

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori Abortus

2.1.1 Pengertian

Abortus atau *miscarriage* adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 atau gram kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010).

Abortus adalah berakhirnya kehamilan melalui cara apapun, spontan maupun buatan, sebelum janin mampu bertahan hidup dengan batasan berdasar umur kehamilan dan berat badan (Handono, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Abortus

Berdasarkan pelaksanaannya dibagi menjadi :

a. Keguguran terapeutik (*abortus therapeuticus*)

Abortus terapeutik adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup (*viabel*) dan hampir 60% abortus terapeutik dilakukan sebelum usia gestasi 8 minggu, dan 88% sebelum minggu ke-12 kehamilan (Handono, 2009).

b. Keguguran buatan ilegal (*abortus provocatus criminalis*)

Penguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah dan dilarang oleh hukum (Prawirohardjo, 2008).

Berdasarkan kejadian dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Abortus buatan

Merupakan tindakan abortus yang sengaja dilakukan sehingga kehamilan dapat diakhiri. Upaya menghilangkan hasil konsepsi dapat dilakukan berdasarkan :

1) Indikasi medis

Menghilangkan kehamilan atas indikasi ibu untuk dapat menyelamatkan jiwanya. Indikasi medis tersebut di antaranya penyakit jantung, ginjal atau hati yang berat, gangguan jiwa ibu dengan dijumpai kelainan bawaan berat dengan pemeriksaan ultrasonografi dan gangguan pertumbuhan perkembangan dalam rahim.

2) Indikasi sosial

Pengguguran kandungan dilakukan atas dasar aspek sosial seperti menginginkan jenis kelamin tertentu, tidak ingin punya anak, jarak kehamilan terlalu pendek, belum siap untuk hamil, kehamilan yang tidak diinginkan (Manuaba, 2010).

b. Abortus spontan

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus (Handono, 2009).

Penghentian kehamilan sebelum umur 20 minggu kehamilan lengkap dengan berat janin mati kurang lebih 500 gram. Usia

kehamilan dapat mempengaruhi kejadian abortus spontan dimana sekitar 75% abortus terjadi sebelum usia 16 minggu dan kira-kira 60% terjadi sebelum 12 minggu. Paling sedikit 80% dari seluruh kehamilan berakhir secara spontan sebelum wanita yang bersangkutan atau tenaga kesehatan menyadari adanya kehamilan (Benson dan Pernoll, 2009).

Berdasarkan gambaran klinis, abortus spontan dibagi menjadi :

1) Keguguran mengancam (*abortus imminens*)

Perdarahan intrauterine pada umur kurang dari 20 minggu kehamilan lengkap dengan atau tanpa kontraksi uterus tanpa dilatasi serviks dan tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Pemeriksaan dengan ultrasonografi harus diperlihatkan adanya janin yang menunjukkan tanda-tanda kehidupan misalnya adanya denyut jantung atau gerakan janin. Pada abortus imminens ini hasil kehamilan yang belum viabel berada dalam bahaya tetapi kehamilan terus berlanjut (Benson dan Pernoll, 2009).

2) Keguguran tak terhalangi (*abortus insipiens*)

Merupakan perdarahan intrauterine sebelum kehamilan lengkap 20 minggu dengan dilatasi serviks berlanjut tetapi tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Pada abortus insipiens, kemungkinan terjadi pengeluaran sebagian atau seluruh hasil

konsepsi dengan cepat. Dapat dianggap abortus insipiens jika ada dua atau lebih tanda-tanda berikut :

- 1) Penipisan serviks derajat sedang.
 - 2) Dilatasi serviks kurang dari 3 cm.
 - 3) Pecah selaput ketuban.
 - 4) Perdarahan lebih dari 7 hari.
 - 5) Kram menetap meskipun diberikan analgesik.
 - 6) Tanda-tanda penghentian kehamilan (misalnya, ada *mistalgia*).
- 3) Keguguran tidak lengkap (*abortus inkompletus*)

Abortus yang terjadi sebelum usia gestasi 10 minggu, janin dan plasenta biasanya keluar bersama-sama. Bila kehamilan lebih besar akan terjadi sisa kehamilan. Perdarahan pervaginam adalah gejala awal, bila jaringan plasenta tertahan perlu dilakukan tindakan digital atau kuretase. Bila terjadi perdarahan masif dapat terjadi syok hipovolemik (Handono, 2009).

