

**KARAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI  
ABORTUS DI RSUD KOTA KENDARI  
TAHUN 2015**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Pada Program Studi Diploma III Jurusan  
Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari**

**Disusun Oleh :**

**NURHIDAYAH  
NIM.P00324013056**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI  
JURUSAN DIII KEBIDANAN  
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

KARAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI ABORTUS  
RSUD KOTA KENDARI  
TAHUN 2015

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh :

**NURHIDAYAH**  
NIM. P00324013056

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui  
Tanggal 22 Juli 2016

Pembimbing I



**Hendra Yulita, SKM, M.PH**  
Nip. 197107201998032001

Pembimbing II



**Elyasari, SST, M.Keb**  
Nip. 19801028200312001

Mengetahui,  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Kendari



**Halija, SKM, M.Kes**  
Nip. 196209201987022002

HALAMAN PENGESAHAN

KARAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI ABORTUS  
DI RSUD KOTA KENDARI  
TAHUN 2015

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh :  
**NURHIDAYAH**  
**NIM. P00324013056**

Telah Diujikan  
Pada Tanggal 22 Juli 2016

TIM PENGUJI

Penguji I	: Aswita, S.Si.T, MPH	(		)
Penguji II	: Hasmia Naningsi, SST, M.Keb	(		)
Penguji III	: Yustiari, SST, M.Kes	(		)
Penguji IV	: Hendra Yulita, SKM, MPH	(		)
Penguji V	: Elyasari, SST, M.Keb	(		)

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kendari

  
  
**Hafijah, SKM, M.Kes**  
**NIP. 196209201987022002**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurhidayah  
NIM : P00324013056  
Program Studi : Diploma III Jurusan Kebidanan  
Judul KTI : Karakteristik Ibu Hamil yang Mengalami Abortus  
Di RSUD Kota Kendari Tahun 2015

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, Juli 2016  
Yang membuat pernyataan,

Nurhidayah  
NIM.P00324013056

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Karakteristik Ibu Hamil Yang Mengalami Abortus di RSUD Kota Kendari Tahun 2015” , sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada poltekkes kendari jurusan kebidanan.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terlaksana berkat adanya dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, dengan segala kesendahan hati penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada ibu Hendra Yulita, SKM, MPH selaku pembimbing I dan ibu Elyasari, SST, M.Keb selaku pembimbing II, atas segala bimbingan, bantuan dan petunjuk yang diberikan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Tidak lupa penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Petrus SKM, M. Kes. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.
2. Ibu Halijah, SKM, M.Kes, selaku Ketua Jurusan D III Kebidanan. Poltekkes Kendari.
3. Ibu Aswita, s.si.T,M.PH, ibu Hasmiana Ningsi, SST,M.Keb, ibu Yustiari, SST,M.Kes, selaku dosen penguji Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.

4. Bapak/ibu Dosen dan seluruh staf tata usaha Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis dan memberikan bantuan kepada penulis dalam segala hal selama ini.
5. Ibu dr. Asrida Mukaddim, selaku Kepala RSUD Kota Kendari yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
6. Teristimewa kepada Ayahanda Djabir dan ibunda Maima dan juga kepada saudara-saudaraku terkasih Nafir Jamal, Arief Rahman, Muh. Nur Wahid, Muhammad Safril, yang senantiasa memberikan doa, dukungan serta kasih sayang kepada penulis.
7. Terkhusus sahabat-sahabatku, Ainul, Niluh Efi, Rini, Evi, Yuki, Listi, Safida, Sri, Suri, Wulan, Helfin, Dilla, dan Ismayang senantiasa menemani melalui suka dan duka dalam proses pendidikan.
8. Rekan-rekan Mahasiswi Program studi D III Kebidanan Poltekkes Kendari Angkatan 2013 khususnya tingkat III.B yang telah memberikan dukungan baik moril maupun spiritual.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan, dan kekurangan mengingat keterbatasan pengetahuan, kemampuan, dan pengalaman, oleh karena itu saran dan kritikan yang sifatnya

konstruktif sangat penulis harapkan. Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat.

Kendari, Juli 2016

Penulis

## ABSTRAK

### Karakteristik Ibu Hamil yang Mengalami Abortus di RSUD Kota Kendari Tahun 2015

Nurhidayah<sup>1</sup>, Hendra Yulita<sup>2</sup>, Elyasari<sup>2</sup>

**Latar Belakang:** Perdarahan merupakan faktor penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia khususnya perdarahan antepartum yaitu abortus. Saat ini abortus menjadi salah satu masalah yang cukup serius, kurang lebih terjadi 20 juta kasus abortus tiap tahun di dunia dan 70.000 wanita meninggal karena abortus tiap tahunnya. Angka kejadian abortus di Indonesia adalah 10%-15% dari 6 juta kehamilan setiap tahunnya (Dwilaksana, 2010).

**Tujuan:** Untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.

**Metode Penelitian:** Deskriptif yaitu untuk menggambarkan karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.

**Hasil Penelitian:** Karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015 berdasarkan usia; <20 tahun sebanyak 6 orang (3,6%) usia 20-35 sebanyak 121 orang (72,4%) usia >35 tahun sebanyak 40 orang (24,0%), berdasarkan graviditas; primigravida sebanyak 45 orang (27,0%) multigravida sebanyak 99 orang (59,2%) grande multigravida sebanyak 23 orang (13,8%), berdasarkan jarak kelahiran; <2 tahun sebanyak 22 orang (18,9) ≥ 2 tahun sebanyak 99 orang (81,1%), dan berdasarkan riwayat abortus ; ada riwayat abortus sebanyak 22 orang (13,2) tidak ada riwayat abortus sebanyak 145 orang (86,8%).

**Kesimpulan:** Karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015 sebagian besar adalah ibu hamil yang berusia antara 20–35 tahun, kemilau multipara, jarak kehamilan ≥ 2 tahun, dan tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya.

**Daftar Pustaka:** 24 (2004-2016)

---

#### Kata Kunci : Karakteristik, Abortus

1. Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan
2. Dosen Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	4
E. Keaslian Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan .....	7
B. Tinjauan Umum Tentang Abortus .....	10
C. Faktor-Faktor Predisposisi Penyebab Abortus .....	37
D. Landasan Teori .....	41
E. Kerangka Konsep .....	43
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	44
B. Tempat Penelitian .....	44
C. Waktu Penelitian .....	44
D. Populasi, Sampel dan Sampling .....	44
E. Variabel Penelitian .....	45
F. Definisi Operasional .....	46
G. Instrumen Penelitian .....	47
H. Prosedur Pengumpulan Data .....	47
I. Pengolahan data .....	48
J. Penyajian Data .....	49
K. Analisis Data .....	49

A. Gambaran Umum Keadaan Penelitian .....	50
B. Hasil Penelitian .....	59
C. Pembahasan .....	61

## **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	69
B. Saran.....	69

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data pegawai RSUD Kota Kendari tahun 2015.....	53
Tabel 2. Daftar nama dokter dan kompetensinya yang Member pelayanan di RSUD Kota Kendari tahun 2015 .....	54
Tabel 3. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan usia di RSUD Kota Kendari tahun 2015 .....	59
Tabel 4. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus Berdasarkan graviditas di RSUD Kota Kendari tahun 2015 .....	60
Tabel 5. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus Berdasarkan Jarak kelahiran di RSUD Kota Kendari tahun 2015 .....	60
Tabel 6. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus Berdasarkan Riwayat abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015 .....	61

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Surat Izin Pengambilan Data Awal

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Balitbang

Lampiran 3. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Lampiran 4. Master Tabel Penelitian

Lampiran 5. Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULAN**

### **A. Latar Belakang**

Angka kematian ibu (AKI) merupakan indikator yang paling penting untuk melakukan penilaian kemampuan suatu negara untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, khususnya dalam bidang obstetri. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan, per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes, 2011). Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2012 menyatakan bahwa AKI di Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2012).

Perdarahan merupakan faktor penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia khususnya perdarahan antepartum yaitu abortus. Saat ini abortus menjadi salah satu masalah yang cukup serius, dilihat dari tingginya angka aborsi yang kian meningkat dari tahun ke tahun. Kurang lebih terjadi 20 juta kasus abortus tiap tahun di dunia dan 70.000 wanita meninggal karena abortus tiap tahunnya. Angka kejadian abortus di Asia Tenggara adalah 4,2 juta pertahun, sedangkan frekuensi abortus di Indonesia adalah 10% - 15% dari 0,5 juta kehamilan setiap tahunnya

(Dwilaksana, 2010). Kejadian abortus mendekati 50%, atau rata-rata 114 kasus abortus/jam. Dari 5% pasangan yang mencoba hamil akan mengalami 2 keguguran yang berurutan dan sekitar 1% mengalami 3 atau lebih keguguran yang berurutan (Saifudin, 2008).

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500gram. Abortus dibedakan menjadi dua jenis yaitu abortus spontan dan abortus provokatus. Abortus spontan dibagi menjadi abortus iminens, abortus insipiens, abortus kompletus, abortus inkompletus, missed abortion, abortus habitualis, dan abortus infeksiosa serta abortus septik, sedangkan abortus provokatus dibagi menjadi abortus kriminalis dan medisinalis (Mochtar, 2012).

Abortus disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor fetal seperti kelainan kromosom dan faktor maternal seperti genetik, anatomi, autoimun, hormonal, endokrin, lingkungan, hematologi, eksogen, serta infeksi. Riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya juga merupakan faktor predisposisi terjadinya abortus berulang, kejadiannya sekitar 3-5%. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami abortus lagi, sedangkan bila pernah 2 kali, risikonya

akan meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa risiko abortus

setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30-45% (Saifudin, 2008).

Berdasarkan data pra survey angka kejadian abortus di RSUD Kota Kendari tiga tahun terakhir menunjukkan angka abortus pada tahun 2013 sebanyak 143 orang, tahun 2014 sebanyak 192 orang dan tahun 2015 sebesar 167 orang, dari data tersebut menunjukkan masih besarnya angka kejadian abortus di RSUD Kota Kendari (Medical Record RSUD Kota Kendari tahun 2015).

Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian yaitu “Bagaimanakah Karakteristik Ibu hamil yang Mengalami Abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.

## **2. Tujuan khusus**

Adapun secara khusus, tujuan dalam penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan usiadi RSUD Kota Kendari tahun 2015.
- b. Untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan graviditasdi RSUD Kota Kendari tahun 2015.
- c. Untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan jarak kehamilandi RSUD Kota Kendari tahun 2015.
- d. Untuk mengetahui karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan riwayat abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.

## **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

1. Bagi Tempat Penelitian  
Dijadikan gambaran ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015.
2. Bagi Institusi Politeknik Kesehatan Kendari  
Dapat memberikan manfaat sebagai bahan bacaan serta dokumentasi diperpustakaan.

