

SKRIPSI

HUBUNGAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

OLEH :

ANDIKA KASMAN

BK 1303003



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GRAHA EDUKASI
PROGRAM STUDI DIV KEBIDANAN
MAKASSAR**

2017

HALAMAN JUDUL

**HUBUNGAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN ABORTUS
INKOMPLIT DI RSKDIA PERTIWI MAKASSAR**

***Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar Sarjana
Terapan Kebidanan (S.Tr. Keb)***

**OLEH :
ANDIKA KASMAN
BK 1303003**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GRAHA EDUKASI
PROGRAM STUDI DIV KEBIDANAN
MAKASSAR
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSKDIA PERTIWI MAKASSAR TAHUN 2017


Telah Berhasil Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji

Hari : Kamis
Tanggal : 05 Desember 2017

Dan diterima sebagai bagian persyaratan
yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana S.Tr.Keb pada
Program Studi DIV Kebidanan

Dewan Penguji :

1. Hj. Rohani, SKM, S.ST, M. Kes
(Pembimbing)
2. Rosalina Wayan, S. ST, M. Kes
(Penguji I)
3. Dr. Drs. Julianus Ake, Skp, M.Kep
(Penguji II)

()
()
()

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIKES GRAHA EDUKASI



Ns. Alfa Andriany, S.Kep, M.Kes.
NIDN 0904068401

Ketua Program Studi
DIV Kebidanan

Mersiana Sri Handayani S.ST, M.Kes
NIDN 0910108703

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Andika kasman
Nim : BK 1300303
Program Studi : Diploma IV Kebidanan
Judul : Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus
Inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar

Telah Disetujui Oleh Pembimbing Untuk Dipertahankan Pada

Hasil Penelitian Di Hadapan Dewan Penguji

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : Desember 2017

Pembimbing



HJ. Rohani, SKM, S.ST. M. Kes

NIDN : 0928085403

Mengetahui

Ketua Program Studi DIV Kebidanan



Mersiana Sri Handayani, S.ST. M. Kes

NIDN 0910108703

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Andika Kasman

NIM : BK 1303003

Program Stdusi : DIV Kebidanan

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul "Hubungan Paritas Ibu Dengan Kejadian Abortus Inkomplit Di RSKDIA Pertiwi Makassar Tahun 2017".

Adalah benar hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila ditemukan bukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKES GRAHA EDUKASI.

Makassar, November 2017



Andika Kasman

BIODATA PENULIS



A. Identitas

Nama : AndikaKasman
NIM : BK 1303003
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat /Tinggal : Banda 22 september 1994
Suku / Bangsa : Maluku / Indonesia
Agama : Islam
Alamat : Jl. BiringRomangLrg III Pondok Glory

B. Riwayat Pendidikan

- a. Tahun 2001 – 2007 : SDN 1 Inpres Waling
- b. Tahun 2007 – 2010 : SMPN 2 Banda
- c. Tahun 2010-2013 : SMAN 2 Banda
- d. Tahun 2013-2017 : DIV Kebidanan STIKES Graha Edukasi

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayanya yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi dengan judul "Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus Inkomplit di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR Tahun 2017".

Penyusunan skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana Saint terapan kebidanan pada program studi DIV Kebidanan.

Penyusunan skripsi ini terselesaikan atas bantuan banyak pihak. Penyusun sangat berterima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu proses pengerjaan skripsi ini dari masa perkuliahan samapai pada penyusunan skripsi ini. Adapun pihak-pihak tersebut antralain :

1. Ibu Juliana SirajuddinAke, Skp, M.Kes, selaku Ketua Yayasan STIKES Graha Edukasi Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengilutipendidikan program studi DIV Kebidanan.
2. Bapak Dr. Drs. JulianusAke, SKp, M.Kes, selaku ketua STIKES Graha Edukasi Makassar.
3. Ibu Mersiana Sri Handayani, S.ST, M.Kes, selaku ketua prodi DIV kebidanan STIKES Graha Edukasi Makassar.
4. Kepala rumah sakit pertiwi


5. Ibu Hj.Rohani, SKM, S.ST, M.Kes, selaku pembimbing atas bimbingan,saran, masukan,kesabaran,ketekunan, dan kesediaan meluangkan waktu, pikiran dan tenaga dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Rosalina Wayan, S.ST, M.Kes dan Bapak Dr. Drs. JulianusAke, SKp, M.Kep .selaku penguji yang bersedia memberikan saran dan masukkan dalam menyempurnakan skripsi ini.
7. Para dosen dan staf yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi selama penyusun mengikuti pendidikan di STIKES Graha Edukasi Makassar.
8. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta dan Kakak Fadly serta istrinya, Kakak Risman serta istrinya.yang selama ini telah mencurahkan doa, dan memberikan perhatian, dan kasih sayangnya kepada saya dan juga memberikan bantuan moril dan material.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2013, untuk kebersamaannya selama perkuliahan. Dan yang terspesial buat abang Darsani dan sahabatku acy yang selalu memberikan perhatian serta selalu menemaniiku.

Akhir kata, penyusun berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenaan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu.Penyusun menyadari bahwaskripsi ini masih jauh dari kesempurnaan penyusunan

skripsi selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak terutama program studi DIV Kebidanan.

Makassar, 10 Oktober 2017

Penulis


Andika Kasman

ABSTRAK

**Program Studi Diploma IV Kebidanan
STIKES Graha Edukasi Makassar
Skripsi, November 2017**

Andika Kasman (BK 1303003)

**"Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus Inkompit di RSKDIA
Pertiwi Makassar tahun 2017.**

Dibimbing oleh Hj. Rohani

(xvi + 57 halaman + 5 tabel + 8 lampiran)

Kejadian abortus yang terjadi dapat menimbulkan komplikasi dan dapat menyebabkan kematian. Komplikasi abortus yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain karena pendarahan dan infeksi. Pendarahan yang terjadi selama abortus dapat mengakibatkan pasien menderita anemia, sehingga dapat meningkatkan risiko kematian ibu. Salah satu jenis abortus spontan yang menyebabkan terjadi pendarahan yang banyak adalah abortus inkompit. Jumlah paritas yang tinggi juga mempengaruhi angka kejadian abortus. Risiko terjadinya abortus meningkat seiring dengan bertambahnya paritas ibu

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Paritas Ibu dengan kejadian abortus inkompit di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2017. Jenis penelitian *Analitik*, dengan pendekatan *Cross sectional*. Populasi sebanyak 93 responden dan di dapat Sampel penelitian dengan jumlah 48 responden dengan cara pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*.

Dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistic chi square diperoleh nilai $P=0,002$ lebih kecil dari nilai $\alpha=0,05$, hal ini dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini bermakna yaitu ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu dengan kejadian abortus inkompit.

Kesimpulannya yaitu disarankan bagi ibu yang paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana atau persalinannya diatas 3 kali untuk disarankan bagi ibu hamil agar rajin melakukan ANC sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan selama kehamilan, dan perlu ditingkatkan KIE dalam upaya mencegah 4T yaitu terlalu mudah, terlalu tua, terlalu dekat dan terlalu banyak sehingga dapat mencegah insiden abortus.

Kata kunci : Paritas, Abortus inkompit

Daftar pustaka : 24 literatur (2008-2016)

ABSTRACT

**Midwifery Diploma IV Study Program
Health Science Higher School of
Graha Education Makassar
Thesis, November 2017**

Andika Kasman: BK. 1303003

Correlation Between Maternal Parity and the Occurrence of Incomplete Abortion in Mother and Child Local Special Hospital (RSKDIA) of Pertiwi, Makassar in 2017

Supervised by Rohani

(xvi + 57 pages + 5 tables + 8 appendices)

Abortion can result in complication and can finally cause death. Abortion complication that can cause maternal deaths among other are caused by bleeding and infection. The bleeding happening during abortion may result in anemic patients resulting in the risk of maternal death. One type on spontaneous abortion that causes lots of bleeding is incomplete abortion. The risk of abortion increases as maternal parity increases. The aim of the research is to determine the correlation between maternal parity and the occurrence of incomplete abortion in Mother and Child Local Special Hospital (RSKDIA) of Pertiwi, Makassar in 2017.

The research was an analytic study using cross sectional approach. The populations consisted of 93 respondents and the samples consisted of 48 respondents selected using purposive sampling technique. The data were analyzed using chi square statistic test.

The results of the research indicate that the value of $p=0.002$ is smaller than the value of $\alpha=0.05$. This indicates a significant result in that there is a significant correlation between maternal parity and the occurrence of incomplete abortion.

It is suggested that the mothers with parity 1 can be handled with a better obstetric care, while the risk of high parity can be lowered or avoided with family planning. Moreover, the mothers with more than four times childbirth is suggested to have at least 4 times ANC visit during their pregnancy. It is also necessary to increase their KIE as an effort to prevent 4T, i.e. too young, too old, too close, and too many in order to avoid abortion.