- 4) Keguguran lengkap (*abortus kompletus*)

Pengeluaran semua hasil konsepsi dengan umur kurang dari 20 minggu kehamilan lengkap. Seluruh hasil konsepsi sudah keluar dan rasa sakit berhenti tetapi perdarahan bercak akan menetap selama beberapa hari.

5) Keguguran berulang (*abortus habitualis*)

Abortus spontan yang terjadi berturut-turut sebanyak tiga kali atau lebih tanpa diketahui sebab yang jelas. Penyebab terjadinya abortus habitualis berkaitan dengan penyebab umum seperti faktor genetik, faktor hormonal, faktor plasenta, dan faktor infeksi. Dan dugaan penyebab khusus yaitu adanya serviks yang inkompeten dan terdapat reaksi immunologis (Manuaba, 2010).

6) Keguguran dengan infeksi (*abortus infeksiosa*)

Akibat tindakan abortus provokatus kriminalis oleh tenaga yang tidak terlatih atau dukun. Sebagian besar dalam bentuk tidak lengkap dan dilakukan dengan cara tidak legartis. Keguguran dengan infeksi memerlukan tindakan medis khusus (Manuaba, 2010).

7) Keguguran tertunda (*missed abortion*)

Terhentinya proses kehamilan muda pada embrio atau janin berumur kurang dari 20 minggu tetapi hasil konsepsi tertahan dalam rahim selama lebih dari 6-8 minggu. Rasa sakit dan nyeri tekan tidak dirasakan oleh ibu hamil, serviks agak kaku dan sedikit terbuka, uterus mengecil dan melunak secara irregular. Komplikasi dapat terjadi pada *missed abortus* seperti gangguan pembekuan darah karena intravaskuler koagulasi yang diikuti

hemolisis sehingga terjadinya penurunan fibrinogen sampai bahaya perdarahan spontan.

8) Kehamilan Anembrionik (*Blighted Ovum*)

Kehamilan yang patologi dimana mudigah dan kantong kuning telur tidak terbentuk sejak awal kehamilan namun kantong gestasi tetap terbentuk. Kelainan ini merupakan kehamilan yang dapat berkembang walaupun tidak ada janin di dalamnya. Pada usia kehamilan 14-16 minggu terjadi abortus spontan.

2.1.3 Patofisiologi Abortus

Rahmani (2014) mengemukakan bahwa pada permulaan abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis yang diikuti nekrosis jaringan disekitarnya. Hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Hal ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan hasil konsepsi. 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 plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan lebih dari 14 minggu umumnya yang mula-mula dikeluarkan setelah ketuban pecah, janin disusul beberapa waktu kemudian oleh plasenta yang terbentuk lengkap.

Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada yang hanya kantong amnion kosong atau tampak di dalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (*blighted ovum*) dan ada yang berupa janin lahir mati.

Mudigah yang mati tidak dikeluarkan dalam waktu singkat maka dapat diliputi oleh lapisan bekuan darah dan isi uterus dinamakan mola kruenta. Bentuk ini menjadi mola karnosa apabila pigmen darah telah diserap sehingga semuanya tampak seperti daging. Bentuk lain adalah mola tuberosa dalam hal ini tampak berbenjol-benjol karena terjadi hematoma antara amnion dan korion.

Pada janin yang telah meninggal dan tidak dikeluarkan dapat terjadi proses mumifikasi yaitu janin mengering dan karena cairan amnion menjadi kurang oleh sebab diserap, maka menjadi agak gepeng (*fetus kompresus*). Dalam tingkat lebih lanjut menjadi tipis seperti kertas perkamen (*fetus papiraseus*). Kemungkinan lain pada janin mati yang tidak lekas dikeluarkan ialah terjadinya maserasi yaitu kulit terkelupas, tengkorak menjadi lembek, perut membesar karena terisi cairan, dan seluruh janin berwarna kemerah-merahan.

