



**GAMBARAN PELAKSANAAN PELAYANAN OBSTETRI  
EMERGENSI DAN KEJADIAN KEMATIAN MATERNAL  
DI RSUD TUGUREJO**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam menempuh  
Program Pendidikan Sarjana Fakultas Kedokteran

Disusun oleh:

Shinta Dewi Wulandari

H2A012001

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

**2016**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing Skripsi dari:

Nama : Shinta Dewi Wulandari

NIM : H2A012001

Fakultas : Kedokteran

Universitas : Universitas Muhammadiyah Semarang

Tingkat : Program Pendidikan Sarjana

Judul : **GAMBARAN PELAKSANAAN PELAYANAN**

**OBSTETRI EMERGENSI DAN KEJADIAN**

**KEMATIAN MATERNAL DI RSUD TUGUREJO**

Bagian : Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Pembimbing : 1. dr. M. Taufiqy Setyabudi, Sp.OG (K)

2. dr. Merry Tyas Anggraini, M.Kes

Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam memenuhi Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

Pembimbing I

Semarang, Maret 2016

Pembimbing II

  
dr. M. Taufiqy Setyabudi, Sp.OG (K)  
NIK. 196508061990111001

  
dr. Merry Tyas Anggraini, M.Kes  
NIK. 28.6.1026.151

## HALAMAN PENGESAHAN

### GAMBARAN PELAKSANAAN PELAYANAN OBSTETRI EMERGENSI DAN KEJADIAN KEMATIAN MATERNAL DI RSUD TUGUREJO

Disusun oleh:

Shinta Dewi Wulandari

H2A012001

Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran  
Universitas Muhammadiyah Semarang pada Februari 2016 dan telah disepakati  
sesuai dengan saran-saran yang diberikan

Semarang, Maret 2016

Tim Penguji

dr. Diana Handaria, Sp. OG

dr. M. Taufiqy Setyabudi, Sp. OG (K)

dr. Merry Tyas Anggraini, M. Kes

Skripsi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan

Tahap Pendidikan Akademik

Tanggal / Maret 2016

dr. M. Riza Setiawan

Ketua Program Pendidikan Tahap Akademik

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal di RSUD Tugurejo” ini.

Skripsi ini terwujud atas bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. dr. Siti Moetmainnah Prihadi, Sp. OG (K), MARS selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyusun skripsi penelitian ini.
2. dr. M. Riza Setiawan selaku Ketua Program Pendidikan Tahap Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyusun skripsi penelitian ini.
3. dr. M. Taufiqy Setyabudi, Sp. OG (K) selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan arahan kepada penulis.
4. dr. Merry Tyas Anggraini, M. Kes selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan arahan kepada penulis.
5. dr. Diana Handaria, Sp. OG selaku Penguji yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis.
6. dr. Endro Suprayitno, Sp. KJ, M. Si selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo yang telah memberikan izin pelaksanaan penelitian ini di instansi yang beliau pimpin.
7. Jajaran Staf Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo yang telah memberikan bantuan dalam perizinan dan pengambilan data penelitian.
8. Dosen dan Staf Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.
9. Responden penelitian “Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri

Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal di RSUD Tugurejo” ini. Semoga amal ibadahnya diterima di sisi Allah SWT.

10. Bapak Lego Waspada dan Ibu Sriyatun beserta saudara-saudara yang telah memberikan dukungan dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Strata I Pendidikan Dokter.

11. Teman-teman di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan dukungan dan doa kepada penulis.

Penulis menyadari usulan penelitian ini masih banyak kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan penulisan ini. Besar harapan penulis agar skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Semarang, Maret 2016

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	3
E. Keaslian Penelitian.....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Pustaka.....	6
B. Kerangka Teori .....	28
C. Kerangka Konsep.....	29
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Ruang Lingkup Penelitian.....	30
B. Jenis Penelitian.....	30
C. Populasi dan Sampel .....	30
D. Variabel Penelitian.....	31
E. Alat dan Bahan.....	32
F. Alur Penelitian .....	32
G. Pengolahan dan Analisis Data .....	33

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil .....	34
B. Pembahasan.....	40
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan .....	59
B. Saran .....	59
DAFTAR PUSTAKA .....	61
LAMPIRAN.....	64



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian Penelitian Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal di RSUD Tugurejo .....	4
Tabel 2. Delapan Indikator yang Digunakan untuk Evaluasi Pelayanan Obstetri Emergensi menurut WHO .....	13
Tabel 3. Kompetensi yang Harus Dimiliki Penolong Persalinan Terlatih ...	15
Tabel 4. Definisi Istilah yang Berkaitan dengan Kematian Maternal menurut ICD-10.....	18
Tabel 5. Definisi Operasional Variabel .....	31
Tabel 6. Jumlah Persentase Persalinan, Komplikasi Obstetri, Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015.....	34
Tabel 7. Metode Persalinan di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015.....	35
Tabel 8. Data Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015.....	35
Tabel 9. <i>Case Fatality Rate</i> Komplikasi Obstetri di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015.....	37
Tabel 10. Daftar Penyebab Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015.....	38
Tabel 11. Daftar SPO Pelayanan Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo.....	38
Tabel 12. Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015 .....	39
Tabel 13. Kumulatif Kesesuaian Penatalaksanaan Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo Tahun 2011-2015 .....	40

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Skema Analisis Determinan Kesakitan dan Kematian Maternal.....	21
Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal di RSUD Tugurejo.....	28
Gambar 3. Alur Penelitian.....	32



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Izin Penelitian .....	64
Lampiran 2	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Preeklampsia/ Eklampsia di RSUD Tugurejo .....	65
Lampiran 3	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Perdarahan Antepartum di RSUD Tugurejo .....	67
Lampiran 4	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Perdarahan Postpartum di RSUD Tugurejo .....	68
Lampiran 5	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Gangguan Jantung di RSUD Tugurejo .....	70
Lampiran 6	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Retensio Plasenta dan Manual Plasenta di RSUD Tugurejo .....	71
Lampiran 7	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Partus Prematurus Imminens di RSUD Tugurejo .....	72
Lampiran 8	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Limfadenitis TB di RSUD Tugurejo .....	73
Lampiran 9	Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus <i>Death on Arrival</i> di RSUD Tugurejo .....	74

## GAMBARAN PELAKSANAAN PELAYANAN OBSTETRI EMERGENSI DAN KEJADIAN KEMATIAN MATERNAL DI RSUD TUGUREJO

Shinta Dewi Wulandari<sup>(1)</sup> M. Taufiq Setyabudi<sup>(2)</sup> Merry Tyas Anggraini<sup>(3)</sup>

### ABSTRAK

**Latar Belakang.** Kematian maternal masih menjadi permasalahan di RSUD Tugurejo. Salah satu intervensi kunci untuk menurunkan kematian maternal adalah pelayanan obstetri emergensi. Pelayanan obstetri emergensi penting karena skrining kasus berisiko tinggi dan peningkatan status kesehatan ibu sebelum dan selama hamil tidak akan menghilangkan komplikasi yang mungkin terjadi secara total.

**Metode.** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 20 ibu.

**Hasil.** Hasil pengamatan menunjukkan terdapat 8645 kasus persalinan, persentase penanganan komplikasi obstetri meningkat dari 10,47% menjadi 18,55%, %, terdapat 26 kasus kematian maternal, proporsi kematian maternal tetap dalam kisaran 0,30%, proporsi SC meningkat dari 15,62% menjadi 33,65%, CFR akibat komplikasi obstetri menurun hingga mencapai 0%, proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung berkisar 15,38%, preeklampsia/eklampsia merupakan penyebab terbanyak kasus kematian maternal (38,46%), semua penanganan obstetri emergensi telah memenuhi >50% (total) SPO yang berlaku (100%), dan data lengkap tentang kematian maternal tidak cukup mudah didapatkan karena kelengkapan data kurang atau penyimpanan yang kurang baik.

**Kesimpulan.** Pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi di RSUD Tugurejo sudah optimal. Terjadi kecenderungan penurunan kejadian kematian maternal.

**Kata Kunci:** pelayanan obstetri emergensi, kematian maternal

Korespondensi: email [shintadewiwulandari@gmail.com](mailto:shintadewiwulandari@gmail.com)

<sup>1)</sup> Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.

<sup>2)</sup> Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.

<sup>3)</sup> Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.

## EMERGENCY OBSTETRIC CARE AND MATERNAL MORTALITY AT RSUD TUGUREJO

Shinta Dewi Wulandari<sup>(1)</sup> M. Taufiqy Setyabudi<sup>(2)</sup> Merry Tyas Anggraini<sup>(3)</sup>

### **ABSTRACT**

**Background.** Maternal mortality had been an issue at RSUD Tugurejo. One of the intervention key to reduce maternal mortality was emergency obstetric care. Emergency obstetric care was important because risk factor screening and increasing maternal health status before and in prenatal period would not dismiss the complication that might be happen in total.

**Method.** This study was a qualitative. Total sampling was used as the sampling technique. The sample consisted of 20 women.

**Result.** The result showed that there were 8645 deliveries, the proportion of emergency obstetric care increased from 10,47% to 18,55%, there were 26 cases of maternal mortality, proportion of maternal mortality was ranged around 0,30%, the proportion of SC increased from 15,62% to 33,65%, , the CFR caused by obstetric complications decreased up to 0%, proportion of indirect cause of maternal mortality was 15,38%, preeclampsia/eclampsia was the main cause of maternal mortality (38,46%), all of the emergency obstetric care met >50% (total) the standard operational procedure (100%), and complete data of maternal mortality was quite hard to find because the incomplete writing and the lack of data storage.

**Conclusion.** The emergency obstetric care was optimum.. There was a tendency that the maternal mortality had reduced.

**Keywords:** emergency obstetric care, maternal mortality

Correspondency: email [shintadewiwulandari@gmail.com](mailto:shintadewiwulandari@gmail.com)

<sup>(1)</sup> Student of Faculty of Medicine at Universitas Muhammadiyah Semarang

<sup>(2)</sup> Lecturer of Faculty of Medicine at Universitas Muhammadiyah Semarang

<sup>(3)</sup> Lecturer of Faculty of Medicine at Universitas Muhammadiyah Semarang

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Indonesia masih dinilai memiliki derajat kesehatan ibu yang rendah.(1)Salah satu indikator derajat kesehatan ibu Dalam *Millenium Development Goals* (MDGs)adalah Angka Kematian Ibu (AKI).(2) Angka Kematian Ibu di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran pada tahun 2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran pada tahun 2012.(3)Peningkatan ini berarti telah banyak jiwa yang tidak berhasil diselamatkan mengingat besarnya populasi di Indonesia.

