

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. Bayi baru mungkin dapat hidup didunia luar bila berat badannya telah mencapai > 500 gram atau umur kehamilan > 20 minggu. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat - akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berumur 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Dewi, 2018).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) terjadi 20 juta kasus abortus tiap tahun dan 70.000 wanita meninggal karena abortus tiap tahunnya. Angka kejadian abortus di Asia Tenggara adalah 4,2 juta pertahun termasuk Indonesia, sedangkan insiden abortus spontan diperkirakan 10% - 15% dari 6 juta kehamilan setiap tahunnya. Lebih dari 80% abortus terjadi pada Umur kehamilan 12 minggu, setengah di antaranya disebabkan karena kelainan kromosom, penyebab abortus juga dapat terjadi karena faktor eksternal seperti radiasi, obat - obatan dan zat kimia yang terpapar dengan ibu, faktor genetik, penyebab anatomik dan faktor janin, anemia pada ibu hamil dan nutrisi (WHO, 2021)

Berdasarkan Data Kemenkes tahun 2021 angka kematian ibu di Indonesia yaitu 7.389 orang, jumlah tersebut meningkat 59,69 % dibandingkan tahun sebelumnya yang sebanyak 4.627 orang. Penyebab utama kematian ibu antara lain 30,1% disebabkan oleh perdarahan, 26,9% hipertensi, 5,6% infeksi, abortus 1,6% dan 40,8% oleh hal lainnya.

Berdasarkan data dari RSUD Arifin Ahmad Propinsi Riau kasus abortus tahun 2020 mencapai 23% ibu hamil yang berkunjung, tahun 2021 kasus abortus menurun menjadi 20%. Kemudian Tahun 2022, kasus abortus menjadi kasus nomor 2 yang terbesar dari 10 kasus yang dalam kebidanan yaitu sebanyak 37%.

Berdasarkan data yang didapatkan dari buku register ruang bersalin RSUD Rokan Hulu pada tahun 2022 angka ibu hamil yang dirawat yaitu 1231 orang. Angka kejadian abortus berdasarkan total kejadian abortus yaitu sebanyak 99 orang, angka kejadian abortus imminens sebanyak 63 orang, abortus inkomplet sebanyak 33 orang, abortus insipien sebanyak 3 orang.

Secara klinis abortus dibedakan menjadi abortus imminens (keguguran mengancam), abortus insipiens (keguguran berlangsung), abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap), abortus kompletus (keguguran lengkap), abortus tertunda (missed abortion), dan abortus habitualis (keguguran berulang) (Tyastuti, 2016).

Faktor - Faktor yang merupakan penyebab terjadinya abortus yaitu Paritas 25% dan umur 12 - 26% (Fajria, 2013). Umur ibu nampaknya memiliki peranan yang penting dalam terjadinya Abortus. Umur yang terlalu muda kurang dari 20 tahun atau umur yang terlalu tua juga beresiko sama, abortus meningkat pada umur diatas 35 Tahun (Manuaba, 2012). Jumlah Paritas yang terlalu tinggi (Paritas > 3) juga mempengaruhi angka kejadian Abortus. Resiko terjadinya abortus meningkat seiring dengan bertambahnya paritas ibu. Begitu juga paritas yang rendah (Paritas 1) dapat menyebabkan kejadian abortus (Prawirohardjo, 2013).

Berdasarkan tingginya angka abortus di RSUD Rokan Hulu, dan komplikasi yang ditimbulkan abortus maka penulis tertarik mengangkat judul “ Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan Latar Balakang Diatas Rumusan Masalah Penelitian ini adalah “Apakah ada Hubungan Umur, dan Paritas Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui Hubungan Umur dan Paritas ibu dengan Kejadian Abortus di RSUD Rokan Hulu.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk Mengetahui Distribusi Frekuensi Paritas ibu yang mengalami kejadian Abortus di RSUD Rokan Hulu.
- b. Untuk Mengetahui Distribusi Frekuensi Umur ibu yang mengalami kejadian Abortus di RSUD Rokan Hulu.
- c. Untuk Mengetahui Hubungan Paritas dengan kejadian Abortus di RSUD Rokan Hulu.
- d. Untuk Mengetahui Hubungan Umur dengan kejadian Abortus di RSUD Rokan Hulu

D. Manfaat

1. Pusat Layanan Kesehatan

Meningkatkan penanganan kasus dengan abortus pada wilayah kerja RSUD Rokan Hulu dalam upaya deteksi dini abortus.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga dapat mengetahui tanda - tanda abortus sehingga dengan diketahuinya tanda - tanda abortus, klien maupun keluarga dapat mencegah terjadinya abortus.

3. Bagi Profesi Bidan

Diharapkan dapat bermanfaat bagi tenaga bidan dalam menerapkan asuhan kebidanan khususnya pada kasus kehamilan dengan abortus.

4. Bagi peneliti Selanjutnya

Dengan adanya penelitian ini di harapkan dapat menambah referensi atau wawasan tentang kehamilan aborus bagi peneliti selanjutnya

E. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel yang diteliti dan hasil penelitian.