### 3. Bagi Peneliti

Penerapan mata kuliah tentang metodologi penelitian dan membuat karya tulis ilmiah.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan bahan acuan dan pertimbangan dalam melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan karakteristik ibu yang mengalami abortus.

## **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari peneliti-peneliti sebelumnya. Sebagai acuan maka peneliti menggunakan penelitian sebelumnya antara lain :

1. Zanuvar Abidin (2011), Judul “Karakteristik Ibu Hamil Yang Mengalami Abortus Di Rsup Dr. Kariadi Semarang Tahun 2010”. Penelitian ini bersifat deskriptif. Sampel penelitian ini adalah jumlah total abortus yang terjadi di RSUP Dr.Kariadi Periode Januari 2010 – Desember 2010. Kriteria inklusi penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami abortus dan mempunyai data rekam medis di RSUP Dr.Kariadi. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien yang mengalami abortus yang tidak mempunyai data rekam medis secara lengkap.Jumlah total sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi adalah 173 sampel. Data diambil dari data rekam medis pasien abortus. Pengumpulan data di lakukan pada bulan April-Juni 2011. Data di kumpulkan dan diolah dalam

bentuk tabel distribusi frekuensi masing-masing variable kemudian dibandingkan dengan teoridan penelitian sebelumnya. Perbedaan dengan penelitian ini adalah penggunaan variabel penelitian, dimana pada penelitian ini adalah karakteristik ibu hamil yaitu usia ibu, graviditas, jarak kehamilan,dan riwayat abortus Sedangkan dalam penelitian Zanuvar Abidin, variabelnya yaitu anemia, indeks massa tubuh, riwayat abortus, usia, dan jarak kehamilan

2. Eswaran K Balakshnan (2013), Judul “Gambaran Karakteristik Kejadian Abortus Di RSUP Haji Adam Malik, Medan Tahun 2014”. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan desain potong lintang (*cross sectional*) dan sampel dalam penelitian ini adalah berdasarkan *total sampling*. Semua data yang diperlukan akan diambil dari rekam medis ibu-ibu hamil yang mengalami abortus dari 01 Januari 2012 hingga 31 Desember 2012. Perbedaan dengan penelitian ini adalah penggunaan variabel, dimana pada penelitian ini adalah karakteristik ibu hamil yaitu usia ibu, graviditas, jarak kehamilan,dan riwayat abortus Sedangkan dalam penelitian Eswaran K Balakshnan,variabelnya yaitu umur, pekerjaan, status pernikahan tingkat pendidikan, graviditas dan gambaran klinis abortus.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan**

##### **1. Definisi**

Kehamilan adalah proses pertemuan dan persenyawaan antara spermatozoa (*sel mani*) dengan sel telur (*ovum*) yang menghasilkan zigot. Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir hingga dimulainya persalinan sejati yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2007). Menurut Prawirohardjo (2008) lama kehamilan yaitu 280 hari. Kehamilan dibagi atas 3 triwulan :

- a. Kehamilan triwulan I antara 0-12 minggu
- b. Kehamilan triwulan II antara 12-28 minggu
- c. Kehamilan triwulan III antara 28-40 minggu

##### **2. Tanda dan gejala kehamilan**

- a. Tanda-tanda dugaan hamil
  - 1) Amenorhea (*tidak dapat haid*) selama kurun waktu > 1 bulan.
  - 2) Mual dan muntah (nausea dan vomiting/emesis) yang terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan.
  - 3) Mengidam ingin makan makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama.

4) Payudara membesar, tegangan sedikit nyeri disebabkan

pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara, menimbulkan defosit lemak, air dan garam pada mammae sehingga mammae menjadi tegang dan besar.

5) Sering Miksi (BAK)

b. Tanda-tanda mungkin atau tidak pasti

Pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim didapati *tanda Piskacek* yaitu pembesaran uterus yang tidak rata dimana bagian telur bernidasi lebih cepat tumbuh.

1) Perubahan pada serviks.

2) Tanda Chadwick yaitu warna selaput lendir vulva dan vagina menjadi ungu.

3) Braxton hicks/kontraksi-kontraksi kecil uterus bila ada rangsangan.

4) Pemeriksaan biologis.

5) Teraba bagian anak.

6) Beta HCG pada kehamilan (+).

7) Perut membesar.

8) Keluarnya kolostrum.

9) Hiperpigmentasi kulit yang dijumpai pada muka (*cloasma gravidarum*), aerola mammae, leher dan dinding perut (*linea nigra*).

c. Tanda-tanda pasti atau positif

- 1) Teraba bagian-bagian janin & terasa gerakan janin oleh pemeriksa.
- 2) Terdengar bunyi jantung janin.
- 3) Balottement positif.
- 4) Pada pemeriksaan dengan sinar Rontgen tampak rangka janin.
- 5) Dengan pemeriksaan USG diketahui keadaan janin.

**3. Keluhan-keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil**

a. Pada Trimester I

- 1) Sakit kepala.
- 2) Mual dan muntah.
- 3) Rasa sakit atau rasa tidak enak pada perut bagian bawah.
- 4) Sering buang air kecil (BAK).

b. Pada Trimester II

- 1) Mual dan muntah kadang masih ada.
- 2) Sulit tidur.

- 3) Agak sulit bernafas terutama pada primigravida. Hal ini disebabkan karena rahim menekan diafragma ke atas.
  - 4) Pegal di daerah panggul atau bokong.
  - 5) Rasa tegang yang timbul sewaktu-waktu di perut bagian bawah.
  - 6) Bengkak di kaki, yang menghilang setelah bangun tidur.
- c. Pada Trimester III
- a) Pegal di punggung/bokong makin terasa
  - b) Lebih sering BAK
  - c) Mulas yang timbul tidak beraturan.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Abortus**

### **1. Pengertian Abortus**

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan tersebut belum mampu untuk hidup diluar kandungan (Saifudin, 2008).

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500gram. Abortus adalah keadaan terputusnya suatu kehamilan dimana fetus belum sanggup hidup sendiri di luar uterus. Belum sanggup diartikan apabila fetus tersebut beratnya diantara 400-1000 gram (Sujiyatini dkk, 2009).

### **2. Jenis-jenis Abortus**

Berdasarkan jenisnya abortus dapat dibedakan menjadi dua, yaitu abortus spontan dan abortus provokatus.

a. Abortus spontan

Abortus spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak disertai faktor-faktor mekanis maupun medisinalis, semata-mata disebabkan faktor alamiah. Abortus spontan dibagi menjadi abortus iminens, abortus insipiens, abortus kompletus, abortus inkompletus, missed abortion, abortus habitualis, dan abortus infeksiosa serta abortus septik (Sastrawinata, 2004).

1) Abortus *iminens*

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus ditandai dengan perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup, dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan (Saifudin, 2008).

Suatu abortus iminens dapat atau tanpa disertai rasa mulas ringan sama dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus iminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu (Sastrawinata, 2004).

Diagnosis abortus iminens biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu. Penderita mengeluh mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam. Ostium uteri masih tertutup besarnya uterus masih sesuai dengan usia kehamilan dan tes urin kehamilan masih positif (Saifudin, 2010).

Untuk menentukan prognosis abortus iminens dapat dilakukan dengan melihat kadar hormon hCG pada urin dengan cara melakukan tes urin kehamilan menggunakan urin tanpa pengenceran dan pengenceran 1/10. Bila hasil urin masih positif keduanya maka prognosinya adalah baik, bila pengenceran 1/10 hasilnya negatif maka prognosinya buruk (Saifudin, 2010).

Pengelolaan penderita ini sangat bergantung pada *informed consent* yang diberikan. Bila ibu masih menghendaki kehamilan tersebut maka pengelolaan harus maksimal untuk mempertahankan kehamilan ini. Pemeriksaan USG diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan janinyang ada dan mengetahui keadaan plasenta apakah sudah terjadi pelepasan atau belum. Diperhatikan ukuran biometri janin atau kantong gestasi

apakah sesuai dengan umur kehamilan berdasarkan HPHT. Denyut jantung janin dan gerakan janin diperhatikan disamping ada tidaknya hematoma retroplasenta atau pembukaan kanalis servikalis. Pemeriksaan USG dapat dilakukan secara transabdominal atau transvaginal (Saifudin, 2010).

Penderita diminta untuk melakukan tirah baring sampai perdarahan berhenti. Bisa diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau diberi tambahan hormon progesteron atau derivatnya untuk mencegah terjadinya abortus. Obat-obatan ini walaupun secara statistik kegunaannya 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 (Saifudin, 2010).

## 2) Abortus *insipiens*

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks yang telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran (Saifudin, 2008).

Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks uterus dan umur kehamilan. Besar uterus masih sesuai dengan umur kehamilan dengan tes urin kehamilan masih positif. Pada pemeriksaan USG akan didapati pembesaran uterus yang masih sesuai dengan umur kehamilan, gerak janin dan gerak jantung janin masih jelas walau sudah mulai tidak normal, biasanya terlihat penipisan serviks uterus dan pembukaannya. Perhatikan pula ada tidaknya pelepasan plasenta dari dinding uterus (Saifudin, 2008).

Pengelolaan penderita ini harus memperhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan hemodinamik, yang terjadi dan segera dilakukan tindakan pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase bila perdarahan 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. Pascatindakan

perlu perbaikan keadaan umum, pemberian uterotonika, dan antibiotik profilaksis (Saifudin, 2010).

### 3) Abortus komplit

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai dengan umur kehamilan. Pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan apabila pemeriksaan klinis sudah memadai. Pada pemeriksaan tes urin biasanya masih positif sampai 7-10 hari setelah abortus. Pengelolaan penderita tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan biasa pengelolaan penderita tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan. Biasanya hanya diberi roboransia atau hematonik apabila keadaan pasien memerlukan. Uterotonika tidak perlu diberikan (Saifudin, 2008).

### 4) Abortus Inkomplit

Sebagian dari hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Batasan ini juga masih terpancang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal dalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun masih bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian *placental site* masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus. Pasien dapat jatuh dalam keadaan anemia atau syok hemoragik sebelum sisa jaringan konsepsi dikeluarkan (Saifudin, 2008).

Pengelolaan pasien harus diawali dengan perhatian terhadap keadaan umum dan mengatasi gangguan hemodinamik yang terjadi untuk kemudian disiapkan tindakan kuretase. Pemeriksaan USG hanya dilakukan bila kita ragu dengan diagnosis secara klinis. Besar uterus sudah lebih kecil dari umur kehamilan dan kantong gestasi sudah sulit dikenali, di kavum uteri tampak massa hiperekoik yang bentuknya tidak beraturan (Saifudin, 2008).

Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal

terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dilakukan tindakan kuretase. Kuretase harus dilakukan secara hati-hati sesuai dengan keadaan ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan adalah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pascatindakan perlu diberikan uterotonika parenteral ataupun per oral dan antibiotika (Saifudin, 2008).

