

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI
AGUSTUS 2013**

**KARAKTERISTIK PENDERITA ABORTUS YANG DIRAWAT
DI RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JUNI 2012 – JUNI 2013**



OLEH :

Dian Pratiwi

C111 08 138

PEMBIMBING:

dr. H. Muh. Ikhsan Madjid, MS, PKK

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
PADA BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**KARAKTERISTIK PENDERITA ABORTUS YANG DIRAWAT
DI RSUP. Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JUNI 2012 – JUNI 2013**

Dian Pratiwi, dr. H. Muh. Ikhsan Madjid, MS,PKK

ABSTRAK

Latar Belakang. Angka kematian ibu masih sangat tinggi di Indonesia. Setiap tahun, sekitar 20.000 ibu Indonesia meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan. Sebanyak 15-50% kematian ibu disebabkan oleh abortus. Diperkirakan abortus yang tidak aman telah membunuh 100.000 wanita setiap tahunnya, 99% diantaranya terjadi di negara-negara berkembang. Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) diperkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun di Asia Tenggara. Di Indonesia sendiri diperkirakan terjadi sebanyak 2,3 juta setiap tahunnya.

Metode penelitian. Penelitian ini bersifat deskriptif. Teknik pengambilan sampel yaitu *saturation sampling* (sampel jenuh) dimana data yang diperoleh merupakan data sekunder dari rekam medik penderita abortus di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang berjumlah 69 orang.

Hasil Penelitian. Dari 69 sampel yang ada, berdasarkan klasifikasi abortus terbanyak adalah abortus spontan dalam hal ini abortus inkomplit sebanyak 42 kasus (60,9%). Usia rata-rata penderita abortus pada golongan usia 20-29 tahun yaitu sebanyak 30 orang (43,5%). Penderita abortus lebih banyak pada penderita yang dengan paritas 0 sebanyak 34 orang (49,3%). Rata-rata usia kehamilan terjadinya abortus 11-15 minggu 33 orang (47,9%). Penderita abortus belum pernah memiliki riwayat abortus sebelumnya 51 orang (74%).

Kesimpulan. Klasifikasi abortus yang terbanyak adalah abortus inkomplit. Penderita abortus lebih banyak pada golongan usia 20-29 tahun. Penderita abortus lebih banyak pada penderita dengan paritas 0. Penderita abortus lebih banyak pada penderita dengan usia kehamilan 11-15 minggu. Penderita abortus lebih banyak pada penderita yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya.

**Kata Kunci : Karakteristik, Abortus
XII + 43 halaman, 5 Tabel, 11 Lampiran**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil 'alamin, puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan petunjuk-Nya serta sholawat dan salam kita haturkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, penulis dapat menyelesaikan skripsi sebagai salah satu syarat penyelesaian tugas kepaniteraan klinik Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Universitas Hasanuddin.

Dalam persiapan, pelaksanaan, dan penyusunan skripsi ini tidak lepas dari hambatan dan kesulitan, namun atas dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Dengan penuh hormat, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, serta para pembantu Dekan.
2. Ketua Bagian IKM & IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc
3. Koordinator Pendidikan Mahasiswa Bagian IKM & IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Dr. dr. Sri Ramadhany, M.Kes.
4. dr. H. Muh. Ikhsan Madjid, MS, PKK selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya serta kesediaannya dalam memberikan bimbingan mulai dari penyusunan proposal sampai pada penulisan skripsi ini.
5. Staf pengajar Bagian IKM-IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis mengikuti kepaniteraan klinik di Bagian IKM-IKK FK UNHAS.
6. Direktur RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar beserta staff atas kelancaran yang diberikan selama penelitian.
7. Kepada kedua orang tua penulis yang selama ini telah memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta bimbingan dan doa dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan guna penyempurnaannya kedepan.

Makassar, Agustus 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PENCETAKAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PANITIA SIDANG UJIAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN SEMINAR HASIL	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Penelitian.....	2
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian Abortus	4
B. Klasifikasi Abortus	4
C. Etiologi Abortus	5
D. Patogenesis Abortus	10
E. Gambaran Klinis Abortus	11
F. Diagnosa Abortus	13
G. Penatalaksanaan Abortus	15
H. Abortus Provokatus	15
BAB III. DASAR PEMIKIRAN VARIABEL YANG DITELITI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	17
B. Kerangka Konsep.....	18
C. Definisi Operasional	18

