

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Kematian Maternal

###### a.) Definisi

Kematian maternal menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD – 10)* adalah seorang wanita yang mengalami kematian saat kehamilan, atau 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang biasa disebut masa nifas. tidak bergantung pada lamadan lokasi kehamilan, dikarenakan apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atauyang memperberat kehamilan tersebut atau pula berkaitan dengan penanganannya, tetapi suatu kematian yang bukandisebabkan oleh kecelakaan.<sup>7,14,15,16</sup>

Menurut ICD-10 batasan 42 hari tersebut dapat berubah maka ICD-10 mengkategorikan suatu kematian maternal, yang disebut kematian maternal lambat (*late maternal death*) yaitu kematian wanita akibat penyebab obstetrik langsung atau tidak langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari satu tahun setelah berakhirnya kehamilan.<sup>7,15,16</sup>

###### b.) Epidemiologi

Berdasarkan WHO pada tahun 2015, di seluruh dunia sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi saat kehamilan sampai melahirkan setiap harinya. Penyebab utama kematian adalah perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyebab tidak langsung, sebagian besar karena interaksi antara kondisi medis yang sudah ada sebelumnya dan kehamilan. Dari 830 kematian ibu setiap hari, 550 terjadi di sub-Sahara Afrika dan 180 di Asia Selatan. Risiko seorang wanita di negara berkembang meninggal karena penyebab ibu terkait selama hidupnya adalah sekitar 33 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tinggal di negara maju. Kematian ibu merupakan indikator kesehatan yang menunjukkan kesenjangan yang sangat lebar antara daerah kaya dan miskin, perkotaan dan pedesaan, baik antara negara.<sup>7,17</sup>

Jumlah kematian maternal di negara-negara berkembang pada tahun 2015 adalah 239 per 100 000 kelahiran hidup dengan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju. Hal tersebut

menunjukkan bahwa angka kematian ibu di Negara berkembang jauh lebih besar di bandingkan dengan Negara maju.<sup>8,18,19</sup>

Indonesia adalah merupakan bagian dari Negara berkembang. Tercatat dalam Riskesdas Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran pada tahun 2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran pada tahun 2012. Sementara target MDGs adalah menurunkan AKI di tahun 2015 menjadi 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup.<sup>1</sup> Peningkatan ini berarti telah banyak jiwa yang belum berhasil diselamatkan mengingat besarnya populasi di Indonesia.

### **c.) Etiologi Kematian Maternal**

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas dan segala intervensi atau penanganan yang tidak tepat pada komplikasi tersebut.<sup>7</sup>

Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan, kelalaian, ketidaktepatan penanganan, atau dari salah satu atau gabungan dari kondisi diatas. Komplikasi tersebut seperti perdarahan, baik perdarahan antepartum maupun postpartum, preeklamsia atau eklamsia, infeksi, dan persalinan macet.<sup>7,20,21</sup>

Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan atau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan, sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk. Kematian obstetri tidak langsung ini dapat disebabkan oleh karena hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, atau faktor empat terlalu yaitu terlalu muda (hamil kurang dari 20 tahun), terlalu tua (hamil lebih dari 35 tahun) , Jumlah anak terlalu banyak (lebih dari 4 orang) Jarak antar kehamilan terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dan faktor tiga terlambat, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan, keterlambatan dalam mencapai tempat tujuan rujukan dan keterlambatan dalam memperoleh pelayanan di tempat rujukan.<sup>8,20,21</sup>

## **d.) Faktor Risiko Kematian Maternal**

Mc Carthy dan Maine mengemukakan adanya 3 faktor penting yang berpengaruh terhadap terjadinya kematian maternal. Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, disebut sebagai determinan dekat, determinan tengah dan determinan jauh.<sup>22</sup>

### **1. Determinan dekat**

Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal (determinan dekat) yaitu kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas (komplikasi obstetri) atau bisa kita sebut sebagai penyulit obstetri yang berpengaruh langsung terhadap kematian maternal.<sup>23,24</sup> Penyulit obstetri terdiri komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal, yaitu :

#### **A. Penyulit Obstetri**

Penyulit Obstetri terdiri dari komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas

##### **a. Komplikasi kehamilan**

Komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu perdarahan, preeklamsia atau eklamsia, dan infeksi.<sup>7</sup> Perdarahan pada kehamilan muda merupakan salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, *misscarriage*, dan *early pregnancy loss*.<sup>25</sup>

Untuk menghindari adanya komplikasi pada kehamilan maka diperlukan deteksi dini tanda bahaya kehamilan. Dengan adanya deteksi dini komplikasi kehamilan maka pencegahan terjadinya kematian maternal dapat ditingkatkan.

