

**MAKALAH ASUHAN KEBIDANAN
ABORTUS**



Dosen Pengampu :

Suyani.S.,ST.M.Keb

Disusun Oleh :

Apriliana Andin 2010101002

Resa Nur Azizah 2010101004

Tri Revita 2010101007

Mifta Arsyah Harsendi 2010101009

Rahma Putri Afisa 2010101012

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PENDIDIKAN
PROFESI BIDAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS 'AISYIYAH
YOGYAKARTA 2021/2022**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha kuasa karena telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan makalah ini. Atas rahmat dan hidayah-Nya lah penulis dapat menyelesaikan makalah yang berjudul “ABORTUS” dengan tepat waktu. Makalah ini disusun guna memenuhi tugas Dosen Suyani.S.,ST.M.Keb pada mata kuliah Asuhan Kebidanan prodi kebidanan program sarjana dan pendidikan profesi bidan Universitas’ Aisyiyah Yogyakarta. Selain itu, Kami juga berharap agar makalah ini dapat menambah wawasan bagi pembaca tentang kelainan genetik yang terjadi pada vulva.

Kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Dosen Suyani.S.,ST.M.Keb selaku dosen mata kuliah Asuhan Kebidanan. Tugas yang telah diberikan ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan terkait bidang yang ditekuni kami. kami juga mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu proses penyusunan makalah ini. Kami menyadari makalah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun akan penulis terima demi kesempurnaan makalah ini.

DAFTAR ISI

COVER	1
KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	3
BAB I PENDAHULUAN	4
1.1. Latar Belakang.....	4
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penulis.....	4
BAB II PEMBAHASAN	5
2.1. Pengertian Abortus.....	5
2.2. Patofisiologi Abortus.....	5
2.3. Jenis-jenis Abortus.....	6
2.4. Faktor Resiko Abortus.....	7
2.5. Komplikasi Abortus.....	10
2.6. Alur Rujukan.....	10
BAB III PENUTUP	14
3.1. Kesimpulan.....	14
3.2. Saran.....	14
DAFTAR PUSTAKA	15

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Abortus adalah penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar rahim yaitu usia kurang dari 20 minggu usia kehamilan dengan berat janin kurang dari 500 gram. Sikap wanita yang mengalami abortus akan sangat dipengaruhi oleh dukungan yang ditunjukkan oleh pasangan, keluarga, teman serta tenaga kesehatan. Berbagai faktor diduga sebagai penyebab abortus spontan, diantaranya adalah faktor ibu, faktor janin, factor ibu dan faktor eksternal lainnya. Faktor ibu seperti usia, paritas, mempunyai riwayat keguguran sebelumnya, infeksi pada daerah genital, penyakit kronis yang diderita ibu, bentuk rahim yang kurang sempurna, mioma, gaya hidup yang tidak sehat, minum obat-obatan yang dapat membahayakan kandungan, stress atau ketakutan, hubungan sek dengan orgasme sewaktu hamil dan kelelahan karena sering bepergian dengan kendaraan. Sedangkan Abortus karena faktor janin bisa disebabkan oleh kelainan kromosom Faktor eksternal lain yang juga bisa menyebabkan abortus seperti seperti trauma fisik, terkena pengaruh radiasi, polusi, pestisida, dan berada dalam medan magnet di atas batas normal. Dalam menjalankan peran pendidik sebagai perawat maternitas, pasien perlu diberikan informasi dan edukasi yang tepat agar dapat mencegah dan mengetahui sedini mungkin faktor-faktor pencetus terjadinya abortus.

1.2. Rumusan Masalah

1. Pengertian Abortus
2. Bagaimana Patofisiologi Abortus
3. Apa saja jenis-jenis Abortus
4. Bagaimana factor resiko pada Abortus
5. Apa saja Komplikasi yang terdapat pada Abortus
6. Bagaiman Alur Rujukan

1.3. Tujuan Penulis

- Mahasiswa mampu memahami apa itu Pengertian Abortus
2. Mahasiswa mampu memahami bagaimana Patofisiologi Abortus
 3. Mahasiswa mampu memahami apa aja Jeni-jenis Abortus

4. Mahasiswa mampu memahami bagaimana Faktor Resiko Abortus
5. Mahasiswa mampu memahami apa saja Komplikasi Abortus

BAB II

PEMBAHASAN

2.1. Pengertian

Abortus adalah penghentian sebelum janin dapat hidup di luar rahim yaitu usia kurang dari 20 minggu usia kehamilan dengan berat janin kurang dari 500 gram (Bennett & Brown, 1997; Enkin, 2000; Wiknjosastro, 2002). Angka abortus sulit ditetapkan, sekitar 15 – 2% kehamilan yang diketahui secara klinis berakhir menjadi abortus spontan, dan 80 % terjadi pada trimester pertama dan satu dari tujuh wanita mengalami abortus sekitar minggu ke-14 usia gestasi (Bennett & Brown, 1997).

