

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Dalam kehidupan di dunia, ada 3 peristiwa penting yang dialami manusia, yaitu waktu dilahirkan, waktu menikah, dan waktu meninggal dunia. Setelah kelahirannya di dunia, setelah seorang anak menginjak dewasa, dia akan menikah. Pada pasangan suami istri yang subur, pada tahun pertama pernikahannya, istrinya akan mengandung. Di mana kehamilannya akan berakhir saat melahirkan. Melahirkan merupakan peristiwa yang membahagiakan bagi ibu dan keluarga. Namun bagi lebih dari setengah juta ibu bersalin yang kebanyakan bermukim di negara berkembang, peristiwa melahirkan ini dapat merupakan awal penyebab kematian diri mereka, walaupun sebenarnya peristiwa hamil dan melahirkan merupakan proses alami yang fisiologik. Hal ini karena ketika seorang Ibu hamil, bila dalam kehamilannya terdapat faktor-faktor yang menyebabkan proses kehamilannya tidak normal maka dia akan sakit atau bahkan meninggal. Begitupun bila saat melahirkan terdapat faktor-faktor yang menyebabkan proses melahirkannya tidak normal maka dia akan sakit atau meninggal. Meninggalnya seorang ibu yang merupakan pusat kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga akan menyebabkan keluarga menjadi lemah, yang pada skala besar menjadikan negara lemah.

Angka kematian ibu yang merupakan akibat langsung dari proses reproduksi merupakan salah satu indikator status kesehatan di mana di negara-negara berkembang

termasuk Indonesia masih sangat tinggi. Di Indonesia angka kematian ibu pada tahun 1988 adalah 450 per 100.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 1992 menurun sedikit menjadi 425 per 100.000 kelahiran hidup. SDKI pada tahun 1994 masih menunjukkan angka sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan WHO memberikan angka 650 per 100.000 kelahiran hidup untuk angka kematian ibu pada tahun 1996 (Astuti S, 1997). Angka tersebut yang tertinggi di negara ASEAN (5 - 142 per 100.000 kelahiran hidup), yaitu 3 - 6 kali lebih tinggi dari angka kematian maternal di negara maju. Perbandingan angka kematian ibu antara Indonesia dengan negara ASEAN lainnya dapat dilihat pada tabel I.1. di bawah ini.

Tabel I.1. Angka Kematian Ibu di Indonesia dibanding negara ASEAN.

No	Negara	AKI per 100.000 kelahiran hidup
1	Indonesia	425
2	Filipina	140
3	Thailand	50
4	Malaysia	35
5	Singapura	14

Sumber : Rencana Pembangunan Lima Tahun Keenam, 1993

Pada penelitian yang dilakukan oleh I. Cheng Chi (1981) di 12 rumah sakit pendidikan di Indonesia dilaporkan bahwa angka kematian ibu selama tahun 1977-1980 adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil yang diperoleh tersebut tidak menggambarkan skala nasional, karena 70 % persalinan di Indonesia ditolong oleh dukun. Tidak ada seorangpun yang tahu pasti berapa banyak wanita yang meninggal sebagai akibat komplikasi dari kehamilan, aborsi dan persalinan. Kebanyakan dari wanita yang mati tersebut berasal dari keluarga yang miskin dan hidup di daerah terpencil (Dharma, 1987).

Untuk menekan kematian ibu, maka pemerintah memberikan prioritas pada upaya-upaya untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu bersalin. Ini berhubungan dengan tujuan dari obstetri yaitu membawa ibu dan anak dengan selamat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas, dengan kerusakan yang sekecil-kecilnya. Untuk itu pelayanan kesehatan bagi ibu-ibu khususnya ibu hamil perlu ditingkatkan. Terutama di tempat-tempat pelayanan kesehatan umum, seperti Posyandu, Puskesmas maupun rumah sakit. Sehingga diharapkan angka kematian ibu bisa menurun setiap tahunnya. Dengan minimnya angka kematian ibu akan mendatangkan kebahagiaan bagi keluarga. Keluarga yang bahagia dan sejahtera akan menciptakan masyarakat yang kuat, yang kemudian menjadikan negara menjadi kuat, baik, adil dan makmur, serta mendapat ampunan dari Allah SWT, sebagai *Baladun thoyyibatun warabbun ghofur*.

Menjadi kewajiban profesi di bidang ini untuk memperbaiki keadaan yang menjadi penyebab dasar kematian ibu, yang di Propinsi Jawa Tengah angka kematian ibu adalah sebesar 343 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995. Pada tahun 1993, di Kabupaten Pemalang angka kematian ibu sebesar 310 per 100.000 kelahiran hidup, dan berhasil turun menjadi 218 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1996 (Munir, 1996). Diharapkan makin menurun dengan perbaikan-perbaikan khususnya bagi mereka yang sangat membutuhkannya, yaitu mereka yang belum mengenyam kesamaan hak secara politis, ekonomis maupun sosial dan mereka yang belum mendapatkan kesamaan pelayanan pendidikan sosial dan jangkauan pelayanan kesehatan yang memadai. Untuk itulah penulis mengadakan penelitian ini di Puskesmas Moga I, Kecamatan Moga, Kabupaten Pemalang, Jawa Tengah yang wilayah kerjanya terdiri atas 10 Kelurahan

yaitu Plakaran, Mandiraja, Walangsanga, Sima, Wangkelang, Kebanggan, Pepedan, dan Gendoang.