#### **1) Komplikasi Kehamilan Trimester I (0 – 12 minggu)**

##### **(1.) Abortus**

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. WHO IMPAC menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500mg.<sup>24,25</sup>

##### **(2.) Kehamilan Ektopik Terganggu**

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi di luar rahim (uterus) Hampir 95 % kehamilan ektopik terjadi di berbagai segmen tuba Falopi, dengan 5 % sisanya terdapat di

ovarium, rongga peritoneum atau di dalam serviks. Apabila terjadi ruptur di lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan masif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu.<sup>26</sup> Penyebab terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium mengalami hambatan sehingga embrio yang sudah berkembang saat menuju kavum uteri terhambat dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi ruptur dan menjadi kehamilan ektopik terganggu.<sup>25</sup> Tanda dan gejalanya dapat ditemukan pada kehamilan muda, perdarahan pervaginam dari bercak hingga berjumlah sedang, ada nyeri perut kanan/kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum. Dari pemeriksaan fisik didapatkan rahim yang juga membesar, adanya tumor di daerah adneksa. Adanya tanda-tanda syok hipovolemik yaitu hipotensi, pucat, kesadaran menurun dan ekstremitas dingin, adanya tanda-tanda abdomen akut yaitu perut tegang bagian bawah, nyeri tekan, nyeri goyang porsio dan nyeri lepas dinding abdomen. Dari pemeriksaan dalam serviks tertutup, teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri. Penegakan diagnosis dibantu dengan pemeriksaan USG.<sup>26</sup>

### **(3.) Mola hidatidosa**

Mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khorionik yang disebabkan oleh proliferasi trofoblastik dan edem.<sup>26</sup> Mola hidatidosa merupakan salah satu bentuk kehamilan abnormal adalah penyakit trofoblastik gestasional. Penyakit trofoblastik gestasional (PTG) merupakan *spectrum* proliferasi seluler yang berkembang dari trofoblast vilus plasenta. Klasifikasi PTG meliputi mola hidatidosa dan neoplasia trofoblastik gestasional dengan empat bentuk klinikopatologi utama, di antaranya mola hidatidosa (komplit dan parsial), mola invasif, koriokarsinoma, dan tumor trofoblastik plasenta.<sup>27</sup> Untuk mengklasifikasi kehamilan mola perlu dilihat ada tidaknya janin di dalam mudigah. Pada pemeriksaan ditemukan perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 6-16 minggu.<sup>28</sup>

### **(4.) Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena pada umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi.<sup>28</sup> Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I.

Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama 10 minggu. Peningkatan kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum menimbulkan rasa mual. Mual dan muntah yang mengganggu aktifitas sehari-hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan Hiperemesis Gravidarum<sup>29</sup>

#### **(5.) Anemia**

Selaput kelopak mata pucat merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I.<sup>30</sup>

#### **(6.) Demam Tinggi**

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$  dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.<sup>31</sup>

### **2) . Komplikasi Kehamilan Trimester II (13 – 28 minggu)**

#### **(1.) Demam Tinggi**

Ibu hamil yang menderita demam dengan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$  dalam kehamilan merupakan suatu tanda bahaya. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala dari suatu penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital.<sup>31</sup>

#### **(2.) IUFD ( Intra Uterine Fetal Death )**

IUFD ( Intra Uterine Fetal Death) terjadi ketika gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam) adalah tanda bahaya yang patut untuk diwaspadai. Ibu mulai

merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa perlu dicurigai adanya IUID (Intra Uterine Fetal Death). IUID adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.<sup>31</sup>

### **(3.) Anemia**

Selaput kelopak mata pucat merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin dibawah <11 gr% pada trimester II. Anemia pada trimester II lebih disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan juga dapat disebabkan defisiensi besi.<sup>31</sup>

### **3) Komplikasi Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu)**

#### **(1.) Perdarahan Antepartum**

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah minggu ke 28 masa kehamilan. Antepartum hemoragi disebabkan oleh beberapa seperti kelainan plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, ruptura sinus marginalis) dan non plasenter atau bukan dari plasenta termasuk tidak berbahaya seperti kelainan servik dan vagina, trauma.<sup>28</sup> Perdarahan Antepartum plasenter terdiri dari :