BAB IV. METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	21
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	21
C. Populasi dan Sampel.....	21
D. Cara Pengambilan Sampel	22
E. Jenis Data dan Instrument Penelitian.....	22
F. Manajemen Data	22
G. Etika Penelitian.....	23

BAB V. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

A. Sekilas Sejarah RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo.....	24
B. Keadaan Geografis.....	26
C. Sarana dan Prasarana	26
D. Landasan Hukum	27
E. Usaha Rumah Sakit.....	27
F. Visi, Misi, dan Tujuan	27
G. Nilai	29
H. Motto.....	29

BAB VI. HASIL PENELITIAN

A. Klasifikasi Abortus	30
B. Usia Ibu	31
C. Paritas.....	32
D. Usia Kehamilan	33
E. Riwayat Abortus	33

BAB VII. PEMBAHASAN

A. Karakteristik Berdasarkan klasifikasi abortus.....	35
B. Karakteristik Berdasarkan usia ibu	35
C. Karakteristik Berdasarkan paritas	36
D. Karakteristik Berdasarkan usia kehamilan	37
E. Karakteristik Berdasarkan riwayat abortus	37

BAB VIII. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	39
B. Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

- Tabel 6.1. Karakteristik penderita abortus berdasarkan klasifikasi abortus di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013. 30
- Tabel 6.2. Karakteristik penderita abortus berdasarkan usia ibu di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013.. 31
- Tabel 6.3. Karakteristik penderita abortus berdasarkan paritas di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013... 32
- Tabel 6.4. Karakteristik penderita abortus berdasarkan usia kehamilan di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 ..33
- Tabel 6.5. Karakteristik penderita abortus berdasarkan riwayat abortus di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013..33

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Kuesioner Pengumpulan Data
- Lampiran 3 Surat Penugasan Pembimbing Kepaniteraan
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Seminar Proposal
- Lampiran 5 Surat Undangan Seminar Proposal Skripsi Mahasiswa
- Lampiran 6 Surat Permohonan Penelitian
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8 Surat Keterangan Melakukan Penelitian
- Lampiran 9 Surat Undangan Ujian Skripsi Mahasiswa
- Lampiran 10 Berita Acara Ujian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Angka kematian ibu (AKI) masih sangat tinggi di Indonesia. Setiap tahun, sekitar 20.000 ibu Indonesia meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan. Sebanyak 259 ibu meninggal dunia pada setiap 100.000 kelahiran hidup.¹ Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2009 menyatakan bahwa AKI di Indonesia yaitu 226/100.000. Sementara pada tahun 2010, kasus AKI meningkat menjadi 228/100.000 kelahiran, dan jumlah ini masih tergolong tinggi.²

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) 15-50% kematian ibu disebabkan oleh abortus. Komplikasi abortus berupa perdarahan atau infeksi dapat menyebabkan kematian. Hal ini mengakibatkan kematian ibu yang disebabkan oleh abortus sering tidak dilaporkan dalam laporan kematian, tetapi dilaporkan sebagai perdarahan atau sepsis.³ Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan di seluruh dunia, setiap tahun dilakukan 20 juta *unsafe abortion*, 70.000 wanita meninggal akibat *unsafe abortion*, dan 1 diantara 8 kematian ibu disebabkan *unsafe abortion*.³

Abortus merupakan masalah dunia yang mempengaruhi kesehatan, kesakitan, dan kematian serta kelangsungan reproduksi wanita. Diperkirakan abortus yang tidak aman telah membunuh 100.000 wanita setiap tahunnya, 99% diantaranya terjadi di negara-negara berkembang.⁴ Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) diperkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun di Asia Tenggara, dengan jumlah kasus sekitar 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.³

Penyebab utama AKI di Indonesia diantaranya yakni, pendarahan dan infeksi, sementara dibaliknya terdapat aborsi. Namun, tidak ada angka yang jelas mengenai kasus aborsi tersebut, namun diperkirakan terjadi sebanyak 2,3 juta setiap tahunnya di Indonesia. Penyebab aborsi diantaranya satu juta

orang akibat keguguran spontan yang biasanya tidak dilaporkan, 700.000 karena tidak menggunakan alat kontrasepsi atau kehamilan yang tidak diinginkan, dan 600.000 karena kegagalan KB yang seharusnya menjadi tanggung jawab negara. 15% aborsi dilakukan remaja di bawah usia 20 tahun yang ditandai dengan adanya kasus kehamilan yang tidak diinginkan dan ketiadaan akses terhadap alat kontrasepsi.⁵

Jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan pada tahun 2006 di Sul-Sel sebesar 101,56 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2007 menurun menjadi 92,89 per 100.000 kelahiran hidup dan didapatkan jumlah bayi pada tahun 2007 sebanyak 160.875 orang.

