

**IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO IBU DENGAN ABORTUS  
INKOMPLIT DI RSU DEWI SARTIKA KOTA KENDARI  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2016**



**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Diploma III Kebidanan Di Poltekkes  
Kementrian Kesehatan Kendari

**OLEH:**

**NUR FAUZIA**  
**P00324014023**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI  
JURUSAN DIII KEBIDANAN  
2017**

**HALAMAN PERSETUJIAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT  
DI RSU DEWI SARTIKA KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI  
Tenggara TAHUN 2016**

Diajukan Oleh:

**NUR FAUZIA**

**P00324014023**

Telah disetujui dan dipertahankan untuk ujian Karya Tulis Ilmiah dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Politeknik Kemenkes Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan

Kendari, Juni 2017

**PEMBIMBING I**



Hendra Yulita, SKM, M. PH

Nip: 197107201998032001

**PEMBIMBING II**



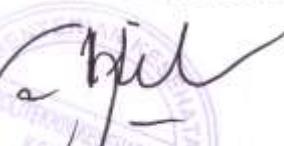
Yustiari, SST, M. Kes

Nip: 198011172007012016

**Mengetahui;**

Ketua Jurusan Kebidanan

Poltekkes Kemenkes Kendari



Halijah, SKM., M. Kes

NIP: 196209201987022002

**HALAMAN PENGESAHAN**

**IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT  
DI RSU DEWI SARTIKA KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI  
Tenggara TAHUN 2016**

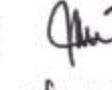
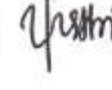
**KARYA TULIS ILMIAH**

**NUR FAUZIA**

**P00324014023**

Telah diuji dan disahkan Dalam Ujian Karya Tulis Ilmiah pada Tanggal 27 Juli 2017 dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan DII Kebidanan

**TIM PENGUJI:**

- |              |                               |   |
|--------------|-------------------------------|---|
| 1. Penguji 1 | : Melania Asi, S.Si.T,M.Kes   | (  ) |
| 2. Penguji 2 | : Hasmia Naningsih, SST,M.Keb | (  ) |
| 3. Penguji 3 | : Nasrawati, S.Si.T.,MPH      | (  ) |
| 4. Penguji 4 | : Hendra Yulita, SKM, M.PH    | (  ) |
| 5. Penguji 5 | : Yustiari, SST, M.Kes        | (  ) |

**Mengetahui;**

Ketua Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Kendari

  
Halliah, SKM.,M.Kes  
Nip : 196209201987022002

## RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas

- a. Nama : Nur Fauzia
- b. Tempat Tanggal Lahir : Baubau, 12 Desember 1995
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Suku/Bangsa : Buton
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Jl. Jend. A. Nasution Kelurahan Kambu

### II. Jenjang Pendidikan

- a. SD Negeri 2 Bataraguru Tahun 2008
- b. SMP Negeri 1 Baubau Tahun 2011
- c. SMA Negeri 2 Baubau Tahun 2014
- d. DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari masuk Tahun 2014-sekarang

## INTISARI

### IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSUD DEWI SARTIKA KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2016

Nur Fauzia<sup>1</sup>, HendraYulita, SKM, M. PH<sup>2</sup>, Yustiari, SST, M.Kes<sup>3</sup>

**LatarBelakang:**Abortus inkomplit dapat didefinisikan sebagai pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Kejadian abortus inkomplit diperkirakan terjadi pada 10-15% kehamilan.

**Tujuanpenelitian :**Untuk mengidentifikasi factor risiko ibu dengan abortus inkomplit berdasarkan umur, pendidikan, jarak kehamilan, paritas, dan riwayat abortus.

**Metodepenelitian :** penelitian deskriptif, sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami abortus inkomplit di ruang kebidanan RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 sebanyak 172 ibu.

**Hasilpenelitian :** dilihat dari segi umur ibu yang mengalami abortus inkomplit banyak pada umur beresiko (<20 tahun dan>35 tahun) yaitu 91 ibu (52,9%) dan sedikit pada umur tidak beresiko (20-35 tahun) yaitu 81 (47,0%), dari segi pendidikan lebih banyak terjadi pada ibu yang memiliki pendidikan rendah yaitu 72 ibu (41,8%) dan sedikit pada ibu yang memiliki pendidikan menengah yaitu 41 ibu (23,8%), dari segi jarak kehamilan lebih banyak terjadi pada ibu yang memiliki jarak kehamilan <2 tahun yaitu 68 ibu (39,5%) dan sedikit pada ibu yang belum pernah hamil sebelumnya yaitu 44 ibu (26,1%), dari segi paritas lebih banyak terjadi pada ibu yang memiliki paritas multipara sebanyak 93 ibu (54,0%), dan sedikit pada paritas grandemultipara sebanyak 34 (19,7), dari segi riwayat abortus lebih banyak terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya sebanyak 131 ibu (76,1%) dan yang paling sedikit pada ibu yang memiliki riwayat abortus 2x sebanyak 9 ibu (5,2%).

**Kesimpulan:** yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok umur beresiko (<20 dan>35) yaitu 91 ibu (52,9%), pendidikan rendah 72 ibu (41,8%), jarak kehamilan <2 tahun 68 ibu (39,5%), paritas multipara sebanyak 93 ibu (54,0%), dan riwayat abortus yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya sebanyak 131 ibu (76,1%).

**Kata kunci :**Abortus Inkomplit, Umur, Pendidikan, Jarak Kehamilan, Paritas, RiwayatAbortus

**Daftarpustaka :**25 (2003-2016)

- 
1. Mahasiswa poltekes kendari jurusan kebidanan
  2. Dosen poltekes kemenkes kendari jurusan kebidanan

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan dan rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Identifikasi Faktor Risiko Ibu dengan Abortus Inkomplit di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016”.

Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah pantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada ibu Hendra Yulita, SKM, M. PH selaku pembimbing I dan ibu Yustiari, SST, M. Kes selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Petrus, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Halijah, SKM., M. Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari.
3. Direktur Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari
4. Ibu Melania Asia, S. Si. T, M.Kes, ibu Hasmia Naningsih, SST, M.Keb, ibu nasra selaku penguji dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Seluruh dosen dan staf pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Kedua orang tuaku, ayahanda La Ibu Aly dan ibunda Nuria serta saudara-saudaraku Khairun Ahmad, Nur Asni dan Nur Muima yang senantiasa memberikan dukungan, kasih sayang, bimbingan, dorongan, motivasi serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis menempuh pendidikan.
7. Seluruh teman-teman D-III Jurusan Kebidanan kelas IIIA Poltekkes Kendari, yang senantiasa saling memberikan dukungan, motivasi, dorongan dan kasih sayang selama menempuh pendidikan untuk berjuang bersama.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini serta sebagai bahan pembelajaran.

Kendari, Juni 2017

penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
INTISARI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Keaslian Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka.....	8
B. Landasan Teori.....	24
C. Kerangka Konsep.....	30
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian.....	31

B. Waktu dan Tempat Penelitian .....	31
C. Populasi dan Sampel .....	31
D. Definisi Operasional .....	32
E. Jenis dan Sumber Data.....	33
F. Instrument Penelitian.....	34
G. Analisis Data dan Penyajian Data .....	34

#### **BAB IV HASIL PENELITIAN**

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	36
B. Hasil Penelitian .....	40
C. Pembahasan .....	42

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	50
B. Saran.....	51

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **DAFTAR LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Data Sumber Daya Manusia Rumah Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari .....	39
Tabel 2	Distribusi Frekuensi Ibu Dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Umur Ibu Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.....	40
Tebel 3	Distribusi Frekuensi Ibu Dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Pendidikan Ibu Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.....	40
Tabel 4	Distribusi Frekuensi Ibu Dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Jarak Kehamilan Ibu Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 .	41
Tabel 5	Distribusi Frekuensi Ibu Dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Paritas Ibu Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.....	41
Tabel 6	Distribusi Frekuensi Ibu Dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Riwayat Abortus Ibu Di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 .	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Master Tabel
2. Surat Izin Pengambilan Data Awal
3. Surat Keterangan Pengambilan Data Rumah Sakit Umum Dewi Sartika
4. Surat Izin Penelitian Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara Badan Penelitian Dan Pengembangan
5. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian Rumah Sakit Umum Dewi Sartika