Angka Kematian Ibudi Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 berdasarkan laporan dari kabupaten/kota adalah sebesar 116,34/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2011 sebesar 116,01/100.000 kelahiran hidup. (4) Kota Semarang juga mengalami peningkatan AKI yaitu dari 77,5/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 menjadi 109,2/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013.(5) Di Rumas Sakit Umum Daerah (RSUD)Tugurejo sendiri mengalami AKI yang fluktuatif. Pada tahun 2013 hanya terjadi satu kematian maternal, sedangkan pada tahun 2014 terjadi empat kematian maternal. (6)

Beberapa dekade belakangan ini telah dipelajari berbagai intervensi yang dapat menurunkan kematian maternal. Keberhasilan banyak negara dalam menekan kematian maternal membuktikan bahwa pada dasarnya kematian maternal dapat dicegah. Seperangkat program kunci tersebut adalah penolong persalinan yang terlatih, pelayanan obstetri emergensi, dan sistem rujukan emergensi.(2)Pelayanan obstetri emergensi penting karena skrining kasus berisiko tinggi dan peningkatan status kesehatan ibu sebelum dan selama hamil tidak akan menghilangkan komplikasi yang mungkin terjadi secara total.(7)Di Indonesia pelayanan obstetri emergensi

diselenggarakan dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas yang didukung dengan keberadaan rumah sakit dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam suatu *Collaborative Improvement* PONED-PONEK.(8) Pelayanan obstetri emergensi tersebut antara lain adalah Pelayanan perdarahan pada kehamilan muda, nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut, kehamilan ektopik dan kehamilan ektopik terganggu, hipertensi-preeklampsia-eklampsia, perdarahan pada masa kehamilan, kehamilan metabolik, dan kelainan vaskuler atau jantung, persalinan dengan parut uterus, persalinan dengan distensi uterus, gawat janin dalam persalinan, pelayanan terhadap syok, ketuban pecah dini, persalinan macet, induksi dan akselerasi persalinan, aspirasi vakum manual, ekstraksi cunam, *sectio caesarea* (SC), episiotomi, kraniotomi dan kraniosentesis, malpresentasi dan malposisi, distosia bahu, prolapsus tali pusat, plasenta manual, perbaikan robekan serviks, perbaikan robekan vagina dan perineum, perbaikan robekan dinding uterus, reposisi invertio uteri, histerektomi, sukar bernapas, kompresi bimanual dan aorta, dilatasi dan kuretase, ligase arteri uterina, anesthesia umum dan lokal untuk SC, anesthesia spinal, ketamine, blok pudendal, demam pasca persalinan, perdarahan pasca persalinan, nyeri perut pasca persalinan, pelayanan darah, perawatan intensif (meliputi pemantauan terapi cairan, pengawasan gawat napas atau ventilator, perawatan sepsis)

Perlu diketahui bahwa kegawatdaruratan obstetri medis dan operatif pada kehamilan dan persalinan cenderung terus meningkat. Peningkatan ini dapat disebabkan oleh karena perubahan demografi wanita hamil dan praktik ilmu kebidanan sehingga semua petugas profesional dan unit obstetri perlu disiapkan untuk mengelola keadaan tersebut. (9)

Al Quran Surat Al Maidah ayat 32 menyatakan pentingnya penyelamatan hidup manusia, "...Dan barang siapa yang memelihara keselamatan nyawa seorang manusia, maka seolah-olah dia telah memelihara keselamatan nyawa manusia semuanya..." Mencegah

kematian maternal selama proses kehamilan, persalinan, dan nifas adalah tugas yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai perwujudan ibadah kepada Allah SWT.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dan kejadian kematian maternal di RSUD Tugurejo.

#### B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah gambaran pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dan kejadian kematian maternal di RSUD Tugurejo?”

#### C. Tujuan

##### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dan kejadian kematian maternal di RSUD Tugurejo.

##### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan aksesibilitas data rekam mediskasus kematian maternal di RSUD Tugurejo.
- b. Mendeskripsikan persalinan hidup di RSUD Tugurejo.
- c. Mendeskripsikan kejadian kematian maternal di RSUD Tugurejo.
- d. Mendeskripsikan kesesuaian pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dengan standar operasional prosedur di RSUD Tugurejo.

#### D. Manfaat

##### 1. Ilmu Pengetahuan

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah pustaka ilmu pengetahuan mengenai upaya menurunkan kematian maternal.

## 2. Bagi Peneliti

Peneliti dapat mengembangkan pola pikir penelitian ilmiah secara sistematis.

## 3. Bagi Tenaga Medis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan sehingga tenaga medis dapat meningkatkan kinerja dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu.

## 4. Bagi Institusi

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan sehingga institusi dapat menyusun strategi pelayanan untuk meningkatkan kesehatan maternal.

## 5. Bagi Pemerintah

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah guna membuat kebijakan untuk meningkatkan kesehatan maternal.

## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal di RSUD Tugurejo

No	Nama/Judul	Tujuan	Persamaan	Perbedaan
1	Dwi Sarwani SR, Sri Nurlaela Analisis Faktor Risiko Kematian Ibu (Studi Kasus di Kabupaten Banyumas)	Untuk mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi AKI di Kabupaten Banyumas	Variabel: kejadian kematian maternal	Jenis penelitian: Deskriptif Variabel: Pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi
2	Nurul Aeni Faktor Risiko Kematian maternal	Untuk Menggambarkan kematian maternal di Kabupaten Pati dan menganalisis faktor risiko kematian	Variabel: kejadian kematian maternal	Jenis penelitian: Deskriptif Variabel: Pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi

---

maternal di  
Kabupaten Pati  
Tahun 2011

---



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Pelayanan Obstetri Emergensi**

Intervensi teknis untuk menurunkan kematian maternal telah diketahui dengan baik. Suatu paket penyelamatan hidup ibu dan bayi antara lain kombinasi dari penolong persalinan terlatih, pelayanan obstetrik emergensi, dan sistem rujukan emergensi. Pelayanan obstetrik emergensi dan penolong persalinan terlatih telah menggeser fokus kesehatan dari dekade lalu yaitu pelayanan antenatal. Mayoritas komplikasi obstetrik tidak dapat diprediksi sehingga semua ibu hamil harus dinilai berisiko mengalami komplikasi yang memerlukan akses cepat terhadap pelayanan obstetrik emergensi. Diperkirakan 73% kematian maternal dapat dicegah dengan meningkatkan cakupan dari tiga intervensi kunci ini hingga 99%,<sup>(2)</sup>

##### **a. Pelayanan Obstetrik Emergensi**

Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kesakitan yang berat, bahkan kematian maternal dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab langsung kematian maternal, janin, dan bayi baru lahir. Dari sisi obstetri, empat penyebab utama kematian maternal, janin, dan bayi baru lahir adalah perdarahan, infeksi dan sepsis, hipertensi dan preeklampsia/eklampsia, serta persalinan macet (distosia). Persalinan macet hanya terjadi pada saat persalinan berlangsung, sedangkan ketiga penyebab lain dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Yang dimaksudkan dengan kasus perdarahan di sini termasuk kasus perdarahan yang diakibatkan oleh perlukaan jalan lahir dan ruptura uteri. Selain keempat penyebab kematian utama tersebut, masih banyak jenis kasus gawat darurat obstetri baik yang terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya emboli air ketuban,

maupun yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan, misalnya luka bakar, syok anafilaktik karena obat, dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas.(10)

Manifestasi klinik kasus gawat darurat tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas.

- 1) Kasus perdarahan dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak, merembes, profus, sampai syok.
- 2) Kasus infeksi dan sepsis dapat bermanifestasi mulai dari pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam, sampai syok.
- 3) Kasus hipertensi dan preeklampsia/eklampsia dapat bermanifestasi mulai dari keluhan pusing atau nyeri kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang, sampai koma, pingsan atau tidak sadar.
- 4) Kasus persalinan macet lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal. Kasus persalinan macet ini dapat merupakan manifestasi ruptura uteri.
- 5) Kasus gawat darurat yang lain bermanifestasi klinik sesuai dengan penyebabnya.(10)

Mengenal kasus gawat darurat obstetri secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat dilakukan. Mengingat manifestasi klinik kasus gawat darurat obstetri yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus gawat darurat obstetri tidak selalu mudah dilakukan. Hal tersebut bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan daya analisis, serta pengalaman tenaga penolong. Kesalahan atau kelambatan dalam menentukan kasus dapat berakibat fatal. Prinsipnya adalah setiap kasus yang dihadapi harus dianggap sebagai gawat darurat atau setidaknya dianggap berpotensi gawat darurat sampai setelah penatalaksanaan selesai kasus itu ternyata bukan kasus gawat darurat.(10)

Diperkirakan 15% ibu mengalami komplikasi yang memerlukan intervensi, sedangkan kurang lebih 7% ibu mengalami komplikasi serius yang memerlukan rujukan ke level pelayanan kesehatan lanjutan. Waktu rata-rata kejadian hingga dapat terjadinya kematian pada perdarahan postpartum, yang merupakan sebab tersering kematian maternal, hanya dua jam. Pelayanan emergensi dasar harus tersedia pada setiap persalinan sesegera mungkin. Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar (*Basic Emergency Obstetric Care/EmOC*) meliputi pemberian antibiotik parenteral, pemberian magnesium sulfat untuk kasus eklampsia, pemberian oksitosin parenteral, manual plasenta, pengambilan retensi sisa hasil konsepsi, dan persalinan tindakan. Di sisi lain, Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar komprehensif (*comprehensive EmOC*) meliputi SC dan pemberian transfusi darah. Sebaiknya pada setiap 500.000 penduduk terdapat empat fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi dasar dan satu fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi komprehensif. (2)

Di Indonesia *EmOC* diselenggarakan dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas yang didukung dengan keberadaan Rumah Sakit dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam suatu *Collaborative Improvement* PONED-PONEK. Komplikasi yang membutuhkan pelayanan di rumah sakit memerlukan penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*), yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di rumah sakit. Sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pascasalin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan

melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di rumah sakit yang cepat dan tepat guna. Langkah 1 sampai dengan 5 diatas tidak akan bermanfaat bila langkah ke-6 tidak adekuat. Sebaliknya, adanya pelayanan di rumah sakit yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk. (8)

Rumah Sakit PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal yang sangat berperan dalam menurunkan AKI. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana, dan manajemen yang handal. (11)

Terdapat tiga fungsi Rumah Sakit PONEK 24 Jam, yaitu fungsi pelayanan, fungsi pendidikan, dan fungsi penelitian. Fungsi pelayanan Rumah Sakit PONEK 24 Jam adalah harus dapat melayani kasus rujukan yang tidak mampu ditangani oleh petugas kesehatan di tingkat pelayanan primer (dokter, bidan, perawat).(11)

Upaya pelayanan yang dilakukan di Rumah Sakit PONEK 24 Jam antara lain stabilisasi di unit gawat darurat dan persiapan untuk pengobatan definitif, penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK rumah sakit di ruang tindakan, penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparotomi, dan SC, perawatan intensif ibu dan bayi, serta yang terakhir pelayanan asuhan antenatal risiko tinggi.(11)

Ruang lingkup pelayanan kesehatan maternal dan neonatal pada PONEK terbagi atas dua kelas, yaitu PONEK Rumah Sakit Kelas B dan PONEK Rumah Sakit Kelas C.

a) PONEK Rumah Sakit Kelas B

Pelayanan Obstetri dan Neonatus Emergensi Komprehensif Rumah Sakit Kelas B terdiri dari pelayanan kesehatan maternal fisiologis, pelayanan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan risiko tinggi, pelayanan kesehatan neonatal, pelayanan ginekologis, serta perawatan intensif neonatal. Berikut akan

dibahas mengenai pelayanan kesehatan maternal fisiologis serta pelayanan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan risiko tinggi.

(1) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal fisiologis meliputi pelayanan kehamilan, pelayanan persalinan normal dan persalinan dengan tindakan operatif, pelayanan nifas, asuhan bayi baru lahir (level 2), dan imunisasi serta Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), *Intensive Care Unit* (ICU), *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), dan endoskopi.

(2) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dengan Risiko Tinggi

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan risiko tinggi meliputi masa antenatal, masa intranatal, dan masa postnatal. Pelayanan yang dilakukan selama masa antenatal antara lain perdarahan pada kehamilan muda atau abortus, nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut, kehamilan ektopik dan kehamilan ektopik terganggu, hipertensi-preeklampsia-eklampsia, perdarahan pada masa kehamilan, kehamilan metabolik, dan kelainan vaskuler atau jantung.

