

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I. 1. Latar Belakang Masalah

Indikator baik buruknya pelayanan kebidanan di suatu negara antara lain adalah kematian perinatal dan kematian maternal (Madsukadi *et.al.*, 1987 *cit.* Prawirohardjo, 1976). Suatu negara tidak dapat dikatakan sudah maju apabila kematian maternalnya tetap tinggi.

Angka Kematian Maternal (AKM) di negara berkembang mencapai 100 sampai 1000 per 100.000 kelahiran hidup, sedang di negara maju berkisar antara 7 sampai 15 per 100.000 kelahiran hidup (Suyanto dan Hakimi, 1997). Angka diatas menunjukkan adanya perbandingan yang menyolok antara kematian ibu di negara berkembang dengan negara maju.

Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT, 1986) menunjukkan AKM di Indonesia masih tinggi, yakni berkisar antara 450 per 100.000 kelahiran hidup (Simanjuntak, 1992). Angka ini belum dapat dianggap representatif melihat bahwa administrasi belum teratur, sistem pencatatan dan pelaporan belum baik, karena itu harus lebih diteliti dengan seksama. Meskipun demikian angka ini menunjukkan AKM di Indonesia masih jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan AKM negara maju.

Kematian maternal yang tinggi erat hubungannya dengan keadaan ibu sewaktu hamil, maka peranan pengawasan kehamilan (*antenatal care*) adalah sangat penting artinya. *Antenatal care* bertujuan menyiapkan fisik dan mental ibu hamil sebaik-baiknya, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (Nawawi dan Sumapraja, 1983). Untuk tercapainya tujuan tersebut diperlukan adanya deteksi Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu di Indonesia, baik di posyandu, puskesmas dan rumah sakit.

GBHN mengisyaratkan bahwa hakikat pembangunan nasional ialah membangun manusia seutuhnya dan masyarakat Indonesia secara menyeluruh. Pembangunan manusia adalah proses berjangka panjang yang dimulai sejak saat manusia masih dalam kandungan, terus berlanjut hingga manusia berkarya.

## **I. 2. Perumusan Masalah**

Permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini meliputi beberapa hal, yaitu :

1. bagaimanakah pola kasus KRT di Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta,
2. bagaimanakah hubungan pendidikan, pekerjaan ibu dan pekerjaan suami terhadap

### **I. 3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola kasus KRT di Puskesmas Tegaltrejo Yogyakarta serta hubungan sosial ekonomi ditinjau dari pendidikan, pekerjaan ibu dan pekerjaan suami terhadap KRT.

### **I. 4. Manfaat Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini meliputi beberapa hal, yaitu :

#### **1. Penulis**

Untuk mengetahui KRT di Puskesmas Tegaltrejo.

#### **2. Puskesmas**

Untuk mengetahui pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil di puskesmas tersebut sebagai dasar upaya preventif untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak.

#### **3. Masyarakat**

Untuk mengetahui pengaruh KRT terhadap kesehatan ibu dan janin.

### **I. 5. Tinjauan Pustaka**

#### **I. 5. 1. Pendekatan risiko dalam pelayanan obstetri**

Pendekatan risiko adalah suatu metode untuk petugas kesehatan dalam mengerahkan sumber daya kesehatan dengan cara yang efektif, efisien dan rasional (Rochati, 1992 cit. Guadotti, 1987). Pendekatan risiko juga merupakan alat untuk

menentukan, menilai dan mengatur sumber daya yang ada untuk mendukung kesehatan ibu hamil sesuai dengan faktor risiko yang ada. Pendekatan risiko bertujuan meningkatkan mutu pelayanan ibu, bayi dan anak sebagai suatu kesatuan, tetapi perhatian khusus diberikan kepada yang berpeluang terjadi risiko lebih besar. Risiko sendiri adalah ukuran statistik dari peluang atau *probability* terjadinya suatu keadaan yang tidak diinginkan di masa mendatang (Rochjati, 1992 *cit.* WHO, 1978).