Banyak faktor yang mempengaruhi kejadian abortus seperti umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, paritas, ekonomi, interval kehamilan, penyakit dan kelainan uterus (komplikasi kehamilan). Faktor yang paling berpengaruh terdapat pada si ibu sendiri sebagai tempat terjadinya atau berlangsungnya kehamilan. Dengan melihat data diatas yang menggambarkan jumlah kasus abortus yang masih sangat tinggi dan dampaknya pada angka morbiditas dan mortalitas ibu, maka hal ini mendorong peneliti untuk melakukan penelitian mengenai karakteristik penderita aborsi yang dirawat di RSUP. Wahidin Sudirohusodo periode Juni 2012 – Juni 2013. Hal ini penting dalam upaya mengurangi tingkat aborsi.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan di atas, maka dapat ditentukan rumusan masalah sebagai berikut :

Bagaimana karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 berdasarkan klasifikasi abortus.
- b. Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 berdasarkan usia ibu.
- c. Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 berdasarkan paritas.
- d. Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 berdasarkan usia kehamilan.
- e. Mengetahui karakteristik penderita abortus yang dirawat di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode Juni 2012 – Juni 2013 berdasarkan riwayat abortus.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi bagi para praktisi mengenai karakteristik penderita abortus di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, sehingga dapat membantu dalam melakukan upaya penanggulangan tingkat kejadian abortus dan penentuan kebijakan dalam mengurangi kasus abortus.

2. Manfaat keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah dalam memperkaya khasanah ilmu pengetahuan bagi dunia pendidikan dan dapat menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya.

3. Manfaat bagi peneliti

Penelitian ini bermanfaat sebagai pengalaman yang sangat berharga dan menambah khasanah ilmu pengetahuan peneliti dalam mengaplikasikan ilmu dan wawasan ilmiahnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, dengan batasan kehamilan kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 500 gram.^{6,7} Sampai saat ini janin yang terkecil, yang dilaporkan dapat hidup di luar kandungan, mempunyai berat badan 297 gram waktu lahir. Akan tetapi, karena jaranganya janin yang dilahirkan dengan berat badan di bawah 500 gram dapat hidup terus, maka abortus ditentukan sebagai pengakhiran kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau kurang dari 20 minggu.^{6,8}

Abortus dapat dibagi atas dua golongan yaitu abortus spontan dan abortus provokatus. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau tanpa didahului tindakan apapun dan disebabkan oleh faktor-faktor alamiah.^{9,10,11,12} Abortus provokatus adalah abortus yang terjadi akibat tindakan atau disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat.⁸

B. Klasifikasi Abortus

Adapun klasifikasi abortus adalah seperti berikut :

1. Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
2. Abortus buatan, Abortus provocatus (disengaja, digugurkan), yaitu:
 - a. Abortus buatan menurut kaidah ilmu (*Abortus provocatus medicinalis*, atau *abortus therapeuticus*). Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya : penyakit jantung, hipertensi esential, dan karsinoma serviks. Keputusan ini ditentukan oleh tim ahli yang terdiri dari dokter ahli kebidanan, penyakit dalam dan psikiatri, atau psikolog.
 - b. Abortus buatan kriminal (*Abortus provocatus criminalis*) adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh orang yang tidak berwenang dan dilarang oleh hukum.¹³

C. Etiologi Abortus

Secara umum, terdapat tiga faktor yang boleh menyebabkan abortus spontan yaitu faktor fetus, faktor ibu sebagai penyebab abortus dan faktor paternal. Lebih dari 80 persen abortus terjadi pada 12 minggu pertama kehamilan, dan kira-kira setengah dari kasus abortus ini diakibatkan oleh anomali kromosom. Setelah melewati trimester pertama, tingkat aborsi dan peluang terjadinya anomali kromosom berkurang.¹⁴

Abortus yang terjadi pada minggu-minggu pertama kehamilan umumnya disebabkan oleh faktor *ovofetal*, pada minggu-minggu berikutnya (11 – 12 minggu), abortus yang terjadi disebabkan oleh faktor *maternal*.¹⁵

Faktor ovofetal :