Pelayanan yang dilakukan pada masa intranatal antara lain persalinan dengan parut uterus, persalinan dengan distensi uterus, gawat janin dalam persalinan, pelayanan terhadap syok, ketuban pecah dini, persalinan macet, induksi dan akselerasi persalinan, aspirasi vakum manual, ekstraksi cunam, SC, episiotomi, kraniotomi dan kraniosentesis, malpresentasi dan malposisi, distosia bahu, prolapsus tali pusat, plasenta manual, perbaikan robekan serviks, perbaikan robekan vagina dan perineum, perbaikan robekan dinding uterus, reposisi *invertio uteri*, histerektomi, sukar bernapas, kompresi bimanual dan

aorta, dilatasi dan kuretase, ligase arteri uterina, anesthesia umum dan lokal untuk SC, anesthesia spinal, ketamine, blok pudendal.(11)

Pelayanan yang dilaksanakan pada masa postnatal antara lain masa nifas, demam pasca persalinan, perdarahan pasca persalinan, nyeri perut pasca persalinan, keluarga berencana, asuhan bayi baru lahir sakit (level 2). (11)

b) PONEK Rumah Sakit Kelas C

Pelayanan Obstetri dan Neonatus Emergensi Komprehensif Rumah Sakit Kelas C terdiri dari pelayanan kesehatan maternal dan neonatal fisiologis, pelayanan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan risiko tinggi, pelayanan kesehatan neonatal, pelayanan ginekologis, serta perawatan khusus (*High Care Unit* dan transfusi darah). Pada dasarnya, tidak banyak yang membedakan pelayanan emergensi yang dilakukan di rumah sakit kelas B dan kelas C. Penambahan layanan yang dilakukan di rumah sakit kelas B antara lain, pada pelayanan kesehatan maternal dan neonatal fisiologis, pelayanan persalinan dapat ditangani secara normal maupun dengan tindakan operatif, asuhan bayi baru lahir dengan level 2, adanya *Intensive Care Unit*(ICU) serta *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), dan endoskopi. Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan risiko tinggi juga mengalami penambahan layanan, yaitu adanya pelayanan perdarahan pada masa kehamilan, kehamilan metabolik, dan kelainan vaskuler atau jantung.(11)

Rumah Sakit PONEK 24 Jam juga memberikan pelayanan penunjang medik seperti pelayanan darah, perawatan intensif (meliputi pemantauan terapi cairan, pengawasan gawat napas atau ventilator, perawatan sepsis), pencitraan (meliputi radiologi dan ultrasonografi), dan pemeriksaan laboratorium.(11)

Monitor dan evaluasi kerja dari Rumah Sakit PONEK 24 Jam dinilai dari fasilitas fisik, kinerja kelompok kerja di unit gawat darurat, kamar bersalin, kamar operasi (harus mampu dilakukan operasi dalam waktu kurang dari 30 menit setelah diputuskan) dan kamar neonatal, *Case Fatality Rate* atau angka kematian penyakit yang harus menurun setiap tahun dengan percepatan 20%, dan AKI harus  $< 200/100.000$  kelahiran hidup. Target AKI untuk wilayah kerja kabupaten/kota adalah AKI  $< 100/100.000$  kelahiran hidup. Pencegahan kesakitan dan kematian maternal harus diupayakan dengan kegiatan pendukung juga, diantaranya adalah dengan perluasan cakupan peserta KB mencapai 75%. (11)

Penyelenggaraan rumah sakit PONEK 24 Jam juga dapat dinilai berdasarkan instrumen akreditasi rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit, yaitu standar akreditasi versi 2012. Standar Akreditasi Versi 2012 menyebutkan bahwa elemen penilaian untuk akreditasi rumah sakit ponek meliputi Pimpinan Rumah Sakit berpartisipasi dalam menyusun program PONEK, Pimpinan Rumah Sakit berpartisipasi dalam menetapkan keseluruhan proses/mechanisme dalam program PONEK termasuk pelaporannya, Adanya kebijakan rumah sakit dan dukungan penuh manajemen dalam pelayanan PONEK, terbentuk dan berfungsinya Tim PONEK Rumah Sakit, terlaksananya pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim PONEK sesuai standar, dan Terlaksananya fungsi rujukan PONEK pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku. (12)

Deborah Maine bersama para ahli lainnya menyusun serangkaian indikator yang dapat digunakan untuk mengawasi dan mengevaluasi ketersediaan, penggunaan, dan kualitas dari pelayanan obstetri emergensi. Indikator tersebut antara lain ketersediaan pelayanan obstetri emergensi, distribusi geografis fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi, proporsi persalinan di fasilitas kesehatan

dengan pelayanan obstetri emergensi, *met need* pelayanan obstetri emergensi,



Tabel 2. Delapan Indikator yang digunakan untuk Evaluasi Pelayanan Obstetri Emergensi menurut WHO

Indikator	Deskripsi	Pembilang	Penyebut	Target	
1,2	Ketersediaan pelayanan obstetri emergensi (cakupan nasional atau provinsi)	Rasio fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi terhadap populasi dan distribusi geografisnya	Jumlah PONEK/PONEK di suatu wilayah  Jumlah PONEK di suatu wilayah	Jumlah penduduk di suatu wilayah yang sama dibagi 500.000  Perkiraan jumlah penduduk di suatu wilayah yang sama dibagi 500.000	5 PONEK/PONEK per 500.000 penduduk  1 PONEK per 500.000 penduduk
3	Proporsi persalinan di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Proporsi semua persalinan di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Jumlah ibu yang bersalin di PONEK/PONEK dalam kurun waktu tertentu	Perkiraan jumlah seluruh persalinan di wilayah yang sama pada kurun waktu yang sama	Target ditetapkan oleh kebijakan setempat
4	<i>Met need</i> untuk pelayanan obstetri emergensi	Proporsi ibu dengan komplikasi obstetri langsung mayor yang ditangani di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Jumlah ibu dengan komplikasi obstetri langsung mayor yang ditangani di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi dalam kurun waktu tertentu	Perkiraan jumlah ibu dengan komplikasi obstetri langsung yang parah di wilayah yang sama pada kurun waktu yang sama	100%
5	Proporsi SC terhadap seluruh persalinan	Proporsi persalinan SC terhadap semua persalinan di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Jumlah SC di PONEK di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu	Perkiraan jumlah persalinan hidup di wilayah yang sama pada kurun waktu yang sama	5-15%
6	CFR komplikasi obstetri langsung	Proporsi ibu dengan komplikasi obstetri langsung mayor yang meninggal di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Jumlah kematian maternal karena komplikasi obstetri di PONEK/PONEK dalam kurun waktu tertentu	Jumlah ibu yang ditangani sebagai komplikasi obstetri di PONEK/PONEK pada kurun waktu yang sama	<1%
7	Laju kematian intrapartum dan neonatal dini	Proporsi persalinan yang berakibat kematian intrapartum atau neonatal dini dalam 24 jam pertama kehidupannya di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri emergensi	Jumlah kematian intrapartum ( <i>fresh still birth</i> 2,5 kg) dan kematian neonatal dini (24 jam, 2,5 kg) di PONEK/PONEK pada kurun waktu tertentu	Jumlah ibu bersalin di PONEK/PONEK dalam kurun waktu yang sama	Sedang diperhitungkan oleh para ahli

8	Proporsi kematian maternal akibat komplikasi tidak langsung	Persentase semua kematian maternal di fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri darurat akibat komplikasi tidak langsung	Jumlah kematian maternal akibat komplikasi tidak langsung di PONEK/PONEK dalam kurun waktu tertentu	Semua kematian maternal (akibat komplikasi langsung maupun tidak langsung) di PONEK/PONEK pada kurun waktu yang sama	Belum diputuskan
---	---	--	---	--	------------------

Proporsi SC terhadap seluruh persalinan, *Case Fatality Rate* (CFR) komplikasi obstetri langsung, laju kematian intrapartum dan neonatal dini, proporsi kematian maternal akibat komplikasi tidak langsung.(13)

b. Persalinan oleh Penolong Persalinan Terlatih

Diperkirakan 13 hingga 33 persen kematian maternal dapat dicegah dengan adanya penolong persalinan terlatih. Keberadaan penolong persalinan terlatih saat persalinan merupakan prosedur penting untuk menyelamatkan nyawa ibu dan membuat rujukan tepat waktu. Definisi penolong persalinan terlatih menurut *World Health Organization* (WHO), *International Confederation of Midwives* (ICM), dan *International Federation of Gynecology and Obstetrician* (FIGO) adalah “tenaga kesehatan terakreditasi seperti perawat, bidan, dan dokter yang telah menjalani pendidikan dan pelatihan keterampilan untuk memberikan asuhan pada kehamilan normal (tidak mengalami komplikasi), persalinan, dan periode postnatal serta dapat melakukan identifikasi, penatalaksanaan, dan rujukan komplikasi pada ibu dan bayi.” Tabel 3 menjabarkan kompetensi penolong persalinan terlatih.

Partograf merupakan alat yang penting bagi penolong persalinan terlatih untuk mendeteksi partus lama dan manajemen aktif kala III guna menurunkan angka kejadian perdarahan postpartum seperti halnya dengan manajemen perdarahan postpartum dan eklampsia. Direkomendasikan untuk para penolong persalinan untuk mengikuti pelatihan selama minimum 18 bulan untuk mencapai kompetensi tersebut. (2)

**Tabel 3. Kompetensi yang harus dimiliki Penolong Persalinan Terlatih**

Seorang penolong persalinan terlatih dapat melakukan fungsi di bawah ini di rumah atau di fasilitas kesehatan:

1. Menolong persalinan normal dengan aman menggunakan teknik aseptik
2. Menggunakan partograf untuk mendeteksi partus macet
3. Melakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala 3
4. Melakukan asuhan segera pada bayi baru lahir termasuk resusitasi
5. Melakukan manajemen awal perdarahan postpartum dengan penggunaan oksitosin parenteral dan masase abdomen
6. Melakukan manajemen awal preeklampsia dan eklampsia dengan menggunakan magnesium sulfat
7. Dapat mengenali dan menatalaksana infeksi postpartum dengan penggunaan antibiotik parenteral
8. Mengetahui bagaimana dan kapan merujuk ibu ke pelayanan kesehatan di atasnya dan stabilisasi selama perjalanan

Di fasilitas kesehatan seorang penolong persalinan terlatih harus dapat melakukan semua hal tersebut di atas ditambah:

9. Penjahitan luka robekan vagina dan perineum
10. Melakukan manual plasenta
11. Melakukan persalinan pervaginam tindakan dengan menggunakan ekstraksi vakum.
12. Menatalaksana abortus inkomplet dengan menggunakan *manual vacuum aspiration* (MVA)

Penolong persalinan terlatih perlu bekerja dalam lingkungan yang menyediakan sarana dan prasarana untuk penatalaksanaan kegawatdaruratan dan sistem rujukan ke fasilitas kesehatan dengan pelayanan obstetri komprehensif. Kehadiran penolong persalinan terlatih mengindikasikan bahwa suatu persalinan ditolong oleh petugas yang mampu memberikan pelayanan dalam suatu lingkungan yang memadai.(10)

Penolong persalinan yang terlatih tidak bisa bekerja dalam suatu lingkungan yang terisolasi dan memerlukan dukungan supervisi dan pelatihan untuk meningkatkan keterampilannya. Saat ini sistem kesehatan di berbagai area tidak mampu menyediakan pelatihan dasar dan dukungan sarana untuk menyelesaikan permasalahan ini. (2)

c. Sistem Rujukan Emergensi

Upaya untuk menurunkan kematian maternal menekankan pada pentingnya menurunkan tiga terlambat: terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat mengakses fasilitas kesehatan yang tepat, dan terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang

tepat/ kompeten. Memastikan adanya penolong persalinan terlatih dengan 24 jam pelayanan obstetri emergensi dapat menyelesaikan terlambat jenis pertama dan jenis ketiga, namun timbul masalah transportasi dari tempat persalinan asal ke fasilitas kesehatan rujukan. Keterlibatan masyarakat setempat penting karena sistem kesehatan tidak dapat menyediakan transportasi dalam keadaan emergensi di tingkat desa dan masyarakat perlu kendaraan sendiri bila ada ibu yang dirujuk ke fasilitas kesehatan. Bila rujukan emergensi sulit dilaksanakan akibat keterbatasan akses geografis, rumah tunggu maternitas bisa menjadi solusi.(2)

