

FAKTOR-FAKTOR RISIKO KEJADIAN ABORTUS DI RS SMC SAMARINDA

Annisa Ul Mutmainnah¹, Purwaningtias Budi Utami²

1. Akademi Kebidanan Mutiara Mahakam

2. Akademi Kebidanan Mutiara Mahakam

ABSTRAK

Abortus merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Pendekatan etiologi merupakan cara terbaik dalam upaya menurunkan mortalitas dan morbiditas akibat abortus yang terjadiannya dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan kejadian abortus di Rumah Sakit SMC Samarinda Tahun 2016. Penelitian ini bersifat analitik observasional dengan desain penelitian kasus kontrol. Pengumpulan data diperoleh dari data rekam medis 99 pasien abortus dan kontrol sebesar 99 ibu yang sudah melahirkan normal. Kemudian data dianalisa dengan uji *Chi-square*. Hasil analisis menunjukkan bahwa paritas ($p = 0,001$) dan riwayat abortus sebelumnya ($p = 0,009$) merupakan faktor risiko dan mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian abortus. Sedangkan usia ibu ($p = 0,265$) tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian abortus.

Kata kunci: abortus

ABSTRACT

Abortion is one of the causes of maternal death. Etiologic approach is the best way in reducing mortality and morbidity due to the occurrence of abortion is influenced by several risk factors. This study is aimed to acknowledge the factors associated with the incidence of abortion in SMC Hospital Samarinda 2016. This is an observational analytic study with case-control design. Data was collected through medical records for 99 cases of abortion and 99 controls of term delivery. Thereafter, the data were analyzed with Chi-square test. The research's result shows that there is a significant association between parity ($p = 0.001$) and a history of previous abortion ($p = 0.009$) in abortion patients. While maternal age ($p = 0.265$) had no significant association with the incidence of abortion.

Keyword: abortion

PENDAHULUAN

Latar Belakang

World Health Organization (WHO) melaporkan terdapat 210 kematian wanita tiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan di tahun 2013. Sedangkan jumlah total kematian wanita di tahun 2013 adalah sebesar 289.000 kematian. Jumlah ini telah

menurun sebesar 45% bila dibandingkan tahun 1993 dimana Maternal Mortality Ratio (MMR) pada tahun tersebut sebesar 380 dan jumlah kematian wanita sebesar 523.000. Negara berkembang memiliki jumlah MMR empat belas kali lebih tinggi dibandingkan negara maju.¹

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan barometer pelayanan kesehatan ibu di suatu Negara. Bila AKI masih tinggi

berarti pelayanan kesehatan ibu belum baik. Sebaliknya bila AKI rendah berarti pelayanan kesehatan ibu sudah baik.²

Berdasarkan survey terakhir tahun 2012 yang dilakukan oleh Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI menunjukkan kenaikan dari 228 di tahun 2007 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015.

Hal ini menarik untuk diangkat sebagai masalah karena di wilayah Kalimantan Selatan kasus abortus di Kalimantan masih tinggi, padahal akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sudah cukup mudah mengingat di Kalimantan terdapat banyak pusat pelayanan kesehatan. Berdasarkan latar belakang diatas penulis akan mencari faktor risiko apa saja yang mempengaruhi terjadinya abortus di Instalasi Rawat Inap Kebidanan Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2016.

Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu faktor-faktor apakah yang berpengaruh terhadap kejadian abortus di RS SMC Samarinda Tahun 2016?

Tujuan

Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang berpengaruh terhadap kejadian abortus di RS SMC Samarinda Tahun 2016.

Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui usia ibu merupakan faktor risiko abortus.
2. Untuk mengetahui paritas <1 dan >5 merupakan faktor risiko abortus.
3. Untuk mengetahui riwayat kejadian abortus sebelumnya merupakan faktor risiko abortus.

Manfaat Penelitian

Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan mengenai faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian abortus.

Bagi Pendidikan

Sebagai referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kedokteran khususnya tentang abortus.

Bagi Pelayanan Kesehatan

Meningkatkan mutu pelayanan sesuai standar pemerintah agar angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir dapat menurun dan dapat meningkatkan program kesehatan ibu dan anak di wilayah Kota Samarinda.

Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan pada masyarakat mengenai faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap abortus sehingga masyarakat dapat melakukan upaya pencegahan.

TINJAUAN PUSTAKA

Landasan Teori

Definisi Abortus

Menurut Dorland (2012) abortus adalah janin yang dikeluarkan dengan berat kurang dari 500 gram atau memiliki usia gestasional kurang dari 20 minggu pada waktu dikeluarkan dari uterus sehingga tidak memiliki angka harapan untuk hidup.¹⁰

Sedangkan menurut Prawirohardjo (2008) abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

Anatomi dan Fisiologi Uterus

Uterus adalah organ yang terdiri atas suatu badan (korpus), yang terletak di atas penyempitan rongga uterus (orifisium internum uteri), dan suatu struktur silindris di bawah, yaitu serviks, yang terletak di bawah orifisium internum uteri. Uterus adalah organ yang memiliki otot yang kuat dengan ukuran panjang 7 cm, lebar 4 cm, dan ketebalan 2,5 cm.¹¹ Serviks berada pada bagian yang lebih bawah, dan dipisahkan dengan korpus oleh ismus.¹² Serviks uteri dibagi atas (1) pars vaginalis servisis uteri yang dinamakan porsio; (2) pars supravaginalis servisis uteri yaitu bagian serviks yang berada di atas vagina.

Saraf yang berasal dari torakal 11 dan 12 mengandung saraf sensorik dari uterus dan meneruskan perasaan sakit dari uterus ke pusat saraf (serebrum). Saraf sensorik dari serviks dan bagian atas vagina melalui saraf sakral 2, 3, dan 4, sedangkan dari bagian bawah vagina melalui nervus pudendus dan nervus ileoinguinalis.

Patofisiologi

Pada permulaan abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan bagian benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam.

Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu ke atas umumnya yang mula-mula dikeluarkan setelah

ketuban pecah janin, disusul beberapa waktu kemudian oleh plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur.

Klasifikasi Abortus

Menurut terjadinya, Prawirohardjo (2008) membagi abortus menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Abortus provokatus didefinisikan sebagai prosedur untuk mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan baik oleh orang-orang yang tidak memiliki ketrampilan yang diperlukan atau dalam lingkungan yang tidak memenuhi standar medis minimal atau keduanya.¹⁴
- b. Abortus terapeutik adalah abortus buatan yang dilakukan atas indikasi medik. Pertimbangan demi menyelamatkan nyawa ibu dilakukan oleh minimal 3 dokter spesialis yaitu spesialis Kebidanan dan Kandungan, spesialis Penyakit Dalam, dan spesialis Jiwa. Bila perlu dapat ditambah pertimbangan oleh tokoh agama terkait.²
- c. Abortus Spontan adalah abortus yang terjadi dengan sendirinya tanpa adanya tindakan apa pun.

Epidemiologi

Angka kejadian abortus sulit ditentukan karena abortus provokatus banyak yang tidak dilaporkan, kecuali bila sudah terjadi komplikasi. Abortus spontan dan tidak jelas usia kehamilannya, hanya sedikit memberikan gejala atau tanda sehingga biasanya ibu tidak melapor atau berobat.

Di Indonesia, dalam laporan Riset Dasar Kesehatan (Riskesdas) 2010 disebutkan bahwa presentase abortus dalam periode lima tahun terakhir adalah sebesar empat persen pada perempuan pernah

kawin usia 10-59 tahun. Dilihat per provinsi, angka ini bervariasi mulai terendah 2,4% yang terdapat di Bengkulu sampai dengan yang tertinggi sebesar 6,9% di Papua Barat. Terdapat 4 provinsi yang memiliki angka kejadian lebih dari 6% dengan urutan teratas yaitu Papua Barat, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Selatan masing-masing 6,3%, serta Sulawesi Selatan sebesar 6,1%. Di Samarinda angka kejadiannya sebesar 5,5%.^{5,6}

Etiologi

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

1. Faktor Janin

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

- a. Kelainan telur, telur kosong (blighted ovum), kerusakan embrio, atau kelainan kromosom (monosomi, trisomi, atau poliploidi).
- b. Embrio dengan kelainan lokal.
- c. Abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas).¹⁷

2. Faktor maternal

a. Infeksi

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

yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya.

Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus:

- Virus, misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, varicella zoster, vaccinia, campak, hepatitis, polio, dan ensefalomielitis.
- Bakteri, misalnya Salmonella typhi.
- Parasit, misalnya Toxoplasma gondii, Plasmodium.

b. Penyakit vaskular, misalnya hipertensi vaskular.

c. Kelainan endokrin

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

d. Faktor imunologis

Ketidakcocokan (inkompatibilitas) system HLA (Human Leukocyte Antigen).

e. Trauma

Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya akibat trauma pembedahan. Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum gravidarum sebelum minggu ke-8.

Pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.

f. Kelainan uterus

Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau retroflexio uteri gravidarum.

g. Faktor psikosomatik.

3. Faktor Eksternal

a. Radiasi

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

b. Obat-obatan

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

c. Bahan-bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen dan benzen.¹⁷

Faktor Risiko

1. Usia

Berdasarkan teori S. Prawirahardjo (2002) pada kehamilan usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya. Akibatnya, selain tidak ada persiapan, kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi stress. Dan akan meningkatkan resiko terjadinya abortus.¹⁸

Kejadian abortus berdasarkan usia 42,9 % terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti kelompok usia 30 sampai dengan 34 tahun dan antara 25 sampai dengan 29 tahun. Hal ini disebabkan usia diatas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan. Selain itu, ibu cenderung memberi perhatian yang kurang terhadap kehamilannya dikarenakan sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali dan tidak bermasalah pada kehamilan sebelumnya.⁶

Baba et al (2010) menyatakan bahwa kebiasaan gaya hidup termasuk status merokok pada ibu dan suaminya berpengaruh terhadap kejadian abortus. Merokok 1-19 batang perhari dan ≥ 20 batang perhari memiliki efek pada ibu mengalami abortus spontan yang lebih awal.²²

Gejala Klinis

1. Abortus Iminens

Abortus iminens biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada usia 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 kehamilan urin masih positif.

Pemeriksaan USG diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan janin yang ada dan mengetahui keadaan plasenta apakah sudah terjadi pelepasan atau belum.²

2. Abortus Insiapiens

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

3. Abortus Kompletus

Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, ostium uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan. Pemeriksaan USG tidak perlu dilakukan bila pemeriksaan secara klinis sudah memadai. Pada pemeriksaan tes urin biasanya masih positif sampai 7-10 hari setelah abortus. Pengelolaan penderita tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan. Biasanya hanya diberi roboransia atau hematenik bila keadaan

pasien memerlukan. Uterotonika tidak perlu diberikan.

4. Abortus Inkompletus

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

Diagnosis

a. Klinis

Dapatkan anamnesis lengkap dan lakukan pemeriksaan fisik umum (termasuk panggul) pada setiap pasien untuk menentukan kemungkinan diperlukannya pemeriksaan laboratorium tertentu atau pemeriksaan lainnya untuk mendeteksi adanya penyakit atau status defisiensi.

Secara klasik, gejala-gejala abortus adalah kontraksi uterus (dengan atau tanpa nyeri suprapubik) dan perdarahan vagina pada kehamilan dengan janin yang belum viabel.

b. Pemeriksaan Laboratorium

Pada banyak kasus, pemeriksaan serum untuk kehamilan sangat berguna. Pemeriksaan laboratorium paling sedikit harus meliputi biakan dan uji kepekaan mukosa serviks atau darah (untuk mengidentifikasi patogen pada infeksi) dan pemeriksaan darah lengkap. Pada beberapa kasus, penentuan kadar progesterone berguna untuk mendeteksi kegagalan korpus luteum. Jika terdapat perdarahan, perlu dilakukan pemeriksaan golongan

darah dan pencocokan silang serta panel koagulasi. Analisis genetik bahan abortus dapat menentukan adanya kelainan kromosom sebagai etiologi abortus.

