

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian dan kesakitan ibu hamil masih merupakan masalah besar di dunia. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 disebutkan bahwa setiap hari 810 ibu meninggal dunia akibat penyakit dan komplikasi terkait kehamilan dan persalinan.

Menurut data Survei Angka Sensus (SUPAS) tahun 2015 angka kematian ibu adalah 305 per 100.000. Angka ini menunjukkan Indonesia termasuk negara dengan angka kematian tertinggi di negara ASEAN dan menempati peringkat ketiga. Peringkat pertama ditempati Laos dengan 470 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Adapun tingginya AKI di Indonesia disebabkan oleh komplikasi *obstetrik* langsung dan didominasi oleh trias klasik, yaitu pendarahan (46,77%), *toxemia* (14,5%) dan infeksi (8 %).

Perdarahan merupakan faktor penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia. Penyebab perdarahan pada ibu hamil adalah *abortus* (50%), *plasenta previa* (25%), *solusio plasenta* (10%), *ruptur uteri* (10%), kehamilan *ektopik* (5%). Abortus menjadi salah satu masalah yang cukup serius, dilihat dari tingginya angka yang semakin meningkat dari tahun ke tahun. Di dunia, terjadi 208 juta kehamilan dengan 41 juta mengarah ke abortus spontan. Di negara berkembang, 90% abortus terjadi secara tidak aman, dan berkontribusi 11-13% terhadap kematian maternal (Kemenkes RI, 2015).

Abortus adalah pengeluaran hasil *konsepsi* pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Mochtar, 2012). Abortus

menjadi penyebab perdarahan yang terjadi pada kehamilan trimester pertama dan kedua. Perdarahan ini dapat menyebabkan berakhirnya kehamilan, atau kehamilan tetap berlanjut. *Abortus* dapat menyebabkan perdarahan yang hebat dan dapat menimbulkan *syok*, *perforasi*, *infeksi* dan kerusakan faal ginjal (*renal failure*) sehingga mengancam keselamatan ibu. Kematian dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan secara cepat dan tepat (Wulandari, 2014).

Abortus inkomplit merupakan salah satu jenis abortus spontan. *Abortus inkomplit* adalah pengeluaran hasil *konsepsi* pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam *uterus*. Kondisi yang sering terjadi pada *abortus inkomplit* adalah janis yang dikandungnya sudah keluar sebagian namun sebagian lagi masih tinggal di dalam rahim (Maryani, 2016). *Abortus inkomplit* mendominasi kejadian *abortus* di Indonesia. *Abortus inkomplit* dapat mengakibatkan perdarahan dan bila tidak ditangani akan terjadi perdarahan yang hebat dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian pada ibu (Manuaba, 2010).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 Ada beberapa faktor yang merupakan penyebab terjadinya *abortus* yaitu *paritas* 15,56%, usia <20 tahun 7,80%, usia >35 tahun 13,75%, ibu yang bekerja 13,77%. dan riwayat *abortus* 12,07% yang mempunyai pengaruh besar. Usia ibu merupakan faktor terbanyak penyebab *abortus*. Usia yang aman untuk kehamilan adalah 20-35 tahun. Pada usia < 20 tahun kondisi organ reproduksi seperti otot-otot rahim belum cukup baik, kekuatan dan kontraksinya serta sistem hormon belum terkoordinasi dengan baik, dan kondisi psikologis ibu dianggap masih labil dan perasaan tidak siap dalam menghadapi kehamilan

serta perasaan tertekan pada kasus kehamilan yang tidak diinginkan. Sedangkan pada usia > 35 tahun biasanya fungsi organ reproduksi dan kondisi psikologis ibu dianggap telah mengalami kemunduran. Pada usia > 35 tahun mulai muncul penyakit yang menjadi penyulit pada kehamilan seperti *hipertensi*, *diabetes mellitus*, dan penyakit kronis lainnya yang meningkatkan resiko *abortus*. *Paritas* menempati posisi tertinggi kedua sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian *abortus*. *Paritas* adalah jumlah anak yang dilahirkan ibu baik dalam keadaan hidup maupun meninggal. Paritas yang memiliki resiko ialah paritas 1 dan paritas lebih dari 4 atau *primipara*, *multipara* dan *grandemultipara*.(Akbar, 2019)

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Sari, et al (2019) tentang hubungan beban kerja mental terhadap kejadian *abortus* di suatu perusahaan di Provinsi Lampung, menunjukkan adanya hubungan beban kerja mental dengan kejadian *abortus*. Pada saat stress maka akan terjadi pelepasan *hormon kortisol*, yang selanjutnya akan mengaktifasi HPA (*Hipotalamus- Hipofisis-Andrenal*) pada ibu, sedangkan pada janin dapat terjadi stress akibat konsentrasi CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*).

RSUD dr.RM Pratomo merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Rokan Hilir, berdasarkan data dari Rekam Medik ada 5 masalah tertinggi di kebidanan dan kandungan tahun 2018 yaitu, *CPD* 25% , Kelainan Letak Janin 23%, *Abortus* 21%, *PEB* 12%, *KPD* 10% , sedangkan pada tahun 2019 tertinggi Kelainan Letak Janin 26% , *Abortus* 20 % , *KPD* 16%, *CPD* 12% dan *PEB* 10% data dari januari sampai juni 2020 tertinggi *CPD* 20%, *KPD* 16%, *Abortus* 13%, Kelainan Letak Janin 12%, *PEB* 8%. Ini menunjukkan

bahwa kasus *abortus* termasuk dalam 5 masalah terbesar di kebidanan dan kandungan. Dari data Rekam medis rumah sakit juga di dapat kejadian kasus *abortus* mengalami peningkatan dari tahun 2018 sampai dengan Juni 2020 yaitu pada tahun 2018 meningkat menjadi 41 kasus, tahun 2019 sebanyak 35 kasus, dan per juni 2020 kejadian *abortus inkomplit* 34 kasus. Berdasarkan pengamatan dari 5 (lima) status pasien yang mengalami *abortus inkomplit*. 3 orang ibu yang mengalami *abortus inkomplit* berusia > 20 tahun dan 2 orang berusia > 35 tahun, 5 ibu hamil yang mengalami *abortus inkomplit* 3 diantaranya memiliki *paritas*2-3 dan 2 diantaranya adalah *primipara*. Selain itu, dari 5 ibu hamil yang mengalami abortus 4 orang adalah ibu bekerja 2 orang bekerja sebagai pedagang di pasar dan 2 orang adalah karyawan swasta, 1 orang tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, peneliti merumuskan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan umur dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir?
2. Apakah ada hubungan paritas dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir?
3. Apakah ada hubungan pekerjaan dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran umur, paritas, pekerjaan dan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir
- b. Mengetahui hubungan faktor umur ibu dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir.
- c. Mengetahui hubungan faktor *paritas* ibu dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir
- d. Mengetahui hubungan faktor pekerjaan ibu dengan kejadian *abortus inkomplit* di RSUD dr. RM. Pratomo Kabupaten Rokan Hilir.