#### **a.) Plasenta previa**

Plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan antepartum. Perdarahan akibat plasenta previa terjadi secara progresif dan berulang karena proses pembentukan segmen bawah rahim. Sampai saat ini belum terdapat definisi yang tetap mengenai keparahan derajat perdarahan antepartum. Seringkali jumlah darah yang keluar dari jalan lahir tidak sebanding dengan jumlah. Perdarahan pervaginam pada akhir kehamilan dengan gejala khas merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.<sup>28</sup>

#### **b.) Solusio Plasenta**

Solutio Plasenta adalah lepasnya plasenta dengan implantasi normal sebelum waktunya pada kehamilan yang berusia di atas 28 minggu. Solusio plasenta (abruptio plasenta) adalah



lepasnya sebagian atau seluruh plasenta dimana pada keadaan normal implantasinya di atas 22 minggu dan sebelum lahirnya anak. Beberapa gejala dari solusio plasenta perlu diwaspadai karena beratnya anemia dan syok sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar. Gejala lainnya seperti perdarahan yang disertai nyeri, rahim keras seperti papan dan terasa nyeri saat dipegang, palpasi sulit dilakukan karena rahim keras, fundus uteri makin lama makin naik, sering terjadi proteinuria karena disertai preeklamsia, dan pasien kelihatan pucat, gelisah dan kesakitan.

### **c.) Ruptura Sinus marginalis**

Sinus marginalis adalah lakuna vena yang tidak berlanjut, relatif bebas dari villi, dekat tepi plasenta, terbentuk karena penggabungan bagian pinggir ruang inter villi dengan lakuna subchorial. Sinus marginalis ini dapat mengalami ruptur, hal ini biasanya disebut dengan Ruptur Sinus Marginalis. Ruptur sinus marginalis adalah terlepasnya sebagian kecil plasenta dari tempat implantasinya di dalam uterus sebelum bayi dilahirkan. Berdasarkan tanda dan gejalanya Ruptur Sinus Marginalis ini merupakan salah satu klasifikasi dari solusio plasenta yaitu solusio plasenta ringan. Solusio plasenta ringan atau ruptur sinus marginalis adalah terlepasnya plasenta kurang dari  $\frac{1}{4}$  luasnya, tidak memberikan gejala klinik dan ditemukan setelah persalinan, keadaan umum ibu dan janin tidak mengalami gangguan dan persalinan berjalan lancar pervaginam. Pecahnya sinus marginalis merupakan perdarahan yang sebagian besar baru diketahui setelah persalinan. Pada waktu persalinan, perdarahan terjadi tanpa sakit dan menjelang pembukaan lengkap perlu dipikirkan kemungkinan perdarahan karena sinus marginalis yang pecah. Karena pembukaan mendekati lengkap, maka bahaya untuk ibu maupun janinnya tidak terlalu besar.

### **2.) Preeklamsia dan Eklamsia**

Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan harus diwaspadai adalah gejala dari pre-eklamsia.<sup>31</sup> Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklamsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang - kunang. Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklamsia berat yang mengarah pada

eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah).<sup>31</sup> Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia. Tanda khas preeklamsia adalah tekanan darah yang tinggi, ditemukannya protein dalam urin dan pembengkakan jaringan (edema) selama trimester kedua kehamilan. Pada beberapa kasus, keadaan tetap ringan sepanjang kehamilan, akan tetapi pada kasus yang lain, dengan meningkatnya tekanan darah dan jumlah protein urin, keadaan dapat menjadi berat. Terjadi nyeri kepala, muntah, gangguan penglihatan, dan kemudian anuria. Pada stadium akhir dan paling berat terjadi eklamsia, pasien akan mengalami kejang. Jika preeklamsia / eklamsia tidak ditangani secara cepat, akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian maternal karena kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak.<sup>14</sup>

### **(3).IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*)**

Menurut WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi.<sup>10</sup>Dapat dicurigai adanya tanda – tanda adanya IUFD bila bayi tidak bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.<sup>31</sup>

### **(4). KPD ( *Ketuban Pecah Dini* )**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda -tanda persalinan mulai dan setelah ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak.<sup>31</sup>KPD didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai awitan persalinan yaitu interval periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih. Insiden KPD banyak terjadi pada wanita dengan serviks inkopenten, polihidramnion, malpresentasi janin, kehamilan kembar, atau infeksi vagina.<sup>32</sup>Dari beberapa definisi KPD di atas maka dapat disimpulkan bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan.

