atau menonjol. c. Terapi : - Pasang jalur intravena. - Evakuasi. - Uterotonika paska evakuasi. - Antibiotika berspektrum luas selama 3 – 5 hari. 5. Abortus Inkomplit. a. Klinis : - 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 : (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. 6. Abortus Komplit. Seluruh buah kehamilan telah keluar. Klinis : Anamnesis : perdarahan dari jalan lahir sedikit, pernah keluar jaringan / buah kehamilan. Pemeriksaan dalam : ostium biasanya tertutup, bila ostium terbuka teraba rongga uterus kosong / tidak teraba jaringan. Terapi : a. Antibiotika selama 3 – 5 hari. b. Uterotonika.
--	---

	c. Kontrol 2 minggu kemudian. 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 seperti perforasi / tanda akut abdomen, tanda-tanda infeksi atau sepsis. 7. Abortus Tertunda. Tertahannya hasil konsepsi / janin yang telah mati dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. Klinis : Anamnesis : perdarahan bisa ada atau tidak atau rahim tidak bertambah besar. Pemeriksaan : - Fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan - Bunyi jantung janin tidak ada Pemeriksaan Penunjang : - USG : terdapat tanda janin mati - Laboratorium (HB, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan, waktu protombim) Resiko gangguan faktor pembekuan meningkat setelah kematian lebih dari 2 minggu. Terapi : - 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. 8. Abortus Febrilis. Abortus yang disertai infeksi, biasanya ditandai rasa nyeri dan febris. Klinis :
--	--

Anamnesis : ada riwayat hamil / terlambat haid, mengalami perdarahan dan demam. Bisa disertai syok septik, waspada adanya upaya abortus provokatus.

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan Umum : tampak sakit berat, febris bisa terjadi gangguan kesadaran, lemah dan pucat.

Tanda-tanda Vital : suhu lebih dari 38° C, nadi cepat, tensi normal sampai syok, respirasi cepat dan dalam.

Pemeriksaan Obstetri :

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 :

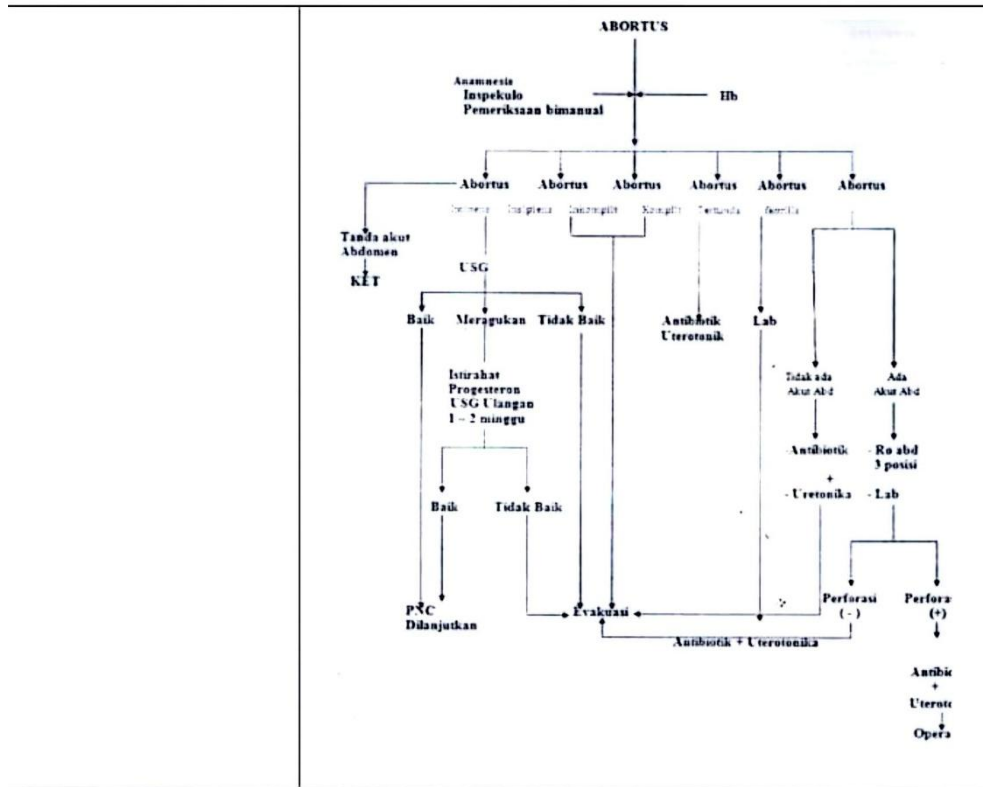
- Perbaiki keadaan umum, atasi syok septik bila ada
- Posisi Fowler
- Uterotonika : methylergometrin 2 x 0,5 mg intranuskuler
- Antibiotika parenteral yang adekuat
- Evakuasi dilakukan minimal 6 jam setelah pemberian antibiotika kecuali terjadi perdarahan banyak
- Pada saat evakuasi diberikan oksitosin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