Key words : parity, incomplete abortion

Bibliography: 24 references (2008-2016)



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
DATA PENULIS.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Abortus.....	8
1. Defenisi Abortus	8

2. Klasifikasi Abortus	9
3. Gambaran Klinis	10
4. Etiologi	16
5. Patofisiologi	20
6. Dianosis	20
7. Komplikasi	21
8. Pemeriksaan Penunjang.....	22
9. Penatalaksanaan.....	23
10. Pencegahan	24
B. Tinjauan Umum Tentang Abortus Inkomplit	25
1. Pengertian	25
2. Diagnosis	26
3. Gejala Klinis	26
4. Penanganan	26
C. Tinjauan Umum Tentang Paritas.....	27
1. Definisi Paritas	27
2. Klasifikasi Paritas	28
3. Faktor yang Mempengaruhi Paritas	30

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI

OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep	33
--------------------------	----

B. Hipotesis Penelitian	34
C. Defenisi Operasional.....	35

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	36
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	36
C. Populasi dan Sampel	36
D. Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	37
E. Instrumen Penelitian	39
F. Prosedur Pengelolaan Data	39
G. Analisa Data	40
H. Etika Penelitian	41
I. Alur Penelitian	42

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Analisa Univariat.....	47
B. Analisa Bivariat.....	50

BAB VI PEMBAHASAN

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian terkait

Tabel 3.3 Kerangka konsep

Tabel 3.2 Defenisi operasional

Tabel 4.1 Alur penelitian

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kejadian abortus
inkomplit di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan paritas ibu di
RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur ibu di
RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan riwayat abortus ibu
di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

Tabel 5.5 Hasil Uji Chi Square Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian
Abortus Inkoplit di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Hasil SPSS
Lampiran II	: Master Tabel
Lampiran III	: Daftar Checklst
Lampiran IV	: Usulan Judul
Lampiran V	: Surat izin mengambil data awal dari kampus STIKES Graha Edukasi Makassar
Lampiran VI	: Surat keterangan telah melaksanakan Pengambilan Data Awal di RSKDIA Pertiwi Makassar
Lampiran VII	: Surat izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal
Lampiran VIII	: Surat Keterangan telah melaksanakan Penelitian di RSKDIA Pertiwi Makassar

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Masalah kesehatan merupakan masalah penting yang tengah menghadapi oleh masyarakat saat ini, apalagi yang telah menimpah kaum wanita. Kesehatan reproduksi wanita adalah hal yang sangat perlu diperhatikan menimbang bahwa wanita adalah makhluk yang unik. Wanita dalam siklus hidupnya mengalami tahap-tahap kehidupan, diantaranya dapat hamil dan melahirkan .

Abortus merupakan masalah kesehatan masyarakat karena memberikan dampak kesakitan dan kematian ibu adalah perdarahan berupa komplikasi yang disebabkan oleh abortus. Abortus inkomplit merupakan salah satu perdarahan pada kehamilan muda yang merupakan salah satu penyebab kematian Neonatal dan Maternal di Indonesia. Resiko terjadinya abortus spontan meningkat bersamaan dengan dengan peningkatan jumlah paritas, usia ibu. Abortus meningkat sebesar 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan meningkat pada usia lebih dari 40 tahun (Cunningham, 2012).

Menurut *world health organization* (WHO) aborsi berarti keluar nya janin dengan berat badan janin <500 gram atau usia kehamilan <22 minggu. Keguguran atau abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan sebabnya.

Berdasarkan jenisnya, abortus spontan dibagi menjadi abortus imminens, abortus insipiens, abortus inkomplit, abortus komplit, missed abortion dan abortus habitualis (Sarwono 2013).

world health organization (WHO) melaporkan setiap tahun 42 juta wanita mengalami kehamilan yang tidak di inginkan *unintended pregnancy* yang menyebabkan abortus, terdiri dari 20 juta merupakan *unsafe abortion*, yang paling sering terjadi pada negara-negara dimana abortus itu illegal. penyebab langsung kematian maternal di Indonesia terkait dengan kehamilan dan persalinan terutama yaitu perdrahan sebanyak 28%, sebab lain,yaitu preeklamsi dan eklampsia sebanyak 24%, infeksi sebanyak 11%, partus lama sebanyak 5%, dan abortus sebanyak 5%.(Kemenkes RI,2015)

Hasil *survei Demografi dan kesehatan Indonesia* (SDKI) pada tahun 2012 menunjukan Angka Kematian Ibu (AKI) berjumlah 359 per 100.000 kelahiran hidup. Meningkat tajam di banding 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data dari laporan daerah yang diterima Kementrian Kesehatan RI menunjukan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2013 sebanyak 5019 orang. Di Indonesia diperkirakan sekitar 2-2,5% juga mengalami keguguran setiap tahun. Padahal target Indonesia untuk AKI dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 yaitu AKI harus dapat di turunkan menjadi 102 / 100,000 kelahiran hidup. (Depkes 2015)

Berdasarkan hasil penelitian Rimonta,Dkk (2014) tentang "Hubungan abortus inkomplit dengan faktor resiko pada ibu hamil di RS Pindad

Bandung". Berdasarkan data dari 130 kasus didapatkan bahwa angka kejadian abortus sebagian besar berupa abortus inkomplit yaitu sebesar 103 kasus (79,23%), diikuti dengan abortus imminens sebesar 13 kasus (10%), abortus insipiens sebesar 12 kasus (9,23%), dan missed abortion sebesar 2 kasus (1,54%).

Terkait dengan penelitian yang dilakukan Andriza (2013) tentang "Hubungan umur dan paritas ibu hamil dengan kejadian abortus inkomplit di RS Muhammadiyah Palembang". Berdasarkan hasil penelitian univariat didapatkan bahwa dari 92 responden paritas resiko tinggi sebanyak 44 orang (47,8%) dan paritas rendah sebanyak 48 orang (52,2%).

Sejalan dengan penelitian Andesia Maliana.AS (2016) dalam penelitian Putri Rochmawati (2013) di Rumah Sakit Umum Pusat DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten. yang berjudul "Faktor – faktor yang mempengaruhi abortus". Hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat pengaruh paritas terhadap abortus dan ibu hamil dengan paritas >3 mempunyai peluang 0,214 kali mengalami abortus di bandingkan ibu dengan paritas 1-3 ($OR=0,214, P=0,011$).

Data dari Dinas Kesehatan (DINKES) Provinsi Sulawesi Selatan (2016) tidak ada laporan yang spesifik tentang jumlah ibu hamil yang mengalami abortus, semuanya direkapitulasi menjadi angka kematian ibu pada tahun 2014 adalah 138 orang atau 93.20 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 15 orang (10,86%), kematian ibu bersalin 54 orang (39,13%), kematian ibu nifas 69 orang (50,00%) . Tahun

2015 angka kematian ibu sebanyak 149 orang atau 99.38 per 100.000 kelahiran hidup. Terdiri dari kematian ibu hamil 19 orang (12,75%), kematian ibu bersalin 44 orang (29,53%), dan kematian ibu nifas 86 orang (57,7%)..

Dalam penelitian yang dilakukan Rahmawati (2013) di RS Umum Pedjonga Dg Ngalla Takalar tentang "faktor-faktor resiko kejadian abortus" Hasil penelitiannya menunjukan nilai DR = 1,923 ini berarti bahwa paritas mempunyai resiko 1,923 kali lebih besar untuk mengalami abortus di banding kelompok paritas resiko rendah.

Kejadian abortus yang terjadi dapat menimbulkan komplikasi dan dapat menyebabkan kematian. Komplikasi abortus yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain karena pendarahan dan infeksi. Pendarahan yang terjadi selama abortus dapat mengakibatkan pasien menderita anemia, sehingga dapat meningkatkan risiko kematian ibu. Salah satu jenis abortus spontan yang menyebabkan terjadi pendarahan yang banyak adalah abortus inkomplit. Hal ini terjadi karena sebagian hasil konsepsi masih tertinggal di *plasenta site*. Sisa hasil konsepsi inilah yang harus di tangani agar pendarahan yang terjadi berhenti (Cunningham, 2012)

Pada awal kehamilan sebelum 3 bulan, seorang ibu rentan mengalami abortus. Keadaan ini disebabkan karena pada masa tersebut rentan terjadi kelainan pertumbuhan atau malformasi (Prawirohardjo, 2016). Jumlah paritas yang tinggi juga mempengaruhi angka kejadian abortus. Resiko

terjadinya abortus meningkat seiring dengan bertambahnya paritas ibu (Cunningham, 2012).

Abortus memang menjadi masalah kontroversi yang tak ada habisnya. Diperkirakan, frekuensi abortus spontan berkisar 20-10%. Di Indonesia, diperkirakan ada 5 juta kehamilan pertahun, berarti setiap tahun ada 500.000 hingga 1.000.000 abortus spontan. Diperkirakan, setiap tahun di Indonesia terjadi 2,3 juta abortus, yaitu 1 juta merupakan abortus spontan, 0,6 juta karena kegagalan KB dan 0,7 juta karena tidak pakai KB (Bobak 2012).