Di desa-desa tersebut masih banyak masyarakat yang berpendidikan rendah sehingga kurang adanya pengertian dan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi. Di daerah ini hanya ada 1 Puskesmas yang terletak di pusat kecamatan dan 1 Puskesmas pembantu yang terletak di Desa Mandiraja. Letak desa yang tidak terdapat Puskesmas maupun Puskesmas pembantunya cukup berjauhan, namun di setiap desa telah terdapat bidan desa dengan peralatan yang belum komplet.

Dalam upaya akselerasi penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Pematang telah diadakan program Gerakan Sayang Ibu. Kebijaksanaannya diarahkan agar semua aparat di bawah tanggung jawab Kepala Daerah masing-masing untuk memberikan perhatian yang serius melalui kegiatan-kegiatan maupun program-programnya dengan senantiasa berpola pikir KHPPIA (Kelangsungan hidup, perkembangan dan perlindungan ibu dan anak), berupa :

1. Peningkatan status dan peranan wanita.
2. Pemberdayaan ibu hamil, keluarga dan masyarakat.
3. Peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan KB bagi PUS.
4. Pengembangan pendapatan keluarga dan pengembangan upaya rujukan kesehatan oleh masyarakat.
5. Pemberian pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin dan menyusui.
6. Pemberian pelayanan pusat darurat obstetri yang berkualitas.

I.2. Rumusan Masalah

Setiap kehamilan dan persalinan tentu ada risikonya. Kira-kira 20-30 % dari kehamilan dan persalinan memiliki risiko yang meningkat, di mana risiko ini dapat mempengaruhi kesehatan dan jiwa ibu. Kematian seorang ibu ini umumnya terjadi pada kelompok ibu berisiko tinggi. Baik yang timbul pada masa kehamilan maupun terutama yang terjadi mendadak pada masa persalinan dan nifas.

Di negara-negara yang sudah maju, bahaya-bahaya bagi ibu makin lama makin teratasi. Namun di negara-negara yang sedang berkembang masalah keselamatan ibu masih menjadi permasalahan penting.

Pada tahun-tahun terdahulu umumnya kematian ibu yang tinggi disebabkan :

1. Masih kurangnya pengetahuan mengenai sebab-musabab dan penanggulangan komplikasi-komplikasi penting dalam kehamilan, persalinan, serta nifas.
2. Kurangnya pengertian dan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi.
3. Kurang meratanya pelayanan kebidanan yang baik bagi semua yang hamil.

Sampai sekarangpun sebab-sebab tersebut masih berlaku terutama di daerah pedesaan. Pelayanan kebidanan yang adekuat hanya dinikmati oleh mereka yang tinggal di kota-kota dan cukup mampu. Sedang untuk sebagian besar masyarakat yang tinggal di pedesaan, pelayanan yang adekuat tidak sampai pada mereka. Untuk mengatasinya dibentuklah Puskesmas yang berpusat di Ibu kota Kecamatan sebagai tempat pelayanan kesehatan dalam bidang preventif dan kuratif. Namun masih terbatas dalam hal tenaga ahli dan peralatannya. Kemudian diperlukan pemahaman yang mendalam bagi tenaga medis tentang faktor-faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu hamil dan

I.4. Tinjauan Pustaka

I.4.1. Kehamilan dan Persalinan

Kehamilan terjadi bila ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoon). Setelah persenyawaan antara ovum dan spermatozoon, yang biasanya terjadi dalam ampulla tubae, maka sel telur yang telah dibuahi tersebut disebut zygote. Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zygote dan seterusnya sampai 40 hari terbentuklah embrio. Hanya dalam waktu 6 minggu embrio telah mempunyai tubuh yang sudah terbentuk dengan baik. Ia begitu penuh daya, bahkan sudah dapat bergerak dengan lengannya. Juga, mempunyai sebuah jantung yang sudah berdenyut selama 2 minggu. Ia mempunyai sebuah otak dan sistim saraf, yang menyiarkan rangsangan-rangsangan. Mempunyai garis-garis sebuah kerangka tulang yang lengkap, walaupun masih lembut. Demikian juga segala alat tubuh yang vital. (A. Heuken. Dkk, 1994).

Menurut Prawirohardjo (1997) lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari atau 40 minggu, dan tidak lebih dari 300 hari atau 43 minggu. Kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur. Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur.

Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, masing-masing :

1. Kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu).
2. Kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu).

3. Kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu).

Pada waktu hamil terdapat beberapa tanda atau gejala antara lain :

1. Amenorea (tidak dapat haid).
2. Nausea (enek) dan emesis (muntah).
3. Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu).
4. Mamma menjadi tegang dan besar.
5. Anoreksia (tidak ada nafsu makan).

Diagnosa pasti bahwa seorang wanita dikatakan hamil adalah bila :

1. Dapat diraba dan dikenal bagian-bagian janin.
2. Dapat didengar dan dicatat bunyi jantung janin.
3. Dapat dirasakan gerakan janin dan balotemen.
4. Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin.
5. Dengan USG dapat diketahui ukuran kantong janin, panjang janin
6. Fetoskopi.