#### 5) Missed Abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum usia kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan (Saifudin, 2008). Penderita missed abortion biasanya tidak merasakan keluhan apapun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan diatas 14 minggu sampai 20 minggu penderita justru penderita merasakan rahimnya semakin mengecil (Saifudin, 2008).

Kadangkala missed abortion juga diawali dengan abortus imminens yang kemudian merasa sembuh, tetapi pertumbuhan janin berhenti. Pada pemeriksaan

tes urin kehamilan biasanya hasilnya negatif, setelah satu minggu dari terhentinya pertumbuhan kehamilan. Pada pemeriksaan USG akan didapatkan uterus yang mengecil, kantong gestasi yang mengecil, dan bentuknya tidak beraturan disertai gambaran fetus yang tidak ada dan tidak ada tanda-tanda kehidupan. Bila missed abortion berlangsung lebih dari 4 minggu harus diperhatikan terjadinya gangguan penjendalan darah oleh karena hipofibrinogenemia sehingga perlu diperiksa koagulasi sebelum tindakan evakuasi dan kuretase (Saifudin, 2008).

Pengelolaan missed abortion perlu diutarakan kepada pasien dan keluarganya secara baik karena resiko tindakan operasi dan kuretase ini dapat menimbulkan komplikasi perdarahan atau tidak bersihnya evakuasi atau kuretase dalam sekali tindakan. Faktor mental penderita harus diperhatikan, karena penderita mengalami gelisah setelah tahu kehamilannya tidak tumbuh atau mati (Saifudin, 2008).

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 di atas 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 cairan infus intravena oksitosin dimulai dari dosis 10 unit dari 500cc dekstrose 5% tetesan 20 tetes per menit dan dapat juga diulang sampai total oksitosin 50 unit dengan tetesan dipertahankan untuk mencegah terjadinya retensi cairan tubuh. Jika tidak berhasil penderita diistirahatkan sehari dan kemudian induksi diulangi hingga maksimal 3 kali. Setelah janin atau jaringan konsepsi berhasil keluar dengan induksi ini dilanjutkan dengan tindakan kuretase sebersih mungkin (Saifudin, 2008).

Pada dekade belakangan ini prostaglandin digunakan untuk induksi missed abortion. Salah satu cara yang paling banyak disebutkan adalah dengan menggunakan misoprostol secara sublingual sebanyak 400 mg yang dapat diulangi dua kali dengan jarak enam jam. Dengan obat ini akan terjadi pengeluaran hasil konsepsi atau terjadi pembukaan ostium serviks sehingga tindakan evakuasi dan kuretase dapat

dikerjakan untuk mengosongkan kavum uteri. Kemungkinan penyulit pada tindakan missed abortion ini lebih besar mengingat jaringan plasenta yang menempel pada dinding uterus biasanya sudah lebih kuat. Apabila terdapat hipofibrinogenemia perlu disiapkan tranfusi darah segera atau fibrinogen. Pascatindakan kalau perlu diberikan pemberian infus cairan intravena oksitosin dan pemberian antibiotika (Saifudin, 2008).

#### 6) Abortus habitualis

Abortus habitualis adalah abortu spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Penderita abortus habitualis umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan abortus berturut-turut. Bishop dilaporkan kejadian abortus habitualis adalah 0,41% dari seluruh kehamilan (Saifudin, 2008).

Penyebab abortus habitualis selain faktor anatomis dapat mengkaitkannya dengan faktor imunologis yaitu kegagalan reaksi terhadap antigen *limphosite tropoblastcross reactive*. Bila reaksi terhadap antigen ini rendah atau tidak ada maka akan terjadi abortus. Kelainan ini dapat diobati dengan tranfusi

leukosit atau heparinisasi. Akan tetapi, dekade terakhir menyebutkan perlunya mencari penyebab abortus ini secara lengkap sehingga dapat diobati sesuai dengan penyebabnya (Saifudin, 2008).

Salah satu penyebab yang sering dijumpai adalah inkompetensi serviks yaitu keadaan dimana serviks uteri tidak dapat menerima beban untuk bertahan menutup setelah kehamilan melewati trimester pertama, dimana ostium serviks akan membuka tanpa disertai rasa mules atau kontraksi rahim dan akhirnya terjadi pengeluaran janin. Kelainan ini sering disebabkan karena trauma serviks pada kehamilan sebelumnya, misalnya pada tindakan usaha pembukaan serviks yang luas sehingga diameter kanalis servikalis sudah melebar (Saifudin, 2008).

Diagnosis inkompetensi tidak sulit dengan anamnesis yang cermat. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat menilai diameter kanalis servikalis dan didapati selaput ketuban yang mulai menonjol pada saat memasuki trimester kedua. Diameter ini melebihi 8 mm. Untuk itu pengelolaan penderita inkompetensi serviks dianjurkan untuk periksa hamil seawal mungkin dan bila dicurigai inkompetensi serviks harus diberikan tindakan

untuk memberikan fiksasi pada serviks agar dapat menerima beban dengan berkembangnya umur kehamilan (Saifudin, 2008).

#### 7) Abortus Infeksiosa, Abortus Septik

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada alat genital. Abortus septik adalah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritoneum. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis (Saifudin, 2008).

Abortus infeksiosa dan abortus sepsik perlu segera mendapatkan pengelolaan yang kuat karena dapat terjadi infeksi yang luas selain disekitar alat genitalia juga kerongga peritoneum, bahkan dapat ke seluruh tubuh dan dapat jatuh dalam keadaan syok septik (Saifudin, 2008).

Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis yang cermat tentang upaya tindakan abortus yang tidak menggunakan peralatan yang aseptis dengan didapat tanda gejala panas tinggi, tampak sakit dan lelah, takikardia, perdarahan pervaginam yang berbau, uterus yang membesar dan lembut serta nyeri tekan. Pada

laboratorium didapatkan tanda infeksi dengan leukositosis. Bila sampai terjadi sepsis atau syok, penderita akan tampak lelah, panas tinggi, menggigil, dan tekanan darah turun (Saifudin, 2008).

Pengelolaan pasien ini harus mempertimbangkan keseimbangan cairan tubuh dan perlunya penambahan cairan antibiotik yang adekuat sesuai dengan hasil kultur dan sensitivitas kuman yang diambil dari darah dan cairan fluksus atau flour 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 metronidazol 2 x 1 gram. Selanjutnya antibiotik disesuaikan dengan hasil kultur (Saifudin, 2008).

Tindakan kuretase dilaksanakan bila keadaan tubuh sudah membaik minimal 6 jam setelah antibiotik diberikan serta dilindungi dengan uterotonika. Antibiotik dilanjutkan sampai 2 hari bebas demam dan bila waktu dalam 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 atau

uterus dengan larutan peroksida kalau perlu histerektomi total secepatnya (Saifudin, 2008).

b. Abortus provokatus

Abortus provokatus adalah abortus yang disengaja baik menggunakan obat-obatan maupun alat-alat. Menurut Mochtar (2004) abortus ini terbagi lagi menjadi dua yaitu:

1) Abortus medisinalis

Abortus ini adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu. Biasanya harus mendapatkan persetujuan dari 2 sampai 3 tim dokter ahli.

2) Abortus kriminalis

Abortus ini adalah abortus yang terjadi karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau berdasarkan indikasi medis.

### **3. Etiologi**

Penyebab abortus bervariasi dan sering diperdebatkan. Umumnya lebih dari satu penyebab. Abortus spontan dapat terjadi pada trimester satu kehamilan yang meliputi 85% dari kejadian abortus spontan dan cenderung disebabkan oleh faktor-faktor fetal. Sementara abortus spontan yang terjadi pada trimester ke dua lebih cenderung disebabkan oleh faktor-faktor maternal termasuk inkompetensia serviks, anomali

kavum uteris yang didapat, hipotiroid, disbetes melitus, nefritis kronis, gangguan imunologi dan gangguan psikologik tertentu (Sastrawinata dkk, 2005). Faktor-faktor penyebab terjadinya abortus spontan dibedakan menjadi:

a. Faktor fetal

Sekitar 2/3 dari abortus spontan pada trimester pertama merupakan anomali kromosom dengan 1/2 dari jumlah tersebut adalah trisomi autosom dan sebagian lagi merupakan triploidi, tetraploidi, atau monosomi (Sastrawinata dkk, 2005).

b. Faktor maternal

1) Faktor Genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotip embrio. Paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenetik. Bagaimanapun, gambaran ini belum termasuk kelainan yang diebabkan oleh gangguan gen tunggal atau lokasi dari beberapa lokus yang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan kariotip (Saifudin, 2010).

Kejadian tertinggi kelainan sitogenetik konsepsi terjadi pada awal kehamilan. Kelainan sitogenetik embrio biasanya berupa aneuploidi yang disebabkan

kejadian sporadis seperti poliploid dari fertilitas abnormal. Separuh dari abortus karena kelainan sitogenetik pada trimester pertama berupa trisomi autosom. Triploid ditemukan pada 16 % kejadian abortus, dimana terjadi fertilisasi ovum normal haploid oleh dua sperma sebagai mekanisme patologi primer. Trisomi timbul akibat dari *nondisjunction meiosis* selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Untuk sebagian besar trisomi, gangguan meiosis maternal bisa berimplikasi pada gametogenesis. Insiden trisomi meningkat dengan bertambahnya usia.

## 2) Faktor anatomi

Defek anatomi uterus diketahui sebagai penyebab komplikasi obstetric, seperti abortus berulang, prematuritas, serta malpresentasi janin. Insiden kelainan bentuk uterus berkisar 1/200 sampai 1/600 perempuan. Pada perempuan dengan riwayat abortus ditemukan anomaly uterus pada 27% pasien. Studi oleh Acien terhadap 170 pasien hamil dengan malformasi uterus, mendapatkan hasil hanya 18,8% yang bisa bertahan sampai hamil cukup bulan,

sedangkan 36, 5% mengalami persalinan abnormal (Saifudin, 2010).

Penyebab terbanyak abortus karena kelainan anatomic uterus adalah septum uterus (40-80%), uterus bikornis, didelfis atau unikornis (10-30%). Mioma uteri bisa menyebabkan baik infertilitas maupun abortus berulang. Resiko kejadiannya antara 10-30% pada perempuan usia reproduksi. Sebagian besar tidak menimbulkan gejala tetapi yang berukuran besar akan menimbulkan gangguan (Saifudin, 2008).

Abnormalitas uterus terjadi pada 1,9% dalam populasi wanita, dan 13-30% wanita dengan abortus spontan berulang. Penelitian lain menunjukkan perempuan dengan anomali memiliki angka kemungkinan hidup fetus lebih rendah (Sastrawinata, 2005).