D. Manfaat Penelitian

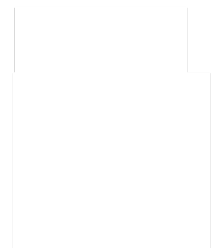
1. Manfaat Teorits

Penelitian ini diharapkan dapat menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan kejadian *abortus inkomplit*, serta hasil penelitian ini dapat juga dimanfaatkan untuk menyusun hipotesis baru dalam merancang hasil penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan data dalam membuat kebijakan terkait upaya *preventif dan promotif* tentang *abortus*.

BAB II



TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep *Abortus Inkomplit*

a. Pengertian

Abortus inkomplit adalah pengeluaran sebagian hasil *konsepsi* pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam *uterus*(Khumaira, 2012).

Abortus incomplit adalah *abortus* sebagian tetapi tidak seluruh hasil *konsepsi* keluar dari *uterus*, sebelum 12 minggu, *abortus* cenderung berlangsung komplet, setelah 12 minggu, hasil *konsepsi* cenderung tertahan(Sinclair,2010).

Abortus incomplit merupakan perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian dari hasil *konsepsi* telah keluar dari *kavum uteri* melalui *kanalis serviks* yang tertinggal pada *desidua* atau *plasenta*.(Rukiyah, dkk, 2010)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *abortus inkomplit* adalah *abortus* yang terjadi pada umur kehamilan <20 minggu yang ditandai pengerluaran sebagian hasil *konsepsi* dari *kavum uteri* melalui *kanalis servikalis*.

b. Etiologi

Penyebab *abortus* disebabkan karena beberapa faktor umumnya *abortus* didahului oleh kematian janin. (Sastrawinata,2011). Faktor-faktoryang dapat menyebabkan terjadinya *abortus* antara lain:

- 1) Faktor janin

Kelainan yang sering dijumpai pada *abortus* adalah kelainan perkembangan *zigot*, *embrio*, janin bentuk awal, atau kadang-kadang *plasenta* (Chunningham, 2011). Kelainan tersebut biasanya menyebabkan *abortus* pada trimester pertama, yaitu:

a) Kelainan telur (*Blighted ovum*)

Pada separuh embrio mengalami degenerasi atau tidak ada sama sekali, kerusakan *embrio*, atau kelainan *kromosom* (*trisomi autosom*, *monosomi*) (Cunningham, 2011)

b) Faktor lingkungan *endometrium*

Endometrium yang belum siap untuk menerima implementasi hasil *konsepsi* dan gizi ibu yang kurang karena *anemia* atau jarak kehamilan terlalu dekat. (Manuaba, 2012)

c) Pengaruh luar

Infeksi *endometrium* yaitu *endometrium* tidak siap menerima hasil *konsepsi* dan hasil *konsepsi* terpengaruh oleh obat dan *radiasi* yang menyebabkan pertumbuhan hasil *konsepsi* terganggu. (Manuaba, 2012)

2) Faktor Ibu

a) Umur

Umur pada resiko *abortus* spontan meningkat seiring dengan usia ibu dan ayah. Faktor *abortus* secara klinis terdeteksi meningkat dari 12% pada wanita berusia <20 minggu dan menjadi 26% pada mereka yang usianya lebih dari 40 tahun. (Cunningham, 2011)

b) Paritas atau jumlah anak lahir

Paritas juga mempengaruhi peningkatan terjadinya abortus apabila wanita atau klien hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan *aterm*. (Cunningham, 2011)

c) Penyakit menahun ibu seperti *hipertensi*, penyakit ginjal, penyakit hati, dan penyakit *diabetes militus*. (Manuaba, 2012)

d) Penyakit infeksi

Sejumlah penyakit kronik diperkirakan menyebabkan abortus seperti *herpes simplek* yang dapat menyebabkan *abortus* setelah terjadi infeksi *genetalia* pada awal kehamilan, *HIV* dalam darah ibu. (Cunningham, 2011)

Infeksi maternal dapat membawa resiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. (Sastrawinata, 2011). Selain itu penyakit infeksi yang menyebabkan terjadinya abortus seperti *pneomonia*, *tifus abdominalis*, *malaria* dan *sifilis* juga dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui *plasenta*. (Manuaba, 2012)

e) Kelainan *endokrin*

Abortus spontan dapat terjadi bila produksi *progesteron* tidak mencukupi atau pada penyakit *disfungsi tiroid* dan *defisiensi insulin*. (Sastrawinata, 2011)

f) *Anemia*, ibu melalui gangguan nutrisi dan perdarahan oksigen menuju sirkulasi *retroplasenter*. (Manuaba, 2012)

g) *Defisiensi progesteron*

Kurangnya *sekresi progesteron* oleh *korpus luteum* atau *plasenta* yang dapat menyebabkan peningkatan kejadian *abortus*. (Cunningham, 2011)

h) *Aktifitas atau pekerjaan*

Pekerjaan ibu yang dilakukan sehari-hari tanpa dibatasi atau istirahat yang cukup, hal ini akan mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan janin. Hal ini akan dapat mengakibatkan terjadinya *abortus inkomplet* (Linarti, 2013)

i) *Pendidikan*

Pendidikan ibu dapat mempengaruhi tingkat terjadinya abortus, dimana ibu yang berpendidikan rendah kurang memperhatikan perkembangan dan kesehatan kehamilannya, karena kurangnya pengetahuan ibu sehingga pada umumnya ibu tidak peduli dengan keadaannya. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi kesadaran ibu akan kesehatan dirinya dan kehamilannya (Linarti, 2013)

3) *Kelaianan pada plasenta*

Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab sehingga *plasenta* tidak berfungsi, gangguan pembuluh darah *plasenta*, diantaranya *Diabetes Melitus*, sedangkan *hipertensi* yang menyebabkan gangguan perdarahan darah *plasenta* sehingga mengakibatkan keguguran atau *abortus*. (Manuaba, 2012)

4) *Gamet yang menua*

Peningkatan *insiden abortus* yang relatif terhadap kehamilan normal apabila *inseminasi* terjadi 4 hari sebelum atau 3 hari sesudah saat pergeseran suhu tubuh basal. Pada penuaan *gamet* di dalam saluran *genetalia* wanita sebelum pembuahan meningkatkan terjadinya *abortus*. (Cunningham, 2011)