## 2. Kematian Maternal

Kematian maternal atau kematian ibu adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan. Indikator yang umum digunakan dalam kematian maternal adalah AKI (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian maternal dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi seorang wanita sewaktu ia hamil. Jika wanita tersebut hamil beberapa kali, risikonya meningkat dan digambarkan sebagai risiko kematian maternal sepanjang hidupnya, yaitu probabilitas menjadi hamil dan probabilitas kematian karena kehamilan sepanjang masa reproduksi.(10)

*World Health Organization* (WHO) berdasarkan *International Statistical Classification of Diseases Health Problems* revisi ke-10 (ICD-10) mendefinisikan kematian maternal sebagai kematian seorang wanita ketika sedang hamil hingga setelah 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa melihat usia dan tempat kehamilan dari semua penyebab yang ditimbulkan atau diperburuk oleh adanya kehamilan atau asuhan kehamilan, tetapi tidak disebabkan oleh kecelakaan. Definisi ini membuat identifikasi kematian maternal didasarkan pada penyebabnya, yaitu langsung dan tidak langsung. Kematian maternal langsung disebabkan oleh karena komplikasi obstetrik dari suatu konsekuensi adanya kehamilan

(sebagai contoh hamil, bersalin, dan nifas), intervensi di dalamnya, *omissions*, penatalaksanaan yang tidak benar, atau serangkaian kejadian yang diakibatkan oleh salah satu hal di atas. Kematian yang disebabkan oleh, misalnya, perdarahan obstetrik atau gangguan tekanan darah kehamilan, atau karena komplikasi anastesia, atau SC diklasifikasikan dalam kematian maternal langsung. Kematian maternal tidak langsung adalah kematian yang disebabkan oleh penyakit yang telah ada sebelum kehamilan terjadi atau dari penyakit yang berkembang selama kehamilan dan tidak ada kaitannya dengan penyebab obstetrik namun diperburuk oleh efek fisiologi yang timbul akibat kehamilan, contohnya adalah kematian akibat penyakit jantung atau ginjal. (14) Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 menyebutkan bahwa sebanyak 22.5% kematian maternal disebabkan oleh penyebab tidak langsung kematian maternal yang terdiri dari 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). Faktor yang berpengaruh lainnya adalah ibu hamil yang menderita penyakit menular seperti Malaria, HIV/AIDS, Tuberkulosis, Sifilis; penyakit tidak menular seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, gangguan jiwa; maupun yang mengalami kekurangan gizi. (15) Wanita yang mengalami kematian maternal cenderung memiliki riwayat kesehatan yang kurang baik sebelumnya. Hal tersebut didukung oleh Penelitian Berliana pada tahun 2013 yang menyebutkan bahwa adanya faktor risiko dalam kehamilan memiliki hubungan bermakna dengan cara persalinan ( $PR: 5,428; p = 0,000; 95\% CI 3,304 - 8,916$ ). Dapat diambil kesimpulan dari penelitian tersebut bahwa adanya faktor risiko dapat menimbulkan komplikasi sehingga perlu dilakukan persalinan tindakan

seperti ekstraksi vakum, forsep, atau SC untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi.(16)

Tabel 4. Definisi Istilah yang Berkaitan dengan Kematian Maternal Menurut ICD-10

<p><b>Kematian Maternal</b> Kematian seorang wanita ketika sedang hamil hingga setelah 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa melihat usia dan tempat kehamilan dari semua penyebab yang ditimbulkan atau diperburuk oleh adanya kehamilan atau asuhan kehamilan, tetapi tidak disebabkan oleh kecelakaan.</p>
<p><b>Kematian yang Berhubungan dengan Kehamilan</b> Kematian seorang wanita saat hamil hingga 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa melihat penyebab kematian.</p>
<p><b>Kematian Maternal Lambat (<i>Late Maternal Death</i>)</b> Kematian seorang wanita akibat penyebab obstetrik langsung maupun tidak langsung lebih dari 42 hari, namun kurang dari satu tahun setelah terminasi kehamilan.</p>

Semua konsep kematian selama hamil, bersalin, dan nifas masuk dalam ICD-10. Definisi alternatif dari semua kasus diatas dikenal sebagai semua kematian yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas termasuk akibat kecelakaan (sebelumnya dikenal dengan kematian yang berhubungan dengan kehamilan). Definisi alternatif ini membuat kematian maternal dapat diukur dari kematian yang berhubungan dengan kehamilan, meskipun kematian tersebut tidak persis sesuai dengan konsep standar kematian maternal pada saat informasi akurat mengenai penyebab kematian berdasarkan keterangan medis tidak tersedia.(14)

McCarthy dan Maine menyusun suatu skema yang terdiri dari tiga komponen yang mempengaruhi kematian maternal, yaitu determinan jauh (*distant determinants*), determinan tengah (*intermediate determinants*), dan hasil (*outcomes*). Faktor-faktor yang paling dekat dengan kejadian kematian maternal merupakan hasil akhir dari serangkaian proses yang dapat menimbulkan kesakitan atau kematian maternal. Hasil akhir tersebut antara lain kehamilan dan komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan. Seorang ibu harus dalam kondisi hamil dan mengalami komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan atau persalinan, atau mengidap suatu gangguan kesehatan yang dapat dipengaruhi oleh kehamilan supaya

kematiannya dapat dikategorikan sebagai kematian maternal. Hasil akhir tersebut banyak dipengaruhi secara langsung oleh lima hal yang tercantum dalam determinan tengah, yaitu status kesehatan wanita, status reproduksi wanita, akses wanita terhadap pelayanan kesehatan, perilaku wanita dalam menggunakan pelayanan kesehatan, dan sekelompok faktor yang belum diketahui. Yang terakhir adalah determinan jauh yang meliputi faktor sosioekonomi dan latar belakang budaya tempat wanita tersebut tinggal.(7)

Gambar 1 menjelaskan semua faktor yang dapat mempengaruhi kematian maternal dalam suatu mekanisme umum yang meliputi serangkaian faktor yang saling berhubungan. Tiap faktor dalam masing-masing determinan mencakup berbagai variabel di dalamnya. Berikut akan dijabarkan masing-masing faktor, dimulai dari yang paling dekat dengan terjadinya kematian hingga faktor yang paling jauh.(7)

a. Hasil Keluaran (outcome)

1) Kehamilan

Kehamilan merupakan prekondisi yang harus ada dalam suatu kematian maternal. Kondisi ini merupakan kondisi biologis yang fisiologis. Namun, berbagai hal dapat terjadi sehingga terjadilah kematian maternal. Kehamilan merupakan awal mula terjadinya serangkaian proses menuju suatu kematian maternal. Kematian maternal dapat terjadi selama kehamilan karena adanya pengaruh dari berbagai risiko yang bervariasi dari wanita satu dengan yang lain dan tingginya angka fertilitas yang bervariasi dari berbagai golongan wanita.(7)

Poedji Rochjati membagi risiko kesehatan yang dapat mempengaruhi terjadinya komplikasi obstetri menjadi tiga kelompok, yaitu Ada Potensi Gawat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok I), Kategori Ada Gawat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok II), dan Kategori Ada Gawat Darurat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok III). Ada Potensi Gawat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok I) antara lain usia ibu pertama hamil terlalu muda ( 16

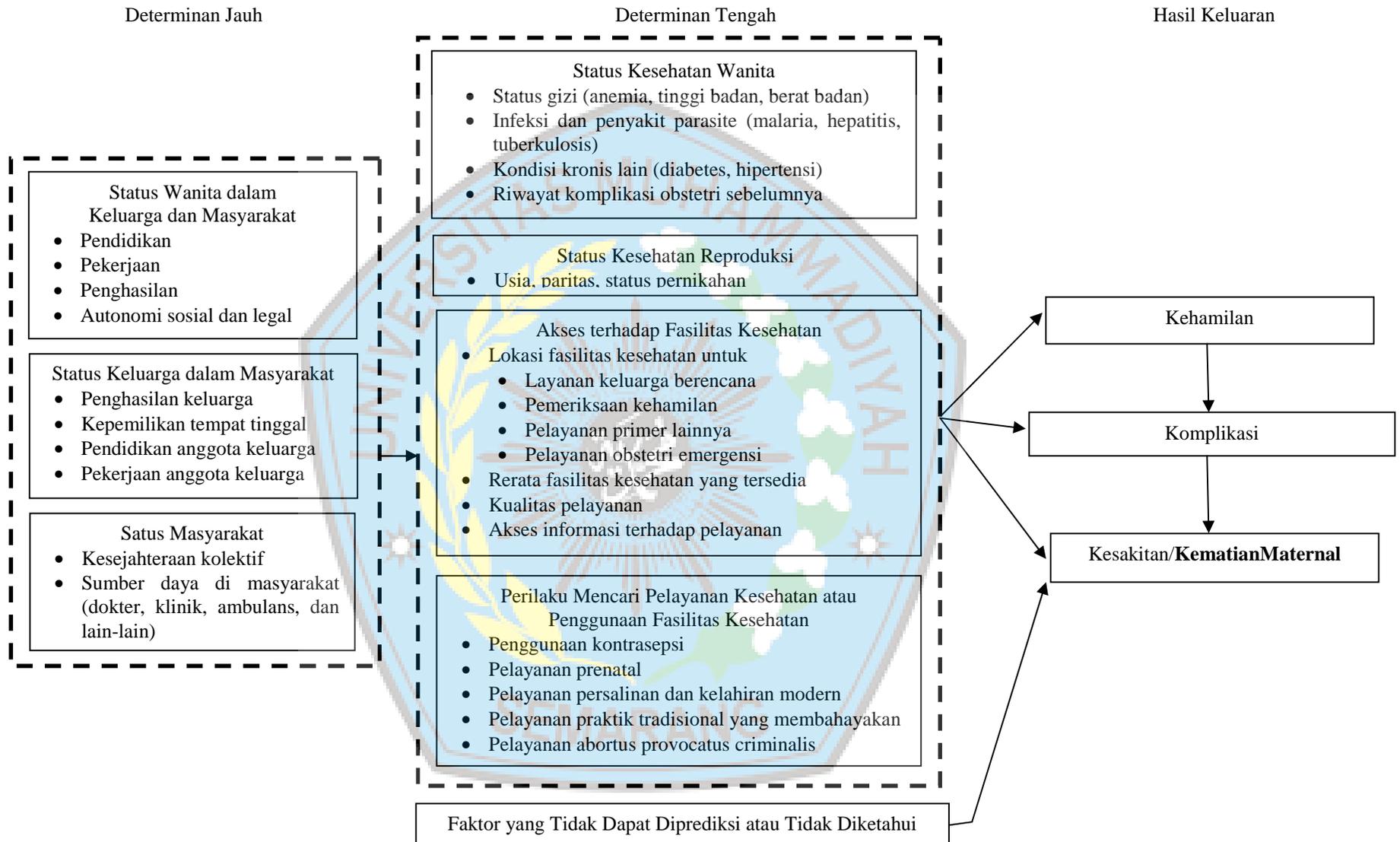
tahun), primi tua (kehamilan pertama terlalu tua), usia ibu terlalu tua ( 35 tahun), jarak kehamilan terlalu dekat (<2 tahun), jarak kehamilan terlalu jauh ( 10 tahun), jumlah anak terlalu banyak ( 4 anak), ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang (terlalu pendek), riwayat obstetri yang meliputi persalinan dengan tindakan (induksi persalinan, sectio sesarea, ekstraksi forcep dan vakum), abortus, manual plasenta, adanya bekas operasi SC. Kategori Ada Gawat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok II) meliputi penyakit pada ibu hamil, *gemelli*, *hydramnion*, *intrauterine fetal death*, serotinus, Kategori Ada Gawat Darurat Obstetri (Faktor Risiko Kelompok III) terdiri dari perdarahan pada kehamilan dan *preeclampsia* berat/ekampsia, (17)