2.1.4 Faktor Penyebab Abortus

Penyebab abortus disebabkan oleh berbagai faktor baik dari faktor janin, faktor ibu, dan faktor ayah.

a. Faktor janin

Faktor janin merupakan penyebab yang sering terjadi pada abortus spontan. Kelainan yang menyebabkan abortus spontan tersebut yaitu kelainan telur (*blighted ovum*), kerusakan embrio dengan adanya kelainan kromosom, dan abnormalitas pembentukan plasenta (*hipoplasi trofoblas*) (Rahmani, 2014).

b. Faktor ibu

Faktor yang menyebabkan abortus terbagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal, yaitu :

1) Faktor Internal

a) Usia

Berdasarkan teori Prawirohardjo (2008) 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. Akan meningkatkan resiko terjadinya abortus.

Kejadian abortus berdasarkan usia 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti 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.

Menurut Kenneth J. Leveno et al (2009) dalam Prawirohardjo (2008) pada usia 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak prematur, persalinan lama, perdarahan, dan abortus. Abortus spontan yang secara klinis terdeteksi meningkat dari 12% pada wanita usia kurang dari 20 tahun dan menjadi 26% pada wanita berusia lebih dari 40 tahun.

b) Paritas

Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu.

c) Jarak kehamilan

Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih

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

d) Riwayat abortus sebelumnya

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

e) Faktor genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotip embrio yang merupakan kelainan sitogenik berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis dari fertilitas abnormal. Sebagian dari kejadian abortus pada trimester pertama berupa trisomi autosom yang timbul selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Insiden trisomi ini dapat

meningkat dengan bertambahnya usia dimana risiko ibu terkena aneuploidi diatas 35 tahun. Selain dari struktur kromosom atau gen abnormal, gangguan jaringan konektif lainnya misalnya Sindroma Marfan dan ibu dengan *sickle cell anemia* berisiko tinggi mengalami abortus (Prawirohardjo, 2008).

f) Faktor anatomik

Defek anatomik uterus diketahui sebagai penyebab komplikasi obstetrik, seperti abortus berulang, prematuritas, dan malpresentasi janin. Kelainan anatomik uterus lainnya seperti septum uterus dan uterus bikornis. Mioma uteri dapat menyebabkan infertilitas maupun abortus berulang dan Sindroma Asherman juga dapat menyebabkan gangguan tempat implantasi serta pasokan darah pada permukaan endometrium.

g) Faktor immunologis

Dalam faktor immunologis ada dua jenis faktor yang mempengaruhi terjadinya abortus khususnya pada kejadian abortus berulang.

Faktor dengan penyebab autoimun yaitu antibodi dengan fosfolipid bermuatan negatif yang terdeteksi sebagai antikoagulan lupus dan antibodi antifosfolipid yang banyak terjadi pada abortus berulang.

Antikoagulan lupus yaitu imunoglobulin yang mengganggu satu atau lebih dari beberapa uji koagulasi dependen fosfolipid in vitro yang biasanya untuk kriteria diagnostik penyakit lupus.

Antibodi antifosfolipid adalah antibodi yang didapat untuk ditujukan pada suatu fosfolipid yang melibatkan trombosis dan infark plasenta.

h) Faktor infeksi

Penyakit yang diakibatkan oleh penularan virus atau bakteri yang berdampak pada janin atau unit fetoplasenta seperti infeksi kronis endometrium, amnionitis, infeksi organ genitalia, dan HIV (*Human immunodeficiency virus*).

i) Faktor penyakit debilitas kronik

Penyakit kronik yang timbul saat atau sebelum kehamilan dapat menyebabkan abortus seperti tuberkulosis, karsinomatosis, hipertensi dan sindroma malabsorpsi.

j) Faktor hormonal

Ovulasi, implantasi, serta kehamilan dini bergantung pada koordinasi yang baik pada sistem pengaturan hormon maternal. Sistem hormonal ibu hamil yang perlu diperhatikan terutama setelah konsepsi

yaitu kadar progesteron, fase luteal dan kadar insulin. Kadar progesteron ibu yang rendah dapat berisiko abortus karena progesteron berperan dalam reseptivitas endometrium terhadap implantasi embrio.

k) Faktor hematologik

Pada kasus abortus berulang yang ditandai defek plasentasi dan adanya mikroorganisme pada pembuluh darah plasenta. Berbagai komponen koagulasi dan fibrinolitik memegang peran penting pada implantasi embrio, invasi trofoblas, dan plasentasi. Penyakit trombofilia hereditas juga berpengaruh terhadap terjadinya abortus.

