

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN ABORTUS DI RSUD Dr. CHASAN
BOESOIRIE TERNATE PROVINSI MALUKU UTARA**

***RISK FACTORS GENESIS ABORTION IN HOSPITAL DR. CHASAN
BOESOIRIE TERNATE IN NORTH MALUKU PROVINCE***

SITTI HUBAYA MATJINO



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN ABORTUS DI RSUD Dr. CHASAN
BOESOIRIE TERNATE PROVINSI MALUKU UTARA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh
SITTI HUBAYA MATJINO

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

TESIS

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN ABORTUS DI RSUD DR. CHASAN
BOESOIRIE TERNATE PROVINSI MALUKU UTARA**

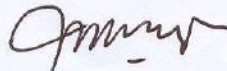
Disusun dan diajukan oleh :

SITI HUBAYA MATJINO
Nomor Pokok P1807211521

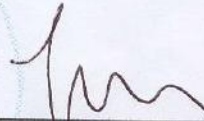
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 24 Juli 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASEHAT,

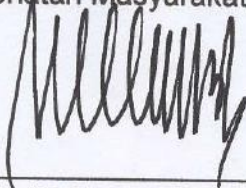


Dr. dr. Arifin Seweng, MPH
Ketua



Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SITTI HUBAYA MATJINO

Nomor Pokok : P1807211521

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2013

Yang menyatakan

SITTI HUBAYA MATJINO

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat kesehatan dan kekuatan yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini. Salam dan Shalawat kepada junjungan kami, Rasulullah Muhammad SAW beserta keluarganya, hamba Allah yang paling sempurna. Perkenankan penulis dengan tulus menyampaikan rasa terima kasih yang dalam dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Dr. dr. Arifin Seweng, MPH** selaku ketua komisi penasehat dan Bapak **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS.** selaku anggota penasehat penelitian, yang tak pernah lelah di sela-sela kesibukannya dan dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada penguji **Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M. Sc,** Bapak **Dr.dr.H.M.Tahir Abdullah, M.Sc.** dan Bapak **Prof. Dr. H. Indar, SH.,MPH.** atas kesediaannya menjadi penguji yang banyak memberikan arahan dan masukan berharga, falsafah-falsafah hidup kepada penulis sebagai mahasiswa.

Rasa terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M. Sc selaku ketua Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga UNHAS Makassar.
2. Prof. Dr. Ir. H. Mursalim selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin, beserta stafnya.
3. Seluruh dosen dan staf Magister Kesehatan Masyarakat, khususnya Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Universitas Hasanuddin Makassar.

4. Direktur RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate Provinsi Maluku Utara yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk pengambilan data dalam penelitian.
5. Seluruh keluarga yang senantiasa memberikan dorongan serta doa sampai dengan penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat.
6. Orang tua tercinta alm. Macino Salla, alm. Maryam Noho dan Abd. Fatah Daeng Samuda yang selalu mengiringi dan menghantarkan penulis dengan doa yang tulus dan ikhlas
7. Teruntuk suami tercinta Imran Ali Baasalem dan anakda tersayang Muhammad Akbar yang selalu memberikan doa, dukungan, semangat serta dan selalu menjadi kekuatan dalam hidup.
8. Sahabat sejutiku Tini, Tres, Ari, bu ketut serta teman-teman seangkatan yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu – persatu yang telah memberikan bantuan selama penulis melaksanakan pendidikan pada Magister Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan masukan demi kesempurnaan penulisan ini. Besar harapan penulis agar tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Makassar, Juli 2013

SITTI HUBAYA MATJINO

ABSTRAK

SITTI HUBAYA MATJINO. *Faktor Risiko Kejadian Abortus di RSUD Dr. Chasan Boesoerie Ternate, Provinsi Maluku Utara (dibimbing oleh Arifin Seweng dan Burhanuddin Bahar).*

Penelitian ini bertujuan mengetahui besar risiko kehamilan di luar nikah, kegagalan kontrasepsi, status sosial ekonomi, riwayat abortus, dan paritas terhadap kejadian abortus di RSUD Dr. Chasan Boesoerie Ternate.

Desain penelitian adalah kajian kasus kontrol (*case control study*) dengan unit observasi yang terdiri atas kelompok kasus dan kelompok kontrol. Sampel penelitian sebanyak 158 orang, yaitu kelompok kasus 79 responden dan kelompok kontrol 79 responden yang diambil secara purposif. Data dianalisis secara univariat, bivariat dengan uji *Odds Ratio*, dan analisis multivariat dengan regresi berganda logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berisiko terhadap kejadian abortus, yaitu kegagalan kontrasepsi OR=3,57 (95% CI: 1,746-7,307 p=0,001), status sosial ekonomi OR=3,22 (95% CI: 1,573-2,249 p=0,002), riwayat abortus OR=2,60 (95% CI: 1,355-4,993 p=0,006), dan paritas OR=2,98 (95% CI: 1,502-5,933 p=0,003), sedangkan yang tidak berisiko terhadap kejadian abortus, yaitu kehamilan di luar nikah OR=1,43 (95% CI: 0,437-4,742 p=0,764).

Kata kunci: kejadian abortus



ABSTRACT

SITTI HUBAYA MATJINO. *Risk Factors on the Occurrence of Abortion in Regional Public Hospital of Dr. Chasan Boesoirie of Ternate, North Maluku Province (supervised by Arifin Seweng and Burhanuddin Bahar)*

The aim of the research is to find out risk of outmarriage pregnancy, contraception failure, socio-economic status, history of abortion, and parity on the occurrence of abortion in Regional Public Hospital of Dr. hasan Chasan Boesoirie of Ternate.

The research was a case control study in which the observation unit consisted of 158 people, i.e. 79 respondents as case group and 79 respondents as control group selected using purposive sampling method. The data were analyzed using univariate and bivariate with Odds Ratio test and multivariate using logistic multiple regression test.

The results of the research indicate that the risking variables on the occurrence of abortion are contraception failure OR = 3.57 (95% CI: 1.746-7.307; $p=0.001$), socio-economic status OR = 3.22 (95% CI: 1.573-2.249; $p=0.002$), history of abortion OR = 2.60 (95% CI: 1.355-4.993; $p=0.006$), and parity OR = 2.98 (95% CI: 1.502-5.933; $p=0.003$), while the variable which is not risky to the occurrence of abortion is outmarriage pregnancy OR = 1.43 (95% CI: 0.437-4.742; $p=0.764$).

Key words : the occurrence of abortion



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRAC	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Abortus.....	11
B. Tinjauan Umum Faktor Risiko	42
C. Kerangka Teori.....	50

D. Kerangka Konsep.....	51
E. Hipotesis Penelitian.....	57
F. Definisi Operasional	57

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	61
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	62
C. Populasi dan Sampel	63
D. Kontrol Kualitas	65
E. Instrument Penelitian	70
F. Metode Pengumpulan Data.....	70
G. Analisis Data	71
H. Etika Penelitian	74

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	76
B. Pembahasan	90
C. Keterbatasan Penelitian	106

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	108
B. Saran	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Tabel Sintesa Variabel Kehamilan Diluar Nikah Sebagai Faktor Risiko Kejadian Abortus	44
Tabel 2. Tabel Sintesa Variabel Kegagalan Kontrasepsi Sebagai Faktor Risiko Kejadian Abortus	45
Tabel 3. Tabel Sintesa Variabel Sosial Ekonomi Rendah Sebagai Faktor Risiko Kejadian Abortus	46
Tabel 4. Tabel Sintesa Variabel Riwayat Abortus Sebagai Faktor Risiko Kejadian Abortus	47
Tabel 5. Tabel sintesa paritas sebagai faktor risiko kejadian abortus	48
Tabel 6. Tabel kontingensi 2x2	72
Tabel 7. Distribusi Kejadian abortus Berdasarkan Kelompok Umur Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	77
Tabel 8. Distribusi Kejadian Abortus Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	78

Tabel 9. Distribusi Kejadian Abortus Berdasarkan Tingkat Pekerjaan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	79
Tabel 10. Distribusi Kejadian Abortus Berdasarkan Kejadian DM Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	80
Tabel 11. Risiko Kejadian Abortus Berdasarkan Kehamilan Di Luar Nikah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	81
Tabel 12. Risiko Kejadian Abortus Berdasarkan Kegagalan Kontrasepsi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	82
Tabel 13. Risiko Kejadian Kejadian Abortus Berdasarkan Sosial Ekonomi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	83
Tabel 14. Risiko Kejadian Abortus Berdasarkan Riwayat Abortus Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	84
Tabel 15. Risiko Kejadian Abortus Berdasarkan Paritas Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	85

Tabel 16. Risiko Kejadian Abortus Berdasarkan Paparan Rokok Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	86
Tabel 17. Hasil uji Bivariat masing-masing variabel independen yang diikutkan dalam Analisis Multivariat	87
Tabel 18. Hasil Analisis Regresi Berganda Logistik Backward Wald Risiko Kejadian Abortus Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	88
Tabel 19. Hasil Analisis Regresi Berganda Logistik Forward Wald Risiko Kejadian Abortus Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2013	89
Tabel 20. Hasil Summary Bivariat dan Multivariat	89

DAFTAR GAMBAR

1. Abortus Imminens
2. Abortus Insiapiens
3. Abortus Inklompetus
4. Abortus Kompletus
5. Missed abortion
6. Jalur Alur Penilaian Klinik Kejadian Abortus
7. Patofisiologi Abortus
8. Kerangka Teori Penelitian
9. Kerangka Konsep Penelitian
10. Rancangan Penelitian

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Master Tabel Penelitian
3. Lampiran Output Analisis Variable Penelitian
4. Surat Izin Penelitian dari Pascasarjana UNHAS
5. Surat Izin Penelitian dari Gubernur Maluku Utara/ cq. Kepala Badan Kesbang Linmas .
6. Surat Izin Melakukan Penelitian Dari RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate Provinsi Maluku Utara

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi atau embrio sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat kurang dari 500 gram setara dengan sekitar 20-22 minggu kehamilan. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan disebut abortus spontan, sedangkan abortus yang terjadi dengan sengaja dilakukan disebut provokatus. Awal terjadinya abortus adalah lepasnya sebagian atau seluruh bagian embrio akibat adanya perdarahan minimal pada desidua. Kegagalan fungsi plasenta yang terjadi akibat perdarahan subdesidua tersebut menyebabkan terjadinya kontraksi uterus dan mengawali adanya proses abortus sehingga terjadi perdarahan pervaginam sedikit demi sedikit. faktor risiko terjadinya abortus tergantung dari jenis abortus berdasarkan cara terjadinya (Prawirohardjo, 2007 dan SPMPOGI, 2006).

Abortus merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang menyebabkan kematian ibu yaitu sebesar 5 %, WHO memperkirakan diseluruh dunia, dari 46 juta kelahiran pertahun terdapat 20 juta kejadian abortus. WHO juga memperkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun di Asia Tenggara, dengan perincian 1,3 juta dilakukan di Vietnam dan Singapura, antara 750.000 sampai 1,5 juta di Indonesia, antara 155.000 sampai 750.000 di Filipina, antara 300.000 sampai 900.000 di Thailand

(Sukriani, 2010), dan diperkirakan sekitar 15–20% kematian ibu disebabkan oleh abortus. Angka kematian ibu karena abortus yang tidak aman diperkirakan 100.000 wanita setiap tahun, 99% diantaranya terjadi di Negara–negara berkembang termasuk Indonesia. (Depkes RI, 2010).