Kehamilan akan berakhir saat permulaan persalinan. Kemudian masuklah pada proses persalinan (partus) yaitu proses pengeluaran bayi dan uri dari badan ibu. Proses ini biasanya ditolong oleh dokter atau bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Dalam program kesejahteraan ibu dan anak, pelaksana pertolongan persalinan terdiri dari :

1. Tenaga profesional ialah para spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat kesehatan.
2. Dukun bayi terlatih ialah para dukun bayi yang telah mendapatkan latihan oleh

3. Dukun bayi tidak terlatih ialah para dukun bayi yang belum pernah mendapatkan latihan oleh petugas kesehatan atau mereka yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

Penolong persalinan mengupayakan agar kehamilan dan persalinan yang merupakan fisiologik itu tidak berkembang menjadi patologik, dengan cara-cara yang dapat diterima oleh penderita dan keluarganya (Suprapti S, 1997).

Menurut W. Hanifa (1997) sebab-sebab terjadinya partus sampai kini merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang menyebabkan partus mulai perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon esterogen dan progesteron.

Selanjutnya dengan berbagai tindakan, persalinan dapat dimulai dengan mengadakan induksi, misalnya dengan cara :

1. Merangsang Pleksus Frankenhauser dengan memasukan beberapa gagang *Laminaria* dalam Kanalis Servikalis.
2. Pemecahan Ketuban.
3. Penyuntikan oksitosin, prostaglandin, dan sebagainya.

Pada persalinan yang normal, partus dibagi menjadi 4 kala yaitu :

1. Kala I Serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm.

Kala I ini disebut kala pembukaan

2. Kala II disebut juga kala pengeluaran, karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengejan janin didorong keluar sampai lahir.
3. Kala III atau kala uri, yaitu plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan.
4. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam.

Dalam proses persalinan ada 3 faktor penting yang memegang peranan, yaitu :

1. Kekuatan-kekuatan pada ibu seperti kekuatan his dan mengejan.
2. Keadaan jalan lahir.
3. Janinnya sendiri.

Yang menurut ahli biologi, Dr. Samuel Reynolds menggunakan istilah 3P : *Passage, Passenger and Power* (jalan lewat, penumpang dan kekuatan).

I.4.2 Kematian Maternal

Berdasarkan kesepakatan internasional, tingkat kematian maternal didefinisikan sebagai jumlah kematian maternal selama 1 tahun dalam 100.000 kelahiran hidup. Data-data tentang kematian maternal di Indonesia masih langka, yang ada umumnya laporan dari rumah sakit, khususnya rumah sakit pendidikan. Di negara-negara miskin dan berkembang, kematian maternal merupakan masalah besar. Di negara-negara sedang berkembang berkisar antara 750 - 1000 per 100.000 kelahiran hidup. Tingkat kematian maternal di Indonesia diperkirakan sekitar 450 per 100.000 kelahiran hidup (Saifuddin, 1997).

Menurut *American Medical Association* kematian maternal ialah setiap kematian yang terjadi pada wanita oleh sebab apapun dalam kehamilan, sampai 90 hari setelah

berakhirnya kehamilan tanpa memandang umur kehamilan, saat terminasi dilakukan ataupun cara terminasi yang dipakai (Wowor, 1986).

Sedangkan menurut *Guide for Maternal Death Studies*, kematian maternal ialah kematian wanita pada setiap saat sejak hari konsepsi sampai 90 hari sesudah terminasi kehamilan (Hardy, 1974).

Menurut WHO kematian maternal adalah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Prawirohardjo, 1992).

Kematian maternal menurut Saifuddin (1992) adalah kematian wanita sewaktu hamil, melahirkan atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan atau oleh karena penyebab tambahan lainnya.

Sebagai faktor penyebab kematian maternal yang tinggi ini sangat erat hubungannya dengan keadaan ibu sewaktu hamil. Ibu-ibu hamil dengan risiko tinggi, disertai dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, kurang gizi, anemia dan infeksi, semuanya merupakan faktor penyebab morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Keadaan ini diperberat oleh keadaan sosial ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, fertilitas yang tinggi dan rendahnya pelayanan kesehatan dalam jangkauan maupun mutu pelayanan terutama terhadap ibu hamil (Simanjuntak, 1992).

Menurut Soenarno (1996) berdasarkan penyebabnya kematian maternal dapat

1. Obstetrik langsung, yaitu kematian akibat langsung dari kehamilan, persalinan atau akibat komplikasi pertolongan yang diberikan kepada wanita atau kelanjutan komplikasi tindakan pertolongan sampai 42 hari pasca persalinan, misalnya : perdarahan, preeklampsia, eklampsia, infeksi, gangguan vaskuler, emboli air ketuban, tromboemboli, anestesi.
2. Obstetrik tak langsung, yaitu kematian wanita akibat suatu penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan, persalinan dan nifas atau akibat penyakit yang timbul selama kehamilan itu, misalnya : visum kordis, diabetes militus, penyakit ginjal, pembuluh darah, tuberkulosis paru, hepatitis, lues, penyakit jiwa.
3. Non obstetrik, yaitu kematian maternal yang tidak ada hubungannya dengan kehamilan, persalinan atau nifas yang terjadi selama kehamilan sampai 90 hari pasca persalinan, misalnya kecelakaan, kebakaran, tenggelam, bunuh diri (Hasibuan, 1989).
4. Tidak jelas (*undetermined death*) yaitu kematian ibu hamil, bersalin dan nifas yang penyebabnya tidak jelas untuk ditentukan.