l) Serviks inkompeten

Merupakan kelainan yang ditandai adanya pembukaan serviks tanpa rasa nyeri pada trimester kedua atau awal trimester tiga yang disertai prolaps dan menggembungnya selaput ketuban dan ekspulsi janin imatur. Riwayat trauma pada serviks saat adanya dilatasi atau pada kuretase menjadi salah satu penyebab dari serviks inkompeten.

m) Cacat uterus

Destruksi endometrium luas akibat kuretase hal ini menyebabkan amenore dan abortus berulang yang

disebabkan oleh kurang memadai endometrium untuk menunjang implantasi.

n) Gamet yang menua

Pada suatu penelitian dilaporkan bahwa penuaan gamet di dalam saluran genitalia wanita sebelum pembuahan meningkatkan kemungkinan abortus dan ibu yang berusia lebih dari 35 tahun memperlihatkan peningkatan insidensi *sindrom kantung amnion kecil*.

o) Trauma fisik

Trauma yang dapat mengakibatkan abortus seperti trauma akibat suatu benturan benda tumpul dalam kecelakaan, luka bakar, kekerasan dan terkena senjata tajam yang mengakibatkan perdarahan pada saat kehamilan.

2) Faktor Eksternal

a) Faktor lingkungan dan pemakaian obat

Diperkirakan 1-10% malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus, misalnya adanya paparan terhadap buangan gas anestesi dan tembakau. Karbonmonoksida juga menurunkan pasokan oksigen ibu dan janin serta memacu neurotoksin dengan adanya gangguan pada sistem sirkulasi fetoplasenta dapat terjadi

gangguan pertumbuhan janin berakibat terjadinya abortus. Kebiasaan minum alkohol dan yang mengandung kafein secara berlebihan serta kegagalan efektivitas alat kontrasepsi dalam rahim juga berisiko terhadap insiden abortus pada kehamilan muda.

b) Faktor sosial budaya

Dalam teori Swasono (1997) tentang kehamilan terhadap konteks budaya yang mengemukakan bahwa aspek kultural pada masyarakat khususnya Suku Jawa terdapat masa krisis diantara tahapan-tahapan kehidupan dimana suatu perpindahan dari suatu tahapan dianggap cukup gawat atau membahayakan, oleh karena itu dilakukan suatu upacara adat yang disebut *crisis rites* (upacara waktu krisis) dan *rites de passage* (upacara peralihan). Masa kehamilan dianggap masa krisis yang berbahaya sehingga terdapat upacara adat yang cukup rinci seperti *mitoni* upacara atau selamatan usia tujuh bulan kehamilan untuk menyambut dan menangkal bahaya yang dapat terjadi, dilakukan pada kehamilan pertama seorang wanita yang juga berfungsi memberikan ketenangan jiwa bagi calon ibu yang belum pernah mengalami peristiwa melahirkan. Upacara adat lainnya yaitu *procotan* yang bertujuan memudahkan

bayi untuk lahir. Dan *brokohan* yaitu upacara sesudah bayi dilahirkan dengan selamat.

Pada teori yang sama dimana terdapat dikotomi panas dingin pada hubungan asosiatif pantang makanan. Kondisi hamil sering dianggap menyebabkan wanita dalam keadaan panas sehingga dilakukan pantangan makanan. Wanita hamil harus memakan makanan yang berkualitas dingin dan harus dijalankan sampai saat bayinya lahir untuk mencegah keguguran.

Pada budaya masyarakat Kerinci, Jambi. Wanita hamil dilarang makan rebung agar bayi tidak berbulu, jantung pisang agar bayi tidak kecil, jamur yang menyebabkan plasenta menjadi kembar dan sulit lahir. Pada masyarakat Keruak, Lombok Timur terdapat pantangan makanan gurita, cumi, kepiting, udang, dan ikan pari yang dianggap dapat menyebabkan ari-ari bayi lekat (*retensio plasenta*), bayi sulit dilahirkan, atau malposisi janin, selain itu buah jambu biji dan labu juga dipantang, hal ini tidak berkaitan dengan faktor kesehatan namun merupakan keyakinan suatu budaya. Di Desa Tawiri, Ambon adat pantang makan durian. Masyarakat Bandaneira pantang makanan lemon kuas (*orange splash*), penduduk di Desa Jalancagak, Subang

memantang makan belut dan nanas muda yang masing-masing dapat menyebabkan perdarahan pada kehamilan atau keguguran, ikan dan makan laut lainnya dapat membuat ASI berbau amis dan membuat bayi terlilit tali pusat.