Prognosis

Dengan pengecualian serviks inkompeten, angka kesembuhan setelah tiga kali abortus spontan berkisar antara 70 sampai 85 persen, tanpa memperhatikan terapi apa yang diberikan, kecuali bila diterapi dengan suatu abortifasien. Dengan kata lain, angka kegagalan lebih tinggi, tetapi tidak jauh lebih tinggi daripada yang diperkirakan pada kehamilan keseluruhan.

Tidak didapatkan bukti bahwa wanita yang mengalami abortus spontan habitualis mempunyai resiko lebih tinggi untuk memperoleh anak yang abnormal, bila akhirnya dia hamil sampai aterm.¹⁹

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain penelitian kasus kontrol. Penelitian analitik observasional adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel tanpa adanya intervensi dari peneliti. Sedangkan desain penelitian kasus kontrol artinya dari segi pengambilan subjek dimulai dari identifikasi variabel tergantung (kasus dan kontrol) dan dari segi temporality dilakukan secara retrospektif.

Penelitian ini akan menilai hubungan faktor risiko dengan kejadian abortus menggunakan cara penentuan kelompok kasus dan kelompok kontrol kemudian mengukur besarnya risiko (frekuensi paparan) pada kedua kelompok tersebut. Desain ini dipilih karena kekuatan hubungan sebab akibat desain kasus kontrol lebih kuat, biayanya murah, cepat

memberikan hasil dan tidak memerlukan jumlah sampel yang besar.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RS SMC Samarinda dimulai dari bulan Desember 2015 sampai dengan April 2016.

Subjek Penelitian

Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah kelompok kasus abortus dimana diambil dari seluruh pasien yang didiagnosa abortus oleh dokter ahli Obstetri dan Ginekologi di RS SMC Samarinda pada tahun 2016. Adapun sebagai kelompok kontrol adalah pasien yang tidak mengalami abortus di RS SMC Samarinda pada tahun 2016.

Sampel

Metode pengambilan sampel ini mengacu pada penjelasan Arikunto (2010) yang menyebutkan bahwa jika sampel populasinya kurang dari 100 orang, maka jumlah sampelnya diambil keseluruhan. Selanjutnya jika jumlah subyeknya lebih besar dari 100, dapat diambil antara 10-15 % atau 20-25 % atau lebih. Jika seseorang ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi atau studi populasi atau sensus.²⁵

Kelompok kasus adalah semua pasien abortus yang didiagnosa oleh dokter ahli Obstetri dan Ginekologi di RS SMC Samarinda pada tahun 2016, yaitu sebanyak 99 orang, sedangkan jumlah kelompok kontrol diambil dengan perbandingan 1:2 dengan jumlah kasus yaitu seluruh pasien yang tidak mengalami abortus di RS SMC Samarinda pada tahun 2016. Jumlah ini adalah jumlah sampel setelah dilakukan penyaringan sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, dimana dari jumlah semula

sebanyak 117 kasus abortus dan 200 pasien yang tidak mengalami abortus, menjadi 99 kasus abortus dan 200 pasien yang tidak mengalami abortus, yang untuk selanjutnya diikuti dalam penelitian ini.

Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan cara manual dan menggunakan komputer dengan fasilitas SPSS 16.0. Tahapan yang dilakukan dalam pengolahan data ini adalah:

1. Cleaning (membersihkan data)

Sebelum diolah, data yang telah terkumpul terlebih dahulu dilakukan pengecekan agar tidak ada data yang double dan menyingkirkan data yang tidak sesuai kriteria inklusi.

2. Editing (menyunting data)

Pengeditan dilakukan untuk mengecek kelengkapan dan kejelasan pencatatan data.

3. Coding (mengkode data)

Kegiatan ini bertujuan untuk memudahkan dalam pengolahan data yaitu memberikan kode pada data yang diperoleh. Pemberian kode dilakukan untuk menyederhanakan data yang diperoleh.

4. Entry data (memasukkan data)

Memasukkan data ke komputer untuk dianalisis menggunakan program SPSS 16.0 untuk Windows.

Analisis Data

Data dianalisis secara komputerisasi perangkat lunak pengolahan data dengan analisis univariat dan bivariat.

1. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat dari kelompok kasus dan kelompok kontrol dengan tabel distribusi frekuensi.

2. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara variabel bebas dengan variabel tergantung dengan menggunakan uji chi square

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Subjek Penelitian

Analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel tergantung dan terikat yang diteliti. Dalam penelitian ini variabel terikatnya adalah kejadian abortus, sedangkan variabel bebasnya yaitu usia ibu, paritas, dan riwayat abortus. Jenis datanya berupa kategorik dengan tabel berupa angka dan presentase untuk menjelaskan masing-masing kelompok dalam variabel. Data penelitian yang dihasilkan berupa data sekunder dari RS SMC Samarinda Tahun 2016.

Jumlah kasus abortus inkomplit yang terjadi di RS SMC Samarinda hanya merupakan sebagian kecil dari kasus kandungan yang terjadi di RS SMC Samarinda. Hasil pengumpulan data menunjukkan kejadian abortus selama periode Januari-Desember 2013 adalah sebesar 5,82% (117 kejadian) dari seluruh kasus kandungan yang dirawat (2.009 pasien). Dari 117 kasus abortus hanya terdapat 99 kasus yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sehingga subjek penelitian ini adalah 99 pasien yang mengalami abortus sebagai kasus dan 200 pasien yang tidak mengalami abortus.

Usia Ibu

Gambaran distribusi kelompok usia ibu yang mengalami abortus dan melahirkan dengan normal dapat dilihat pada tabel dan grafik berikut:

Gambaran usia antara kasus abortus inkomplit dengan persalinan normal tidak jauh berbeda. Rata-rata usia pada kasus abortus 27 tahun dan pada persalinan normal 29 tahun. Distribusi usia kasus abortus ada pada usia 18 sampai 39 tahun, begitu pula pada persalinan normal pada usia 18 sampai 39 tahun.

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Halim dkk. (2013) di RSUD Pirngadi Kota Medan juga menunjukkan bahwa kejadian abortus inkomplitus, paling banyak terjadi pada wanita usia 20-35 tahun dengan proporsi 61%.²⁶ Namun hasil ini berbeda dengan penelitian Wadud di RS Muhammadiyah Palembang (2012) yang menyebutkan bahwa usia risiko tinggi (<20 tahun dan >35 tahun) memperoleh proporsi lebih besar sebesar 74,4 %.²⁷

Paritas

Gambaran distribusi kelompok paritas pada abortus dan persalinan normal dapat dilihat pada tabel dan grafik berikut:

Paritas dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori, yakni primipara (pada saat penelitian merupakan kelahiran pertama) dan grandemultipara yang digolongkan dalam kategori berisiko dan paritas 1-5 yang digolongkan dalam kategori tidak berisiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari mereka yang mengalami abortus, ada sebanyak 49 (49,5%) pasien yang memiliki paritas primipara dan multigrande dan ada sebanyak 50 (50,5%) pasien yang memiliki paritas 1-5. Sedangkan pada kelompok yang tidak mengalami abortus terdapat 60 (30,0%) pasien yang memiliki paritas <1 dan >5 dan terdapat 140 (70,0%) orang yang memiliki paritas 1-5.

Hal ini sesuai dengan penelitian Halim dkk. (2013) yaitu proporsi terbesar untuk karakteristik paritas terdapat pada

kategori multipara dengan proporsi 54%. 26 Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wadud (2012) bahwa paritas risiko rendah mendapatkan proporsi yang lebih tinggi sebesar 67,6 %.²⁷

Hubungan Usia dengan Kejadian Abortus

Hasil analisis hubungan antara usia ibu dengan kejadian abortus diperoleh bahwa ada sebanyak 15 (15,2%) ibu yang berusia <20 dan >35 tahun yang mengalami abortus. Sedangkan diantara ibu yang berusia 20-35 tahun ada 84 (84,4%) yang mengalami abortus. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,265$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian abortus antara ibu yang berusia <20 dan >35 tahun dengan ibu yang berusia 20-35 tahun (tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian abortus). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai Odds Ratio sebesar 0,693, artinya usia dapat mengurangi efek terjadinya abortus.