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat dan ditetapkan sebagai salah satu tujuan Millenium Development Goals (MDGs). AKI Indonesia gagal mencapai target yang ditetapkan MDGs pada tahun 2015 yaitu 102 per 100 000 kelahiran hidup. Kematian ibu akibat kehamilan, persalinan dan nifas sebenarnya sudah banyak dikupas dan dibahas penyebab serta langkah-langkah untuk mengatasinya. Meski demikian tampaknya berbagai upaya yang sudah dilakukan pemerintah masih belum mampu mempercepat penurunan AKI seperti diharapkan. Pada tahun 2012 yang lalu kita dikejutkan dengan hasil perhitungan AKI menurut SDKI yang menunjukkan peningkatan (dari 228 per 100 000 kelahiran hidup menjadi 359 per 100 000 kelahiran hidup). Diskusi sudah banyak dilakukan dalam rangka membahas mengenai sulitnya menghitung AKI dan sulitnya menginterpretasi data AKI yang berbeda-beda dan fluktuasinya kadang drastis. (Depkes, 2013)

Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, eklampsia, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Kontribusi dari penyebab kematian ibu tersebut masing-masing adalah perdarahan 28%, eklampsia 13%, aborsi yang tidak aman 11%, serta sepsis 10%. (Depkes, 2010)

Kematian ibu menurun secara bermakna pada tahun-tahun terakhir, tetapi perdarahan masih tetap menjadi penyebab kematian maternal yang utama. Perdarahan pada kehamilan awal membahayakan ibu dan merupakan masalah bagi dokter yang merawat. Gangguan perdarahan yang sering timbul pada kehamilan meliputi: abortus, inkompensasi serviks, kehamilan ektopik, dan kehamilan ganda. (Bobak, 2010)

Salah satu kejadian yang paling sering terjadi dalam bidang kebidanan dan kandungan dengan keluhan adanya perdarahan pervaginam yakni terjadinya abortus. Abortus inkomplit dapat didefinisikan sebagai pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Kejadian abortus inkomplit diperkirakan terjadi pada 10-15% kehamilan. Abortus inkomplit memiliki komplikasi dapat mengancam keselamatan ibu karena adanya perdarahan yang bisa menimbulkan kematian akibat adanya syok hipovolemik, apabila tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Ibu hamil yang mengalami abortus inkomplit dapat mengalami guncangan psikis tidak hanya ibu namun juga keluarganya. Terutama pada keluarga yang sangat menginginkan anak (cinderamatabali, 2010).

Menurut WHO pada tahun 2010, sebanyak 536.000 perempuan meninggal akibat persalinan. Sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di Negara-negara

berkembang. Rasio kematian ibu di Negara-negara berkembang merupakan tertinggi dengan 450/100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di 9 negara maju dan 51 negara persemakmuran. Menurut WHO AKI di tahun 2011, 81% diakibatkan karena komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Bahkan sebagian besar dari kematian ibu disebabkan karena perdarahan, infeksi dan preeklamsia.

Angka Kematian Ibu dalam waktu lima tahun terakhir menunjukkan trend menurun yakni dari tahun 2011 terdapat 342 AKI/100.000 KH, tahun 2012 sebesar 277, tahun 2013 sebesar 240, tahun 2014 sebesar 205 dan tahun 2015 menjadi 131. Bila dibandingkan dengan target MDG's 2015 yaitu sebesar 105 AKI/100.000 KH, dapat dikatakan bahwa target tersebut tidak tercapai, meskipun angkanya terus menurun dan telah menghampiri angka target. Walaupun demikian upaya menurunkan AKI juga tidak dapat sepenuhnya dikatakan gagal, walaupun diperlukan upaya yang lebih keras untuk dapat mencapai target yang harus diikuti dengan peningkatan pelayanan ANC (*Ante Natal Care*), PNC (*Peri Natal Care*), peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi standar. (Dinkes, 2015)

Berdasarkan data Rekam Medik Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2010 jumlah pasien yang

mengalami abortus berjumlah 236 kasus yang mengalami abortus inkomplit sebanyak 152 kasus (64%). Tahun 2011 jumlah pasien yang mengalami abortus berjumlah 211 kasus yang mengalami abortus inkomplit sebesar 172 kasus (81%). Tahun 2012 jumlah pasien yang mengalami abortus berjumlah 237 kasus yang mengalami abortus inkomplit berjumlah 189 kasus (69%). Berdasarkan data tersebut setiap tahun kasus abortus tergolong masih sangat tinggi.

Data Rekam Medik RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara, pada tahun 2014 jumlah pasien yang mengalami abortus inkomplit berjumlah 124 kasus (9,69%), pada tahun 2015 berjumlah 162 kasus (8,12%), dan tahun 2016 berjumlah 172 kasus (5,50%). Angka ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan data mengalami penurunan setiap tahunnya, namun masih tergolong tinggi, dan jika dibiarkan atau tanpa adanya pencegahan atau penanganan yang intensif akan menyebabkan banyaknya angka kematian pada ibu.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Identifikasi faktor risiko apakah ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan Umur ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.
- b. Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan Pendidikan ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.
- c. Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan Jarak Kehamilan ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.
- d. Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan Paritas ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.
- e. Untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu yang mengalami abortus inkomplit berdasarkan Riwayat Abortus ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi rumah sakit setempat di gunakan sebagai bahan masukan atau evaluasi terhadap pelayanan kesehatan dalam melaksanakan asuhan kepada pasien, khususnya petugas kesehatan yang bertugas di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Tahun Provinsi Sulawesi Tenggara.
2. Bagi institusi pendidikan kebidanan sebagai bahan bacaan/informasi guna meningkatkan pengetahuan tentang faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.
3. Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan mengenai faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian telah dilakukan oleh Sitti Adriani (2015) dengan judul "Identifikasi Ibu yang Mengalami Abortus Inkomplit di Ruang Kebidanan RSUD Abunawas Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara". Menggunakan metode deskriptif, teknik pengambilan data sekunder. Variabel yang digunakan yaitu umur, paritas, pendidikan, dan pekerjaan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan saya teliti yaitu terletak pada judul yaitu "identifikasi faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi

Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016”, waktu pada tahun 2017, tempat yaitu RSUD Dewi Sartika, dengan variabel berbeda yaitu jarak kehamilan, riwayat abortus.

2. Penelitian telah dilakukan oleh Desy Asiku (2014) dengan judul “Karakteristik Ibu yang mengalami abortus inkomplit di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Permata Bunda Tahun 2013”. Menggunakan metode deskriptif, teknik pengambilan data sekunder. Variabel yang digunakan yaitu umur, paritas, jarak kehamilan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan saya teliti yaitu terletak pada judul yaitu “identifikasi faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016”, waktu pada tahun 2017, tempat yaitu RSUD Dewi Sartika, dengan variabel berbeda yaitu pendidikan dan riwayat abortus.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Tinjauan Tentang Abortus**

###### **a. Pengertian Abortus**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. (Wiknodjosastro, 2010)

Abortus adalah janin yang dikeluarkan dengan berat kurang dari 500 gram atau memiliki usia gestasional kurang dari 20 minggu pada waktu dikeluarkan dari uterus sehingga tidak memiliki angka harapan untuk hidup. (Dorland, 2012)

Istilah abortus dipakai untuk menunjukkan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sampai saat ini janin yang terkecil, yang dilaporkan dapat hidup di luar kandungan, mempunyai berat badan 297 gram waktu lahir. Akan tetapi, karena jaranganya janin yang dilahirkan dengan berat badan di bawah 500 gram dapat hidup terus, maka abortus ditentukan sebagai pengakhiran kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau kurang dari 20 minggu. (Wiknodjosastro, 2010)

## b. Klasifikasi Abortus

Menurut terjadinya abortus terbagi menjadi, Maryunani Anik (2009):

### 1) Abortus Spontan

Adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.

### 2) Abortus Provokatus

Adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan. Biasanya karena kehamilan yang tidak diinginkan.

Abortus ini terbagi lagi menjadi:

a) Medisinalis (abortus therapeutica) adalah abortus karena indakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapatkan persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

b) Abortus kriminalis yaitu abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis dan biasanya dilakukan secara sembunyi-sembunyi oleh tenaga tradisional.

## c. Macam-Macam Abortus

Berbagai macam abortus sesuai tanda dan gejalanya.

(Wiknodjosastro, 2010) :

1) Abortus Iminens

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

2) Abortus Insipiens

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

3) Abortus Kompletus

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

4) Abortus Inkompletus

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

5) 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.

#### 6) Abortus Hebitualis

Abortus hebitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut.

#### 7) Abortus Infeksiosus, Abortus Septik

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

#### 8) Kehamilan Anembrionik (Blighted Ovum)

Kehamilan anembrionik merupakan kehamilan patologi di mana mudigah tidak terbentuk sejak awal walaupun kantong gestasi tetap terbentuk. Disamping mudigah, kantong kuning telur juga tidak ikut terbentuk. Kelainan ini merupakan suatu kelainan kehamilan yang baru terdeteksi setelah berkembangnya ultrasonografi.