Kepercayaan akan adanya gangguan roh jahat sebagai aspek dari supranatural yang umum ditemukan diberbagai suku bangsa yaitu roh-roh halus yang suka memangsa bayi atau menyebabkan keguguran kandungan sehingga terdapat cara budaya untuk menangkalnya seperti harus membawa benda tajam seperti peniti atau pisau lipat.

Di kehidupan masyarakat Dani, Kurulu di Lembah Baliem, Irian Jaya, tugas budaya utama wanita yang dianggap penting adalah melakukan kegiatan mata pencaharaian seperti menghasilkan ubi jalar dan babi. Karena itu, kehamilan yang dialami oleh wanita cenderung tidak disukai dan dianggap mengganggu tugas mereka diladang. Bahkan, keadaan tersebut dapat mendorong pilihan aborsi tradisional yang beresiko bagi wanita bersangkutan.

Dalam jurnal Shrimarti R.Devi dkk, mengenai perawatan kehamilan dalam perspektif budaya Madura

dimana sebagian masyarakat memeriksakan kehamilannya ke dukun untuk mengetahui letak posisi bayi dan dapat melakukan pijatan untuk mempermudah melahirkan.

c) Pendidikan

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

d) Status ekonomi (pendapatan)

Sosial ekonomi masyarakat yang sering dinyatakan dengan pendapatan keluarga, mencerminkan kemampuan masyarakat dari segi ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan kesehatan dan pemenuhan zat gizi. Hal ini pada akhirnya

berpengaruh pada kondisi saat kehamilan yang berisiko pada kejadian abortus. Selain itu, pendapatan juga mempengaruhi kemampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga adanya kemungkinan risiko terjadinya abortus dapat terdeteksi.

e) Pekerjaan

Beberapa wanita yang sudah bekerja juga akan terhambat karirnya ketika memilih untuk meneruskan kehamilannya. Kondisi pekerjaan yang dilakukan oleh seorang wanita dapat juga setara dengan beban kerja laki-laki baik dari jabatan ataupun jenis pekerjaannya ataupun didukung dengan sosial ekonomi yang rendah sehingga wanita berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.

f) Alkohol

Alkohol dinyatakan meningkatkan risiko abortus spontan, meskipun hanya digunakan dalam jumlah sedang.

g) Merokok

Wanita yang merokok diketahui lebih sering mengalami abortus spontan daripada wanita yang tidak merokok. Kemungkinan bahwa risiko abortus spontan

pada perokok, disebabkan wanita tersebut juga minum alkohol saat hamil.

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 lebih dari 20 batang perhari memiliki efek pada ibu mengalami abortus spontan yang lebih awal.

c. Faktor ayah

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus spontan. Translokasi kromosom pada sperma dapat menyebabkan abortus dimana abnormalitas kromosom pada sperma berhubungan dengan abortus (Carrel dkk 2003 dalam Handono 2009).

2.1.5 Pemberdayaan Perempuan dengan Abortus

Ditingkat praktis, penyikapan aborsi terpolarisasi dari munculnya perspektif *pro-choice* dan *pro-life*. Dimana adanya perbedaan sudut pandang perempuan tentang undang-undang aborsi. Undang-undang aborsi yang pernah diajukan oleh seorang perempuan Texas, Jane Roe yang menuntut undang-undang Texas tidak sah dan telah melanggar hak pribadi dalam hal kebebasan reproduksi dimana perempuan yang menginginkan aborsi tidak boleh dihalang-halangi. Reaksi ini menimbulkan suatu

prespektif *pro-choice* yaitu organisasi yang mendukung supaya perempuan mempunyai pilihan untuk melakukan aborsi atau tidak. Salah satu alasan pokok para pendukung aborsi yaitu perempuan berhak mengatur sesuatu yang terjadi di dalam tubuhnya dan menentukan sendiri apa yang dikehendaki. Janin juga dianggap sebagai bagian dari organ tubuh ibu sehingga dapat dibuang atau dijaga sekehendak perempuan.