2.2. Patofisiologi

Abortus biasanya diawali oleh perdarahan desidua basalis diikuti nekrosis jaringan sekitarnya. Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan oksigen. Bagian yang terlepas dianggap benda asing, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi. Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu, keguguran memiliki gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Stres fisik atau mental dapat menyebabkan peningkatan sekresi hormone Adrenokortikotropik (ACTH) dengan segera dan bermakna oleh kelenjar hipofisis anterior dan akibatnya sekresi kortisol juga akan sangat meningkat. Sekresi kortisol ini meningkat sampai 20 kali lipat. Efek ini di gambarkan dengan jelas sekali oleh respons sekresi adrenokortikal yang cepat dan kuat setelah trauma.

Rangsangan sakit yang disebabkan oleh stres fisik apapun atau kerusakan jaringan pertama dihantarkan ke atas melalui batang otak dan akhirnya ke puncak median hipotalamus. Stres mental dapat juga segera menyebabkan peningkatan sekresi ACTH. Keadaan ini dianggap sebagai akibat

naiknya aktivitas dalam sistem limbik, khususnya dalam regio amigdala dan hipotalamus, yang keduanya kemudian menjalarkan sinyal ke bagian posterior medial hipotalamus

2.3. Jenis-Jenis Abortus

1. Abortus iminens (keguguran yang mengancam)

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan bercak, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan. Penderita mengeluh mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan bercak. Besarnya uterus masih sesuai dengan usia kehamilan dan tes kehamilan urin masih positif. Pemeriksaan USG diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan janin dan keadaan plasenta apakah sudah terjadi pelepasan.

Dalam kondisi seperti ini, kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan. Pengelolaan penderita dengan melakukan observasi perdarahan, istirahat atau tirah baring sampai perdarahan berhenti, dan tidak boleh berhubungan seksual dulu sampai kurang lebih 2 minggu.

2. Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung)

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahan sedang hingga banyak sesuai dengan pembukaan serviks dan usia kehamilan. Besar uterus masih sesuai dengan usia kehamilan dengan tes urin kehamilan masih positif. Pada pemeriksaan USG akan didapati pembesaran uterus yang masih sesuai dengan usia kehamilan, gerak janin dan gerak jantung janin masih jelas walau mungkin sudah mulai tidak normal, biasanya terlihat penipisan serviks atau pembukaannya. Pengelolaan penderita ini harus memperhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan hemodinamik yang terjadi dan segera lakukan tindakan evakuasi/pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase bila perdarahan banyak.

3. Abortus kompletus (keguguran lengkap)

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan. Pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan bila pemeriksaan

secara klinis sudah memadai. Pada pemeriksaan tes urin biasanya masih positif sampai 7-10 hari setelah abortus. Pengelolaan penderita tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan.

4. Abortus inkompletus (keguguran bersisa)

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Batasan ini juga masih pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus di mana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Besar uterus sesuai dengan usia kehamilan. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun bisa sedang hingga banyak bergantung pada jaringan yang tersisa. Pasien dapat jatuh dalam keadaan anemia atau syok hemoragi sebelum sisa jaringan konsepsi dikeluarkan. Pengelolaan pasien harus diawali dengan perhatian terhadap keadaan umum dan mengatasi gangguan hemodinamik yang terjadi untuk kemudian disiapkan tindakan kuretase. Pemeriksaan USG hanya dilakukan bila ragu dengan diagnosis secara klinis.

5. Abortus habitualis (abortus berulang)

Abortus habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut. Penderita abortus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran/abortus secara berturut-turut.