Tabel I.I Keaslian Penelitian

no	Judul Penelitian	Nama / tahun	Hasil
1	Hubungan Umur dan Paritas Dengan Kejadian Abortus Di RSUD Kabupaten Rokan Hulu	Eka Yuli Handayani (2015)	Hasil penelitian ini yaitu distribusi frekuensi umur dan paritas ibu hamil di RSUD Rokan Hulu pada kategori umur beresiko sebanyak 122 orang (70,9%). Distribusi frekuensi abortus di RSUD Rokan Hulu sebanyak 118 (68,6%). Distribusi frekuensi paritas ibu hamil kategori paritas 1 (primipara) sebanyak 119 orang (69,2%), dan minoritas pada paritas 2 - 4 (multipara) sebanyak 6 orang (3,5 %). Dari uji statistik chi square diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara umur ibu hamil dengan kejadian abortus di RSUD Rokan Hulu dan ada hubungan antara paritas dengan kejadian abortus di RSUD Rokan Hulu. Disarankan pada ibu hamil yang berumur < 20 tahun dan > 35 tahun untuk sesering mungkin memeriksakan kehamilan ketenaga kesehatan terdekat. Dan ibu yang memiliki anak > 4 untuk menjarangkan kehamilannya.
2	Hubungan Antara Umur dan Paritas ibu dengan kejadian abortus	Devi Maryana, Leni Megamaulia, Tuti Meihartati. 2016. Vol. 1, No. 1: 80 - 90	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang mengalami kejadian abortus sebesar 134 responden (45,9%). Dari uji Chi - square didapatkan Ada hubungan bermakna antara umur dengan kejadian abortus pada ibu dari uji statistik didapatkan $p \text{ value} =$

			0,005. Tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian abortus pada ibu dari uji statistik didapatkan p value = 0,111 di RSIA Paradise Kecamatan Simpang Empat Kabupaten Tanah Bumbu
3	Hubungan Umur Dan Paritas Dengan Kejadian Abortus di RSIA Sitti Khadijah I Makassar Tahun 2018,	St.Subriani, Vol.2, No.2, Desember 2018	Hasil penelitian ini diperoleh untuk umur ibu nilai $P = 0,000 < \alpha = 0,05$ artinya ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian abortus. Untuk variabel paritas ibu nilai $P = 0,000 < \alpha = 0,05$ artinya ada hubungan antara paritas dengan kejadian abortus. Kesimpulan dari dua variabel yaitu ada hubungan antara umur dan paritas terhadap kejadian abortus di RSIA St.Khadiha I Makassar 2018.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Abortus

1. Pengertian

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. Bayi baru mungkin dapat hidup didunia luar bila berat badannya telah mencapai > 500 gram atau umur kehamilan > 20 minggu. Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat - akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berumur 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Dewi, 2018).

Abortus adalah kehilangan kehamilan pada Umur kehamilan < 20 minggu atau janin dengan berat < 500 gram. Dari beberapa pengertian yang diambil dari berbagai sumber, dapat disimpulkan bahwa abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 500 gram (Anik, 2015).

2. Etiologi

Penyebab abortus (*early pregnancy loss*) bervariasi dan sering diperdebatkan. Umumnya lebih dari satu penyebab. Penyebab terbanyak di antaranya adalah sebagai berikut (Dewi, 2018).

a. Faktor genetik

Sebagian besar abortus disebabkan oleh kelainan kariotip embrio. Paling sedikit 50% kejadian abortus pada trimester pertama merupakan kelainan sitogenetik. Bagaimanapun gambaran ini belum termasuk kelainan yang disebabkan oleh gangguan gen tunggal (misalnya kelainan mendelian) atau mutasi pada beberapa lokus (misalnya gangguan poligenik atau multifaktor) yang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan kariotip.

Kejadian tertinggi kelainan sitogenetik konsepsi terjadi pada

awal kehamilan. Kelainan sitogenetik embrio biasanya berupa aneuploidi dari fertilitas abnormal. Separuh dari abortus karena kelainan sitogenetik pada trimester pertama berupa trisomi autosom. *Triploidi* ditemukan pada 16% kejadian abortus, dimana terjadi fertilisasi ovum normal haploid oleh 2 sperma sebagai mekanisme patologi primer. *Trisomi* timbul akibat dari *nondisjunction* selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Untuk sebagian besar trisomi, gangguan meiosis maternal bisa berimplikasi pada gametogenesis. Insiden trisomi meningkat dengan bertambahnya Umur. Trisomi 16, dengan kejadian sekitar 30% dari seluruh trisomi, merupakan penyebab terbanyak. Semua kromosom trisomi berakhir abortus kecuali pada trisomi kromosom satu.

b. Penyebab anatomik

Defek anatomik uterus diketahui sebagai penyebab komplikasi obstetrik, seperti abortus berulang, prematuritas, serta malpresentasi janin. Insiden kelainan bentuk uterus berkisar 1/200 sampai 1/600 perempuan. Pada perempuan dengan riwayat abortus ditemukan anomali uterus pada 27% pasien.

Pasien hamil dengan malformasi uterus, mendapatkan hasil hanya 18,8% yang bisa bertahan sampai melahirkan cukup bulan, sedangkan 36,5% mengalami persalinan abnormal (prematur, sungsang). Penyebab terbanyak abortus karena kelainan anatomik uterus adalah septum uterus (40 - 80%), kemudian uterus bikornis atau uterus didelphis atau unikornis (10 - 30%). Mioma uteri bisa menyebabkan baik infertilitas maupun abortus berulang.

c. 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:

- 1) Kelainan telur, telur kosong (blighted ovum), kerusakan

embrio, atau kelainan kromosom.

2) Embrio dengan kelainan lokal.

3) Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasi trofoblas).

d. Faktor eksternal

1) Umur

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, namun kehamilan yang normal pun mempunyai resiko, walaupun tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Salah satu faktor risiko tersebut adalah umur ibu saat hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Dalam kurun reproduksi sehat, umur yang aman untuk kehamilan adalah umur antara 20 - 35 tahun. Oleh karena itu umur juga merupakan salah satu faktor penyebab abortus yaitu pada umur di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun(Yuliarsih, 2013).

