

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**STASE ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DENGAN KOMPLIKASI
DAN KEGAWATDARURATAN PADA MATERNAL DAN NEONATAL**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA NY. A USIA 31 TAHUN
G3P2A0 USIA KEHAMILAN 11+2 MINGGU DENGAN ABORTUS
INKOMPLIT DI RSU 'AISYIYAH MUNTILAN**

TAHUN AKADEMIK 2025/2026



Disusun Oleh :

Monika Jumarnis

2510106051

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2026**

HALAMAN PENGESAHAN

**LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)
STASE ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DENGAN KOMPLIKASI
DAN KEGAWATDARURATAN PADA MATERNAL DAN NEONATAL**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DENGAN KOMPLIKASI DAN
KEGAWATDARURATAN MATERNAL PADA NY. A USIA 31 TAHUN
G3P2A0 USIA KEHAMILAN 11+2 MINGGU DENGAN ABORTUS
INKOMPLIT DI RSU 'AISYIYAH MUNTILAN
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Kharisah Diniyah, S.ST., MMR



Disusun Oleh :

Monika Jumarnis

2510106051

Pembimbing Pendidikan

Proceptor

Yogyakarta, 14 Januari 2026
Mahasiswa

(Kharisah Diniyah, S.ST., MMR)

(Bdn. Meity Eka. P, S.Keb)

(Monika Jumarnis)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji bagi Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat-Nya. Sholawat dan salam semoga senantiasa kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah membawa umat manusia kepada zaman yang terang benderang yaitu agama Islam. Atas rahmat dan karunia serta petunjuk Allah SWT. penulis dapat menyelesaikan laporan Case Based Discussion (CBD) yang berjudul " Asuhan Kebidanan Komprehensif Dengan Komplikasi Kegawatdaruratan Maternal Pada Ny. A Usia 31 Tahun G3P2A0 Usia Kehamilan 11+2 Minggu dengan Abortus Inkomplit”

.”

Penyusunan laporan ini merupakan tugas yang harus ditempuh dalam rangka laporan stase Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Kesehatan Perempuan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Dalam penyusunan laporan ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari semua pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat selaku Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dr. Dewi Rokhanawati, S.SiT., M.PH selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
3. Suyani, S.ST., M.Keb selaku Ketua Program Studi Kebidanan Program Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
4. Kharisah Diniyah, S.ST., MMR selaku dosen pembimbing pendidikan yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan laporan.
5. Bdn. Meity Eka. P, S.Keb selaku Proceptor yang telah memberikan masukan dan arahan serta motivasi dalam penyusunan laporan ini.
6. Dosen Pengampu Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat selama menempuh pendidikan.
7. Keluarga dan orang-orang tercinta yang telah memberikan doa dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan profesi.

Penulis berharap semoga laporan yang sudah disusun ini bisa bermanfaat untuk penulis dan khususnya bagi pembaca laporan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, 14 Januari 2026

Penulis

Monika Jumarnis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	4
A. Latar Belakang.....	4
B. Tujuan	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
BAB III DOKUMENTASI SOAP	13
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	20
A. Kesimpulan.....	20
B. Saran	20
DAFTAR PUSTAKA.....	21



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sampai saat ini janin yang terkecil yang dilaporkan dapat hidup di luar kandungan mempunyai berat badan 297 gram waktu lahir. Akan tetapi karena jaranganya janin yang dilahirkan dengan berat badan di bawah 500 gram dapat bertahan hidup, maka abortus ditentukan sebagai pengakhiran kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau kurang dari 20 minggu. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan mekanis atau medis disebut sebagai abortus spontan. Abortus buatan adalah pengakhiran kehamilan sebelum 20 minggu akibat dilakukan suatu tindakan mekanis tertentu. Abortus terapeutik ialah abortus buatan yang dilakukan atas indikasi medik. Berdasarkan aspek klinisnya, abortus spontan dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu abortus imminens (*threatened abortion*), abortus insipiens (*inevitable abortion*), abortus inkomplit, abortus komplit, *missed abortion*, dan abortus habitualis (*recurrent abortion*), abortus servikalis, abortus infeksius, dan abortus septik.

Prevalensi abortus meningkat dengan bertambahnya usia, dimana pada wanita berusia 20 tahun adalah 12%, dan pada wanita yang berusia di atas 45 tahun ialah 50%.⁴ Delapan puluh persen abortus terjadi pada 12 minggu pertama kehamilan.² Penelitian-penelitian terdahulu menyebutkan bahwa angka kejadian abortus sangat tinggi. Sebuah penelitian pada tahun 2021 memperkirakan total kejadian abortus di Indonesia berkisar antara 750.000 dan dapat mencapai 1 juta per tahun dengan rasio 18 abortus per 100 konsepsi. Angka tersebut mencakup abortus spontan maupun buatan.

Abortus inkomplit merupakan salah satu bentuk dari abortus spontan maupun sebagai komplikasi dari abortus provokatus kriminalis atau medisinalis, dimana terjadi pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu. Insiden abortus inkomplit sendiri belum diketahui secara pasti namun yang penting diketahui adalah sekitar 60 % dari wanita hamil yang mengalami

abortus inkomplit memerlukan perawatan rumah sakit akibat perdarahan yang terjadi.

Abortus inkomplit memiliki komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu karena adanya perdarahan masif yang bisa menimbulkan kematian akibat adanya syok hipovolemik apabila keadaan ini tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Seorang ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit dapat mengalami guncangan psikis. Komplikasi yang terjadi tidak hanya pada ibu namun juga pada keluarganya, terutama pada keluarga yang sangat menginginkan anak.

Oleh karenanya, mengenal lebih dekat tentang abortus inkomplit menjadi penting bagi para pelayan kesehatan agar mampu menegakkan diagnosis kemudian memberikan penatalaksanaan yang sesuai dan akurat, serta mencegah komplikasi.