Pemeriksaan USG janin dan histopatologis selanjutnya menunjukkan bahwa pada 70% kasus, ovum yang telah dibuahi gagal untuk berkembang atau terjadi malformasi pada tubuh janin. Pada 40% kasus, diketahui bahwa latar belakang kejadian abortus adalah *kelainan chromosomal*. Pada 20% kasus, terbukti adanya *kegagalan trofoblast* untuk melakukan implantasi dengan adekuat.¹⁶

Faktor maternal :

Sebanyak 2% peristiwa abortus disebabkan oleh adanya penyakit sistemik maternal (*systemic lupus erythematosis*) dan infeksi sistemik maternal tertentu lainnya. 8% peristiwa abortus berkaitan dengan *abnormalitas uterus* (kelainan *uterus kongenital*, *mioma uteri submukosa*, *inkompetensia servik*). Terdapat dugaan bahwa masalah psikologis memiliki peranan pula dengan kejadian abortus meskipun sulit untuk dibuktikan atau dilakukan penilaian lanjutan.¹⁶

Penyebab abortus dapat dibagi menjadi 3 faktor yaitu:¹⁶

1. Faktor janin

Faktor janin penyebab keguguran adalah kelainan genetik, dan ini terjadi pada 50% - 60% kasus keguguran.

2. Faktor ibu:

- a. Kelainan endokrin (hormonal) misalnya kekurangan tiroid, kencing manis.
- b. Faktor kekebalan (imunologi), misalnya pada penyakit lupus, Anti phospholipid sindrom.
- c. Infeksi, diduga akibat beberapa virus seperti cacar air, campak jerman, toksoplasma herpes, klamidia.
- d. Kelemahan otot leher rahim
- e. Kelainan bentuk rahim

3. Faktor Ayah: kelainan kromosom dan infeksi sperma diduga dapat menyebabkan abortus.

Selain 3 faktor di atas, faktor penyebab lain dari kehamilan abortus adalah:¹⁶

1. Faktor genetik

Sekitar 5 % abortus terjadi karena faktor genetik. Paling sering ditemukannya kromosom trisomi dengan trisomi 16. Penyebab yang paling sering menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik. Abnormalitas genetik yang paling sering terjadi adalah aneuploidi (abnormalitas komposisi kromosom) contohnya trisomi autosom yang menyebabkan lebih dari 50% abortus spontan. Poliploidi menyebabkan sekitar 22% dari abortus spontan yang terjadi akibat kelainan kromosom.

Sekitar 3-5% pasangan yang memiliki riwayat abortus spontan yang berulang salah satu dari pasangan tersebut membawa sifat kromosom yang abnormal. Identifikasi dapat dilakukan dengan pemeriksaan kariotipe dimana bahan pemeriksaan diambil dari darah tepi pasangan tersebut. Tetapi tentunya pemeriksaan ini belum berkembang di Indonesia dan biayanya cukup tinggi.

2. Faktor anatomi

Faktor anatomi kongenital dan didapat pernah dilaporkan timbul pada 10-15 % wanita dengan abortus spontan yang rekuren.

- a. Lesi anatomi kongenital yaitu kelainan duktus Mullerian (uterus bersepta). Duktus mullerian biasanya ditemukan pada keguguran trimester kedua.
- b. Kelainan kongenital arteri uterina yang membahayakan aliran darah endometrium.
- c. Kelainan yang didapat misalnya adhesi intrauterin (sinekia), leiomioma, dan endometriosis. Abnormalitas anatomi maternal yang dihubungkan dengan kejadian abortus spontan yang berulang termasuk inkompetensi serviks, kongenital dan defek uterus yang didapatkan (acquired). Malformasi kongenital termasuk fusi duktus Mulleri yang inkomplit yang dapat menyebabkan uterus unikornus, bikornus atau uterus ganda. Defek pada uterus yang acquired yang sering dihubungkan dengan kejadian abortus spontan berulang termasuk perlengketan uterus atau sinekia dan leiomioma. Adanya kelainan anatomis ini dapat diketahui dari pemeriksaan ultrasonografi (USG), histerosalpingografi (HSG), histeroskopi dan laparoskopi (prosedur diagnostik). Pemeriksaan yang dapat dianjurkan kepada pasien ini adalah pemeriksaan USG dan HSG. Dari pemeriksaan USG sekaligus juga dapat mengetahui adanya suatu mioma terutama jenis submukosa. Mioma submukosa merupakan salah satu faktor mekanik yang dapat mengganggu implantasi hasil konsepsi. Jika terbukti adanya mioma pada pasien ini maka perlu dieksplorasi lebih jauh mengenai keluhan dan harus dipastikan apakah mioma ini berhubungan langsung dengan adanya ROB pada pasien ini. Hal ini penting karena mioma yang mengganggu mutlak dilakukan operasi.