Menurut Rochjati (1992) upaya-upaya untuk mencapai tujuan pendekatan risiko dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) antara lain dengan:

1. meningkatkan cakupan ibu hamil disertai dengan skrining dan deteksi dini secara efektif adanya faktor risiko,
2. meningkatkan penggunaan sarana dan fasilitas obstetrik oleh masyarakat,
3. meningkatkan penyuluhan dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi dalam mengadakan rujukan kehamilan dan perencanaan persalinan.

### **I. 5. 2. KRT**

KRT adalah kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan. Kriteria KRT pada penelitian ini mengacu pada penelitian di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, 1997

**1. Primi muda.**

Primi muda adalah kehamilan pertama dibawah umur 20 tahun. 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, keganasan serviks, gestosis, preeklampsia dan eklampsia (Simanjuntak, 1992).

**2. Primi tua / kehamilan usia 35 tahun atau lebih.**

Primi tua adalah kehamilan pertama umur 35 tahun atau lebih dan atau kehamilan pertama setelah kawin lebih dari 4 tahun (Rochjati, 1992). Ibu berusia 35 tahun atau lebih mempunyai risiko 2 atau 3 kali mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti antara lain: perdarahan, gestosis, distokia dan partus lama (Simanjuntak, 1992).

**3. Grandemultipara.**

Grandemultipara adalah ibu yang mengalami persalinan sebanyak 4 kali atau lebih (Rochjati, 1992). Paritas tinggi mengakibatkan angka kematian ibu dan bayi yang tinggi. Komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dengan paritas tinggi antara lain: distokia, perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, ruptura uteri, hipertensi, penyakit ginjal, anemia, kelainan letak janin (malpresentasi), prolapsus uteri, diabetes dan lain-lain (Simanjuntak, 1992).

Jarak persalinan pendek adalah jarak antara 2 persalinan kurang dari 2 tahun. Seorang wanita memerlukan 2-3 tahun jarak antara persalinan agar pulih secara fisiologik dari suatu kehamilan atau persalinan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan berikutnya. Makin pendek jarak antara dua persalinan, makin besar pula risiko kematian untuk ibu dan anak. Akibat jarak persalinan pendek dapat terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan, antara lain: anemia berat, partus preterm dan kematian perinatal yang meningkat (Simanjuntak, 1992).

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

Wanita yang bertubuh pendek, perlu diperhatikan adanya kemungkinan panggul sempit. Wanita dengan panggul sempit dapat terjadi distokia oleh karena disproporsi kepala panggul (Martohoesodo dan Abadi, 1997).

6. Riwayat obstetri jelek.

Secara umum kehamilan pertama merupakan peramal terhadap kehamilan berikutnya (Eisenberg *et.al*, 1993). Riwayat obstetri jelek menurut Rochjati (1992) adalah: 1) ibu hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami abortus, imatur, prematur, lahir mati dan mati neonatal; 2) ibu multigravida dimana kehamilan yang lalu 2 kali berakhir dengan abortus, imatur, prematur, lahir mati dan mati neonatal. Pengertian abortus (keguguran) adalah pengakhiran kehamilan sebelum janin *viable*, berat janin kurang dari 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 20 minggu. Partus prematurus adalah partus dengan janin hidup tetapi

belum cukup bulan, berat janin antara 1000 sampai 2500 gram atau umur kehamilan antara 28 minggu sampai 36 minggu (Wiknjosastro, 1997).

7. Bekas seksio sesarea.

Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Indikasi seksio sesarea secara umum adalah dalam keadaan dimana penundaan kelahiran akan memperburuk keadaan janin, ibu atau keduanya, sedangkan kelahiran pervaginam tidak mungkin dilakukan dengan aman. Perlu diingat bahwa seorang ibu yang telah mengalami pembedahan seksio sesarea mempunyai parut dalam uterus, maka tiap kehamilan serta persalinan berikutnya memerlukan pengawasan yang cermat berhubungan dengan bahaya ruptura uteri (Husodo, 1997).