Sementara, kalangan *pro-life* sangat kontra aborsi karena mereka berupaya untuk mempertahankan kehidupan. Bagi *pro-life* aborsi hanya boleh dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibunya. Selain itu, alasan lain adalah orang berhak mengatur tubuhnya sesuai dengan apa yang dipandang baik oleh pemilik tubuh. Janin bukanlah bagian dari tubuh perempuan sehingga sang ibu dianggap tidak mempunyai hak untuk mengaturnya karena janin sudah memiliki hak atas kehidupannya sendiri.

Di Indonesia, sebagian besar kalangan cenderung memilih untuk beraliran *pro-life*. Karena kuatnya dasar agama yang dianut dalam menyikapi permasalahan, Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1994 juga mengatur aborsi untuk alasan medis.

Pemecahan masalah dapat dilakukan dengan pendekatan yang komprehensif. Bahkan WHO mendudukan induksi aborsi sebagai prioritas dalam penelitian dan pengembangan metode pengendalian fertilitas sebagai bagian program tindakan *safe motherhood* untuk mengurangi kejadian aborsi yang tidak aman dan meningkatkan manajemen komplikasi aborsi. Tindakan efektif sektor-sektor ini memerlukan pemahaman bagaimana

perempuan membuat keputusan reproduktif (termasuk apakah mereka akan mengakhiri kehamilan tertentu atau tidak) dan bagaimana keputusan-keputusan seperti itu dipengaruhi oleh nilai budaya yang berhubungan dengan fertilitas, kondisi yang mempengaruhi akses kontrasepsi dan pembangunan ekonomi berpengaruh terhadap status, peran dan kesempatan perempuan. Sehingga ada dua cara yang jelas dapat mengurangi dan akhirnya menghilangkan kesakitan dan kematian akibat aborsi yang tidak aman yaitu menjamin akses perempuan terhadap pelayanan aborsi yang tepat waktu, aman dan efektif sesuai dengan indikasi dilakukannya aborsi dan mengaitkan pelayanan kontrasepsi yang bermutu.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok.

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 pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

b. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera

dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi dikerjakanlah penjahitan luka perforasi atau histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas dan mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih dan usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada uterus dan apakah ada perlukaan pada alat-alat lain, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi keadaan.

c. Infeksi

Komplikasi umumnya adalah metritis, tetapi dapat juga terjadi parametritis, peritonitis, endokarditis dan septikemia. Infeksi yang terjadi umumnya karena adanya bakteri anaerob, kadang ditemukan koliform. Terapi infeksi antara lain adalah evakuasi segera produk konsepsi disertai antimikroba spektrum luas secara intravena. Apabila timbul sepsis dan syok maka perlu diberikan terapi suportif.

d. Syok

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

2.1.7 Diagnosis

Tindakan klinik yang dapat dilakukan untuk mengetahui terjadinya abortus antara lain :

- a. Terlambat haid atau amenorea kurang dari 20 minggu.
- b. Pemeriksaan fisik yang terdiri dari keadaan umum tampak lemah, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, dan suhu badan normal atau meningkat (jika keadaan umum buruk, lakukan resusitasi dan stabilisasi).
- c. Adanya perdarahan pervaginam yang dapat disertai keluarnya jaringan janin, mual dan nyeri pinggang akibat kontraksi uterus (rasa sakit atau kram perut diatas daerah sinopsis).
- d. Pemeriksaan ginekologi meliputi inspeksi vulva dengan melihat perdarahan pervaginam, ada atau tidak jaringan janin, dan tercium atau tidak bau busuk dari vulva inspekulo.
- e. Perdarahan dari kavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada atau tidak jaringan keluar dari ostium dan ada atau tidak cairan atau jaringan busuk dari ostium.
- f. Pada periksa dalam dengan melihat porsio masih terbuka atau tertutup teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang, tidak nyeri pada saat perabaan adneksa dan kavum douglas tidak menonjol dan tidak nyeri.

Pemeriksaan penunjang yang umumnya dilakukan antara lain :

- a. Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus.

- b. Pemeriksaan *Doppler* atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- c. Pemeriksaan kadar fibrinogen darah pada *missed abortion* (Masjoer dalam Maryunani, 2009).