Dari hasil suatu penelitian di 12 rumah sakit mengenai sebab-sebab kematian ibu bersalin diketahui bahwa :

1. Dari 94,4 % kematian merupakan akibat langsung kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan dan hanya 5,6 % yang disebabkan karena penyakit lain yang semakin memburuk dengan terdapatnya kehamilan atau persalinan

2. Penyebab utama kematian ibu (80 %) adalah perdarahan, infeksi dan toxaemia. Hampir 75 % ibu hamil menderita anaemia yang menambah risiko terjadinya kematian ibu.

Menurut Prawirohardjo (1992) dan Badiarso (1992) penyebab kematian meternal merupakan suatu hal yang cukup kompleks, yang dapat digolongkan pada beberapa faktor :

1. Faktor reproduksi, meliputi :

- a. Usia. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20, sampai 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 - 5 kali lebih tinggi daripada kematian yang terjadi pada usia 20 - 29 tahun. Kematian maternal kembali meningkat sesudah usia 30,- 35 tahun.
- b. Paritas. Paritas 2 - 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Sedangkan paritas 1 atau paritas lebih dari 3 mempunyai risiko lebih besar. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi angka 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.
- c. Jarak kehamilan. Jarak kehamilan paling aman untuk mempunyai anak lagi adalah 2 tahun atau lebih. Bila jaraknya kurang dari 2 tahun maka akan meningkatkan risiko kematian maternal.

- d. Perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum yang disebabkan oleh atonia uteri atau sisa placenta sering berlangsung sangat banyak dan cepat. Renjatan karena perdarahan segera akan disusul dengan kematian maternal, jika tidak diatasi secara cepat dan tepat oleh tenaga yang terampil dan fasilitas yang memadai.
- e. Infeksi nifas. Infeksi nifas dapat terjadi pada pertolongan persalinan yang tidak mengindahkan syarat-syarat aseptik, partus lama, ketuban pecah dini, dan sebagainya.
- f. Gestosis. Penyebab gestosis sampai saat ini belum diketahui benar. Namun, tanda-tanda dini gestosis perlu dikenal oleh bidan atau dukun terlatih. Primipara dan gravida pada usia di atas 35 tahun merupakan kelompok risiko tinggi untuk gestosis. Kematian maternal akan meningkat tinggi jika sudah menjadi eklampsia.
- g. Distosia. Panggul kecil dapat menyebabkan timbulnya distosia. Persalinan pada usia sangat muda sering juga menyebabkan distosia. Selain itu distosia dapat pula terjadi pada kelainan presentasi janin. Juga distosia karena kelainan tenaga atau kelainan his. His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya. Jika distosia tidak dapat diatasi secara dini, dapat timbul partus lama, bahkan ruptura uteri. Pada keadaan demikian, kematian maternal akan meningkat sangat

3. Faktor pelayanan kesehatan, meliputi :

- a. Kurangnya kemudahan untuk pelayanan kesehatan maternal.
- b. Asuhan medik yang kurang baik.
- c. Kurangnya tenaga terlatih dan obat-obat penyelamat jiwa.

4. Faktor sosial-budaya

Kemiskinan, ketidaktahuan, kebodohan dan rendahnya status wanita merupakan faktor penting pada tingginya angka kematian maternal. Kebanyakan mereka berpendidikan di bawah SMP, mempunyai kemampuan membayar biaya persalinan yang rendah, memeriksakan kehamilannya sangat terlambat yaitu pada trimester ketiga atau menjelang persalinan dan lebih senang melahirkan di rumah.

Masalah kesehatan dan kesejahteraan ibu seringkali belum mendapat prioritas utama. Hal ini berkaitan dengan belum seajarnya kemitraan pria dan wanita. WHO mencatat adanya beberapa kecenderungan di negara sedang berkembang anatar lain :

1. Wanita kurang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan dibanding laki-laki, karena mereka mempunyai tugas ganda baik sebagai ibu rumah tangga, merawat anak dan sekaligus mencari tambahan nafkah untuk keluarga.
2. Wanita cenderung mendapatkan pekerjaan pada sektor informal, usaha kecil yang seringkali tanpa adanya jaminan pemeliharaan kesehatan.
3. Masih tingginya kehamilan pada remaja berumur kurang dari 20 tahun (30 - 60 %) disertai masih banyaknya praktik abortif tak aman menyebabkan tingginya kematian

4. Masih adanya kultur yang membedakan jenis kelamin dalam pemberian makanan, sehingga wanita cenderung lebih sedikit makan atau terakhir makan.
5. Wanita akan mengalami penderitaan lebih berat dengan meningkatnya penyakit kelamin, di mana secara kultural mengalami hambatan dalam memperoleh pengobatan.
6. Wanita mempunyai tingkat pendidikan dan pengetahuan lebih rendah dari pada laki-laki baik karena masalah ekonomi maupun kultural sehingga mempunyai akses yang sedikit terhadap bidang kesehatan (Munir, 1997).