Berdasarkan data dari rekam medik RSKDIA Pertiwi Makassar tercatat pada tahun 2014 terdapat jumlah ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit sebanyak 135 kasus . Tahun 2015 tercatat jumlah kasus abortus inkomplit sebanyak 74 kasus, dan jumlah kasus abortus inkomplit sebanyak 93 pada periode januari-Desember 2016.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti "Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus Inkomplit di RSKDIA pertiwi makassar tahun 2017".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan masalah penelitian sebagai berikut "Apakah ada hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017 ?"

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2017.

2. Tujuan khusus

1. Untuk Menganalisis gambaran kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017.
2. Untuk menganalisis hubungan paritas pada ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017.
3. Untuk menganalisis distribusi frekuensi ibu hamil dengan kejadian abortus inkomplit bersarkan paritas di RSKDIA Pertiwi Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam pengembangan ilmu dan pengetahuan serta meningkatkan mutu praktek kebidanan dalam memberikan intervensi penanganan Abortus Inkomplit pada ibu hamil di RSKDIA Pertiwi Makassar.

2. Manfaat aplikatif

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi penelitian lain dalam melakukan penelitian lebih lanjut.

2. Dijadikan sumber informasi bagi dokter dan praktisi kesehatan tentang gambaran abortus, terutama abortus inkomplit yang terjadi di RSKDIA Pertiwi Makassar.
3. Membantu menekan angka kejadian abortus inkomplit, dengan harapan dapat pula menekan AKI di Indonesia.

1. Definisi Abortus

Menurut World Health Organization (WHO), abortus adalah kehamilan yang dengan berat badan janin < 500 gram atau usia kehamilan < 22 minggu. Keguguran atau abortus adalah pengeluaran spontan atau akibat tindakan medis di dalam rahim tanpa menimbulkan ancaman jiwa bagi ibu (Mansur et al, 2016).

Abortus adalah keadaan yang berlangsung dari konsepsi, sebelum janin dapat hidup, dalam kandungan. Keguguran biasanya terjadi sebelum kurang dari 28 minggu, atau berat janin kurang dari 500 gram (Prasetyaningrum, 2013).

Keguguran atau Abortus adalah pengeluaran dari konsepsi, atau sebelum 28,4 minggu kehamilan, atau berat janin kurang dari 500 gram atau janin tidak berkembang lebih dari 76 mm (Mansur et al, 2016).

Abortus adalah kehamilan yang telah berumur kurang dari 28 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram atau janin tidak berkembang lebih dari 76 mm (Mansur et al, 2016).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN UMUM TENTANG ABORTUS

1. Defenisi Abortus

Menurut *world health organization* (WHO) aborsi berarti keluarnya janin dengan berat badan janin <500 gram atau usia kehamilan <22 minggu. Keguguran atau abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan sebabnya. (Martaadisoebrata dkk, 2016).

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagian batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Prawiroharjo 2013)

Keguguran atau Abortus adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2014)

Abortus adalah terhentinya kehamilan sebelum minggu ke 20 (dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir). Defenisi lain menyebabkan abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan berat <500 gram (Nugroho, 2012)

2. Klasifikasi Abortus menurut (Martaadisoebrata dkk,2016)

a. Abortus menurut kejadiannya dapat dikelompokkan sebagai:

1. Abortus spontan (*spontaneous abortion, miscarriage, pregnancy loss*) adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.

2. Abortus buatan (*abortus provocatus*, aborsi disengaja, digugurkan) adalah abortus yang dapat dikelompokkan lebih lanjut menjadi:

1) Abortus buatan menurut kaidah ilmu (*abortus provocatus artificialis* atau *abortus therapeuticus*) adalah abotus sesuai indikasi untuk kepentingan ibu, misalnya penyakit jantung hipertensi maligna, atau karsinoma serviks. Keputusan pelaksanaan aborsi ditentukan oleh tim ahli yang terdiri atas dokter ahli kebidanan, penyakit dalam dan psikiatri atau psikolog.

2) Abortus buatan kriminal (*abortus provocatuscriminalis*) adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah, dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh pihak yang tidak berwenang. Kecuriagaan terhadap abortus provokatus kriminalis harus dipertimbangkan bila terdapat tindakan abortus febrilis. Aspek hukum tindakan abortus buatan harus diperhatikan. Beberapa bahaya abortus buatan kriminalis yaitu, terjadinya infeksi, infertilitas sekunder, dan kematian.

2. Gambaran klinis

Menurut (Sarwono 2013) Secara klinis abortus dibedakan sebagai berikut :

a. Abortus Iminens

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostiumuteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan.

Diagnosis abortus iminens biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada umur kehamilan kurang dari 22 minggu. Penderita mengeluh mules sedikit atau tidak akan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam. Ostium uteri masih tertutup besarnya uterus masih sesuai dengan umur kehamilan dan tes kehamilan urin masih positif. Untuk menentukan prognosis abortus iminens dapat dilakukan dengan melihat kadar hormon hCG pada urin dengan cara melakukan tes urin kehamilan menggunakan urin tanpa pengenceran dan pengenceran 1/10 hasilnya negative maka prognosisnya adalah baik, bila pengenceran 1/10 hasilnya negatif maka prognosisnya dubia ad malam. Pengelolaan penderita ini sangat bergantung pada *informed consent* yang diberikan. Bila ibu ini masih menghendaki kehamilan tersebut, maka pengelolaan harus maksimal untuk mempertahankan kehamilan ini. Pemeriksaan USG diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan janin yang ada dan mengetahui keadaan plasenta apakah sudah terjadi pelepasan atau belum. Diperhatikan ukuran biometri janin/kantong gestasi apakah sesuai dengan umur kehamilan berdasarkan HPHT.

b. Abortus Insiapiens

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran.

Penderita akan merasa mules karena kontraksi yang sering dan kuat, pendarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks uterus dan umur kehamilan. Besar uterus masih sesuai dengan umur kehamilan dengan tes urin kehamilan masih positif. Pada pemeriksaan USG akan didapati pembesaran uterus yang masih sesuai dengan umur kehamilan, gerak janin dan gerak jantung janin masih jelas walau mungkin sudah mulai tidak normal, biasanya terlihat penipisan serviks uterus atau pembukaannya. Perhatikan pula ada tidaknya pelepasan plasenta dari dinding uterus.

c. Abortus Kompletus

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga pendarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai dengan umur kehamilan. Pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan bila pemeriksaan secara klinis sudah memadai. Pada pemeriksaan tes urin biasanya masih positif 7 sampai 10 hari setelah abortus.

d. Abortus Inkompletus

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yg tertinggal.

Batasan ini juga masih terpanjang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal didalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian *placental 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 untuk kemudian disiapkan tindakan kuretase. Pemeriksaan USG hanya dilakukan bila kita ragu dengan diagnosis secara klinis. Besar uterus sudah lebih kecil dari umur kehamilan dan kantong gestasi sudah sulit dikenali, di kavum uteri tampak massa hiperekoik yang betuknya tidak beraturan.

Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya

dilakukan tindakan kuretase. Tindakan kuretase harus dilakukan secara berhati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan ialah dengan karet vakum menggunakan kanula dari pelastik. Pasca tindakan perlu diberikan uterotonika parenteral ataupun per oral dan antibiotika.

e. Missed Abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan.

Penderita *missed abortion* biasanya tidak merasakan keluhan apa pun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan diatas 14 sampai 20 minggu penderita justru merasakan rahimnya semakin mengecil dengan tanda-tanda kehamilan sekunder pada payudara mulai menghilang. Kadang kala *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. Bila *missed abortion* berlangsung lebih dari 4 minggu harus diperhatikan kemungkinan terjadinya gangguan penjendalan darah oleh karena

hipofibrinogenemia sehingga perlu diperiksa koagulasi sebelum tindakan evakuasi dan kuretase.

f. Abortus Habitualis.

Abotus habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut.

Penderita abrtus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk manjadi hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran/abortus secara berturut-turut. Bishop melaporkan kejadian abortus habitualis sekitar 0,41 % dari seluruh kehamilan.

Penyebab abortus habitualis selain faktor anatomis banyak yang mengaitkannya dengans reaksi imunologi yaitu kegagalan reaksi terhadap antigen *lymphocyte trophoblast cross reative* (TLX). Bila reaksi terhadap antigen ini rendah atau tidak ada, maka akan terjadi abortus. Kelainan ini dapat diobati dengan transfusi leukosit atau hiparinisasi. Akan tetapi, decade terakhir menyebutkan perlunya mencaari penyebab abortus ini secara lengkap sehingga dapat diobati sesuai dengan penyebabnya.

Salah saatu penyebab yang sering dijumpai ialah inkompetensial servik yaitu keadaan dimana serviks uterus tidak dapat menerima beban untuk tetap bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka (inkompeten) tanpa disertai rasa mules atau kontraksi/rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran janin. Kelainan ini sering disebabkan oleh trauma serviks pada kehamilan sebelumnya, misalnya pada tindakan usaha pembukaan serviks yang

berlebihan, robekan serviks yang luas sehingga diameter kanalis servikalis sudah melebar.