8. Perdarahan antepartum.

Perdarahan antepartum, adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Perdarahan ini biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya dari pada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Penyebab utama perdarahan antepartum adalah plasenta previa dan solutio plasenta (Mochtar, 1998).

9. Preeklampsia dan eklampsia.

Hipertensi didefinisikan sebagai: 1) tekanan darah sistolik minimal 140 mmHg dan tekanan diastolik minimal 90 mmHg; 2) kenaikan tekanan sistolik minimal 25 mmHg dan atau kenaikan tekanan diastolik minimal 15 mmHg dari tekanan darah sebelum konsensi atau selama trimester pertama (Moore dan Renny, 1995).

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester tiga kehamilan, tetapi dapat timbul lebih awal misalnya pada mola hidatidosa. Eklampsia adalah penyakit dengan kriteria klinis preeklampsia disertai dengan kejang-kejang yang bukan disebabkan oleh penyakit neurologis lain seperti epilepsi (Cunningham *et.al*, 1995).

#### 10. Hamil serotinus (kehamilan postterm).

Kehamilan postterm adalah umur kehamilan telah mencapai 42 minggu atau lebih. Kehamilan ini meningkatkan risiko kematian dan kesakitan perinatal, disamping itu sering pula disertai komplikasi seperti: letak defleksi, posisi oksiput posterior, distokia bahu dan perdarahan postpartum (Wibowo dan Wiknjastro, 1997).

#### 11. Kelainan letak.

Kelainan letak adalah letak sungsang atau lintang pada primigravida umur kehamilan 30 minggu atau lebih, atau multigravida umur kehamilan 32 minggu atau lebih (Rochjati, 1992).

#### 12. Kelainan medik.

Kelainan medik adalah kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan, yang diperkirakan dapat mempengaruhi kehamilan atau persalinan. Macam kelainan medik tersebut antara lain: penyakit jantung, anemia, asma, glomerulonefritis, diabetes mellitus, epilepsi dan lain-lain (Hudono, 1997).

Kriteria-kriteria tersebut diatas yang digunakan penulis dalam meneliti kasus deteksi kehamilan risiko tinggi yang terjadi di Puskesmas Tegalorejo, Yogyakarta.

### **I. 5. 3. Kematian maternal.**

Definisi kematian maternal adalah kematian wanita sewaktu hamil, melahirkan, atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Prawirohardjo dan Wiknjastro, 1997).

Menurut Surjaningrat dan Saifuddin (1997) kematian maternal dapat digolongkan menjadi: 1) kematian obstetrik langsung, disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, nifas, atau penanganannya; 2) kematian obstetrik tidak langsung, disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan, misalnya anemia, penyakit jantung, diabetes, hepatitis dan lain-lain; 3) kematian yang terjadi secara bersamaan tetapi tidak berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, misalnya kecelakaan.

Angka kematian maternal (*Maternal Mortality Rate*) adalah jumlah kematian maternal selama 1 tahun dalam 100.000 kelahiran hidup (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).

WHO membagi faktor-faktor yang mempengaruhi kematian maternal ke

**1. Faktor reproduksi.**

- a. **Usia.** Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).
- b. **Paritas.** Paritas ke 2 dan 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 paritas 1 ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dicegah dengan keluarga berencana (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).
- c. **Kehamilan yang tidak diinginkan.** *World fertility survey* di negara sedang berkembang menyatakan 40-60% wanita berkeluarga tidak ingin menambah jumlah anak lagi, 50-75% dari jumlah ini tidak menggunakan kontrasepsi efektif, sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan cukup besar (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).

**2. Faktor medis.**

- a. **Perdarahan pada abortus.** Perdarahan pervaginam yang terjadi pada kehamilan trimester pertama umumnya disebabkan oleh abortus, hanya sebagian kecil saja karena sebab-sebab lain (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).