### **(5). Anemia pada trimester III**



Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah yaitu kurang dari 2500gram).<sup>31</sup>

#### **(6). Demam Tinggi**

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$  dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala suatu penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.<sup>32</sup>

#### **b. Komplikasi Persalinan**

Komplikasi persalinan adalah kondisi dimana nyawa ibu dan atau janin yang di kandung terancam, disebabkan oleh gangguan langsung saat persalinan. Komplikasi persalinan sering terjadi akibat dari keterlambatan penanganan persalinan, dan dianggap sebagai salah satu penyebab terjadinya kematian ibu bersalin.<sup>8</sup> Komplikasi yang sering terjadi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan terutama adalah perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan.<sup>7</sup>

#### **(1.) Perdarahan Pascalin ( HPP/ Hemoragia Postpartum)**

Perdarahan pascalin primer terjadi selama 24 jam pertama setelah persalinan, sementara perdarahan pascalin sekunder adalah perdarahan pervaginam yang lebih banyak dari normal antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan. Pada HPP perdarahan yang terjadi  $\geq 500$  ml setelah bayi lahir atau yang berpotensi mempengaruhi hemodinamik ibu.<sup>26</sup> Perdarahan Pascalin didefinisikan sebagai kehilangan 500 atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesaria.<sup>33</sup> Pada keadaan normal plasenta dikeluarkan dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi. Selanjutnya kontraksi uterus segera akan menghentikan perdarahan. Karena berbagai alasan plasenta kemungkinan akan gagal dalam melepaskan diri akibatnya perdarahan tidak akan pernah berhenti selama plasenta atau bagiannya tetap berada dalam uterus. Wanita dalam kehamilan ganda yang paritas keempat atau kelima mempunyai risiko untuk mengalami perdarahan postpartum. Diduga otot uterus terlalu teregang

dan tidak berkontraksi dengan normal. Penyebab perdarahan post partum yang paling sering ialah atonia uteri, retensio plasenta (sisa plasenta), dan robekan jalan lahir.<sup>34</sup>

Dari semua kasus perdarahan postpartum sebesar 70% disebabkan oleh atonia uteri. Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah. Akibat dari atonia uteri ini adalah terjadinya perdarahan. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas seluruhnya. Atonia uteri menyebabkan terjadinya perdarahan yang cepat dan parah dan juga shock hypovolemik.<sup>35</sup>

### **(2.) Persalinan macet( Distosia )**

Distosia adalah persalinan abnormal yang ditandai oleh kemacetan atau tidak adanya kemajuan dalam persalinan atau persalinan yang menyimpang dari persalinan eustasia yang menunjukkan kegagalan. Distosia sering disebabkan karena anatomi jalan lahir, faktor letak dan bentuk janin. distosia yang paling sering terjadi adalah distosia bahu. Distosia bahu merupakan kegagalan persalinan bahu setelah kepala lahir dengan mencoba salah satu metode persalinan bahu. Distosia bahu merupakan kegawat – daruratan karena terbatasnya waktu persalinan, terjadi trauma janin, dan komplikasi pada ibu.<sup>36</sup>

Kala I pada persalinan normal adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Sedangkan Kala II Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi, proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.<sup>37</sup>

### **(3.) Infeksi atau Sepsis**

Kejadian sepsis pada wanita hamil dihubungkan dengan komplikasi infeksi seperti infeksi saluran kemih, korioamnionitis, endometritis, luka infeksi dan abortus. Penyebab sepsis pada wanita hamil diantaranya malaria, HIV dan pneumonia. Infeksi saluran kemih sering dikaitkan sebagai penyebab infeksi tersering pada kehamilan. Hal ini dikarenakan terjadinya perubahan secara anatomi dan fisiologis sehingga memudahkan ascending infection. Perubahan kimiawi urine juga memudahkan pertumbuhan kuman sebagai penyebab infeksi. Korioamnionitis

sering dihubungkan dengan kejadian ketuban pecah dini. Lamanya waktu ketuban pecah dengan proses persalinan sangat mempengaruhi kejadian ini. Luka yang terinfeksi merupakan komplikasi yang sering terjadi pada operasi seksio sesaria. Saat persalinan pervaginam laserasi atau luka yang terjadi juga sering berakibat pada infeksi.<sup>38</sup>