2.2. Tujuan Penulisan

- a. Mengetahui prosedur anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis dan penatalaksanaan kasus abortus inkomplit.
- b. Mengkaji ketepatan penegakan diagnosis dan penatalaksanaan abortus inkomplit.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Definisi

Abortus inkomplit adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu dimana masih ada sebagian hasil konsepsi yang tertinggal di dalam uterus.¹

1.2. Epidemiologi

Insiden abortus inkomplit belum diketahui secara pasti, namun demikian disebutkan sekitar 60 persen dari wanita hamil dirawat dirumah sakit dengan perdarahan akibat mengalami abortus inkomplit. Insiden abortus spontan secara umum disebutkan sebesar 10% dari seluruh kehamilan. Angka-angka tersebut berasal dari data-data dengan sekurang-kurangnya ada dua hal yang selalu berubah, kegagalan untuk menyertakan abortus dini yang tidak diketahui, dan pengikutsertaan abortus yang ditimbulkan secara ilegal serta dinyatakan sebagai abortus spontan⁵.

Lebih dari 80% abortus terjadi dalam 12 minggu pertama kehamilan dan angka tersebut kemudian menurun secara cepat pada umur kehamilan selanjutnya. Anomali kromosom menyebabkan sekurang-kurangnya separuh dari abortus pada trimester pertama, kemudian menurun menjadi 20-30% pada trimester kedua dan 5-10 % pada trimester ketiga⁵.

Resiko abortus spontan semakin meningkat dengan bertambahnya paritas di samping dengan semakin lanjutnya usia ibu serta ayah. Frekuensi abortus yang dikenali secara klinis bertambah dari 12% pada wanita yang berusia kurang dari 20 tahun, menjadi 26% pada wanita yang berumur di atas 40 tahun. Untuk usia paternal yang sama, kenaikannya adalah dari 12% menjadi 20%. Insiden abortus meningkat apabila wanita yang bersangkutan hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan bayi aterm.^{5,6}

1.3. Etiologi

Mekanisme pasti yang bertanggungjawab atas peristiwa abortus tidak selalu tampak jelas. Pada beberapa bulan pertama kehamilan, ekspulsi hasil konsepsi yang terjadi secara spontan hampir selalu didahului oleh kematian embrio atau janin, namun pada kehamilan beberapa bulan berikutnya, seringkali sebelum ekspulsi janin masih hidup dalam uterus.

Kematian janin sering disebabkan oleh abnormalitas pada ovum atau zigot atau oleh penyakit sistemik pada ibu, dan kadang-kadang mungkin juga disebabkan oleh penyakit dari ayahnya⁵.

Perkembangan Zigot yang Abnormal

Abnormalitas kromosom merupakan penyebab dari abortus spontan. Sebuah penelitian meta-analisis menemukan kasus abnormalitas kromosom sekitar 49% dari abortus spontan. Trisomi autosomal merupakan anomali yang paling sering ditemukan (52%), kemudian diikuti oleh poliploidi (21%) dan monosomi X (13%)^{7,8}.

Faktor Maternal

Biasanya penyakit maternal berkaitan dengan abortus euploidi. Peristiwa abortus tersebut mencapai puncaknya pada kehamilan 13 minggu, dan karena saat terjadinya abortus lebih belakangan, pada sebagian kasus dapat ditentukan etiologi abortus yang dapat dikoreksi. Sejumlah penyakit, kondisi kejiwaan dan kelainan perkembangan pernah terlibat dalam peristiwa abortus euploidi⁵.

a. Infeksi

Organisme seperti *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactina*, virus herpes simplek, cytomegalovirus *Listeria monocytogenes* dicurigai berperan sebagai penyebab abortus. Toxoplasma juga disebutkan dapat menyebabkan abortus. Isolasi *Mycoplasma hominis* dan *Ureaplasma urealyticum* dari traktus genitalia sebagian wanita yang mengalami abortus telah menghasilkan hipotesis yang menyatakan bahwa infeksi mikoplasma yang menyangkut

traktus genetalia dapat menyebabkan abortus. Dari kedua organisme tersebut, *Ureaplasma Urealyticum* merupakan penyebab utama⁵.

b. Penyakit-Penyakit Kronis yang Melemahkan

Pada awal kehamilan, penyakit-penyakit kronis yang melemahkan keadaan ibu misalnya penyakit tuberkulosis atau karsinomatosis jarang menyebabkan abortus^{5,9}.

Hipertensi jarang disertai dengan abortus pada kehamilan sebelum 20 minggu, tetapi keadaan ini dapat menyebabkan kematian janin dan persalinan prematur^{5,9}. Diabetes maternal pernah ditemukan oleh sebagian peneliti sebagai faktor predisposisi abortus spontan, tetapi kejadian ini tidak ditemukan oleh peneliti lainnya⁵.

c. Pengaruh Endokrin

Kenaikan insiden abortus bisa disebabkan oleh hipertiroidisme, diabetes mellitus, dan defisiensi progesteron^{5,9}. Diabetes tidak menyebabkan abortus jika kadar gula dapat dikendalikan dengan baik. Defisiensi progesteron karena kurangnya sekresi hormon tersebut dari korpus luteum atau plasenta mempunyai hubungan dengan kenaikan insiden abortus. Karena progesteron berfungsi mempertahankan desidua, defisiensi hormon tersebut secara teoritis akan mengganggu nutrisi pada hasil konsepsi dan dengan demikian turut berperan dalam peristiwa kematiannya⁵.

d. Nutrisi

Pada saat ini, hanya malnutrisi umum sangat berat yang paling besar kemungkinannya menjadi predisposisi meningkatnya kemungkinan abortus. Nausea serta vomitus yang lebih sering ditemukan selama awal kehamilan dan setiap depleksi nutrien yang ditimbulkan, jarang diikuti dengan abortus spontan. Sebagaimana besar mikronutrien pernah dilaporkan sebagai unsur yang penting untuk mengurangi abortus spontan.