Di Indonesia, sampai kini diperkirakan jumlah kasus abortus mencapai 2 juta per tahun, 750.000 diantaranya dilakukan kalangan remaja. Ini artinya terdapat 43 kasus abortus per 100 kelahiran hidup (Depkes RI, 2010). Sejak lama diketahui bahwa abortus spontan hanyalah sebagian kecil dari kejadian abortus. karena *abortus provocatus* yang dilakukan dengan sengaja akibat kehamilan yang tidak diinginkan banyak tidak dilaporkan, kecuali apabila terjadi komplikasi, juga karena sebagian abortus spontan hanya disertai gejala dan tanda ringan sehingga pertolongan medik tidak diperlukan dan kejadian ini dianggap sebagai haid terlambat oleh masyarakat. (Prawirohardjo, 2005).

Kehamilan yang tidak diinginkan dalam jumlah yang besar juga terjadi pada kelompok remaja. Para remaja yang dihadapkan pada realitas pergaulan bebas masyarakat moderen itu tidak dibekali sedikitpun dengan pengetahuan tentang fisiologi reproduksi dan perilaku seksual yang benar. Berdasarkan data WHO diketahui bahwa di seluruh dunia, setiap tahunnya diperkirakan ada sekitar 15 juta remaja yang mengalami kehamilan, dan sekitar 60 % diantaranya tidak ingin melanjutkan kehamilan tersebut dan berupaya mengakhirinya (Gant dan Cunningham. 2010).

Kejadian abortus di kota Ternate tahun 2011 tercatat sebesar 124 kasus (Dinkes Kota Ternate, 2011), sementara angka kejadian abortus di RSUD Hi. Chasan Boesoeri Ternate sendiri masih cukup tinggi dan setiap tahunnya mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2010 tercatat 181 dari 1102 kehamilan, 2011 tercatat 192 dari 1013 kehamilan, dan 2012 tercatat 237 dari 1147 kehamilan.

Berbagai penelitian telah dilakukan tentang penyebab terjadinya abortus, yang diantaranya dilakukan oleh Elias dkk, 2005 tentang *prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia* dengan hasil bahwa ibu hamil dengan kehamilan diluar nikah berisiko mengalami abortus dimana nilai (OR = 14,55 dan p = 0,024), ibu hamil karena kegagalan kontrasepsi juga berisiko abortus, dengan nilai (OR = 3,18 dan p = 0,0002). Penelitian yang dilakukan oleh Angelica dkk, 2009 tentang *Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico* dengan hasil bahwa ibu hamil dengan paritas > 3 (paritas tinggi) berisiko mengalami abortus dimana nilai (OR = 3,73), ibu hamil dengan keadaan ekonomi rendah juga berisiko abortus, dengan nilai (OR = 2,48). Penelitian yang dilakukan oleh Arsana dkk, 2004 tentang Hubungan Faktor-Faktor Risiko dengan Terjadinya Abortus Spontan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan hasil bahwa ibu hamil dengan adanya riwayat abortus berisiko mengalami abortus dimana nilai (OR = 11,16 dan p = 0,02).

Jika melihat hasil penelitian tersebut diatas, maka hal ini adalah merupakan masalah besar yang nyata yang dihadapi oleh pemerintah khususnya bidang kesehatan, kesakitan dan kematian serta kelangsungan reproduksi wanita di Indonesia. Dimana fungsi reproduksi ini sering merepotkan manusia, banyak pasangan ingin sekali mendapat anak dengan berbagai cara namun ironisnya disisi lain ada pasangan yang istrinya hamil tetapi kehamilan tersebut tidak diinginkan dan menempuh segala cara untuk menggugurkan kandungannya, oleh karena itu pencegahan serta penanganannya perlu segera dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu (Wiknjosastro, 2008).

Salah satu indikator penting yang dapat digunakan untuk mengukur kemampuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan menentukan derajat kesehatan suatu bangsa ditandai dengan tinggi rendahnya angka kematian ibu dan bayi. Oleh karena itu angka kematian ibu merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium yaitu tujuan ke 5, meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu, atau berdasarkan Sasaran Pembangunan Milenium atau *Millenium Development Goal* (MDGs), kematian ibu melahirkan ditetapkan pada angka 103 per 100.000 kelahiran pada tahun 2015. Hal ini dilakukan mengingat sampai saat ini, Indonesia termasuk salah satu negara dengan angka kematian ibu dan bayi yang cukup tinggi. Kematian ibu dan bayi biasanya terjadi sejak masa kehamilan sampai

dengan masa nifas, sehingga pendampingan maksimal dan deteksi awal perlu dilakukan sedini mungkin (Susanti, 2010).

Berdasarkan statistik kesehatan ibu menurut data global yang dihimpun dari berbagai organisasi nirlaba dunia dan Badan Kesehatan Dunia (WHO), memperkirakan setiap 90 detik seorang perempuan meninggal pada masa kehamilan atau persalinan. Angka kematian ibu hamil dan melahirkan mencapai 350.000 per tahun atau lebih dari 1.000 orang per hari diseluruh dunia. Sekitar 99 persen kematian ibu tersebut terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia (Sukriani, 2010).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia merupakan angka yang paling tinggi di Asia Tenggara, dimana Malaysia yaitu 41 / 100.000 kelahiran hidup, Singapura 6 / 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 / 100.000 kelahiran hidup, dan Filipina 170 / 100.000 kelahiran hidup. Bahkan Indonesia kalah dibandingkan Vietnam, Negara yang belum lama merdeka, yang memiliki angka kematian ibu 160 / 100.000 kelahiran hidup (Pradono, Julianty. Dkk. 2011)

Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2007 angka kematian ibu melahirkan di Indonesia saat ini tergolong masih cukup tinggi yaitu mencapai 228 per 100.000 kelahiran. Walaupun sebelumnya Indonesia telah mampu melakukan penurunan dari angka 300 per 100.000 kelahiran pada tahun 2004, namun angka tersebut masih jauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2014 sebesar 118 per 100.000 kelahiran hidup, bahkan

pada tahun 2015 target yang ingin dicapai oleh Indonesia yaitu jumlah kematian ibu turun menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup. (Dep.kes RI, 2010).

Angka kematian ibu di provinsi Maluku Utara tahun 2011 sebanyak 85 kasus disebabkan karena perdarahan 29 orang, eklamsia 15 orang, infeksi 18 orang, 9 partus lama, dan 14 penyebab lain. (Profil Dinkes Provinsi Maluku Utara, 2011), sedangkan angka kematian ibu di kota Ternate tahun 2011 dilaporkan sebanyak 5 kasus disebabkan karena perdarahan 3 orang, infeksi 1 orang dan hipertensi 1 orang. (Dinkes Kota Ternate, 2011).

Selain masalah medis, tingginya kematian ibu juga dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil, masalah ketidaksetaraan gender, nilai budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan. Oleh karena itu, pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah perlu diubah secara sosiokultural agar perempuan dapat perhatian dari masyarakat. Sangat diperlukan upaya peningkatan pelayanan perawatan ibu baik oleh pemerintah, swasta maupun masyarakat terutama suami (Dep.Kes RI, 2010).

Dari uraian diatas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang faktor risiko kejadian abortus di RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate sehingga diharapkan dari hasil penelitian ini membawa manfaat bagi semua pihak. Sebagai tenaga kesehatan dapat melakukan pengawasan

secara ketat dan lebih teliti pada saat pemeriksaan kehamilan untuk deteksi dini. Apabila deteksi dini dilakukan lebih cermat maka dapat menurunkan komplikasi pada kehamilan dan dapat menurunkan morbiditas serta mortalitas.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan sebelumnya bahwa abortus merupakan masalah besar yang nyata yang dihadapi oleh pemerintah khususnya bidang kesehatan, kesakitan dan kematian serta kelangsungan reproduksi wanita di Indonesia.

Oleh karenanya lewat penelitian ini ingin mengetahui seberapa besar risiko kehamilan diluar nikah, kegagalan kontrasepsi, status sosial ekonomi, adanya riwayat abortus dan paritas, sebagai faktor risiko terjadinya abortus.

C. TUJUAN PENELITIAN

Adapun tujuan dalam penelitian ini mencakup tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui peranan faktor risiko terhadap kejadian abortus di RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis besar risiko kehamilan diluar nikah terhadap kejadian abortus.
- b. Untuk menganalisis besar risiko kegagalan kontrasepsi terhadap kejadian abortus.
- c. Untuk menganalisis besar risiko status sosial ekonomi rendah terhadap kejadian abortus.
- d. Untuk menganalisis besar risiko adanya riwayat abortus terhadap kejadian abortus.
- e. Untuk menganalisis besar risiko paritas tinggi terhadap kejadian abortus.

D. MANFAAT PENELITIAN

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk :

1. Rumah Sakit

Memberikan gambaran mengenai kejadian abortus dan memberikan data penyebab yang mempunyai hubungan kuat dengan kejadian abortus di RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate, sehingga diharapkan bisa bekerjasama dengan pemerintah atau pihak terkait lainnya dalam upaya pencegahan abortus, khususnya dilingkungan RSUD Dr. Chasan Boesoirie Ternate.

2. Masyarakat Umum

Sebagai sumber informasi dan ilmu pengetahuan sehingga diharapkan masyarakat bisa mengetahui tentang penyebab dan faktor determinan dari abortus sehingga bisa melakukan tindakan pencegahannya.

3. Pemerintah dan Praktisi Kesehatan

Sumber informasi bagi pemerintah dan praktisi kesehatan agar lebih memperhatikan masalah abortus sebagai salah satu penyebab perdarahan hamil muda yang banyak dijumpai dan juga menjadi salah satu faktor risiko kematian ibu hamil akibat perdarahan, sehingga bisa direncanakan strategi-strategi untuk menurunkan angka kejadian abortus dan komplikasi dari keadaan tersebut.

4. Masyarakat Ilmiah

Sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya, dan juga dapat memperluas pemahaman dan pengetahuan masyarakat tentang abortus, gejala, akibat dan faktor risiko sehingga mau melakukan pemeriksaan segera setelah terjadinya kehamilan sehingga meningkatkan status kesehatan masyarakat dan tidak melakukan hal-hal yang dapat memicu terjadinya abortus

5. Peneliti

Peneliti sendiri memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman penelitian. Sehingga hasil ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk memberikan pelayanan kepada pasien khususnya pada

remaja, dan ibu tentang kesehatan reproduksi khususnya mengenai kejadian abortus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Abortus

1. Pengertian

Selain perdarahan, pre-eklamsia dan eklamsia, infeksi, abortus juga merupakan penyebab kematian ibu yang tinggi terutama di Negara berkembang. Oleh karena itu usaha untuk mencegah dan melakukan penanganan secara tepat sesuai kebutuhan pasien adalah hal yang sangat penting dilakukan.