#### **(4.) Ketuban Pecah Dini pada Persalinan**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda –tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu.<sup>29,34</sup> Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Adapun yang menjadi faktor risiko KPD adalah :infeksi, serviks yang inkompeten, ketegangan intrauterine, trauma, kelainan letak janin, peninggian tekanan intrauterine, kemungkinan kesempitan panggul, korioamnionitis, faktor keturunan, riwayat KPD sebelumnya, kelainan atau kerusakan selaput ketuban dan serviks yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu.<sup>29</sup>

#### **(5.) Malpresentasi Bayi**

Malpresentasi adalah bagian terendah janin bukan vertek, contohnya presentasi dahi, wajah, bahu, dan bokong. Sedangkan, malposisi merupakan presentasi dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi. Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama dan partus macet. Sedangkan Cephalo pelvic disproportion yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dan panggul.<sup>28</sup>

#### **(6.) Ruptura Uteri**

Ruptura uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan atau persalinan pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Manifestasi perdarahan masih merupakan trias penyebab kematian maternal tinggi. Angka kematian ibu akibat perdarahan yang disebabkan rupture uteri berkisar antara 17,9% sampai 62,6%. Saat persalinan kala I dan awal kala II batas antara segmen bawah rahim dan segmen atas rahim dinamakan lingkaran retraksi fisiologis, jika bagian bawah tidak mengalami kemajuan akan timbul retraksi patologis (Bandl's ring). Apabila saat persalinan tetap tidak ada kemajuan maka akan terjadi rupture uteri dan menyebabkan komplikasi berupa kematian maternal.<sup>39</sup>

### **c. Komplikasi masa nifas**

Nifas merupakan masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai enam minggu berikutnya disertai pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan.<sup>7</sup> Komplikasi atau tanda bahaya yang sering terjadi pada masa nifas seperti perdarahan postpartum, infeksi masa nifas, Subinvolusi Uterus, dan Tromboflebitis pascapartum.

#### **(1.) Perdarahan Pascalin (HPP/ Hemoragia postpartum)**

Perdarahan postpartum dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam, sejumlah besar perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya di bagi atas dua bagian yaitu: Perdarahan Postpartum Primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum.<sup>28</sup>

#### **(2.) Infeksi Masa Nifas**

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi pasca persalinan, infeksi masa nifas masih merupakan penyebab angka kematian ibu (AKI). Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran kencing, payudara, dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari suhu, pembengkakan, takikardia dan malaise. Gejala lokalnya berupa uterus lembek, kemerahan, rasa nyeri pada payudara, atau adanya disuria.<sup>7,11,40</sup>

#### **(3.) Tromboflebitis Pascapartum**

Tromboflebitis pascapartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena. Tromboflebitis vena profunda ditandai dengan tanda dan gejala sebagai berikut: kemungkinan peningkatan suhu ringan, takikardia ringan, awitan tiba-tiba nyeri sangat berat pada tungkai diperburuk dengan pergerakan atau saat berdiri, edema pergelangan kaki, tungkai dan paha, tanda positif, nyeri saat penekanan betis, nyeri tekan sepanjang aliran pembuluh darah yang terkena dengan pembuluh darah dapat teraba Risiko terbesar yang berkaitan dengan tromboflebitis adalah emboli paru,

terutama sekali terjadi pada tromboflebitis vena profunda dan kecil kemungkinannya terjadi pada tromboflebitis. Awitan tiba-tiba takipnea, dispnea, dan nyeri dada tajam adalah gejala.<sup>28</sup>

Komplikasi atau penyulit diatas dapat diperberat oleh faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti Empat Terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran, maupun yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti Tiga Terlambat (terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan).<sup>37</sup>

#### **(4.) Determinan Antara**

Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yaitu salah satunya adalah status reproduksi dan faktor – faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga.

##### **a.) Status Reproduksi**

Status reproduksi yang berperan penting terhadap kejadian kematian maternal adalah usia ibu hamil, jumlah kelahiran atau paritas, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu.<sup>7</sup>