### 3) Faktor Autoimun

Terdapat hubungan yang sangat nyata antara abortus berulang dengan penyakit autoimun. Misalnya pada *Sisthematis lupus eritemathosus* (SLE) dan *Antiphospholiphid antibodies* (aPA). aPA adalah antibody spesifik yang dimiliki pada perempuan dengan SLE.

aPA ditemukan kurang dari 2% pada perempuan hamil yang sehat, kurang dari 20% pada perempuan yang mengalami abortus dan lebih dari 33% pada perempuan dengan SLE. pada kejadian abortus berulang ditemukan infark plasenta yang luas dengan ditemukan atherosclerosis dan oklusi vaskuler. Kejadian abortus spontan diantara pasien SLE sekitar 10%, di banding populasi umum. kehamilan trimester 2 dan 3, maka diperkirakan 75% pasien dengan SLE akan berakhir dengan terhentinya kehamilan (Saifudin, 2008).

Beberapa keadaan lain yang berhubungan dengan APS yaitu trombolisis arteri vena, trombositopenia, anemia hemolitik dan hipertensi pulmonal. Klasifikasi criteria untuk APS meliputi:

a) *Thrombosis vaskuler*

Satu atau lebih episode thrombosis arteri, venosa atau kapiler yang dibuktikan dengan gambaran Dopler, pencitraan dan histopatologi.

b) *Komplikasi kehamilan*

Tiga atau lebih abortus dengan sebab yang tidakjelaskanpa kelainan anatomic, genetic atau hormonal. Satu atau lebih persalinan premature dengan gambaran janin normal dan berhubungan

dengan preeclampsia berat atau insufisiensi plasenta yang berat. Pengelolaan secara umum dengan pemberian heparin subkutan, aspirin dosis rendah, prednisone, immunoglobulin, atau kombinasi semuanya. Studi *case control* menunjukkan pemberian heparin 5000 U 2x/hari dengan 81 mg/hari aspirin meningkatkan daya tahan janin dari 50% menjadi 80% pada perempuan yang telah mengalami abortus lebih dari 2 x tes APLAs positif (Saifudin, 2008).

#### 4) Faktor Hormonal dan Endokrin

Beberapa gangguan endokrin telah terlibat dalam abortus spontan berulang. Termasuk diantaranya diabetes mellitus, defek fase luteal, hipo dan hipertiroid, hipersekresi *lutenezing hormone*. Selain itu ovulasi, implantasi serta kehamilan bergantung pada sistem koordinasi sistem pengaturan hormonal maternal. Oleh karena itu perlu perhatian langsung terhadap sistem hormon secara keseluruhan, fase luteal dan gambaran hormone setelah konsepsi terutama kadar progesterone (Saifudin, 2008).

##### a) Diabetes Mellitus

Telah lama diketahui bahwa diabetes mellitus merupakan faktor penting dalam terjadinya abortus

berulang. Diabetes yang tidak terkontrol meningkatkan resiko terjadinya abortus pada trimester awal dan telah terdapat bukti nyata bahwa diabetes mellitus yang terkontrol baik tidak dihubungkan dengan abortus (Saifudin, 2008).

Perempuan dengan diabetes yang dikelola dengan baik resiko abortusnya tidak lebih jelek jika disbanding dengan perempuan yang tanpa diabetes. Akan tetapi perempuan diabetes dengan kadar HbA1c tinggi pada trimester pertama, resiko abortus dan malformasi janin meningkat signifikan. Diabetes jenis insulin dependen dengan control glukosa tidak adekuat punya peluang 2-3 kali lipat mengalami abortus (Saifudin, 2008).

*b) Defek fase luteal*

Jones yang pertama kali mengutarakan konsep insufisiensi progesterone pada saat fase luteal, dan fase ini dilaporkan pada 23-60% perempuan dengan abortus berulang. Pada penelitian terhadap perempuan yang mengalami abortus lebih dari atau sama dengan 3 kali, didapatkan 17% kejadian defek fase luteal. Dan 50% dengan histology defek fase luteal mempunyai

gambaran progesterone yang normal (Saifudin, 2010).

c) Kadar Progesteron yang rendah

Progesterone punya peran penting dalam mempengaruhi reseptivitas endometrium terhadap implantasi embrio. Pada tahun 1992, Allen dan Curner melakukan penelitian dan mempublikasikan tentang proses fisiologi korpus luteum, dan sejak itu diduga kadar progesterone yang rendah menyebabkan terjadinya abortus (Saifudin, 2010).

5) Faktor hematologic

Beberapa kasus abortus berulang ditandai dengan defek plasentasi dan adanya mikrotrombi pada pembuluh darah plasenta. Berbagai komponen koagulasi dan fibrinolitik memegang peran penting pada implantasi embrio, invasi trofoblas, dan plasentasi. Pada kehamilan terjadi keadaan hiperkoagulasi dikarenakan peningkatan kadar faktor prokoagulan, penurunan faktor koagulan, penurunan aktifitas fibrinolitik (Saifudin, 2008).

Penelitian Tuballa menunjukkan bahwa perempuan dengan riwayat abortus berulang, sering terdapat peningkatan produksi tromboksan yang berlebihan pada usia kehamilan 4-6 minggu, dan

penurunan produksi prostasiklin pada usia kehamilan 8-11 minggu. Hiperhomosisteinemi berhubungan dengan thrombosis dan penyakit vascular dini. Kondisi ini berhubungan dengan 21 % abortus berulang (Saifudin, 2008).

#### 6) Faktor lingkungan

Diperkirakan 1-10% malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan biasanya berakhir dengan abortus, misalnya paparan terhadap buangan gas anastesi dan tembakau. Sigaret rokok diketahui mengandung ratusan unsure toksik, antara lain nikotin, yang telah diketahui mempunyai efek vasoaktif sehingga menghambat sirkulasi uteroplasenta. Karbonmonoksida juga menurunkan pasokan oksigen ibu dan janin serta memacu neurotoksin. Dengan adanya gangguan pada sistem sirkulasi fetoplasenta dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin yang berakibat terjadinya abortus (Saifudin, 2008).

#### 7) Faktor infeksi

Infeksi-infeksi maternal yang memperlihatkan hubungan

yang jelas dengan abortus spontan antara lain jenis bakteri (*listeria monositogenes*, *klamidia trakomatis*, *mikoplasma hominis*, *bacterial vaginosis*), jenis virus (*sitomegalovirus*, *rubella*, *herpes simplek virus*, *HIV*) dan golongan parasit (*toksoplasmosis gondhii*, *plasmodium falciparum*) serta jenis spirokaeta (*triponema pallidum*) (Saifudin, 2008).

Berbagai teori diajukan untuk mencoba menerangkan peran infeksi terhadap resiko abortus diantaranya adalah adanya *metabolic toksik*, *endotoksik*, *eksotoksin* berdampak langsung pada janin atau unit plasenta, infeksi janin yang bisa berakibat kematian janin atau berat sehingga janin sulit bertahan hidup, infeksi plasenta berakibat *insufisiensi plasenta* dan bisa berlanjut kematian janin (Saifudin, 2008).

## 8) Faktor eksogen

### a) Gas anastesi

Gas anastesi diyakini sebagai faktor penyebab abortus spontan. Wanita yang bekerja di kamar operasi sebelum dan selama kehamilan memiliki kecenderungan 1,5 sampai 2 kali untuk mengalami abortus spontan (Sujiyatini, 2009).

### b) Air yang tercemar

Beberapa penelitian epidemiologi di kalifornia menemukan hubungan bermakna antara resiko abortus spontan pada wanita yang terpapar trihalometana dan terhadap salah satu turunannya, dan wanita yang tinggal di daerah dengan kadar bromide pada air permukaan paling tinggi (Sujiyatini, 2009).

c) Pestisida

Resiko abortus spontan telah diteliti pada sejumlah kelompok pekerja yang menggunakan pestisida. Suatu peningkatan prevalensi abortus spontan terlihat pada istri-istri pekerja yang menggunakan pestisida (Sujiyatini, 2009).

#### **4. Patofisiologi**

Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang menyebabkan terjadiperdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan oksigen. Bagian yang terlepas dianggap benda asing sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan dengan kontraksi (Manuaba, 2010).Abortus biasanya disertai dengan perdarahan di dalam desidua basalis dan perubahan nekrotik di dalam jaringan-jaringan yang berdekatan dengan tempat perdarahan. Ovum yang terlepas sebagian atau seluruhnya

dan mungkin menjadi benda asing di dalam uterus sehingga merangsang kontraksi uterus dan mengakibatkan pengeluaran janin (Sujiyatini, 2009).

Pada permulaan, terjadi perdarahan dalam desidua basalis, diikuti oleh nekrosis jaringan sekitarnya, sebagian atau seluruh hasil konsepsi terlepas. Karena dianggap benda asing, maka uterus berkontraksi untuk mengeluarkannya. Pada kehamilan dibawah 8 minggu, hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya, karena vili korealis belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan dalam kehamilan 8-14 minggu, telah masuk agak dalam, sehingga sebagian keluar dan sebagian lagi akan tertinggal karena itu akan banyak terjadi perdarahan (Mochtar, 2004).

Pada kehamilan lebih dari 14 minggu janin dikeluarkan lebih dahulu daripada plasenta. Hasil konsepsi keluar dalam berbagai bentuk seperti kantong kosong amnion atau benda kecil yang tak jelas bentuknya, janin lahir mati, janin masih hidup, fetus kompresus dan maserasi (Mochtar, 2004).

## **5. Komplikasi**

Komplikasi yang serius biasanya terjadi pada fase abortus yang tidak aman walaupun kadang-kadang dijumpai juga pada abortus spontan. Komplikasi dapat berupa

perdarahan, kegagalan ginjal, infeksi, syok akibat perdarahan dan infeksi sepsis.

a. 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 (Sujiyatini, 2009).

1) 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 dilakukan laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi (Sujiyatini, 2009).

## 2) Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplit yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (Sujiyatini, 2009).

## 3) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (Sujiyatini, 2009).

### **C. Faktor-Faktor Predisposisi Penyebab Abortus**

#### **1. Karakteristik**

Karakteristik merupakan ciri– ciri khusus atau yang mempunyai sifat khas seseuai dengan perwatakan tertentu (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2010).

Adapun karakteristik ibu hamil antarlain Usia, graviditas, jarak kehamilan, dan riwayat abortuas.

#### **2. Usia**

Usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Dalam kamus besar bahasa Indonesia dijelaskan bahwa usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan).

Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa usia adalah variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur.

Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia resiko untuk hamil dan melahirkan. Menurut Manuaba (2010) kurun waktu reproduksi sehat adalah 20-30 tahun dan keguguran dapat terjadi pada usia yang masih muda karena pada saat masih remaja usia reproduksi belum matang dan belum siap untuk hamil. Menurut Cunningham (2005)

Klasifikasi Faktor usia yang beresiko (Manuaba 2010) :

- 1) 20 tahun usia muda
- 2) > 35 tahun

### **3. Graviditas**

Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilan. Wanita yang sudah berulang kali mengulangi kehamilan akan lebih mudah dan mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan kecil waktu hamil ibu (Manuaba, 2007).