Berikut ini adalah beberapa pengertian dari abortus, antara lain :

- a. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan sampai saat ini janin yang terkecil yang dilaporkan yang dapat hidup diluar kandungan mempunyai berat badan 297 gram waktu lahir. Akan tetapi karena jaranganya janin yang dilahirkan dengan berat badan dibawah 500 gram dapat hidup terus maka abortus ditentukan sebagai pengakhiran kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau kurang dari 20 minggu (Wiknjosastro, 2008).
- b. Abortus adalah keadaan terputusnya suatu kehamilan dimana fetus belum sanggup hidup sendiri diluar uterus. Belum sanggup

diartikan apabila fetus itu beratnya terletak antara 400-1000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Hidayanti dkk, 2009).

- c. Abortus adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau umur hamil kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010)
- d. Abortus adalah istilah yang diberikan untuk semua kehamilan yang berakhir sebelum periode viabilitas janin yaitu yang berakhir sebelum berat janin 500 gram. Bila berat badan tidak diketahui, maka perkiraan lama kehamilan kurang dari 20 minggu lengkap (139 hari) dihitung di hari pertama haid terakhir normal yang dapat dipakai (Saifuddin, 2006).
- e. Aborsi adalah berakhirnya kehamilan dengan cara apapun sebelum janin cukup berkembang dan belum mampu hidup di luar kandungan. Di Amerika Serikat, definisi ini di khususkan untuk berakhirnya kehamilan sebelum kehamilan berumur 20 minggu yang didasarkan pada tanggal haid pertama menstruasi terakhir. Definisi lain yang digunakan secara umum adalah kelahiran janin neonatus yang beratnya kurang dari 500 gram. (Cunningham *et al*, 2006)

2. Klasifikasi

- a. Berdasarkan terjadinya :
 - 1) Abortus spontan (Keguguran)

Terjadi tanpa ada unsur tindakan dari luar dan dengan kekuatan sendiri.

2) Abortus Provokatus (Keguguran buatan)

Abortus provokatus adalah abortus yang dilakukan dengan sengaja sehingga kehamilan dapat diakhiri, upaya menghilangkan hasil konsepsi dapat dilakukan berdasarkan :

a) Abortus Provokatus terapeutik (Indikasi Medis)

Abortus provokatus terapeutik adalah abortus yang dilakukan semata-mata atas dasar pertimbangan medis yang tepat. Indikasi medis tersebut diantaranya :

1. Penyakit jantung, ginjal atau hati yang berat
2. Gangguan jiwa ibu
3. Dijumpai kelainan bawaan berat dengan pemeriksaan ultrasonografi
4. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim

b) Abortus Provokatus Kriminalis

Abortus provokatus kriminalis adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah dan dilarang hukum, yang dilakukan hanya untuk kepentingan sipelaku, diantaranya :

1. Menginginkan jenis kelamin tertentu
2. Tidak ingin punya anak

3. Belum siap untuk hamil

4. Kehamilan yang tidak diinginkan

b. Berdasarkan Pelaksanaannya

Berdasarkan pelaku gugur kandung dapat dibagi atau dikelompokkan :

1) Keguguran buatan teraupetik

Dilakukan tenaga medis secara legalitis berdasarkan indikasi medis

2) Keguguran buatan illegal

Dilakukan tanpa dasar hukum atau melawan hukum

c. Menurut gambaran klinik abortus dapat dibedakan antara lain :

1) Abortus iminens

Peristiwa terjadinya pendarahan dari uterus pada kehamilan 20 minggu menghasilkan konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Merupakan tingkat permulaan dan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan.



Gambar 1 : Abortus Imminens (Moechtar, R. 2008, *Sinopsis Obstetri*. Penerbit Buku Kedokteran EGC)

2) Abortus Insiapiens

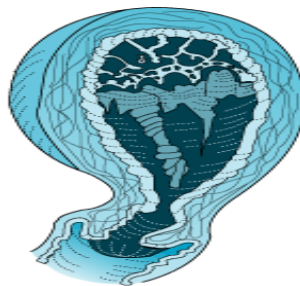
Peristiwa pendarahaan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih di dalam uterus.



Gambar 2 : Abortus Insiapiens (Moechtar, R. 2008, *Sinopsis Obstetri*. Penerbit Buku Kedokteran EGC)

3) Abortus Inkompletus

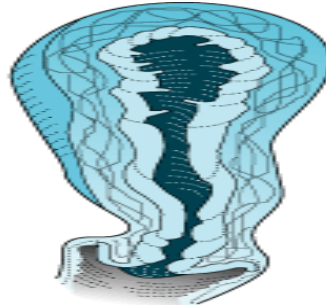
Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.



Gambar 3 : Abortus Inklompetus (<http://faculty.washington.edu/alexbert/MEDEX/Winter/MCHFirstTrimesterPregnancy/Fig%2014-1.GIF>)

4) Abortus Kompletus

Semua hasil konsepsi dikeluarkan dari uterus pada penderita ditemukan pendarahaan sedikit, ostium uteri telah menutup dan uterus sudah banyak mengecil.



Gambar 4. : Abortus Kompletus <http://faculty.washington.edu/alexbert/MEDEX/Winter/MCHFirstTrimesterPregnancy/14-2.GIF>

5) Abortus Servikalis

Keluarnya hasil konsepsi dari uterus dihalangi oleh ostium uteri eksternum yang tidak membuka sehingga semuanya berkumpul dalam kanalis servikalis dan serviks uteri menjadi besar kurang lebih bundar dengan dinding menipis

6) Missed abortion

Kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih



Gambar 5 : Missed abortion (Moechtar, R. 2008, *Sinopsis Obstetri*. Penerbit Buku Kedokteran EGC)

7) Abortus habitualis

Abortus spontan yang terjadi 2 kali atau lebih berturut-turut

8) Abortus Infeksialis

Abortus yang disertai infeksi pada genetalia

9) Abortus septic

Abortus infeksiolus berat disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum (Wiknjastro, 2008)

3. Epidemiologi

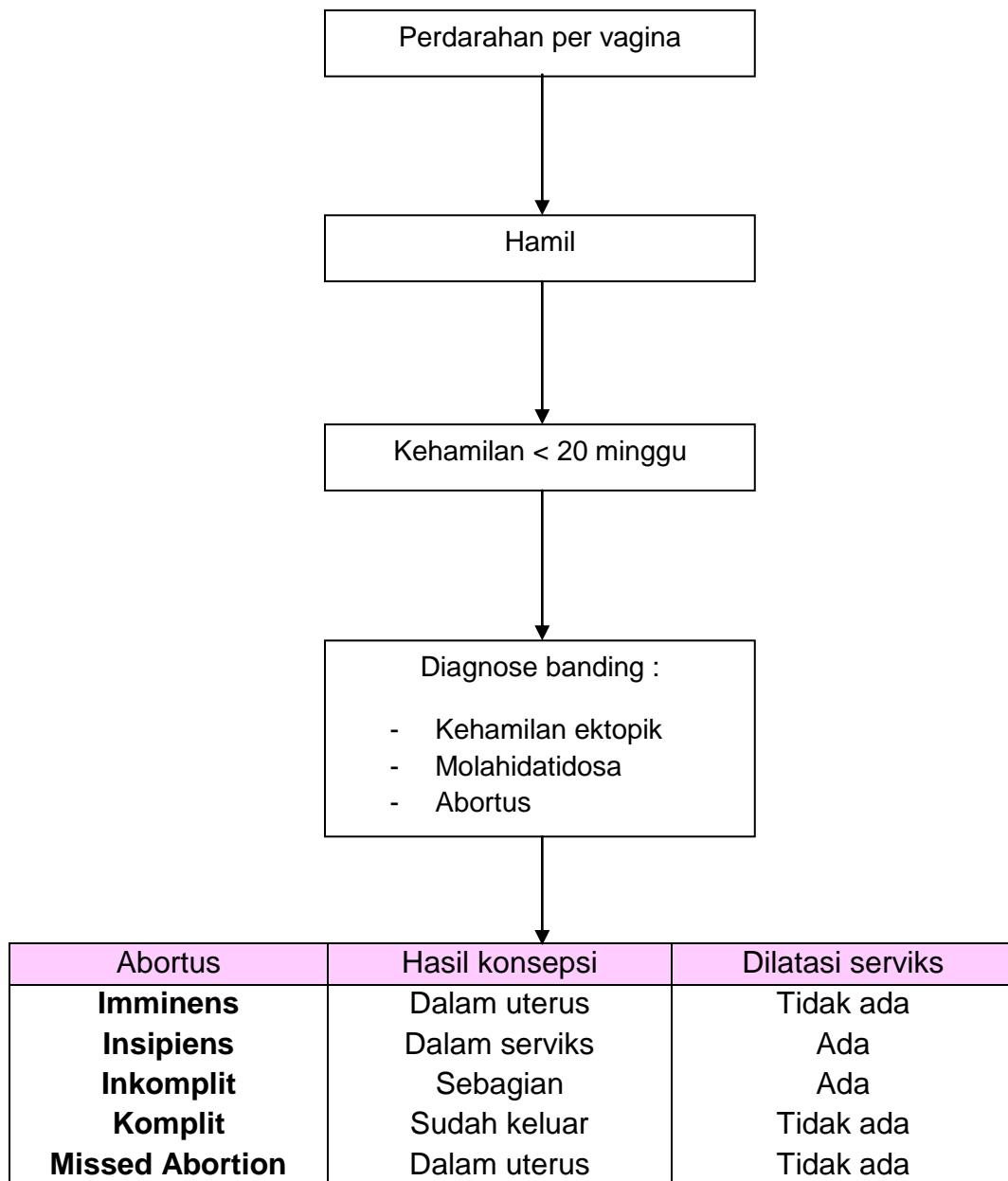
Abortus merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang menyebabkan kematian ibu yaitu sebesar 5 %, Sebenarnya angka kejadian abortus sulit diketahui secara pasti. Biasanya, sekitar 15-40 % kejadian diketahui dari ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-75 % abortus terjadi sebelum kehamilan 12 minggu. Pada kehamilan 8-10 minggu, plasenta belum terbentuk dengan baik.

WHO memperkirakan diseluruh dunia, dari 46 juta kelahiran pertahun terdapat 20 juta kejadian abortus. WHO juga memperkirakan sekitar 15–20% kematian ibu disebabkan oleh abortus. Angka kematian ibu karena abortus yang tidak aman diperkirakan 100.000 wanita setiap tahun, 99% diantaranya terjadi di Negara–negara berkembang termasuk Indonesia. (Depkes RI, 2010).

Di Indonesia, sampai kini diperkirakan jumlah kasus abortus mencapai 2 juta per tahun, 750.000 diantaranya dilakukan kalangan

remaja. Ini artinya terdapat 43 kasus abortus per 100 kelahiran hidup (Depkes RI, 2010). Sejak lama diketahui bahwa abortus spontan hanyalah sebagian kecil dari kejadian abortus. karena *abortus provocatus* yang dilakukan dengan sengaja akibat kehamilan yang tidak diinginkan banyak tidak dilaporkan, kecuali apabila terjadi komplikasi, juga karena sebagian abortus spontan hanya disertai gejala dan tanda ringan sehingga pertolongan medik tidak diperlukan dan kejadian ini dianggap sebagai haid terlambat oleh masyarakat. (Prawirohardjo, 2011).