5) Trauma

Kasus *trauma* ini jarang terjadi, umumnya *abortus* terjadi segera setelah *trauma* tersebut, misalnya *trauma* akibat pembedahan yaitu pengangkatan ovarium yang mengandung *korpus luteum graviditatum* sebelum minggu ke-8, pembedahan *intra abdominal* dan operasi pada *uterus* disaat hamil. (Sastrawinata, 2011)

6) Nutrisi

Tidak ada bukti yang menyakinkan bahwa defisiensi salah satu zat gizi atau *defisiensi* sedang semua nutrien merupakan penyebab *abortus* yang penting. Mula dan muntah yang timbul agak sering pada awal kehamilan, dan semua penyakit yang dipicunya, jarang diikuti oleh *abortus* spontan. (Cunningham, 2011)

7) Faktor Ayah

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya *abortus* spontan. Translokasi *kromosom* pada *sperma* dapat menyebabkan *abortus* dimana *abnormalitas kromosom* pada

sperma berhubungan dengan *abortus* (Carrel dkk 2007 dalam Handono 2011)

8) Pemakaian obat dan Faktor lingkungan

a) Radiasi

Dalam dosis yang memadai, radiasi adalah suatu *abortifasien*. Bukti-bukti yang ada sekarang menyatakan bahwa tidak ada peningkatan resiko *aborsi* dari dosis radiasi yang kurang dari 5 *Rad*. Akan tetapi pada sebagian besar kasus, tidak banyak informasi yang dapat digunakan untuk mendakwa suatu bahan lingkungan tertentu. (Kenneth J, 2010)

b) Kafein

Kadar *paraxantin* (*metabolisme kafein*) dalam darah ibu menyebabkan peningkatan dua kali lipat resiko *abortus* spontan hanya apabila kadar tersebut sangat tinggi. Namun jika mengkonsumsi *kafein* baik dalam jumlah sedang, kecil kemungkinan menyebabkan *abortus*. (Cunningham, 2011)

c) Alkohol

Abortus spontan dan kelainan janin dapat terjadi akibat sering mengkonsumsi alkohol selama 8 minggu pertama kehamilan. (Cunningham, 2011)

d) Tembakau

Merokok dapat menyebabkan resiko terjadinya *abortus*.
(Cunningham, 2011)

e) Kontrasepsi

Tidak terdapat bukti yang mendukung bahwa kontrasepsi *oral* dan zat *spermasida* yang digunakan dalam krim dan jeli kontrasepsi menyebabkan peningkatan kejadian *abortus*. Namun alat kontrasepsi dalam rahim berkaitan dengan peningkatan kejadian *abortus septic* setelah kegagalan kontrasepsi. (Cunningham, 2011)

9) Faktor *Hematologik*

Beberapa kasus *abortus* berulang ditandai dengan *defek plasentasi* dan adanya *mikrotrombi* pada pembuluh darah plasenta. Berbagai komponen koagulasi dan fibrinolitik memegang peran penting pada implantasi embrio, invasi trofoblas, dan *plasentasi*. (Saifuddin, 2010)

10) Faktor *imunologi*

Sistem imun juga termasuk dalam faktor penting kematian janin berulang. Faktor ini dibagi menjadi dua model *patologis* utama yang berkembang, yaitu:

a) Faktor *Autoimun*

Kematian janin berulang memiliki faktor *autoimunitas*. *Antibodi* yang paling signifikan memiliki spesifisitas terhadap *fosfolipid* bermuatan negatif dan paling sering terdeteksi dengan pemeriksaan untuk anti *koagulasi lupus* dan anti bodi *antikardiolipin*. (Cunningham, 2011)

b) Faktor *Aloimun*

Kematian janin yang berulang pada wanita di *diagnosa* sebagai faktor-faktor aloimun. Pada wanita ini mendapat beberapa rangasangan *toleransi imun* ke janin. Faktor ini berpusat pada beberapa pemeriksaan, seperti perbandingan faktor ibu dan ayah, pemeriksaan serum ibu untuk mendeteksi keberadaan antibodi sitotoksik terhadap *leokosit* ayah, dan pemeriksaan serum ibu untuk mendeteksi faktor penyakit pada reaksi pencampuran *limfosit* ibu dan juga ayah. (Cunningham, 2011)

c. Patofisiologi

Keguguran atau *abortus* terjadinya dimulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh hasil *konsepsi* jaringan *plasenta*, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan *nutrisi* dan *oksigenasi*. Bagian yang terlepas dianggap benda asing, sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan *kontraksi*. Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang mengakibatkan berbagai penyulit. Oleh karena itu, keguguran memiliki gejala umum sakit perut karena *kontraksi* rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil *konsepsi*. (Manuaba, 2012)

Pada abortus spontan biasanya kematian *embrio* terjadi paling lama 2 minggu sebelum perdarahan. Oleh karena itu pengobatan untuk mempertahankan janin tidak layak dilakukan jika telah terjadi perdarahan banyak karena abortus tidak dapat dihindari. Sebelum

minggu ke 10, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan dengan lengkap. Hal ini disebabkan sebelum minggu ke 10 *villi korialis* belum menanamkan diri dengan erat ke dalam *desidua* hingga telur mudah lepas keseluruhannya. Antara minggu ke 10-12 korion tumbuh dengan cepat dan hubungan villi korialis dengan *desidua* makin erat hingga mulai saat tersebut sering sisa-sisa *korion (plasenta)* tertinggal jika terjadi *abortus*. (Sastrawinata,2011)

Pengeluaran hasil konsepsi didasarkan 4 cara, yaitu:

- 1) Keluarnya kantong *korion (plasenta)* pada kehamilan yang sangat dini, meninggalkand*desidua*.
- 2) Kantong amnion dan isinya (fetus) di dorong keluar, meninggal *korion* dan*desidua*.
- 3) Pecahnya *amnion* terjadi dengan putusnya tali pusat dan pendorongan janin keluar, tetapi mempertahankan sisa *amnion* dan *korion* (hanya janin yangdikeluarkannya).
- 4) Seluruh janin dan *desidua* yang melekat didorong keluar secara utuh. Sebagian abortus termasuk dalam tiga tipe pertama, karena itu kuretasi diperlukan untuk membersihkan uterus dan mencegah perdarahan atau infeksi lebih lanjut. (Sastrawinata, 2011)

d. Tanda dan Gejala *Abortus*

- 1) Adanya keterlambatan datang bulan
- 2) Terjadinyaperdarahan
- 3) Disertai sakitperut

- 4) Dapat diikuti oleh pengeluaran hasil *konsepsi*
- 5) Pemeriksaan hasil tes positif dapat masih positif atau sudah negatif.
(Manuaba, 2012).