Mirip dengan yang dikemukakan oleh Prawirohardjo dan Badiarso (1992) diatas, Soeparno (1976) mengemukakan bahwa faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kematian maternal adalah :

1. Faktor Penderita.
 - a. Umur : kematian maternal meningkat pada umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun.
 - b. Paritas : kematian maternal meningkat pada kehamilan pertama dan keempat atau lebih.
 - c. Perawatan masa hamil : kematian maternal meningkat pada wanita yang tidak teratur melakukan perawatan masa hamil.
 - d. Pendidikan dan sosial ekonomi : kematian maternal meningkat pada wanita dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang rendah.
 - e. Tempat tinggal : kematian maternal meningkat pada wanita pedesaan dibanding dengan wanita perkotaan. Ini berhubungan dengan fasilitas yang ada

2. Faktor penolong.

Kematian maternal tergantung siapa penolongnya. Dapat dilihat pada tabel I.2.

Tabel I.2. Kematian maternal akibat pertolongan dukun sebelumnya dari tahun 1993-1997

Penolong	Jumlah	Persentase
Bukan dukun	65	45,7
Dengan dukun	77	53,3

Sumber : Adiyana dan Noerpiamana, 1979

3. Fasilitas.

Di luar rumah sakit : penyediaan darah, transportasi, obat atau perawatan biasanya kurang adekuat dan optimal.

Di dalam rumah sakit : penyediaan darah, obat, perawatan, laboratorium, komunikasi dan konsultasi biasanya lebih baik.

Kematian maternal yang dikemukakan oleh Wowor (1986) adalah karena adanya faktor-faktor yang mempengaruhi, yaitu :

1. Umur dan paritas.

Umur di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun, serta paritas ke 4 keatas.

2. Pemeriksaan kehamilan atau *ante natal care*.

Jika ibu hamil tidak melakukan *ante natal care* maka hal ini dapat meningkatkan angka kematian maternal. Hal ini bisa dilihat pada tabel I.3.

Tabel I.3. Perbandingan kematian maternal dengan *ante natal care* dan tanpa *ante natal care*, 1973-1977

Pemeriksaan	Jumlah	Persentase
Dengan <i>antenatalcare</i>	32	22
Tanpa <i>antenatalcare</i>	110	77

3. Faktor sosial ekonomi.

Sebagai bukti adanya negara yang maju dan makmur angka kematian maternalnya rendah.

4. Pendidikan.

Ini berkaitan dengan faktor sosial ekonomi.

5. Keadaan kesehatan dan higiene.

Kenyataan bahwa tuberkolosa dan malaria masih meminta korban ibu dalam proses reproduksi.

6. Transportasi.

Jika transportasi sulit, pengangkutan pasien akan terhambat dan meningkatkan risiko kematian.

7. Keadaan rumah sakit, personil dan peralatan.

Masih banyak rumah sakit yang personil dan peralatannya kurang bagus, sehingga dalam penyelenggaraannya kurang baik.

8. Keluarga Berencana.

Komplikasi-komplikasi yang terjadi akibat dari pemakaian alat kontrasepsi dapat meningkatkan angka kematian maternal.

Kalau dituangkan dalam kerangka analisis, menurut Mc. Carthy dan Maine (1992), maka faktor penyebab kematian maternal adalah :

1. Faktor jauh (*distant determinant*).

Yang meliputi status wanita dalam keluarga dan lingkungannya, status wanita dalam keluarga dan lingkungannya meliputi : pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan

kemandirian sosial. Status keluarga dalam lingkungannya meliputi : penghasilan, pendidikan, pekerjaan. Status lingkungan meliputi : kekayaan sumber daya lingkungan yaitu adanya klinik, dokter, ambulan, dan lainnya.

2. Faktor menengah.

Yaitu : status kesehatan, meliputi : nutrisi, anemia, berat badan, tinggi badan, penyakit infeksi, riwayat obstetri jelek. Status reproduksi yang meliputi : umur ibu, paritas, perkawinan. Fasilitas kesehatan meliputi : lokasi atau jarak, jadwal buka klinik, kualitas pelayanan. Perilaku kesehatan atau penggunaan fasilitas kesehatan meliputi : keluarga berencana, perawatan ante natal, perawatan modern atau kebiasaan tradisional yang berbahaya, abortus provokatus, dan yang terakhir dari faktor menengah ini adalah faktor yang tidak diketahui.

3. Hasil (*out come*).

Hasilnya adalah komplikasi kehamilan, persalinan, yang antara lain adalah : perdarahan, infeksi, preeklampsia atau eklampsia, persalinan macet, ruptura uteri, yang selanjutnya terjadi cacat atau kematian.

Sedangkan menurut Astuti (1997). Dari berbagai hal penyebab kematian ibu yang terpenting adalah 3 terlambat, yaitu :

1. Terlambat mengenali bahwa persalinan sedang dalam periode kritis, dan terlambat menentukan (*decision making*) perlunya ibu bersalin itu dirujuk ke fasilitas kesehatan modern.

2. Terlambat dalam transportasi dari rumah ke rumah sakit.

3. Terlambat ditolong di rumah sakit karena dokternya tidak ada di tempat atau fasilitas rumah sakit kurang memadai untuk pertolongan persalinan yang sulit.