#### d. Etiologi

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya abortus didahului oleh kematian janin. Menurut Sastrawinata, dkk (2005) penyebab abortus antara lain:

##### 1) Faktor Janin

Kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta.

Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama, yakni :

- a) Kelainan telur, telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio, atau kelainan kromosom (monosomi, trisomi, atau poliploidi).
- b) Embrio dengan kelainan lokal.
- c) Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas).

## 2) Faktor Maternal

### a) Infeksi

Infeksi maternal dapat membawa resiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, apakah janin yang terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya.

Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus:

- 1) Virus, misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, *varicella zoster*, *vaccinia*, campak, hepatitis, polio, dan ensefalomielitis.
  - 2) Bakteri, misalnya *Salmonella typhi*.
  - 3) Parasit, misalnya *Toxoplasma gondii*, *Plasmodium*
- b) Penyakit vaskular, misalnya hipertensi vascular.

c) Kelainan Endokrin

Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesterone tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid; defisiensi insulin.

d) Faktor Immunologis

Ketidak cocokan (Inkompatibilias) system HLA (*Human Leucocyte Antigen*).

e) Trauma

Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya akibat trauma pembedahan. Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum gravidarum sebelum minggu ke-8. Pembedahan intra abdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.

f) Kelainan Uterus

Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau *Retrofleksio Uteri Gravid Incarcerate*.

g) Faktor Psikosomatik.

### 3) Faktor Eksternal

#### a) Radiasi

Dosis 1-10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.

#### b) Obat-Obatan

Antagonis asam folat, antikoagulan, dan lain-lain. Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu, kecuali telah dibuktikan bahwa obat tersebut tidak membahayakan janin, atau untuk pengobatan penyakit ibu yang parah.

#### c) Bahan-bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen dan benzen.

#### e. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus adalah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok (Winkjosastro,2008).

##### 1) Perdarahan

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

## 2) Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperetrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamat-amati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakuka laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi, perforasi abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan personal gawat karena perlukaan uterus biasanya luas. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi

## 3) Infeksi

Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, terjadilah peritonitis umum atau sepsis, dengan kemungkinan diikuti oleh syok.

## 4) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan dan karena infeksi berat.

f. Penanganan

Penanganan umum abortus menurut Saifuddin (2008), adalah sebagai berikut:

- 1) lakukan penilaian awal untuk segera menentukan kondisi pasien (gawat darurat, komplikasi berat atau masih cukup stabil).
- 2) Pada kondisi gawat darurat, segera upayakan stabilisasi pasien sebelum melakukan tindakan lanjutan (evaluasi medik atau merujuk)
- 3) Penilaian medik untuk menentukan kelayakan tindakan di fasilitas kesehatan setempat atau dirujuk ke rumah sakit. Bila pasien syok atau kondisinya memburuk akibat pendarahan hebat, segera atasi komplikasi tersebut. Gunakan jarum infus besar dan berikan tetesan cepat (500 ml dalam 2 jam pertama) larutan garam fisiologis atau ringer. Periksa kadar hemoglobin, golongan darah uji padanan-silang (crossmatch).
- 4) Ingat; kemungkinan hamil ectopik pada pasien hamil muda dengan syok berat.
- 5) Bila terdapat tanda-tanda sepsis, berikan antibiotika yang sesuai.
- 6) Temukan dan hentikan dengan segera sumber pendarahan.
- 7) Lakukan pemantauan ketat tentang kondisi paska

tindakan dan perkembangan lanjutan.

Penanganan abortus sesuai dengan gejala klinisnya (Prawirohardjo, 2010):

#### 1) Abortus Imminens

Penderita diminta untuk melakukan tirah baring sampai pendarahan berhenti. Bisa diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau diberi tambahan hormon progesterone atau perivatnya untuk mencegah terjadinya abortus. Obat-obatan ini walaupun secara statistik kegunaanya tidak bermakna, tetapi efek psikologis kepada penderita sangat menguntungkan. Penderita boleh dipulangkan setelah tidak terjadi perdarahan dengan pesan khusus tidak boleh berhubungan seksual dulu sampai lebih kurang 2 minggu.

#### 2) Abortus Insipiens

Pengelola penderita ini harus memperhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan hemodinamik yang terjadi dan segera lakukan tindakan evakuasi/pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase bila pendarahan banyak. Pada umur kehamilan diatas 12 minggu, uterus biasanya sudah melebihi telur angsa tindakan evakuasi dan kuretase harus hati-hati, kalau perlu dilakukan evakuasi dengan cara digital yang kemudian disusul dengan tindakan kuretase

sambil diberikan uterotonika. Hal ini diperlukan untuk mencegah terjadinya perforasi pada dinding uterus. Pasca tindakan perlu perbaikan keadaan umum, pemberian uterotonika, dan antibiotika profilaksis.

### 3) Abortus Kompletus

Pengelolaan penderita ini tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan. Biasanya hanya diberi roboransia atau hematenik bila keadaan pasien memerlukan. Uterotonika tidak perlu diberikan.

### 4) Abortus Inkompletus

Bila terjadi perdarahan 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 hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan ialah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pasca tindakan perlu diberikan uterotonika parenteral ataupun per oral dan antibiotika.

### 5) Missed Abortion

Pada umur kehamilan kurang dari 12 minggu tindakan

evakuasi dapat dilakukan secara langsung dengan melakukan dilatasi dan kuretase bila serviks uterus memungkinkan. Bila umur kehamilan diatas 12 minggu atau kurang dari 20 minggu dengan keadaan serviks uterus yang masih kaku dianjurkan untuk melakukan induksi terlebih dahulu untuk mengeluarkan janin atau mematangkan kanalis servikalis. Beberapa cara dapat dilakukan antara lain dengan pemberian infus intravena cairan oksitosin dimulai dari dosis 10 unit dalam 500cc dekstrose 5% tetesan 20 tetes per menit dan dapat diulangi sampai total oksitosin 50 unit dengan tetesan dipertahankan untuk mencegah terjadinya retensi cairan tubuh. Jika tidak berhasil, penderita diistirahatkan satu hari dan kemudian induksi diulangi biasanya maksimal 3 kali. Setelah janin atau jaringan konsepsi berhasil keluar dengan induksi ini dilanjutkan dengan tindakan kuretase sebersih mungkin.

#### 6) Abortus Hebitualis

Kelainan ini dapat diobati dengan transfusi leukosit atau heparinisasi. Akan tetapi, dekade terakhir menyebutkan perlunya mencapai penyebab abortus ini secara lengkap sehingga dapat diobati sesuai dengan penyebabnya.

#### 7) Abortus Infeksiosus, Abortus Septik

Pengolahan pasien ini harus mempertimbangkan

keseimbangan cairan tubuh dan perlunya pemberian antibiotika yang adekuat sesuai dengan hasil kultur dan sensitivitas kuman yang diambil dari darah dan cairan fluksus/fluor yang keluar pervaginam. Untuk tahap pertama dapat diberikan Penisilin 4 x 1,2 juta unit atau Ampisilin 4 x 1 gram ditambah Gentamisin 2 x 80 mg dan Metronidazon 2 x 1 gram. Selanjutnya antibiotika disesuaikan dengan hasil kultur.

Tindakan kuretase dilaksanakan bila keadaan tubuh sudah membaik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan. Jangan lupa pada saat tindakan uterus dilindungi dengan uterotonika.

Antibiotik dilanjutkan sampai 2 hari bebas demam dan bila dalam waktu 2 hari pemberian tidak memberikan respons harus diganti dengan antibiotik yang lebih sesuai. Apabila ditakutkan terjadi tetanus, perlu ditambah dengan injeksi ATS dan irigasi kanalis vagina/uterus dengan larutan peroksida ( $H_2O_2$ ) kalau perlu histerektomi total secepatnya.

#### 8) Kehamilan Anembrionik (Blighted Ovum)

Kehamilan anembrionik dilakukan terminasi kehamilan dengan dilatasi dan kuretase secara efektif.

## 2. Tinjauan Tentang Abortus Inkomplit

### a. Pengertian

Abortus inkomplit adalah ditandai dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi dari dalam uterus, sehingga bisa memberikan gejala klinis yaitu perdarahan memanjang sampai terjadi keadaan anemis, perdarahan yang mendadak yang banyak disertai kontraksi, terjadi infeksi ditandai suhu tinggi dapat terjadi degenerasi ganas (Joseph, 2010).

Abortus inkompletus ialah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus (Wiknjosastro, 2008).

Abortus inkomplit adalah salah satu kejadian yang paling sering terjadi dalam kebidanan dan kandungan karena adanya keluhan perdarahan pervaginam. Abortus inkomplit dapat didefinisikan sebagai pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus, seiring serviks tetap terbuka karena masih ada benda asing (corpus alienum). Oleh karena itu, uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri.