e. Obat-Obatan dan Toksin Lingkungan

Berbagai macam zat dilaporkan berhubungan dengan kenaikan insiden abortus. Namun ternyata tidak semua laporan ini mudah dikonfirmasi.

f. Faktor-faktor Imunologis

Faktor imunologis yang telah terbukti signifikan dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang antara lain : antikoagulan lupus (LAC) dan antibodi anti cardiolipin (ACA) yang mengakibatkan destruksi vaskuler, trombosis, abortus serta destruksi plasenta.

g. Gamet yang Menua

Baik umur sperma maupun ovum dapat mempengaruhi angka insiden abortus spontan. Insiden abortus meningkat terhadap kehamilan yang berhasil bila inseminasi terjadi empat hari sebelum atau tiga hari sesudah peralihan temperatur basal tubuh, karena itu disimpulkan bahwa gamet yang bertambah tua di dalam traktus genitalis wanita sebelum fertilisasi dapat menaikkan kemungkinan terjadinya abortus. Beberapa percobaan binatang juga selaras dengan hasil observasi tersebut^{5,7}.

h. Laparotomi

Trauma akibat laparotomi kadang-kadang dapat mencetuskan terjadinya abortus. Pada umumnya, semakin dekat tempat pembedahan tersebut dengan organ panggul, semakin besar kemungkinan terjadinya abortus. Meskipun demikian, sering kali kista ovarii dan mioma bertangkai dapat diangkat pada waktu kehamilan apabila mengganggu gestasi. Peritonitis dapat menambah besar kemungkinan abortus.

i. Trauma Fisik dan Trauma Emosional

Kebanyakan abortus spontan terjadi beberapa saat setelah kematian embrio atau kematian janin. Jika abortus disebabkan khususnya oleh trauma, kemungkinan kecelakaan tersebut bukan peristiwa yang baru terjadi tetapi lebih merupakan kejadian yang terjadi beberapa minggu sebelum abortus. Abortus yang disebabkan oleh trauma emosional bersifat spekulatif, tidak ada dasar yang mendukung konsep abortus dipengaruhi oleh rasa ketakutan marah ataupun cemas^{5,7,9}.

j. Kelainan Uterus

Kelainan uterus dapat dibagi menjadi kelainan akuisita dan kelainan yang timbul dalam proses perkembangan janin, defek duktus mulleri yang dapat terjadi secara spontan atau yang ditimbulkan oleh pemberian

dietilstilbestrol (DES)^{5,7}. Cacat uterus akuisita yang berkaitan dengan abortus adalah leiomioma dan perlekatan intrauteri. Leiomioma uterus yang besar dan majemuk sekalipun tidak selalu disertai dengan abortus, bahkan lokasi leiomioma tampaknya lebih penting daripada ukurannya.

Mioma submukosa, tapi bukan mioma intramural atau subserosa, lebih besar kemungkinannya untuk menyebabkan abortus. Namun demikian, leiomioma dapat dianggap sebagai faktor kausatif hanya bila hasil pemeriksaan klinis lainnya ternyata negatif dan histerogram menunjukkan adanya defek pengisian dalam kavum endometrium. Miomektomi sering mengakibatkan jaringan parut uterus yang dapat mengalami ruptur pada kehamilan berikutnya, sebelum atau selama persalinan.

Perlekatan intrauteri (sinekia atau sindrom Asherman) paling sering terjadi akibat tindakan kuretase pada abortus yang terinfeksi atau pada *missed abortion* atau mungkin pula akibat komplikasi postpartum. Keadaan tersebut disebabkan oleh destruksi endometrium yang sangat luas. Selanjutnya keadaan ini mengakibatkan amenore dan abortus habitualis yang diyakini terjadi akibat endometrium yang kurang memadai untuk mendukung implanisasi hasil pembuahan.

k. Inkompetensi serviks

Kejadian abortus pada uterus dengan serviks yang inkompeten biasanya terjadi pada trimester kedua. Ekspulsi jaringan konsepsi terjadi setelah membran plasenta mengalami ruptur pada prolaps yang disertai dengan *balloning membran* plasenta ke dalam vagina.

Faktor Paternal

Hanya sedikit yang diketahui tentang peranan faktor paternal dalam proses timbulnya abortus spontan. Yang pasti, translokasi kromosom sperma dapat menimbulkan zigot yang mengandung bahan kromosom terlalu sedikit atau terlalu banyak, sehingga terjadi abortus^{5,7}.

Faktor Fetal

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat. Kelainan berat biasanya menyebabkan kematian janin pada hamil muda. Faktor-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan janin antara lain kelainan kromosom, lingkungan kurang sempurna dan pengaruh dari luar. Kelainan kromosom merupakan kelainan yang sering ditemukan pada abortus spontan seperti trisomi, poliploidi dan kemungkinan pula kelainan kromosom seks. Lingkungan yang kurang sempurna terjadi bila lingkungan endometrium di sekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu. Pengaruh dari luar seperti radiasi, virus, obat-obat yang sifatnya teratogenik.

Faktor Plasenta

Seperti endarteritis dapat terjadi dalam villi korialis dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi yang menahun.

1.4. Patogenesis

Proses abortus inkomplit dapat berlangsung secara spontan maupun sebagai komplikasi dari abortus provokatus kriminalis ataupun medisinalis. Proses terjadinya berawal dari pendarahan pada desidua basalis yang menyebabkan nekrosis jaringan di atasnya. Selanjutnya sebagian atau seluruh hasil konsepsi terlepas dari dinding uterus. Hasil konsepsi yang terlepas menjadi benda asing terhadap uterus sehingga akan dikeluarkan langsung atau bertahan beberapa waktu. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi korialis belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8 minggu sampai 14 minggu villi korialis menembus desidua lebih dalam sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan lebih dari 14 minggu umumnya yang mula-mula dikeluarkan setelah ketuban pecah adalah janin,

disusul kemudian oleh plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap^{1,5,9}.