Menurut Bobak (2014) Umur seorang ibu berkaitan dengan alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah pada Umur 20 - 35 tahun. Pada Umur > 35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di Umur ini. Umur yang kemungkinan tidak risiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu umur 20 - 35 tahun, karena pada Umur tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Umur < 20 tahun atau > 35 tahun merupakan risiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun anak yang dilahirkan.

Idealnya, kehamilan berlangsung saat ibu berUmur 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagai perempuan hamil berUmur dibawah 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagian perempuan hamil berUmur dibawah 20 tahun dan tidak sedikit pula yang mengandung di atas Umur 35 tahun. Padahal kehamilan yang terjadi

dibawah Umur 20 tahun maupun diatas Umur 35 tahun termasuk berisiko, karena dibayang - bayangi beragam faktor gangguan (Muharram, 2014).

Menurut Saifuddin (2012) Umur mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan ibu. Ibu yang berumur dibawah 20 tahun organ reproduksinya yang belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan yang belum bersedia menjadi ibu yang dapat mengakibatkan peningkatan risiko komplikasi persalinan atau komplikasi obstetrik seperti Abortus, toksemia, eklampsia, solusio plasenta, inersia uteri, perdarahan post partum, persalinan macet, BBLR, kematian neonatus dan perinatal. Demikian juga ibu yang berumur di atas 35 tahun mempunyai risiko 2 atau 3 kali untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan seperti perdarahan atau hipertensi dalam kehamilan, dan partus lama.

Bertambahnya Umur pada wanita juga sangat berpengaruh terhadap jumlah sel telur yang belum dikeluarkan dari ovarium atau indung telur. Di Umur pubertas, seorang wanita akan memiliki sekitar 300 ribu sel telur. Telur - telur ini akan dilepaskan satu demi satu setiap bulan bersamaan dengan siklus menstruasi (ovulasi) dan siap untuk dibuahi. Ketika wanita mengalami menopause di Umur 50 - 55 tahun, terdapat beberapa ribu sel telur berumur tua saja yang masih tertinggal di indung telur. Itu sebabnya, wanita yang menjelang menopause kesulitan mengalami ovulasi. Sel - sel yang sudah tua mengalami penurunan kemampuan untuk dibuahi dan kehilangan kemampuan untuk menghasilkan hormon, terutama estrogen dan progesterone. Kemungkinan keguguran pada perempuan yang mengandung anak pertama di Umur 35 tahun ke atas, yaitu sekitar 20%. Keguguran terjadi dibawah Umur 16 - 20 minggu (Evariny, 2013).

Menurut penelitian Erlina (2015) risiko terjadinya komplikasi pada kehamilan seperti abortus dan persalinan yang dapat menyebabkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada Umur dibawah 20 tahun

fungsi reproduksi wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada Umur diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan dengan fungsi reproduksi normal yaitu pada Umur 20 - 34 tahun sehingga kemungkinan komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan akan lebih besar.

Menurut penelitian Mariani (2012) umur ibu dengan kejadian abortus dapat menyebabkan kematian maternal. dikarenakan pada Umur dibawah 19 tahun fungsi reproduksi wanita belum berkembang dengan sempurna karena perkembangan organ reprodksi wanita sempurna pada Umur 20 - 34 Tahun. Risiko terjadinya abortus meningkat bersamaan dengan peningkatan jumlah paritas , Umur ibu, jarak persalinan dengan kehamilan berikutnya. Abortus meningkat sebesar 12% pada wanita Umur kurang dari 20 tahun dan meningkat sebesar 26% pada Umur lebih dari 40 tahun. Insiden terjadinya abortus meningkat jika jarak persalinan dengan kehamilan berikutnya 3 bulan.

Semakin lanjut umur wanita, semakin tipis cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut Umur 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 berUmur diatas 35 tahun. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah kejadian tumor mioma uteri pada ibu dengan Umur lebih tinggi dan lebih banyak sehingga dapat menambah risiko terjadinya abortus (Erlina, 2015).

2) Paritas

Paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan keadaan seorang anak yang dapat hidup yang dibedakan menjadi primipara, multipara, dan grande multipara. Paritas merupakan faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya abortus, pada paritas yang rendah (paritas 1) ibu belum memiliki pengalaman sehingga tidak mampu dalam menangani komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan,

persalinan dan nifas. Semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (paritas lebih dari 3) maka uterus semakin lemah sehingga semakin besar risiko komplikasi kehamilan (Saifuddin, 2012).

Paritas adalah banyaknya anak yang dimiliki ibu dimulai dari anak yang pertama sampai anak yang terakhir. Kondisi rahim dipengaruhi juga oleh jumlah anak yang dilahirkan, Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (Bobak, 2014). Menurut Saifuddin (2012) Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang viable untuk pertama kali. Multipara atau pleuripara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang untuk beberapa kali.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai, tidak mempengaruhi paritas. Primipara adalah seorang wanita yang telah menjalani kehamilan sampai janin mencapai tahap viabilitas. Multipara adalah seorang wanita yang telah menjalani dua atau lebih kehamilan dan menghasilkan janin sampai pada tahap viabilitas. Paritas tinggi (*Grandemultipara* 5 atau lebih) viabilitas merupakan kapasitas hidup diluar uterus, sekitar 22 minggu periode menstruasi (20 minggu kehamilan) atau berat janin lebih dari 500 gram (Nisa, 2014).

Menurut penelitian Setiadi (2014) paritas 2 - 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal seperti kejadian abortus. Paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi resiko komplikasi dan kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Komplikasi yang mungkin timbul pada paritas tinggi antara lain adalah distosia, perdarahan antepartum, ruptur uteri, hipertensi, penyakit

ginjal, anemia, kelainan letak, prolapsus uteri, diabetes mellitus.