Kombinasi Antibiotika :

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



Lampiran 2. SOP Penatalaksanaan Kuretase di RSUD dr. Slamet Garut

	KURETASE
---	-----------------

PEMERINTAH KABUPATEN GARUT RSUD dr. SLAMET	No. Dokumen : KS.01.03/004/100/RSUD	No. Revisi : 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 01 Januari 2023	Ditetapkan Oleh : Direktur RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut 	
PENGERTIAN	Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok kuret) ke dalam kavum uteri.		
TUJUAN	Acuan penerapan langkah-langkah dalam persiapan pelaksanaan kuretase		
KEBIJAKAN	SK Direktur RSUD dr. Slamet Garut No. KS.01.01/001/484/RSUD Tentang Pelayanan Medis.		
PERSIAPAN ALAT	Persiapan Alat : a. Alat Kuretase : - 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 b. Kain alas bokong. c. Larutan antiseptic. d. Oksigen dengan regulator. e. Celemek palstik, masker, kaca mata, spatu / boot karet. f. Sarung tangan dengan DTT / steril 4 pasang. g. 1 buah lampu sorot. h. Penampung darah dan jaringan. i. Waskom air klorin 0,5%		

	j. Waskom air DTT Persiapan Pasien : - Siapkan lingkungan. - Memberitahu pasien dan keluarga pasien tentang hal-hal yang akan dilakukan. - Informed concern. - Kosongkan kandung kemih pasien. Persiapan obat-obatan : - Analgetika. - Sedative. - Atropine Sulfas. - Uterotonika.
PROSEDUR	- 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	- Kamar Bersalin. - Ruang Rawat Inap. - Emergensi Kebidanan dan Kandungan. - Ruangan yang memerlukan tindakan.

Lampiran 3. Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Dinda Putri Ramadhani Nama Pembimbing : Bdn. Dey Syawanti,
 NIM : KHGB23012 NIDN : SST., M.Kes : 0432981209067
 Judul KTI : Asuhan Kebidanan Pada Ny. Y usia 32 Tahun 639240 61ayida
 9-10 Minggu Dengan Abortus Inspiens Di RSUD dr Slamet Garut

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 30 / 05 / 2026	Pengajuan Judul	Acc Judul		
2.	Senin 11 / 05 / 2026	Bimbingan BAB I, II, III	Revisi		
3.	Rabu 20 / 05 / 2026	Bimbingan BAB I, II, III	Revisi		
4.	Selasa 26 / 05 / 2026	Bimbingan BAB I, II, III	Acc Lanjut BAB IV - V		
5.	Selasa 02 / 06 / 2026	Bimbingan BAB IV - V	Revisi		
6.	Rabu 07 / 06 / 2026	Bimbingan BAB IV - V	Acc		
7.					

LEMBAR BIMBINGAN LTA

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL
 PADA NY. Y USIA 32 TAHUN GRAVIDA 9-10 DENGAN
 ABORTUS INSIPIENS DI RSUD dr. SLAMET GARUT

Nama Mahasiswa : Dinda Putri Ramadhani

NIM : KHGB23012

Penela'ah I : Fitri Hanriyani, S.ST.,M.Keb.,M.Pd
NIP : 042039.1009.063

Penela'ah II : Siti Nurcahyani R, S.ST.,M.K.M
NIP : 042039.0122.166

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Penela'ah	Paraf Mahasiswa	Paraf Penela'ah
1	Senin 29 / 06 / 2026	Perbaiki BAB I - V dan Penulisan	Tambahkan matriks dan perbaiki daftar isi		
2	Rabu 01 / 07 / 2026	Tambahkan matriks dan perbaiki daftar isi	Acc		
3	Senin 29 / 06 / 2026	Perbaiki BAB II - IV	Perbaiki penulisan		
4	02 / 07 / 2026 Kamis	Perbaiki penulisan	Acc		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Dinda Putri Ramadhani
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 26 Oktober 2005
Agama : Islam
Nama Ayah : Asum Maksum
Nama Ibu : Widan Diani
No. Hp : 0895378251850
Email : dindaputriramadhani99@gmail.com
Alamat : Kp. Dukuh Kaler RT 003 RW 008 Kelurahan
Pananjung Kecamatan Tarogong Kaler
Kabupaten Garut

2. Riwayat Pendidikan

1. SDN 1 Pananjung 2011-2017
2. MTsN 1 Garut 2018-2020
3. SMAN 6 Garut 2021-2023
4. Terdaftar Sebagai Mahasiswa Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
Prodi D3 Kebidanan