2.4. Faktor Resiko

1. Faktor janin

Faktor risiko dari janin meliputi kelainan perkembangan zigot, kelainan jumlah kromosom, kelainan struktur kromosom, dan kelainan plasenta. Paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenetik.²³ Kelainan jumlah kromosom menjadi penyebab utama abortus spontan sekitar 50-60%. Trisomi autosom adalah anomali kromosom yang paling sering ditemukan pada abortus trimester pertama.

2. Faktor ibu

Penyebab abortus dari ibu belum sepenuhnya dipahami, tetapi penyakit medis, keadaan lingkungan, dan kelainan perkembangan diperkirakan berperan dalam kejadian abortus.

- Alkohol

Alkohol dalam jumlah kecil menambah risiko abortus spontan. Jumlah banyak menyebabkan sindrom alkohol janin.

- Faktor imunologis

Sejumlah penyakit imun dilaporkan berkaitan dengan kegagalan kehamilan. Wanita dengan riwayat abortus dini dan kadar antibodi yang tinggi memiliki angka kekambuhan abortus sebesar 70%.⁷

3. Penyakit ibu

Penyakit ibu dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta masuk ke janin, sehingga menyebabkan kematian janin, dan kemudian terjadilah abortus. Penyakit ibu yang secara langsung mempengaruhi janin seperti anemia, hipertensi, diabetes melitus.

- Anemia

Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr%. Anemia kehamilan adalah kondisi ibu hamil dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 gr% pada trimester 2. Pada saat trimester kedua kebutuhan zat pembentuk darah terutama besi meningkat tajam hingga dua kali lipat dibandingkan saat tidak hamil. Keadaan ini disebabkan volume darah ibu meningkat karena kebutuhan janin akan oksigen dan zat gizi yang dibawa oleh sel darah merah.¹⁴ Dalam kehamilan keperluan akan zat-zat makanan bertambah dan terjadi pula perubahan dalam darah dan sumsum tulang. Dalam kehamilan darah bertambah banyak (hipervolemia), akan tetapi bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma, sehingga terjadi pengenceran darah.

Hipertensi Penyakit menahun seperti hipertensi dapat meningkatkan risiko abortus. Hipertensi dalam kehamilan sebagai akibat dari hipertensi menahun, seperti hipertensi kronik. Hipertensi kronik dalam kehamilan adalah tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang didapatkan sebelum umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi tidak menghilang setelah 12 minggu pasca persalinan. Banyak teori telah dikemukakan tentang terjadinya hipertensi dalam kehamilan, tetapi tidak ada satu pun teori yang dianggap mutlak benar. Salah satu teori yang sekarang banyak dianut yaitu teori kelainan vaskularisasi plasenta. Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat aliran darah dari cabang-cabang arteri uterina dan arteri ovarika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa

arteri arkuata dan arteri arkuata memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan memberi cabang arteri spiralis.

- Diabetes melitus

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit yang terjadi karena penurunan produksi atau aktivitas hormon insulin didalam tubuh. Hormon insulin ini dibuat oleh kelenjar pankreas untuk mengontrol gula darah. Jika terjadi gangguan pada pankreas akan mengakibatkan penurunan fungsi insulin. Berkurangnya insulin atau aktivitas insulin.

menyebabkan glukosa tidak dapat digunakan oleh sel, disamping itu terjadi peningkatan glukosa dalam darah sehingga mengakibatkan hiperglikemia. Peningkatan kadar gula dalam darah ini terjadi karena tidak adanya kontrol dari hormon insulin.

Pada penderita diabetes, kehamilan dapat memperberat kondisi diabetes wanita tersebut. Hal ini karena pada kondisi hamil, kadar gula dalam darah terus meningkat. Hiperglikemia ini terjadi sejak konsepsi dan berlangsung selama kehamilan dan sesudahnya. Kendali glukosa yang buruk selama 7 minggu pertama pembentukan janin berakibat meningkatkan risiko terjadinya keguguran berhubungan dengan ketidakadekuatan kontrol glikemik selama fase embrionik (usia kehamilan 7 minggu pertama) diindikasikan dengan peningkatan HbA1c. Wanita hamil yang diabetes dengan kontrol yang buruk mempunyai risiko terjadinya abortus spontan 30% sampai 60%. Beberapa penelitian juga telah membuktikan bahwa abortus spontan disebabkan oleh control glikemik yang buruk selama trimester pertama.²⁵

4. Kelainan yang terdapat dalam rahim

Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin dijumpai keadaan abnormal dalam bentuk mioma uteri, uterus arkuatus, uterus septus, retrofleksi uteri, serviks inkompetens, bekas operasi pada serviks, robekan serviks postpartum.