Kehamilan yang tidak diinginkan dalam jumlah yang besar juga terjadi pada kelompok remaja. Para remaja yang dihadapkan pada realitas pergaulan bebas masyarakat moderen itu, tidak dibekali sedikitpun dengan pengetahuan tentang fisiologi reproduksi dan perilaku seksual yang benar. Berdasarkan data WHO diketahui bahwa di seluruh dunia, setiap tahunnya diperkirakan ada sekitar 15 juta remaja yang mengalami kehamilan, dan sekitar 60 % diantaranya tidak ingin melanjutkan kehamilan tersebut dan berupaya mengakhirinya.



Gambar 6 : Jalur Alir Penilaian Klinik Kejadian Abortus (Saifuddi, 2006)

4. Etiologi

Kejadian abortus lebih dari 80 % terjadi pada 12 minggu pertama, dan setelah itu angka ini cepat menurun. Kelainan kromosom merupakan penyebab, paling sedikit separuh dari kasus abortus dini, dan setelah itu insidensinya juga menurun. Risiko abortus spontan

meningkat seiring dengan paritas serta usia ibu dan ayah. Frekuensi abortus yang secara klinis terdeteksi meningkat dari 12 % pada wanita berusia kurang dari 20 tahun menjadi 26% pada mereka yang usianya lebih dari 40 tahun. Untuk usia ayah yang sama, peningkatannya adalah dari 12 % sampai 20 %. Akhirnya, insidensi abortus meningkat apabila wanita yang bersangkutan hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan bayi aterm (Cunningham, 2006).

Penyebab abortus bervariasi dan sering diperdebatkan. Umumnya lebih dari satu penyebab. Penyebab terbanyak diantaranya adalah faktor genetik yaitu translokasi parental keseimbangan genetik seperti kelainan Mendelian atau mutasi pada beberapa lokus (gangguan poligenik atau multifaktor). Selain itu, kelainan kongenital uterus seperti anomali duktus Mulleri, septum uterus, uterus bikornis, mioma uteri, sindroma Asherman dan inkompetensi serviks. Autoimun seperti aloimun, mediasi imunitas humoral, dan seluler serta defek fase luteal seperti sintesis LH yang tinggi, antibodi antitiroid hormon dan faktor endokrin eksternal juga merupakan penyebab terjadinya abortus. Infeksi, kelainan hematologik dan pengaruh lingkungan juga bisa menyebabkan abortus spontan pada wanita hamil (Prawirohardjo, 2007).

Berikut ini adalah penjelasan tentang faktor-faktor yang bisa menyebabkan abortus spontan tersebut.

a. Faktor Infeksi

Teori peran mikroba infeksi terhadap kejadian abortus mulai diduga sejak 1917, ketika DeForest dan kawan-kawan melakukan pengamatan kejadian abortus berulang pada perempuan yang terpapar brucellosis. Beberapa jenis organisme tertentu diduga berdampak pada kejadian abortus antara lain :

1) Bakteri

- a) *Listeria monositogenes*
- b) *Klamidia trakomatis*
- c) *Ureaplasma urealitikum*
- d) *Mikoplasma hominis*
- e) *Bakterial vaginosis*

2) Virus

- a) Sitomegalovirus
- b) Rubela
- c) Herpes simpleks virus
- d) HIV
- e) Parvovirus

3) Parasit

- a) *Toksoplasmosi gondii*
- b) *Plasmodium falsiparum*

4) Spirokaeta

- a) *Treponema pallidum*

Berbagai teori diajukan untuk mencoba menerangkan peran infeksi terhadap risiko abortus, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Adanya metabolik toksik, endotoksin, eksotoksin, atau sitokin yang berdampak langsung pada janin atau unit fetoplasenta.
- 2) Infeksi janin yang bisa berakibat kematian janin atau cacat berat sehingga janin sulit bertahan hidup.
- 3) Infeksi plasenta yang berakibat insufisiensi plasenta dan bisa berlanjut kematian janin.
- 4) Infeksi kronis endometrium dari penyebaran kuman genitalia bawah (misalnya *Mikoplasma hominis*, *Klamidia*) yang bisa mengganggu proses implantasi.
- 5) Memacu perubahan genetik dan anatomik embrio, umumnya oleh karena virus selama kehamilan awal (misalnya Rubela, Parvovirus B19, Sitomegalovirus, Koksakie virus B, Varisela-Zoster, HSV) (Prawirohardjo, 2007).

b. Faktor Lingkungan

Diperkirakan 1-10 persen malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus. Merokok dilaporkan menyebabkan peningkatan risiko abortus. Bagi wanita yang merokok lebih dari 14 batang per hari, risiko tersebut sekitar dua kali lipat dibandingkan kontrol normal (Cunningham, 2006). Sigaret rokok diketahui mengandung ratusan unsur toksik, antara lain nikotin yang telah diketahui

mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplasenta. Karbon monoksida juga menurunkan pasokan oksigen ibu dan janin serta memacu neurotoksin. Dengan adanya gangguan pada system sirkulasi fetoplasenta dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin yang berakibat terjadinya abortus (Prawirohardjo, 2007).

c. Faktor Hematologik

Beberapa kasus abortus berulang ditandai dengan defek plasentasi dan adanya mikrotrombi pada pembuluh darah plasenta. Berbagai komponen koagulasi dan fibrinolitik memegang peran penting pada implantasi embrio, invasi trofoblas, dan plasentasi. Pada kehamilan terjadi keadaan hiperkoagulasi dikarenakan peningkatan kadar faktor prokoagulan, penurunan factor antikoagulan, dan penurunan aktivitas fibrinolitik. Kadar faktor VII, VIII, X, dan fibrinogen meningkat selama kehamilan normal, terutama pada kehamilan sebelum 12 minggu (Prawirohardjo, 2008).

Bukti lain menunjukkan bahwa sebelum terjadi abortus, sering didapatkan defek hemostatik. Penelitian Tulpalla dan kawan-kawan menunjukkan bahwa perempuan dengan riwayat abortus berulang, sering terdapat peningkatan produksi tromboksan yang berlebihan pada usia kehamilan 4-6 minggu, dan penurunan produksi prostasiklin saat usia kehamilan 8-11 minggu

(Cunningham, 2006). Perubahan rasio tromboksan-prostasiklin memacu vasospasme serta agregasi trombosit, yang akan menyebabkan mikrotrombi serta nekrosis plasenta. Juga sering diertai penurunan kadar protein C dan fibrinopeptida (Prawirohardjo, 2008).

Defisiensi faktor XII (Hageman) berhubungan trombosis sistemik ataupun plasenter dan telah dilaporkan juga berhubungan dengan abortus berulang pada lebih dari 22 persen kasus. Hiperhomosisteinemi berhubungan dengan trombosis dan penyakit vaskular dini. Kondisi ini berhubungan dengan 21 persen abortus berulang (Cunningham, 2006). Gen pembawa akan diturunkan secara autosom resesif. Bentuk terbanyak yang didapat adalah defisiensi folat (Prawirohardjo, 2008).

d. Kelainan Endokrin

1) Hipotiroidisme

Autoantibodi tiroid dilaporkan menyebabkan peningkatan insidensi abortus walaupun tidak terjadi hipotiroidisme yang nyata (Cunningham, 2006).

2) Diabetes mellitus

Abortus spontan dan malformasi kongenital mayor meningkat pada wanita dengan diabetes dependen-insulin. Risiko ini berkaitan dengan derajat kontrol metabolik pada trimester pertama. Dalam suatu studi prospektif, Mills dkk.

mendapatkan bahwa pengendalian glukosa secara dini (dalam 21 hari setelah konsepsi) menghasilkan angka abortus spontan yang setara dengan angka kontrol nondiabetik. Namun, kurangnya pengendalian glukosa menyebabkan peningkatan abortus spontan yang mencolok (Cunningham 2006 ; Prawirohardjo 2007).

3) Defisiensi progesterone

Kurangnya sekresi progesteron oleh korpus luteum atau plasenta dilaporkan menyebabkan peningkatan insidensi abortus. (Cunningham, 2006).

e. Faktor autoimun

Terdapat hubungan yang nyata antara abortus berulang dengan penyakit autoimun. Misalnya *Systematic Lupus Erihematosus* (SLE) dan *Antiphospholipid Antibodies* (aPA). aPA merupakan antibodi spesifik yang didapati pada perempuan dengan SLE. Kejadian abortus spontan di antara pasien SLE sekitar 10%, dibanding populasi umum. Bila digabung dengan peluang terjadinya pengakhiran kehamilan trimester 2 dan 3, maka diperkirakan 75 % pasien dengan SLE akan berakhir dengan terhentinya kehamilan. Sebagian besar kematian janin dihubungkan dengan adanya aPA, aPA merupakan antibodi yang akan berikatan dengan sisi negatif dari fosfolipid. Paling sedikit ada 3 bentuk aPA yang diketahui mempunyai arti klinis yang penting, yaitu *Lupus Anticoagulant*

(LAC), *Anticardiolipin Antibodies* (aCLs), dan *Biologically False-positive* untuk *syphilis* (FP-STs). APS (*Antiphospholipid syndrome*) sering juga ditemukan pada beberapa keadaan obstetri misalnya pada preeklamsi, IUGR, dan prematuritas. Beberapa keadaan lain yang berhubungan dengan APS yaitu trombosis arteri-vena, trombositopeni autoimun, anemia hemolitik, dan hipertensi pulmonum.

The International Consensus Workshop pada 1998 mengajukan klasifikasi kriteria untuk APS, yaitu meliputi (Prawirohardjo, 2007) :

- 1) Trombosis vascular
 - a) Satu atau lebih episode trombosis arteri, venosa atau kapilar yang dibuktikan dengan gambaran Doppler, pencitraan, atau histopatologi.
 - b) Pada histopatologi, trombosisnya tanpa disertai gambaran inflamasi.
- 2) Komplikasi kehamilan
 - a) Tiga atau lebih kejadian abortus dengan sebab yang tidak jelas, tanpa kelainan anatomik, genetik, atau hormonal
 - b) Satu atau lebih kematian janin dimana gambaran morfologi secara sonografi normal

c) Satu atau lebih persalinan prematur dengan gambaran janin normal dan berhubungan dengan preeklamsi berat atau insufisiensi plasenta yang berat.

3) Kriteria laboratorium

a) aCL : IgG atau IgM dengan akdar yang sedang atau tinggi pada 2 kali atau lebih pemeriksaan dengan jarak lebih dari atau sama dengan 6 minggu.

b) aCL diukur dengan metode ELISA standar.