3. Faktor endokrin:

- a. Faktor endokrin berpotensi menyebabkan aborsi pada sekitar 10-20 % kasus.
- b. Insufisiensi fase luteal (fungsi corpus luteum yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesteron).
- c. Hipotiroidisme, hipoprolaktinemia, diabetes dan sindrom polistik ovarium merupakan faktor kontribusi pada keguguran.

Kenaikan insiden abortus bisa disebabkan oleh hipertiroidismus, diabetes melitus dan defisiensi progesteron. Hipotiroidismus tampaknya tidak berkaitan dengan kenaikan insiden abortus. Pengendalian glukosa yang tidak adekuat dapat menaikkan insiden abortus. Defisiensi progesteron karena kurangnya sekresi hormon tersebut dari korpus luteum atau plasenta, mempunyai kaitan dengan kenaikan insiden abortus. Karena progesteron berfungsi mempertahankan desidua, defisiensi hormone tersebut secara teoritis akan mengganggu nutrisi pada hasil konsepsi dan dengan demikian turut berperan dalam peristiwa kematiannya.

4. Faktor infeksi

Infeksi termasuk infeksi yang diakibatkan oleh TORC (Toksoplasma, Rubella, Cytomegalovirus) dan malaria. Infeksi intrauterin sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang. Organisme-organisme yang sering diduga sebagai penyebab antara lain Chlamydia, Ureaplasma, Mycoplasma, Cytomegalovirus, Listeria monocytogenes dan Toxoplasma gondii. Infeksi aktif yang menyebabkan abortus spontan berulang masih belum dapat dibuktikan. Namun untuk lebih memastikan penyebab, dapat dilakukan pemeriksaan kultur yang bahannya diambil dari cairan pada servikal dan endometrial.

5. Faktor imunologi

Terdapat antibodikardiolid yang mengakibatkan pembekuan darah dibelakang ari-ari sehingga mengakibatkan kematian janin karena kurangnya aliran darah dari ari-ari tersebut. Faktor imunologis yang telah terbukti signifikan dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang antara lain: antibodi antinuklear, antikoagulan lupus dan antibodi cardiolidin. Adanya penanda ini meskipun gejala klinis tidak tampak dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang. Inkompatibilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen antibodi dapat menyebabkan abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler.

6. Penyakit-penyakit kronis yang melemahkan

Pada awal kehamilan, penyakit-penyakit kronis yang melemahkan keadaan ibu, misalnya penyakit tuberkulosis atau karsinomatosis jarang menyebabkan abortus; sebaliknya pasien penyakit tersebut sering meninggal dunia tanpa melahirkan. Adanya penyakit kronis (diabetes melitus, hipertensi kronis, penyakit liver/ ginjal kronis) dapat diketahui lebih mendalam melalui anamnesa yang baik. Penting juga diketahui bagaimana perjalanan penyakitnya jika memang pernah menderita infeksi berat, seperti apakah telah diterapi dengan tepat dan adekuat. Untuk eksplorasi kausa, dapat dikerjakan beberapa pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan gula darah, tes fungsi hati dan tes fungsi ginjal untuk menilai apakah ada gangguan fungsi hepar dan ginjal atau diabetes melitus yang kemudian dapat menimbulkan gangguan pada kehamilan seperti persalinan prematur.

7. Faktor Nutrisi

Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditemukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi salah satu/semua nutrien dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting.

8. Obat-obat rekreasi dan toksin lingkungan.

Peranan penggunaan obat-obatan rekreasi tertentu yang dianggap teratogenik harus dicari dari anamnesa seperti tembakau dan alkohol, yang berperan karena jika ada mungkin hal ini merupakan salah satu yang berperan.

9. Faktor psikologis

Dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus yang berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum dapat dijelaskan sebabnya. Yang peka terhadap terjadinya abortus ialah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat penting dalam menyelamatkan kehamilan. Usaha-usaha dokter untuk mendapat kepercayaan pasien, dan menerangkan segala sesuatu kepadanya, sangat membantu. Pada penderita

ini, penyebab yang menetap pada terjadinya abortus spontan yang berulang masih belum dapat dipastikan. Akan lebih baik bagi penderita untuk melakukan pemeriksaan lengkap dalam usaha mencari kelainan yang mungkin menyebabkan abortus yang berulang tersebut, sebelum penderita hamil guna mempersiapkan kehamilan yang berikutnya.