Jumlah graviditas yang tinggi memberikan gambaran tingkat kehamilanyang banyak, dapat menyebabkan

berbagai resiko kehamilan termasuk abortus komplit, semakin banyak jumlahkehamilan yang dialami seorang ibu semakin tinggi resikonya untuk mengalami komplikasi.hal ini disebabkan Karena secara fisik jumlah graviditas yang tinggi mengurangi kemampuan uterus sebagai media pertumbuhan janin.kerusakan pada pembuluh dinding .uterus mempengaruhi sirkulasi nutrisi kejanin dimana jumlah nutrisi akan berkurang dibandingkan kehamilan sebelumnya.hal ini dapat menimbulkan komplikasi yang dapat memicu terjadinya abortus makin naik,dengan meningkatnya graviditas(Hanifa W.2011)

#### **4. Jarak Kehamilan**

Jarak adalah masa antara dua kejadian yang bertalian (Depdikbud, 1998). Kehamilan adalah keadaan dimana terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (Saifuddin, 2002).

Jarak kehamilan yang ideal adalah antara 3 sampai 5 tahun (Rehana, 2005). Menurut Krisnadi (2005), jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara 2 sampai 5 tahun. Sementara menurut pendapat Supriady (2006), jarak kehamilan terlalu dekat bisa membahayakan ibu dan janin, idealnya jarak kehamilan tak kurang dari 9 bulan hingga 24 bulan sejak

kelahiran sebelumnya. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun merupakan salah satu faktor resiko kematian akibat *abortus*, semakin dekat jarak kehamilan sebelumnya dengan sekarang akan semakin besar resiko terjadinya *abortus*. Fakta lain adalah resiko untuk mati bagi anak akan meningkat sebanyak 50% bila jarak antara 2 persalinan kurang dari 2 tahun ini suatu fakta biologis tak bisa dihindari (Soejoenoes, 2004).

## 5. Riwayat Abortus

Pengertian riwayat menurut kamus besar bahasa Indonesia (2010) adalah sesuatu yang pernah dialami seseorang sebelumnya. Jadi riwayat abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang pernah dialami seseorang sebelumnya. Setelah 1 kali abortus spontan memiliki 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali resikonya meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa resiko abortus setelah 3 abortus berurutan adalah 30-45% (Saifudin, 2008). Kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai resiko lebih tinggi untuk persalinan premature,

abortus berulang dan bayi dengan berat badan lahir rendah (Cunningham, 2005).

#### **D. Landasan Teori**

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan tersebut belum mampu untuk hidup diluar kandungan (Saifudin, 2008).

Umur adalah lamanya seseorang hidup dihitung berdasarkan usia pada saat ulang tahun yang terakhir. Wanita hamil pada umur < 20 tahun berisiko mengalami abortus disebabkan dari segi biologis, perkembangan alat-alat reproduksinya belum seluruhnya optimal, dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental dan emosional. Sedangkan wanita yang hamil pada umur > 35 tahun ibu berisiko mengalami abortus karena kondisi alat-alat reproduksi yang semakin menurun dan kejadian kelainan kromosom akan meningkat setelah usia 35 tahun (Hanifa, 2008: 462).

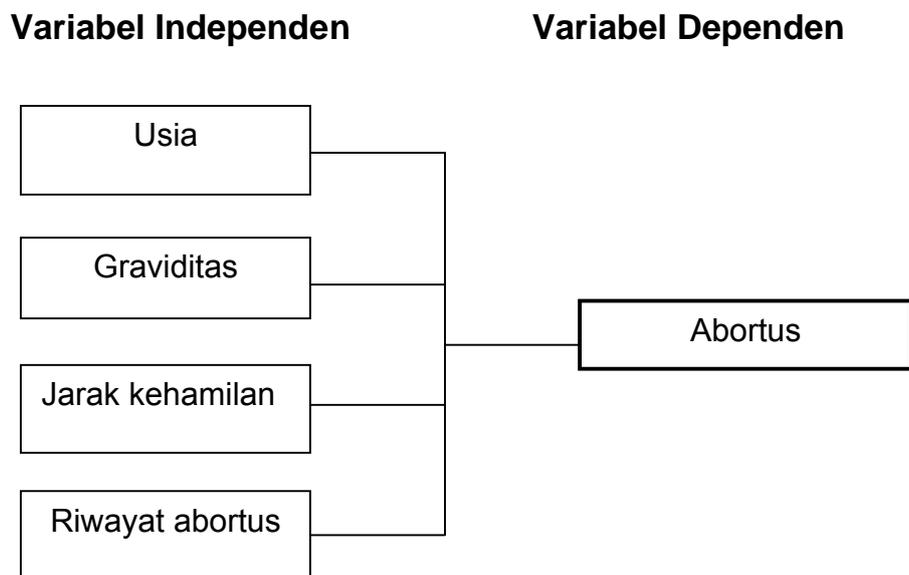
Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilan .wanita yang sudah berulang kali mengulangi kehamilan akan lebih mudah dan mampu beradaptasi dengan perubahan perubahan fisiologi hamil ibu (Mansuha, 2007)

Menurut Krisnadi (2005), jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara 2 sampai 5 tahun. Sementara menurut pendapat Supriady (2006), jarak kehamilan terlalu dekat bisa membahayakan ibu dan janin, idealnya jarak kehamilan tak kurang dari 9 bulan hingga 24 bulan sejak kelahiran sebelumnya. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun merupakan salah satu faktor resiko kematian akibat *abortus*, semakin dekat jarak kehamilan sebelumnya dengan sekarang akan semakin besar resiko terjadinya *abortus*. Fakta lain adalah resiko untuk mati bagi anak akan meningkat sebanyak 50% bila jarak antara 2 persalinan kurang dari 2 tahun ini suatu fakta biologis tak bisa dihindari (Soejoenoes, 2004).

Riwayat *abortus* adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang pernah dialami seseorang sebelumnya. Setelah 1 kali *abortus* spontan memiliki 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali risikonya meningkat 25%. (Saifudin, 2008).

## E. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan di atas maka dapat digambarkan kerangka teori yang menghubungkan antara karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus yaitu sebagai berikut :



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi *deskriptif*, dimana yang bertujuan untuk menggambarkan *karakteristik* ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015. Penelitian *deskriptif* adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2010).

#### **B. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Kota Kendari.

#### **C. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni – Juli tahun 2016.

#### **D. Populasi, Sampel dan Sampling**

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

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoadmodjo, 2010). Berdasarkan pendapat tersebut, yang menjadi populasi dalam penelitian ini

adalah seluruh ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari 2015, sejumlah 167 ibu hamil yang mengalami abortus.

## 2. Sampel dan Sampling

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*, artinya seluruh populasi dalam penelitian ini dijadikan sebagai sampel yang berjumlah 167 ibu hamil yang mengalami abortus.

## E. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan untuk satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu ( Notoatmodjo, 2010 ).

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu:

1. Variabel *independent* atau variabel bebas dalam penelitian ini yaitu usia ibu, graviditas, jarak kehamilan dan riwayat abortus.
2. Variabel *dependent* atau variabel terikat dalam penelitian ini yaitu abortus.

## F. Definisi Operasional

1. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan tersebut belum mampu untuk hidup diluar kandungan (Saifudin, 2008).
2. Umur adalah lamanya seseorang hidup dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir (Manuaba, 2007 : 43).

Kriteria objektif :

- a. Umur < 20 tahun
  - b. Umur 20-35 tahun
  - c. Umur > 35 tahun
3. Graviditas adalah jumlah kehamilan seluruhnya yang telah dialami oleh ibu tanpa memandang hasil akhir kehamilan. (Manuaba,2007).

Kriteria objektif :

- a. Primigravida
  - b. Multigravida
  - c. Grandemultigravida
4. Jarak kehamilan, antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*) sebaiknya antara 2 sampai 5 tahun. (Krisnadi, 2005)

Kriteria Objektif :

1. < 2 tahun.

2.  $\geq 2$  tahun
5. Riwayat abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum kehamilan berusia 20 minggu atau janin belum mampu hidup yang pernah dialami seseorang sebelumnya. (Saifudin, 2008)

Kriteria objektif :

1. Ada Riwayat Abortus
2. Tidak ada riwayat abortus

### **G. Instrumen Penelitian**

Instrumen (alat ukur) penelitian ini menggunakan *checklist* yaitu peneliti memegang *checklist* untuk mencari variabel yang telah ditentukan. Apabila muncul variabel yang dicari, maka peneliti tinggal membubuhkan tanda *checklist* ditempat yang sesuai (Arikunto, 2010).

Menurut Arifin (2009:101) dalam observasi peneliti lebih banyak menggunakan salah satu panca inderanya yaitu indra penglihatan. Untuk memaksimalkan hasil observasi, biasanya peneliti akan menggunakan alat bantu yang sesuai dengan kondisi lapangan. Diantaranya alat bantu observasi tersebut termasuk: buku catatan dan checklist.

### **H. Prosedur Pengumpulan Data**

Data dalam penelitian ini diperoleh dari data sekunder yaitu data yang diambil dari buku register rekam medik mengenai abortus di RSUD Kota Kendari.

## I. Pengolahan Data

Setelah data yang dibutuhkan terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dan analisis data melalui tahapan-tahapan berikut :

### 1) *Editing* (Seleksi Data)

Menurut Budiarto (2002) editing adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Dalam penelitian ini editing digunakan untuk mengumpulkan data pada lembar *checklist*. Hasil *checklist* dari lembar *checklist* diperiksa kembali kejelasannya.

### 2) *Coding* (Pemberian Kode)

Setelah dilakukan editing, selanjutnya penulis memberikan kode tertentu pada tiap-tiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka-angka atau huruf-huruf yang memberikan petunjuk/ identitas pada suatu informasi atau data yang akan dianalisis.

### 3) *Tabulating* (Pengolahan Data)

Pada tahap ini, jawaban yang sama dikelompokkan dengan teliti dan teratur lalu di hitung di jumlahkan kemudian dituliskan dalam bentuk tabel.

### 4) *Analiting* (Analisis Data)

Dalam melakukan analisis khususnya data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis secara univariat.

## **J. Penyajian Data**

Data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berdasarkan variabel yang diteliti disertai dengan narasi secukupnya.

## **K. Analisa Data**

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini melalui satu tahap:

### **1. Analisis univariat**

Analisis univariat dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mendapatkan deskripsi pada variabel independen dan variabel dependen.

Analisis univariat menggunakan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan:

P : Presentase

F : Frekuensi

N : Jumlah subjek

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Keadaan Penelitian**

##### **1. Sejarah Berdirinya RSUD Kota Kendari**

RSUD Kota kendari awalnya terletak di kota kendari, tepatnya di Kelurahan Kandai Kecamatan Kendari dengan luas lahan 3.527 M<sup>2</sup> dan luas bangunan 1.800 M<sup>2</sup>.