### b. Diagnosa Abortus Inkomplit

- 1) Pada anamnesis dengan pasien (data subjektif) diperoleh data sebagai berikut:

- a) Nyeri abdomen: nyeri abdomen terjadi akibat kontraksi uterus dalam usaha mengeluarkan isi uterus, mula-mula nyeri cenderung ringan dan intermiten, tetapi secara bertahap menjadi lebih hebat.
  - b) Perdarahan pervaginam: Ini merupakan gejala yang paling khas dari abortus inkomplit. Jumlah perdarahan cenderung menjadi lebih banyak dari pada darah haid biasa.
  - c) Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu.
  - d) PP Test Positif
  - e) Pada pemeriksaan fisik: Keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun bahkan meningkat, denyut nadi normal, atau cepat, suhu badan normal atau menurun bahkan meningkat.
- 2) Pada pemeriksaan fisik (data objektif) diperoleh data sebagai berikut:
- a) Pemeriksaan umum  
Suhu badan normal, kecuali ada infeksi penyerta dan tanda-tanda vital lainnya normal, kecuali abortus terinfeksi atau hipovolemik akibat perdarahan hebat.
  - b) Pemerisaan abdomen  
Abdomen biasanya lunak dan tidak nyeri tekan.

c) Pemeriksaan pelvis

Pada pemerisaan spekulum sering vagina mengandung bekuan darah dan serviks tampak mendatar dan dilatasi. Jaringan plasenta dapat terlihat di ostium uteri atau vagina.

d) Pada pemerisaan vagina

Serviks lunak, mendatar dan dilatasi jaringan plasenta atau bekuan darah atau keduanya dapat teraba.

e) Kemungkinan komplikasi yaitu: dapat berlanjut menjadi abortus septik, syok hipovolemik dan anemia.

c. Penanganan Abortus Inkomplit

Penanganan/pengolahan abortus inkomplit (Wiknodjosastro, 2010):

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, dikavum uteri tampak massa hiperekok yang bentuknya tidak beraturan.

Bila terjadi perdarahan 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 hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan ialah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pasca tindakan perlu diberikan uterotonika parenteral ataupun per oral dan antibiotika.

## **B. Landasan Teori**

### **1. Umur**

Umur adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan 15 tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung, sehingga perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu perhitungan usia (Depkes, 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. (Bobak, 2010)

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 resiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap kesakitan dan kematian ibu maupun anak yang dilahirkan.

Idealnya, kehamilan berlangsung saat ibu berusia 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, 2009).

Semakin lanjut umur wanita, semakin tipis cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut usia wanita, maka resiko terjadi abortus, makin meningkat karena menurunnya kualitas sel telur atau ovum dan meningkatnya resiko terjadinya kelainan kromosom. Hal ini seiring dengan naiknya kejadian kelainan kromosom pada ibu yang berusia diatas 35 tahun. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah kejadian tumor mioma uteri pada ibu dengan usia lebih tinggi dan lebih banyak sehingga dapat menambah resiko terjadinya abortus (Erlina, 2009).

## 2. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu kegiatan atau proses belajar yang dapat terjadi dimana saja, kapan dan oleh siapa saja seseorang dapat dikatakan belajar apabila dalam dirinya terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan sesuatu menjadi dapat mengerjakan sesuatu. (Notoatmodjo, 2007)

pendidikan sangat dibutuhkan manusia untuk pengembangan diri dan meningkatkan kematangan intelektual seseorang. Kematangan intelektual akan berpengaruh pada wawasan dan cara berfikir baik dalam tindakan dan pengambilan keputusan maupun dalam membuat kebijaksanaan dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Pendidikan yang rendah membuat seseorang acuh tak acuh terhadap program kesehatan sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi, meskipun sarana kesehatan telah tersedia namun belum tentu mereka mau menggunakannya. (Martadisoebrata dalam Wahyuni, 2012)

pendidikan ibu sangat penting untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan ibu tentang kehamilan. Perubahan-perubahan apa yang terjadi ketika hamil, perawatan yang dilakukan ketika hamil, baik itu dari kebutuhan nutrisi maupun personal hygiene. Oleh karena itu pendidikan merupakan salah satu faktor yang

menyebabkan terjadinya abortus. Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan janinya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah ketika tidak mendapatkan informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik. (Sulistyawati, 2009)

### **3. Jarak Kehamilan**

Jarak kehamilan adalah jarak tahun antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan sekarang. Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama, atau perdarahan (jabortus). Insiden abortus meningkat pada wanita yang hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm.

Jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara dua sampai lima tahun, jarak yang terlalu dekat (kurang dari dua tahun) berhubungan dengan meningkatnya resiko kejadian keguguran, bayi dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2.500 gram),

kematian janin dan kematian bayi. Untuk seorang ibu, kehamilan yang terlalu dekat meningkatkan kejadian anemia karena status gizi ibu yang belum pulih, selain itu, seorang ibu bisa mengalami infeksi, ketuban pecah dini, dan perdarahan. Pada ibu-ibu yang telah sering mengalami keguguran yang terlalu dekat, kemungkinan tersering adalah karena kelainan bibit janin (kelainan kromosom dari telur, sperma atau keduanya) (Krisnadi, 2005)

Pada kehamilan jarak dekat, kemungkinan kekurangan gizi amat besar, terutama pada ibu yang menyusui, nutrisi ibu jadi berkurang sehingga janin semakin kekurangan gizi. Selain itu juga bisa mengakibatkan keguguran, selama menyusui, ada pengaruh oksitosin pada isapan mulut bayi. Oksitosin ini membuat perut ibu menjadi tegang atau kontraksi. Pada kehamilan muda, bisa terjadi pendarahan atau ancaman keguguran. (Supriyadi, 2006)

#### **4. Paritas**

Paritas adalah jumlah persalinan seluruhnya yang dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir persalinannya. Persalinan yang digolongkan dalam kategori rendah adalah persalinan yang berjumlah  $\leq 3$  kali sedangkan persalinan yang digolongkan tinggi adalah  $> 4$  kali (Maryunani, 2009).

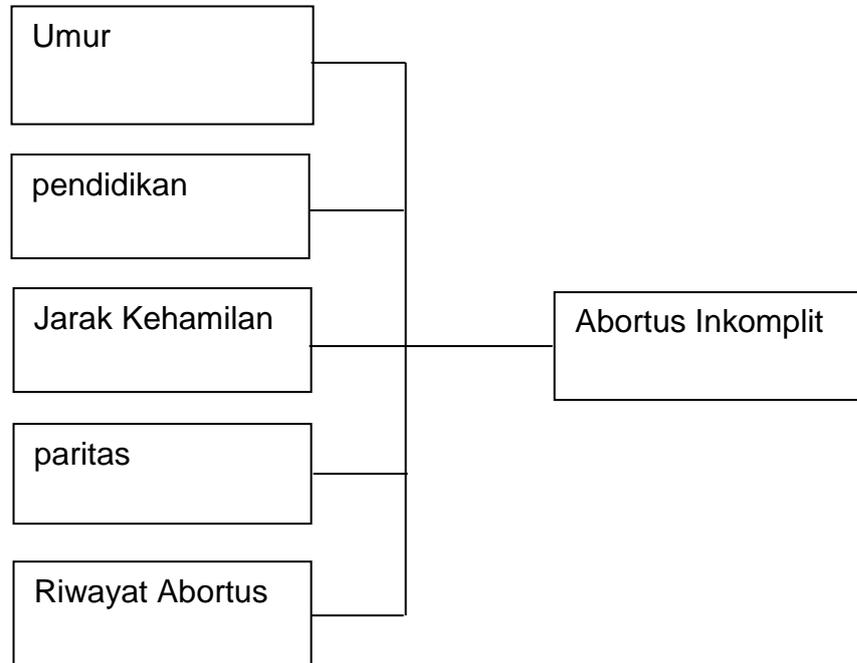
Anak lebih dari 4 (*grandemultipara*) dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Paritas 2-3

(*multipara*) merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal paritas 1 (*primipara*) dan paritas tinggi (*grandemultipara*) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada *primipara* dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada *grandemultipara* dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada *grandemultipara* adalah tidak direncanakan (Wiryawan, 2010).

## **5. Riwayat Abortus**

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

### C. Kerangka Konsep



Keterangan:

Variabel bebas (*independen*) : Umur, pendidikan, jarak kehamilan, paritas, riwayat abortus

Variabel terikat (*dependen*) : Abortus Inkomplit

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan atau memaparkan suatu objek yang diteliti tentang gambaran faktor umur, pendidikan, jarak kehamilan, paritas, riwayat abortus ibu yang mengalami abortus inkomplit.