5. Usia ibu hamil

Usia ibu hamil adalah usia ibu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat terjadinya kehamilan ini. Semakin cukup usia maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.²⁶ Usia reproduksi sehat dikenal bahwa usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun.¹⁴ Peningkatan kejadian abortus dengan faktor usia ibu, frekuensi menjadi dua kali lipat dari 12% pada wanita berusia <20 tahun menjadi 26% pada mereka yang berusia >35 tahun.

2.5. Komplikasi Abortus

Komplikasi yang berbahaya pada abortus antara lain perdarahan yang dapat diatasi dengan pengosongan uterus dan sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya. Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada setiap abortus dan biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis. Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

2.6. Alur Rujukan

Rujukan ibu hamil yang berisiko tinggi merupakan komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal. Pemahaman sistem dan cara rujukan yang baik, tenaga kesehatan diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan pasien.

A. Indikasi dan Kontraindikasi

Rujukan dilakukan apabila tenaga dan perlengkapan disuatu fasilitas kesehatan tidak mampu menatalaksana komplikasi yang mungkin terjadi. Dalam pelayanan kesehatan maternal dan pernatal, terdapat dua alasan untuk merujuk ibu hamil, yaitu ibu dan/atau janin yang dikandungnya.

Berdasarkan sifatnya, rujukan ibu hamil dibedakan menjadi:

- Rujukan kegawatdaruratan
Rujukan kegawatdaruratan adalah rujukan yang dilakukan sesegera mungkin karena berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan yang mendesak.
- Rujukan berencana
Rujukan berencana adalah rujukan yang dilakukan dengan persiapan yang lebih panjang ketika keadaan umum ibu masih relatif lebih baik, misalnya di masa antenatal atau awal persalinan ketika didapati kemungkinan risiko komplikasi. Karena tidak dilakukan dalam

kondisi gawat darurat, rujukan ini dapat dilakukan dengan pilihan modalitas transportasi yang lebih beragam, nyaman, dan aman bagi pasien.

Adapun rujukan sebaiknya tidak dilakukan bila:

- a) Kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan
 - b) Kondisi janin tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk
 - c) Persalinan sudah akan terjadi
 - d) Tidak ada tenaga kesehatan terampil yang dapat menemani
 - e) Kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan
- Perencanaan Rujukan
Komunikasikan rencana merujuk dengan ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapatkan persetujuan dari ibu dan/atau keluarganya. Tenaga kesehatan perlu memberikan kesempatan, apabila situasi memungkinkan, untuk menjawab pertimbangan dan pertanyaan ibu serta keluarganya. Beberapa hal yang disampaikan sebaiknya meliputi:
 - a) Diagnosis dan tindakan medis yang diperlukan
 - b) Alasan untuk merujuk ibu
 - c) Risiko yang dapat timbul bila rujukan tidak dilakukan
 - d) Risiko yang dapat timbul selama rujukan dilakukan
 - e) Waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang dibutuhkan untuk merujuk
 - f) Tujuan rujukan
 - g) Modalitas dan cara transportasi yang digunakan
 - h) Nama tenaga kesehatan yang akan menemani ibu
 - i) Jam operasional dan nomer telepon rumah sakit/pusat layanan kesehatan yang dituju
 - j) Perkiraan lamanya waktu perawatan
 - k) Perkiraan biaya dan sistem pembiayaan (termasuk dokumen kelengkapan untuk Jampersal, Jamkesmas, atau asuransi kesehatan)
 - l) Petunjuk arah dan cara menuju tujuan rujukan dengan menggunakan modalitas transportasi lain
 - m) Pilihan akomodasi untuk keluarga

Hubungi pusat layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan sampaikan kepada tenaga kesehatan yang akan menerima pasien hal-hal berikut ini:

- a. Indikasi rujukan
- b. Kondisi ibu dan janin
- c. Rencana terkait prosedur teknis rujukan (termasuk kondisi lingkungan dan cuaca menuju tujuan rujukan)
- d. Kesiapan sarana dan prasarana di tujuan rujukan
- e. Penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum transportasi, berdasarkan pengalaman-pengalaman rujukan sebelumnya

