

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Ibu Hamil**

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

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Sukarni, 2013).

Kehamilan merupakan masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya (Fadillah, 2013).

Kehamilan merupakan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak kemungkinan untuk dapat menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasinya selama 2-4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi (Sunarti, 2013).

###### **b. Klasifikasi dalam kehamilan**

Menurut Prawirohardjo (2010), dalam kehamilan dibagi 3 trimester yaitu:

- 1) Trimester I : berlangsung dari 0-12 minggu.
- 2) Trimester II : minggu ke-13 hingga ke-27.
- 3) Trimester III : minggu ke-28 hingga ke-40.

c. Fisiologi dalam kehamilan

Proses kehamilan dalam referensi Prawirohardjo (2010) yaitu memantapkan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari :

1) Konsepsi

a) Ovum

Ovum merupakan sel tersebar pada badan manusia. Setiap bulan satu ovum atau kadang-kadang lebih matur, dengan sebuah penjamu mengelilingi sel pendukung. Jumlah oogonium pada wanita pada bayi baru lahir bisa mencapai 750.000, pada umur 6-15 tahun 439.000, umur 16-25 tahun 159.000, Umur 26-35 tahun 59.00, umur 35-45 tahun sebanyak 34.000, dan pada masa menopause akan menghilang.

b) Sperma

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks.

(1) Spermatogonium berasal dari sel primitif tubulus.

(2) Menjadi spermatosit pertama.

(3) Menjadi spermatosit kedua.

(4) Menjadi spermatid.

(5) Akhirnya spermatozoa

Pertumbuhan spermatozoa dipengaruhi mata rantai hormonal yang kompleks dari panca indra, hipotalamus, hipofisis dan sel interstitial leydig sehingga spermatogonium dapat mengalami proses mitosis. Pada setiap hubungan seks ditumpahkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc.

## 2) Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antar sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampulla tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada : spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi. Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoa setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleus jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur di tengah-tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk hidup.

## 3) Implantasi / Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya / bersarangnya sel telur yang telah di buahi kedalam endometrium. Sel telur yang sudah di buahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat terdiri atas sel-sel anak yang lebih kecil yang di sebut blastomer. Pada hari ke-3 bola tersebut terdiri dari 16 sel blastomer dan di sebut morula. Pada hari ke-14 di dalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, bangunan ini di sebut blastula.

## 2. Usia Ibu

### a. Pengertian

Pengertian usia menurut beberapa ahli, yaitu:

- 1) Usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. semisal, umur manusia dikatakan 15 Tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung, sehingga perhitungan usia yang

dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu perhitungan usia (Depkes, 2012).

- 2) Usia adalah usia individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Bertambahnya umur seseorang maka kematangan dalam berpikir semakin baik, sehingga akan termotivasi dalam memeriksakan kehamilan dan mengetahui pentingnya ANC (Padila, 2014).
- 3) Usia adalah lamanya waktu hidup yaitu terhitung sejak lahir sampai dengan sekarang. Penentuan umur dilakukan dengan menggunakan hitungan tahun (Nursalam, 2013).

b. Klasifikasi usia aman untuk kehamilan dan persalinan

Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi, dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Padila, 2014).

Idealnya, kehamilan berlangsung saat ibu berusia 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagai perempuan hamil berusia dibawah 20 tahun sampai 35 tahun. Kenyataannya sebagian perempuan hamil berusia dibawah 20 tahun dan tidak sedikit pula yang mengandung di atas usia 35 tahun. Padahal kehamilan yang terjadi dibawah usia 20 tahun maupun diatas usia 35 tahun termasuk berisiko, karena dibayang-bayangi beragam faktor gangguan (Muharram, 2013).

c. Faktor resiko usia

Usia seorang ibu berkaitan dengan alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah pada usia 20-35 tahun. Pada usia >35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini . Usia yang kemungkinan tidak risiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan yaitu umur 20-35 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Sedangkan umur <20 tahun atau >35 tahun merupakan resiko tinggi kehamilan dan persalinan. Dengan demikian diketahui bahwa umur pada saat melahirkan turut berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas ibu maupun anak yang dilahirkan (Bobak, 2010).