D. Patogenesis Abortus

Mekanisme 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 proses abortus. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, embrio rusak atau cacat yang masih terbungkus dengan sebagian *desidua* dan *villi chorialis* cenderung dikeluarkan secara *in toto*, meskipun sebagian dari hasil konsepsi masih tertahan dalam *cavum uteri* atau di *canalis servicalis*. Perdarahan pervaginam terjadi saat proses pengeluaran hasil konsepsi. Pada kehamilan 8 – 14 minggu, mekanisme di atas juga terjadi atau diawali dengan pecahnya selaput ketuban lebih dulu dan diikuti dengan pengeluaran janin yang cacat namun plasenta masih tertinggal dalam *cavum uteri*. Plasenta mungkin sudah berada dalam *kanalis servikalis* atau masih melekat pada dinding *cavum uteri*. Jenis ini sering menyebabkan perdarahan pervaginam yang banyak. Pada kehamilan minggu ke 14 – 22, Janin biasanya sudah dikeluarkan dan diikuti dengan keluarnya plasenta beberapa saat kemudian. Kadang-kadang plasenta masih tertinggal dalam uterus sehingga menyebabkan gangguan kontraksi uterus dan terjadi perdarahan pervaginam yang banyak. Perdarahan umumnya tidak terlalu banyak namun rasa nyeri lebih menonjol. Dari penjelasan di atas jelas bahwa abortus ditandai dengan adanya perdarahan uterus dan nyeri dengan intensitas beragam.⁸ Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan 5 cara:

1. Keluarnya kantong korion pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkan sisa *desidua*.
2. Kantong amnion dan isinya (fetus) didorong keluar, meninggalkan korion dan *desidua*.

3. Pecahnya amnion terjadi dengan putusnya tali pusat dan pendorongan janin ke luar, tetapi mempertahankan sisa amnion dan korion (hanya janin yang dikeluarkan).
4. Seluruh janin dan desidua yang melekat didorong keluar secara utuh.
5. Kuretasi diperlukan untuk membersihkan uterus dan mencegah perdarahan atau infeksi lebih lanjut.¹³

E. Gambaran Klinis Abortus

Aspek klinis abortus spontan dibagi menjadi abortus iminens (*threatened abortion*), abortus insipiens (*inevitable abortion*), abortus inkompletus (*incomplete abortion*) atau abortus kompletus (*complete abortion*), abortus tertunda (*missed abortion*), abortus habitualis (*recurrent abortion*), dan abortus septik (*septic abortion*).^{12,14}

1. Abortus Iminens (*Threatened abortion*)

Bercak pada vagina atau perdarahan yang lebih berat umumnya terjadi selama kehamilan awal dan dapat berlangsung selama beberapa hari atau minggu serta dapat mempengaruhi satu dari empat atau lima wanita hamil. Secara keseluruhan, sekitar setengah dari kehamilan ini akan berakhir dengan abortus.¹⁴

Abortus iminens didiagnosa bila seseorang wanita hamil kurang daripada 20 minggu mengeluarkan darah sedikit pada vagina. Perdarahan dapat berlanjut beberapa hari atau dapat berulang, dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah seperti saat menstruasi. Polip serviks, ulserasi vagina, karsinoma serviks, kehamilan ektopik, dan kelainan trofoblast harus dibedakan dari abortus iminens karena dapat memberikan perdarahan pada vagina. Pemeriksaan spekulum dapat membedakan polip, ulserasi vagina atau karsinoma serviks, sedangkan kelainan lain membutuhkan pemeriksaan ultrasonografi.⁶

2. Abortus Insipiens (*Inevitable abortion*)

Abortus insipiens didiagnosis apabila pada wanita hamil ditemukan perdarahan banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah yang disertai nyeri karena kontraksi rahim kuat dan ditemukan adanya dilatasi serviks

sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat teraba. Kadang-kadang perdarahan dapat menyebabkan kematian bagi ibu dan jaringan yang tertinggal dapat menyebabkan infeksi sehingga evakuasi harus segera dilakukan. Janin biasanya sudah mati dan mempertahankan kehamilan pada keadaan ini merupakan kontraindikasi.⁶