4) Fosfolipid / antikoagulan

a) Pemanjangan tes skrining koagulasi fosfolipid (misalnya aPTT, PT,CT).

b) Kegagalan untuk memperbaiki tes skrining yang memanjang dengan penambahan plasma platelet normal

c) Adanya perbaikan tes yang memanjang dengan penambahan fosfolipid

d) Singkirkan dulu kelainan pembekuan darah yang lain dan pemakaian heparin.

f. Faktor uterus

1) Anomali kongenital uterus

Defek anatomik uterus diketahui sebagai penyebab komplikasi obstetrik, seperti abortus berulang, prematuritas, serta malpresentasi janin. Insiden kelainan bentuk uterus berkisar 1/200 sampai 1/600 perempuan. Pada perempuan

dengan riwayat abortus, ditemukan anomali uterus pada 27 persen pasien (Prawirohardjo, 2007).

Suatu studi menunjukkan bahwa pada 170 pasien hamil dengan malformasi uterus, mendapatkan hanya 18,8 persen yang bisa bertahan sampai melahirkan cukup bulan, sedangkan 36,5 persen mengalami persalinan abnormal (prematuur, sungsang) (Prawirohardjo, 2008). Penyebab terbanyak abortus karena kelainan anatomik uterus adalah septum uterus (40-80%), kemudian uterus bikornis atau uterus didelfis atau unikornis (10-30%).

2) Mioma uteri

Mioma uteri bisa menyebabkan baik infertilitas maupun abortus berulang (Prawirohardjo, 2007). Mioma submukosa merupakan salah satu factor mekanik yang dapat mengganggu implantasi hasil konsepsi. Jika terbukti adanya mioma pada pasien maka perlu dieksplorasi lebih jauh mengenai keluhan dan harus diperhatikan apakah mioma ini berhubungan langsung dengan adanya ROB pada pasien ini. Hal ini penting karena mioma yang mengganggu mutlak dilakukan operasi.

3) Sindroma Asherman

Sindroma asherman disebabkan oleh destruksi endometrium luas akibat kuretase. Hal ini bisa menyebabkan gangguan tempat implantasi serta pasokan darah pada

permukaan endometrium. Risiko abortus antara 25-80%, bergantung pada berat ringannya gangguan (Prawirohardjo, 2007).

g. Faktor Janin

Temuan morfologis tersering pada abortus spontan dini adalah kelainan perkembangan zigot, mudigah, janin bentuk awal, atau kadang-kadang plasenta. Dalam suatu analisis terhadap 1000 abortus spontan, dijumpai ovum patologis yang pada separuhnya mudigah mengalami degenerasi atau tidak ada sama sekali (Cunningham, 2006).

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotipe embrio. Paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenik. Bagaimanapun gambaran ini belum termasuk kelainan yang disebabkan oleh gangguan gen tunggal (kelainan mendelian) atau mutasi pada beberapa lokus (gangguan poligenik dan multifaktor) yang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan kariotip.

Kejadian tertinggi kelainan sitogenetik konsepsi terjadi pada awal kehamilan. Kelainan sitogenetik embrio biasanya berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis, misalnya nondisjunction meiosis atau poliploidi dari fertilitas abnormal. Separuh dari abortus karena kelainan sitogenik pada trimester pertama berupa trisomi autosom. Triploidi ditemukan pada 16%

kejadian abortus, dimana terjadi fertilisasi ovum normal haploid oleh 2 sperma (dispermi) sebagai mekanisme patologi primer. Trisomi timbul akibat dari nondisjunction meiosis selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Untuk sebagian besar trisomi, gangguan meiosis maternal bias berimplikasi pada gametogenesis. Insiden trisomi meningkat dengan bertambahnya usia. Trisomi 16, dengan kejadian sekitar 30% dari seluruh trisomi, merupakan penyebab terbanyak. Semua kromosom trisomi berakhir abortus kecuali pada trisomi kromosom 1. Sindroma Turner merupakan penyebab 20-25% kelainan sitogenik pada abortus. Sepertiga dari fetus dengan Sindroma Down (trisomi21) bisa bertahan.

Pengelolaan standar menyarankan untuk pemeriksaan genetic amniosentesis pada semua ibu hamil dengan usia lanjut, yaitu di atas 35 tahun. Risiko ibu terkena aneuploidi adalah 1 : 80, pada usia di atas 35 tahun karena angka kejadian kelainan kromosom/trisomi akan meningkat setelah usia 35 tahun.

Kelainan lain umumnya berhubungan dengan fertilisasi abnormal (tetraploidi, triploidi). Tetraploidi terjadi pada 8% kejadian abortus karena kelainan kromosom, dimana terjadinya kelainan pada fase sangat awal sebelum proses pembelahan.

Struktur kromosom merupakan kelainan kategori ketiga. Kelainan struktural terjadi pada 3% kelainan sitogenetik pada abortus. Ini menunjukkan bahwa kelainan struktur kromosom sering

diturunkan dari ibunya. Kelainan struktur kromosom pada pria berdampak pada rendahnya konsentrasi sperma, infertilitas, dan bisa mengurangi peluang kehamilan dan terjadinya keguguran.

Kelainan sering juga berupa gen yang abnormal, mungkin karena adanya mutasi gen yang bisa mengganggu proses implantasi bahkan menyebabkan abortus. Contoh untuk kelainan gen tunggal yang sering menyebabkan abortus berulang adalah *myotonic dystrophy*, yang berupa autosom dominan dengan penetrasi yang tinggi, kelainan ini progresif dan penyebab abortusnya mungkin karena kombinasi gen yang abnormal dan mengganggu fungsi uterus (Prawirohardjo 2007).

Gangguan jaringan konektif lain, misalnya Sindroma Marfan, sindroma Ehlers-Danlos, *homosisteinuri* dan *pseudoxanthoma elasticum*. Juga pada perempuan dengan *sickle cell anemia* berisiko tinggi mengalami abortus. Hal ini karena mioinfark pada plasenta. Kelainan hematologik lain menyebabkan abortus misalnya disfibrinogenemi, defisiensi faktor XIII dan hipofibrinogenemi afibrinogenemi kongenital.

Abortus berulang bisa disebabkan oleh penyatuan dari 2 kromosom yang abnormal dimana bila kelainannya hanya pada salah satu orangtua, factor tersebut tidak diturunkan. Studi yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa bila didapatkan kelainan

kariotipe pada kejadian abortus, maka kehamilan berikutnya juga berisiko abortus.

h. Faktor Ayah

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus spontan. Yang jelas, translokasi kromosom pada sperma dapat menyebabkan abortus. Adenovirus atau herpes simpleks ditemukan pada 40 persen sampel semen yang diperoleh dari pria steril. Virus terdeteksi dalam bentuk laten pada 60 persen sel, dan virus yang sama dijumpai pada abortus (Cunningham, 2006).

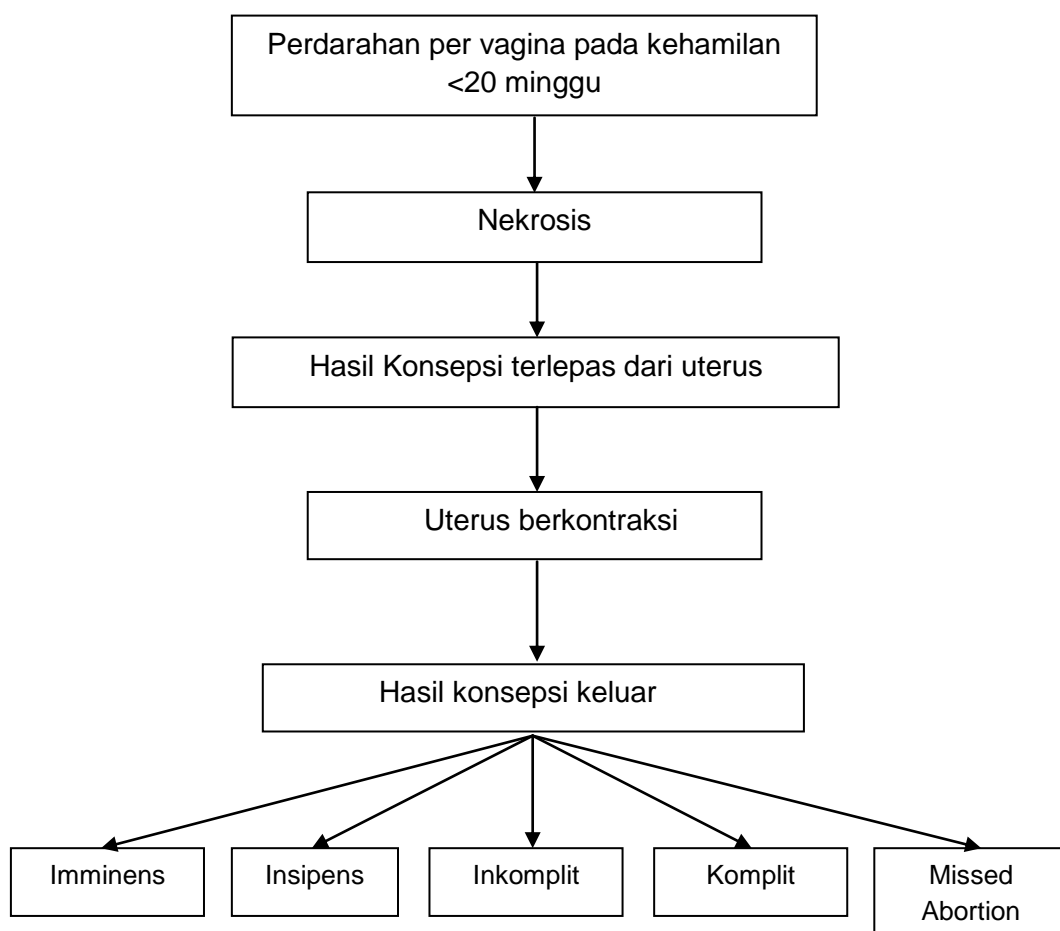
5. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam *desidua basalis*, kemudian diikuti oleh *nekrosis* jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya.

Pada kehamilan kurang dari delapan minggu, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu ke atas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah ialah janin, disusul beberapa waktu

kemudian plasenta. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur.

Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya kantong amnion kosong atau tampak di dalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (blighted ovum), mungkin pula janin telah mati lama (missed abortion) (Prawirohardjo, 2007).



Gambar 7 : Patofisiologi Abortus (Bothamley dkk, 2012)

6. Faktor risiko

a. Faktor maternal

Melalui pendekatan *safe motherhood* terdapat peran determinan yang dapat mempengaruhi terjadinya komplikasi kehamilan seperti abortus yang menjadi faktor menyebabkan angka kematian ibu tinggi disamping perdarahan, preeclampsia dan infeksi persalinan. Determinan tersebut dapat dilihat melalui determinan proksi/dekat (*proximate determinants*), determinan antara (*intermediate determinants*), dan determinan kontekstual (*Contextual determinants*).

1) Determinan proksi/dekat

Wanita yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi abortus, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut.

2) Determinan intermediat

Yang berperan dalam determinan intermediat antara lain:

a) Status reproduksi.