Menurut peneliti adanya perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dapat disebabkan karena perbedaan jumlah sampel yang diambil dan lokasi dilaksanakannya penelitian dengan penelitian sebelumnya. Diketahui bahwa semakin besar sampel yang dianalisis akan semakin besar menghasilkan kemungkinan berbeda bermakna. Selain itu, karena kejadian abortus dipengaruhi oleh banyak faktor kemungkinan ada pengaruh faktor lain yang tidak ikut diteliti.

Hubungan Paritas dengan Kejadian Abortus

Hasil analisis hubungan antara paritas dengan kejadian abortus diperoleh bahwa ada sebanyak 49 (49,5%) pasien yang memiliki paritas <1 dan >5 yang mengalami abortus. Sedangkan diantara

pasien yang memiliki paritas 1-5 ada 50 (50,5%) pasien yang mengalami abortus. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian abortus antara pasien yang memiliki paritas <1 dan >5 dengan pasien yang paritasnya 1-5 (ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian abortus). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=2,287$, artinya ibu yang paritasnya <1 dan >5 mempunyai peluang 2,287 kali untuk mengalami abortus.

Namun hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Mahdiyah di Ruang Bersalin RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin yang mendapatkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna ($p = 0,562$) antara paritas dengan kejadian abortus. Peneliti menyebutkan bahwa hal ini dikarenakan paritas bukan faktor utama penyebab abortus.³³ Demikian pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2012) di wilayah puskesmas Sungai Kakap Kabupaten Kubu Raya Kalimantan Barat yang mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan (nilai $p = 0,14$) antara paritas dengan kejadian abortus.²⁰

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara usia ibu, paritas, dan riwayat abortus sebelumnya dengan kejadian abortus. Berdasarkan hasil analisis dan pengujian statistik maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Usia dengan kejadian abortus tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai $p = 0,265$ dengan signifikansi 0,05. Kelompok Ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun tidak mempunyai kecenderungan untuk mengalami kejadian abortus.

2. Paritas dengan kejadian abortus menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai $p = 0,001$ dengan signifikansi 0,05. Kelompok ibu hamil dengan paritas primipara dan multigrande lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami kejadian abortus dibandingkan dengan multipara.

3. Riwayat abortus dengan kejadian abortus menunjukkan hubungan yang bermakna dengan nilai $p = 0,009$ dengan signifikansi 0,05. Kelompok ibu hamil yang mempunyai riwayat abortus sebelumnya mempunyai kecenderungan untuk mengalami abortus.

Saran

Dengan melihat hasil dan kesimpulan terhadap faktor risiko ibu hamil yang berkaitan dengan kejadian abortus, penulis menyarankan:

- Untuk peneliti selanjutnya diharapkan untuk meneliti kelainan menetap pada ibu yang mempengaruhi kejadian abortus sehingga dapat menurunkan angka kejadian abortus dan meneliti beberapa variabel lain yang belum terdapat pada penelitian ini untuk mendapatkan informasi lebih dalam mengenai faktor-faktor risiko kejadian abortus.
- Untuk masyarakat diharapkan dapat berperan serta dalam upaya penurunan kejadian abortus dengan ikut serta dalam program keluarga berencana, sehingga waktu untuk hamil dan jumlah anak dapat direncanakan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Switzerland: World Health Organization; 2014.
2. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Edisi IV. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.
3. Profil Statistik Kesehatan 2013. Kalimantan: Badan Pusat Statistik; 2013 Dec.187 p. Report No.: 04230.1301
4. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2016. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.131p.
5. Riset Dasar Kesehatan 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan kementrian Kesehatan RI Tahun 2010; 2010 Dec. 431.
6. Setia Pranata, FX Sri Sadewo. Kejadian Keguguran, Kehamilan Tidak Direncanakan dan Pengguguran di Indonesia. Bulletin of Health System Research. 2012 Apr; 15(2):3.
7. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS); 2010. 97 p.
8. Elise R, Patrick T. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. Human Reproduction. 2002; 17 (6): 1649-1656
9. N Maconochie, P Doyle, S Prior, R Simmons. Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study. BJOG. 2007;114:170–186. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01193.x.