#### **B. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada:

1. Waktu :22 Juni 2017
2. Tempat :Di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara .

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Semua ibu yang mengalami abortus inkomplit di ruang kebidanan RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 sebanyak 172 kasus.

##### **2. Sampel**

Semua ibu yang mengalami abortus inkomplit di ruang kebidanan RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 sebanyak 172 kasus. Pengambilan sampel ini dilakukan dengan metode total sampling.

## **D. Definisi Operasional**

### **1. Umur**

Umur adalah lamanya seseorang hidup yang dihitung berdasarkan ulang tahun.

Kriteria objektif:

- a. Beresiko (umur <20 tahun dan >35 tahun)
- b. Tidak beresiko (umur 20-35 tahun)

(Muharam, 2009)

### **2. Pendidikan**

Pendidikan yang dimaksud yaitu pendidikan yang ditempuh di bangku sekolah.

Kriteria objektif:

- a. Rendah (SD, SMP, MTs/ sederajat)
- b. Menengah ( SMA, MA, SMK/ sederajat)
- c. Tinggi (perguruan tinggi)

(UU NO. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasionall Bab VI pasal 41)

### **3. Jarak Kehamilan**

Jarak kehamilan adalah jarak tahun antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan sekarang.

Kriteria objektif:

- a. Belum pernah hamil sebelumnya
- b. < 2 tahun

- c.  $\geq 2$  tahun

(Ahmad Rofiq, 2008)

#### **4. Paritas**

Paritas adalah jumlah persalinan seluruhnya yang dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir persalinannya.

Kriteria objektif:

- a. Primipara
- b. Multipara
- c. Grande multipara

(Wiryawan, 2010)

#### **5. Riwayat Abortus**

Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang.

Kriteria objektif:

- a. Belum pernah abortus
- b. 1 kali
- c. 2 kali
- d.  $> 2$  kali

(Wiknodjosastro, 2009)

### **E. Jenis dan Sumber Data**

#### **1. Jenis data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah data kuantitatif yaitu hasil penelitian beserta analisisnya diuraikan dalam suatu tulisan ilmiah

yang berbentuk narasi dan tabel, kemudian dari analisis yang telah dilakukan diambil suatu kesimpulan.

## **2. Sumber data**

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data sekunder yang diperoleh dari buku registrasi RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Tenggara Tahun 2016.

## **F. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu alat tulis berupa buku dan pulpen serta lembar ceklis dan kalkulator.

## **G. Pengolahan Data, Analisa Data dan Penyajian Data**

### **1. Pengolahan Data**

Data diolah secara manual dengan menggunakan kalkulator sebelum pengolahan data terlebih dahulu dilakukan:

- a. *Seleksi* (merupakan pemilihan data)
- b. *Editing* (mengecek kembali data yang dikumpulkan dan melengkapi data yang kurang)
- c. *Coding* (pekerjaan membuat table data yang telah jumlah, dipresentasikan kemudian diuraikan makna presentasinya)

### **2. Analisa Data**

Menggunakan analisis univariabel untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase masing-masing

kelompok, selanjutnya data ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi.

Untuk mendapatkan hasil digunakan rumus deskriptif statistik, yaitu:

$$X = \frac{F}{n} \times K$$

Keterangan:

X = presentase hasil yang dicapai

F = variabel yang diteliti

n = jumlah variabel yang diteliti

K = konstanta

### 3. Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis, disajikan dalam bentuk tabel (tabel umum/*master table* dan tabel khusus) disertai penjelasan/narasi.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Letak Geografis RSUD Dewi Sartika Kota Kendari**

Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari terletak di jalan Kapten Piere Tandean No. 118 Kecamatan Baruga Kota Kendari Ibu Kota Provinsi Sulawesi Tenggara dengan luas lahan 1.624 m<sup>2</sup>. Rumah Sakit Umum Dewi Sartika memiliki batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara : Perumahan penduduk
- b. Sebelah selatan : Jalan raya Kapten Piere Tandean
- c. Sebelah timur : Perumahan penduduk
- d. Sebelah barat : Perumahan penduduk

##### **2. Visi dan Misi RSUD Dewi Sartika Kota Kendari**

Dalam menjalankan tugas dan fungsi RSUD Dewi Sartika Kota Kendari mempunyai visi dan misi :

###### **a. Visi**

Visi RSUD Dewi Sartika Kota Kendari yaitu sebagai “Terwujudnya rumah sakit yang mandiri dan bersaing global”

###### **b. Misi**

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan prima kepada masyarakat.
- 2) Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

- 3) Memberikan pelayanan yang optimal dan terjangkau dengan mengutamakan kepuasan pasien.
- 4) Meningkatkan profesionalisme SDM (Sumber Daya Manusia).

### **3. Tugas Pokok dan Fungsi**

#### **a. Tugas pokok**

Tugas pokok RSUD Dewantara Kota Kendari Adalah melakukan upaya kesehatan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

#### **b. Fungsi**

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut, maka RSUD Dewantara Kota Kendari mempunyai fungsi :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan medik
- 2) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- 3) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medik
- 4) Menyelenggarakan pelayanan rujukan
- 5) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- 6) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

#### 4. Fasilitas Layanan Kesehatan

Fasilitas /sarana pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari ialah :

- a. Pelayanan medis
  - 1) Instalasi gawat darurat
  - 2) Instalasi rawat jalan
    - a) Poliklinik obsgyn
    - b) Poliklinik umum
    - c) Poliklinik penyakit dalam
    - d) Poliklinik mata
    - e) Poliklinik bedah
    - f) Poliklinik anak
    - g) Poliklinik THT
    - h) Poliklinik radiologi
    - i) Poliklinik jantung
    - j) Poliklinik gigi anak
  - 3) Instalasi rawat inap
    - a) Dewasa/anak/umum
    - b) Persalinan
  - 4) Kamar operasi
    - a) Operasi obsgyn
    - b) Bedah umum
  - 5) HCU

## 5. Sumber Daya Manusia

**Tabel 1 Data Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari**

No	Jenis Tenaga	Status Ketenagaan		Jenis Kelamin	
		Tetap	Tidak Tetap	L	P
1	2	3	4	5	6
I.	<b>Tenaga Medis</b>				
	1. Dokter Spesialis Obgyn	1	1	2	-
	2. Dokter Spesialis Bedah	-	1	1	-
	3. Dokter Spesialis Interna	-	1	1	-
	4. Dokter Spesialis anastesi	-	1	1	-
	5. Dokter Spesialis PK	-	1	-	1
	6. Dokter Spesialis Anak	-	1	-	1
	7. Dokter Spesialis Radiologi	-	1	1	-
	8. Dokter Spesialis THT	-	1	-	1
	9. Dokter Spesialis Mata	-	1	1	-
	10. Dokter Spesialis Jantung	-	1	1	-
	11. Dokter Gigi	-	1	-	1
	12. Dokter Umum	-	3	3	-
II.	<b>Paramedis</b>	26	-	10	16
	1. S1 Keperawatan/Nurse	5	2	-	7
	2. D IV Kebidanan	43	-	-	43
	3. D III Kebidanan	56	-	11	45
	4. D III Keperawatan				
III.	<b>Tenaga Kesehatan Lainnya</b>	-	-	-	-
	1. Master Kesehatan	1	1	1	1
	2. SKM	1	2	1	1
	3. Apoteker	1	1	-	2
	4. D III Farmasi	1	-	-	1
	5. S1 Gizi	3	-	1	2
	6. D III Analis Kesehatan				
IV.	<b>Non Medis</b>	1	-	-	1
	1. D II Keuangan	1	-	-	1
	2. Diploma Komputer	11	-	2	9
	3. SLTA/SMA/SMU				
	<b>Jumlah</b>	67	19	24	60

Sumber : Data primer

## B. Hasil Penelitian

Berdasarkan data sekunder yang dikumpulkan dari rekam medik RSUD Dewi Sartika tahun 2016 pada ibu yang mengalami abortus inkomplit dihasilkan data sebanyak 172 ibu.

**Tabel 2** Distribusi Frekuensi Ibu dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Umur Ibu di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016

Umur Ibu	Jumlah (N)	Presentase (%)
Beresiko	91	52,9
Tidak Beresiko	81	47,0
<b>Jumlah</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Tabel diatas menunjukkan dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2016 terdapat 91 ibu (52,9%) yang umurnya beresiko dan 81 (47,0%) ibu yang umurnya tidak beresiko.

**Tabel 3** Distribusi Frekuensi Ibu dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Pendidikan di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016

Pendidikan ibu	Frekuensi (N)	Presentase (%)
Rendah	72	41,8
Menengah	41	23,8
Tinggi	59	34,3
<b>Jumlah</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Tabel diatas menunjukkan dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 terdapat 72 ibu (41,8%) yang memiliki pendidikan rendah dan 41 ibu (23,8%) yang memiliki

pendidikan menengah dan 59 ibu (34,3%) yang memiliki pendidikan tinggi.

**Tabel 4**      **Distribusi Frekuensi Ibu dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Jarak Kehamilan di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016**

<b>Jarak kehamilan</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Belum pernah hamil sebelumnya	45	26,1
<2 tahun	68	39,5
>2 tahun	59	34,3
<b>Jumlah</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Tabel diatas menunjukkan dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit di RSU Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 terdapat 45 ibu (26,1%) yang belum pernah hamil sebelumnya, 68 ibu (39,5%) yang memiliki jarak kehamilan <2 tahun dan 59 ibu (34,3%) yang memiliki jarak kehamilan >2 tahun.

**Tabel 5**      **Distribusi Frekuensi Ibu dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Paritas di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016**

<b>Paritas</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Primipara	45	26,1
Multipara	93	54,0
Grandemultipara	34	19,7
<b>Jumlah</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Tabel diatas menunjukkan dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit di RSU Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi

Sulawesi Tenggara Tahun 2016 terdapat 45 ibu (26,1%) primipara, 93 ibu (54,0%) multipara dan 34 ibu (19,7%) grandemultipara.

**Tabel 6**      **Distribusi Frekuensi Ibu dengan Abortus Inkomplit Berdasarkan Riwayat Abortus di Rsu Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016**

<b>Riwayat abortus</b>	<b>Frekuensi (N)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Tidak pernah abortus	131	76,1
1kali	13	7,5
2kali	9	5,2
≥2 kali	19	11,0
<b>Jumlah</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Sekunder, 2016

Tabel diatas menunjukkan dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit di RSU Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016 terdapat 131 ibu (76,1%) ibu yang tidak pernah mengalami abortus, 13 ibu (7,5%) yang memiliki riwayat abortus 1 kali, 9 ibu (5,2%) ibu yang memiliki abortus 2x dan 19 ibu (11,0%) yang memiliki riwayat abortus ≥2 kali.

### **C. Pembahasan**

Setelah melakukan penelitian mengenai Identifikasi Faktor Risiko Ibu dengan Abortus Inkomplit di RSU Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016, ditemukan 172 ibu yang mengalami Abortus Inkomplit. Untuk lebih jelasnya, akan dibahas berdasarkan variabel berikut.

## 1. Umur

Setelah melakukan penelitian terhadap 172 ibu yang mengalami Abortus Inkomplit di RSUD Dewa Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016, ternyata ibu yang mengalami Abortus Inkomplit lebih banyak pada kelompok umur yang beresiko yaitu umur <20 tahun dan >35 tahun berjumlah 91 ibu (52,9%) dan lebih sedikit pada kelompok umur ibu yang tidak beresiko (20-35 tahun) sebanyak 81 ibu (47,0%).

Umur <20 tahun dan >35 tahun merupakan faktor risiko. 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 resiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap kesakitan dan kematian ibu maupun anak yang dilahirkan.

Idealnya, kehamilan berlangsung saat ibu berusia 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, 2009).

Hal diatas sesuai dengan teori bahwa umur 20-35 tahun adalah periode yang paling aman untuk kehamilan dan persalinan. sedangkan umur <20 tahun dan >35 tahun merupakan faktor risiko kehamilan dan persalinan. Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Nurzahara (2015) bahwa periode yang paling aman untuk kehamilan dan persalinan adalah umur 20-35 tahun.

## **2. Pendidikan**

Berdasarkan hasil penelitian 172 sampel ibu yang mengalami Abortus Inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016, bahwa ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak pada ibu yang berpendidikan rendah yaitu 72 ibu (41,8%) dan lebih sedikit pada kelompok ibu yang mempunyai pendidikan menengah yaitu 45 ibu (26,1%).

pendidikan ibu sangat penting untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan ibu tentang kehamilan. Perubahan-perubahan apa yang terjadi ketika hamil, perawatan yang dilakukan ketika hamil, baik itu dari kebutuhan nutrisi maupun personal hygiene. Oleh karena itu pendidikan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya abortus. Tingkat

pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan janinya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah ketika tidak mendapatkan informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik. (Sulistyawati, 2009)

hal diatas sesuai dengan teori dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya tentang sesuatu dan semakin rendah pengetahuan seseorang maka rendah pula pengetahuannya termasuk masalah kesehatan.

### **3. Jarak kehamilan**

Berdasarkan hasil penelitian 172 sampel di RSUD dewi Sartika kota kendari provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2016, bahwa ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada ibu yang mempunyai jarak kehamilan <2 tahun sebanyak 68 ibu (39,5%) dan yang paling rendah pada ibu yang belum pernah hamil sebelumnya yaitu sebanyak 45 ibu (26,1%)

Jarak kehamilan adalah jarak tahun antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan sekarang. Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan

kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama, atau perdarahan (jabortus). Insiden abortus meningkat pada wanita yang hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm.

Jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara dua sampai lima tahun, jarak yang terlalu dekat (kurang dari dua tahun) berhubungan dengan meningkatnya resiko kejadian keguguran, bayi dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2.500 gram), kematian janin dan kematian bayi. Untuk seorang ibu, kehamilan yang terlalu dekat meningkatkan kejadian anemia karena status gizi ibu yang belum pulih, selain itu, seorang ibu bisa mengalami infeksi, ketuban pecah dini, dan perdarahan. Pada ibu-ibu yang telah sering mengalami keguguran yang terlalu dekat, kemungkinan tersering adalah karena kelainan bibit janin (kelainan kromosom dari telur, sperma atau keduanya) (Krisnadi, 2005)

Pada kehamilan jarak dekat, kemungkinan kekurangan gizi amat besar, terutama pada ibu yang menyusui, nutrisi ibu jadi berkurang sehingga janin semakin kekurangan gizi. Selain itu juga bisa mengakibatkan keguguran, selama menyusui, ada

pengaruh oksitosin pada isapan mulut bayi. Oksitosin ini membuat perut ibu menjadi tegang atau kontraksi. Pada kehamilan muda, bisa terjadi pendarahan atau ancaman keguguran. (Supriyadi, 2006)

Hal diatas sesuai dengan teori dimana kehamilan dengan jarak dekat (<2 tahun) lebih rentan mengalami abortus karena rahim dan kesehatan ibu belum pulih oleh kehamilan dan persalinan sebelumnya.

#### **4. Paritas**

Berdasarkan hasil penelitian 172 sampel di RSUD dewi Sartika kota kendari provinsi Sulawesi tenggara tahun 2016, bahwa ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada ibu memiliki paritas multipara sebanyak 93 ibu (54,0%), dan paling sedikit pada paritas grandemultipara sebanyak 34 (19,7%).

Paritas adalah jumlah persalinan seluruhnya yang dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir persalinannya. Persalinan yang digolongkan dalam kategori rendah adalah persalinan yang berjumlah  $\leq 3$  kali sedangkan persalinan yang digolongkan tinggi adalah  $> 4$  kali (Maryunani, 2009).

Anak lebih dari 4 (*grandemultipara*) dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Paritas 2-3

(*multipara*) merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal paritas 1 (*primipara*) dan paritas tinggi (*grandemultipara*) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada *primipara* dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada *grandemultipara* dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada *grandemultipara* adalah tidak direncanakan (Wiryawan, 2010).

Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat kesesuaian antara teori dan hasil penelitian. Dalam hal ini tingginya angka kejadian abortus inkomplit pada paritas 2-4 (*multipara*), abortus inkomplit bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti adanya kelainan pada ovum, kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit ibu dan suami dan kelainan yang terjadi didalam rahim.

## **5. Riwayat abortus**

Berdasarkan hasil penelitian 172 sampel di RSUD dewi sartika kota kendari provinsi Sulawesi tenggara tahun 2016, bahwa ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya sebanyak 131 (76,1%) dan yang paling sedikit

pada ibu yang memiliki riwayat abortus 2x sebanyak 9 ibu (5,2%).

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

Hal diatas menunjukkan tidak ada kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori. Dimana dalam teori menunjukkan bahwa seseorang yang pernah mengalami abortus lebih beresiko terjadi abortus berulang. Sedangkan pada penelitian ini ibu yang mengalami abortus tertinggi pada ibu yang belum pernah mengalami abortus sebelumnya.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang indentifikasi faktor risiko ibu dengan abortus inkomplit di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa.

1. Dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit ditemukan lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang memiliki umur beresiko (<20 tahun dan >35 tahun) yaitu sebanyak 91 ibu (52,9%) dan yang paling sedikit pada umur ibu yang tidak beresiko (20-35 tahun) sebanyak 81 ibu (47,0%).
2. Dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang memiliki pendidikan yang rendah yaitu sebanyak 72 ibu (41,8%) dan yang paling rendah pada ibu yang berpendidikan menengah yaitu sebanyak 41 ibu (23,8%).
3. Dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang memiliki jarak kehamilan <2 tahun yaitu sebanyak 68 ibu (39,5%) dan yang paling rendah pada ibu yang belum pernah hamil sebelumnya yaitu sebanyak 45 ibu (26,1%).
4. Dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang memiliki paritas multipara

5. sebanyak 93 ibu (54,0%), dan paling sedikit pada paritas grandemultipara sebanyak 34 (19,7%).
6. Dari 172 ibu yang mengalami abortus inkomplit lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya sebanyak 131 (76,1%) dan yang paling sedikit pada ibu yang memiliki riwayat abortus 2x sebanyak 9 ibu (5,2%).

## **B. Saran**

Saran yang dianjurkan pada ibu yang mengalami abortus inkomplit adalah :

1. Perlunya peran petugas kesehatan untuk memberikan penyuluhan tentang abortus inkomplit dan pendidikan seks yang positif dan terarah bagi kaum remaja agar tidak menimbulkan penyimpangan yang akhirnya mengarah pada kasus abortus.
2. Bagi masyarakat, khususnya ibu hamil perlu meningkatkan pemeriksaan ANC sehingga memudahkan mendeteksi ibu hamil dengan risiko dini dan dapat dilakukan penanganan secara cepat dan tepat.
3. Menganjurkan ibu hamil untuk selalu mengonsumsi dan makan-makanan yang bergizi, perbanyak istirahat, olahraga yang cukup, perbanyak minum air putih, dan selalu memeriksakan kehamilannya di poyandu setiap bulannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, 2010, *Buku Ajar Keperawatan Meternitas*, Edesi 4, Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta.
- Cinderamatabali. 2010. Wiramacidex-Bali.Blogspot.com/2010/08/abortus inkomplit.html, diakses tanggal 5-2-2012, jam 16.30 wita.
- Depkes, 2010. *Angka Kematian Ibu di Indonesia*.
- \_\_\_\_\_, 2013. *Angka kematian ibu di Indonesia*.
- Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara. 2015. *Angka Kematian Ibu (AKI) Per 100.000 Kelahiran Hidup Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2011 s.d 2015*
- Dorland WA. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Edisi 28. Mahode AA, translator. Jakarta: EGC; 2012
- Erlina. 2009. *Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Abortus*. Dikutip tanggal 24 Juni 2014 dari <http://gope2306.wordpress.com/2009/02/27/hubungan-usia-ibi-dengan-kejadian-abortus>.
- HK. Joseph. 2010. *Catatan kuliah ginekologi dan obstetric (Obgyn)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Krisnadi S. R. Prinsip-prinsip pemeriksaan sonografi anatomi fetus. In: Mose J.C, Sabantdin U, Effendi J.S, Pribadi A, eds. *Buku ajar USG dasar obstetric dan ginekologi*. Bandung, November 2006
- Maryunani, Anik. 2009. Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kehamilan. Hal 14-15
- \_\_\_\_\_. 2009. *Kamus Saku Istilah dan Singkatan Kata-Kata dalam Kebidanan*. Jakarta;TIM
- Muharram, 2009. *Kedokteran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Notoatmodjo, 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Renika Cipta.
- Rekam Medik. 2013. *RSU Bahteramas Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara*.

- Rekam Medik. 2016. *RSU Dewi Satika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara*.
- Saifuddin. 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta.penerbit:YBS-SP
- Sastrawinata S, Martaadisoebrata D, Wirakusuma FF. *Ilmu Kesehatan Reproduksi: Obstetri patologi*. Edisi 2. Handini S, Sari LA, editor. Jakarta: EGC; 2005.
- Sulistiyawati, A. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta; Salemba Medika
- Supriyadi Teddy, Gunawan Johanes. 2006. *Kapita Selekta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- UU No. 20 tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab VI pasal 41
- Wahyuni H. *Faktor-Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Abortus Dipuskesmas Sungai Kakap Kabupaten Kubu Raya Kalimantan Barat Tahun 2011*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.2012
- WHO .2010. *Angka Kematian Ibu (AKI)*.
- Wikjosastro. 2008. *Ilmu Kebidanan*, Edisi 3, Cetakan 5, Jakarta, Penerbit; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- . 2010. *Ilmu Kebidanan*, Edisi 4, Cetakan 3, Jakarta, Penerbit; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiryawan, putu. 2010. <http://materi.akbid.blogspot.com/2011/09/kehamilanRisti>, diakses tanggal 5 februari 2012 jam 16.30.

# LAMPIRAN

## MASTER TABEL PENELITIAN

### IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSU DEWI SARTIKA KOTA KENDARI

#### PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2016

NO.	NAMA	UMUR (TAHUN)	KET.	PENDIDIKAN	KET.	JARAK KEHAMILAN (TAHUN)	KET.	PARITAS	KET.	RIWAYAT ABORTUS	KET.
1.	Ny. A	36	Resiko	DIII	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
2.	Ny. N	25	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
3.	Ny. Y	39	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
4.	Ny. S	36	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
5.	Ny. I	40	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
6.	Ny. M	23	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
7.	Ny. M	37	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
8.	Ny. M	36	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	I	Tidak resiko	1x	Resiko
9.	Ny. S	40	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
10.	Ny. S	36	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	2x	Resiko
11.	Ny. A	38	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
12.	Ny. D	34	Tidak resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
13.	Ny. K	25	Tidak resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
14.	Ny. N	24	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
15.	Ny. J	38	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
16.	Ny. H	29	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
17.	Ny. A	40	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
18.	Ny. R	37	Resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
19.	Ny. N	36	Resiko	SI	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
20.	Ny. S	20	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
21.	Ny. S	36	Resiko	SII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

22.	Ny. K	28	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	2x	Resiko
23.	Ny. S	39	Resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
24.	Ny. H	29	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Resiko	0	Tidak resiko	≥2x	Resiko
25.	Ny. F	37	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
26.	Ny. M	37	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
27.	Ny. F	25	Tidak resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
28.	Ny. H	40	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
29.	Ny. A	18	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
30.	Ny. S	29	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
31.	Ny. S	36	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
32.	Ny. D	38	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	2x	Resiko
33.	Ny. J	16	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
34.	Ny. E	24	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
35.	Ny. M	36	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
36.	Ny. N	36	Resiko	DII	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
37.	Ny. D	30	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
38.	Ny. H	39	Resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	1x	Resiko
39.	Ny. A	39	Resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
40.	Ny. A	29	Tidak resiko	SI	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
41.	Ny. W	40	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
42.	Ny. K	36	Resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
43.	Ny. P	38	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
44.	Ny. J	26	Tidak resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
45.	Ny. S	23	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
46.	Ny. C	24	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
47.	Ny. M	31	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
48.	Ny. N	36	Resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
49.	Ny. N	21	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

50.	Ny. R	37	Resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
51.	Ny. N	19	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
52.	Ny. M	35	Tidak resiko	SII	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
53.	Ny. N	38	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	2x	Resiko
54.	Ny. S	36	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
55.	Ny. D	32	Tidak resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
56.	Ny. S	38	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
57.	Ny. S	29	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	≥2 x	Resiko
58.	Ny. S	26	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
59.	Ny. E	37	Resiko	SII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
60.	Ny. M	38	Resiko	SMA	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
61.	Ny. A	41	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
62.	Ny. E	34	Tidak resiko	SI	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
63.	Ny. I	39	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
64.	Ny. T	42	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	IV	Resiko	≥2 x	Resiko
65.	Ny. A	27	Tidak resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
66.	Ny. D	20	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
67.	Ny. N	31	Tidak resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
68.	Ny. R	36	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
69.	Ny. T	36	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
70.	Ny. R	40	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	2x	Resiko
71.	Ny. S	23	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
72.	Ny. R	37	Resiko	DIII	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
73.	Ny. W	41	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
74.	Ny. E	20	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
75.	Ny. H	26	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
76.	Ny. S	39	Resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
77.	Ny. I	21	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
78.	Ny. K	31	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