1. Faktor usia
2. Paritas

b) Status kesehatan

1. Kelainan uterus ibu
2. Infeksi
3. Kelainan endokrin

4. Factor imunologik
 5. Riwayat abortus
 6. Riwayat penderita diabetes militus
 7. Status gizi
 8. Stres / Cemas
- c) Perilaku sehat
1. Pemeriksaan antenatal
 2. Penggunaan alat kontrasepsi
 3. Perokok
 4. Pecandu alcohol
 5. Kehamilan tidak diinginkan (KTD) yang bisa disebabkan karena beberapa hal seperti hamil diluar nikah dan lain-lain.
- 3) Determinan kontekstual
- a) Tingkat pendidikan
 - b) Faktor sosial ekonomi
 - c) Pekerjaan
- b. Faktor janin
- 1) Perkembangan zigot abnormal
 - 2) Kelainan genetic
- c. Faktor paternal
- 1) Translokasi kromosom pada sperma
 - 2) Penyakit-penyakit ayah

7. Gejala klinis dan tata laksana

Aspek klinis abortus spontan dibagi menjadi lima subkelompok, yaitu:

a. *Threatened Miscarriage* (Abortus Iminens).

Yang pertama kali muncul biasanya adalah perdarahan, dan beberapa jam sampai beberapa hari kemudian terjadi nyeri kram perut. Nyeri abortus mungkin terasa di anterior dan jelas bersifat ritmis; nyeri dapat berupa nyeri punggung bawah yang menetap disertai perasaan tertekan di panggul; atau rasa tidak nyaman atau nyeri tumpul di garis tengah suprapubis (Cunningham, 2006).

Diagnosis abortus iminens biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 20 minggu. Ostium uteri masih tertutup besarnya uterus masih sesuai dengan usia kehamilan dan tes urine kehamilan masih positif. Pemeriksaan USG diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan janin yang ada dan mengetahui pertumbuhan janin yang ada dan mengetahui keadaan plasenta apakah sudah terjadi pelepasan atau belum.

Penderita diminta untuk melakukan tirah baring sampai perdarahan berhenti. Diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau diberi tambahan hormon progesteron atau derivatnya untuk mencegah terjadinya abortus. Penderita boleh dipulangkan setelah tidak terjadi perdarahan dengan pesan khusus tidak boleh berhubungan seksual dulu sampai kurang lebih 2 minggu (Prawirohardjo, 2007).

b. *Inevitable Miscarriage* (Abortus Tidak Terhindarkan).

Abortus tidak terhindarkan (*inevitable*) ditandai oleh pecah ketuban yang nyata disertai pembukaan serviks. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks uterus 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 kehamilan, gerak janin dan gerak jantung janin masih jelas walau mungkin sudah mulai tidak normal, biasanya terlihat penipisan serviks uterus atau pembukaanya.

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.

c. *Incomplete Miscarriage* (Abortus tidak lengkap)

Pada abortus yang terjadi sebelum usia gestasi 10 minggu, janin dan plasenta biasanya keluar bersama-sama, tetapi setelah waktu ini keluar secara terpisah. Apabila seluruh atau sebagian plasenta tertahan di uterus, cepat atau lambat akan terjadi perdarahan yang merupakan tanda utama abortus inkomplet.

Sebagian jaringan masih tertinggal di dalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan

teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum (Manuaba, 2009).

Perdarahan biasanya masih terjadi, jumlahnya pun bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian plasental site masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus. Pasien dapat jatuh dalam keadaan anemia atau syok hemoragik sebelum sisa jaringan konsepsi dikeluarkan.

Pengelolaan pasien harus diawali dengan perhatian terhadap keadaan umum dan mengatasi gangguan hemodinamik yang terjadi kemudian disiapkan tindakan kuretase. Bila terjadi perdarahan hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan (Manuaba, 2007).

d. Missed Abortion

Hal ini didefinisikan sebagai retensi produk konsepsi yang telah meninggal in utero selama beberapa minggu. Setelah janin meninggal, mungkin terjadi perdarahan per vaginam atau gejala lain yang mengisyaratkan abortus iminens, mungkin juga tidak. Uterus tampaknya tidak mengalami perubahan ukuran, tetapi perubahan-perubahan pada payudara biasanya kembali seperti semula.

Penderita missed abortion biasanya tidak merasakan keluhan apa pun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan diatas 14 minggu sampai 20 minggu penderita justru merasakan rahimnya semakin mengecil dengan tanda-tanda kehamilan sekunder pada payudara mulai menghilang.

Kadangkala missed abortion juga diawali dengan abortus iminens yang kemudian merasa sembuh, tetapi pertumbuhan janin terhenti. Pada pemeriksaan tes urin kehamilan biasanya negatif setelah satu minggu dari terhentinya pertumbuhan kehamilan. Pada pemeriksaan USG akan didapatkan uterus yang mengecil, kantong gestasi yang mengecil, dan bentuknya tidak beraturan disertai gambaran fetus yang tidak ada tanda-tanda kehidupan. Pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu tindakan evakuasi dapat dilakukan secara langsung dengan melakukan dilatasi dan kuretase bila serviks uterus memungkinkan. Bila usia kehamilan di atas 12 minggu atau kurang dari 20 minggu dengan keadaan serviks uterus yang masih kaku dianjurkan untuk melakukan induksi terlebih dahulu.

Beberapa cara dapat dilakukan antara lain dengan pemberian infus intravena cairan oksitosin dimulai dari dosis 10 unit dalam 500 cc dekstrose 5 % tetesan 20 tetes per menit dan dapat diulangi sampai total oksitosin 50 unit dengan tetesan

dipertahankan untuk mencegah retensi carian tubuh. Jika tidak berhasil, penderita diistirahatkan satu hari dan kemudian induksi diulangi biasanya maksimal 3 kali. Setelah janin atau jaringan konsepsi berhasil keluar dengan induksi ini dilanjutkan dengan tindakan kuretase sebersih mungkin (Prawirohardjo, 2007).

e. Recurrent Miscarriage (Abortus Berulang)

Keadaan ini didefinisikan menurut berbagai kriteria jumlah dan urutan, tetapi definisi yang paling luas diterima adalah abortus spontan berturut-turut selama tiga kali atau lebih (Manuaba, 2007).

Perlunya mencari penyebab abortus ini secara lengkap sehingga dapat diobati sesuai dengan penyebabnya. Salah satu penyebab yang paling sering dijumpai adalah inkompetensia serviks (American College of Obstetrician and Gynecologist, 2001), yang pengelolaannya harus dilakukan tindakan untuk memberikan fiksasi pada serviks agar dapat menerima beban dengan berkembangnya usia kehamilan. Operasi dilakukan pada usia kehamilan 12-14minggu dengan cara SHIRODKAR atau McDONALD (Prawirohardjo, 2007).

8. Diagnosa

a. Anamnesis

- 1) Adanya amenore kurang dari 20 minggu
- 2) Perdarahan pervaginam, mungkin disertai jaringan hasil konsepsi.

3) Rasa mulas atau kram perut di daerah atas simpisis, sering disertai keluarnya jaringan konsepsi

b. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.

c. Pemeriksaan ginekologi

1) Inspeksi vulva

Perdarahan pervagina, ada atau tidak hasil konsepsi, tercium atau tidak bau busuk dari vulva.

2) Inspekula

Ostium uteri terbuka atau tertutup, ada atau tidak cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.

3) Colok vagina

Porsio masih terbuka, besar uterus lebih kecil atau sesuai dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang.

d. Pemeriksaan bimanual

Uterus membesar, besar uterus sesuai dengan riwayat haid, tidak mendatar dan mempunyai konsistensi hamil normal.

e. Pemeriksaan penunjang:

1) Pemeriksaan USG (Ultrasonografi)

Hal ini membantu untuk memeriksa detak jantung janin dan menentukan apakah embrio berkembang normal.

2) Pemeriksaan darah.

HCG beta berguna untuk membedakan dengan diagnosis banding lainnya.

3) Pemeriksaan jaringan

Jika terdapat sisa jaringan, dapat dikirim ke laboratorium untuk mengkonfirmasi bahwa keguguran telah terjadi – dan bahwa gejala tidak berhubungan dengan penyebab lain dari perdarahan kehamilan (Varney, 2007).

B. Tinjauan Umum Faktor Risiko

1. Tinjauan Tentang Kehamilan Diluar Nikah

Kehamilan di luar nikah banyak terjadi pada kelompok remaja, disebabkan karena pergaulan yang sangat bebas bagi remaja. Tingginya tingkat kehamilan diluar nikah yang berhubungan secara positif dengan tindakan aborsi menjadi bukti yang sulit dibantah.

Survey yang dilakukan oleh Badan Kordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 2007 sangat mengejutkan yaitu 63 % remaja SMP dan SMA di Indonesia pernah berhubungan seks, sebanyak 21% diantaranya melakukan aborsi. Angka ini naik dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan penelitian BKKBN dikota-kota besar mulai Jabodetabek, Medan, Jakarta, Surabaya dan Makassar sekitar 47% hingga 54% remaja mengaku melakukan hubungan seks sebelum menikah.

Dari hasil penelitian tersebut BKKBN merekomendasikan ada beberapa faktor yang mendorong remaja melakukan seks pra-nikah, beberapa diantaranya adalah (1) Pengaruh liberalisme dan pergaulan bebas, (2) Pengaruh lingkungan sekitar dan keluarga, dimana lingkungan sekitar dan keluarga memiliki peranan yang sangat besar terhadap perkembangan perilaku seseorang. Lingkungan yang kurang baik tentu akan menghasilkan manusia yang kurang baik pula apabila tidak ada filter yang mampu membentengi individu darinya. Namun lingkungan yang baik juga belum tentu mampu menghasilkan individu yang baik apabila dalam lingkup yang lebih kecil individu tidak mendapat pengajaran yang baik yaitu dalam lingkup kecil keluarganya dan (3) Pengaruh media massa khususnya TV dan Internet, dimana tidak bisa dipungkiri lagi hadirnya teknologi membawa perubahan yang begitu berarti, tak terkecuali adanya media berupa TV dan Internet. Media massa itu akan sangat bermanfaat apabila digunakan sesuai dengan fungsi yang semestinya, akan tetapi sekarang sudah beralih fungsi, remaja sekarang justru menggunakan media-media itu untuk mengakses sesuatu yang sebenarnya tidak untuk konsumsi mereka satu contoh adalah video porno, dengan itu mereka belajar sesuatu yang tidak baik seperti sex bebas.

Namanya remaja pasti akan memiliki keingintahuan yang teramat besar pada hal-hal yang belum pernah mereka rasakan dan bukan hal baru lagi jika remaja mempraktekkan apa yang mereka

dapatkan dimedia dengan cara yang salah seperti sex bebas. hal ini sesuai dengan penelitian dalam tabel berikut :

Tabel 1. Tabel sintesa variabel kehamilan diluar nikah sebagai faktor risiko kejadian abortus

Nama penulis / peneliti	Tahun Penelitian	Judul penelitian	Temuan
Elias Senbeto dkk	2005 di Ethiopia	Prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia	Kehamilan diluar nikah berisiko abortus sebesar (OR = 14,55 & p = 0,024)
Gilda Sedgh Dkk	2006 Di Nigeria	Unwanted Pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women	Kehamilan diluar nikah berisiko abortus sebesar (OR = 1,00)

2. Tinjauan Tentang Kegagalan Kontrasepsi

Kehamilan yang tidak diinginkan juga banyak terjadi karena kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi dan penggunaan alat KB. Pemahaman dan akses untuk menggunakan alat kontrasepsi yang kurang akhirnya memicu kehamilan yang tidak diinginkan (KTD).