I.4.3 Kehamilan dan Persalinan dengan risiko

Suatu kehamilan didefinisikan sebagai kehamilan berisiko tinggi apabila ada suatu kecenderungan bahwa kehamilan yang akan berakhir dengan hasil yang buruk terhadap ibu maupun bayinya sendiri (Golding, 1990).

Menurut Sastrawinata (1984), kira-kira 20 - 30 % dari kehamilan dan persalinan mengandung risiko yang meningkat. Bahaya dapat timbul dalam kehamilan, persalinan ataupun dalam nifas. Kematian yang terjadi bukanlah kejadian akut yang berdiri sendiri, tetapi sesungguhnya merupakan hasil suatu proses kronis yang telah berlangsung sejak wanita itu dilahirkan (Monindja, 1993). Dalam masa kehamilan ada 4 golongan yang berisiko :

1. Penyakit yang menyertai kehamilan, misalnya :
 - a. penyakit vaskulo – renal.
 - b. inkomptabilitas darah.
 - c. endrokrinopati, kardiopati, haemotopati, infeksi.
2. Penyakit kehamilan, yaitu :
 - a. partus praematurus.
 - b. perdarahan kehamilan.
 - c. ketidaksesuaian antara besarnya rahim dan tua-tua kehamilan

- e. kelainan uterus (bekas SC dan lain-lain).
3. Riwayat obstetri yang buruk.
 - a. kematian anak pada persalinan yang lalu atau anak dengan kelainan kongenetal.
 - b. satu atau beberapa partus praematurus.
 - c. infertilitas tidak sengaja lebih dari 5 tahun.
 4. Keadaan ibu secara umum.
 - a. umur ibu.
 - b. paritas.
 - c. erat badan ibu.
 - d. tinggi badan ibu.
 - e. ibu yang tidak kawin.
 - f. keadaan sosial ekonomi yang rendah.

Sedangkan persalinan dengan risiko tinggi terdiri atas :

1. Kehamilan dengan risiko yang masuk dalam persalinan.
2. Persalinan yang sejak kehamilan sudah dapat diramalkan akan mengandung risiko, seperti kelainan letak, panggul sempit, dan lain-lain.
3. Risiko yang baru timbul selama persalinan misalnya partus praematurus, inersia uteri dan partus lama, infeksi intra uterin, gawat janin, prolapsus foeniculi.

Persalinan yang berisiko tinggi merupakan bagian dari kasus gawat darurat.

Menurut Hadisaputro (1997) manifestasi kasus gawat darurat dapat berbeda-beda dan dalam rentang yang cukup luas, yaitu :

1. Kasus perdarahan, dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak merembes, profus dan berakhir dengan syok.
2. Kasus infeksi dan sepsis, dapat bermanifestasi mulai pengeluaran cairan vagina yang berbau, air ketuban hijau, demam dan berakhir dengan syok.
3. Kasus preeklampsia;- eklampsia, dapat bermanifestasi mulai dari keluhan sakit atau pusing kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang sampai koma atau pingsan serta syok.

Di samping ketiga hal tersebut di atas terdapat kasus yang khusus terjadi dalam persalinan yaitu partus macet, dimana hal ini mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal. Tetapi kasus persalinan macet dapat merupakan manifestasi ruptura uteri yaang diikuti perdarahan dan syok. Sebagai komplikasi dari partus macet dapat terjadi infeksi yang diikuti sepsis dan berakhir dengan syok.

Secara umum kasus-kasus yang termasuk dalam gawat darurat obstetri menurut Hadisaputro (1997) adalah :

1. Syok obstetri, yang disebabkan oleh :
 - a. perdarahan (syok hipovolemik).
 - b. sepsis (syok septik).
 - c. gagal jantung (syok kardiogenik).
 - d. rasa nyeri (syok neurogenik).
 - e. alergi (syok anafilaktik misal oleh karena tidak tahan obat)

2. perdarahan dalam obstetri, yaitu pada waktu :

A. Kehamilan :

- a. < 20 minggu : abortus, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa.
- b. > 20 minggu : plasenta previa, solusio plasenta.

B. Persalinan :

- a. Kala I : plasenta previa, solusio plasenta, ruptura uteri, dll.
- b. Kala II : ruptura uteri, dll.
- c. Kala III : perlukaan jalan lahir, ruptura uteri, plasenta inkarserata.
- d. Kala IV : atonia uteri, perlukaan jalan lahir, sisa plasenta, ruptura uteri.

C. Masa nifas :

- a. < 24 jam : perlukaan jalan lahir, sisa plasenta atonia uteri, dll.
- b. > 24 jam : sisa plasenta, infeksi, dll.

Menurut Rochjati (1986) definisi kehamilan berisiko meliputi :

1. Kehamilan risiko rendah yaitu kehamilan yang fisiologis, kemungkinan besar diikuti dengan persalinan normal, ibu dan bayi sehat.
2. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan adanya satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu maupun dari janinnya yang dapat memberi dampak yang kurang menguntungkan bagi ibu maupun janinnya. Dampak ini bisa berupa kesakitan pada ibu maupun bayinya bahkan sampai meninggal. Kehamilan risiko tinggi bila masuk ke dalam persalinan mengakibatkan persalinan akan mengalami hambatan atau mengalami persalinan risiko tinggi.