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

Paritas I dan $\geq$ IV memiliki risiko yang lebih besar pada ibu dan juga janinnya. Ibu yang baru pertama kali melahirkan seringkali secara mental dan psikologis belum siap sehingga hal ini dapat memperbesar kemungkinan terjadinya komplikasi. Sedangkan ibu yang terlalu sering melahirkan, fungsi dari organ reproduksinya mengalami kemunduran dan rahim akan semakin lemah untuk berkontraksi dan kemungkinan akan mengalami komplikasi lebih besar. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan Winkjosastro (2017), bahwa salah satu penyebab kelainan his yang dapat menyebabkan partus lama terutama ditemukan pada primigravida sedangkan pada multipara banyak ditemukan kelainan - kelainan lain yang bersifat inersia uteri

3) Radiasi

Bila wanita hamil atau Umur kehamilan 10 hari, dapat mengakibatkan keguguran. Pada wanita hamil 3 - 4 minggu sampai 12 minggu akan mengakibatkan terjadinya gangguan pertumbuhan. Hal ini terlihat berupa perubahan bentuk atau kelainan pada bayi, bayi dilahirkan akan mempunyai cacat bawaan. Bila dosis radiasi sangat besar, akan mengakibatkan kematian pada fetus/janin yang sedang dikandungnya.

- a. Obat - obatan. Mengonsumsi 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.

- b. Bahan - bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen dan benzene.

Pada trimester I, dimana embrio berdiferensi untuk membentuk sistem organ. Jadi bahan berbahaya yang masuk ke dalam tubuh wanita hamil dapat mempengaruhi perkembangan hasil konsepsi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurjaya, menyatakan bahwa ibu yang bekerja memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dibanding ibu yang tidak bekerja. Namun yang menjadi masalah adalah terhadap reproduksi wanita, karena

apabila bekerja pada tempat yang banyak terdapat bahan berbahaya seperti zat kimia, radiasi dan jika terpapar. Sehingga kehamilan tersebut mengakibatkan trauma mekanis yang berakhir dengan abortus..

4) Nutrisi

Makanan untuk ibu hamil haruslah lebih diperhatikan lagi supaya mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu. Untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, nutrisi sangat dibutuhkan bagi fisik ibu hamil agar bisa menyembuhkan luka setelah persalinan dan sebagai cadangan masa laktasi.

Makanan dengan gizi seimbang adalah makanan yang cukup mengandung karbohidrat dan lemak sebagai sumber tenaga, protein sebagai sumber zat pembangun, serta vitamin dan mineral sebagai zat pengatur. Kebutuhan nutrien akan meningkat selama hamil, namun tidak semua kebutuhan nutrien meningkat secara proporsional. Makanan yang mengandung zat besi, asam folat dan vitamin B12 seperti hati, ikan teri, daging merah, kacang-kacangan, sayuran berwarna hijau, kuning telur, dan buah-buahan sangat dibutuhkan oleh ibu hamil.

Pada dasarnya menu makanan ibu hamil tidak banyak berbeda dari menu sebelum hamil. Oleh karena itu, diharapkan tidak ada kesulitan dalam pengaturan menu selama hamil. Selama hamil calon ibu memerlukan lebih banyak zat gizi daripada wanita yang tidak hamil, karena makanan ibu hamil dibutuhkan untuk dirinya dan janin yang dikandungnya, bila makanan ibu terbatas janin akan tetap menyerap persediaan makanan ibu sehingga ibu menjadi kurus, lemah, pucat.

Demikian pula, bila makanan ibu kurang, tumbuh kembang janin akan terganggu, terlebih bila keadaan gizi ibu pada masa sebelum hamil telah buruk pula. Keadaan ini dapat mengakibatkan abortus, bayi lahir prematur, atau bahkan bayi lahir mati. Penambahan berat badan ibu hamil normal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Standar Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil Tiap Trimester

IMT sebelum hamil		Total pertambahan berat badan pada trimester I	Total pertambahan berat badan pada trimester ke II dan ke III per minggu
Kurang 18,5	<	1 – 3 kg	0,44 – 0,58 kg
Normal 18,5 – 24,9		1 – 3 kg	0,35 – 0,5 kg
Over weight 25 - 29,9		1 – 3 kg	0,23 – 0,33 kg
Obesitas 30 kg	>	0,2 – 2 kg	0,17 – 0,27 kg

5) Pemakaian obat dan faktor lingkungan

Pemakaian obat dapat mempengaruhi terjadinya kejadian abortus, akan tetapi hal ini masih belum menjadi penyebab umum kejadian abortus.

6) Tembakau

Merokok dilaporkan menyebabkan peningkatan resiko abortus. Bagi wanita yang merokok lebih dari 14 batang perhari, resiko tersebut sekitar dua kali lipat dibandingkan dengan kontrol normal. Menghitung bahwa resiko abortus meningkat secara linier 1,2 kali untuk setiap 10

batang rokok yang diisap perhari.

7) Alkohol

Abortus spontan dan anomali janin dapat terjadi akibat sering mengkonsumsi alkohol selama 8 minggu pertama kehamilan. Angka abortus meningkat dua kali lipat pada wanita yang minum 2 kali setiap minggu, dan tiga kali pada wanita yang mengkonsumsi alkohol setiap hari dibandingkan bukan dengan peminum.

8) Kafein

Konsumsi kopi dalam jumlah lebih dari empat cangkir perhari dapat meningkatkan resiko abortus. Resiko tampaknya meningkat seiring dengan peningkatan jumlah. Dalam suatu studi oleh Klebanoff dkk, kadar paraxantin (suatu metabolit kafein) dalam darah ibu menyebabkan peningkatan dua kali lipat resiko abortus hanya apabila kadar tersebut sangat tinggi.