Diagnosis inkompetensial serviks tidak sulit dengan anamnesis yang cermat. Dengan pemeriksaan dalam atau inspekulo kita bisa menilai diameter kanalis servikalis dan di dapati selaput ketuban yang mulai menonjol pada saat mulai memasuki trimester kedua. Diameter ini melebihi 8 mm. Untuk itu, pengelolaan penderita inkompetensial serviks dianjurkan untuk periksa hamil seawal mungkin dan bila dicurigai adanya inkompetensial serviks harus dilakukan tindakan untuk memberikan fiksasi pada serviks agar dapat menerima beban dengan berkembangnya umur kehamilan.

g. Abortus Infeksiosus, Abortus Septik

Abortus infeksius adalah abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia. Abortus septik adalah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritoneum (septicemia atau peritonitis).

Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepsis.

Abortus infeksius dan abortus septik perlu segera mendapatkan pengelolaan yang adekuat karena dapat terjadi infeksi yang lebih luas selain disekitar alat genitalia juga kerongga peritoneum, bahkan dapat

keseluruh tubuh (sepsis, septikemia) dan dapat jatuh dalam keadaan syok septik.

Diagnosis ditegakan dengan anamnesis yang cermat tentang upaya tindakan abortus yang tidak menggunakan peralatan yang aseptis dengan didapat gejala dengan tanda panas tinggi, tampak sakit dan lelah, takikardia, perdarahan pervaginam yang berbau, uterus yang membesar dan lembut, serta nyeri tekan. Pada laboratorium didapatkan tanda infeksi dengan leukositosis. Bila sampai terjadi sepsis dan syok, penderita akan tampak lelah, panas tinggi, menggigil, dan tekan darah turun.

4. Etiologi

Menurut (Martaadiseobrata dkk, 2016) Penyebab aborus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan terjadinya abortus antara lain:

1. Faktor janin

Kelainan yang sering dijumpai adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, berupa:

- 1) Kelainan telur. Telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio, kelainan kromosom (monosomi, trisomi atau poliploida), merupakan sekitar 50% penyebab abortus;
- 2) Trauma embrio. Pasca-*sampling* vili korionik, amniosentesis;
- 3) Kelainan pembentukan plasenta: hipoplesia trofoblas

2. Faktor maternal, berupa:

- 1) Infeksi. Beresiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Penyebab kematian janin tidak diketahui secara pasti akibat infeksi janin atau oleh toksin yang dapat menyebabkan abortus antara lain:
 - Virus: rubella, sitomegalovirus, herpes simpleks, *varicella zoster*, *vaccinia*, campak, hepatitis, polio, ensefalomielitis;
 - Bakteri: *salmonella typhi*;
 - Parasit: *toxoplasma gondii*, *plasmodium*;
- 2) Penyakit vaskuler : heipertensi, penyakit jantung;
- 3) Kelainan endokrin : Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukupi, terjadi disfungsi tiroid atau defisiensi insulin
- 4) Imonologi Ketidakcocokan (inkompatibilitas) system HLA (*human leucoyte antigen*), SLE (*systemic lupus erythematosus*, lupus eritematosus sistemik);
- 5) Trauma Jarang terjadi, umumnya segera setelah trauma, misalnya trauma akibat pembedahan:
 - Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8
 - Pembedahan interabdominal dan pembedahan uterus pada saat hamil

6) Kelainan uterus : hipoplasia uterus, mioma (trauma mioma submukosa), servik inkompeten atau *retroflexio utei gravid incarcerata*

7) Psikosomatik. Untuk pengaruh faktor ini masih dipertanyakan.

3. Faktor eksternal, berupa:

- 1) Radiasi : Dosis 1-10 radiasi dapat merusak janin berusia 9 minggu; dosis lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran
- 2) Obat-obatan : Antagonis asam folat, antigokulaan, dll. Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan ketika usia kehamilan <16 minggu kecuali obat terbukti tidak membahayakan janin atau indikasi penyakit ibu yang parah
- 3) Zat kimiawi lain: bahan yang mengandung arsen, benzena, dll.
- 4) Sosioekonomi, pendidikan, konsumsi kafein, dan bekerja ketika sedang hamil. Tidak terbukti merupakan resiko abortus (Martaadisoebrota dkk, 2016).

Faktor-faktor resiko terjadinya abortus sebagai berikut :

1. Umur ibu

Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah umur 20-35 tahun. Kehamilan di usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun dapat menyebabkan abortus karena pada kehamilan di umur kurang 20 tahun secara biologis belum optimal emosinya, cenderung labil, mentalnya belum matang, belum siap menjadi ibu atau tidak meniginkan kehamilannya sehingga mudah mengalami guncangan yang

menyebabkan kurangnya pemenuhan kebutuhan zat – zat gizi selama kehamilannya dan umur lebih dari 35 tahun merupakan kehamilan dengan persalinan beresiko (Manuaba 2014).

Usia mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalianan ibu. Usia yang kemungkinan tidak resiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu 20-35 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya. Sedangkan umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan umur yang resiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan. Ibu yang berumur kurang dari 20 tahun rahim dan bagian tubuh lainnya sebelum siap untuk menerima kehamilan dan cenderung kurang perhatian terhadap kehamilannya. Ibu yang berumur 20-35 tahun rahim dan bagian tubuh lainnya sudah siap untuk menerima dan diharapkan untuk memperhatikan kehamilannya. Ibu yang berumur lebih dari 35 tahun, rahim dan bagian tubuh lainnya sudah menurun fungsi dan kesehatannya (Neli, 2008)

2. Paritas ibu

Anak lebih dari 4 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Paritas 2-3 biasanya paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan

obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Prawirohardjo, 2016).

3. riwayat abortus

Setiap tahun dari enam kehamilan berakhir dengan keguguran spontan dan sering pula di jumpai seorang wanita yang mengalami satu atau lebih keguguran spontan setiap hamil. Seorang wanita yang mengalami dua kali keguguran spontan berturut-turut, dan tidak dapat mempertahankan kehamilannya sehingga cukup cukup bulan, memiliki 35% untuk mengalami keguguran kembali pada kehamilan berikutnya. kejadian tersebut bisa dikarenakan oleh serviks inkompeten adalah riwayat trauma pada serviks seperti trauma sewaktu dilatasi dan kuretase (Cunningham, 2012).

5. Patofisiologi Meneurut (Norma,Dkk 2013)

Abortus biasanya disertai dengan perdarahan di dalam desidua basalis dan perubahan nekrotik di dalam jaringan-jaringan yang berdekatan dengan tempat perdarahan. Ovum yang terlepas sebagian atau seluruhnya dan mungkin menjadi benda asing di dalam uterus sehingga merangsang kontraksi uterus dan mengakibatkan pengeluaran janin.

6. Diagnosis

Abortus dapat diduga bila seseorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang perdarahan pervaginam setelah mengalami haid terlambat, sering pula terdapat rasa mulas. Kecurigaan tersebut dapat diperkuat dengan ditentukannya kehamilan muda pada pemeriksaan bimanual dan dengan tes kehamilan secara biologis atau imunologi, bilamana hal itu dikerjakan. Harus diperhatikan macam dan banyaknya perdarahan, pembukaan serviks, dan adanya jaringan dalam kavum uterus atau vagina.

7. Komplikasi

Komplikasi yang serius kebanyakan terjadi pada fase abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*) walaupun kadang-kadang dijumpai juga pada abortus spontan. Komplikasi dapat berupa perdarahan, kegagalan ginjal, infeksi, syok akibat perdarahan dan infeksi sepsis.

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfuse darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

2. Perforasi

uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadinya perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

3. Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya terdapat pada abortus inkomplit yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*)

4. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

Pemeriksaan penunjang :

- tes kehamilan : positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.
- Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.

- Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion.

8. Pemeriksaan Penunjang

1. Tes kehamilan : positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.
2. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
3. Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortion (Sujiyanti. 2009)

9. Penatalaksanaan

Untuk penatalaksanaan abortus dibutuhkan anamnesis yang terarah mengenai riwayat suami istri dan pemeriksaan fisik ibu baik secara anatomis maupun laboratorik. Apakah abortus terjadi pada trisemester pertama maka banyak faktor yang harus dicari sesuai dengan kemungkinan etiologi atau mekanisme terjadi abortus berulang. Bila terjadi pada trisemester kedua maka faktor-faktor penyebab lain cenderung pada faktor anatomis terjadinya inkompetensi serviks dan adanya tumor mioma uteri serta infeksi yang berat pada uterus atau serviks. Tahap-tahap penatalaksanaan tersebut meliputi :

1. Riwayat penyakit dahulu :

- Kapan abortus terjadi, apakah pada trisemester pertama atau pada trisemester berikutnya, adakah penyebab mekanis yang menonjol.