3. Abortus Inkompletus dan Abortus Kompletus

Abortus inkompletus didiagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagina, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak, dan membahayakan ibu. Sering serviks tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing (*corpus alienum*). Oleh karena itu, uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri, namun tidak sehebat pada abortus insipiens. Jika hasil konsepsi lahir dengan lengkap, maka disebut abortus komplit. Pada keadaan ini, kuretasi tidak perlu dilakukan. Pada abortus kompletus, perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks juga dengan segera menutup kembali. Kalau 10 hari setelah abortus masih ada perdarahan juga, abortus inkompletus atau endometritis pasca abortus harus dipikirkan.⁶

4. Abortus Tertunda (*Missed abortion*)

Abortus tertunda adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih. Pada abortus tertunda akan dijumpai amenorea, yaitu perdarahan sedikit-sedikit yang berulang pada permulaannya, serta selama observasi fundus tidak bertambah tinggi, malahan tambah rendah. Pada pemeriksaan dalam, serviks tertutup dan ada darah sedikit.⁹

5. Abortus Habitualis (*Recurrent abortion*)

Anomali kromosom parental, gangguan trombofilik pada ibu hamil, dan kelainan struktural uterus merupakan penyebab langsung pada abortus

habitualis.¹⁷ Abortus habitualis merupakan abortus yang terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih.⁹ Etiologi abortus ini adalah kelainan dari ovum atau spermatozoa, dimana sekiranya terjadi pembuahan, hasilnya adalah patologis. Selain itu, disfungsi tiroid, kesalahan korpus luteum dan kesalahan plasenta yaitu tidak sanggupnya plasenta menghasilkan progesterone sesudah korpus luteum atrofis juga merupakan etiologi dari abortus habitualis.

6. Abortus Septik (*Septic abortion*)

Abortus septik adalah keguguran disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Hal ini sering ditemukan pada abortus inkompletus atau abortus buatan, terutama yang kriminalis tanpa memperhatikan syarat-syarat aseptis dan antisepsis. Antara bakteri yang dapat menyebabkan abortus septik adalah seperti *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, *Hemolytic streptococci* dan *Staphylococci*.^{9, 18}

F. Diagnosa Abortus

1. Anamnesis

- a. Adanya amenore pada masa reproduksi.
- b. Perdarahan pervaginam disertai jaringan hasil konsepsi.
- c. Rasa sakit atau keram perut di daerah atas simpisis atau nyeri perut bagian bawah.^{13,16}

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan panggul. Pemeriksaan dilakukan untuk melihat apakah leher rahim sudah mulai membesar.

3. Pemeriksaan penunjang:

- a. **Pemeriksaan USG (Ultrasonografi).** Hal ini membantu dokter untuk memeriksa detak jantung janin dan menentukan apakah embrio berkembang normal.
- b. **Pemeriksaan darah.** Jika mengalami keguguran, pengukuran hormon kehamilan, HCG beta, kadang-kadang bisa berguna dalam menentukan apakah Anda telah benar-benar melewati semua jaringan plasenta.

- c. **Pemeriksaan jaringan.** Jika telah melewati jaringan, dapat dikirim ke laboratorium untuk mengkonfirmasi bahwa keguguran telah terjadi - dan bahwa gejala tidak berhubungan dengan penyebab lain dari perdarahan kehamilan.¹⁶
4. Diagnosa abortus menurut gambaran klinis adalah seperti berikut: ^{6,9}
- a. Abortus Iminens (*Threatened abortion*)
- 1) Anamnesis – perdarahan sedikit dari jalan lahir dan nyeri perut tidak ada atau ringan.
 - 2) Pemeriksaan dalam – fluksus ada (sedikit), ostium uteri tertutup, dan besar uterus sesuai dengan umur kehamilan.
 - 3) Pemeriksaan penunjang – hasil USG.
- b. Abortus Insiapiens (*Inevitable abortion*)
- 1) Anamnesis – perdarahan dari jalan lahir disertai nyeri / kontraksi rahim.
 - 2) Pemeriksaan dalam – ostium terbuka, buah kehamilan masih dalam rahim, dan ketuban utuh (mungkin menonjol).
- c. Abortus Inkompletus atau abortus kompletus
- 1) Anamnesis – perdarahan dari jalan lahir (biasanya banyak), nyeri / kontraksi rahim ada, dan bila perdarahan banyak dapat terjadi syok.
 - 2) Pemeriksaan dalam – ostium uteri terbuka, teraba sisa jaringan buah kehamilan.
- d. Abortus Tertunda (*Missed abortion*)
- 1) Anamnesis - perdarahan bisa ada atau tidak.
 - 2) Pemeriksaan obstetri – fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan dan bunyi jantung janin tidak ada.
 - 3) Pemeriksaan penunjang – USG, laboratorium (Hb, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan dan waktu protrombin).
- e. Abortus Habitualis (*Recurrent abortion*)
- 1) Histerosalingografi – untuk mengetahui ada tidaknya mioma uterus submukosa dan anomali kongenital.