3. Klasifikasi abortus

Abortus dapat dibagi sebagai berikut:

a. Menurut Kejadiannya

- 1) Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis.
- 2) Abortus provocatus (disengaja, digugurkan), indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya penyakit jantung, hipertensi esensial, dan karsinoma serviks.

b. Menurut Bentuk Klinis

Secara klinis abortus dibedakan menjadi:

- 1) Abortus imminens (keguguran mengancam). Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya. Beberapa sumber menyebutkan beberapa resiko terjadinya prematuritas atau gangguan pertumbuhan dalam rahim.
- 2) Abortus insipiens (keguguran berlangsung). Abortus ini sedang berlangsung

dan tidak dapat dicegah lagi dan berlangsung hanya beberapa jam saja. Abortus insipiens didiagnosis bila pada wanita ditemukan perdarahan banyak, kadang - kadang keluar gumpalan darah disertai nyeri karena kontraksi rahim kuat dan ditemukan adanya dilatasi serviks sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat diraba. Kadang - kadang perdarahan dapat menyebabkan kematian bagi ibu dan jaringan yang tertinggal dapat menyebabkan infeksi sehingga evaluasi harus segera dilakukan.

- 3) Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap). Abortus inkompletus didiagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagina, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak dan membahayakan ibu. Serviks terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing. Oleh karena itu, uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri namun tidak sehebat insipiens. Pada beberapa kasus perdarahan tidak banyak dan bila dibiarkan, serviks akan menutup kembali. Bila perdarahan banyak akan terjadi syok.
- 4) Abortus kompletus (keguguran lengkap). Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap, ostium tertutup uterus lebih kecil dari umur kehamilan atau ostium terbuka kavum uteri kosong.
- 5) Abortus tertunda (*missed abortion*). Keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 20, tetapi tertahan di dalam rahim selama beberapa minggu setelah janin mati. Saat kematian janin kadang - kadang ada perdarahan pervaginam sedikit sehingga menimbulkan gambaran abortus imminens. Selanjutnya rahim tidak membesar bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin.
- 6) Abortus habitualis (keguguran berulang). Abortus yang telah berulang dan berturut - turut terjadi, sekurang - kurangnya 3 kali berturut - turut.

4. Skrining dan diagnosis abortus

- a. Abortus imminens Diagnosis dasar:

1) Anamnesis

- a) Kram perut bagian bawah
- b) Perdarahan bercak hingga sedang dari jalan lahir

2) Objektif

a) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal, cepat atau kecil, suhu badan normal atau meningkat. Perdarahan pervaginam dapat bervariasi dari sekret vagina berdarah sampai sedikit bercak atau minimum, biasanya kurang dari haid normal. Warna darah lebih banyak merah segar, kecuali telah bercampur dengan darah tua sehingga warnanya kecoklatan.

b) Pemeriksaan dalam

- (1) Fluksus ada (sedikit)
- (2) Ostium uteri tertutup
- (3) Ukuran uterus sesuai dengan masa kehamilan
- (4) Uterus lunak

3) Pemeriksaan penunjang

- a) USG: Hasil konsepsi masih utuh, diperhatikan ukuran biometri janin/kantong gestasi apakah sesuai dengan umur kehamilan berdasarkan HPHT. Adanya tanda kehidupan janin meliputi denyut jantung janin dan gerakan janin diperhatikan disamping ada tidaknya hematoma retroplasenta atau pembukaan kanalis servikalis.

b) Laboratorium:

- (1) Darah perifer lengkap: kadar Hb untuk menilai anemia, leukosit.
- (2) pemeriksaan tes hamil masih positif

b. Abortus insipiens Dasar diagnosis:

1) Anamnesis

- a) Disertai nyeri/kontraksi rahim yang lebih hebat
- b) Perdarahan sedang hingga masif/ banyak dari jalan lahir

2) Pemeriksaan dalam

- a) Perdarahan sedang hingga banyak
- b) Ostium uteri terbuka
- c) Jaringan atau hasil konsepsi dapat diraba
- d) Ukuran uterus sesuai dengan Umur kehamilan
- e) Hasil konsepsi masih berada dalam rahim, belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi
- f) Ketuban utuh (menonjol)

c. Abortus komplit Dasar diagnosis:

1) Anamnesis

- a) Nyeri perut bagian bawah sedikit/tidak ada
- b) Perdarahan dari jalan lahir sedikit

2) Pemeriksaan dalam

- a) Perdarahan bercak sedikit hingga sedang
- b) Teraba sisa jaringan hasil konsepsi
- c) Ostium uteri tertutup, bila ostium uteri terbuka teraba rongga uterus kosong
- d) Ukuran uterus lebih kecil.

3) Pemeriksaan penunjang

- a) Laboratorium: hasil pemeriksaan ter hamil negatif

d. Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap) Dasar diagnosis:

1) Anamnesis

- a) Kram atau nyeri perut bagian bawah
- b) Perdarahan sedang hingga masif/banyak dari jalan lahir tergantung pada jaringan yang tersisa yang menyebabkan sebagian sisi plasenta masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus.

2) Pemeriksaan dalam

- a) Pada pemeriksaan vagina kanalis servikalis masih terbuka.
- b) Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal.
- c) Teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum.

e. *Missed abortion*

Dasar diagnosis:

1) Anamnesis

- a) Penderita biasanya tidak merasakan keluhan apapun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan.

2) Pemeriksaan dalam

- a) Hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan.

3) Pemeriksaan penunjang

- a) USG: Ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu. Kadangkala *missed abortion* juga diawali dengan abortus iminens yang kemudian merasa sembuh, tetapi pertumbuhan janin terhenti.
- b) Laboratorium: Pada pemeriksaan urin kehamilan biasanya negatif setelah satu minggu dari terhentinya pertumbuhan kehamilan.