3. Faktor risiko adalah faktor-faktor yang melalui penelitian telah terbukti memiliki kaitan dengan adanya hasil kehamilan yang kurang menguntungkan bagi ibu dan atau janinnya.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia membagi faktor risiko tersebut menjadi 3 yaitu :

1. Faktor risiko rendah atau keadaan normal.
2. Faktor risiko sedang, ialah faktor-faktor yang tidak langsung menimbulkan kematian, namun perlu pengawasan serta perawatan profesional.
3. Faktor risiko tinggi, ialah faktor-faktor yang merupakan penyebab erat dengan kematian ibu atau bayi dan harus dirujuk ke rumah sakit yang mampu menangani.

Faktor-faktor risiko yang dapat diketahui sedini mungkin dan penanganan yang lebih baik atas kasus yang ada secara intensif selama kehamilan atau persalinan dan nifasnya dapat mengurangi pengaruh yang buruk terhadap ibu, janin atau bayinya.

L4.4 Pendekatan risiko dalam pelayanan obstetri

Sebagian kehamilan akan berlangsung aman, dengan risiko rendah. Namun sebagian lainnya sejak semula sudah dapat diperkirakan akan terjadi kesulitan bagi ibu maupun bayinya selama kehamilan, persalinan, maupun pada janinnya yang dikenal sebagai kehamilan berisiko tinggi.

Kehamilan dan persalinan dengan risiko tinggi sebaiknya dirawat dan berlangsung di unit pelayanan kesehatan dengan pengawasan tenaga dokter, dokter ahli obstetri dan ginekologi. Disediakan pula kamar pada saat ini masih terdapat ketimpangan

antara ratio beban obstetri dengan tenaga obstetri sehingga tidak mungkin semua perawatan kehamilan dan persalinan dilayani oleh tenaga yang ada. Perlu disusun suatu strategi yang memberi jalan keluar dari masalah ini.

Salah satu upaya adalah melalui pendekatan risiko (*risk approach*) yang diharapkan mempunyai daya ungkit besar dalam menurunkan kesakitan dan kematian maternal, kematian perinatal dan kesakitan bayi (Soedigdomarto, 1987).

Pendekatan risiko adalah suatu strategi untuk menegakkan prioritas dengan mengukur kebutuhan, yaitu dengan mengukur masalah-masalah kesehatan yang merupakan risiko terbesar untuk kesehatan individu atau komunitas (Backett dkk, 1984).

Menurut Guodotti (1987) pendekatan risiko adalah suatu metode untuk petugas kesehatan dalam mengarahkan sumber daya kesehatan dengan cara yang efisien, efektif, dan rasional. Pendekatan risiko juga merupakan alat untuk menentukan, menilai dan mengatur sumber daya - sumber daya yang ada untuk mendukung kesehatan ibu hamil sesuai dengan faktor risiko yang ada. Slogan yang dipakai dalam pendekatan risiko (WHO, 1978) adalah : *Something for all but more for those in need in proportion to that need* atau sesuatu untuk semuanya tetapi lebih untuk yang membutuhkan seimbang dengan kebutuhannya.

Macam kriteria kasus kehamilan risiko tinggi pada penelitian ini mengacu pada penelitian yang pernah dilakukan di RS DR Soetomo, Surabaya pada tahun 1975 yang

1. Primi muda (*Adolescent Fertility*).

Kehamilan pertama umur ibu 16 tahun atau kurang. Risiko morbiditas dan mortalitas lebih besar pada ibu remaja dan bayinya jika dibandingkan dengan ibu berusia 20 tahun atau lebih. Komplikasi obstetrik kehamilan remaja antara lain : perdarahan trimester I dan trimester III, anemia berat, komplikasi persalinan, preeklampsia dan eklampsia.

2. Primi tua.

Kehamilan pertama umur 35 tahun atau lebih dan atau kehamilan pertama setelah kawin lebih dari 4 tahun. Ibu berusia 35 tahun atau lebih mempunyai risiko 2 kali atau 3 kali untuk mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti : perdarahan, gestosis, distosia dan partus lama.

3. Grandemultipara.

Ibu telah mengalami persalinan sebanyak 5 kali atau lebih. Komplikasi yang mungkin timbul pada ibu dengan paritas tinggi antara lain : distosia, perdarahan ante partum dan post partum, ruptura uteri, hipertensi, anemia, kelainan letak anak, prolapsus uteri, diabetes dan lain-lain.

4. Tinggi badan kurang dari atau sama dengan 145 cm.

Pada wanita yang mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm akan mempengaruhi keadaan panggulnya yaitu menyebabkan rongganya menjadi sempit sehingga janin akan sulit dilahirkan karena adanya disproporsi sefalopelvik.

5. Riwayat obstetri yang jelek.

Kehamilan yang lebih mengalami abortus imatur, lahir mati, atau mati neonatal

6. Bekas seksio sesarea.

Seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histeritomi). Secara umum indikasi seksio sesarea dilaksanakan dalam keadaan dimana penundaan kelahiran pervaginam tak mungkin dilakukan dengan aman.