Menurut Winknjosasro (2012) Usia mempunyai pengaruh terhadap kehamilan dan persalinan ibu. Ibu yang berumur dibawah 20 tahun organ reproduksinya yang belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan yang belum bersedia menjadi ibu yang dapat mengakibatkan peningkatan risiko mengalami persalinan komplikasi atau komplikasi obstretrik seperti abortus inkomplit, toksemia, eklamsia, solusio plasenta, inersia uteri, perdarahan post partum, persalinan macet, BBLR, kematian neonatus dan perinatal. Demikian juga ibu yang berumur di atas 35 tahun mempunyai risiko 2 atau 3 kali untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan seperti perdarahan atau hipertensi dalam kehamilan, dan partus lama. Bertambahnya usia pada wanita juga sangat berpengaruh terhadap jumlah sel telur yang belum di keluarkan dari ovarium atau indung telur.

Diusia pubertas, seorang wanita akan memiliki sekitar 300 ribu sel telur. Telur-telur ini akan dilepaskan satu demi satu setiap bulan bersamaan dengan siklus menstruasi (ovulasi) dan siap untuk dibuahi. Ketika wanita mengalami menopause di usia 50-55 tahun, terdapat beberapa ribu sel telur berusia tua saja yang masih tertinggal diindung telur. Itu sebabnya, wanita yang menjelang menopause kesulitan mengalami ovulasi. Sel-sel yang sudah tua mengalami penurunan kemampuan untuk dibuahi dan kehilangan kemampuan untuk menghasilkan hormon, terutama estrogen dan progesteron (Grandfa, 2011).

Kemungkinan keguguran pada perempuan yang mengandung anak pertama diusia 35 tahun ke atas, yaitu sekitar 20%. Keguguran terjadi dibawah usia 16-20 minggu. Kalaupun lahir pada usia 20, 36 atau 40 minggu, bayi lahir prematur dan berat badan sekitar 2,5 kg. Kalau bayi telah melewati usia tersebut, bayi akan lahir matang karena telah cukup umur (Evariny, 2013).

Epidemiologi abortus inkomplit berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2012 berkisar 6% yang dipengaruhi oleh faktor usia ibu dan berdasarkan Sari (2014) kejadian abortus inkomplit menurut usia ibu yaitu berkisar 12%.

### 3. Paritas

#### a. Pengertian

Pengertian paritas menurut beberapa ahli, yaitu:

- 1) Paritas adalah anak yang pertama sampai anak yang terakhir. Kondisi rahim dipengaruhi juga oleh jumlah anak yang dilahirkan (Bobak, 2010).

- 2) Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2012).
- 3) Paritas adalah jumlah bayi aterm yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita (Manuaba, 2012)

b. Klasifikasi Paritas

Adapun pembagian paritas menurut Mochtar (2012) yaitu:

- 1) Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi hidup.
- 2) Primipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi hidup untuk pertama kali.
- 3) Multipara/pleuripara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk beberapa kali.
- 4) Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 5 kali atau lebih, hidup ataupun mati.

Menurut Winkjosastro (2012) dari sudut kematian maternal, paritas terbagi dalam:

- 1) Paritas 1 : Tidak aman
- 2) Paritas 2-3 : Aman untuk hamil dan bersalin
- 3) Paritas >3 : Tidak aman

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. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dapat dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Prawirohardjo, 2012).

Pada paritas pertama, ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, sedangkan ibu-ibu dengan paritas tinggi lebih sering mengalami komplikasi disebabkan karena terdapat keadaan seperti kekendoran pada dinding perut dan kekendoran pada dinding rahim (Prawirohardjo, 2012).

c. Faktor yang mempengaruhi paritas

Menurut Friedman (2011) faktor yang mempengaruhi paritas yaitu :

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang dimasyarakat. Pekerjaan merupakan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.