5. Patofisiologi abortus

Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O₂, bagian yang terlepas dianggap benda asing

sehingga rahim berusaha untuk mengeluarkan seluruh atau sebagian hasil konsepsinya dengan kontraksi.

Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal yang menyebabkan sebagian penyakit, oleh karena itu keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Bentuk pengeluaran bervariasi di antaranya:

- a. Sedikit - sedikit dan berlangsung lama.
- b. Sekaligus dalam jumlah yang besar dapat disertai gumpalan.
- c. Umur kehamilan di bawah 14 minggu dimana plasenta belum terbentuk sempurna, dikeluarkan seluruh atau sebagian konsepsi.
- d. Di atas 16 minggu dengan pembentukan plasenta sempurna dapat diikuti pengeluaran hasil konsepsi dan dilanjutkan dengan pengeluaran plasenta.
- e. Hasil konsepsi tidak dikeluarkan lebih dari 6 minggu sehingga terjadi ancaman baru dalam bentuk gangguan pembekuan darah.

Kadang - kadang telur dengan abortus mempunyai bentuk yang istimewa, seperti:

- a. Telur kosong (*blighted ovum*) yang terbentuk hanya kantong amnion berisi air ketuban tanpa janin
- b. Mola kruenta adalah telur yang dibungkus oleh darah kental. Mola kruenta terbentuk kalau abortus terjadi dengan lambat laun hingga darah sempat membeku antara desidua dan korion. Kalau darah beku ini sudah seperti daging disebut juga mola karnosa.
- c. Mola tuberosa ialah telur yang memperlihatkan benjolan - benjolan, disebabkan oleh hematoma - hematoma antara amnion dan korion.
- d. Nasib janin yang mati bermacam - macam, kalau masih sangat kecil dapat diabsorpsi dan hilang. Kalau janin sudah agak besar, cairan amnion diabsorpsi hingga janin tertekan.

6. Komplikasi abortus

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

a. Perdarahan

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

b. Perforasi

Perforasi uterus pada saat kerokan terjadi pada uterus pada posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi seperti ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang awam menimbulkan persoalan gawat dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan - tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

c. Infeksi

Infeksi dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplet yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*). Tanda dan gejala terkena sepsis diantaranya nyeri abdomen bawah, nyeri lepas, uterus terasa lemas, perdarahan berlanjut, lemah - lesu, demam, sekret vagina berbau, sekret dan pusdari serviks, nyeri goyang serviks.

Kehamilan sering terjadi bersamaan dengan infeksi yang dapat memengaruhi kehamilan atau sebaliknya memberatkan infeksi. Di samping itu, terdapat beberapa infeksi yang dapat menimbulkan kelainan kongenital sehingga kombinasi tersebut memerlukan pengobatan yang intensif dan

melakukan gugur kandung.

Herpes simpleks dilaporkan berkaitan dengan peningkatan insidensi abortus setelah terjadi infeksi genital pada awal kehamilan. Saat kehamilan, jumlah produksi imun mengalami perubahan responsif, yang membantu dalam mencegah *fetal resection* (penyayatan jaringan tubuh fetus), tetapi memengaruhi wanita terhadap infeksi. Infeksi saat kehamilan dapat memengaruhifetus sekaligus ibunya.

Macam - macam infeksi yang dapat menyebabkan abortus:

1) Infeksi rubela pada kehamilan

Penyakit ini sebagian besar terjadi pada masa anak - anak. Penyakit rubela pada masa kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematur bahkan mungkin cacat bawaan. Penyakit ini bukanlah merupakan petunjuk untuk melakukan pengguguran.

2) Infeksi sifilis pada kehamilan

Penyebab infeksi ini adalah *Treponema pallidum* yang dapat menembus plasenta setelah Umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ada baiknya melakukan pemeriksaan serologis sebelum hamil sehingga pengobatan dapat diterapkan sampai sembuh.

Diagnosis penyakit ini tidak terlalu sukar karena terdapat luka pada daerah genitalia, mulut, atau ditempat lainnya. Pengaruhnya terhadap kehamilan dapat dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk plak kongenital (pemfigus sifilitus, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

3) Infeksi abdominalis pada kehamilan

Penyakit infeksi tifus abdominalis yang disertai demam tinggi dan kemungkinan perforasi, sehingga memerlukan diet cair secara tidak langsung dapat menimbulkan gangguan pada kehamilan yang menyebabkan keguguran, persalinan prematuritas, atau lahir mati. Angka kematian ibu dengan kehamilan disertai tifus abdominalis cukup tinggi sedangkan kematian bayi sekitar 65 -

70%. Sebagai upaya pengobatan, perlu dilakukan kerja sama dengan ahli penyakit dalam.

4) Infeksi Erisipelas pada kehamilan

Penyebab infeksi erisipelas adalah streptokokus hemolitikus yang terdapat pada kulit. Kehamilan yang disertai erisipelas dapat lebih infeksius, sehingga menimbulkan sepsis dan infeksi kala nifas. Pada saat hamil pengaruhnya tidak terlalu berat, kecuali panas badan yang tinggi yang sering menimbulkan keguguran. Pada saat persalinan mungkin infeksi dapat menular ke bayi sehingga memerlukan perlindungan antibiotika.

5) Infeksi malaria pada kehamilan

Malaria merupakan infeksi yang masih terdapat di daerah pedesaan dan merupakan penyakit rakyat. Seperti diketahui serangan malaria terjadi secara teratur dengan jadwal waktu tertentu. Bentuk serangannya berupa demam tinggi yang dapat disertai menggigil. Di samping itu penghancuran darah merah menyebabkan anemia sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

Infeksi malaria dapat menyebabkan infeksi plasenta sehingga makin mengganggu pertukaran nutrisi janin dan menimbulkan gangguan perkembangan dan pertumbuhan janin sekunder. Infeksi malaria lebih sering terjadi pada kehamilan karena daya tahan ibu hamil makin menurun terhadap semua bentuk infeksi. Infeksi malaria serebral pada kehamilan dapat meningkatkan angka kematian.