RSUD Kota kendari merupakan bangunan atau gedung peninggalan pemerintah Hindia Belanda yang didirikan pada tahun 1927 dan telah mengalami beberapa kali perubahan antara lain :

- a. Dibangun oleh pemerintah Belanda pada tahun 1927
- b. Dilakukan rehabilitasi oleh pamarintah jepang pada tahun 1942 – 1945
- c. Menjadi Rumah Sakit Tentara pada tahun 1945 – 1960
- d. Menjadi RSU Kabupaten Kendari pada tahun 1960 – 1989
- e. Menjadi Puskesmas Gunung Jati pada tahun 1989 – 2001
- f. Menjadi RSU Kota Kendari pada tahun 2001 berdasarkan perda Kota Kendari No.17 Tahun 2001
- g. Diresmikan penggunaannya sebagai RSUD Abunawas Kota Kendari oleh Bapak Walikota Kendari pada tanggal 23 Januari 2003

- h. Pada tahun 2008, oleh pemerintah Kota Kendari telah membebaskan lahan seluas 13.000 ha, untuk relokasi Rumah Sakit yang dibangun
- i. Pada tanggal 9 Desember 2011 RSUD Abunawas Kota Kendari resmi menempati Gedung baru yang terletak di Jl. Brigjen Z.A Sugianto No : 39 Kel Kambu Kec. Kambu Kota Kendari.
- j. Pada tanggal 12 – 14 Desember 2012 telah divisitasi oleh TIM Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan berhasil terakreditasi penuh sebanyak pelayanan (Administrasi & Manajemen, Rekam Medik, Pelayanan keperawatan,, Pelayanan Medik dan IGD)
- k. Berdasarkan SK Walikota kendari no 16 Tahun 2015 tanggal 13 Mei 2015 dikembalikan namanya menjadi RSUD Kota Kendari sesuai PERDA Kota Kendari No. 17 Tahun 2001.

## **2. Sarana Gedung**

RSUD Kota Kendari saat ini memiliki sarana gedung sbb :

- a. Gedung Anthurium (Kantor)
- b. Gedung Bougenville (Poliklinik)
- c. Gedung (IGD)
- d. Gedung Matahari (Radiologi)
- e. Gedung Crysant (Kamar Operasi)

- f. Gedung Asoka (ICU)
- g. Gedung Teratai (Obgyn - Ponek)
- h. Gedung lavender (Raawat inap penyakit dalam)
- i. Gedung Mawar (Rawat Inap Anak)
- j. Gedung Melati (Rawat Inap Bedah)
- k. Gedung Tulip (Rawat Inap Saraf dan THT)
- l. Gedung Anggrek (Rawat Inap VIP, Kls I dan Kls II)
- m. Gedung instalasi Gizi
- n. Gedung Laundry
- o. Gedung Laboratorium
- p. Gedung Kamar Jenazah
- q. Gedung VIP (dalam tahap penyelesaian)
- r. Gedung PMCC (Private Medical Care) dalam proses pembangunan

Dalam menunjang pelaksanaan kegiatan, RSUD Kota Kendari dilengkapi dengan 4 unit mobil ambulance, 1 buah mobil direktur, 10 buah mobil dokter spesialis dan 10 buah sepeda motor.

### **3. Ketenagaan**

Jumlah tenaga kerja yang ada di RSUD Kota Kendari pada tahun 2015 sebanyak 451 (207 PNS dan 244 Non PNS), yang terdiri dari :

- a. Tenaga medis

- b. Tenaga para medis
- c. Tenaga para medis non perawatan
- d. Tenaga administrasi

Secara terperinci tenaga yang ada di RSUD Kota

Kendari tahun 2014 dapat dilihat dalam table sebagai berikut :

Tabel 1. Data Pegawai Rsud Kota Kendari Tahun 2015

NO	NAMA DOKTER	PNS	NON PNS	PNS MOU	JUMLAH
	<b>TENAGA KESEHATAN</b>				
1	Dokter Spesialis	12	4	8	24
2	Dokter Umum	9	5	3	17
3	Dokter Gigi	3	0	1	4
4	S1 Ners	3	18	0	21
5	S1 Perawat	19	7	0	26
6	D3 Perawat	31	100	1	132
7	SPK	11	1	0	12
8	S1 Perawat Gigi	1	0	0	1
9	D3 Perawat Gigi	2	3	0	5
10	SPRG	1	0	0	1
11	D4 Kebidanan	8	0	0	8
12	D3 Kebidanan	20	35	0	55
13	S2 kesmas	7	0	0	7
14	S1 Kesmas	14	10	0	24
15	D3 Kesling	2	0	0	2
16	Apoteker	4	0	0	4
17	S1 Farmasi	3	1	0	4
18	D3 Farmasi	4	3	0	7
19	S1 Gizi	0	3	0	3
20	D3 Gizi	6	2	0	8
21	D3 Analisis Kesehatan	4	12	0	16
22	S1 Fisioterapi	1	0	0	1
23	D3 Fisioterapi	1	0	0	1
24	D3 Rekam Medik	1	0	0	1
25	S3 Akipuntur	1	0	0	1
26	S3 Okuvasi Terapi	1	0	0	1
27	S3 radiologi	1	1	0	2
28	D3 Teknik Gigi	1	0	0	1
29	S1 Psikologi	2	0	0	2
	<b>TENAGA NON KESEHATAN</b>				

30	S1 Ekonomi	1	4	0	5
31	D1 Komputer	1	0	0	1
32	D3 Komputer	1	0	0	1
33	S1 Komputer	1	0	0	1
34	S1 Sosial Politik	2	1	0	3
35	S1 Teknologi Pangan	1	0	0	1
36	S2 Hukum	1	0	0	1
37	S2 Manajemen	2	0	0	2
38	S1 Manajemen	0	1	0	1
39	S1 Informatika	0	1	0	1
40	SMA	9	25	0	34
41	SMP	1	3	0	4
42	SD	1	4	0	5
<b>J U M L A H</b>		<b>194</b>	<b>244</b>	<b>13</b>	<b>451</b>

Tabel 2. Daftar Nama Dokter dan Kompetensinyayang Memberi PelayananDi RSUD Kota KendariTahun 2015

<b>NO</b>	<b>NAMA DOKTER</b>	<b>SPELIALIS</b>	<b>KET</b>
1	dr. Rustam A. Tawa, SP.PD	Peny Dalam	
2	dr. Dwiwana Pertiwi T.SP.PD,M.Kes	Peny Dalam	
3	dr. Mustari, Sp.B	Bedah	
4	Dr. Ilham Arif, Sp.B	Bedah	
5	dr. Yeni Haryani, M.Kes, Sp.A	Anak	
6	dr. Jeanida Maulidina, Sp.A	Anak	
7	dr. Andi Yulia R, Sp.OG	Obsgyn	
8	dr. Dewa Putu ardika, Sp.OG	Obsgyn	
9	dr. I Made Cristian, Sp.B,M.Repro, (K) Onk	Bedah Tumor	
10	dr. Nancy Sendra, Sp.THT	THT	
11	dr. Sri Muryati, Sp.S,M.Kes	Syaraf	
12	dr. Happy Handaruwati, Sp.S,M.Kes	Syaraf	
13	dr. Ruslan Duppa, M.Kes, SP.Rad	Radiologi	
14	dr. Sukirman, MARS, M.Kes,SP.PA	Pat. Anatomi	
15	dr. Hilma yuniar T, M.Kes, Sp.Pk	Pat. Klinik	
16	dr. Karim, Sp.PK	Pat. Klinik	
17	dr. Mario Polo, SP.OT	Orthopedi	
18	dr.Benny Murtaza, Sp.OT	Orthopedi	
19	dr. Nelly H. Dahlan, Sp.KK, M.Kes	Kulkel	
20	dr. Shinta N. Barnas, Sp.KK, M.Kes	Kulkel	
21	dr. Syarif Subjakto, Sp.Jp (K) FIHA	Jantung	
22	Dr. Ilyas, Sp.M	Mata	
23	Dr. La Duwi, Sp.An	Anasthesi	

24	Dr. Hery Irawan, Sp.An	Anasthesi	
25	Drg. Susi Indriaswaty, Sp.KGA	Gigi Anak	
26	dr. Putu Gede Darmadi	Umum	
27	dr. Franst	Umum	
28	dr. Wiranto	Umum	
29	dr. Muh. Reza primaguna	Umum	
30	dr. Hj Rosita	Umum	
31	dr. Dewi Endrianti	Umum	
32	dr. Yayang Aditia Dewi	Umum	
33	dr. Didi saputra Ramang	Umum	
34	drg. Farida Sanusi	Gigi	
35	drg. Gunawan Wibisono	Gigi	
36	drg. Putri Sinapoy	Gigi	
37	drg. Eka Yuniarti Siregar	Gigi	
38	dr. Sofyan Natsir	Umum	
39	dr. H Hamzah, M.Kes	Umum	
40	dr. Asmia Arief	Umum	
41	dr. Ashaeryanto	Umum	
42	dr. A. Israyanti Mawardi	Umum	
43	dr. Eros Sulfikar	Umum	
44	dr. Yosephine Siahaan	Umum	
45	dr. William	Umum	
46	dr. Amalia Parante	Umum	
47	dr. Wd. St. Fatma	Umum	
48	dr. Safriyani	Umum	

#### 4. Visi, Misi, Fungsi, Nilai-Nilai Dasar, Motto, Tugas Pokok dan Strategi

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya RSUD Kota Kendari mempunyai Visi dan Misi :

##### a. Visi

**“ RUMAH SAKIT PILIHAN MASYARAKAT ”**

##### b. Misi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan menciptakan pelayanan yang bermutu, cepat, tepat serta terjangkau oleh masyarakat.

- 2) Mendorong masyarakat untuk memanfaatkan RSUD Kota Kendari menjadi RS mitra keluarga.
- 3) Meningkatkan SDM, sarana dan prasarana medis serta non medis serta penunjang medis.

**c. Motto**

Senyum, salam, sapa, santun, sabar dan empaty kepada setiap pengguna jasa Rumah Sakit.