### 3) Keadaan Ekonomi

Keadaan ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

### 4) Latar Belakang Budaya

Kultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan social, adat-istiadat dan penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakat, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rejeki.

### 5) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tau dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui.

#### d. Komplikasi Yang Dapat Terjadi

Menurut Winkjosastro (2012) Gravida adalah wanita yang sedang hamil. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali. Para adalah seorang wanita hamil yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Viable). Nullipara adalah seorang

wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang viable untuk pertama kali. Multipara atau pleuripara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang viable 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 (Bobak, 2010).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal seperti kejadian abortus. Paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi resiko komplikasi dan kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstretrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Komplikasi yang mungkin timbul pada paritas tinggi antara lain adalah distosia, perdarahan antepartum, abortus (abortus iminens dan abortus inkomplit) ruptur uteri, hipertensi, penyakit ginjal, anemia, kelainan letak, prolapsus uteri, diabetes melitusm (Winkjosastro, 2010).

#### 4. Abortus Inkomplit

##### a. Pengertian

- 1) Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagian batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Prawirohardjo, 2012).
- 2) Abortus inkomplit adalah dimana sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus dimana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum, perdarahannya masih terjadi dan jumlahnya bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian placentar site masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus (Saifuddin, 2014).
- 3) Abortus inkompletus adalah perdarahan kehamilan muda dimana sebagian dari hasil konsepsi telah keluar cavum uteri melalui kanalis servikalis (Maryunani, 2012).

##### b. Klasifikasi Abortus

- 1) Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis maupun mekanis. Abortus spontan secara klinis dapat dibedakan antara abortus iminens, abortus insipient, abortus inkompletus, abortus kompletus. Selanjutnya dikenal juga missed abortion, abortus habitualis, abortus infeksius dan abortus septik (Prawirohardjo, 2012)

##### a) Abortus iminens

Abortus iminens di diagnosis bila seorang wanita hamil kurang dari 20 minggu mengeluarkan darah sedikit pada vagina.

Perdarahan dapat berlanjut dalam beberapa hari atau dapat berulang, dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah seperti menstruasi.

b) Abortus insipient

Abortus insipient didiagnosis apabila pada wanita hamil ditemukan perdarahan banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah yang 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 evakuasi harus segera dilakukan. Janin biasanya sudah mati dan mempertahankan kehamilan pada keadaan ini merupakan kontraindikasi.

c) Abortus inkomplit

Abortus inkomplit 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. Sering serviks tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing. Oleh karena itu, uterus berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri, namun tidak sehebat pada abortus insipiens. Jika hasil konsepsi lahir dengan lengkap disebut abortus komplit. Pada keadaan ini, kuretase tidak perlu dilakukan. Pada abortus komplit, perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-

lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks juga dengan segera akan tertutup kembali.

d) Missed abortion

Abortus tertunda adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama dua bulan atau lebih. Pada abortus tertunda akan dijumpai amenorea, yaitu perdarahan sedikit-sedikit yang berulang pada permulaannya, serta selama observasi fundus tidak bertambah tinggi, malahan bertambah rendah. Pada pemeriksaan dalam, serviks tertutup dan ada darah sedikit.

e) Abortus habitualis

Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut. Penyebab abortus habitualis selain factor anatomis banyak yang mengaitkannya dengan reaksi imunologik yaitu kegagalan reaksi terhadap antigen lymphocyte trophoblast cross reactive (TLX)

f) Abortus septik

Abortus septic adalah abortus yang disertai infeksi berat dengan penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritoneum. Hal ini sering ditemukan pada abortus inkomplet atau abortus buatan, terutama yang kriminalis tanpa memperhatikan syarat-syarat aseptis dan antisepsis.