##### **(1.) Usia Ibu**

Usia ibu saat hamil yang berisiko untuk terjadinya kematian maternal adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal lebih besar daripada ibu yang berusia 20 – 35 tahun. Usia reproduksi sehat yang aman untuk seorang wanita hamil dan melahirkan adalah 20-35. Risiko hamil dan melahirkan yang lebih tinggi yaitu usia dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Hal yang memperberat usia < 20 tahun menjadi salah satu faktor risiko kematian maternal ialah di karenakan secara biologis perkembangan alat-alat reproduksi wanita belum seluruhnya optimal, dalam kata lain wanita tersebut sepenuhnya belum siap untuk menghadapi kehamilan dan menerima hasil konsepsi. Ketidaksiapan tersebut mengakibatkan pada saat hamil dan melahirkan timbul komplikasi yang sebagian besarnya dialami pada wanita belasan tahun. Sedangkan untuk usia ibu > 35 tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal karena pada usia tersebut fungsi organ organ tubuh sudah mulai berkurang.<sup>7,40</sup>

##### **(2.) Paritas**

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun

selama persalinan. Pada ibu yang primipara (melahirkan bayi hidup) pertama kali, karena pengalaman melahirkan belum pernah, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar. Informasi yang kurang tentang persalinan dapat pula mempengaruhi proses persalinan. Paritas 2 – 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas >4 memiliki angka kematian maternal lebih tinggi. Paritas  $\leq 1$  dan usia muda berisiko karena ibu belum siap secara medis maupun secara mental, sedangkan paritas > 4 dan usia tua, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Multiparitas berisiko dalam kejadian perdarahan postpartum dikarenakan oleh otot uterus yang sering diregangkan sehingga dindingnya menipis dan kontraksinya menjadi lemah. Hal ini mengakibatkan kejadian perdarahan Postpartum menjadi 4 kali lebih besar pada multiparitas dimana insidennya adalah 2,7%. Sedangkan paritas  $\leq 1$  lebih disebabkan karena kondisi mental atau psikis ibu karena baru pertama kali menghadapi persalinan.<sup>7,4</sup>

### **(3.) Jarak Kehamilan**

Jarak kehamilan merupakan jarak antara kehamilan yang satu dengan kehamilan berikutnya.<sup>22</sup> Jarak kehamilan berpengaruh terhadap komplikasi kehamilan dan pertumbuhan janin. Menurut BKKBN Jarak kehamilan terlalu dekat dapat meningkatkan risiko pada kehamilan seperti Anemia dan berdampak sebagai penyulit saat persalinan karena kondisi rahim ibu belum pulih sempurna. Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian maternal. Jarak kehamilan yang baik bagi seorang ibu untuk hamil lagi adalah 36 bulan atau 3 tahun.<sup>40,42</sup> Hal ini dimaksudkan supaya kebutuhan zat besi seorang ibu dapat tercukupi, serta mempersiapkan stamina fisiknya sebelum hamil berikutnya. Ibu dengan jarak kehamilan optimal bertujuan untuk menciptakan keluarga bahagia karena dalam keluarga tersebut ibu dapat memberikan perhatian sesuai pada anak pertama dan kehamilan keduanya.<sup>11,40,41</sup>

### **(4.) Status Perkawinan**

Status perkawinan yang mendukung terjadinya kematian maternal adalah status tidak menikah. Status ini merupakan dari suatu kehamilan yang tidak diharapkan atau direncanakan. Wanita dengan status perkawinan tidak menikah pada umumnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan antenatal, yang mengakibatkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi.<sup>32</sup>



## **b). Riwayat Penyakit**

Seorang wanita yang mempunyai riwayat penyakit seperti Hipertensi, Penyakit jantung, Diabetes Melitus, Hepatitis, HIV/AIDS , Malaria,dll. Termasuk kategori ibu risiko tinggi, salah satu dari beberapa riwayat penyakit tersebut yang paling banyak menjadi faktor resiko kematian ibu yaitu hipertensi. Hipertensi akan mempengaruhi saat proses persalinan serta berpengaruh secara balik antara ibu dan bayi.<sup>7</sup>

## **c). Status Kesehatan Ibu**

Status kesehatan ibu yaitu status anemia yang sering terjadi pada ibu hamil.

### **1.) Status Anemia**

Ibu hamil yang anemia karena Hbnya rendah bukan hanya membahayakan jiwa ibu tetapi juga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan serta membahayakan jiwa janin. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai nutrisi dan oksigen pada plasenta yang akan berpengaruh pada fungsi plasenta terhadap janin.<sup>7,22</sup>