Gejala klinis abortus inkomplit, yaitu :

- 1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan *anemis*.
- 2) Perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat.
- 3) Terjadi infeksi dengan ditandai suhu tinggi.
- 4) Dapat terjadi degenerasi ganas (*korio karsinoma*). (Manuaba, 2012)

e. Diagnosa

Abortus diduga bila seseorang perempuan dalam masa reproduksi mengeluh adanya keterlambatan haid atau *amenorea* kurang dari 20 minggu yang disertai perdarahan pervaginam, disertai jaringan dan rasa nyeri atau kram dibagian supra simfisis. Pada abortus inkomplit jika sebagian hasil *konsepsi* telah keluar, namun sebagian masih tertinggal di dalam rahim dan *ostium uteriksternum* dijumpai terbuka, kadang-kadang teraba adanya jaringan atau bahkan kadang menonjol di *ostium*.
(Achadiat, 2014)

f. Komplikasi Abortus

Komplikasi atau penyulit yang menyertai terjadinya abortus, beberapa diantaranya:

- 1) Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi sedikit dalam waktu yang panjang atau lama yang mendadak banyak sehingga menimbulkan syok. Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya (Manuaba, 2012)

2) *Perforasi*

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 laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi dikerjakanlah penjahitan luka perforasi atau histerektomi. *Perforasi uterus* pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas dan mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih dan usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya *perforasi*, *laparotomi* harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada *uterus* dan apakah ada perlukaan pada alat-alat lain, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi keadaan. (Manuaba, 2012)

3) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (*Syok hemoragik*) dan karena infeksi berat (*Syok endoseptik*). (Prawirohardjo, 2013)

4) Infeksi

Komplikasi umumnya adalah metritis, tetapi dapat juga terjadi *parametritis*, *peritonitis*, endokarditis dan septikemia. Infeksi yang terjadi umumnya karena adanya bakteri *anaerob*, kadang ditemukan *koliform*. Terapi infeksi antara lain adalah evakuasi segera produk *konsepsi* disertai *antimikroba spektrum* luas secara intravena. Apabila timbul sepsis dan syok maka perlu diberikan terapi *suportif*. (Manuaba, 2012)

g. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Lakukan pemeriksaan *HCG* serial setiap 2-3hari.
- 2) Pemeriksaan doppler atau USG, untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- 3) Kunjungan klinik mingguan (kunjungan ulang). (Sinclair, 2010)

h. Penatalaksanaan *Abortus Inkomplit*

- 1) Menentukan besar uterus (taksiran usia *gestasi*), kenali dan atasi setiap komplikasi.
- 2) Hasil *konsepsi* yang terperangkap pada serviks yang disertai perdarahan hingga ukuran sedang, dapat dikeluarkan secara unam ovum. Setelah itu evaluasi perdarahan :
 - a) Bila perdarahan berhenti, beri *ergometrin* 0,2 mg IM atau *misoprostol* 400 gr peroral.
 - b) Bila perdarahan terus berlangsung, evaluasi hasil *konsepsi* dengan AVM atau D&K tergantung dari usia *gestasi*, pembukaan *serviks* dan keberadaan bagian-bagian janin.

- c) Bila tidak ada tanda-tanda infeksi, beri antibiotik *profilaksis* (*ampisilin 500gr oral atau dosisiklin 100gr*).
- d) Bila terjadi infeksi, beri ampisilin 1 gr dan *metranodazole* 500 mg setiap 8jam.
- e) Bila terjadi perdarahan hebat dan usia *gestasi* dibawah 16 minggu segera lakukan *evakuasi* dengan AVM.
- f) Bila pasien tampak anemik, berikan *sulfas ferosus* 600mg per hari selama 2 minggu pada anemia sedang atau transfuse darah pada anemia berat. (Prawirohardjo, 2013)

Untuk kasus abortus inkomplit erat kaitannya dengan abortus tidak aman, oleh karena itu perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Pastikan tidak ada komplikasi berat seperti sepsis, perforasi uterus dan cedera intra abdomen (mual-muntah, nyeri pinggang, demam, perut kembung, nyeri perut bawah, dinding perut tegang).
- b) Bersihkan ramuan tradisional, jamu, bahan kuastik, kayu atau benda-benda lainnya dari region genitalia.
- c) Berikan boster tetanus toksoid 0,5 ml bila tampak luka kotor pada dinding vagina atau kanalis servisis dan pasien pernah diimunisasi.
- d) Bila riwayat pemberian imunisasi tidak jelas, berikan serum antio tetanus (ATS) 1500 unit IM diikuti dengan pemberian *tetanus toksoid* 0,5 ml setelah 4 minggu.

- e) Konseling untuk kontrasepsi pasca keguguran dan pemantauan lanjut. (Prawirohardjo, 2013)

2. Faktor- faktor yang Berhubungan dengan *Abortus Inkomplit*

a. Usia

Berdasarkan teori Prawirohardjo (2013) pada kehamilan usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya. Akibatnya, selain tidak ada persiapan, kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi stress. Akan meningkatkan resiko terjadinya abortus.

Kejadian *abortus* berdasarkan usia 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti usia 30 sampai dengan 34 tahun dan antara 25 sampai dengan 29 tahun. Hal ini disebabkan usia diatas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan. selain itu, ibu cenderung memberi perhatian yang kurang terhadap kehamilannya dikarenakan sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali dan tidak bermasalah pada kehamilan sebelumnya.

Menurut Kenneth J. Leveno et al (2010) pada usia 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak prematur, persalinan lama, perdarahan, dan abortus. Abortus spontan yang secara klinis terdeteksi meningkat dari 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan menjadi 26% pada wanita berusia lebih dari 40 tahun.

Menurut Bobak, (2010) Usia seorang ibu berkaitan dengan alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah pada

usia 20-35 tahun. Pada usia >35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini. Usia yang kemungkinan tidak risiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu umur 20-35 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Sedangkan umur <20 tahun atau >35 tahun merupakan risiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun anak yang dilahirkan.

Idealnya, kehamilan berlangsung saat ibu berusia 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagai perempuan hamil berusia dibawah 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagian perempuan hamil berusia dibawah 20 tahun dan tidak sedikit pula yang mengandung di atas usia 35 tahun. Padahal kehamilan yang terjadi dibawah usia 20 tahun maupun diatas usia 35 tahun termasuk berisiko, karena dibayang-bayangi beragam faktor gangguan (Muharram, 2011).

Bertambahnya usia pada wanita juga sangat berpengaruh terhadap jumlah sel telur yang belum dikeluarkan dari ovarium atau indung telur. Diusia pubertas, seorang wanita akan memiliki sekitar 300 ribu sel telur. Telur-telur ini akan dilepaskan satu demi satu setiap bulan bersamaan dengan siklus menstruasi (ovulasi) dan siap untuk dibuahi. Ketika wanita mengalami menopause di usia 50-55 tahun, terdapat beberapa ribu sel telur berusia tua saja yang masih

tertinggal diindung telur. Itu sebabnya, wanita yang menjelang menopause kesulitan mengalami ovulasi. Sel-sel yang sudah tua mengalami penurunan kemampuan untuk dibuahi dan kehilangan kemampuan untuk menghasilkan hormon, terutama estrogen dan progesterone. Kemungkinan keguguran pada perempuan yang mengandung anak pertama diusia 35 tahun ke atas, yaitu sekitar 20%. Keguguran terjadi dibawah usia 16-20 minggu (Evariny, 2012).

Kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasilkehamilan itu sendiri, risiko abortus semakin bertambah seiring dengan pertambahan umur. Kehamilan pada umur <20 tahun atau >35 tahun merupakan salah satu dari faktor risiko tinggi kehamilan disamping paritas, riwayat persalinan, gizi ibu, keadaan sosial ekonomi, psikis ibu dan pemeriksaan antenatal (Rahmawati, 2011).

Usia mempengaruhi angka kejadian abortus yaitu usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun, kurun waktu reproduksi sehat adalah 2035 tahun dan keguguran dapat terjadi di usia muda/remaja dikarenakan alat reproduksi belum matang dan belum siap untuk hamil. Frekuensi abortus bertambah dari 12% pada wanita kurang dari 20 tahun, menjadi 26% pada wanita diatas 40 tahun. Usia seorang ibu berkaitan dengan alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah pada usia 20-35 tahun. Pada usia >35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini (Mariani, 2012).

Umur mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan ibu. Ibu yang berumur dibawah 20 tahun organ reproduksinya yang belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan yang belum bersedia menjadi ibu yang dapat mengakibatkan peningkatan risiko mengalami persalinan komplikasi atau komplikasi obstetrik seperti toksemia, eklamsia, solusio plasenta, inersia uteri, perdarahan post partum, persalinan macet, BBLR, kematian neonatus dan perinatal. Demikian juga ibu yang berumur di atas 35 tahun mempunyai risiko 2 atau 3 kali untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan seperti perdarahan atau hipertensi dalam kehamilan, dan partus lama (Winknjosastro, 2010).

Menurut Astuti Maya (2010) asumsi peneliti umur berpengaruh terhadap kejadian abortus karena mengingat seorang wanita yang ingin hamil, mereka harus mempersiapkan diri secara fisik maupun mental, wanita yang memiliki usia kurang dari 20 tahun tentunya belum memiliki kematangan organ- organ reproduksi sehingga dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin, selain itu psikologinya juga belum mapan untuk menerima perubahan yang terjadi selama hamil, begitupula wanita yang usianya lebih dari 35 tahun, mereka memiliki alat reproduksi yang sudah tidak sanggup lagi bekerja semaksimal mungkin, sehingga kejadian abortus lebih sering terjadi.

b. Paritas

Paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan keadaan seorang anak yang dapat hidup yang dibedakan menjadi

primipara, multipara, dan grande multipara (Manuaba, 2010).

Paritas merupakan faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya abortus, pada paritas yang rendah (paritas 1) ibu belum memiliki pengalaman sehingga tidak mampu dalam menangani komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3) maka uterus semakin lemah sehingga semakin besar resiko komplikasi kehamilan (Winkjosastro, 2010).

Paritas adalah banyaknya anak yang dimiliki ibu dimulai dari anak yang pertama sampai anak yang terakhir. Kondisi rahim dipengaruhi juga oleh jumlah anak yang dilahirkan, Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (Bobak, 2010).

Menurut Winkjosastro (2010), Gravida adalah wanita yang sedang hamil. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali. Para adalah seorang wanita hamil yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*Viable*). Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang viable untuk pertama kali. Multipara atau pleuripara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang untuk beberapa kali.

Menurut penelitian (Setiadi, 2010) Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal seperti kejadian abortus. 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 1 dapat ditangani 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, ruptur uteri, hipertensi, penyakit ginjal, anemia, kelainan letak, prolapsus uteri, diabetesmellitus.

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (> 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, lebih tinggi paritas maka lebih tinggi kematian maternal. Salah satu terjadinya abortus dikarenakan jumlah paritas yang meningkat (Cunningham, 2011). frekuensi terjadinya abortus meningkat bersamaan dengan meningkatnya angka graviditas, 6% kehamilan pertama atau kedua berakhir dengan abortus, angka ini meningkat menjadi 16% pada kehamilan ke 3 dan seterusnya.

Uterus yang meregang adalah etiologi dari abortus sehingga dapat disimpulkan bahwa paritas yang meningkat menjadi salah satu faktor resiko ibu untuk terjadi abortus. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan dengan paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Rahmawati, 2011).

Hubungan paritas dengan abortus menjelaskan bahwa kejadian abortus dapat terjadi 3 kali lebih besar pada paritas tinggi dan juga nulipara. Angka kejadian abortus pada hasil penelitian tersebut terdapat abortus pada multipara dan semakin tinggi kejadiannya pada grande multipara. Kejadian abortus pada paritas tinggi berkaitan dengan kesehatan ibu karena kurangnya istirahat dan hamil yang terlalu dekat, apalagi bila disertai dengan abortus pada kehamilan sebelumnya. Frekuensi kejadian abortus meningkat bersamaan dengan meningkatnya angka graviditas, 6% pada kehamilan pertama dan kedua berakhir dengan abortus, angka ini meningkat menjadi 16% pada kehamilan keempat dan seterusnya (Rahmawati, 2011).

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai, tidak mempengaruhi paritas. 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 diluar uterus, sekitar 22 minggu periode menstruasi (20 minggu kehamilan) atau berat janin lebih dari 500 gram (Bobak, 2010).

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 1 dapat ditangani 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, ruptur uteri, hipertensi, penyakit ginjal, anemia, kelainan letak, prolapsus uteri, iabetes melitus (Winkjosastro, 2010).

Paritas berpengaruh terhadap kejadian abortus, karena ibu hamil dengan paritas tinggi otomatis memiliki otot rahim yang lemah dibandingkan dengan ibu hamil dengan paritas primi, sehingga otot rahim yang lemah tidak mampu menyokong janin dengan sempurna, sehingga dapat beresiko untuk terjadinya abortus.

c. Pekerjaan

Ibu yang bekerja lebih berisiko mengalami abortus inkomplit dibanding ibu yang tidak bekerja. Menurut Hartono (2006) dalam Pitriani (2013) bahwa kesehatan reproduksi wanita karena apabila bekerja pada tempat yang berbahaya seperti: bahan kimia, radiasi dan jika terpapar bahan tersebut yang mengakibatkan abortus. Kerena pada kehamilan trimester pertama, dimana embrio berdiferensi untuk membentuk system organ. Jadi bahan berbahaya yang masuk kedalam tubuh wanita hamil dapat mempengaruhi perkembangan hasil konsepsi. Hasil penelitian ini memiliki korelasi dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurjaya (2005) dalam Pitriani (2013) menyatakan bahwa ibu yang bekerja memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dibanding ibu yang tidak

bekerja. Namun yang menjadi masalah adalah terhadap reproduksi wanita, karena apabila bekerja pada tempat yang banyak terdapat bahan berbahaya seperti zat kimia, radiasi dan jika terpapar. Sehingga kehamilan tersebut mengakibatkan trauma mekanis yang berakHIR dengan abortus.

3. Penelitian Terkait

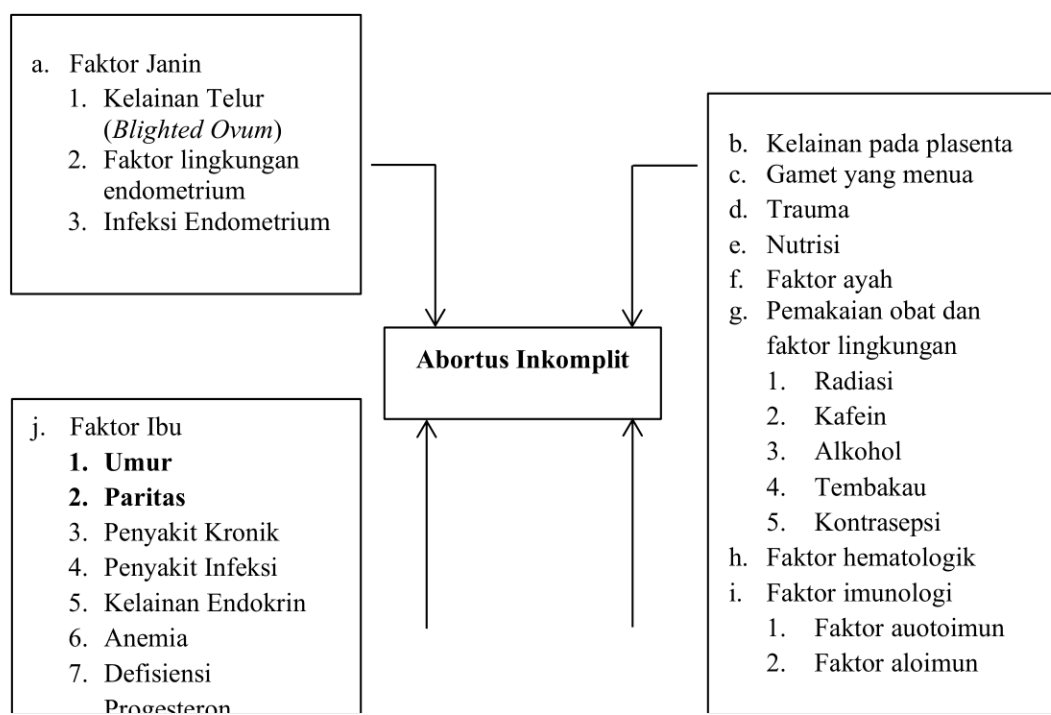
- a. Gunanegara R.F, dkk (2014) dengan judul penelitian “*Hubungan Abortus Inkomplit Dengan Faktor Risiko Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Pindad Bandung Periode 2013-2014*”. Penelitian yang digunakan bersifat deskriptif, serta dengan metode penelitian survei analitik. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Sampel sebanyak 130 sampel yang merupakan pasien ibu hamil yang mengalami abortus dan dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Pindad Bandung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil di Rumah Sakit Pindad Bandung dengan faktor risiko seperti usia berisiko yaitu dibawa 20 tahun serta diatas dan sama dengan 35 tahun, usia kehamilan dibawah 12 minggu, frekuensi paritas diatas 4 kali, dan memiliki riwayat abortus tidak memiliki kecenderungan untuk mengalami kejadian abortus inkomplit pada kehamilannya.

- b. Rahayu (2016) dengan judul penelitian “Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Abortus Inkomplit Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2016”. Desain penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan variabel, Usia Ibu, Paritas, Pendidikan Ibu, dan Pekerjaan Ibu. Dengan Populasi ibu yang mengalami abortus inkomplit disertai syok hemoragik, sampel berjumlah 48, besarnya sampel sama dengan populasi yang tercatat dalam buku register catatan non persalinan di ruang kebidanan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2015-2016. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 48 ibu dengan abortus inkomplit yang disertai syok hemoragik tertinggi terjadi pada ibu dengan usia risiko tinggi 26 (51%), paritas rendah sebanyak 34 (70,9%), pendidikan tinggi 25 (52,1%) dan pada ibu yang tidak bekerja 42 (70,9%). Disarankan kepada ibu selama hamil untuk rutin memeriksakan kehamilan kepada petugas kesehatan serta jangan segan untuk mencari informasi seputar kehamilan, sehingga dapat mencegah tanda – tanda bahaya dan komplikasi secara dini agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.
- c. Qubro D.Z, dkk (2018) dengan judul penelitian “*Hubungan Antara Usia Dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Abortus Di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung*”. Penelitian ini menggunakan metode survey analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan di Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung pada bulan Februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan secara total sampling yaitu

seluruh populasi dijadikan sampel kemudian diikuti dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel pada penelitian ini sebanyak 42 responden pasien abortus tahun 2016 di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung. Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok abortus komplit didapatkan terbanyak pada usia 20-35 tahun sebanyak 2 orang (66,7%). Pada kelompok abortus inkomplit didapatkan terbanyak pada usia 20-35 tahun sebanyak 24 orang (61,5%).

B. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian merupakan kumpulan teori yang mendasari topik penelitian, yang disusun berdasar pada teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaidah input, proses dan output (Saryono, 2011). Kerangka teori penelitian dijelaskan dalam skema berikut ini: Kerangka teori penelitian ini dijelaskan dalam skema berikut ini:

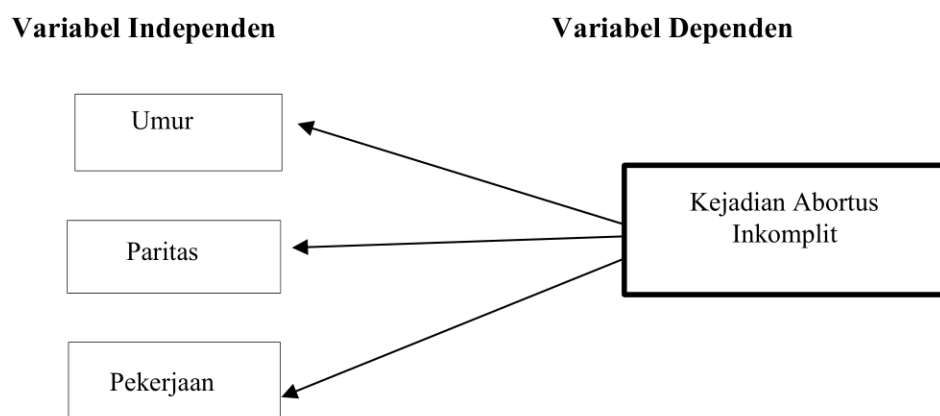


Sumber: Manuaba (2012)