Hal yang perlu dicatat oleh pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien adalah:

- a. Nama pasien
- b. Nama tenaga kesehatan yang merujuk
- c. Indikasi rujukan
- d. Kondisi ibu dan janin
- e. Penatalaksanaan yang telah dilakukan sebelumnya
- f. Nama dan profesi tenaga kesehatan yang mendampingi pasien

Saat berkomunikasi lewat telepon, pastikan hal-hal tersebut telah dicatat dan diketahui oleh tenaga kesehatan di pusat layanan kesehatan yang akan menerima pasien. Lengkapi dan kirimlah berkas-berkas berikut ini (secara langsung ataupun melalui faksimili) sesegera mungkin:

- a. Formulir rujukan pasien (minimal berisi identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan)
- b. Fotokopi rekam medis kunjungan antenatal
- c. Fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini
- d. Hasil pemeriksaan penunjang
- e. Berkas-berkas lain untuk pembiayaan menggunakan jaminan kesehatan Pastikan ibu yang dirujuk telah mengenakan gelang identifikasi.

Bila terdapat indikasi, pasien dapat dipasang jalur intravena dengan kanul berukuran 16 atau 18.

1. Mulai penatalaksanaan dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi segera setelah berdiskusi dengan tenaga kesehatan di tujuan rujukan. Semua resusitasi, penanganan kegawatdaruratan dilakukan sebelum memindahkan pasien.
2. Periksa kelengkapan alat dan perlengkapan yang akan digunakan untuk merujuk, dengan mempertimbangkan juga kemungkinan yang dapat terjadi selama transportasi.
3. Selalu siap sedia untuk kemungkinan terburuk.
4. Nilai kembali kondisi pasien sebelum merujuk, meliputi:
 - Keadaan umum pasien
 - Tanda vital (Nadi, Tekanan darah, Suhu, Pernafasan)
 - Denyut jantung janin
 - Presentasi
 - Dilatasi serviks
 - Letak janin
 - Kondisi ketuban
 - Kontraksi uterus: kekuatan, frekuensi, durasi
 - Catat dengan jelas semua hasil pemeriksaan berikut nama tenaga kesehatan dan jam pemeriksaan terakhir

BAB III

PENUTUP

3.1. Kesimpulan

Angka abortus sulit ditetapkan, sekitar 15 – 2% kehamilan yang diketahui secara klinis berakhir menjadi abortus spontan, dan 80 % terjadi pada trimester pertama dan satu dari tujuh wanita mengalami abortus sekitar minggu ke-14 usia gestasi. Berbagai faktor diduga sebagai penyebab abortus spontan, diantaranya adalah faktor ibu, faktor janin, faktor ibu dan faktor eksternal lainnya.

3.2. Saran

Mahasiswa mampu memahami pengertian dan berbagai jenis abortus, dalam menjalankan peran pendidik sebagai perawat maternitas, pasien perlu diberikan informasi dan edukasi yang tepat agar dapat mencegah dan mengetahui sedini mungkin faktor-faktor pencetus terjadinya abortus.

DAFTAR PUSTAKA

- Armstrong, B.G., McDonald, A.D., Sloan, M. (1992). Cigarette, Alcohol, and Coffe Consumption and Spontaneous Abortion. American Journal Publication Health 82:85
- Cuningham, G.F., Gant,F.N., Leveno, J.K., Gilsstrap III, C.L., Hauth, C.J., Wenstrom. D.K., (2005). Obstetri William. Edisi 21. Jakrata : EGC.
- Cokkinides, V.E., Coker, A.L., Sanderson, M., Addy, C., Bethea L. (1999). Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complication and Birth Outcome. Obstetry Gynecology 93:661.
- Connoly, A.M., Katz, V.L., Bash, K.L., McMohan M.J., Hansen, W.F. (1997). Trauma and Pregnancy. American Journal Perinatology 14:331.
- Bobak, I. M., Lowdwemilk, D. L., & Jensen, M. D (2005). (Alih bahasa Wijayarini, M.A., & Anugrah). Buku ajar keperawatan maternitas. (4thEd). Jakarta: EGC.
- Boivin, J.F. (1997). Risk of Spontaneous Abortion in Women occupationally Exposed to Anesthetic Gases: A Meta- Analysis. Occupation Environment Medition 54:541