79.	Ny. K	38	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
80.	Ny. I	36	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
81.	Ny. H	29	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	2x	Resiko
82.	Ny. Y	25	Tidak resiko	SI	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
83.	Ny. M	37	Resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
84.	Ny. R	29	Tidak resiko	DIII	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
85.	Ny. R	35	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
86.	Ny. K	20	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
87.	Ny. I	34	Tidak resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
88.	Ny. S	38	Resko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
89.	Ny. S	36	Resiko	SII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
90.	Ny. S	23	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
91.	Ny. A	35	Tidak resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	1x	Resiko
92.	Ny. S	37	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
93.	Ny. B	39	Resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	V	Resiko	≥2x	Resiko
94.	Ny. N	30	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
95.	Ny. N	36	Resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
96.	Ny. S	34	Tidak resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
97.	Ny. A	42	Resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
98.	Ny. M	38	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	≥2x	Resiko
99.	Ny. S	34	Tidak resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
100.	Ny. R	36	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
101.	Ny. N	35	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	≥2x	Resiko
102.	Ny. M	28	Tidak resiko	DIII	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
103.	Ny. N	37	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
104.	Ny. N	41	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
105.	Ny. M	26	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
106.	Ny. R	33	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	≥2x	Resiko
107.	Ny. R	39	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
108.	Ny. A	36	Resiko	SII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

109.	Ny. K	37	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	2x	Resiko
110.	Ny. N	24	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
111.	Ny. I	17	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
112.	Ny. W	25	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
113.	Ny. F	36	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
114.	Ny. A	29	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
115.	Ny. N	37	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	1x	Resiko
116.	Ny. S	39	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	V	Resiko	≥2x	Resiko
117.	Ny. E	36	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
118.	Ny. M	24	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
119.	Ny. K	19	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
120.	Ny. T	37	Resiko	SMA	Menengah	Tidak pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
121.	Ny. K	27	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
122.	Ny. F	24	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak Resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
123.	Ny. L	31	Tidak resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
124.	Ny. S	25	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
125.	Ny. Y	40	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
126.	Ny. M	37	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
127.	Ny. E	24	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
128.	Ny. M	31	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
129.	Ny. E	39	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	≥2x	Resiko
130.	Ny. R	33	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	2x	Resiko
131.	Ny. N	36	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
132.	Ny. A	28	Tidak resiko	SMA	Menengah	Tidak pernah hamil sebelumnya	Resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
133.	Ny. M	44	Resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
134.	Ny. L	37	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	III	Tidak resiko	≥2x	Resiko
135.	Ny. S	28	Tidak resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
136.	Ny. S	23	Tidak resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

137.	Ny. R	29	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	≥2x	Resiko
138.	Ny. L	25	Tidak resiko	SI	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
139.	Ny. H	37	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
140.	Ny. E	30	Tidak resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
141.	Ny. V	26	Tidak resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidakm resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
142.	Ny. S	39	Resiko	SII	Tinggi	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
143.	Ny. N	26	Tidak resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
144.	Ny. S	31	Tidak resiko	SD	Rendah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
145.	Ny. N	45	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
146.	Ny. R	27	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
147.	Ny. S	37	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
148.	Ny. S	29	Tidak resiko	DIII	Tinggi	<2	Resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
149.	Ny. N	18	Resiko	SMP	Rendah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
150.	Ny. Y	38	Resiko	SI	Tinggi	<2	Resiko	II	Tidak resiko	≥2x	Resiko
151.	Ny. G	40	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	IV	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
152.	Ny. S	33	Tidak resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	1x	Resiko
153.	Ny. S	26	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
154.	Ny. R	41	Resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
155.	Ny. V	38	Resiko	SMP	Rendah	<2	Resiko	IV	Resiko	2x	Resiko
156.	Ny. A	24	Tidak resiko	DIII	Tinggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
157.	Ny. R	25	Tidak resiko	SMA	Menengah	≥2	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
158.	Ny. M	38	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
159.	Ny. W	36	Resiko	SI	Tingggi	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
160.	Ny. H	34	Tidak resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	IV	Resiko	≥2x	Resiko
161.	Ny. R	29	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
162.	Ny. D	38	Resiko	SII	Tinggi	<2	Resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
163.	Ny. A	27	Tidak resiko	SMP	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	1x	Resiko
164.	Ny. I	43	Resiko	SMA	Menengah	<2	Resiko	V	Resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
165.	Ny. H	39	Resiko	SI	Tinggi	≥2	Tidak resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
166.	Ny. M	26	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
167.	Ny. S	34	Tidak resiko	SD	Rendah	≥2	Tidak resiko	III	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko

168.	Ny. H	44	Resiko	SMA	Menengah	$\geq 2$	Tidak resiko	IV	Resiko	$\geq 2x$	Resiko
169.	Ny. I	22	Tidak resiko	SMP	Rendah	$\geq 2$	Tidak resiko	I	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
170.	Ny. Y	32	Tidak resiko	SI	Tinggi	$< 2$	Resiko	II	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko
171.	Ny. S	28	Tidak resiko	SD	Rendah	$< 2$	Resiko	I	Tidak resiko	1x	Resiko
172.	Ny. W	23	Tidak resiko	SMA	Menengah	Belum pernah hamil sebelumnya	Tidak resiko	0	Tidak resiko	Tidak pernah	Tidak resiko



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232  
Telp. (0401) 390492 Fax. (0401) 393339 e-mail: [poltekkeskendari@yahoo.com](mailto:poltekkeskendari@yahoo.com)

Kendari, 4 Oktober 2016

Nomor : LB.02.03/XI <sup>1584</sup> /2016  
Lampiran : -  
Perihal : Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.  
Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari  
Cq. Ka. Unit PPM  
Di-  
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari

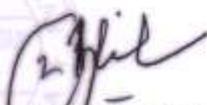
Nama : Nur Fauzia  
Nim : P00324014023  
Judul Penelitian : Identifikasi Faktor-faktor Penyebab Ibu dengan Abortus Inkompletus di RSUD Dewi Sartika Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Pembimbing I Hendra Yulita, SKM, MPH  
Pembimbing II Yustiari, SST, M.Kes

Untuk diberikan surat pengambilan data awal di Dewi Sartika Kec. Baruga Provinsi Sulawesi Tenggara

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan

  
**Halimah, SKM, M.Kes**

**NIP. 196209201987022002**





# RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

Jl. Kapten Piere Tendean No. 118 Baruga Telp. (0401) 3194493 Kendari

## SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA

NOMOR : 202 / RSU DS / X / 2016

Dengan ini menyetujui :

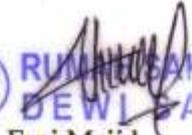
Nama : Nur Fauzia  
Nim : P00324014023  
Program Studi : DIII Kebidanan  
Pekerjaan : Mahasiswa

Telah melakukan pengambilan data pada tanggal 26 Oktober 2016, untuk digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya.

Dengan judul : “ Identifikasi Faktor – faktor Penyebab Ibu Dengan Abortus Inkompletus Di RSU Dewi Sartika Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 “

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya .

Kendari, Oktober 2016  
Direktur RSU Dewi Sartika  
An. Kepala Tata Usaha  
Urusan Administrasi

  
 RUMAH SAKIT UMUM  
DEWI SARTIKA  
Erni Majid



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 21 Juni 2017

Nomor : 090/2786/Balitbang/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a  
Yth. Direktur RSU. Dewi Sartika Kota Kendari  
di -  
Kendari

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/1573/2017 tanggal 21 Juni 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini

Nama : NUR FAUZIA  
NIM : P00324014023  
Prog. Studi : DIII Kebidanan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : RSU. Dewi Sartika Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara dalam rangka penyusunan KTI, Skripsi, Tesis dan Disertasi dengan judul :

**"IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO IBU DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RSU DEWI SARTIKA KOTA KENDARI PROV. SULTRA TAHUN 2016".**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 21 Juni 2017 sampai selesai

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.



GUBERNUR SULAWESI TENGGARA  
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PROVINSI

Ir. SUKANTO TODING, MSP, MA.

Pembina Utama Muda, Gol. IV/c  
Nip. 19680720 199301 1 003

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Kepala Badan Kesbang Kota Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinkes Kota Kendari di Kendari;
6. Mahasiswa yang bersangkutan.



# RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA

JL. Kapten Piere Tendean No. 118 Baruga Email :Rsdewisartika@yahoo.com Kendari

## SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

NOMOR : 153 / TU/RSU DS / VI / 2017

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : **Edy Kurniawan Y, S. Kep**  
Jabatan : **Ka. Tata Usaha Rumah Sakit Umum Dewi Sartika**

Dengan ini menyetujui :

Nama : **Nur Fauzia**  
Nim : **P00324014023**  
Program Studi : **DIII Kebidanan**  
Pekerjaan : **Mahasiswa**

Telah Melakukan Penelitian Pada Tanggal 22 Juni 2017 sampai selesai.

Dengan Judul : “ **Identifikasi Faktor Resiko Ibu Dengan Abortus Inkomplit Di RSUD  
Dewi Sartika Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016** “

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, Juni 2017  
Direktur RSUD Dewi Sartika  
An.Kepala Tata Usaha  
Administrasi



RUMAH SAKIT UMUM  
DEWI SARTIKA

**Erni Majid**