- 2) Abortus provokatus (buatan) adalah abortus yang disengaja atau digugurkan yang terdiri dari dari:

- a) Abortus buatan menurut kaidah ilmu. Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya penyakit jantung, hipertensi essential, dan karsinoma serviks.
- b) Abortus buatan criminal adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh orang yang berhak dan dilarang oleh hukum

c. Etiologi

Menurut Wiknjosastro (2012), hal-hal yang menyebabkan abortus dapat dibagi sebagai berikut:

- 1) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, dapat menyebabkan kematian janin atau cacat. Faktor-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan ialah sebagai berikut: kelainan kromosom, lingkungan kurang sempurna, pengaruh dari luar.
- 2) Kelainan pada plasenta, endarteritis dapat terjadi dalam villi koriales dan menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin
- 3) Penyakit ibu, mendadak seperti pneumonia, tifus abdominalis, pielonefritis, malaria dan lain-lain dapat menyebabkan abortus.
- 4) Kelainan traktus genitalis yaitu seperti retroversi uteri, mioma uteri atau kelainan bawaan uterus yang dapat menyebabkan abortus. Penyebab lain dari abortus dalam trimester II adalah servik inkompeten yang disebabkan kelemahan bawaan servik, dilatasi serviks berlebihan dan atau robekan serviks yang tidak dijahit.

Menurut Bobak (2010), penyebab abortus antara lain adalah sebagai berikut :

- 1) Ketidakseimbangan endokrin ibu dengan efek fase luteal atau diabetes tergantung insulin disertai peningkatan kadar gula darah dan hemoglobin A1c pada trimester pertama.
- 2) Infeksi sistemik dan infeksi endometrium disebabkan oleh rubella, sitomegalovirus, herpes genital aktif, toksoplasmosis, treponema, listeria, Chlamydia, dan mycoplasma.
- 3) Gangguan sistemik.
- 4) Faktor genetik.
- 5) Pemakaian kokain
- 6) Kelainan kromosom adalah komponen mikrokopis dari setiap sel dalam tubuh yang membawa semua bahan genetik yang menentukan warna rambut, warna mata, dan tampilan secara keseluruhan dan tata rias.
- 7) Faktor hormonal dapat dikaitkan dengan peningkatan resiko abortus spontan, termasuk penyakit tyroid. Fungsi yang tidak memadai korpus luteum di ovarium (yang menghasilkan progesteron yang diperlukan untuk pemeliharaan tahap awal kehamilan ) dapat menyebabkan abortus spontan.
- 8) Infeksi Ibu yang terinfeksi dengan sejumlah besar organisme yang berbeda telah dikaitkan dengan peningkatan resiko abortus spontan. Janin atau plasenta yang terinfeksi oleh organisme yang kemudian menyebabkan abortus spontan.
- 9) Gaya Hidup Merokok dapat meningkatkan resiko abortus, dan beberapa studi menunjukkan bahwa resiko abortus spontan meningkat dengan ayah perokok.

Sebab-sebab terjadinya abortus menurut Farrer (2012), adalah sebagai berikut:

- 1) Abnormalitas embrio atau janin merupakan penyebab paling sering untuk abortus dini dan kejadian ini kerap kali disebabkan oleh cacat kromosom.
- 2) Abnormalitas uterus yang mengakibatkan kelainan kavum uteri atau halangan terhadap pertumbuhan dan pembesaran uterus, misalnya fibroid, malformasi congenital, prolapsus atau retroversion uteri).
- 3) Kerusakan pada serviks akibat robekan yang dalam pada saat melahirkan atau akibat tindakan pembedahan.
- 4) Penyakit-penyakit maternal penggunaan obat: penyakit mencakup infeksi virus akut, panas tinggi, misalnya pada vaksinasi terhadap penyakit cacar, obat-obatan tertentu khususnya preprata sitotoksik akan mengganggu proses normal pembelahan sel yang cepat.
- 5) Sebab-sebab psikomatik; stres dan emosi yang kuat diketahui dapat mempengaruhi fungsi uterus lewat system hipotalamus-hipofise.