- Mencari kemungkinan adanya toksin, lingkungan dan pencandu obat terlarang.
- Infeksi ginekologi dan obstetrik.
- Gambaran asosiasi terjadinya "*antiphoslipid syndrome*" (thrombosis, fenomena autoimun, false positive test untuk sifilis).
- Faktor genetika antara suami istri (consanguinity).
- Riwayat keluarga yang pernah mengalami terjadinya abortus berulang dan sindroma yang berkaitan dengan kejadian abortus atau partus prematurus yang kemudian meninggal.
- Pemeriksaan diagnostik yang terkait dengan pengobatan yang pernah didapat.

2. Pemeriksaan fisik :

a. Pemeriksaan fisik secara umum

b. Pemeriksaan ginekologi

c. Pemeriksaan laboratorium

1) Kariotik darah tepi kedua orang tua

2) Histerosangografi diikuti dengan historokopi atau laparoskopi bila ada indikasi

3) Biopsy endometrium pada fase luteal

4) Pemeriksaan hormone TSH dan antibodi anti tiroid

5) Antibodi antikoagulan (apartial thromboplastin time atau russel viper venom)

- 6) Pemeriksaan darah lengkap termasuk trombosit kultur cairan serviks (mycoplasma, ureaplasma, Chlamydia) bila diperlukan.

10. Pencegahan

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian abortus, terutama abortus yang tidak aman (unsafe abortus) adalah tindakan pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, yaitu :

- a. Pengajaran tentang norma – norma, budi pekerti moralitas
- b. Pendidikan seksual secara benar dan terarah pada remaja
- c. Konseling tentang beberapa faktor yang bisa memicu terjadinya abortus, mengenai : umur, paritas, jarak kehamilan, pekerjaan, dan pada saat hamil dan sebagainya.
- d. Penyuluhan tentang resiko timbul dari tindakan abortus
- e. Abortus dilakukan atas indikasi medis yang jelas.

B. Tinjauan Umum Tentang Abortus Inkompletus

1. Pengertian

Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang tidak lengkap / ekspulsi parsial dari hasil konsepsi. Fetus biasanya sudah keluar namun terjadi retensi plasenta, sebagian atau seluruhnya di dalam uterus. Pada abortus inkomplit, perdarahan umumnya masih berlangsung (Nugroho, 2012).

Keguguran tak-lengkap (abortus inkomplit) ditandai dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi dari uterus, sehingga sisanya memberikan gejala klinis.

Pada pemeriksaan dijumpai gambaran kanalis servikalis terbuka, dan dapat diraba jaringan dalam rahim atau di kanalis servikalis. Kanalis servikalis tertutup dan perdarahan berlangsung terus. Dengan pemeriksaan sonde, pendarahan bertambah (Manuaba,2014)

2. Diagnosis

- 1) Amenorea, disertai dengan PP test (+)
- 2) Nyeri perut / abdominal cramping, terkadang nyeri dideskripsikan meyerupai nyeri saat persalinan
- 3) Perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, biasanya berupa stolsel (darah beku), sudah ada keluar fetus atau jaringan (Nugroho,2012)

3. Gejala Klinis

- 1) Perdarahan berlangsung terus
- 2) Pendarahan mendadak
- 3) Disertai infeksi dengan suhu tinggi
- 4) Dapat terjadi degenerasi ganas (korio karsinoma)

Pada pemeriksaan dijumpai gambaran :

- 1) Kenalis servikalis membuka
- 2) Dapat diraba jaringan dalam rahim atau dikenalis servikalis
- 3) Kanalis servikalis tertutup dan perdarahan berlangsung terus
- 4) Dengan pemeriksaan sonde perdarahan bertambah

4. Penanganan

- 1) Jika perdarahan tidak terlalu banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi dapat dilakukan secara digital atau dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang keluar melalui serviks. Jika perdarahan berhenti, beri ergometrin 0,2 mg I.M atau misoprostol 400 mcg per oral
- 2) Jika perdarahan banyak atau terus berlangsung dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, evakuasi sisa hasil konsepsi dengan :
 - Aspirasi vakum manual (AVM), kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan jika aspirasi vakum manual tidak tersedia
 - Jika evakuasi belum dapat dilakukan segera, beri ergometrin 0,2 mg I.M (diulang setelah 15 menit jika perlu) atau misoprostol 400 mcg per oral (dapat diulangi setelah 4 jam jika perlu)
- 3) Jika kehamilan lebih dari 16 minggu :
 - Berikan infuse oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan I.V (garam fisiologik atau ringer laktat) dengan kecepatan 40 tetes / menit samapai terjadi ekspulsi konsepsi
 - Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam samapai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg)
 - Pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan (Marmi, Dkk 2015)

C. TINJAUAN UMUM TENTANG PARITAS

1. Defenisi Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari atau sama dengan 500 gram yang pernah dilahirkan hidup maupun mati. Bila berat badan tak diketahui maka dipakai umur kehamilan, yaitu 24 minggu (sisw osudarman, 2008).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana.

Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan. (Saifuddin, 2012). bahwa jumlah paritas lebih dari 3 merupakan factor terjadinya anemia yang berhubungan dengan jarak kehamilan yang terlalu dekat yaitu < 2 tahun yang disebabkan karena terlalu seing hamil dapat muguras cadangan zat gizi tubuh ibu.

2. Klaisifikasi paritas

a. Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (varney, 2012).

b. Multipara

- 1) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seseorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2013).
- 2) Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viable (hidup) beberapa kali (Manuaba 2014).
- 3) Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih (varney 2012)

c. Grandemultipara

- 1) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba 2014).
- 2) Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Rustam, 2008)
- 3) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (varney, 2012)

Berdasarkan jumlahnya menurut perdiknakes-WHO, yaitu:

- 1) Primigravida adalah wanita hamil untuk pertama kali
- 2) Multigravida adalah wanita yang pernah hamil beberapa kali, dimana kehamilan tersebut tidak lebih dari 5 kali
- 3) Grandemultigravida adalah wanita yang pernah hamil dari 5 kali

Menurut sumber lain (Siswosudarman, 2008) jenis paritas bagi yang sudah partus antara lain yaitu:

- 1) Nullipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang mampu hidup
- 2) Primipara adalah wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup
- 3) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan dua janin viable atau lebih
- 4) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lima anak atau lebih.

3. Faktor yang mempengaruhi paritas

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dapat berfikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berfikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol seseorang dimasyarakat. Pekerjaan jabatan untuk memperoleh uang dan rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang

tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

c. Keadaaan ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

d. Latar belakang budaya

Cultur universal adalah unsure-unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan ialah yang mewarnai corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rejeki.

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng dengan kata lain ibu yang tau dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2012).

Paritas tinggi merupakan salah satu faktor resiko terjadinya abortus inkomplit. Anak lebih dari 4 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan, karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Paritas 2-3 biasanya paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Semakin tinggi paritas, semakin tinggi angka kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetric lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Sarwono, 2013).

D. Penelitian Terkait

No	Nama Penelitian	Judul Penelitian	Hasil Penelitian
1	Rimonta,Dkk (2014)	Hubungan abortus inkomplit dengan faktor resiko pada ibu hamil di RS Pindad Bandung. (2014)	penelitian ini menggunakan metode berupa deskriptif analitik dengan rancangan penelitian cross sectional. Hasil penelitian Rimonta,Dkk yang didapat menunjukkan bahwa angka kejadian abortus spontan di Rumah Sakit Pindad Bandung periode Januari 2013-Desember 2014 adalah 130 kasus. Angka kejadian terbanyak ditemukan pada kasus abortus inkomplit (79,23%), pada rentang usia 30-34 tahun dan 35-39 tahun (masing-masing 25,38%) , pada usia kehamilan di bawah 12 minggu (72,3%), dengan frekuensi paritas dibawah 4 kali (95,4%) dan tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya (76,2%).
2	Andriza (2013)	Hubungan umur dan paritas ibu hamil dengan kejadian abortus inkomplit di RS Muhammadiyah Palembang. (2013)	Penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil mengalami abortus inkomplit pada status rekam medik Rumah

		<p>Sakit Muhamadiyah Palembang Tahun 2014 .</p> <p>Besar populasi yang sama dengan besarnya sampel adalah 92 kejadian. Data umur dan paritas pada ibu hamil di kumpulkan , dianalisis dan di sajikan secara tabulasi.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah sakit Muhamadiyah palembang tahun 2013 di temukan ibu hamil dengan abortus inkomplit sebanyak 92 orang. Umur ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak pada umur resiko rendah sebanyak 63 responden (68,5%) dan umur resiko tinggi sebanyak 29 responden (31,5%), responden paritas ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak pada paritas resiko rendah sebanyak 48 responden (52,2%) dan paritas resiko tinggi sebanyak 44 responden (47,8%).</p>
--	--	---

3	Andesia Maliana. AS (2016)	Faktor-faktor yang mempengaruhi abortus. (2016)	<p>Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, dengan pendekatan <i>case control</i>. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang mengalami abortus inkomplit selama 2013-2014 sebanyak 226 orang, dan populasi kontrol sebanyak 1.167 orang. Pengambilan sampel dengan <i>random sampling</i>, sampel sejumlah 92 kasus dan 368 kontrol.</p> <p>Hasil penelitian ada hubungan umur dengan abortus inkomplit (<i>p value</i>: 0,011), ada hubungan paritas dengan abortus inkomplit (<i>p value</i>: 0.016), ada hubungan riwayat abortus dengan abortus inkomplit (<i>p value</i>: 0.005), tidak ada hubungan penyakit ibu dengan abortus inkomplit (<i>p value</i>: 0.356), ada hubungan anemia dengan</p>
---	----------------------------------	---	---

			<p>abortus inkomplit (<i>p value</i>: 0.012). Analisis multivariat didapatkan variabel umur merupakan paling dominan pada abortus inkomplit dengan OR 1.985 (95% CI 1.218-3.236). Untuk mencegah terjadinya abortus diharapkan petugas kesehatan dapat lebih memberikan pelayanan ANC yang intensif dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai faktor risiko yang berhubungan dengan abortus inkomplit.</p>
4	Rahmawati (2013)	Faktor-faktor resiko kejadian abortus.(2013)	<p>Hasil penelitiannya menunjukan nilai DR = 1,923 ini berarti bahwa paritas mempunyai resiko 1,923 kali lebih besar untuk mengalami abortus di banding kelompok paritas resiko rendah.</p>

BAB III

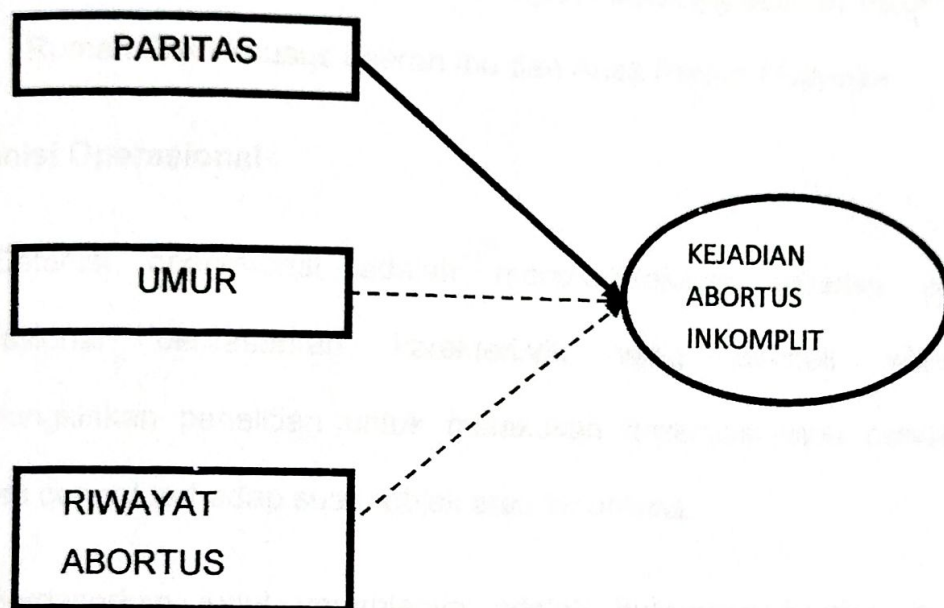
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS dan DEFENISI

OPERASIONAL

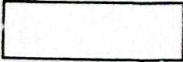



A. Kerangka Konsep

Variabel Indenpenden

Variabel Dependen



Keterangan :

-  : Variabel indenpenden
-  : Variabel dependen
-  : Variablel yang diteliti
-  : Variabel yang tidak diteliti

B. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis null (H_0)

- a. Tidak ada hubungan paritas dengan kejadian abortus inkomplit di Rumah Sakit khusus daerah Ibu dan Anak Pertiwi Makassar.

2. Hipotesis alternatif (H_a)

- a. Ada hubungan antara paritas dengan terjadinya abortus inkomplit di Rumah Sakit khusus daerah Ibu dan Anak Pertiwi Makassar

C. Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karekteristik yang diamati sehingga memungkinkan penelitian untuk melakukan observasi atau penukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

Berdasarkan judul variabelnya adalah hubungan paritas dengan kejadian abortus inkonplit, variable dependennya adalah kejadian abortus inkomplit sehingga defenisi operasionalnya sebagai berikut.:

No	Variabel	Defenisi operasional	Kriteria Objektif	Alat Ukur	Hasil ukur	skala
Dependen						
1	Abortus inkomplit	Abortus yang terjadi dengan masih tersisa hasil konsepsi di dalam rahim	<p>a. Ya : Jika hasil konsepsi masih tersisa di dalam rahim</p> <p>b. Tidak: jika hasil konsepsi suda tidak ada lagi di dalam rahim</p>	Check list	<p>1= Ya</p> <p>2= Tidak</p>	Nominal
Indenpenden						
2	Paritas	Jumlah anak yang telah ibu lahirkan baik lahir hidup ataupun lahir mati	<p>Primipara 1 kali</p> <p>Multipara 2-4 kali</p> <p>Grende Multipara ≥ 5</p>	Check list	<p>1= primipara</p> <p>2= jikadikatan multipara</p> <p>3 = dikatakan grandemult ipara</p>	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini merupakan desain analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terkait akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Natoatmodjo, 2012). Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017.

B. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSKDIA Pertiwi Makassar waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2017.

C. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar pada bulan Januari sampai Desember 2016 sebanyak 93 orang

D. Sampel dan Teknik pengambilan sampel

1. Sampel

Penarikan sampel penelitian dilakukan dengan cara purposive sampling yaitu penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara

populasi sesuai dengan yang dikehendaki penelitian. Dengan Kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1. ibu abortus yang berada di RSKDIA Pertiwi Makassar
2. Tercatat di rekam medik

b. Kriteria Eksklusi

1. Ibu abortus yang tidak berada di RSKDIA Pertiwi Makassar
2. Ibu yang tidak tercatat di rekam medik

2. Teknik Pengambilan Data

Menurut Notoatmodjo (2012), data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung atau melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain). Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan aatau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data dukumenter) yang dipublikasikan dan tidak dipublikasikan.

Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang di dapat dari buku register di RSKDIA Pertiwi Makassar tentang abortus inkomplit tahun 2017.

Besar sampel dapat di hitung dengan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + (N \cdot e^2)}$$

$$n = \frac{93}{1 + 93 \times 0,01}$$

$$n = \frac{93}{1 + 0,93}$$

$$n = \frac{93}{1,93}$$

$$n = 48,11$$

$$n = 48$$

Keterangan:

n: jumlah sampel

N: Jumlah populasi

e: standar eror (10%) 0,1

E. Instrumen Penelitian

Alat atau instrument yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah berupa daftar checklist yang digunakan untuk penelitian hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017. Dengan melihat data sekunder yang berasal dari laporan buku register responden.

F. Prosedur Pengelolaan Data

1. pengolahan data

Data sekunder yang dikumpulkan dalam penelitian akan diolah melalui prosedur pengolahan data secara manual dengan melakukan

1) Editing

Setelah data terkumpul maka dilakukan pemeriksaan lengkap data, kesinambungan dan keseragaman data.

2) Coding

Dilakukan untuk mempermudah pengolahan data yaitu memberikan symbol-simbol dari setiap jawaban responden.

3) Tabulasi

Mengelompokan data dalam bentuk tabel yaitu hubungan antara variabel dependen dan indenpenden

G. Analisa Data

1) Analisa Univariat

Dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel. Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui frekuensi dari masing-masing variabel yang telah diteliti dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi.

Dengan Rumus:

$$p = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

p = Presentase

F = Frekuensi

N = jumlah responden

2) Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel indenpenden dengan dependen dalam bentuk tabulasi silang antara kedua variabel tersebut.

Uji statistik menggunakan rumus *Chi-Square*, yaitu :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

χ^2 = Chi-Square

O = Nilai Observsi

E = Nilai yang diharapkan

\sum = Jumlah data

Penilaian :

- a. Apabila χ^2 hitung > dari χ^2 tabel, H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan antara variabel indenpenden dengan variabel dependen.
- b. Apabila χ^2 hitung \leq dari χ^2 tabel, H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara variabel indenpenden dengan dependen dengan variabel dependen.

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian pada responden penelitian memperlihatkan etika penelitian antara lain:

a. *Informend consent* (Lembar Sersetujuan Responden)

Subjek yang bersedia diteliti harus mendatangi lembar persetujuan setelah sebelumnya memahami maksud, tujuan, dan dampak bagi yang diteliti selama pengumpulan data. Apabila subjek menolak menjadi responden, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.