KTD lebih banyak terjadi pada pasangan yang sudah menikah sekitar 89 % artinya kehamilan tersebut lebih banyak karena gagal perencanaan keluarga. Sehubungan dengan kehamilannya yang tidak diinginkan oleh ibu dan keluarga karena suatu alasan, memicu ibu untuk melakukan abortus provokatus sehingga menambah jumlah kejadian abortus. hal ini sesuai dengan penelitian dalam tabel berikut :

Tabel 2. Tabel sintesa variabel kegagalan kontrasepsi sebagai faktor risiko kejadian abortus

Nama penulis / peneliti	Tahun Penelitian	Judul penelitian	Temuan
Elias Senbeto dkk	2005 di Ethiopia	Prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia	Kegagalan kontrasepsi berisiko abortus sebesar (OR = 3,18 & p = 0,0002)

3. Tinjauan Tentang Status Sosial Ekonomi Rendah.

Alasan ekonomi, peningkatan kesempatan kerja terutama bagi kaum perempuan juga dianggap faktor yang akan mempengaruhi peningkatan aborsi, perkembangan ekonomi menuju ekonomi industri melalui ekonomi manufaktur akan secara cepat meningkatkan jumlah perempuan muda diserap sebagai tenaga kerja, juga mengikuti pendidikan lebih tinggi. Konsekuensinya penundaan perkawinan terjadi, padahal secara biologis mereka sudah beranjak pada masa seksual aktif.

Hubungan seks di luar nikah akan meningkat, terutama karena dipicu oleh sarana hiburan, media film yang menawarkan kehidupan seks secara vulgar. Aborsi juga dianggap sebagai pilihan yang tepat karena adanya kontrak kerja untuk tidak hamil selama dua tahun pertama kerja dan apabila tidak aborsi risikonya adalah dipecat dari pekerjaan.

Alasan ketidaksiapan ekonomi juga seringkali menjadi pertimbangan bagi perempuan berkeluarga yang tidak menghendaki

kehamilannya untuk melakukan aborsi, seperti kegagalan KB, pendapatan rendah yang tidak mencukupi untuk menanggung biaya hidup. Karena dengan menambah anak berarti akan menambah beban ekonomi keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian dalam tabel berikut:

Tabel 3. Tabel sintesa variabel sosial ekonomi rendah sebagai faktor risiko kejadian abortus

Nama penulis / peneliti	Tahun Penelitian	Judul penelitian	Temuan
Angelica Sousa Dkk	2009 di Mexico	Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico	Sosial ekonomi rendah berisiko abortus sebesar (OR = 2,48)
Gilda Sedgh Dkk	2006 Di Nigeria	Unwanted Pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women	Sosial ekonomi rendah berisiko abortus sebesar (OR = 1,00)

4. Tinjauan Tentang Riwayat Abortus

Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3 – 5 %. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30 – 45% (Prawirohardjo, 2009).

Angka kejadian abortus akan meningkat pada ibu dengan adanya riwayat abortus, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan. Bila ibu sebelumnya sudah menderita abortus maka keadaan ini akan memperberat keadaan ibu.

Menurut Sotiriadis dan kawan-kawan (2004), juga berpendapat bahwa ibu hamil yang mempunyai riwayat keguguran memiliki risiko yang tinggi untuk terjadi keguguran pada kehamilan seterusnya terutama pada ibu yang berusia lebih tua. Pada wanita hamil yang mempunyai riwayat keguguran tiga kali berturut-turut, risiko untuk terjadinya abortus pada kehamilan seterusnya adalah sebesar 50 persen (Kleinhaus et al., 2006; Berek, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian dalam tabel berikut:

Tabel 4. Tabel sintesa variabel riwayat abortus sebagai faktor risiko kejadian abortus

Nama penulis / peneliti	Tahun Penelitian	Judul penelitian	Temuan
I Wayan Arsana dkk	2004 Malang	Hubungan Faktor-Faktor Risiko dengan Terjadinya Abortus Spontan di RSUD Dr.Saiful Anwar Malang	Riwayat abortus berisiko abortus sebesar (OR = 11,16 & p = 0,02)
Pebri Susanti dkk	2010 Ngawi	Faktor Risiko Kejadian Abortus di Puskesmas Padas Kabupaten Ngawi	Riwayat abortus berisiko abortus sebesar (OR = 0,168 & p = 0,003)
Ambarsari	2010 Malang	Hubungan Faktor-Faktor Risiko dengan Terjadinya Abortus Spontan di RSUD Dr.Saiful Anwar Malang	Riwayat abortus berisiko abortus sebesar (OR = 1,116 & p = 0,02)

5. Tinjauan Tentang Paritas

Paritas adalah frekuensi melahirkan baik lahir dalam keadaan hidup atau mati. Paritas adalah faktor risiko yang berkaitan dengan timbulnya abortus. frekuensinya lebih tinggi terjadi pada paritas > 3, hal ini dikarenakan pada kehamilan lebih dari 3 dapat menimbulkan

gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah.

Paritas 1 dan paritas tinggi (> 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.

Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman. Hal ini sesuai dengan penelitian dalam tabel berikut:

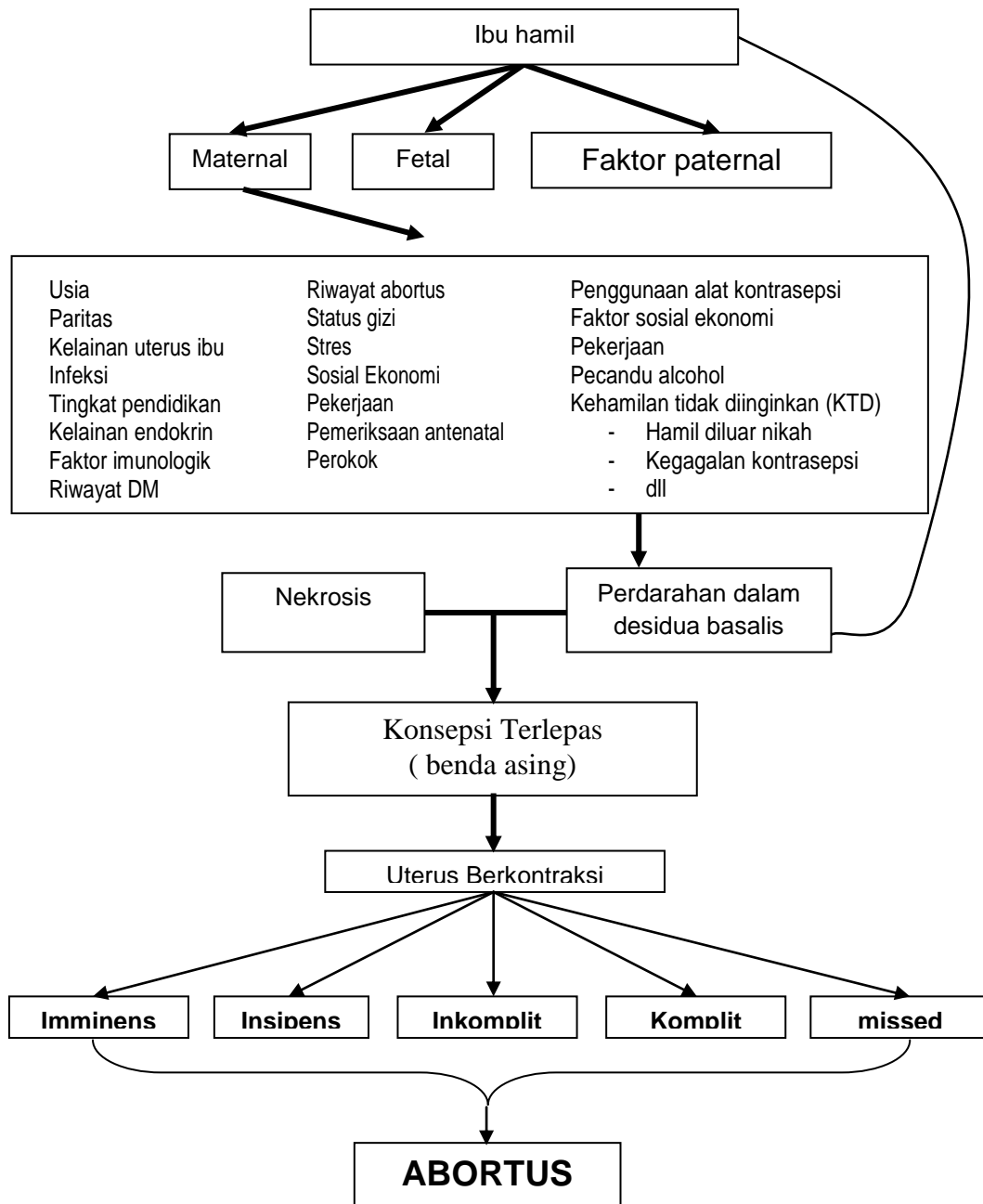
Tabel 5. Tabel sintesa paritas sebagai faktor risiko kejadian abortus

Nama penulis/peneliti	Tahun Penelitian	Judul penelitian	Temuan
I Wayan Arsana dkk	2004 Malang	Hubungan Faktor-Faktor Risiko dengan Terjadinya Abortus Spontan di RSUD Dr.Saiful Anwar Malang	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 2,9 & p = 0,01)
Angelica Sousa Dkk	2009 di Mexico	Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 3,73)
Gilda Sedgh Dkk	2006 Di Nigeria	Unwanted Pregnancy and Associated Factors Among Nigerian Women	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 1,05)
Hj. Husnah	2010 Lamadukkelle Sengkang Kab. Wajo	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Abortus di RSUD Lamadukkelle Sengkang Kabupaten Wajo	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 21,607 & p = 0,000)

Pebri Susanti dkk	2010 Ngawi	Faktor Risiko Kejadian Abortus di Puskesmas Padas Kabupaten Ngawi	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 0,373 & p = 0,073)
Wahidah Dkk	2010 Yogyakarta	Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan kejadian Abortus Spontan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 2,371)
Elias Senbeto dkk	2005 di Ethiopia	Prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 0,38 & p = 0,0004)
Nurjaya Dkk	2005 Makassar	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan kejadian Abortus di RSIA Sitti Fatimah Makassar	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 12,089)
Ambarsari	2010 Malang	Hubungan Faktor-Faktor Resiko dengan Terjadinya Abortus Spontan di RSUD Dr.Saiful Anwar Malang	Paritas berisiko abortus sebesar (OR = 2,9 & p = 0,01)

C. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori dan apa yang telah diuraikan maka digunakan kerangka teori dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Gambar 8 : Kerangka Teori (Handoko, 2009)

D. Kerangka Konsep

1. Dasar pemikiran variable yang diteliti

- 1) Abortus adalah kehamilan yang berakhir sebelum periode viabilitas janin yaitu yang berakhir sebelum berat janin 500 gram dengan lama kehamilan kurang dari 20 minggu lengkap (139 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.
- 2) Kehamilan diluar nikah

Kehamilan di luar nikah banyak terjadi pada kelompok remaja, disebabkan karena pergaulan yang sangat bebas bagi remaja. Tingginya tingkat kehamilan diluar nikah yang berhubungan secara positif dengan tindakan aborsi menjadi bukti yang sulit dibantah.