2) BMR dan kadar yodium darah diukur untuk mengetahui apakah ada atau tidak gangguan glandula thyroidea.

f. Abortus Septik (*Septic abortion*)

1) Adanya abortus : amenore, perdarahan, keluar jaringan yang telah ditolong di luar rumah sakit.

2) Pemeriksaan : kanalis servikalis terbuka, teraba jaringan, perdarahan dan sebagainya.

3) Tanda-tanda infeksi alat genital : demam, nadi cepat, perdarahan, nyeri tekan dan leukositosis.

4) Pada abortus septik : kelihatan sakit berat, panas tinggi, menggigil, nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun sampai syok.

G. Penatalaksanaan Abortus

Pada abortus insipiens dan abortus inkompletus, bila ada tanda-tanda syok maka diatasi dulu dengan pemberian cairan dan transfusi darah. Kemudian, jaringan dikeluarkan secepat mungkin dengan metode digital dan kuretase. Setelah itu, beri obat-obat uterotonika dan antibiotika. Pada keadaan abortus kompletus dimana seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desidua dan fetus), sehingga rongga rahim kosong, terapi yang diberikan hanya uterotonika. Untuk abortus tertunda, obat diberi dengan maksud agar terjadi his sehingga fetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak berhasil, dilatasi dan kuretase dilakukan. Histerotomi anterior juga dapat dilakukan dan pada penderita, diberikan tonika dan antibiotika. Pengobatan pada kelainan endometrium pada abortus habitualis lebih besar hasilnya jika dilakukan sebelum ada konsepsi daripada sesudahnya. Merokok dan minum alkohol sebaiknya dikurangi atau dihentikan. Pada serviks inkompeten, terapinya adalah operatif yaitu operasi Shirodkar atau McDonald.⁹

H. Abortus Provokatus

Abortus provokatus yang dikenal di Indonesia dengan istilah aborsi berasal dari bahasa latin yang berarti pengguguran kandungan karena kesengajaan. Abortus provokatus merupakan salah satu dari berbagai macam jenis abortus.¹⁹ Pengertian aborsi atau abortus provokatus adalah penghentian

atau pengeluaran hasil kehamilan dari rahim sebelum waktunya. Dengan kata lain “pengeluaran” itu dimaksudkan bahwa keluarnya janin disengaja dengan campur tangan manusia, baik melalui cara mekanik atau obat.¹⁹ Abortus elektif atau sukarela adalah pengakhiran kehamilan sebelum janin mampu hidup atas dasar permintaan wanita, dan tidak karena kesehatan ibu yang terganggu atau penyakit pada janin.

Abortus medisinalis atau abortus terapeutik adalah pengakhiran kehamilan sebelum saatnya janin mampu hidup dengan maksud melindungi kesehatan ibu. Antara indikasi untuk melakukan abortus ini adalah apabila kelangsungan kehamilan dapat membahayakan nyawa wanita tersebut seperti pada penyakit vaskular hipertensif tahap lanjut dan karsinoma invasif pada serviks. Selain itu, abortus ini juga boleh dilakukan pada kehamilan akibat perkosaan atau akibat hubungan saudara (incest) dan sebagai pencegahan untuk kelahiran fetus dengan deformitas fisik yang berat atau retardasi mental.¹⁴

Kontraindikasi untuk melakukan abortus medisinalis adalah seperti kehamilan ektopik, insufisiensi adrenal, anemia, gangguan pembekuan darah dan penyakit kardiovaskular.²⁰

Abortus terapeutik dapat dilakukan dengan cara:

1. Kimiawi – pemberian secara ekstrauterin atau intrauterin obat abortus, seperti: prostaglandin, antiprogesteron, atau oksitosin.
2. Mekanis:
 - a. Pemasangan batang laminaria atau dilapan akan membuka serviks secara perlahan dan tidak traumatis sebelum kemudian dilakukan evakuasi dengan kuret tajam atau vakum.
 - b. Dilatasi serviks dilanjutkan dengan evakuasi, dipakai dilator Hegar dilanjutkan dengan kuretasi.
 - c. Histerotomi / histerektomi