**d. Tugas Pokok**

- 1) Melakukan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan cara mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.
- 2) Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

**e. Fungsi**

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut, maka RSUD Kota Kendari bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan dan berfungsi :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan medis
- 2) Menyelenggarakan pelayanan medis & non medis
- 3) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan

- 4) Menyelenggarakan pendidikan dan latihan
- 5) Menyelenggarakan administrasi dan keuangan
- 6) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan

**f. Nilai – Nilai Dasar**

- 1) Kejujuran
- 2) Keterbukaan
- 3) Kerendahan hati
- 4) Kesiediaan melayani
- 5) Kerja keras
- 6) Kasih sayang
- 7) Loyalitas

**g. Strategi**

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan secara optimal
- 2) Meningkatkan sumber daya manusia yang handal dibidang kesehatan yang berorientasi pada tugas, melalui pendidikan dan latihan
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana medis dan non medis sesuai kebutuhan
- 4) Meningkatkan kerjasama lintas sector dan pihak swasta melalui kerja sama yang saling bertanggung jawab dan menguntungkan

## 5. Prestasi Yang Perna Dicapai

- a. Tahun 2000, Juara 1 Lomba Sejahtera Indonesia Tingkat Prov Sultra
- b. Tahun 2000, Juara 3 Lomba balita Sejahtera Indonesia Tingkat Nasional
- c. Tahun 2009, Juara 1 rumah Sakit sayang Ibu & Bayi Tingkat Provinsi Sulawesi Tenggara
- d. Tahun 2009, Menerima Penghargaan dari Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu & Terbaik Tingkat Provinsi Sulawesi Tenggara
- e. Tahun 2009, Juara 3 Lomba kebersihan, Keindahan dan Ketertiban tingkat Kota Kendari
- f. Tahun 2010, Menerima Penghargaan Piagam Citra Pelayanan Prima Unit Pelayanan Publik Tingkat Nasional
- g. Tahun 2013, Juara 1 Lomba makanan B2SA “ Beragam, Bergizi, Seimbang dan Aman” Tingkat Kota Kendari
- h. Tahun 2013, Juara II lomba pemeran Kendari Expo Tingkat Kota Kendari
- i. Tahun 2013, mendapatkan penghargaan “Rumah Sakit Sayang ibu” oleh Menteri Kesehatan RI
- j. Tahun 2014, Menerima Sertifikat dengan Predikat Kepatuhan Standar Pelayanan Publik oleh OMBUDSMAN Republik Indonesia

## B. Hasil Penelitian

Setelah dilakukan pengumpulan data dari *medical record* RSUD Kota Kendari, maka didapatkan karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus yang terbagi dalam 4 variabel, yaitu usia, graviditas, jarak kehamilan dan riwayat abortus sebagaimana diuraikan berikut ini :

### 1. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan Usia

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Ibu yang Mengalami Abortus Berdasarkan Usia Ibu RSUD Kota Kendari Tahun 2015.

No.	Usia	F	%
1	< 20 tahun	6	3,6
2	20-35 tahun	121	72,4
3	> 35 tahun	40	24,0
<b>Jumlah</b>		167	100

Sumber : Data Sekunder, 2015

Berdasarkan tabel 3 di atas dapat diketahui bahwa dari 167 ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015. Usia ibu < 20 tahun sebanyak 6 orang (3,6 %), 20-35 tahun sebanyak 121 orang (72,4 %), dan usia > 35 tahun sebanyak 40 orang (24,0%).

## 2. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan Graviditas

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Graviditas Ibu yang Mengalami Abortus

No.	Graviditas	<i>F</i>	%
1	Primigravida	45	27,0
2	Multigravida	99	59,2
3	Grandemultigravida	23	13,8
<b>Jumlah</b>		167	100

Sumber : Data Sekunder, 2015

Berdasarkan tabel 4 di atas dapat diketahui bahwa dari 167 ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015. Jumlah primigravida sebanyak 45 orang (27,0%), multigravida sebanyak 99 orang ( 59,2 %), dan grademultigravida sebanyak 23 orang (13,8%).

## 3. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan Jarak kelahiran

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Jarak Kelahiran Ibu Yang Mengalami Abortus

No.	Jarak Kelahiran	<i>F</i>	%
1	< 2 tahun	23	18,9
2	≥ 2 tahun	99	81,1
<b>Jumlah</b>		122	100

Sumber : Data Sekunder, 2015

Berdasarkan tabel 5 di atas dapat diketahui bahwa dari 122 ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun

2015. Jumlah jarak kelahiran > 2 tahun sebanyak 23 orang (18,9 %) dan  $\geq 2$  tahun sebanyak 99 orang (81,1%).

#### 4. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan riwayat abortus

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Ibu Yang Mengalami Abortus Berdasarkan Riwayat Abortus.

No.	Riwayat Abortus	<i>F</i>	%
1	Ada riwayat abortus	22	13,2
2	Tidakadariwayat abortus	145	86,8
<b>Jumlah</b>		167	100

Sumber : Data Sekunder, 2015

Berdasarkan tabel 6 di atas dapat diketahui bahwa dari 167ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015. Jumlah ibu yang mengalami riwayat abortus sebanyak 42 orang (10%), ibu yang tidak mengalami riwayat abortus sebanyak 378 orang (90%).

### C. Pembahasan

#### 1. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan usia

Berdasarkan hasil pengumpulan data dan pengolahan data dapat diketahui bahwa dari 167ibu yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari tahun 2015. usia yang paling banyak adalah berumur 20-35 yaitu 121orang (72,4%) dan paling sedikit yaitu yang berumur tahun < 20 tahun yaitu

sebanyak 6 orang (3,6%). Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa angka kejadian ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari didominasi oleh ibuyang berusia diantara 20 – 35 tahun.

Menurut manuaba (2010) usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia resiko untuk hamil dan melahirkan. Kurun waktu reproduksi sehat adalah 20-30 tahun dan keguguran dapat terjadi pada usia yang masih muda karena pada saat masih remaja usia reproduksi belum matang dan belum siap untuk hamil. Teori ini juga didukung oleh Stein dan Coauthors dalam penelitiannya menemukan bahwa abortus spontan akan tetap terjadi pada umur pertengahan 30 tahun (Darmayanti, 2009).

Menurut teori Cunningham (2006), bahwa risiko abortus spontan semakin meningkat dengan bertambahnya usia ibu. Pada ibu usia dibawah 20 tahun risiko terjadinya abortus kurang dari 2%. Risiko meningkat 10% pada usia ibu lebih dari 35 tahun dan mencapai 50% pada usia ibu lebih dari 45 tahun. Peningkatan risiko abortus ini diduga berhubungan dengan abnormalitas kromosom pada wanita usia lanjut.

Berdasarkan dengan teori yang dikemukakan oleh Wiknjosastro (2002), bahwa wanita yang hamil pada umur muda (<20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat

reproduksinya belum sepenuhnya optimal. dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, dan emosional, dan dari segi medis sering mendapat gangguan, sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun, elastic dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksinya mengalami kemunduran, juga wanita pada usia ini besar kemungkinan mengalami komplikasi antenatal diantaranya abortus.

Hasil penelitian Anggun (2009), Jumlah populasi sebanyak 103 ibu yang mengalami abortus di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang Hasil penelitian sebagian besar ibu mengalami abortus berusia reproduktif 20-35 tahun yaitu sebanyak 69 sampel (67,0%). Dari pendapat peneliti angka kejadian abortus ini menunjukkan bahwa angka tertinggi terdapat pada ibu yang berusia 20-35 tahun, hasil penelitian ini dapat disebabkan karena kondisi social ekonomi yang kurang ibu hamil harus membantu suaminya mencari nafkah seperti membantu kerja di sawah dan di ladang, disebabkan beban kerja yang terlalu berat, masukan nutrisi dan gizi yang kurang, sehingga kecenderungan untuk keguguran selalu akan mengancam, daya tahan tubuh yang rendah dan sosial ekonomi yang rendah.

Hasil penelitian Zanuar Abidin (2010), bahwa hasil penelitian ini menggambarkan bahwa ibu hamil yang mengalami abortus cenderung lebih banyak dialami oleh ibu yang berusia < 20 dan > 35 tahun.

## **2. Distribusi frekuensi ibu yang mengalami abortus berdasarkan graviditas**

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa ibu hamil yang mengalami abortus paling banyak dialami oleh ibu multigravida yaitu sebanyak 99 orang (59,2%) dan paling sedikit terjadi pada ibu grandemultigravida yaitu sebanyak 23 orang (13,8%). Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa angka kejadian ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari didominasi oleh ibu multigravida.

Hal ini didukung oleh teori yang menyatakan graviditas merupakan faktor resiko untuk terjadinya abortus atau dengan semakin banyaknya kehamilan ibu maka resiko terjadinya abortus meningkat juga, hal ini berkaitan dengan alat-alat reproduksi atau otot rahim telah menurun dengan semakin seringnya mengalami kehamilan sehingga keadaan tersebut mempunyai resiko atau peluang yang besar untuk terjadinya abortus (Cunningham, 1995).

Jumlah graviditas yang tinggi memberikan gambaran tingkat kehamilan yang banyak, dapat menyebabkan berbagai resiko kehamilan termasuk abortus semakin banyak

jumlah kehamilan yang dialami seorang ibu semakin tinggi risikonya untuk mengalami komplikasi. hal ini disebabkan karena secara fisik jumlah graviditas yang tinggi mengurangi kemampuan uterus sebagai media pertumbuhan janin. kerusakan pada pembuluh dinding uterus mempengaruhi sirkulasi nutrisi kejanin dimana jumlah nutrisi akan berkurang dibandingkan kehamilan sebelumnya. hal ini dapat menimbulkan komplikasi yang dapat memicu terjadinya abortus makin naik, dengan meningkatnya graviditas (Hanifa W. 2011).

### **3. Distribusi frekuensi ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan jarak kelahiran**

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa ibu hamil yang mengalami abortus dengan jarak kelahiran  $< 2$  tahun yaitu sebanyak 23 orang (18,9%) sedangkan ibu abortus tanpa dengan jarak kelahiran  $\geq 2$  tahun yaitu sebanyak 99 orang (81,1%). Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa angka kejadian ibu hamil yang mengalami abortus di RSUD Kota Kendari didominasi oleh ibu dengan jarak kelahiran  $\geq 2$  tahun.

Jarak kehamilan ini didukung teori *Manuaba* (1998), yang mengatakan salah satu faktor terjadinya *abortus* yaitu faktor lingkungan endometrium yang disebabkan oleh gizi ibu

Soejoenoes (2004), juga mengatakan resiko untuk mati bagi anak akan meningkat sebanyak 50% bila jarak antara 2 persalinan kurang dari 2 tahun. Ini suatu fakta biologis, tak bisa dihindari.

Penelitian ini sesuai juga dengan pendapat Supriyadi (2006), mengatakan jarak kehamilan terlalu dekat bisa membahayakan ibu dan janin, idealnya jarak kehamilan tak kurang dari 9 bulan hingga 24 bulan sejak kelahiran sebelumnya. Jarak kehamilan < 2 tahun merupakan salah satu faktor resiko kematian akibat *abortus* semakin dekat jarak kehamilan sebelumnya dengan sekarang akan semakin besar resiko terjadinya *abortus*. Disamping itu pada kehamilan jarak dekat atau kurang dari 2 tahun, 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 berkontraksi. Pada kehamilan muda bisa terjadi pendarahan atau ancaman keguguran.