## 2) Komplikasi

Kematian maternal dapat disebabkan secara langsung maupun tidak langsung. Kematian maternal secara langsung disebabkan oleh komplikasi dalam kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut termasuk komplikasi aborsi. Kematian maternal tidak langsung dapat disebabkan oleh adanya kondisi kesehatan yang diperburuk oleh adanya kehamilan atau persalinan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskuler. (10) Sekitar tiga perempat kematian maternal di negara berkembang disebabkan oleh penyebab langsung dan seperempatnya disebabkan oleh penyebab tidak langsung. Sejumlah komplikasi diketahui dapat menyebabkan banyak kematian terjadi, sebagai contoh pada penyebab kematian langsung, diketahui bahwa perdarahan, infeksi, dan sekuel abortus provokatus, hipertensi akibat kehamilan, dan partus lama atau ruptur uterus merupakan penyebab terbanyak yang dapat menimbulkan kematian maternal. Dapat terjadi tumpang tindih di antara sebab-sebab tersebut di atas, misalnya perdarahan dapat terjadi karena adanya ruptur uteri, atau infeksi

serius bisa jadi merupakan sekuel dari partus lama.(7)Komplikasi tersebut di atas tidak dapat diprediksi dan pada umumnya terjadi dalam hitungan beberapa jam atau hari setelah persalinan.  
(2)Asuhan terstandar selama periode





Gambar 1. Skema Analisis Determinan Kesakitan dan Kematian Maternal

antenatal, intranatal, dan postnatal dapat menyelamatkan kehidupan ibu dan anak. (1)

Kategori "komplikasi" pada kerangka konsep kematian maternal pada gambar 1 menunjukkan berbagai jenis gangguan yang dapat menyebabkan kematian maternal. Kondisi yang dapat menimbulkan kematian maternal secara tidak langsung dimasukkan dalam komponen status kesehatan ibu, salah satu determinan tengah dari kematian maternal.(7)

### 3) Kesakitan atau Kematian

Hasil akhir dari kerangka konsep kematian maternal menurut McCarthy dan Maine pada tahun 1992 adalah kesakitan atau kematian. Kemungkinan hanya terdapat beberapa keadaan yang tidak fatal dari kebanyakan kesakitan serius yang terjadi. Hal tersebut antara lain infeksi traktus urinarius kronis, prolaps uteri, dan fistula vagina. Kasus tersebut merupakan kondisi serius dan kronis yang dapat mempengaruhi kondisi fisik dan sosial seorang wanita. (7)

### b. Determinan Tengah (*Intermediate Determinants*)

#### 1) Status Kesehatan

Status kesehatan personal seorang wanita sebelum dan selama kehamilan memiliki pengaruh penting akan ada atau tidaknya risiko terjadinya komplikasi. Riwayat kesehatan yang sebelumnya telah ada yang diperburuk oleh kehamilan dan persalinan sehingga menyebabkan seperempat kematian maternal di negara berkembang adalah malaria, hepatitis, anemia, dan malnutrisi. Adanya beberapa kondisi tersebut membuat risiko kematian seorang wanita lebih tinggi daripada adanya satu komplikasi langsung kehamilan. Saat seorang wanita mengidap malaria, sebagai contohnya, ia akan mengalami kehamilan yang lebih berat dan terjadi anemia yang dapat meningkatkan peluang terjadinya perdarahan. (7)

## 2) Status Reproduksi

Hubungan antara kematian maternal dan karakteristik reproduksi tertentu diketahui dengan baik. Karakteristik tersebut antara lain usia dan paritas yang kemudian disebut dengan hubungan "bentuk U" ("*U shaped*" relation) terhadap kematian maternal. Maksud dari hubungan "bentuk U" adalah risiko kematian tinggi pada wanita dengan usia terlalu muda, terlalu tua, belum pernah melahirkan, dan yang memiliki banyak anak, tetapi risikonya rendah bagi wanita usia reproduksi dan dengan paritas menengah. Usia yang terlalu muda juga berhubungan dengan angka kesakitan yang disebabkan dari kehamilan dan persalinan, misalnya fistula *vesico-vagina* sangat umum terjadi pada wanita usia terlalu muda yang cenderung lebih rentan mengalami partus lama sebagai hasil dari pelvis yang imatur. Paritas tinggi dapat mempengaruhi terjadinya salah satu jenis kesakitan yang sering terjadi pada wanita dengan paritas tinggi, yaitu prolaps uteri.(7)

Kehamilan yang diinginkan juga merupakan variabel yang penting, terutama jika wanita tersebut mengalami kehamilan yang tidak diinginkan sehingga cenderung melakukan *abortus provocatus* yang tidak aman. *Abortus provocatus criminalis* dapat meningkatkan risiko kematian dan kesakitan secara mengejutkan.(7)

Terdapat penelitian yang menyebutkan adanya hubungan yang kuat antara pengaturan jarak persalinan seorang wanita dengan kemampuan hidup bayinya. Pengaturan jarak kelahiran anak dipengaruhi oleh penggunaan alat kontrasepsi, status menyusui, atau abstinensi selama periode postpartum. Banyak variabel status reproduksi yang mempengaruhi kemampuan hidup bayi yang juga mempengaruhi tingkat keselamatan ibu, sebagai contoh usia dan paritas.(7)

## 3) Akses terhadap Fasilitas Kesehatan

Teknologi kedokteran mencegah hampir semua kematian dari bentuk umum komplikasi obstetri sejak lama. Teknologi tersebut dapat dibagi menjadi dua kategori tindakan, yaitu untuk wanita yang ingin mendapatkan persalinan yang aman dan untuk wanita yang ingin menghindari kehamilan dan persalinan. Kategori pertama mencakup transfusi darah, pemberian antibiotik atau obat lain, dan SC. Kategori yang kedua meliputi alat kontrasepsi dan pelaksanaan *abortus provocatus* yang aman. Akses terhadap pelayanan preventif dan kuratif di fasilitas kesehatan yang memiliki teknologi seperti ini sayangnya terbatas di negara berkembang. Jarak fisik antara fasilitas kesehatan dengan rumah wanita yang memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi cukup jauh. Jarak fisik fasilitas kesehatan tersebut dalam suatu penelitian disebutkan memiliki hubungan dengan kematian maternal.(7)

Akses terhadap fasilitas kesehatan sebenarnya memiliki konsep yang lebih luas dari sekedar jarak fisik. Yang disebut dengan akses tersebut meliputi akses finansial dan akses terhadap pelayanan yang adekuat. Masing-masing variabel tersebut selanjutnya dapat dibagi menjadi berbagai definisi operasional. *World Health Organization* mengidentifikasi sejumlah pelayanan spesifik yang esensial terhadap pelayanan kehamilan. Terdapat cukup banyak bukti bahwa halangan finansial, kurangnya petugas yang terlatih dan terampil, terutama di daerah terpencil, dapat menimbulkan tingkat kematian maternal yang lebih tinggi di negara berkembang.(7)

#### 4) Perilaku Mencari Pelayanan Kesehatan atau Penggunaan Fasilitas Kesehatan

Seorang wanita harus menggunakan suatu pelayanan kesehatan supaya tujuan pelayanan tersebut tercapai. Penggunaan pelayanan prenatal dan pelayanan selama hingga setelah bersalin sangat penting perannya dalam kasus kematian maternal. Pelayanan prenatal diperlukan untuk mendiagnosis adanya gangguan kesehatan

yang mendasari atau mendeteksi komplikasi tertentu. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal adalah cakupan K1 (kontak pertama), K4 (kontak 4 kali dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, sesuai standar), dan PK (penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas). (15) Angka cakupan pelayanan antenatal pada tahun 2013 sudah tinggi secara nasional, K1 mencapai 95,25%, K4 86,85%, dan PK 73,31%. (3) Yang masih menjadi masalah adalah masih terdapat disparitas antar provinsi dan antar kabupaten/kota yang variasinya cukup besar. Selain adanya kesenjangan, juga ditemukan ibu hamil yang tidak menerima pelayanan yang seharusnya diberikan pada saat kontak dengan tenaga kesehatan (*missed opportunity*). (15; 18; 18) Permasalahan tersebut di atas membuat pelayanan obstetri emergensi penting karena skrining kasus berisiko tinggi dan peningkatan status kesehatan ibu sebelum dan selama hamil tidak akan menghilangkan komplikasi yang mungkin terjadi secara total. Pelayanan kesehatan selama dan setelah bersalin oleh karena itu ditujukan untuk menangani komplikasi yang dapat muncul kemudian. (7) Perilaku mencari pelayanan kesehatan lainnya juga dapat memberikan pengaruh penting untuk hasil akhir dari suatu kehamilan.

##### 5) Faktor yang Tidak Diketahui atau Tidak Diprediksi

Seorang wanita yang tidak memiliki riwayat penyakit sebelum dan selama persalinan, memiliki akses terhadap fasilitas kesehatan berkualitas tinggi, dapat mengalami komplikasi obstetri serius oleh sebab yang tidak dapat dijelaskan maupun tidak dapat diprediksi. Suatu penelitian di Amerika Serikat memaparkan bahwa 15% dari 12.000 wanita yang melakukan pemeriksaan prenatal dirujuk ke rumah sakit karena memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi.

Sisanya menjalani persalinan di fasilitas kesehatan primer dan merupakan wanita yang dikategorikan sebagai risiko rendah dan memiliki rata-rata kunjungan antenatal 11 kali. Hampir 8% kelompok wanita ini kemudian mengalami komplikasi maternal atau fetal yang serius. Memprediksi komplikasi obstetri di negara berkembang cukup sulit. Riwayat obstetri yang buruk meskipun telah diketahui sebagai faktor risiko terjadinya persalinan lama, hanya 29% kasus persalinan lama yang dapat diprediksi berdasarkan riwayat obstetri tersebut. Tujuh puluh satu persen sisanya terjadi pada wanita tanpa faktor risiko.(7)

c. Determinan Jauh (*Distant Determinants*)

Risiko terjadinya kematian sangat dipengaruhi oleh posisi seseorang dalam kehidupan sosial. di banyak lingkungan dan untuk sebagian besar kasus, termasuk kematian maternal, orang yang miskin dan kurang beruntung lebih cenderung untuk mengalami kematian daripada orang yang secara finansial mampu. Perbedaan kematian maternal berdasarkan status sosioekonomi terjadi antarnegara maupun di dalam suatu negara itu sendiri. Status sosioekonomi merupakan hal yang kompleks karena menyangkut masalah tingkat individu, keluarga, maupun masyarakat.(7)

Gambar 1 menggambarkan variabel yang dapat menjadi indikator status sosioekonomi. Status sosioekonomi wanita di dalam keluarga dan masyarakat dapat dikaitkan dengan tingkat pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan individu atau kesejahteraan, dan otonominya (kemandirian untuk memutuskan sesuatu, termasuk memutuskan untuk menggunakan fasilitas kesehatan tertentu). Di tingkat keluarga status sosioekonomi dihubungkan dengan jumlah pemasukan keluarga, pekerjaan, dan pendidikan anggota keluarga. Sumber daya dan kesejahteraan masyarakat lokal juga merupakan dimensi penting dari status sosioekonomi yang dapat mempengaruhi kesehatan anggota masyarakatnya. (7)

Pengaruh sosioekonomi tidak secara langsung menyebabkan kematian maternal. Pengaruhnya berproses dengan menimbulkan suatu determinan tengah yang kemudian menyebabkan suatu hasil keluaran yang ada pada skema (kehamilan, komplikasi kehamilan, kesakitan atau kematian).(7)