## **d). Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Pada umumnya kematian maternal di Negara berkembang berkaitandengan setidaknya satu dari tiga keterlambatan (*The Three Delay Models*).Keterlambatan yang pertama adalah keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk mencari perawatan kesehatan apabila terjadi komplikasi Keadaan initerjadi karena berbagai hal, termasuk di dalamnya adalah keterlambatan dalam mengenali adanya masalah, misalnya keputusan untuk mencari pertolongan pada tenaga kesehatan harus menunggu keluarga atau suami yang sedang tidak ada di tempat. Keterlambatan kedua terjadi setelah keputusan untuk mencari perawatan kesehatan diambil keterlambatan ini terjadi akibat keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan dan pada umumnya terjadi akibat kesulitan transportasi.Beberapa desa memilikipilihan transportasi yang sangat terbatas dan fasilitas jalan yang buruk. Kendalageografis di lapangan mengakibatkan banyak rumah sakit rujukan tidak dapat dicapaidalam waktu dua jam, yaitu merupakan waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu dengan perdarahan dari jalan lahir. Keterlambatan ketiga yaituketerlambatan dalam memperoleh perawatan di fasilitas kesehatan. Seringkali paraibu harus menunggu selama beberapa jam di pusat kesehatan rujukan karena manajemen staf yang buruk, kebijakan pembayaran kesehatan di muka, atau kesulitan dalam memperoleh darah untuk

keperluan, kurangnya peralatan dan juga kekurangan obat – obatan yang penting, atau ruangan untuk operasi.<sup>42</sup>

## **(5.) Determinan Jauh**

Di lain pihak, terdapat juga determinan jauh yang akan mempengaruhi kejadian kematian maternal melalui pengaruhnya terhadap determinan antara, yang meliputi faktor sosio dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.

### **1. Tingkat Pendidikan Ibu**

Pendidikan yang ditempuh oleh seseorang merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu maupun masyarakat. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi, akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya ingin selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal – hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya. Informasi kesehatan yang cukup terutama pada ibu-ibu hamil, terutama masalah kehamilan dan persalinan diharapkan akan dapat merubah perilaku hidup sehat termasuk dalam perilaku pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal Care*, pemenuhan gizi seimbang, dan perilaku hidup sehat.<sup>7</sup>