Pengaruh malaria terhadap kehamilan adalah:

- a) Pemecahan sel darah merah menyebabkan anemia dan mengganggu penyaluran dan pertukaran nutrisi ke arah janin.
- b) Infeksi plasenta dapat menghalangi pertukaran dan menyalurkan nutrisi ke janin.
- c) Demam tinggi merangsang kontraksi otot rahim.

Sebagai akibat gangguan tersebut dapat terjadi keguguran dan persalinan prematur, persalinan dismaturitas, kematian neonatus yang

tinggi, ibu mengalami anemia hamil dan kala nifas, gangguan persalinan kala II sehingga memerlukan bantuan tindakan dari luar.

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 menjadi terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya.

Penyakit - penyakit yang dapat menyebabkan abortus diantaranya:

- (1) Virus seperti rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, varicella zoster, vaccinia, campak, hepatitis, polio. Bakteri seperti Salmonella typhi. Parasit diantaranya Toxoplasma gondii, Plasmodium.
 - (2) Penyakit vascular. Misalnya hipertensi vascular
 - (3) Kelainan endokrin. Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesterone tidak mencukupi atau pada penyakit disfungsi tiroid.
 - (4) Trauma. Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan:
 - (a) Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke 8.
 - (b) Pembedahan intraabdominal dan operasi pada saat hamil.
- Kelainan uterus. Hypoplasia uterus, mioma.

Jumlah leukosit dan laju endap darah perlu diperiksa untuk mendeteksi adanya infeksi yang tidak terdeteksi. Untuk menegakkan ibu hamil terkena infeksi maka dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium. Pada pemeriksaan laboratorium leukosit normal 8 - 10 ribu/uL. Jika leukosit lebih dari 10 ribu/uL kemungkinan terjadi infeksi.

d. Syok

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

7. Penanganan Umum Abortus

- a. Lakukan penilaian awal untuk segera menentukan kondisi awal pasien

(gawat darurat, komplikasi berat atau masih cukup stabil).

- b. Pada kondisi gawat darurat, segera upayakan stabilisasi pasien sebelum melakukan tindakan lanjutan (evaluasi medik atau merujuk).
- c. Penilaian medik untuk menentukan kelaikan tindakan di fasilitas kesehatan setempat atau dirujuk ke rumah sakit
 - 1) Bila pasien syok atau kondisinya memburuk akibat perdarahan berat, segera atasi komplikasi tersebut
 - 2) Gunakan jarum infus besar (16G atau lebih besar) dan berikan tetesan cepat (500 ml dalam 2 jam pertama) larutan garam fisiologis atau Ringer.
 - 3) Periksa kadar Hb, golongan darah dan uji padanan - silang. Ingat: kemungkinan kehamilan ektopik pada pasien hamil muda dengan syok berat
- d. Bila terdapat tanda - tanda infeksi/sepsis: berikan antibiotik yang sesuai
- e. Temukan dan hentikan dengan segera sumber perdarahan
- f. Lakukan pemantauan ketat tentang kondisi pascatindakan dan perkembangan lanjutan.
- g. Pemeriksaan dalam: fluksus ada (sedikit), ostium uteri tertutup, dan besar uterus sesuai dengan umur kehamilan.
- h. Pemeriksaan penunjang: hasil USG dapat menunjukkan buah kehamilan masih utuh, diperhatikan ukuran biometri janin/kantong gestasi apakah sesuai dengan umur kehamilan berdasarkan HPHT. Adanya tanda kehidupan janin meliputi denyut jantung janin dan gerakan janin, diperhatikan disamping ada tidaknya hematoma retroplasenta atau pembukaan kanalis servikalis. Hasil laboratorium menunjukkan tes urine positif.

8. Prognosis

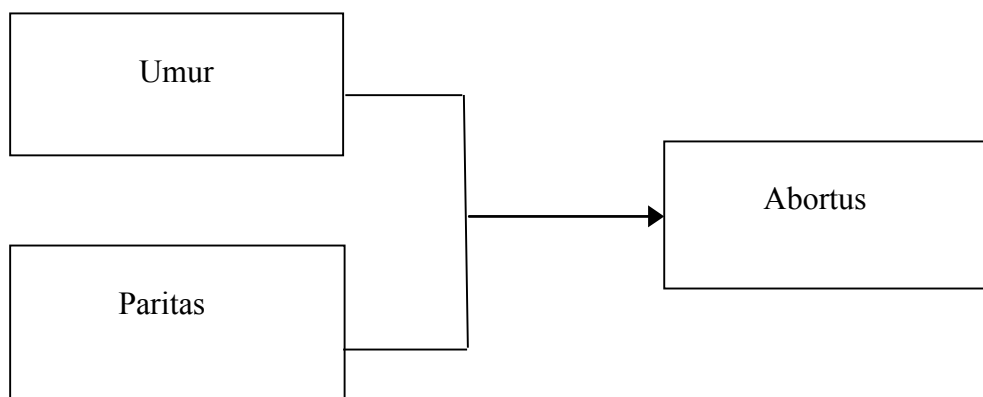
Pada abortus imminens, janin biasanya masih dapat diselamatkan, bergantung pada jumlah perdarahan yang dialami sang ibu. Prognosis ibu

pada abortus imminens juga baik.