Survey yang dilakukan oleh Badan Kordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 2007 sangat mengejutkan yaitu 63 % remaja SMP dan SMA di Indonesia pernah berhubungan seks, sebanyak 21% diantaranya melakukan aborsi. Angka ini naik dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan penelitian BKKBN dikota-kota besar mulai Jabodetabek, Medan, Jakarta, Surabaya dan Makassar sekitar 47% hingga 54% remaja mengaku melakukan hubungan seks sebelum menikah. Dari hasil penelitian tersebut BKKBN merekomendasikan ada beberapa faktor yang mendorong remaja melakukan seks pra-nikah, beberapa

diantaranya adalah pengaruh liberalisme dan pergaulan bebas, pengaruh lingkungan sekitar dan keluarga dan pengaruh media massa khususnya TV dan Internet.

Karena kehamilan yang dialami oleh remaja tersebut sehingga mendorong untuk melakukan abortus provokatus. Hal ini disebabkan karena remaja pada umumnya takut untuk diketahui oleh orang tua, dan juga dapat mengganggu kelangsungan pendidikannya, sehingga menambah angka kejadian abortus.

3) Kegagalan kontrasepsi

Kehamilan yang tidak diinginkan juga banyak terjadi karena kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi dan penggunaan alat KB. Pemahaman dan akses untuk menggunakan alat kontrasepsi yang kurang akhirnya memicu kehamilan yang tidak diinginkan (KTD).

KTD lebih banyak terjadi pada pasangan yang sudah menikah sekitar 89 % artinya kehamilan tersebut lebih banyak karena gagal perencanaan keluarga. Sehubungan dengan kehamilannya yang tidak diinginkan oleh ibu dan keluarga karena suatu alasan, memicu ibu untuk melakukan abortus provokatus sehingga menambah jumlah kejadian abortus.

4) Sosial ekonomi rendah

Hal ini sering disampaikan bahwa kehidupan sosial ekonomi berhubungan dengan angka kenaikan abortus. Beberapa ahli menyimpulkan bahwa wanita dengan keadaan sosial ekonomi yang lebih baik akan lebih jarang mengalami abortus atau melakukan abortus, dimana masyarakat berasumsi bahwa dengan menambah anak berarti akan menambah beban ekonomi keluarga.

Melihat dari masalah ini, melakukan abortus merupakan pilihan bagi masyarakat dengan ekonomi rendah. Masyarakat yang kurang pengetahuan tentang kesehatan reproduksi melakukan tindakan tersebut tanpa mengetahui akibat yang dapat ditimbulkan dari tindakan abortus provokatus. Hal ini tentunya akan menambah angka kejadian abortus.

Pemberantasan kemiskinan dan kelaparan merupakan target utama Millenium Development Goals (MDG'S). Jumlah penduduk miskin di Provinsi Maluku Utara tahun 2011 naik menjadi 97,31 ribu jiwa atau naik sebesar 6,24 ribu jiwa dibanding tahun sebelumnya namun jika dilihat dari presentase penduduk miskin menurun dari 9,42 % menjadi 9,18 %. Selain itu angka garis kemiskinan juga naik menjadi Rp. 225.242,-.

Untuk menilai status ekonomi rendah di Provinsi Maluku Utara menggunakan standar pengeluaran perkapita perbulan

yaitu dibawah Rp 225.242/orang (BPS Provinsi Maluku Utara tahun 2011)

5) Riwayat abortus

Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3 – 5 %. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30 – 45% (Prawirohardjo, 2009).

Angka kejadian abortus akan meningkat pada ibu dengan adanya riwayat abortus, karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan. Bila ibu sebelumnya sudah menderita abortus maka keadaan ini akan memperberat keadaan ibu.

Menurut Sotiriadis dan kawan-kawan (2004), juga berpendapat bahwa ibu hamil yang mempunyai riwayat keguguran memiliki risiko yang tinggi untuk terjadi keguguran pada kehamilan seterusnya terutama pada ibu yang berusia lebih tua. Pada wanita hamil yang mempunyai riwayat keguguran tiga kali berturut-turut, risiko untuk terjadinya abortus pada kehamilan seterusnya adalah sebesar 50 persen (Kleinhaus et al., 2006; Berek, 2007).

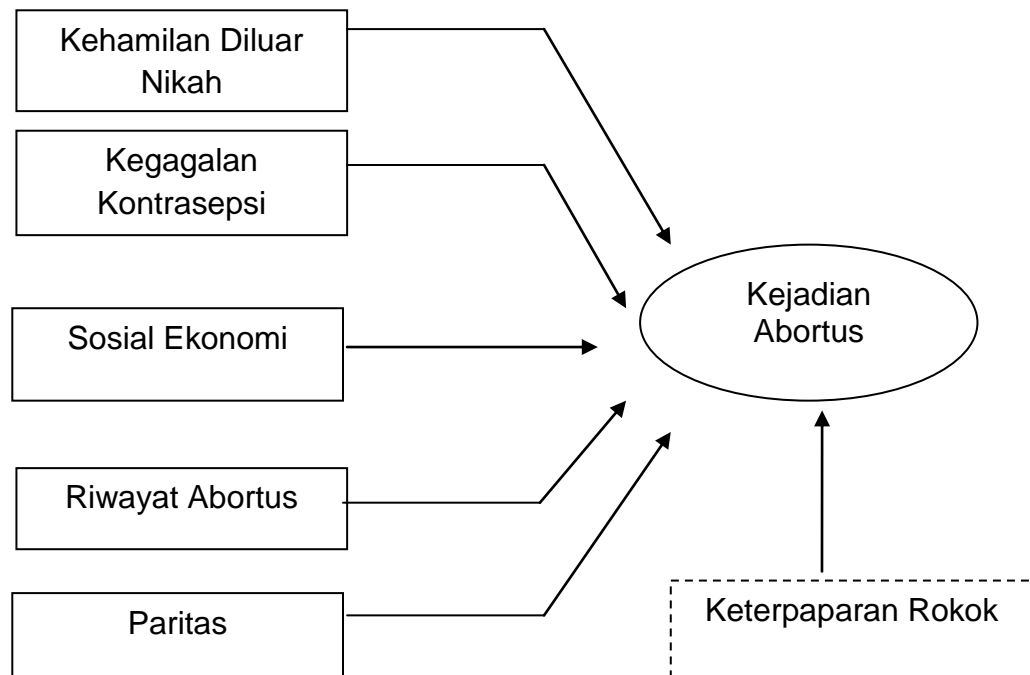
6) Paritas

Paritas adalah frekuensi melahirkan baik lahir dalam keadaan hidup atau mati. Paritas adalah faktor risiko yang berkaitan dengan timbulnya abortus. frekuensinya lebih tinggi terjadi pada paritas > 3 , hal ini dikarenakan pada kehamilan lebih dari 3 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah.

Paritas 1 dan paritas tinggi (> 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.

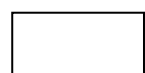
Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman.

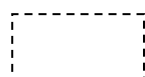
2. Kerangka Konsep




Gambar 9. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

 : Variabel Bebas

 : Variabel Perancu

 : Variabel Terikat

E. Hipotesis Penelitian

1. Kehamilan diluar nikah lebih berisiko mengalami abortus dibanding yang bukan kehamilan di luar nikah.
2. Kegagalan kontrasepsi lebih berisiko mengalami abortus dibanding yang bukan karena kegagalan kontrasepsi.
3. Status sosial ekonomi yang rendah lebih berisiko mengalami abortus.
4. Ada riwayat abortus lebih berisiko mengalami abortus dibanding dengan yang tidak memiliki riwayat abortus.
5. Paritas > 3 lebih berisiko mengalami abortus.

F. Definisi Operasional

a. Variabel Dependen

1. Abortus : keluarnya hasil konsepsi pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 500 gram, yang diketahui berdasarkan rekam medik pasien.

Kriteria Objektif :

Kasus : Bila ibu hamil mengalami pengeluaran konsepsi dengan umur kehamilan kurang dari 20 minggu dan berat janin < 500 gram serta terdiagnosa abortus menurut kartu status

Kontrol : Bila ibu hamil tidak mengalami abortus yang terdiagnosa menurut kartu status

Skala ukur : Nominal

Cara pengukuran : Berdasarkan yang tertulis pada status
(observasi)

b. Variabel Independen

- 1) Kehamilan diluar nikah : kehamilan yang terjadi dalam status ibu belum menikah.

Kriteria Objektif:

Hamil dalam status tidak menikah : Bila ibu hamil dalam keadaan status ibu belum menikah

Hamil dalam status menikah : Bila ibu hamil dalam keadaan status ibu sudah menikah.

Skala ukur : Nominal

Cara pengukuran : Wawancara

- 2) Kegagalan kontrasepsi : Penggunaan alat kontrasepsi yang gagal ditandai dengan terjadinya kehamilan pada akseptor saat menggunakan kontrasepsi yang sebelumnya dinyatakan tidak hamil.

Kriteria Objektif:

Pakai Kontrasepsi : Bila kehamilan terjadi pada akseptor KB.

Tidak Pakai Kontrasepsi : Bila ibu hamil tidak dalam keadaan sedang menggunakan kontrasepsi

Skala ukur : Nominal

Cara pengukuran : Wawancara

- 3) Status sosial ekonomi : Rata-rata pengeluaran per kapita perbulan dari keluarga yang dinilai berdasarkan BPS Provinsi Maluku Utara tahun 2011.

Kriteria Objektif:

Sosial ekonomi rendah : Pengeluaran per kapita perbulan dibawah garis kemiskinan (Pengeluaran dibawah Rp 225.242/ orang)

Sosial ekonomi tinggi : Pengeluaran per kapita perbulan tidak berada di bawah garis kemiskinan.

Skala ukur : Nominal

Cara pengukuran : Wawancara

- 4) Riwayat abortus : Kejadian abortus pada kehamilan sebelumnya, sesuai yang tercatat di status pasien.

Kriteria Objektif:

Ada Riwayat : Jika responden ada riwayat abortus

Tidak Ada Riwayat : Jika responden tidak ada riwayat abortus

Skala ukur : Nominal

Cara pengukuran : Wawancara

- 5) Paritas : Frekuensi melahirkan dari ibu (lahir hidup maupun lahir mati) sesuai yang tercatat di status pasien

- Kriteria Objektif :
- Risiko tinggi : jika ibu dengan paritas > 3
- Risiko rendah : jika ibu dengan paritas ≤ 3
- Skala ukur : Nominal
- Cara pengukuran : Wawancara