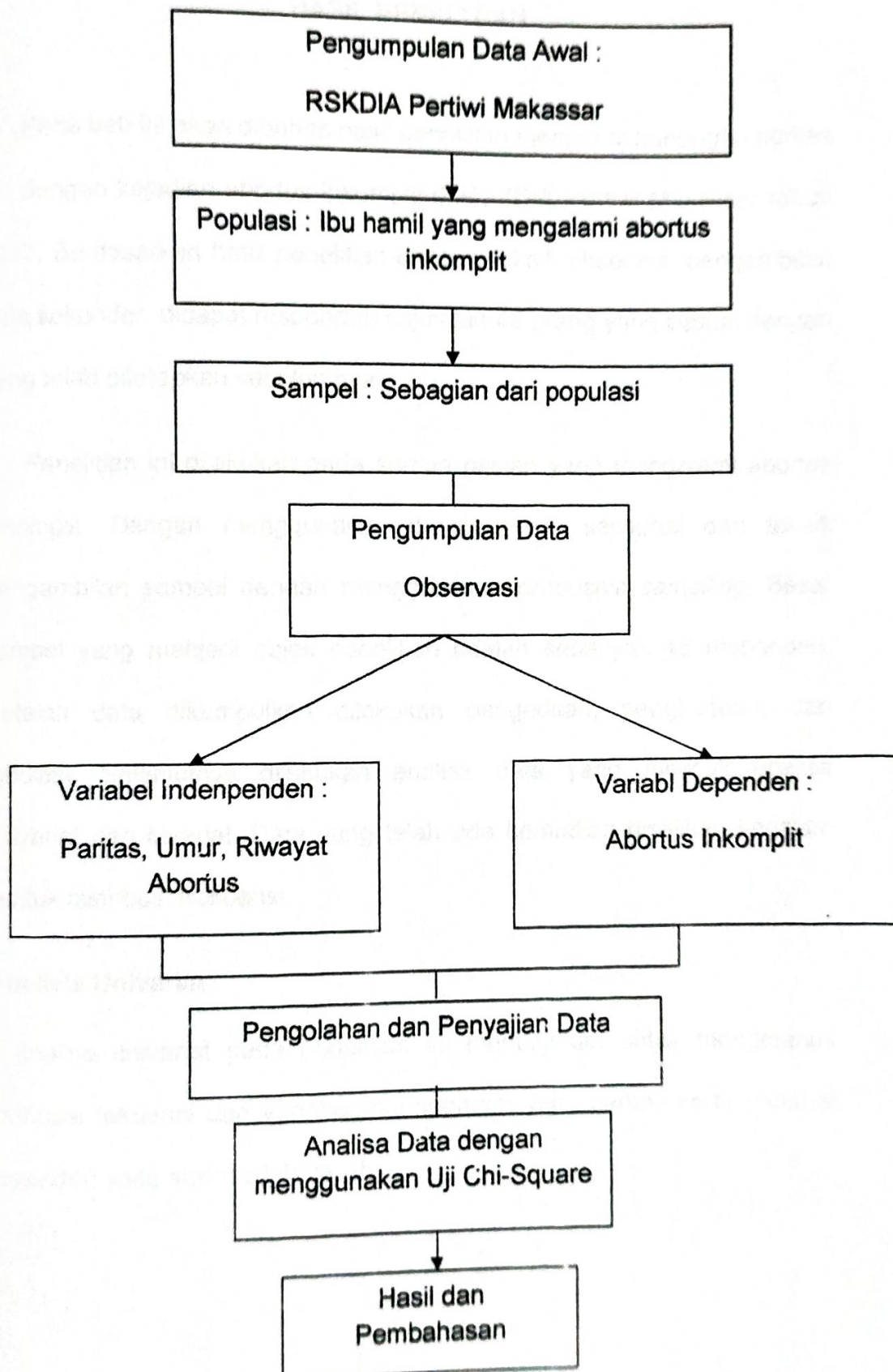
b. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Nama responden tidak di tuliskan dalam lembar observasi untuk melindungi kerahasiaan responden.

c. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan responden.

I. Alur Penelitian



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas hasil penelitian mengenai hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar tahun 2017. Berdasarkan hasil penelitian dengan teknik observasi pengambilan data sekunder didapat responden sejumlah 48 orang yang sesuai dengan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Penelitian ini dilakukan pada semua pasien yang mengalami abortus inkomplit. Dengan menggunakan desain cross sectional dan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *proposive sampling*. Besar sampel yang menjadi objek penelitian adalah sebanyak 48 responden. Setelah data dikumpulkan dilakukan pengeditan, pengkodean, dan tabulasi. Selanjutnya dilakukan analisa data yang meliputi analisa univariat dan bivariat. Data yang telah ada kemudian disajikan kedalam bentuk distribusi frekuensi.

A. Analisis Univariat

Analisa univariat pada penelitian ini menunjukan untuk mengetahui distribusi fekuensi dari variabel indenpenden yaitu paritas serta variabel dependen yaitu abortus inkomplit.

1. Berdasarkan Kejadian Abortus Inkomplit

Tabel 5.1

Distribusi frekuensi responden yang mengalami abortus inkomplit di RSKDIA Pertiwi Makassar

Abortus linkomplit	Frekuensi	Presentase (%)
Ya	31	64,6
Tidak	17	35,4
Total	48	100,0

Sumber : Data Sekunder 2017

Berdasarkan tabel 5.1 diatas, dapat diketahui bahwa dari 48 responden yang lebih besar terdapat pada kejadian abortus inkomplit dengan frekuensi 31 responden (64,6%), Sedangkan Abortus non inkomplit dengan frekuensi sebanyak 17 responden (35,4%).

2. Berdasarkan paritas ibu

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi responden berdasarkan Paritas Ibu di RSKDIA Pertiwi Makassar

Parita Ibu	Frekuensi	Presentase (%)
Primipara	19	39,6
Multipara	29	60,4
Total	48	100,0

Sumber : Data Sekunder, 2017

Berdasarkan Tabel 5.2 diatas, dapat diketahui bahwa paritas ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih besar terdapat pada multiparitas

dengan frekuensi 29 responden (60,4%), dan primipara dengan frekuensi 19 responden (39,6%).

3. Berdasarkan umur ibu

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur ibu di RSKDIA Pertiwi Makassar 2017

Umur Ibu	Frekuensi	Presentase%
20-35	22	45,8
<20 dan >35	26	52,2
Total	48	100,0

Sumber : Data sekunder 2017

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, diketahui bahwa responden ibu yang mengalami abortus inkomplit sebagian besar berumur <20 dan >30 tahun dengan frekuensi 26 responden (52,2%), dan umur 20-35 tahun dengan frekuensi 22 responden (45,8%).

4. Berdasarkan riwayat abortus

Tabel 5.4

**Distribusi frekuensi responden berdasarkan riwayat abortus di
RSKDIA Pertiwi Makassar 2017**

Riwayat Abortus	Frekuensi	Presentase(%)
Pernah	8	16,7
Tidak	37	77,1
Total	48	100,0

Sumber : Data Sekunder 2017

Berdasarkan Tabel 5.4 diatas, dapat diketahui bahwa lebih banyak ibu yang tidak pernah mengalami riwayat abortus dengan frekuensi 37 responden (77,1%), dan lebih sedikit ibu yang pernah mengalami riwayat abortus dengan frekuensi 8 responden (16,7%).

B. Analisa Bivariat

Untuk melihat hasil analisa antara variabel indenpenden terhadap variabel dependen yaitu hubungan antara paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit, maka dilakukan analisa bivariat. Uji statistik yang digunakan yaitu uji chi squar. Dalam analisa data ini menggunakan tabel kontingensi B X K (2x2) sebagai berikut :

Tabel 5.5

Hasil Uji Chi Square Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus
Inkomplit di RSKDIA Fortiwi Makassar 2017

Paritas Ibu	Abortus Inkomplit				Jumlah		Nilai <i>P</i>
	Ya		Tidak				
	n	%	n	%	n	%	
Primipara	7	14,6	12	25,0	19	39,6	002
Multipara	24	50.0	5	10,4	29	60,4	
Jumlah	31	64,6	17	35,4	48	100,0	

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, diketahui dari 29 responden paritas multipara yang terjadi abortus inkomplit sebanyak 24 responden (50,0%), dan 5 responden (10,4%) yang tidak mengalami abortus inkomplit. Sedangkan dari 19 responden paritas primipara yang terjadi abortus inkomplit sebanyak 7 responden (14,6%) , dan 12 responden (25,0%), yang tidak mengalami abortus inkomplit.

Hasil analisa dengan Uji Chi Square didapatkan nilai $P = 0,002$ lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$, hal ini dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini bermakna yaitu ada hubungan signifikan antara paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit.

BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil peneitian, maka dapat dilakukan pembahasan dari penelitian paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit yaitu sebagai berikut :

1. Abortus Inkomplit

Menurut Nugroho (2012) Abortus inkompit adalah pengeluaran hasil konsepsi yang tidak lengkap / ekspulsi parsial dari hasil konsepsi. Fetus biasanya sudah keluar namun terjadi retensi plasenta, sebagian atau seluruhnya di dalam uterus. Pada abortus inkomplit, perdarahan umumnya masih berlangsung.