Dampak lain yang terjadi bila jarak kehamilan terlalu pendek dapat menyebabkan PJT atau pertumbuhan janin terhambat, dikarenakan kondisi energi ibu belum

memungkinkan untuk menerima kehamilan berikutnya, dimana gizi ibu yang belum prima membuat gizi janin juga sedikit sehingga pertumbuhan janin tak memadai (Supriyadi, 2006).

#### **4. Distribusi frekuensi ibu hamil yang menga mengalami abortus berdasarkan riwayat abortus**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Kota Kendari tahun 2015, distribusi ibu hamil yang mengalami abortus berdasarkan riwayat abortus terbanyak yaitu ibu yang tidak mengalami riwayat abortus sebanyak 145 orang (86,8%) dan yang mengalami riwayat abortus sebanyak 13 orang (13,2%).

Hasil penelitian di atas sesuai dengan teori Saifudin (2008) yang mengemukakan Setelah 1 kali abortus spontan memiliki 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali resikonya meningkat 25%. Beberapa studi meramalkan bahwa resiko abortus setelah 3 abortus berurutan adalah 30-45%.

Hasil penelitian di atas sesuai dengan teori Sarwono (2008) yang mengemukakan bahwa wanita yang telah mengalami keguguran 2 kali bahkan sampai 3 kali berturut-turut, mempunyai kemungkinan untuk kembali keguguran menjadi lebih besar.

Menurut Malpas dan Eastman kemungkinan terjadinya abortus lagi pada seorang wanita ialah 73% dan 83,6%. Sedangkan, Warton dan Fraser dan Llewellyn Jones memberi prognosis yang lebih baik, yaitu 25,9% dan 39% (Wiknjosastro, 2007).

Kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai resiko lebih tinggi untuk persalinan premature, abortus berulang dan bayi dengan berat badan lahir rendah (Cunningham, 2005).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus sebagian besar terjadi pada ibu hamil yang berusia diantara 20–35 tahun yaitu sebanyak 121 orang (72,4%).
2. Karakteristik ibuhamil yang mengalami abortus sebagian besar terjadi pada ibu dengan kehamilan Multipara sebanyak 99 orang (59,2 %).
3. Karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus sebagian besar terjadi pada ibu dengan jarak kehamilan  $\geq 2$  tahun sebanyak 99 orang (81,1%).
4. Karakteristik ibu hamil yang mengalami abortus sebagian besar terjadi pada ibu yang tidak memiliki riwayat abortus sebelumnya sebanyak 145 orang (86,8%).

#### **B. Saran**

1. Bagi Rumah Sakit diharapkan perlunya pengisian catatan medikyang lengkap dan penyimpanan yang baik. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai faktor janin dan faktor gaya hidup pada ibu hamil yang mengalami abortus.
2. Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian yang serupa dengan penelitian ini agar menambah jumlah variabel penelitiansehingga mendapatkan hasil yang maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Zanuvar. 2011. *Karakteristik Ibu Hamil Yang Mengalami Abortus*. Diakses pada tanggal 28 April 2016.
- Alwi, Hasan. 2007. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta
- Cunningham, Gary. (2007). *Ilmu Kebidanan edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Cunningham FC, Gant NF, Lenevo KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Hypertensive disorders in pregnancy. In: William Obstetriks 22<sup>nd</sup> ed, New York: McGraw Hill: 2005 : 567-618
- Darmayanti, E. 2009. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Resiko Tinggi Dengan Kepatuhan kunjungan Antenatal Care*. Surakarta.
- Jones, DL. (2004). *Dasar-dasar Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: Hipokrates.
- Kemenkes RI. 2012. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Krisnadi, Sofie. 2005. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2 FK Universitas Padjadjaran*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*, Jakarta : Penerbit EGC.
- Mansjoer, A. 2004. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Penerbit Media Aesculapius.
- Mochtar, R. 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- Oxorn, H dan Forte, WR. 2010. *Kebidanan Patologi Dan Fisiologi Persalinan Human Labor And Birth*. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medica.

- Prawirohardjo, Sarwono.2008.*Ilmu Kandungan*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka
- Prawirohardjo, Sarwono.(2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifudin, AB. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Saifudin, AB. 2011. *Ilmu Kebidanan*.Jakarta : Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rusni. 2008. *Determinan Kejadian Abortus Pada Kehamilan*. Diakses pada tanggal 28 April 2016.
- Sastrawinata, S. 2005. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Bandung : Penerbit Elstar Offset.
- SoejoenoesA, 2004.*Beberapa penyakit dan Kelainan alat reproduksi wanita menjelang usia senja*. Dalam :Pramono N.*Simposium kesehatan Wanita menjelang usia senja*.BP Undip Semarang 1999.
- Sujiyatini, Mufdillah, Hidayat, A. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta : Penerbit Nuha Medika.
- Varney, H, Kriebs, JM, Gegor, C L. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Edisi 4.Jakarta : EGC
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka.

**KATAKTERISTIK IBU HAMIL YANG MENGALAMI ABORTUS  
DI RSUD KOTA KENDARI TAHUN 2015**

NO	NAMA	UMUR (THN)			GRAVIDITAS			JARAK KELAHIRAN		RIWAYAT ABORTUS	
		< 20	20 - 35	> 35	PRIMIGRAVIDA	MULTIGRAVIDA	GRANDEMULTIGRAVIDA	< 2 TAHUN	≥ 2 TAHUN	ADA RIWAYAT ABORTUS	TIDAK ADA R ABORT
1	NY. Y		√			√			√		√
2	NY. Y			√			√		√	√	
3	NY. S		√		√						√
4	NY. L		√			√			√		√
5	NY. R		√		√						√
6	NY. R			√		√		√			√
7	NY. E	√			√						√
8	NY. W		√			√			√		√
9	NY. N		√			√			√	√	
10	NY. W			√		√		√			√
11	NY. M		√		√						√
12	NY. H		√		√						√
13	NY. E			√			√		√		√
14	NY. E			√		√			√		√
15	NY. D		√			√			√		√
16	NY. N			√		√			√		√
17	NY. M		√		√						√
18	NY. S		√		√						√
19	NY. N		√			√			√	√	√

20	NY. A		√			√		√			√
21	NY. A		√			√			√		√
22	NY. G		√			√			√		√
23	NY. H			√		√			√		√
24	NY. A		√		√						√
25	NY. A		√		√						√
26	NY. N		√			√			√		√
27	NY. W		√			√			√		√
28	NY. R		√			√			√		√
29	NY. W		√		√						√
30	NY. N		√		√						√
31	NY. J		√			√			√		√
32	NY. H		√			√		√			√
33	NY. N			√		√			√		√
34	NY. S		√			√			√		√
35	NY. A		√		√						√
36	NY. W		√			√			√		√
37	NY. V		√			√			√		√
38	NY. T		√			√			√		√
39	NY. H		√		√						√
40	NY. W			√		√			√		√
41	NY. D		√			√		√			√
42	NY. N			√		√			√		√
43	NY. F		√		√						√
44	NY. H		√			√			√	√	
45	NY. I		√			√			√		√
46	NY. E			√			√		√	√	

47	NY. K		√			√		√		√	
48	NY. A		√		√						√
49	NY. A		√			√			√		√
50	NY. N		√			√			√		√
51	NY. I		√		√						√
52	NY. S		√		√			√			√
53	NY. I			√		√					√
54	NY. M		√		√						√
55	NY. H			√			√		√		√
56	NY. T			√			√		√		√
57	NY. S			√		√			√		√
58	NY. N		√			√			√		√
59	NY. N		√			√		√			√
60	NY. S		√			√			√		√
61	NY. R		√			√		√			√
62	NY. H			√			√		√	√	
63	NY. F		√			√			√		√
64	NY. D		√			√		√			√
65	NY. I			√			√		√		√
66	NY. A			√		√			√		√
67	NY. W			√			√		√	√	
68	NY. S			√		√			√		√
69	NY. M		√			√		√			√
70	NY. A			√			√		√		√
71	NY. N		√			√			√		√
72	NY. D			√			√		√		√
73	NY. E		√			√		√			√

74	NY. Y		√			√			√			√
75	NY. J			√		√			√			√
76	NY. D			√		√			√			√
77	NY. S		√			√			√			√
78	NY. F		√			√			√		√	
79	NY. V		√			√			√			√
80	NY. N		√			√			√			√
81	NY. N		√			√		√			√	
82	NY. L		√		√							√
83	NY. M		√			√			√			√
84	NY. S		√			√			√			√
85	NY. T			√			√		√			√
86	NY. H		√		√							√
87	NY. N		√			√			√			√
88	NY. N		√		√			√				√
89	NY. A		√		√							√
90	NY. I		√		√							√
91	NY. Y		√			√			√			√
92	NY. V		√		√							√
93	NY. S		√			√			√		√	
94	NY. U		√			√			√			√
95	NY. E		√			√			√			√
96	NY. Y		√		√							√
97	NY. S			√			√		√			√
98	NY. A		√		√							√
99	NY. R		√			√		√				√

100	NY. R		√			√		√			√
101	NY. S			√			√		√	√	
102	NY. E			√			√		√	√	
103	NY. S		√			√			√		√
104	NY. A		√			√			√		√
105	NY. H		√			√			√		√
106	NY. S	√			√						√
107	NY. S		√			√			√		√
108	NY. I			√		√			√		√
109	NY. R			√			√		√		√
110	NY. R		√		√						√
111	NY. S		√			√		√			√
112	NY. A		√			√		√			√
113	NY. N		√			√			√	√	
114	NY. H		√			√			√		√
115	NY. S		√			√			√	√	
116	NY. F		√			√			√		√
117	NY. M			√			√		√	√	
118	NY. W		√			√			√		√
119	NY. W			√			√		√		√
120	NY. W		√			√			√		√
121	NY. A		√		√						√
122	NY. A		√			√			√	√	
123	NY. F		√			√			√		√
124	NY. S		√			√		√		√	
125	NY. H		√		√						√
126	NY. N			√		√			√		√

127	NY. A			√		√		√			√
128	NY. Y		√			√			√		√
129	NY. S		√			√			√		√
130	NY. S		√		√						√
131	NY. L		√			√			√		√
132	NY. S		√			√			√		√
133	NY. H			√			√		√		√
134	NY. M		√			√			√	√	
135	NY. S			√			√		√		√
136	NY. Y		√		√						√
137	NY. N		√			√			√		√
138	NY. N		√			√		√		√	
139	NY. A		√		√						√
140	NY. W		√			√			√		√
141	NY. N		√						√		√
142	NY. W		√			√			√		√
143	NY. S		√		√						√
144	NY. M			√			√		√		√
145	NY. M		√			√			√		√
146	NY. R		√			√		√			√
147	NY. N	√			√						√
148	NY. S	√			√						√
149	NY. L		√		√						√
150	NY. R		√				√		√	√	
151	NY. S		√			√			√		√
152	NY. F	√			√						√
153	NY. N		√			√			√		√