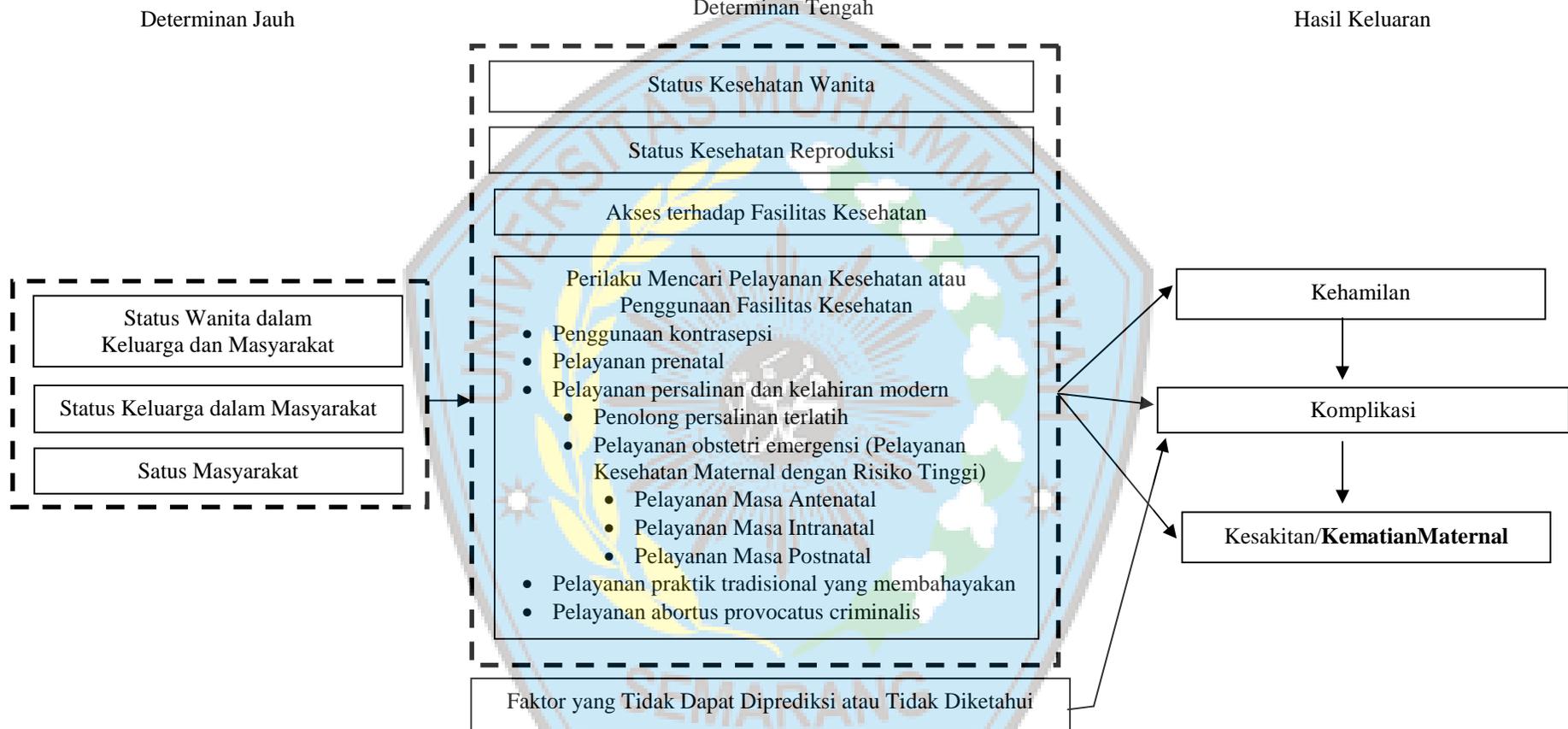
Negara dengan kematian maternal yang rendah telah membuktikan bahwa kematian maternal dapat ditekan dengan mencegah kehamilan, menurunkan kejadian beberapa jenis komplikasi, dan menyediakan fasilitas dan penolong persalinan terlatih untuk mengatasi komplikasi yang muncul. Negara yang masih memiliki kematian maternal yang tinggi, program-programnya harus dikembangkan untuk meningkatkan pencegahan dan tata laksana. (7)

Program kesehatan ibu selama ini berfokus pada program keluarga berencana dan pencegahan komplikasi pada wanita hamil. Perlu diingat bahwa pencegahan tidaklah cukup. Upaya pencegahan ibu risiko tinggi dan peningkatan substansial status kesehatan ibu tidak akan menghilangkan secara total komplikasi yang mungkin terjadi. Program komprehensif untuk mencegah kematian maternal harus meliputi deteksi dan tata laksana komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Program-program tersebut harus dapat menyediakan pelayanan yang adekuat untuk mengatasi komplikasi yang dapat dideteksi sejak awal kehamilan dan juga menyediakan pelayanan emergensi untuk komplikasi yang tidak dapat diprediksi sejak awal kehamilan. Beberapa komplikasi sulit untuk diprediksi dan juga banyak kasus yang baru muncul pada saat persalinan. Pelayanan obstetri emergensi akan secara langsung menurunkan kematian maternal dengan meningkatkan penyelamatan ibu yang mengalami komplikasi. Tahap penatalaksanaan yang dibutuhkan tidak selalu memerlukan penanganan fasilitas kesehatan tersier dengan teknologi tinggi di rumah sakit besar. Sistem rujukan akan membawa keuntungan besar dengan adanya fasilitas dan meningkatnya akses rujukan ke pelayanan

kesehatan primer yang dapat memberikan pelayanan obstetri esensial sehingga dapat memberi pengaruh baik pada kematian maternal(7)



## B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Kematian Maternal diRSUD Tugurejo

### C. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini akan dilakukan penggambaran pelayanan obstetri emergensi yang meliputi **pelayanan pada masa antenatal**(yang meliputi kasus perdarahan pada kehamilan muda atau abortus, nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut, kehamilan ektopik dan kehamilan ektopik terganggu, hipertensi-preeklampsia-eklampsia, perdarahan pada masa kehamilan, kehamilan metabolik, dan kelainan vaskuler atau jantung), **pelayanan pada masa intranatal**(yang meliputi kasus persalinan dengan parut uterus, persalinan dengan distensi uterus, gawat janin dalam persalinan, pelayanan terhadap syok, ketuban pecah dini, persalinan macet, induksi dan akselerasi persalinan, aspirasi vakum manual, ekstrasi cunam, SC, episiotomi, kraniotomi dan kraniosentesis, malpresentasi dan malposisi, distosia bahu, prolapsus tali pusat, plasenta manual, perbaikan robekan serviks, perbaikan robekan vagina dan perineum, perbaikan robekan dinding uterus, reposisi *invertio uteri*, histerektomi, sukar bernapas, kompresi bimanual dan aorta, dilatasi dan kuretase, ligase arteri uterina, anesthesia umum dan lokal untuk SC, anesthesia spinal, ketamine, blok pudendal), **pelayanan pada masa postnatal**(yang meliputi kasus demam pasca persalinan, perdarahan pasca persalinan, nyeri perut pasca persalinan) dalam kaitannya dengan kejadian kematian maternal.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### A. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup keilmuan : Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Ruang lingkup tempat : Ruang rekam medis RSUD Tugurejo

Ruang lingkup waktu : September 2015 s.d. Februari 2016

#### B. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Pada penelitian ini dilakukan pengamatan dan analisis mengenai pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi pada subjek yang mengalami kasus kematian maternal di RSUD Tugurejo.

#### C. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang hamil, bersalin, dan nifas di Instalasi Gawat Darurat, Ruang Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Ruang Nifas RSUD Tugurejo terhitung dari 1 Januari 2011 hingga 31 Juli 2015, yaitu sebanyak 8645 ibu.

##### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil, bersalin, atau nifas yang mengalami kematian maternal di Instalasi Gawat Darurat, Ruang Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Ruang Nifas RSUD Tugurejo tahun 2011- Juli 2015 dan dapat ditemukan datanya di ruang rekam medis.

##### a. Besar Sampel

Penelitian ini menggunakan *total sampling*. Semua ibu hamil, bersalin, atau nifas yang mengalami kematian maternal di Instalasi Gawat Darurat, Ruang Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Ruang Nifas RSUD Tugurejo tahun 2011-Juli 2015 yang

ditemukan data rekam medisnya. Jumlah kematian maternal di RSUD Tugurejo selama tahun 2011-Juli 2015 adalah sebanyak 26



Ibu. Namun, data yang ditemukan berjumlah 20 ibu. Oleh karena itu, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebesar 20 ibu.

b. Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami kematian maternal dicari data rekam medisnya. Sebanyak 20 data rekam medis pasien dengan kematian maternal ditemukan dari total 26 pasien.

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dan kejadian kematian maternal.

Tabel 5. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Cara Ukur	Skala Ukur
Pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi	Pelayanan perdarahan pada kehamilan muda, nyeri perut dalam kehamilan muda dan lanjut, kehamilan ektopik dan kehamilan ektopik terganggu, hipertensi-preeklampsia-eklampsia, perdarahan pada masa kehamilan, kehamilan metabolik, dan kelainan vaskuler atau jantung, persalinan dengan parut uterus, persalinan dengan distensi uterus, gawat janin dalam persalinan, pelayanan terhadap syok, ketuban pecah dini, persalinan macet, induksi dan akselerasi persalinan, aspirasi vakum manual, ekstrasi cunam, SC, episiotomi, kraniotomi dan kraniosentesis, malpresentasi dan malposisi, distosia bahu, prolapsus tali pusat, plasenta manual, perbaikan robekan serviks, perbaikan robekan vagina dan perineum, perbaikan robekan dinding uterus, reposisi invertio uteri, histerektomi, sukar bernapas, kompresi bimanual dan aorta, dilatasi dan kuretase, ligase arteri uterina, anesthesia umum dan lokal untuk SC, anesthesia spinal, ketamine, blok pudendal, demam pasca persalinan, perdarahan pasca persalinan, nyeri perut pasca persalinan, pelayanan darah, dan perawatan intensif (meliputi pemantauan terapi cairan, pengawasan gawat napas atau ventilator, perawatan sepsis)	1. Parsial 2. Total	Data sekunder diukur dari kelengkapan tahap penatalaksanaan yang tercantum pada riwayat perawatan di rekam medis berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) di RSUD Tugurejo	Nominal

Kejadian Kematian Maternal	Semua kematian yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, tetapi bukan akibat kecelakaan di RSUD Tugurejo.	-	Data sekunder diukur dari informasi hasil akhir perawatan yang tercantum di rekam medis.	-
----------------------------------	--	---	--	---

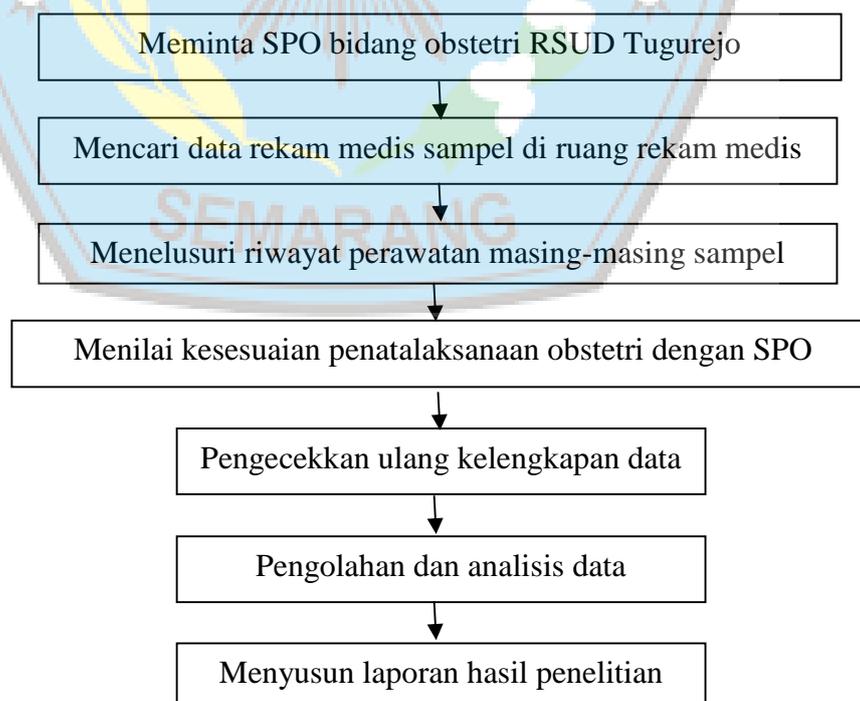
Adapun yang dimaksud dengan Total adalah >50% langkah penatalaksanaan dalam standar prosedur operasional (SPO) dilaksanakan, sedangkan Parsial adalah <50% langkah penatalaksanaan dalam SPO dilaksanakan.