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Abortus Imminens

1) Tirah baring

Istirahat baring (*bedrest*), bertujuan untuk menambah aliran darah ke uterus dan mengurangi perangsangan mekanis. Ibu (pasien) dianjurkan untuk istirahat baring. Apabila ibu dapat istirahat dirumah, maka tidak perlu dirawat. Ibu perlu dirawat apabila perdarahan sudah terjadi beberapa hari, perdarahan berulang atau tidak dapat beristirahat dirumah dengan baik misalnya tidak ada yang merawat atau ibu merasa sungkan bila rumah hanya beristirahat saja. Perlu dijelaskan kepada ibu dan keluarganya, bahwa beristirahat baring dirumah atau dirumah bersalin atau rumah sakit adalah sama saja pengaruhnya terhadap kehamilannya. Apabila akan terjadi abortus inkomplit, dirawat dimanapun tidak mencegahnya.

2) Periksa tanda-tanda vital (suhu, nadi dan pernafasan).

- 3) Kolaborasi dalam pemberian sedativa (untuk mengurangi rasa sakit dan rasa cemas), tokolisis dan progesterone, preparat hematik (seperti sulfat ferrous atau tablet besi).
 - 4) Hindarkan *intercourse*.
 - 5) Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.
 - 6) Bersihkan vulva minimal 2 kali sehari untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.
- b. Abortus Insiapiens
- 1) Apabila bidan menghadapi kasus abortus insipiens segera berkonsultasi dengan dokter ahli kandungan sehingga pasien mendapat penanganan yang tepat dan cepat.
 - 2) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, bahwa perforasi pada kerokan lebih besar, maka sebaiknya proses abortus dipercepat dengan pemberian infus oksitosin.
 - 3) Biasanya penatalaksanaan yang dilakukan pada kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai perdarahan adalah pengeluaran janin atau pengosongan uterus memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam.
 - 4) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.

c. Abortus Inkomplit

Dalam menghadapi kasus abortus incomplete, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien. Penatalaksanaan yang biasanya dilakukan pada kasus abortus inkomplete ini adalah :

- 1) Bila disertai syok karena perdarahan diberikan infuse cairan fisiologi NaCl atau Ringer Laktat dan tranfusi darah secepat 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.

d. Abortus Komplit

- 1) Untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang abortus komplit, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien.
- 2) Tidak memerlukan terapi khusus tetapi untuk membantu involusi uterus dapat diberikan *methergin tablet*.
- 3) Bila pasien anemia dapat diberikan *sulfat ferrous* (zat besi) atau transfuse darah.
- 4) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi vitamin dan mineral.

e. Missed Abortion

Memerlukan tindakan media khusus sehingga bidan perlu berkonsultasi dengan dokter untuk penanganannya.

- 1) Yang harus diperhatikan dalam hal ini adalah bahaya adanya hipofibrinogenemia, sehingga sulit untuk mengatasi perdarahan yang terjadi bila belum dikoreksi hipofibrinogenemianya (untuk itu kadar fibrinogen darah perlu diperiksa sebelum dilakukan tindakan).
- 2) Pada prinsipnya penanganannya adalah : pengosongan kavum uteri setelah keadaan memungkinkan.
- 3) Bila kadar fibrinogen normal, segera dilakukan pengeluaran jaringan konsepsi dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.
- 4) Bila kadar fibrinogen rendah dapat diberikan fibrinogen kering atau segar sesaat sebelum atau ketika mengeluarkan konsepsi.
- 5) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, dilakukan pembukaan serviks uteri dengan laminaria selama kurang lebih 12 jam ke dalam kavum uteri.
- 6) Pada kehamilan lebih dari 2 minggu maka pengeluaran janin dilakukan dengan pemberian infuse intravena oksitosin dosis tinggi.
- 7) Bila fundus uteri tingginya sampai 2 jari dibawah pusat, maka pengeluaran janin dapat dikerjakan dengan menyuntikkan larutan garam 20% dalam kavum uteri melalui dinding perut.

f. Abortus Infeksius

Abortus infeksius yang menyebabkan sepsis dapat menimbulkan bahaya kehamilan ibu maka penderita harus segera dirujuk ke rumah sakit. Tugas bidan adalah mengirimkan penderita ke rumah sakit yang dapat memberikan pertolongan khusus. Prinsip penatalaksanaannya adalah :