- b. Kehamilan ektopik. Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi di luar endometrium rahim (Mochtar, 1998).
- c. Perdarahan pada kehamilan trimester ketiga. Plasenta previa dan solutio plasenta merupakan penyebab utama perdarahan pada kehamilan trimester ketiga ini. Pada keadaan ini tindakan segera sangat diperlukan. Kematian maternal umumnya akan terjadi, jika perdarahan di tempat yang jauh dari fasilitas pelayanan, atau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tidak mampu melakukan tindakan yang diperlukan (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).
- d. Perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan ini terutama disebabkan oleh atonia uteri dan retensi plasenta. Menurut para ahli kebidanan modern, perdarahan postpartum menyebabkan kematian ibu bersalin bila tidak tersedia darah, cairan dan fasilitas lainnya (Mochtar, 1998).
- e. Infeksi nifas. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Faktor predisposisinya antara lain partus lama, tindakan obstetri operatif, tertinggalnya sisa uri, daya tahan ibu yang menurun dan sebagainya (Mochtar, 1998).
- f. Gestosis. Istilah gestosis mencakup preeklampsia, eklampsia, hipertensi menahun, penyakit ginjal dan sebagainya (Prawirohardjo dan Wiknjosastro, 1997). Kelompok risiko tinggi untuk gestosis adalah kehamilan 1

pada usia diatas 35 tahun. Kematian maternal meningkat tinggi jika sudah menjadi eklampsia' (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).

- g. Distokia. Distokia adalah persalinan yang sulit. Sebab-sebabnya dapat dibagi dalam 3 golongan yakni kelainan tenaga (his), kelainan janin dan kelainan jalan lahir (Martohoesodo dan Sumampauw, 1997).
  - h. Pengguguran kandungan. Pengguguran kandungan ilegal menyebabkan sisa jaringan, serta tindakan yang tidak steril dan tidak aman secara medis menimbulkan perdarahan dan sepsis (Surjaningrat dan Saifuddin, 1997).
  - i. Anemia. Seseorang dinyatakan anemia apabila kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 12 g / 100 ml, sedangkan wanita hamil disebut anemia dalam kehamilan apabila memiliki Hb kurang dari 10 g / 100 ml. Wanita hamil mengalami hidremia atau hipervolemia, akan tetapi bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma, sehingga terjadi pengenceran darah. Berdasar hal diatas, para wanita hamil dengan Hb antara 10-12 g / 100 ml tidak dianggap menderita anemia patologik, akan tetapi anemia fisiologik atau pseudoanemia (Hudono, 1997).
3. Faktor pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor pelayanan kesehatan yang mempengaruhi angka kematian maternal antara lain kurangnya kemudahan untuk pelayanan kesehatan maternal, asuhan medik yang kurang baik, serta kurangnya tenaga terlatih dan obat-obat atau fasilitas perawatan jiwa (Simaniuntak, 1997).

#### 4. Faktor sosial-ekonomi-budaya.

Faktor-faktor sosial-ekonomi-budaya yang berperan pada tingginya angka kematian maternal adalah kemiskinan, ketidaktahuan, kebodohan, rendahnya status wanita, transportasi yang sulit, ketidakmampuan membayar pelayanan yang baik, pantang makanan tertentu pada wanita hamil dan lain-lain. Faktor sosial ekonomi berperan sebagai dasar utama (*underlying*) dari faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi kematian maternal (Simanjuntak, 1992).

Simanjuntak (1992) mengemukakan upaya pemecahan masalah kematian maternal di dunia, antara lain sebagai berikut :

##### 1. Pemecahan jangka pendek.

Membawa *basic maternity services* kepada setiap ibu hamil, dengan tujuan utama yaitu : a) menyediakan supervisi antenatal dengan teratur; b) mendidik, terutama yang berkaitan dengan nutrisi, higiene, pemberian ASI dan kontrasepsi (KB); c) menyediakan obat penambah darah; d) menyediakan supervisi yang terampil pada semua persalinan.

##### 2. Pemecahan jangka panjang.

Upaya pemecahan masalah kematian maternal jangka panjang yaitu pengontrolan kesuburan dan aborsi, *antenatal care*, *training* dan memperbaiki status wanita.

## I. 6. Hipotesis

Faktor sosial ekonomi ibu hamil berpengaruh terhadap KRT