Skema 2.1 Kerangka Teori

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dijelaskan pada skema berikut ini:

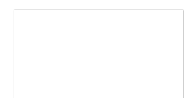


Skema 2.2 Kerangka Konsep

C. Hipotesa

Hipotesa dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan faktor umur dengan kejadian *abortus inkomplit*
2. Terdapat hubungan paritas dengan kejadian *abortus inkomplit*
3. Terdapat hubungan pekerjaan dengan kejadian *abortus inkomplit*



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

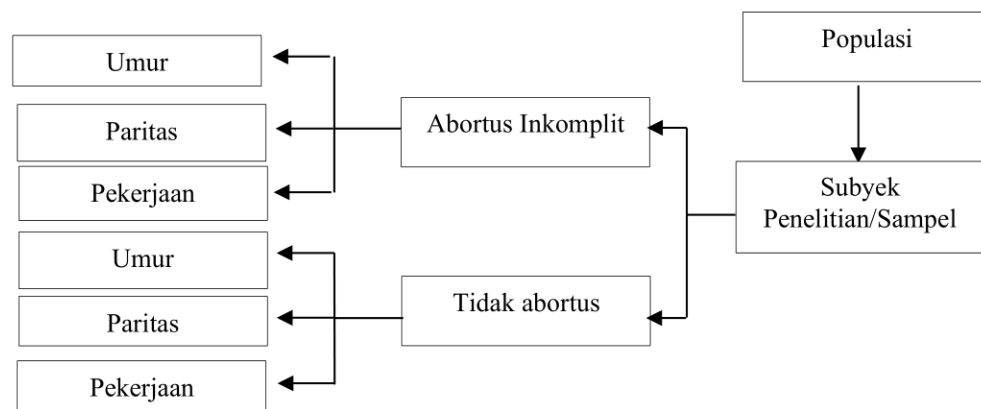
1. Rancangan penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan desain *case control* yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antara efek (dapat berupa penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor resiko tertentu. Desain penelitian *case*

control dapat dipergunakan untuk mencari hubungan faktor resiko mempengaruhi terjadinya penyakit. studi dimulai dengan identifikasi subyek dengan efek (*case*) dan subyek tanpa efek (*control*), kemudian ditelusuri faktor resiko yang dapat menerangkan mengapa kasus terkena efek sedangkan kontrol tidak (Sastroasmoro, 2011)

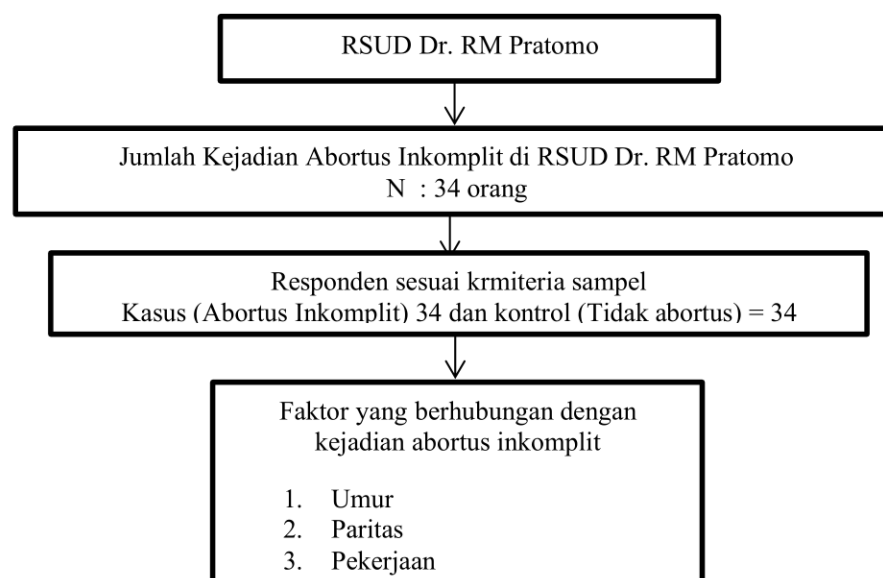
Dalam penelitian ini yang menjadi faktor resiko adalah umur, paritas dan pekerjaan dan faktor efek (akibat) yang diakibatkan oleh faktor resiko adalah kejadian *abortus inkomplit*. Subyek kasus dan kontrol keduanya diambil dari populasi yang sama yaitu ibu hamil. Kemudian ditelusuri adanya paparan faktor resiko berupa umur, paritas, pekerjaan.

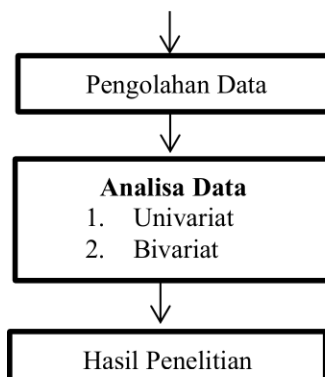
Secara skematis rancangan penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Skema 3.1 Rancangan Penelitian

2. Alur Penelitian





Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang akan peneliti lakukan meliputi :

- a. Mengajukan surat permohonan pembuatan surat izin pengambilan data kepada bagian program DIV Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan yang ditujukan ke RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir
- b. Menyerahkan surat izin pengambilan data kepada bagian tatausaha RSUD Dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir
- c. Setelah mendapatkan izin, penulis melakukan pengambilan data serta melakukan studi pendahuluan
- d. Membuat Laporan Tugas Akhir
- e. Melakukan seminar Laporan Tugas Akhir

4. Variabel penelitian

Variabel-variabel yang akan diteliti pada penelitian ini adalah :

- a. Variabel independen

Variabel independent dalam penelitian ini meliputi umur, paritas dan pekerjaan

b. Variabel dependen

Variabel dependent yang diteliti adalah kejadian abortus inkomplit

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada tanggal 15 November- 20 November 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi Kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mengalami kejadian abortus inkomplit yang tercatat di instalasi rekam medik di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir periode Januari sampai dengan Juni tahun 2020 yang berjumlah 34 orang.

b. Populasi Kontrol

Populasi control dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang hamil yang tidak mengalami kejadian abortus yang tercatat di instalasi rekam medik di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir periode Januari sampai dengan Juni tahun 2020 yang berjumlah 46 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. (Notoadmodjo, 2010). Sampel dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu:

a. Sampel kasus adalah ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit.