2.5. Gambaran Klinis

Gejala umum yang merupakan keluhan utama berupa perdarahan pervaginam derajat sedang sampai berat disertai dengan kram pada perut bagian bawah, bahkan sampai ke punggung. Janin kemungkinan sudah keluar bersama-sama plasenta pada abortus yang terjadi sebelum minggu ke-10, tetapi sesudah usia kehamilan 10 minggu, pengeluaran janin dan plasenta akan terpisah. Bila plasenta, seluruhnya atau sebagian tetap tertinggal dalam uterus, maka pendarahan cepat atau lambat akan terjadi dan memberikan gejala utama abortus inkompletus. Sedangkan pada abortus dalam usia kehamilan yang lebih lanjut, sering pendarahan berlangsung amat banyak dan kadang-kadang masif sehingga terjadi hipovolemik berat^{5,7}.

2.6. Diagnosis

Diagnosis abortus inkomplit ditegakkan berdasarkan gambaran klinis melalui anamnesis dan hasil pemeriksaan fisik, setelah menyingkirkan kemungkinan diagnosis banding lain, serta dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik mengenai status ginekologis meliputi pemeriksaan abdomen, inspekulo dan *vaginal toucher*. Palpasi tinggi fundus uteri pada abortus inkomplit dapat sesuai dengan umur kehamilan atau lebih rendah. Pemeriksaan penunjang berupa USG akan menunjukkan adanya sisa jaringan.

Tidak ada nyeri tekan ataupun tanda cairan bebas seperti yang terlihat pada kehamilan ektopik yang terganggu. Pemeriksaan dengan menggunakan spekulum akan memperlihatkan adanya dilatasi serviks, mungkin disertai dengan keluarnya jaringan konsepsi atau gumpalan-gumpalan darah. Bimanual palpasi untuk menentukan besar dan bentuk uterus perlu dilakukan sebelum memulai tindakan evakuasi sisa hasil konsepsi yang masih tertinggal. Menentukan ukuran sondase uterus juga penting dilakukan untuk menentukan jenis tindakan yang sesuai⁴.

2.7. Diagnosis Banding

- Abortus iminens – Keguguran membakat dan akan terjadi. Dalam hal ini keluarnya fetus masih dapat dipertahankan dengan memberikan obat-obat hormonal dan antispasmodik serta istirahat.
Jika setelah beberapa minggu masih terjadi perdarahan, maka perlu ditentukan apakah kehamilan masih baik atau tidak. Kalau reaksi kehamilan 2 berturut-turut negatif, maka sebaiknya uterus dikosongkan (kuret).
- Kehamilan ektopik tuba – Kehamilan ektopik adalah kehamilan ovum yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh di tempat yang tidak normal, termasuk kehamilan servikal dan kehamilan kornual.
- Mola hidatidosa – Perdarahan pervaginam, yang muncul pada 20 minggu kehamilan biasanya berulang dari bentuk spotting sampai dengan perdarahan banyak. Pada kasus dengan perdarahan banyak sering disertai dengan pengeluaran gelembung dan jaringan mola. Dan pada pemeriksaan fisik dan USG tidak ditemukan ballotement dan detak jantung janin.¹⁴

2.8. Penatalaksanaan

Terlebih dahulu dilakukan penilaian mengenai keadaan pasien dan diperiksa apakah ada tanda-tanda syok. Penatalaksanaan abortus spontan dapat dilakukan dengan menggunakan teknik pembedahan maupun medis. Teknik pembedahan dapat dilakukan dengan pengosongan isi uterus baik dengan cara kuretase maupun aspirasi vakum. Induksi abortus dengan tindakan medis menggunakan preparat antara lain : oksitosin intravenus, larutan hiperosmotik intraamnion seperti larutan salin 20% atau urea 30%, prostaglandin E2, F2a dan analog prostaglandin yang dapat berupa injeksi intraamnion, injeksi ekstraokuler, insersi vagina, injeksi parenteral maupun per oral, antiprogesteron - RU 486 (mefepriстон), atau berbagai kombinasi tindakan tersebut diatas.

Pada kasus-kasus abortus inkomplit, dilatasi serviks sebelum tindakan kuretase sering tidak diperlukan. Pada banyak kasus, jaringan plasenta yang tertinggal terletak secara longgar dalam kanalis servikalis dan dapat diangkat dari ostium eksterna yang sudah terbuka dengan memakai forseps ovum atau forseps cincin. Bila plasenta seluruhnya atau sebagian tetap tertinggal di dalam uterus,

induksi medis ataupun tindakan kuretase untuk mengevakuasi jaringan tersebut diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan lanjut.

Perdarahan pada abortus inkomplit kadang-kadang cukup berat, tetapi jarang berakibat fatal.⁵ Evakuasi jaringan sisa di dalam uterus untuk menghentikan perdarahan dilakukan dengan cara¹³ :

1. Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg intramuskular atau misoprostol 400 mcg per oral.
2. Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi hasil konsepsi dengan :
 - Aspirasi Vakum merupakan metode evakuasi yang terpilih. Evakuasi dengan kuret tajam sebaiknya dilakukan jika aspirasi vakum manual tidak tersedia.
 - Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg intramuskular (diulangi setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulangi setelah 4 jam jika perlu).
3. Jika kehamilan lebih dari 16 minggu :
 - Berikan infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan intravena (garam fisiologis atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 40 tetes per menit sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi.
 - Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg).
 - Evakuasi sisa hasil konsepsi yang tertinggal dalam uterus.