#### E. Alat dan Bahan

Alat yang digunakan adalah master tabel untuk mengumpulkan data sekunder yang diambil dari rekam medis pasien.

#### F. Alur Penelitian

Langkah pengumpulan data dimulai sejak peneliti mengurus izin penelitian di RSUD Tugurejo. Langkah-langkah pengumpulan datanya adalah:



Gambar 3. Alur Penelitian

## G. Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

#### a. *Processing*

*Processing* yaitu memasukkan data ke program komputer agar mudah dilakukan analisis. Data yang sudah lengkap kemudian diklasifikasikan pada masing-masing variabel dan dimasukkan ke tabel.

#### b. *Editing*

*Editing* yaitu memeriksa kelengkapan data dengan mengecek kembali ketepatan data di komputer dengan data dalam master tabel.

#### c. *Cleaning*

*Cleaning* yaitu meneliti kembali apakah terdapat kesalahan pada input data.

### 2. Analisis Data

Pada penelitian ini hanya dilakukan analisis univariat yang meliputi analisis pelaksanaan pelayanan obstetri emergensi dan kejadian kematian maternal. Analisis univariat tersebut digunakan untuk menerangkan karakteristik variabel penelitian dalam bentuk JumlahPersentase maupun besarnya proporsi. Rumus yang digunakan untuk analisis univariat dalam penelitian ini adalah:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = persentase yang dicari

f = Persentase variabel

n = jumlah populasi

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tugurejo menangani banyak kasus obstetri dalam menjalankan perannya sebagai rumah sakit PONEK. Berikut rincian kasus yang terjadi di RSUD Tugurejo periode 2011 s.d. Juli 2015.

Tabel 6. Jumlah dan Persentase Persalinan, Komplikasi Obstetri, Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

No	Tahun	Jumlah Persalinan	Jumlah Komplikasi Obstetri	Persentase Komplikasi Obstetri	Jumlah Kematian Maternal	Persentase Kematian Maternal
1	2011	1509	158	10,47%	5	0,33%
2	2012	2077	281	13,53%	6	0,29%
3	2013	2191	306	13,97%	6	0,27%
4	2014	1720	334	19,42%	5	0,29%
5	2015 (Januari s.d. Juli)	1148	213	18,55%	4	0,34%
Total/Rerata		8645	1292	15,18%	26	0,30%

Jumlah persalinan di RSUD Tugurejo berfluktuasi dari tahun ke tahun, sedangkan jumlah dan persentase komplikasi obstetri meningkat dari tahun 2011 (10,47%) hingga Juli 2015 (18,55%). Kematian maternal cenderung tetap dalam kisaran 0,30%.

Persalinan di RSUD Tugurejo dapat berupa persalinan pervaginam maupun perabdominal. Persalinan pervaginam terdiri dari persalinan dengan presentasi kepala, presentasi bokong, maupun dengan bantuan ekstraksi vakum. Dilaksanakan pula persalinan perabdominal (SC). Berikut data mengenai metode persalinan yang dilayani di RSUD Tugurejo:

Tabel 7. Metode Persalinan di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

No	Tahun	Jumlah Persalinan	Persalinan dengan Presentasi Kepala		Persalinan dengan Presentasi Bokong		Persalinan dengan Vakum Ekstraksi		Persalinan dengan SC	
			Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Proporsi
1	2011	1509	1134	75,15%	59	3,91%	81	5,37%	235	15,62%
2	2012	2077	1438	69,23%	149	7,17%	73	3,51%	417	20,13%
3	2013	2191	1435	65,49%	163	7,44%	121	5,52%	472	21,60%
4	2014	1720	952	55,35%	180	10,46%	135	7,85%	453	26,41%
5	2015 (Januari s.d. Juli)	1148	595	51,82%	100	8,71%	68	5,92%	385	33,65%
Subtotal/Rerata		8645	5554	64,24%	651	7,53%	478	5,63%	1962	23,48%

Persentase persalinan dengan presentasi kepala cenderung menurun dari tahun 2011 (75,15%) hingga Juli 2015 (51,82%), sedangkan persentase persalinan dengan presentasi bokong meningkat dari tahun 2011 (3,91%) hingga Juli 2015 (8,71%). Persentase persalinan dengan bantuan ekstraksi vakum berfluktuasi. Proporsi SC meningkat secara progresif dari tahun 2011 (15,62%) hingga Juli 2015 (33,65%).

Terdapat 26 kematian maternal di RSUD Tugurejo dari tahun 2011 hingga Juli 2015. Berikut data kematian maternal tersebut:

Tabel 8. Data Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

No.	Tahun	No RM	Nama	Umur	Diagnosis Utama	Kategori Kematian	Keterangan
1	2011	269590	Ny. TR	23 tahun	Preeklampsia nifas	<48 jam	-
2	2011	263601	Ny. JY	17 tahun	Preeklampsia berat	>48 jam	-
3	2011	249975	Ny. SRA	21 tahun	Eklampsia	<48 jam	-
	2011	248439	Ny. SM	41 tahun	Preeklampsia	-	Data tidak ditemukan
	2011	269797	Ny. AA	31 tahun	AF respons cepat	-	Data tidak ditemukan
4	2012	399235	Ny. JDP	27 tahun	Preeklampsia nifas	<48 jam	-

5	2012	047361	Ny. WL	32 tahun	Retensio plasenta, perdarahan	<48 jam	-
6	2012	396380	Ny. KR	29 tahun	Eklampsia	>48 jam	Dx sekunder: solusio plasenta
7	2012	392312	Ny. MM	33 tahun	Preeklampsia berat	>48 jam	-
	2012	244586	Ny. AP	34 tahun	HEG, aspirasi	-	Data tidak ditemukan
	2012	111836	Ny. IS	33 tahun	Perdarahan	-	Data tidak ditemukan
8	2013	008527	Ny. DIW	29 tahun	Preeklampsia berat	<48 jam	Dx sekunder: Perdarahan postpartum, KPD
9	2013	412431	Ny. PR	36 tahun	DOA Susp. Eklampsia, HELLP syndrome	<48 jam	-
10	2013	406331	Ny. LR	40 tahun	Plasenta previa	>48 jam	Atonia uteri
11	2013	245506	Ny. SM	26 tahun	Preeklampsia berat	<48 jam	Eklampsia
12	2013	414434	Ny. RF	32 tahun	P3A0 31 tahun postSC +MOW	>48 jam	Dx sekunder: Eklampsia, HELLP syndrome
13	2013	405382	Ny. TL	30 tahun	Partus Prematurus Imminens	<48 jam	Plasenta previa
14	2014	182685	Ny. RK	40 tahun	SVT	>48 jam	Dx sekunder:G4P3A0 hamil 22 minggu HT, CHF NYHA IV, hipokalemia, hiponatremia
15	2014	462957	Ny. DR	27 tahun	Impending eklampsia	<48 jam	Dx sekunder:Solusio plasenta, IUFD, hipoalbuminemia. Syok hemoragik, kardiomegali, DIC
16	2014	459535	Ny. JM	36 tahun	VT, VES	>48 jam	-
17	2014	454377	Ny. NK	39 tahun	Atonia uteri	<48 jam	Dx sekunder: KPD, perdarahan postpartum, DIC, fetal distress
	2014	440646	Ny. SB	33 tahun	KET	-	Data tidak ditemukan
18	2015	479475	Ny. ALA	36 tahun	Solusio plasenta	<48 jam	Dx sekunder: IUFD, SC, Histerektomi Komplikasi: Aspirasi makanan
19	2015	249093	Ny. YW	24 tahun	Skrofuloderma (TB kutis)	>48 jam	-
20	2015	474011	Ny. DY	32 tahun	DOA Pasien Rujukan ec Kala II macet, fetal distress, susp. Panggul sempit	<48 jam	-



Data di atas menunjukkan kematian maternal di RSUD Tugurejo disebabkan oleh berbagai penyebab, antara lain penyebab langsung, penyebab tidak langsung, kecelakaan, dan kasus *death on arrival*. Terdapat enam kasus maternal yang datanya tidak dapat ditemukan.

*Case Fatality Rate* (CFR) komplikasi obstetri perlu diukur untuk menilai kualitas pelayanan obstetri emergensi dalam mencegah kematian maternal. Berikut CFR di RSUD Tugurejo:

$$C = \frac{Jumlah\ kasus\ maternal\ akibat\ komplikasi\ obstetri}{Jumlah\ kasus\ obstetri} \times 100\%$$

Tabel 9. *Case Fatality Rate* Komplikasi Obstetri di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

Tahun	Pembilang	Penyebut	CFR
2011	4	158	2,53%
2012	5	281	1,78%
2013	4	306	1,31%
2014	3	334	0,90%
2015 (Januari s.d. Juli)	0	213	0,00%
Jumlah/Rerata	16	1292	1,30%

*Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri di RSUD Tugurejo mengalami penurunan dari tahun ke tahun hingga mencapai 0% hingga Juli 2015. Adapun standar CFR akibat komplikasi obstetri langsung adalah <1%. Namun, rerata CFR akibat komplikasi obstetri masih melebihi standar yang ditetapkan (1,30%).

Proporsi Kematian maternal akibat penyebab tidak langsung di RSUD Tugurejo yaitu:

$$P = \frac{Jumlah\ kasus\ maternal\ akibat\ penyebab\ tidak\ langsung}{Jumlah\ kasus\ maternal\ akibat\ penyebab} \times 100\%$$

$$= \frac{4}{26} \times 100\%$$

$$= 15,38\%$$

Belum ada standar yang diberlakukan untuk menilai proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung. Di RSUD Tugurejo kematian maternal yang disebabkan oleh penyakit-penyakit selama kehamilan hanya berkisar 15,38%.

Data rekam medis menunjukkan 26 kasus kematian maternal yang terjadi selama tahun 2011 hingga Juli 2015. Penyebab kematian dari 26 kasus kematian maternal tersebut antara lain:

Tabel 10. Daftar Penyebab Kematian Maternal di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

No	Diagnosis Utama	Jumlah	Persentase
1.	Preeklampsia/Eklampsia	10	38,46%
2.	Perdarahan	5	19,23%
3.	Gangguan jantung	3	11,54%
4.	<i>Death On Arrival</i>	3	11,54%
5.	Penyakit lain (Limfadenitis TB)	1	3,85%
6.	Partus Prematurus Imminens	1	3,85%
7.	PostSC – MOW	1	3,85%
8.	Kehamilan Ektopik Terganggu	1	3,85%
9.	HEG, aspirasi	1	3,85%
	Total	26	100%

Sebagian besar kasus kematian di RSUD Tugurejo disebabkan oleh preeklampsia/eklampsia (38,46%).