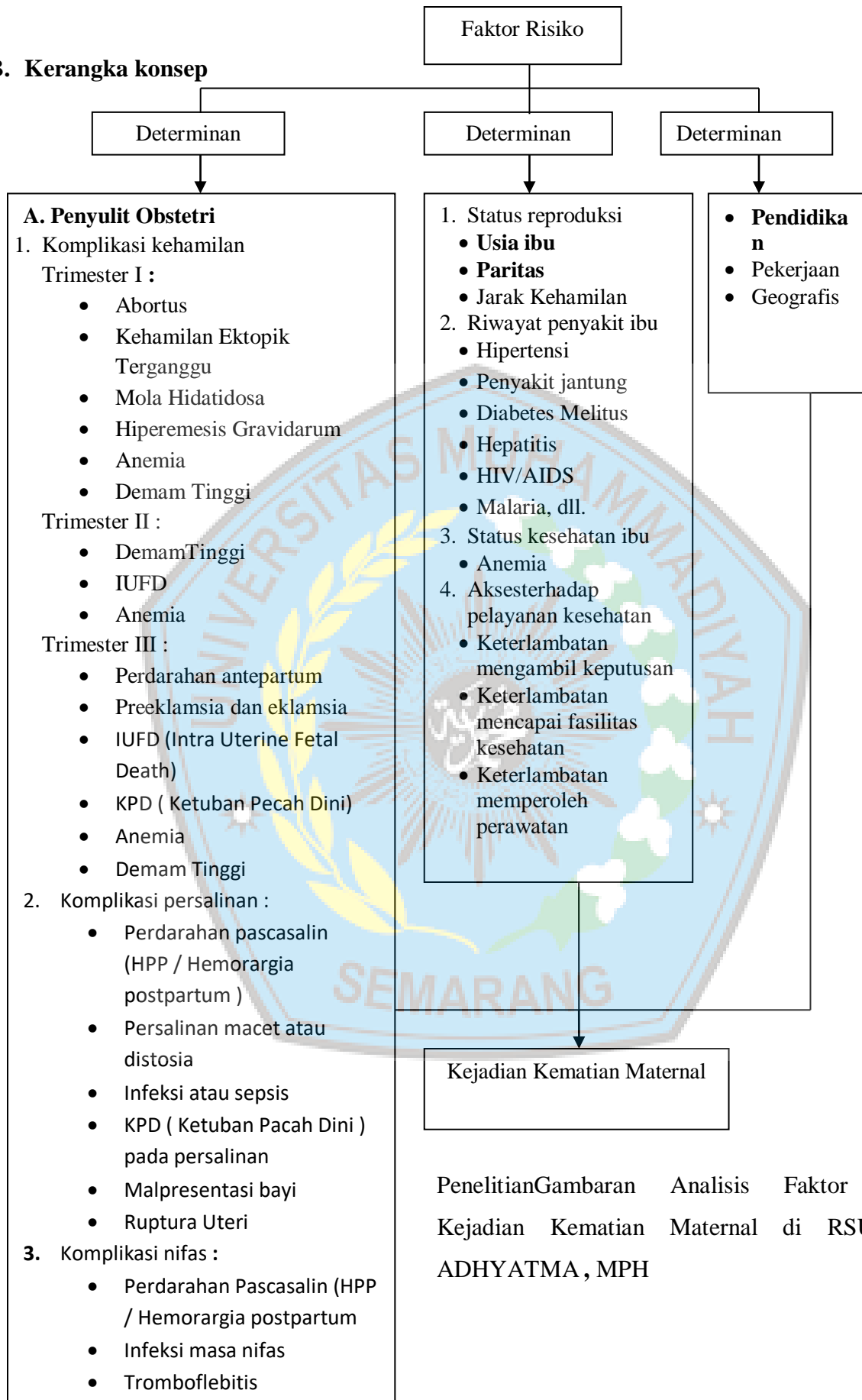
### **2. Status Pekerjaan**

Status pekerjaan perempuan dan suami mendukung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun, pada penelitian yang dilakukan di Indonesia membuktikan bahwa status perempuan yang berkerja dan pekerjaan suami tidak mempunyai dampak signifikan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan pada fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>7</sup>

### **3. Wilayah Tempat Tinggal**

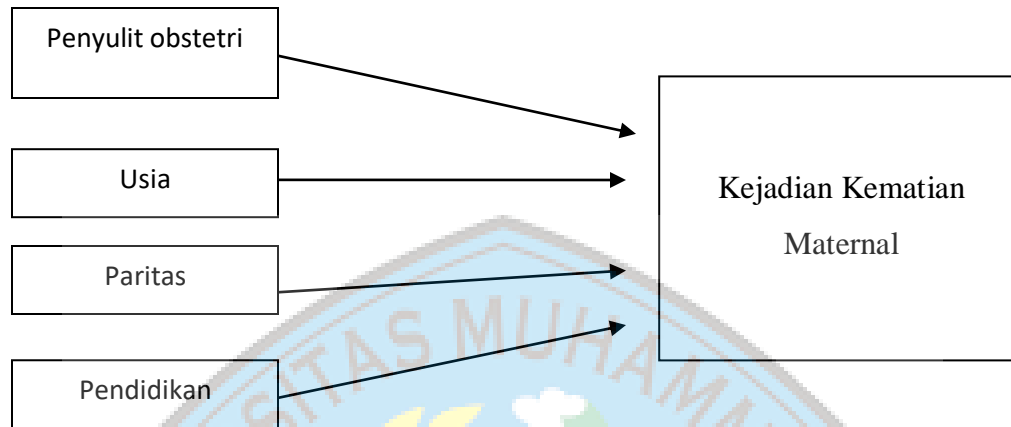
Letak geografis sangat menentukan terhadap pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan antenatal care. Ibu hamil yang tinggal ditempat yang terpencil umumnya desa-desa yang masih terisolisir dan transportasi yang sulit terjangkau, sehingga untuk menempuh perjalanan ke tempat pelayanan kesehatan akan memerlukan waktu yang lama, sementara ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya.<sup>7</sup>

**B. Kerangka konsep**



PenelitianGambaran Analisis Faktor Resiko  
Kejadian Kematian Maternal di RSUD Dr.  
ADHYATMA, MPH

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Analisis Faktor Resiko Kejadian Kematian Maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH

## **D. Hipotesis**

### **1. Hipotesis Major**

- a. Terdapat hubungan antara penyulit obstetri, usia, paritas, dan pendidikan yang mengalami kematian akibat persalinan dengan kejadian kematian maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH

### **2. Hipotesis Minor**

- a. Terdapat hubungan antara penyulit obstetri dengan kejadian kematian maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH
- b. Terdapat hubungan antara usia ibu dengan kejadian kematian maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH
- c. Terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian kematian maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH
- d. Terdapat hubungan antara pendidikan dengan kejadian kematian maternal di RSUD Dr. ADHYATMA, MPH