9. Komplikasi

- a. Perdarahan hebat dan persisten.
- b. Sepsis.
- c. Infeksi.
- d. Sinekia intrauterin.
- e. Infertilitas.
- f. Perforasi dinding uterus.
- g. Cedera usus dan kandung kemih.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

Variable terikat (*Dependent Variabel*) : Abortus

Variable bebas (*Independent Variabel*) : Umur dan Paritas

C. Hipotesis Penelitian

1. Tidak ada hubungan antara umur dengan abortus di RSUD Rokan Hulu.
2. Tidak ada hubungan antara paritas dengan abortus di RSUD Rokan Hulu.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional. Peneliti berupaya mencari hubungan antara variabel yang satu dengan variabel lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Umur dan Paritas Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu”.

2. Desain Penelitian

Desain yang digunakan adalah *case - control study*. Pada *case - control study* dilakukan identifikasi subyek (kasus) yang telah terkena penyakit (efek), kemudian ditelusur secara retrospektif ada atau tidaknya faktor risiko yang diduga berperan. Pada desain ini, pengukuran variabel dependen disebut efek sedangkan independennya dicari secara retrospektif. Dalam penelitian ini subyek yang telah terkena penyakit adalah ibu hamil dengan abotus (efek) kemudian ditelusuri kebelakang yaitu paritas dan umur sebagai faktor risiko yang mempengaruhi (Bendatu,2015).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD Rokan Hulu.

2. Waktu Penelitian

Telah dilakukan penelitian pada bulan Februari - Mei 2023.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Bendatu,2015). Populasi yang digunakan dalam

penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang dirawat yaitu 1231 Orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang akan diteliti. Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu.

Rumus mencari besar sampel :

$$n_1 = n_2 = \frac{\{ Z^{1-\alpha/2} \sqrt{2p_2(1-P_2)} + Z^{1-\beta} \sqrt{P_1(1-p_1) + (p_2(1-p_2))} \}^2}{(P_1 - p_2)^2}$$

Dimana :

N = Besar sampel

Z_α = 1.96

Z_β = (1.64)

P₁ = Poposi papaaan pada kelompok kasus (a/a+c)

P₂ = Poposi papaaan pada kelompok kontrol (b/b+d)

Jadi sampel yang digunakan dala penelitian ini adalah 100 sampel yang diambil Penelitian tedahulu Yanti (2018) besar sampel dari kelompok kasus sejumlah 50 responden dan kelompok kontrol sejumlah 50 responden. Dengan perbandingan rasio kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah 1 : 1

3. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah sistematik random sampling.

D. Definisi Operasional

Defenisi operasional ini juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran dan pengamatan terhadap variabel - variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (alat ukur) (Neolaka, 2016).

Berdasarkan uraian diatas maka defenisi operasional yang penulis rumuskan dalam penelitian ini adalah :

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	umur	Umur reproduksi sehat untuk mengandung dan melahirkan yaitu 20 - 35 tahun.	ceklis	1. Umur reproduksi sehat 20 - 34 tahun 2. Umur reproduksi tidak sehat < 20 - $\geq$ 35 tahun	Ordinal
2	Paritas	Paritas adalah jumlah kelahiran yang menghasilkan bayi hidup atau mati.	Ceklis	1. Paritas beresiko (1 dan > 3 kali) 2. Paritas tidak beresiko (2-3 kali)	Ordinal
3	abortus	Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya	Ceklis	1. ya 2. tidak	ordinal

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah dengan menggunakan lembar ceklis, dokumen dan rekam medis yang berisi tentang variabel yang akan diteliti.

F. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri, pada penelitian ini diperoleh langsung dari responden.

b. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari sumber lain diluar dari responden penelitian. Sumber tersebut diperoleh dari Rekam Medik RSUD Rokan Hulu.

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Menurut Emzir (2014) pengolahan data secara manual pada umumnya melalui langkah - langkah sebagai berikut :

a) *Editing* (Penyuntingan Data)

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuisioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuisioner tersebut dikeluarkan (*drop out*).

b) *Coding Sheet* (Membuat Lembaran Kode)

Lembaran atau kartu kode adalah instrumen berupa kolom - kolom untuk merekam data secara manual. Lembaran atau kartu kode berisi nomor responden, dan nomor - nomor pertanyaan.

c) *Data Entry* (Masukan Data)

Yaitu kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan dalam master tabel atau data *base* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

d) *Tabulasi*

Yakni membuat tabel - tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

2. Analisis data

Hasil analisa data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, dan persentase data yang disajikan adalah :

a) *Univariat*

Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik tiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variable. Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik masing - masing variable yang diteliti.

b) *Bivariat*

Analisis bivariat yaitu secara analitik untuk mengetahui hubungan antara dua variabel dengan uji *chi - square*. Uji *chi - square* pada $\alpha = 0,05$ (IK = 95%). Jika diperoleh hasil nilai $p < 0,05$ maka hipotesa diterima karena Ada Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu. dan jika $p > 0,05$ maka hipotesa ditolak karena tidak ada Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu.

H_a = Ada Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu.

H_o = Tidak ada Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Terhadap Kejadian Abortus Di Rsud Rokan Hulu. Analisa menggunakan komputer.

H. Etika Penelitian

Dalam penelitian yang melibatkan manusia atau hewan, peneliti harus memperhatikan isu etik. Beberapa yang harus diperhatikan dalam penelitian ini antara lain :

1. Mencantumkan nama dan sumber apabila mengutip karya orang lain.
2. *Informed consent*. Tujuan *informed consent* adalah supaya responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya. Responden dapat menentukan bersedia ataupun menolak menjadi sampel penelitian.
3. *Anonymity* yaitu tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode.
4. Kerahasiaan (*confidentiality*) yang merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah - masalah lainnya.