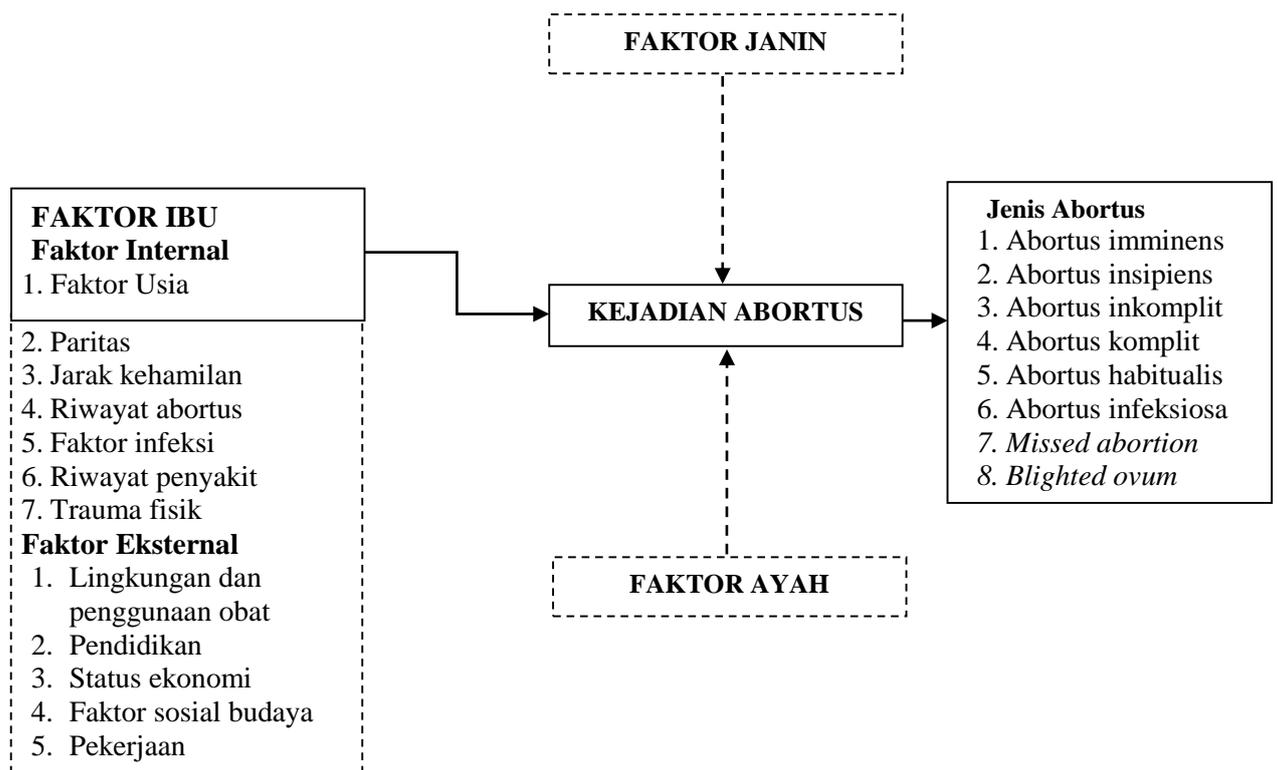
- 1) Pemberian terapi antibiotika (penisilin, *metrodazole*, *ampicillin*, *streptomycin*, dan lain-lain) untuk menanggulangi infeksi.
- 2) Bila perdarahan banyak dilakukan pemberian transfusi darah.
- 3) Dalam 24 jam sampai 48 jam setelah perlindungan antibiotika atau lebih cepat lagi bila terjadi perdarahan, sisa konsepsi harus dikeluarkan dari uterus.
- 4) Pemasangan CVP (*Central Venous Pressure*) untuk pengontrolan cairan.
- 5) Pemberian kortikosteroid dan heparin bila ada *Disseminated Intravascular Coagulation*.

g. Abortus Habitualis

- 1) Memperbaiki keadaan umum.
- 2) Perbaiki gizi dan istirahat yang cukup.
- 3) Terapi hormon progesterone dan vitamin.
- 4) Kolaborasi untuk mengetahui faktor penyebab (Maryunani, 2009).

2.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan dapat digunakan kerangka konsep sebagai berikut :



Keterangan :

 : Variabel yang diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Hubungan Usia dengan Jenis Abortus

2.3. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pernyataan penelitian (Notoadmodjo, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Ada hubungan antara usia dengan jenis abortus.