Teknik kuretase dengan penyedotan (aspirasi vakum) sangat bermanfaat untuk mengosongkan uterus, dilakukan dengan menyedot isi uterus menggunakan kanula yang terbuat dari bahan plastik atau metal dengan tekanan negatif. Tekanan negatif dapat menggunakan pompa vakum listrik atau dengan *syringe pump* 60 ml. Aspirasi vakum merupakan prosedur pilihan yang lebih aman jika dibandingkan dengan teknik kuretase tajam, digunakan pada kehamilan kurang dari 12 minggu, dapat dilakukan hanya dengan atau tanpa analgesia lokal pada serviks maupun analgesia sistemik sedang. Aplikasi aspirasi vakum bahkan dapat

dilakukan sampai pada umur kehamilan 15 minggu, tergantung pada ketrampilan dan pengalaman operator. *Complete abortion rate* aspirasi vakum berkisar antara 95 - 100%. Metode ini merupakan metode pilihan untuk mengatasi abortus inkomplit.

Evakuasi jaringan sisa dapat dilakukan secara lengkap dalam waktu 3-10 menit⁵¹³. Sebelum melakukan tindakan kuretase, pasien, tempat dan alat kuretase disiapkan terlebih dahulu. Pada pasien yang mengalami syok, atasi syok terlebih dahulu. Kosongkan kandung kencing, selanjutnya dapat diberikan anestesi (jika diperlukan). Lakukan pemeriksaan ginekologik ulang untuk menentukan besar dan bentuk uterus, kemudian lakukan tindakan antisepsis pada genitalia eksterna, vagina dan serviks. Spekulum vagina dipasang dan selanjutnya serviks dipresentasikan dengan tenakulum. Uterus disondase dengan hati-hati untuk menentukan besar dan arah uterus. Masukkan kanula yang sesuai dengan dalam kavum uteri melalui serviks yang telah berdilatasi (tersedia ukuran kanula dari 4 mm sampai 12 mm). Selanjutnya kanula dihubungkan dengan aspirator (60 Hg pada aspirator listrik atau 0,6 atm pada *syringe*). Kanula digerakkan perlahan-lahan dari atas kebawah dan sebaliknya, sambil diputar 360°. Bila kavum uteri sudah bersih dari jaringan konsepsi, akan terasa dan terdengar gesekan kanula dengan miometrium yang kasar, sedangkan dalam botol penampung jaringan akan timbul gelembung udara. Pasca tindakan tanda-tanda vital diawasi selama 15-30 menit tanpa anestesi dan selama 1 - 2 jam bila dengan anestesi umum. Pemeriksaan lanjut dapat dilakukan 1 - 2 minggu kemudian¹³.

Penatalaksanaan abortus dengan teknik medis dibuktikan aman dan efektif. Efikasi terapi mifepriston dengan misoprostol dilaporkan sebesar 98% pada kehamilan trimester pertama awal. Namun demikian, pada abortus inkomplit, metode ini tidak memberikan keuntungan yang signifikan. Untuk mencapai ekspulsi spontan yang lengkap dengan terapi prostaglandin (misoprostol) diperlukan waktu rata-rata selama 9 hari. Regimen mifepriston, antiprogesteron digunakan secara luas, bekerja dengan cara mengikat reseptor progesteron, sehingga terjadi inhibisi efek progesteron untuk menjaga kehamilan. Dosis yang digunakan 200 mg. Kombinasi selanjutnya (36 - 48 jam) dengan

pemberian prostaglandin 800 µg insersi vagina mengakibatkan kontraksi uterus lebih lanjut yang kemudian diikuti dengan ekspulsi jaringan konsepsi.

Efek yang terjadi pada terapi dengan obat-obatan ini berupa kram pada perut yang disertai dengan perdarahan yang menyerupai menstruasi namun dengan fase yang memanjang, selama 9 hari bahkan dapat terjadi selama 45 hari. Kontraindikasi penggunaan obat-obat tersebut adalah pada keadaan dengan gagal ginjal akut, kelainan fungsi hati, perdarahan abnormal, perokok berat dan alergi.³

2.9. Prognosis

Kecuali adanya inkompetensi serviks, angka kesembuhan yang terlihat sesudah mengalami tiga kali abortus spontan akan berkisar antara 70 dan 85% tanpa tergantung pada pengobatan yang dilakukan. Abortus inkomplit yang di evakuasi lebih dini tanpa disertai infeksi memberikan prognosis yang baik terhadap ibu.⁵

2.10. Komplikasi

Abortus inkomplit yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan syok akibat perdarahan hebat dan terjadinya infeksi akibat retensi sisa hasil konsepsi yang lama didalam uterus⁵. Sinekia intrauterin dan infertilitas juga merupakan komplikasi dari abortus.

Berbagai kemungkinan komplikasi tindakan kuretase dapat terjadi, seperti perforasi uterus, laserasi serviks, perdarahan, evakuasi jaringan sisa yang tidak lengkap dan infeksi. Komplikasi ini meningkat pada umur kehamilan setelah trimester pertama. Demam bukan merupakan kontraindikasi untuk kuretase apabila pengobatan dengan antibiotik yang memadai segera dimulai.⁵ Komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan kuretase antara lain' :

Komplikasi Jangka pendek

1. Dapat terjadi refleks vagal yang menimbulkan muntah-muntah, bradikardi dan *cardiac arrest*.
2. Perforasi uterus yang dapat disebabkan oleh sonde atau dilatator. Bila perforasi oleh kanula, segera diputuskan hubungan kanula dengan aspirator. Selanjutnya kavum uteri dibersihkan sedapatnya. Pasien diberikan antibiotika

dosis tinggi. Biasanya pendarahan akan berhenti segera. Bila ada keraguan, pasien dirawat.

3. Serviks robek yang biasanya disebabkan oleh tenakulum. Bila pendarahan sedikit dan berhenti, tidak perlu dijahit.
4. Perdarahan yang biasanya disebabkan sisa jaringan konsepsi. Pengobatannya adalah pembersihan sisa jaringan konsepsi.
5. Infeksi akut dapat terjadi sebagai salah satu komplikasi. Pengobatannya berupa pemberian antibiotika yang sensitif terhadap kuman aerobik maupun anaerobik. Bila ditemukan sisa jaringan konsepsi, dilakukan pembersihan kavum uteri setelah pemberian antibiotika profilaksis minimal satu hari.

Komplikasi jangka panjang

Infeksi yang kronis atau asimtomatik pada awalnya ataupun karena infeksi yang pengobatannya tidak tuntas dapat menyebabkan :

1. Infertilitas baik karena infeksi atau tehnik kuretase yang salah sehingga terjadi perlengketan mukosa (sindrom Asherman).
2. Nyeri pelvis yang kronis.



BAB III

DOKUMENTASI SOAP

Asuhan Kebidanan Komprehensif Dengan Komplikasi Kegawatdaruratan Maternal Pada Ny. A Usia 31 Tahun G3P2A0 Usia Kehamilan 11⁺² Minggu dengan Abortus Inkomplit

2.1. IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny. A	Nama : Tn. K
Usia	: 31 tahun	Usia : 32 tahun
Agama	: Islam	Agama : Islam
Suku	: Jawa	Suku : Jawa
Pendidikan	: SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat	: Tambakan, Sedayu, Muntilan	

2.2. ANAMNESIS (SUBJEKTIF)

Keluhan Utama :

Keluar darah dari kemaluan.

Riwayat Penyakit Sekarang :

Keluhan tersebut dialami pasien sejak $\pm$ 3 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar yang kemudian diikuti dengan keluarnya gumpalan- gumpalan seperti daging. Selain itu, pasien juga mengeluhan nyeri pada perut bagian bawah sejak $\pm$ 2 hari. Pasien tidak mengalami demam. Tidak ada riwayat trauma sebelumnya. Riwayat berhubungan suami-istri sehari sebelum terjadi perdarahan. Dua jam SMRS, pasien telah melakukan pemeriksaan USG di dr. Sp. OG, dan interpretasinya adalah abortus inkomplit.

Riwayat Penyakit Dahulu :

1. Ada riwayat hipertensi.
2. Riwayat diabetes mellitus disangkal.
3. Riwayat penyakit pada kandungan disangkal.

Riwayat Penyakit Keluarga :

1. Ibu pasien memiliki riwayat hipertensi.
2. Ayah pasien memiliki riwayat penyakit hati.

Riwayat Menstruasi :

Menarche sejak usia 12 tahun, siklus haid teratur 30 hari, lama haid $\pm$ 4 hari dengan ganti pembalut 2 kali dalam sehari. HPHT 27 Oktober 2025

Riwayat Pernikahan :

Usia pertama kali menikah adalah 21 tahun, menikah sebanyak 1 kali, dan sudah menikah selama 10 tahun.

Riwayat Kontrasepsi :

Kontrasepsi terakhir yang digunakan oleh pasien adalah Pil Kontrasepsi dengan lama penggunaan 2 tahun.

Riwayat Obstetri :

1. 2017/ RS/ aterm/ partus spontan/ bidan/ penyulit (-)/ laki-laki, 3200 gr/ sehat.
2. 2020/ RS/ aterm/ partus spontan/ bidan/ penyulit (-)/ laki-laki, 3000 gr/ sehat.

2.3. PEMERIKSAAN FISIK

- Keadaan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Compos mentis, GCS E₄V₅M₆

Tanda-Tanda Vital :

- Tekanan darah : 140/90mmHg posisi berbaring pada lengan kanan.
- Frekuensi nadi : 96 x/menit, reguler, kuat angkat, isi cukup.
- Pernafasan : 24 x/menit, regular.
- Suhu : 36,7 °C (per axiller).

Status Gizi :

- Berat badan : 79 kg
- Tinggi badan : 158 cm
- BMI : 31,64 (obesitas)

Kepala dan Leher :

Mata :

- Kelopak : Edema (-/-)
- Konjungtiva : Anemis (-/-)
- Sklera : Ikterik (-/-)
- Pupil : Bulat, isokor 3mm/3mm, refleks cahaya (+/+)

Telinga :

Pendengaran dalam batas normal.

Hidung :

Pernafasan cuping hidung (-).

Mulut :

Sianosis (-), perdarahan pada gusi (-).

Leher :

Pembesaran KGB (-), pembesaran tiroid (-), JVP dalam batas normal.

Thorax :

Paru :

- Inspeksi : Bentuk dan pergerakan dada simetris, retraksi ICS (-/-).
- Palpasi : Fremitus raba (D=S), nyeri (-/-).
- Perkusi : Suara ketok sonor (+/+), nyeri ketok (-/-).
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler, rhonki (-/-), wheezing (-/-).

Jantung :

- Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak.
- Palpasi : Ictus cordis tidak teraba.
- Perkusi : Batas kanan → parasternal line dextra.
Batas kiri → ICS V 2 jari lateral MCL sinistra.
- Auskultasi : S₁ S₂ tunggal regular, bising jantung (-).

Abdomen :

Inspeksi : Linea nigra (-), striae albicans (-), luka bekas operasi (-). Palpasi : Soefl, nyeri tekan epigastrium (+).

Perkusi : Timpani.

Auskultasi : BU (+) normal.

Ektremitas :

Ekstremitas Atas :

Akral dingin, edema (-/-).

Ekstremitas Bawah

Akral dingin, edema (-/-), varises (-/-), refleks patella (+/+) normal.

2.4. STATUS GINEKOLOGI

Abdomen :

- Inspeksi : Linea nigra (-), striae albicans (+), luka bekas operasi (-).
- Palpasi : Fundus uteri tidak teraba, nyeri tekan (+).

Pemeriksaan Dalam Vagina :

- Vulva/vagina normal.
- Portio : tebal lunak, pembukaan 1 jari sempit .
- Pengeluaran : darah segar (+), gumpalan darah (+).

2.5. PEMERIKSAAN PENUNJANG

• ***Pemeriksaan Laboratorium***

	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
Leukosit	12.700	4.000-10.000/mm ³
Hb	13,5	11.0 – 16.0 gr/dl
Hct	35.5	37.0 – 54.0 %
Trombosit	403.000	150.000 – 450.000/mm ³
HbsAg	(-)	
Anti HIV	Non Reaktif	
Tes Kehamilan	(+)	

- **Pemeriksaan USG dari Sp.OG : (+) → Abortus Inkomplit.**

2.6. Analisa

Ny. A Usia 31 Tahun G3P2A0 Usia Kehamilan 11+2 Minggu dengan Abortus Inkomplit

2.7 Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu terkait kondisinya
 - Ibu mengetahui kondisinya
2. Melakukan kolaborasi dengan dr spog, didapatkan hasil :
 - a. Rawat inap
 - b. Cek darah rutin lengkap
 - d. Pemeriksaan USG, Hasil pemeriksaan USG yaitu tampak sisa janin intrauterine
 - e. Advice dokter untuk dilakukan pro kuretase
3. Memberitahu ibu tentang penjelasan kehamilan dengan abortus inkomplit kondisi keguguran di mana sebagian jaringan kehamilan (janin atau plasenta) telah keluar dari rahim, tetapi sebagian lainnya masih tertinggal di dalam rahim, ditandai dengan perdarahan hebat, kram perut, dan serviks (leher rahim) terbuka sebelum usia kehamilan 20 minggu, yang memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi serius seperti perdarahan berkepanjangan dan infeksi.
 - Ibu mengerti terkait penjelasan
4. Memberitahu ibu tentang faktor resiko terjadinya kehamilan ektopik yaitu :

Faktor risiko abortus inkomplit meliputi faktor ibu (usia tua/muda, riwayat keguguran, obesitas, penyakit kronis seperti diabetes/tiroid/autoimun, infeksi), faktor janin (kelainan kromosom), faktor genetik, dan faktor lingkungan/perilaku (merokok, alkohol), serta kondisi rahim/serviks yang lemah atau kelainan, dengan pendidikan rendah, jarak kehamilan, dan paritas (jumlah anak) juga berpengaruh signifikan. (Kemenkes, 2020).

 - Ibu mengerti dan paham terkait penjelasan
5. Edukasi dan memberikan informed consent pasien dan keluarga untuk dilakukan kuretase
 - Telah dilakukan kuretase produk kehamilan 6 Januari 2026
6. Melakukan pendokumentasia

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Diagnosis

Seorang Ny. A berusia 31 tahun, datang dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak $\pm$ 3 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar yang kemudian diikuti dengan keluarnya gumpalan-gumpalan seperti daging. Selain itu, pasien juga mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah sejak $\pm$ 2 hari. Pasien tidak mengalami demam. Tidak ada riwayat trauma sebelumnya. Ada riwayat berhubungan suami-istri sehari sebelum terjadi perdarahan. Dari riwayat menses pasien, diketahui bahwa pasien tidak mengalami menstruasi sejak 3 bulan terakhir (HPHT : 27 Oktober 2025). Pasien telah melakukan tes kehamilan sebelumnya, dan hasilnya adalah (+).

Dari anamnesis, diketahui bahwa pasien tidak mengalami menstruasi sejak 3 bulan terakhir, dan telah melakukan tes kehamilan dengan hasil (+), sehingga mendukung bahwa saat itu pasien sedang hamil. Adanya keluhan perdarahan pervaginam yang cukup banyak disertai dengan adanya serta keluhan nyeri perut bagian bawah serta riwayat melakukan hubungan suami istri sebelumnya, mengarah kepada gejala abortus.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan status present dan general dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen fundus uteri tidak teraba, terdapat nyeri tekan pada perut bawah, tidak ada cairan bebas, dan tidak ada massa. Dari pemeriksaan dalam didapatkan adanya fluksus, ostium uteri eksternum (OUE) membuka dan teraba jaringan.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini antara lain adalah pemeriksaan laboratorium berupa darah lengkap dan tes kehamilan, dan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pada pemeriksaan darah lengkap didapatkan hasil dalam batas normal, tes kehamilan menunjukkan hasil (+), dan dari pemeriksaan USG yang dilakukan 2 jam SMRS didapatkan kesan abortus inkomplit.

Berdasarkan uraian anamnesa dan pemeriksaan fisik di atas, maka diagnosa pasien ini mengarah pada abortus inkomplit. Adanya diagnosa banding yaitu abortus iminens, kehamilan ektopik dan mola dapat disingkirkan baik dari anamnesa, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan hematologi rutin dan pada kasus ini didapatkan hasilnya dalam batas normal, sehingga tidak perlu ditakutkan adanya keadaan anemia. Pemeriksaan penunjang lainnya, yakni USG dapat pula digunakan untuk menegaskan diagnosa dan menyingkirkan diagnosa banding seperti kehamilan ektopik atau suatu mola hidatidosa. Pada kasus ini pemeriksaan USG menunjukkan kesan abortus inkomplit.

4.3. Penatalaksanaan

Pada kasus ini, keadaan umum pasien ketika stabil, dan tidak didapatkan adanya tanda-tanda syok. Tatalaksana selanjutnya bertujuan untuk mengeluarkan sisa hasil konsepsi yang masih tertinggal di dalam uterus, yakni dengan kuretase, yang kemudian dilanjutkan dengan terapi medikamentosa seperti antibiotika, analgetika, dan uterotonika. Yang terpenting setelah tindakan kuretase tersebut adalah observasi dua jam setelahnya untuk monitoring vital sign sehingga adanya komplikasi seperti perdarahan ringan sampai berat, infeksi, dan kelainan fungsi pembekuan darah dapat dihindari.

Mengingat komplikasi tindakan ini cukup banyak, maka perlu dilakukan dengan prosedur yang benar dan hati-hati untuk mengurangi resiko tersebut seminimal mungkin. Adapun penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah :

- Kuretase tajam dengan *general anesthesia*.
- Pemberian medikamentosa :
 - Amoxycillin 3x500 mg
 - Asam Mefenamat 3x500 mg
 - SF 1x1 tab
- KIE

Setelah dilakukan tindakan kuretase, keadaan pasien cukup stabil, dan kemudian diberikan terapi medikamentosa. Terapi medikamentosa yang diberikan berupa Amoxycillin untuk mengatasi infeksi mengingat tindakan kuretase adalah tindakan yang invasif, Asam Mefenamat untuk mengurangi rasa nyeri yang ditimbulkan dari tindakan kuretase, dan SF untuk membantu meningkatkan pembentukan sel-sel darah merah setelah sebelumnya pasien mengalami perdarahan yang cukup banyak. Pada kasus ini, tidak dilakukan pemberian uterotonika, karena perdarahan yang terjadi selama dan setelah dilakukan tindakan kuretase adalah minimal. Keadaan tersebut menandakan bahwanya kontraksi uterus pasien pada kasus ini masih adekuat untuk meminimalisir perdarahan, sehingga pemberian uterotonika tidak dibutuhkan.

Pada kasus ini, observasi terhadap tanda-tanda vital dan kemungkinan terjadinya komplikasi atas tindakan yang diberikan, dilakukan selama 24 jam. Selanjutnya, pasien diperkenankan melakukan pengobatan rawat jalan. Penderita disarankan untuk kontrol ke poliklinik kandungan 3 hari kemudian untuk mengetahui perkembangan kondisinya.

KIE merupakan hal yang sangat penting dalam penatalaksanaan kasus ini dimana yang harus dititik beratkan adalah tentang diagnosis penyakit, tatalaksana serta komplikasinya, rencana tentang kehamilan yang berikutnya, kontrol atau evaluasi terhadap tindakan (febris, nyeri) yang telah diberikan dan yang tidak kalah pentingnya adalah mencari penyebab abortus (untuk persiapan kehamilan berikutnya).

4.4. Prognosis

Prognosis pada kasus ini adalah baik, *dubius ad bonam* karena tindakan kuretase yang telah dilakukan berhasil mengeluarkan semua sisa jaringan yang tertinggal di uterus sehingga resiko perdarahan menjadi sangat minimal. Setelah observasi dua jam pasca tindakan kuretase, keadaan umum pasien stabil dan pasienpun tidak mengalami keluhan. Selain itu, pada pasien ini tidak didapatkan adanya penyulit atau komplikasi yang berbahaya misalnya perdarahan, perforasi, infeksi maupun syok.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Seorang Nyonya berusia 31 tahun, datang dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak ± 3 hari. Darah yang keluar berwarna merah segar yang kemudian diikuti dengan keluarnya gumpalan-gumpalan seperti daging. Selain itu, pasien juga mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah sejak ± 2 hari. Pasien sudah tidak mengalami menstruasi sejak ± 3 bulan terakhir. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang ditegakkan diagnosis pasien ini yaitu G₃P₂A₀ Usia Kehamilan 11 +2 Minggu dengan Abortus Inkomplit. Tatalaksana yang dilakukan adalah kuretase.

Secara umum, penegakan diagnosis, alur penatalaksanaan sudah sesuai dengan literatur yang ada. Prognosis pada pasien ini berdasarkan perjalanan penyakit dan penatalaksanaan yang telah didapatkan adalah bonam.

5.2. Saran

Agar diagnosis pada pasien dapat ditegakkan secara tepat dan cepat, dibutuhkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat pula serta pemeriksaan penunjang yang sesuai, sehingga keputusan untuk penatalaksanaan yang tepat ke depannya sesuai dengan diagnosis yang tepat pula.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wibowo B, Wiknjosastro GH. Kelainan dalam Lamanya Kehamilan. Dalam : Wiknjosastro GH, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, editor. Ilmu Kebidanan. Edisi 5. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo ; 2022 : hal. 302 - 312.
3. Ministry of Health Republic of Indonesia. Indonesia Reproductive Health Profile 2023.
4. Abortion. In : Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Bilstrap LC, Wenstrom KD, editors. William Obsetrics. 22nd ed. USA : The McGraw- Hills Companies, Inc ; 2025 : p. 231-247.
5. Abortion. In: Leveno KJ, et all. Williams Manual of Obstetrics. USA: McGraw-Hill Companies, 2023 : p. 45 – 55
6. Stovall TG. Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. In : Berek JS, et all. Novak's Gynaecology. 13th ed. Philadelphia; 2022 : p. 507 - 9.
7. Griebel CP, Vorsen JH, Golemon TB, Day AA. Management of Spontaneous Abortion. AAFP Home Page>New & Publications>Journals>American Family Physician. October 012005;72;1.
8. Disorder of Early Pregnancy (ectopic, miscarriage, GTI) In : Campbell S, Monga A, editors. Gynaecology. London : Arnold, 2024 ; p. 102-6.
9. Saifudin AB, Wiknjosastro GH, Affandi B, Waspodo D. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2022.
13. Wiknjosastro GH, Saifflidin AB, Rachimadhi T. Ilmu Bedah Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirorahardjo, 2024.