d. Tanda Gejala

Manuaba (2012) tanda gejala abortus inkomplit antara lain ditandai dengan keluarnya sebagian hasil konsepsi dari uterus, sehingga sisanya memeberikan gejala klinis sebagai berikut:

- 1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis
- 2) Perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat
- 3) Terjadi infeksi dengan ditandai suhu badan tinggi
- 4) Dapat terjadi degenerasi ganas/koriokarsinoma



Maryunani (2012) manifestasi klinis abortus inkomplit yaitu :

- 1) Perdarahan bisa sedikit atau banyak
- 2) Rasa mulas (kontraksi) tambah hebat
- 3) Ostium uteri eksternum atau serviks terbuka
- 4) Pada pemeriksaan vaginal, jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari eksternum atau sebagian jaringan keluar
- 5) Perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan dapat menyebabkan syok.

e. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis, didikuti *nerloisi* jaringan yang menyebabkan hasil konsepsi terlepas dan dianggap benda asing dalam uterus. Sehingga menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut. Apabila kehamilan kurang dari 8 minggu, nilai khorialis belum menembus desidua serta mendalam sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan seluruhnya. Apabila kehamilan 8-14 minggu *villi khorialis* sudah menembus terlalu dalam hingga plasenta tidak dapat dilepaskan sempurna dan menimbulkan banyak perdarahan dai pada plasenta. Perdarahan tidak banyak jika plasenta lengkap (Rukiyan, 2010).

f. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus menurut Winkjosastro (2012) ialah :

1) Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian tranfusi darah.

Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

## 2) Perforasi

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

## 3) Infeksi

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

## 4) Syok

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

g. Diagnosa

Diagnosis Abortus Inkomplitus menurut Manuaba (2012) dapat ditegakkan antara lain :

- 1) Tanda-tanda hamil muda atau amenore
- 2) Kram perut bagian bawah
- 3) Perdarahan sedang hingga banyak dari jalan lahir
- 4) Teraba sisa jaringan hasil konsepsi
- 5) Ostium uteri terbuka
- 6) Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan

h. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Manjoer (2012), pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Tes kehamilan : positif bila janin masih hidup, bahkan 2-3 minggu setelah abortus.
- 2) Pemeriksaan dopler dan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- 3) Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada missed abortus.

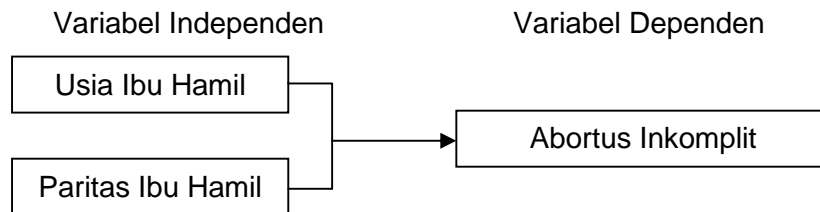
i. Penanganan

Penanganan abortus inkomplit menurut Saifuddin (2012) yaitu :

- 1) Bila disertai syok karena perdarahan, diberikan infuse cairan fisiologis NaCl atau Ringer Laktat dan transfusi darah segera mungkin.
- 2) Setelah syok diatasi, dilakukan kerokan dengan kuret tajam dan diberikan suntikan untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.
- 3) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal, dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.
- 4) Diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.

## B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Imron, 2015). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini antara lain:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

## C. Hipotesis

Hipotesis adalah kesimpulan yang ditarik sebagai jawaban sementara terhadap masalah penelitian. Tujuan perumusan hipotesis adalah sebagai langkah untuk memfokuskan masalah, mengidentifikasi data-data yang relevan untuk dikumpulkan, menunjukkan bentuk desain penelitian, termasuk teknik analisis yang akan digunakan, menjelaskan gejala sosial, mendapatkan kerangka penyimpulan, merangsang penelitian lebih lanjut (Imron, 2015). Adapun Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- Ha : 1. Ada hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian abortus inkomplit di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.
2. Ada hubungan antara paritas ibu hamil dengan kejadian abortus inkomplit di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin.