

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH.

Secara umum tujuan *antenatal care* adalah agar seorang ibu hamil dapat melalui proses kehamilan, persalinan dan nifas dengan aman, tanpa risiko penyulit apapun, baik jasmani ataupun rohani dan agar bayi yang dilahirkan sehat dan terbebas dari segala macam penyakit dan cacat. Umumnya indikator yang dipakai untuk menilai baik buruknya keadaan pelayanan kebidanan adalah kematian maternal. Angka kematian ibu bersalin dan angka kematian perinatal di Indonesia masih relatif tinggi dibandingkan dengan negara-negara maju (Prawiroharjo, 1984). Upaya yang intensif untuk menurunkan angka kematian ibu sudah banyak dilakukan akan tetapi penurunan angka kematian ibu masih sangat lambat yaitu 450 per 100.000 kelahiran hidup tahun 1986 dan menjadi 421 per 100.000 ditahun 1992. Ini berarti di Indonesia sekitar 20.000 ibu meninggal pada saat hamil, melahirkan dan nifas setiap tahun.

Penyebab utama kematian ibu bersalin adalah perdarahan (30%), infeksi (30%), preeklamsia (25%), penyakit jantung (10%) dan encephalitis (5%) (Madsukadi, 1987), sedangkan penyebab kematian perinatal yang tinggi biasanya karena adanya penyakit pada ibu dalam proses persalinan dan adanya kelainan bayi.

Ibu hamil rawan kesehatan dikenal dengan kehamilan risiko tinggi yaitu kehamilan dengan penyakit atau keadaan tertentu sehingga menaikkan risiko kesakitan dan kematian baik bagi ibu maupun anak.

Menurut Rochjati (1990), penyebab kematian maternal dan perinatal sebagian besar terjadi di luar rumah sakit. Dengan adanya pelayanan antenatal memberikan dampak yang cukup berarti pada hasil akhir satu kehamilan. Pemeriksaan antenatal yang teratur memberikan kesempatan untuk dapat mendiagnosa penyulit kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat dilakukan rujukan dini. Kurangnya tenaga kesehatan di kebanyakan daerah, menuntut pengelolaan yang optimal. Diperlukan pemilihan yang ketat ibu-ibu dengan risiko tinggi yang perlu dirujuk. Oleh sebab itu, deteksi dini seharusnya dapat dilakukan di luar rumah sakit dan oleh petugas kesehatan dengan pengetahuan seminim mungkin dan kalau dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri.

Pelayanan kesehatan bagi ibu-ibu khususnya ibu hamil sangat perlu ditingkatkan, terutama di tempat-tempat pelayanan kesehatan baik di posyandu, puskesmas dan rumah sakit antara lain dengan menerapkan pendekatan risiko sebagai strategi operasionalnya untuk menekan angka kematian maternal

B. PERMASALAHAN

1. Mengapa deteksi dini kehamilan risiko tinggi di Puskesmas belum dapat berjalan dengan efektif untuk menurunkan angka kematian ibu/bayi ?
2. Usaha yang perlu di lakukan untuk mengefektifkan deteksi dini kehamilan risiko tinggi.

C. TINJAUAN PUSTAKA

C.1. Pengertian Kematian Maternal

Kematian maternal (*maternal mortality*) adalah kematian dari setiap wanita waktu hamil, persalinan dan dalam 90 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, tanpa memperhitungkan tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan . Kematian maternal adalah kematian dari setiap wanita sewaktu dalam kehamilan, persalinan dan dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa mempertimbangkan lamanya kehamilan tersebut berlangsung (FIGO 1973). Angka kematian maternal (*maternal mortality rate*) adalah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 10.000 kelahiran hidup atau persalinan.

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, nifas, dan puerperium.

semuanya merupakan faktor penyebab morbiditas dan mortalitas yang tinggi keadaan ini diperberat oleh keadaan sosial ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah dan rendahnya pelayanan kesehatan dalam jangkauan maupun mutu pelayanan terutama terhadap ibu hamil (Simanjuntak, 1992).

Penyebab kematian maternal dapat dibagi atas :

1. Penyebab obstetrik langsung adalah kematian ibu akibat langsung dari penyulit-penyulit kehamilan, persalinan dan nifas. Misalnya oleh infeksi, eklamsi, pendarahan, emboli air ketuban. Sebagai trias utama kematian maternal adalah perdarahan, infeksi dan preeklamsi/ eklamsi.
2. Penyebab obstetrik tidak langsung adalah kematian ibu akibat penyakit yang timbul selama kehamilan, persalinan dan nifas. Misalnya anemi, kardiovaskuler, cerebro vaskuler, hepatitis infeksiosa , penyakit ginjal dan sebagainya. Atau penyakit yang sudah ada bertambah berat selama kehamilan.
3. Penyebab bukan obstetrik adalah kematian ibu hamil bersalin dan nifas akibat-akibat kejadian yang tidak ada hubungannya dengan proses reproduksi dan penanganannya. Misalnya karena kecelakaan, kebakaran, tenggelam bunuh diri dan sebagainya.

4. Penyebab tidak obstetrik adalah kematian ibu yang tidak dapat dicegah pada salah

Dari penyebab-penyebab diatas dapat digolongkan dalam dua golongan yaitu sebagai berikut :

- a. Kematian yang dapat dicegah (*preventable maternal death* atau *avoidable factors*) adalah kematian ibu yang seharusnya dapat dicegah seandainya penderita mendapat pertolongan atau datang pada saat yang tepat sehingga dapat ditolong secara profesional dengan fasilitas dan sarana yang cukup.
- b. Kematian yang tidak dapat dicegah (*unpreventable maternal death*) adalah kematian ibu yang tidak dapat dihindari walupun dengan segala daya upaya yang baik.

Faktor risiko kematian maternal menurut Saifuddin (1992) merupakan suatu hal yang cukup kompleks yang digolongkan pada faktor-faktor sebagai berikut :

a. Faktor reproduksi.

1. Usia.

Dalam kurun reproduksi kesehatan bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 tahun sampai 30 tahun kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun.

2. Paritas.

Paritas 2 sampai 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.

Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sedangkan kehamilan pada paritas tinggi adalah tak direncanakan.

3. Kehamilan yang tidak diinginkan.

World fertility survey yang dilakukan di 40 negara sedang berkembang menyatakan bahwa 40%-60 % wanita berkeluarga tidak ingin menambah jumlah anak lagi. Namun 50%-70% dari jumlah ini ternyata tidak menggunakan salah satu metode kontrasepsi efektif, sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan masih cukup besar.

b. Komplikasi Obstetrik.

1. Perdarahan Pada Trimester I

Sekitar 20 % wanita hamil pernah mengalami perdarahan pada awal kehamilan dan separohnya mengalami abortus. Abortus ialah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, sebagai batasan umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat badan anak kurang dari 500 gram.

Setiap perdarahan pada awal kehamilan terlebih dahulu harus dipikirkan berasal dari tempat pelekatan plasenta atau permukaan choriodecidua dan dianggap mengancam kelangsungan dari kehamilan. Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi pula perdarahan dalam jumlah sedikit yang disebabkan oleh penembusan villi khorialis ke dalam desidua saat implantasi ovum. Penyebab perdarahan pada kehamilan trimester

Trimester I sering kali ditimbulkan oleh ...

Pemeriksaan dalam dan spekulum hendaknya dilakukan dengan hati-hati terutama jika penyebabnya adalah Ca servik. Walaupun insiden Ca Servik dengan kehamilan sangat jarang yaitu 1 : 3000. Dalam pemeriksaan spekulum dapat dilihat asal perdarahan, perdarahan disebabkan oleh gangguan kehamilan jika darah berasal dari ostium uteri.

2. Perdarahan Pada Trimester II

Perdarahan pada trimester II sering dihubungkan dengan adanya komplikasi lambat dalam kehamilan, seperti partus prematurus imminens, pertumbuhan janin yang terlambat, dan solutio plasenta dapat juga perdarahan disebabkan oleh mola hidatidosa dan inkompetensi servik.

3. Perdarahan Pada Kehamilan Trimester III

Penyebab utama perdarahan ini adalah plasenta previa dan solutio plasenta. Pada keadaan ini tindakan segera sangat diperlukan, jika perdarahan terjadi ditempat yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan tersebut tidak mampu melakukan tindakan yang diperlukan maka umumnya kematian maternal akan terjadi. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

Dikenal 4 klasifikasi dari plasenta previa

1. Plasenta previa totalis : plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.

2. Plasenta previa letalis : plasenta yang menutupi sebagian dari ostium uteri

3. Plasenta previa marginalis : tepi plasenta berada tepat pada tepi ostium internum.

4. Plasenta letak rendah : plasenta berada 3-4 cm pada tepi ostium uteri internum.

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada fundus atau korpus uteri sebelum janin lahir. Dalam klinik solusio plasenta dibagi menjadi 3 :

1. Solusio plasenta ringan, bila perdarahan kurang dari 100-200 ml, uterus tidak tegang, terlepasnya plasenta kurang dari 1/6, fibrinogen > 250 mg%.
2. Solusio plasenta sedang, bila perdarahan lebih dari 200 ml, uterus tegang, presyok, gawat janin, pelepasan plasenta 1/4-2/3 bagian, fibrinogen 120-150 mg %
3. Solusio plasenta berat, bila uterus, tegang, shok, janin telah mati, plasenta lepas 2/3 sampai seluruhnya.

Namun demikian sifat perdarahan pada solusio plasenta sangat bervariasi. Perdarahan dapat banyak, sedikit atau berulang, perdarahan dapat pula terselubung bahkan dapat pula regresi. Gejala yang kadang ringan menyebabkan kesulitan dalam mendiagnosis pasti solusio plasenta pada pemeriksaan antenatal. Pemeriksaan USG tidak selalu memberikan gambaran yang jelas. Namun 50% pasien mempunyai tanda dan gejala yang cukup jelas untuk didiagnosis solusio plasenta. Pasien yang mempunyai risiko solusio plasenta adalah primitua, multiparitas, tali pusat pendek, trauma, hipertensi, preeklamsi/eklamsi, riwayat obstetri jelek, dan riwayat perdarahan pada trimester I dan II. Hipertensi merupakan penyebab tersering terjadinya solusio plasenta (47%), kemungkinan solusio plasenta kehamilan berikutnya adalah 10%.

4. Perdarahan postpartum.

Perdarahan postpartum yang disebabkan oleh atonia uteri atau sisa plasenta sering berlangsung sangat banyak dan cepat. Renjatan karena perdarahan segera akan disusul dengan kematian maternal jika tidak diatasi secepatnya dan tepat oleh tenaga yang terampil dan fasilitas yang memenuhi.

5. Kehamilan ektopik.

Data tentang kematian maternal karena kehamilan ektopik juga sulit diperoleh lebih-lebih jika kematian terjadi ditempat yang jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan sehingga diagnosis dan kausa mortis tidak sempat dibuat.

5. Infeksi nifas.

Infeksi nifas dapat terjadi pada persalinan yang tidak mengindahkan syarat-syarat aseptik, partus lama, ketuban pecah dini dan sebagainya.

6. 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 diatas 35 tahun merupakan kelompok risiko tinggi untuk gestosis. Kematian maternal akan meningkat tinggi jika sudah menjadi eklampsia

7. 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. Jika distosia tidak diatasi secara dini dapat timbul partus lama bahkan ruptur uteri pada keadaan demikian kematian maternal sangat tinggi.

c. Faktor pelayanan kesehatan.

1. Kurangnya kemudahan untuk pelayanan kesehatan maternal
2. Asuhan medik yang kurang baik
3. Kurangnya pengetahuan obat-obat penyelamat jiwa

d. Faktor sosial budaya.

Kemiskinan, ketidaktahuan, kebodohan dan rendahnya setatus wanita merupakan faktor penting pada tingginya angka kematian maternal.

Dalam penulisan ini akan lebih ditekankan pada faktor yang terkait dengan keadaan kesehatan ibu yaitu faktor reproduksi dan faktor komplikasi obstetrik yang terkait dengan risiko tinggi pada kehamilan.

C.2. Kehamilan berisiko.

Menurut Rochjati (1986), definisi kehamilan berisiko meliputi beberapa hal yang perlu dimengerti.

- a. Kehamilan risiko rendah yaitu kehamilan yang fisiologis, kemungkinan besar

- b. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dengan adanya satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang dapat memberi dampak yang kurang menguntungkan bagi ibu maupun janinnya.
- c. Faktor risiko adalah faktor-faktor yang melalui penelitian telah terbukti memiliki kaitan dengan adanya hasil kehamilan yang kurang menguntungkan bagi ibu dan atau janinnya

Dari definisi dapat dikembangkan bahwa setiap kehamilan dengan faktor risiko tinggi akan menghadapi morbiditas atau mortalitas terhadap ibu dan janin dalam kehamilan, persalinan dan nifas. Karena kasus-kasus risiko tinggi mencakup kepentingan dua nyawa, maka penanganannya haruslah diperhatikan dengan sebaik-baiknya.

Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Keadaan dan kondisi tersebut bisa digolongkan sebagai faktor sosial dan medis.

Faktor sosial yang dapat membantu identifikasi wanita dalam masa mampu hamil yang mempunyai faktor risiko tinggi adalah :

1. golongan sosial ekonomi rendah.

2. pendidikan kurang.

3. kondisi yang tidak menguntungkan, misalnya tempat tinggal, temperatur, dan lain-lain.

5. keluarga dengan kesulitan sosial dan rumah tangga atau perkawinan.
6. mereka yang memperoleh pelayanan kebidanan dari tenaga yang tidak terdidik dan terlatih.

Faktor medis menunjukkan bahwa wanita dalam masa mampu hamil termaksud golongan risiko tinggi meliputi :

1. Umur.

Pada kelompok berumur kurang dari 16 tahun belum cukup tercapai kematangan fisik, mental dan fungsi sosial sehingga kemungkinan menimbulkan masalah dalam kehamilan. Pada kelompok berumur diatas 35 tahun terjadi proses penuaan pada jaringan alat reproduksi dan jalan lahir yang cenderung berakibat buruk pada proses kehamilan dan persalinan .

2. Primi muda

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 obstetri kehamilan remaja antara lain perdarahan trimester I dan trimester III anemia berat, komplikasi persalinan, asfiksia dan

3. 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 atau 3 kali untuk mengalami komplikasi dalam persalinan seperti : perdarahan, gestosis, distosia dan partus lama.

4. Primi tua sekunder.

Persalinan aterm terakhir 10 tahun yang lalu

5. Tinggi badan kurang dari 145 cm.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa tinggi badan ibu yang lebih rendah dari 145 cm berkaitan erat dengan kejadian disproporsi kepala janin dengan panggul ibu (DKP) sehingga meningkatkan risiko dilakukannya operasi sectio caesaria.

6. Status nutrisi.

Berat badan ibu berkaitan erat dengan badan janin yang akan dilahirkan. Berat badan ibu hamil trimester III kurang dari 45 kg berkaitan erat dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

7. Paritas.

Pada primigravida didapatkan kekakuan jaringan panggul yang kemungkinan akan menimbulkan masalah dalam proses persalinannya. Pada grande multi gravida dengan jumlah anak diatas 5 orang terjadi kemunduran elastisitas jaringan sehingga sering terjadi kasus kelahiran letak sungsung, abrupsi plasenta, infeksi uteri dan pendarahan.

8. Riwayat obstetri yang buruk.

Adanya cedera pada alat kandungan atau jalan lahir akibat proses kehamilan terdahulu dapat menimbulkan akibat buruk pada kehamilan yang sekarang (Hakimi, 1990).

9. Bekas seksio sesarea.

Seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histeritomi). Secara umum indikasi SC dilaksanakan dalam keadaan adanya penundaan kelahiran, yang akan memperburuk keadaan janin, ibu atau keduanya, sedangkan kelahiran pervaginam tak mungkin dilakukan dengan aman.

10. Kehamilan terlalu sering.

Usia anak terakhir kurang dari dua 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 dua tahun. Dapat terjadi komplikasi antara lain : anemia berat, partus preterm, dan kematian perinatal yang meningkat

11. Preeklamsi dan eklamsi.

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 tiga komplikasi yang dapat menimbulkan

penyebab kematian ibu. Sampai sekarang penyakit hipertensi dalam kehamilan (HDK) masih merupakan masalah kebidanan yang belum dapat dipecahkan dengan tuntas.

Penanganan kasus HDK atau gestosis masih tetap merupakan kontroversi karena sampai saat ini etiologi dan patofisiologi HDK masih belum jelas diketahui, sehingga penanganan yang definitif belum mungkin dijalankan dengan sempurna. Hanya terminasi kehamilan yang dapat dianggap terapi yang definitif.

Preeklamsi adalah komplikasi kehamilan setelah kehamilan 20 minggu yang ditandai dengan timbulnya hipertensi, disertai salah satu dari edema, proteinuria atau keduanya.

Preeklamsi ringan.

1. Tekanan darah $> 140/90$ mmHg atau tekanan darah sistolik naik > 30 mmHg atau kenaikan tekanan darah diastolik > 15 mmHg tetapi $< 160/110$ mmHg.
2. Edema dan atau
3. Proteinuria, setelah kehamilan 20 minggu.

Preeklamsi Berat

Kalau dijumpai satu atau lebih tanda/gejala berikut :

1. Tekanan darah $> 160/110$ mmHg.
2. Proteinuria lebih 5gram/24 jam.
3. Nyeri kepala frontal atau gangguan penglihatan.
4. Nyeri epigastrium.
5. Edema paru atau sianosis

6. Pertumbuhan janin intrauterin yang terlambat (IUGR).

7. *Hellp Sindrom (Hemolisis, Elevatit Liver enzymes, Low Platelet counts)*

Eklamsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang atau koma. Sebelumnya wanita tadi menunjukkan gejala-gejala preeklamsia (kejang-kejang timbul bukan akibat kelainan neurologik).

C.3. Pendekatan risiko dalam Pelayanan obstetri.

Sebagian kehamilan akan berlangsung aman dengan risiko rendah, namun sebagian lainnya sejak semula sudah dapat diperkirakan akan terjadi kematian bagi ibu maupun bayinya selama kehamilan, persalinan dan nifas karena adanya faktor yang kurang menguntungkan baik pada ibu maupun pada janinnya yang dikenal sebagai kehamilan risiko tinggi. Kehamilan dan persalinan dengan risiko tinggi sebaiknya dirawat dan berlangsung diunit pelayanan kesehatan dengan pengawasan tenaga dokter, dokter obstetri dan ginekologi.

Salah satu upaya adalah melalui pendekatan risiko yang diharapkan mempunyai daya ungkit besar dalam menurunkan kesakitan, 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 (Beckett dkk, 1994).

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-sumber daya yang ada untuk mendukung kesehatan ibu hamil sesuai dengan faktor risiko yang ada.

Pendekatan risiko mempunyai tujuan meningkatkan mutu pelayanan untuk semua ibu, bayi dan anak sebagai suatu kesatuan, tetapi perhatian khusus diberikan kepada mereka yang mempunyai peluang terjadinya risiko lebih besar. Adapun upaya-upaya untuk mencapai tujuan tersebut antara lain dengan :

1. Meningkatkan cakupan ibu hamil disertai dengan skrining dan deteksi dini secara aktif adanya faktor risiko
2. Meningkatkan penggunaan sarana dan fasilitas obstetrik sesuai dengan faktor risikonya oleh masyarakat.
3. Meningkatkan penyuluhan dalam bentuk komunikasi, informasi, motivasi dengan pendekatan edukatif dalam menggerakkan rujukan kehamilan serta persalinan dini dan perencanaan persalinan tentang tempat dan penolong yang sesuai dengan