Menurut Federasi obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefenisikan sbagai fertilisasi atau penyatuan dari spermastozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal, akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, dimana trimester kesatu berlangsung selama 12 minggu, trisemester kedua 15 minggu (minggu ke 13 samapai derigan ke 27), dan trimester ke tiga berlangsung 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawiroharjo, 2013).

Hal ini sesuai pernyataan Norma dan dewi (2013) bahwa abortus inkomplit adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum usia 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal di dalam uterus.

Menurut Sukami dan Margareth (2013), penyebab keguguran sebagian besar tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor yang berpengaruh antara lain : faktor pertumbuhan hasil konsepsi, penyakit ibu, kelainan plasenta, dan usia ibu.

a. Hubungan Paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, diketahui dari 29 responden paritas multipara yang terjadi abortus inkomplit sebanyak 24 responden (50,0%), dan 5 responden (10,4%) yang tidak mengalami abortus inkomplit. Sedangkan dari 19 responden paritas primipara yang terjadi abortus inkomplit sebanyak 7 responden (14,6%) , dan 12 responden (25,0%), yang tidak mengalami abortus inkomplit.

Hasil analisa dengan Uji Chi Square didapatkan nilai $P = 0,002$ lebih kecil dari nilai $\alpha=0,05$, hal ini dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini bermakna yaitu ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh Alin (2012) yang juga menemukan hubungan yang signifikan anantara paritas ibu dengan kejadian abortus. Hal ini terlihat dari nilai probabilitas 0,002 dimana nilai $P < \alpha=0,05$. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sriwahyuni

(2014) dengan judul Faktor-faktor yang berhubungan dengan abortus spontan di RSUD Ungarang Kabupaten Semarang. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang lahir lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai. Primipara adalah seorang wanita yang telah menjalani kehamilan sampai janin mencapai tahap viabilitas. Multipara adalah seorang wanita yang telah menjalani dua atau lebih kehamilan dan menghasilkan janin sampai pada tahap viabilitas. paritas tinggi (Grandemultipara 5 atau lebih), viabilitas merupakan kapasitas hidup di luar uterus, sekitar 22 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram (Bobak, 2012).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi resiko komplikasi dan kematian maternal. Resiko pada paritas satu dapat di tangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Komplikasi yang mungkin timbul pada paritas tinggi antara lain adalah distosia, perdarahan antepartum, rupture uteri, hipertensi, penyakit ginjal, anemia, kelainan letak, prolapses uteri, diabetes meletus (Winkjosastro, 2012)

Peneliti berasumsi bahwa paritas berpengaruh terhadap kejadian abortus, karena ibu hamil dengan paritas tinggi otomatis memiliki otot rahim yang lemah dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas primipara, sehingga otot rahim yang lemah tidak mampu menyokong janin dengan sempurna, sehingga dapat berisiko untuk terjadinya abortus.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengolahan data dan analisa data mengenai hubungan paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR tahun 2017, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari 48 responden, ibu yang mengalami Abortus inkomplit sebanyak 31 orang (64,6%), dan sebanyak 17 orang (35,4%) yang tidak mengalami Abortus inkomplit.
2. Dari 48 responden, paritas ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak pada multipara 29 orang (60,4%), dan primipara 19 orang (39,6%).
3. Dari hasil analisa dengan uji chin square didapatkan nilai $P = 0,002$ lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$, hal ini dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini bermakna yaitu ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu dengan kejadian abortus inkomplit di RSKDIA PERTIWI MAKASSAR dari januari sampai juli 2017.

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Hubungan Paritas Ibu dengan Kejadian Abortus Inkomplit maka beberapa saran yang disimpulkan oleh peneliti sebagai berikut :

1. Perlunya informasi pada WUS (Wanita Usia Subur), bahwa semua kehamilan berisiko, tetapi lebih berisiko pada umur >35 tahun dan <20 tahun, untuk mencegah komplikasi yang terjadi pada saat hamil dan melahirkan, dalam upaya menurunkan kejadian morbiditas dan mortalitas pada ibu dan anak.
2. Perlu adanya pemberian informasi yang secara berkesinambungan pada ibu-ibu usia reproduksi melalui kerjasama lintas sektor untuk menjalankan program Keluarga Berencana (KB), disamping itu perlu ditingkatkan KIE dalam upaya mencegah 4T yaitu terlalu mudah, terlalu tua, terlalu dekat, terlalu banyak sehingga dapat mencegah insiden abortus.
3. Kepada petugas kesehatan agar dapat mensosialisasikan dengan mengadakan penyuluhan mengenai berbagai faktor resiko terjadinya abortus.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriza.2013. *Hubungan Umur dan Paritas Ibu Hamil dengan Kejadian Abortus Inkomplit*.Palembang: Pogram Studi Kebidanan STIK Bina Husada.
- Bobak. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Maternal*, Edisi 4. Jakarta : ECG.
- Caningham. 2012. *Obstetric wiliams*. Jakarta: ECG.
- Depkes. 2015. *Angka Kematian Ibu (AKI) dalam Millenium Development Goals (MDGs)*. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 17 januari 2015 pukul 19.44 WIB.
- Dinkes Provinsi Makasar. 2016. *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*.
- Fridman. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : ECG.
- Kemenkes RI. 2015. Infodatin 2014-2015 Pusat Data dan informasi Kementrian Kesehatan RI. Jakarta.
- MartaadisoebrataDjamhoea, Dkk. 2016. *Obstetrik Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Edisi 3. Jakarta: ECG.
- Marmi, Dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- MelianaAndesia A.S. 2016. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus Inkomplit*. Akbid Gemilang Husada: (Volume VII, No 1).
- Manuaba, Ida Ayu Dkk. 2014. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Edisi 2. Jakarta: ECG
- Norma dan Dewi. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologi teori dan tinjauan Kasus*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Nursalam. 2015. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: SelembaMedika.
- Natoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho Taufan. 2012. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : NuhaMedika
- PrawirohardjoSarwono. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Rustam. 2008. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. Jakarta : ECG.

Rochmawati, Putri Nurvita. 2013. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Abortus*. Surakarta:FKM UMS.

RahmawatiSaifudin. 2012 .*Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*.Yogyakarta : Yayasan Bina Pustaka SarwonoPrawiriharjo.

Rahmawati.2013. *Faktor-Faktor Resiko Terjadinya Abortus*. Penjonga Dg Ngalle Takalar: Skripsi StikesGraha Edukasi Makassar.

Sujiyantini, Dkk. 2009.*Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogjakarta: NuhaMedika.

Siswosudarman.R . 2008. *ObsteriFisilogi*.Yogyakarta : Pustaka Cendekia.

Winjkosastro, H. 2012, *Ilmu Kebidanan*,Jakarta : YBP-SP.

Varney. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta. ECG.

HASIL SPSS

Statistics

		paritas ibu	abortus inkomplit	umur ibu	riwayat abortus
N	Valid	48	48	48	48
	Missing	0	0	0	0
Percentiles	25	1.00	1.00	1.00	2.00
	50	2.00	1.00	2.00	2.00
	75	2.00	2.00	2.00	2.00

Frequency Table

paritas ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid primi para	19	39.6	39.6	39.6
multipara	29	60.4	60.4	100.0
Total	48	100.0	100.0	

abortus inkomplit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	31	64.6	64.6	64.6
tidak	17	35.4	35.4	100.0
Total	48	100.0	100.0	

umur ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-35 tahun umur yang tidak berisiko	22	45.8	45.8	45.8
<20 dan >35 tahun umur yang berisiko	26	54.2	54.2	100.0
Total	48	100.0	100.0	

riwayat abortus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	8	16.7	16.7	16.7
tidak	40	83.3	83.3	100.0
Total	48	100.0	100.0	

CROSSTABS BIVARIAT

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
paritas ibu * abortus inkomplit	48	100.0%	0	0.0%	48	100.0%

paritas ibu * abortus inkomplitCrosstabulation

		abortus inkomplit		Total
		ya	tidak	
paritas ibu primi para	Count	7	12	19
	Expected Count	12.3	6.7	19.0
	% within paritas ibu	36.8%	63.2%	100.0%
	% within abortus inkomplit	22.6%	70.6%	39.6%
	% of Total	14.6%	25.0%	39.6%
multipara	Count	24	5	29
	Expected Count	18.7	10.3	29.0
	% within paritas ibu	82.8%	17.2%	100.0%
	% within abortus inkomplit	77.4%	29.4%	60.4%
	% of Total	50.0%	10.4%	60.4%
Total	Count	31	17	48
	Expected Count	31.0	17.0	48.0
	% within paritas ibu	64.6%	35.4%	100.0%
	% within abortus inkomplit	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	64.6%	35.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.581 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.669	1	.003		
Likelihood Ratio	10.728	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	10.360	1	.001		
N of Valid Cases	48				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.73.

b. Computed only for a 2x2 table