Sampel yang dipilih dalam penelitian ini adalah subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi setiap masing-masing anggota populasi yang dijadikan sebagai sampel, sedangkan kriteria eksklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak bisa dijadikan sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam yang harus dipenuhi pada sampel kasus adalah:

1) Kriteria inklusi

Ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit dan data rekam medik lengkap serta dapat dibaca

2) Kriteria eksklusi

a) Riwayat abortus

b) Ibu hamil dengan anemia, hipertensi

b. Sampel Kontrol dalam penelitian ini adalah sebagian ibu hamil yang tidak mengalami abortus. Sampel kontrol dalam penelitian ini juga harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

- a) Ibu hamil yang tidak mengalami abortus dan data rekam medik lengkap
 - b) Ibu hamil dengan usia kehamilan ≤ 20 minggu
- 2) Kriteria eksklusi
- a) Rekam medis tidak dapat dibaca

3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan dengan cara:

a. Sampel Kasus

Sampel kasus pada penelitian ini diambil dengan teknik *Total Sampling*. Teknik *Total sampling* menurut Sugiyono (2016) adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Pada penelitian ini sampel kasus adalah seluruh ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit yaitu sebesar 34 kasus.

b. Sampel Kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus dan kontrol adalah 1:1, maka jika jumlah sampel kasus sebanyak 34 kasus maka jumlah kasus kontrol juga sebesar 34 kasus. Sampel kontrol diambil dengan teknik *simple random sampling*.

D. Etika Penelitian

Sebuah penelitian harus memperhatikan prinsip-prinsip etik untuk memberikan jaminan bahwa keuntungan yang didapat dari penelitian jauh melebihi resiko atau efek samping yang mungkin terjadi (Dharma, 2011).

Sebagai pertimbangan etika dalam penelitian ini, peneliti meyakini bahwa responden dilindungi dengan menerapkan 3 prinsip etik, yaitu sebagai berikut:

1. *Beneficience*

Beneficience adalah memberikan keuntungan pada obyek penelitian.

Pada penelitian ini Rekam medis RSUD dr. RM Pratomo diberikan keuntungan terkait data yang belum lengkap atau tidak sesuai untuk dilakukan *cross chek*.

2. *Confidentiality*

Confidentiality adalah menjaga kerahasiaan, dalam hal ini semua data terkait dengan data pasien yang ada pada rekam medis RSUD dr. RM Pratomo menggunakan inisial dan hanya digunakan untuk penelitian serta penyajian hanya dalam forum akademik

3. *Justice*

Justice adalah suatu tindakan memberikan keadilan. Pada penelitian ini peneliti mengambil sampel secara *total sampling*, sehingga semua catatan medik pasien atau ibu yang mengalami abortus di RSUD dr. RM Pratomo mempunyai kesempatan yang sama untuk jadi responden penelitian.

E. Alat Pengumpulan Data

Pada penelitian ini peneliti menggunakan data yang berasal dari catatan medik atau regiter pasien di Instansi Rekam Medis RSUD DR. RM Pratomo. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *checklist* yang terdiri dari pertanyaan umur 1 soal, paritas 1 soal, pekerjaan 1 soal dan kejadian abortus inkomplit 1 soal.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Langkah-langkah tahap penatalaksanaan pengambilan data adalah sebagai berikut :

1. Tahap Administrasi :

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan izin pengambilan data ke Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk melakukan penelitian di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir.
- b. Menyerahkan surat izin pengambilan data ke Bagian Tata Usaha yang ada di RSUD dr. RM Pratomo sebagai syarat pengambilan data awal

2. Tahap pelaksanaan

- a. Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian ke pihak RSUD dr. RM Pratomo
- b. Mencari data sesuai dengan kebutuhan peneliti
- c. Melakukan seminar proposal
- d. Mengurus surat izin penelitian sesuai prosedur
- e. Menjelaskan kepada Instalasi Rekam Medis RSUD dr. RM Pratomo tentang maksud dan tujuan penelitian.
- f. Setelah pihak Instalasi Rekam Medis RSUD dr. RM Pratomo menyetujui, peneliti akan melakukan pengumpulan data dengan mengisi lembar *checklist* sesuai dengan catatan rekam medis yaitu ibu yang mengalami abortus di RSUD dr. RM Pratomo periode Januari sampai dengan Juli 2020.

- g. Setelah lembar *checklist* selesai diisi, maka peneliti mengembalikan buku register atau catatan medik ke Instalasi Rekam Medis RSUD dr. RM Pratomo
- h. Data yang terkumpul dilakukan analisis untuk mengetahui hubungan antar variabel

G. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap objek atau fenomena (Hidayat, 2011)

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Abortus Inkomplit	Abortus yang terjadi dengan masih tersisa hasil konsepsi dalam uterus	Lembar <i>checklist</i>	Nominal	0. Ya 1. Tidak
2	Umur	Jumlah umur sejak lahir sampai dengan saat mengalami kejadian abortus	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Beresiko : jika umur ibu < 20 tahun dan > 35 tahun 1. Tidak beresiko: jika umur ibu 20-35 tahun
3	Paritas	Jumlah persalinan yang dialami seorang ibu sebelum terjadinya abortus	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Beresiko: Jika persalinan 1->3 kali 1. Tdak beresiko: jika persalinan 2-3 kali
4	Pekerjaan	Aktifitas atau kegiatan ibu sehari-hari	Lembar <i>checklist</i>	Ordinal	0. Bekerja: jika ibu membantu

- mencari
nafkah suami
1. Tidak Bekerja:
jika ibu hanya
sebagai Ibu
Rumah
Tangga

H. Analisa Data

Analisis data digunakan untuk menjawab tujuan dari penelitian dan membuktikan hipotesis penelitian yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus inkomplit di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir, maka dilakukan analisis secara bertahap (Hastono dan Sabri, 2008) yaitu:

- a. Analisis *univariat*, untuk memberikan gambaran variabel independen yang meliputi umur, paritas dan pekerjaan dan variabel dependen yaitu kejadian abortus inkomplit. Hasil analisa ini menggunakan tabel distribusi frekuensi dan presentase.

$$P = \frac{F}{N} \times 100 \%$$

Keterangan:

P = presentasi yang dicari

F = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah seluruh observasi

- b. Analisis *bivariat*, digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus inkomplit di RSUD dr. RM Pratomo Kabupaten Rokan Hilir. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini

adalah uji statistik *chi-square* dengan taraf signifikansi yang diinginkan adalah 95% ($\alpha = 0,05$). Pedoman dalam menerima hipotesis: apabila nilai probabilitas (p) $< 0,05$ maka H_0 ditolak, apabila (p) $> 0,05$ maka H_0 gagal ditolak untuk masing-masing hipotesis