7. Preeklampsi dan eklampsi.

Kehamilan dapat menyebabkan hipertensi pada wanita yang sebelumnya mempunyai tensi normal atau dapat memperberat hipertensinya pada mereka yang sebelumnya sudah menderita hipertensi. Hipertensi dalam kehamilan merupakan komplikasi kehamilan dan sebagai salah satu dari komplikasi yang tetap merupakan penyebab kematian ibu. Preeklampsi yaitu kehamilan trimester III dengan disertai paling sedikit 2 atau 3 gejala : tekanan darah lebih atau sama dengan 140/90 mmHg, atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih dan kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg atau lebih, udem, atau albuminuria. Eklampsi adalah timbulnya kejang pada penderita preeklampsi yang disebabkan bukan oleh kelainan neurologik yang kebetulan diderita oleh ibu hamil.

8. Kehamilan terlalu sering.

Usia anak terakhir kurang dari 2 tahun. Seorang wanita memerlukan 2 - 3 tahun antara kelahiran agar pulih secara fisiologik dari suatu kehamilan atau persalinan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan berikutnya. Makin kecil jarak antara dua kelahiran makin besar pula risiko kematian untuk ibu dan anak terutama jika jarak

tersebut kurang dari 2 tahun. Dapat terjadi komplikasi antara lain : anemia berat, partus preterm, dan kematian perinatal yang meningkat.

9. Perdarahan ante partum : perdarahan pada kehamilan trimester terakhir.
10. Kelainan letak : letak lintang atau sungsang pada primi gravida umur kehamilan 30 minggu atau lebih atau pada multi gravida kehamilan 32 minggu atau lebih.
11. Hamil serotinus atau kehamilan post-term.

Umur kehamilan telah mencapai 42 minggu atau lebih. Pengaruh pada janin adalah bertambah besar in utero dan dengan demikian akan didapat bayi yang besar pada waktu lahir. Pertumbuhan yang terus berlangsung dapat menyebabkan disproporsi fetopelvik yang menyulitkan dan sebagai akibat dapat mengalami kesukaran persalinan. Pada keadaan eksterm yang lain keadaan intra uteri dapat demikian membahayakan janin sehingga pertumbuhan in utero terhenti. Pada waktu lahir tampak benar-benar kehilangan berat badan yang berat, terutama akibat hilangnya lemak subkutan dan jaringan otot.

12. Kelainan medik : penyakit lain di luar kehamilan yang diperkirakan dapat mempengaruhi kehamilan atau persalinannya seperti diabetes militus, penyakit jantung, penyakit paru-paru.

Kriteria-kriteria tersebut di atas yang digunakan penulis dalam meneliti kasus kehamilan risiko tinggi yang terjadi di Puskesmas Moga I, Kecamatan Moga, Kabupaten Pemalang, Jawa Tengah.

Kehamilan risiko tinggi di atas juga merupakan penyebab risiko tinggi pada saat persalinan bila kasusnya masuk dalam persalinan. Pada penelitian ini yang diambil oleh

1. atonia uteri.
2. perlukaan jalan lahir.
3. terlepasnya sebagian plasenta dari uterus.
4. tertinggalnya sebagian dari plasenta, misalnya kotiledon atau plasenta suksentuiata. (Martohoesodo, 1991).

Kadang-kadang perdarahan post partum disebabkan oleh kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia (solusio plasenta, retensi janin mati dalam uterus, emboli air ketuban). Namun yang paling penting dari perdarahan post partum ialah atonia uteri yang dapat terjadi akibat dari :

1. Partus lama.
2. Pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil, seperti : pada hamil kembar, hidramnion atau janin besar.
3. Multiparitas.
4. Anestesi yang dalam.
5. Anestesi lumbal.
6. Kesalahan dalam penanganan Kala III persalinan, dengan memijit uterus dan mendorongnya ke bawah dalam usaha melahirkan plasenta, sedang sebenarnya belum terlepas dari uterus.

Seorang wanita hamil yang sehat dapat kehilangan darah sebanyak 10 % dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinik. Gejala ini baru muncul pada kehilangan darah lebih dari 20 %. Jika perdarahan terus berlangsung dapat timbul

2. Infeksi.

Infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas, di negara berkembang, dengan pelayanan kebidanan yang masih jauh dari sempurna, peranan infeksi masih besar (Soepardiman, 1991).

Infeksi ini ditandai dengan demam nifas atau morbiditas puerperalis meliputi demam dalam masa nifas oleh sebab apapun. Menurut *Joint Committee on Maternal Welfare*, definisi morbiditas puerperalis ialah kenaikan suhu sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum, dengan mengecualikan hari pertama. Suhu diukur dari mulut sedikitnya 4 kali sehari.

Infeksi nifas dapat disebabkan oleh :

1. *Streptococcus haemolyticus aerobicus.*
2. *Staphylococcus aureus.*
3. *Escherichia coli.*
4. *Clostridium welchii.*

Cara terjadinya infeksi ini adalah sebagai berikut :

1. Tangan pemeriksa atau penolong yang tertutup sarung tangan membawa bakteri.
2. *Droplet infection* sarung tangan atau alat-alat terkontaminasi bakteri yang berasal dari dokter atau pembantu-pembantunya.
3. Dalam rumah sakit banyak kuman-kuman patogen.
4. Koitus pada akhir kehamilan bisa mengakibatkan pecahnya ketuban