Standar Prosedur Operasional (SPO) yang terdapat di RSUD Tugurejo dan terkait dengan pelayanan obstetri emergensi antara lain:

Tabel 11. Daftar SPO Pelayanan Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo

No	Nomor SPO	Jenis SPO
1	12/SPO/00/A – 001	Pencegahan kehamilan risiko tinggi
2	12/SPO/00/A – 002	Pengadaan darah darurat
3	12/SPO/00/A – 003	Seleksi perawatan ibu risiko tinggi
4	12/SPO/00/A – 004	Pengadaan darah permintaan transfusi darah cito
5	12/SPO/00/A – 012	Ibu hamil/melahirkan dengan diabeter mellitus
6	12/SPO/00/A – 013	Ibu hamil dengan janin hidrosefalus
7	12/SPO/00/A – 017	Perdarahan antepartum
8	12/SPO/00/A – 018	Preeklampsia berat
9	12/SPO/00/A – 019	Hiperemesis gravidarum
10	12/SPO/00/A – 020	Ketuban pecah dini
11	12/SPO/00/A – 021	Mola hidatidosa
12	12/SPO/00/A – 022	Abortus imminens
13	12/SPO/00/A – 023	Abortus insipiens
14	12/SPO/00/A – 024	Abortus inkompletus
15	12/SPO/00/A – 025	Menerima pasien dari instalasi bedah sentral
16	12/SPO/00/A – 050	Standar pelayanan SC / teknik operasi SC
17	12/SPO/00/A – 052	Persiapan tindakan ekstraksi forseps
18	12/SPO/00/A – 053	Teknik ekstraksi forseps
19	12/SPO/00/A – 054	Persiapan ekstraksi vakum
20	12/SPO/00/A – 055	Teknik ekstraksi vakum
21	12/SPO/00/A – 057	Hamil dengan asma
22	12/SPO/00/A – 059	Teknik pematangan serviks dengan misoprostol pada kehamilan genap atau lewat bulan
23	12/SPO/00/A – 061	Penatalaksanaan retensio plasenta
24	12/SPO/00/A – 062	Pengelolaan retensio urin pada ibu postpartum

25	12/SPO/00/A – 064	Manual plasenta
26	12/SPO/00/A – 065	Perdarahan pasca persalinan
27	12/SPO/00/A – 067	Tindakan persalinan preterm
28	12/SPO/00/A – 068	Penundaan persalinan preterm
29	12/SPO/00/A – 069	Pemberian kortikosteroid pada persalinan preterm
30	12/SPO/00/A – 070	Persalinan sungsang pervaginam
31	12/SPO/00/A – 074	Partus prematurus imminens
32	12/SPO/00/A – 076	Kriteria pasien obstetri masuk ruangan
33	02/SPO/00/P – 002	Do Not Resuscitate (DNR)

Peneliti hanya menemukan dua puluh data rekam medis dari 26 kasus kematian yang ada. Dua puluh data tersebut kemudian ditelusuri untuk menilai kesesuaian tata laksana di lapangan dengan SPO yang berlaku. Berikut tabel penilaian kesesuaian tata laksana per diagnosis utama kasus kematian maternal di RSUD Tugurejo.

Tabel 12. Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo Tahun 2011 s.d. Juli 2015

No.	Nomor RM	Nama	Diagnosis Utama	Nomor SPO	Nilai	Interpretasi
1	269590	Ny. TR	Preeklampsia nifas	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
2	263601	Ny. JY	Preeklampsia berat	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
3	249975	Ny. SRA	Eklampsia	12/SPO/00/A – 018	100%	Total
4	399235	Ny. JDP	Preeklampsia nifas	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
5	047361	Ny. WL	Retensio plasenta	12/SPO/00/A – 061	75%	Total
				12/SPO/00/A – 064	100%	
				12/SPO/00/A – 065	100%	
6	396380	Ny. KR	Eklampsia	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
7	392312	Ny. MM	Preeklampsia berat	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
8	008527	Ny. DIW	Preeklampsia berat	12/SPO/00/A – 018	87,5%	Total
9	412431	Ny. PR	DOA	02/SPO/00/P – 002	100%	Total
			Susp. Eklampsia, HELLP syndrome			
10	406331	Ny. LR	Plasenta previa	12/SPO/00/A – 017	100%	Total
11	245506	Ny. SM	Preeklampsia berat	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
12	414434	Ny. RF	PostSC dan MOW	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
13	405382	Ny. TL	Partus Prematurus Imminens	12/SPO/00/A – 074	77,8%	Total
14	182685	Ny. RK	SVT	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
15	462957	Ny. DR	Impending eklampsia	12/SPO/00/A – 018	77,8%	Total
				12/SPO/00/A – 017		
16	459535	Ny. JM	SVT, VES	12/SPO/00/A – 018	100%	Total
17	454377	Ny. NK	Atonia uteri	12/SPO/00/A – 065	62,5%	Total
18	479475	Ny. ALA	Solusio plasenta, Aspirasi makanan	12/SPO/00/A – 017	100%	Total
19	249093	Ny. YW	Limfadenitis TB	12/SPO/00/A – 076	100%	Total
20	474011	Ny. DY	DOA	02/SPO/00/P – 002	100%	Total
			Pasien Rujukan ec Kala II macet, fetal distres, susp.			

---



---

Panggul sempit

---

Kesesuaian penatalaksanaan dari dua puluh kasus kematian maternal yang terjadi di RSUD Tugurejo adalah sebagai berikut:

Tabel 13. Kumulatif Kesesuaian Penatalaksanaan Obstetri Emergensi di RSUD Tugurejo Tahun 2011-2015

Kesesuaian Penatalaksanaan dengan SPO	Jumlah	Persentase
Total	20	100%
Parsial	0	0%
Total	20	100%

Semua penanganan obstetri emergensi di RSUD Tugurejo telah memenuhi >50% (total) prosedur yang ada dalam SPO (100%).

#### B. Pembahasan

Penelitian dimulai dengan penyusunan proposal dan dilanjutkan dengan pengambilan data. Peneliti dibantu oleh staf RSUD Tugurejo Selama proses pengambilan data, mulai dari perizinan hingga pencarian data rekam medis. Sangat disayangkan beberapa data lengkap tentang kematian maternal tidak cukup mudah didapatkan karena kelengkapan data kurang atau penyimpanan yang kurang baik. Ditemukan dua puluh data rekam medis kasus kematian maternal dari total 26 kasus yang terjadi dari tahun 2011 hingga Juli 2015.

Data yang terkumpul menunjukkan terjadinya peningkatan persentase penanganan komplikasi obstetri, stabilnya jumlah kematian maternal dalam kisaran 0,30%, penurunan proporsi persalinan dengan presentasi kepala, peningkatan persalinan dengan presentasi bokong, fluktuasi proporsi persalinan dengan bantuan ekstraksi vakum, peningkatan proporsi SC, sebagian besar kasus kematian disebabkan oleh preeklampsia/eklampsia, penurunan CFR akibat komplikasi obstetri hingga mencapai 0%, proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung 15,38%, dan sebagian besar penanganan obstetri emergensi telah memenuhi SPO yang berlaku.

## 1. Peningkatan Penanganan Komplikasi Obstetri dan Stabilitasnya Kematian Maternal

Hasil analisis data menunjukkan jumlah persalinan meningkat dari 1509 kasus pada tahun 2011 menjadi 2191 kasus pada tahun 2013, tetapi menurun pada tahun 2014, sebanyak 1720 kasus dan hingga bulan Juli 2015 hanya mencapai 1148 kasus. Dari sekian banyak kasus persalinan tersebut, jumlah dan proporsi komplikasi obstetri yang ditangani meningkat dari 158 kasus (10,47%) pada tahun 2011 menjadi 213 kasus (18,55%) pada bulan Januari-Juni tahun 2015. Kematian maternal cenderung tetap dalam kisaran 0,30% dengan kecenderungan penurunan pada tahun 2011 hingga 2013 dan ada peningkatan dari tahun 2013 hingga Juli 2015.

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya, deteksi dini adanya faktor risiko dan komplikasi serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan AKI. Diperkirakan sekitar 15-20% ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya. Oleh karena itu, semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. (18)

Rumah sakit sebagai tempat rujukan akhir kasus kebidanan dan bayi baru lahir memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, karena sekitar 5-15% kasus komplikasi membutuhkan tindakan yang hanya bisa dilakukan di rumah sakit seperti SC dan transfusi darah. (19) Oleh karena sebagian besar penanganan kasus obstetri yang terminal ada di RS, peluang untuk terjadi kematian di RS juga lebih besar.

Indikator yang digunakan untuk mengetahui besaran masalah kesehatan ibu adalah AKI. Perhitungan AKI di setiap kabupaten/kota sulit dilakukan karena jumlah kelahiran hidup tidak mencapai 100.000 kelahiran dan masih ada kemungkinan *under reported*. (20) Harus diakui

bahwa menduga dan menghasilkan AKI secara presisi merupakan tugas yang sulit dilakukan. Berbagai teknik perhitungan AKI mengandung beberapa kelemahan mendasar terutama menyangkut perkiraan angka pembilang yang dapat menyebabkan perbedaan AKI cukup besar, sedangkan perbedaan denominator menghasilkan perbedaan Aki yang tidak terlalu signifikan. (21) Beberapa ahli menganjurkan untuk menggunakan angka kematian maternal absolut sebagai ukuran yang lebih bermakna dan dapat mengugah para pengambil kebijakan.(22)

## 2. Proporsi SC Meningkat

Analisis data menunjukkan proporsi SC di RSUD Tugurejo selama tahun 2011 hingga 2015 semakin meningkat. Proporsi SC dapat digunakan sebagai upaya untuk menyelamatkan ibu dan janinnya sehingga kematian maternal dapat dihindari. Pembilangnya merupakan jumlah operasi SC yang dilakukan di RS PONEK atas indikasi apapun dalam satuan waktu. Penyebutnya adalah jumlah persalinan hidup dalam satuan waktu yang sama. Standar nilai yang digunakan adalah 5-15%.(13) Proporsi SC yang dihitung tidak hanya dari RS PONEK yang bersangkutan, tetapi juga di suatu lingkup wilayah tertentu, misalnya dalam suatu provinsi. Pada penelitian ini, denominator yang digunakan ialah jumlah persalinan hidup di RSUD Tugurejo saja sehingga standar nilai proporsi SC, yaitu 5-15%, tidak bisa digunakan dalam penelitian ini.

Tindakan SC merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin dalam suatu kegawatdaruratan. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan SC adalah Gawat janin, Diproporsi Sepalopelvik, Persalinan tidak maju, Plasenta Previa, Prolapsus tali pusat, Mal presentase janin/ Letak Lintang (23) Panggul Sempit dan Preeklamsia (24)

Proporsi SC dipilih menjadi indikator tindakan yang dapat menyelamatkan ibu maupun janinnya, meskipun prosedur operasi lainnya (seperti histerektomi pada kasus ruptur uterus atau laparotomi dalam kasus kehamilan ektopik) juga dapat menyelamatkan hidup seorang ibu. Dari

semua prosedur yang dilakukan untuk menatalaksana komplikasi obstetri mayor, SC merupakan salah satu cara yang paling umum dan cukup dapat dipercaya. (13)

Tidak ada penelitian empiris untuk menentukan persentase optimal atau rentang persentase dilakukannya SC, selain penelitian yang terus berkembang yang menunjukkan pengaruh negatif dari tingginya proporsi SC. Namun demikian, hal yang terpenting ialah semua wanita yang memerlukan SC tetap mendapatkannya. Namun, proporsi SC yang sangat rendah atau sangat tinggi dapat membahayakan. *World Health Organization* merekomendasikan penggunaan rentang 5-15% sebagai standar pelayanan SC sembari menunggu hasil penelitian terkait.(13)

Proporsi SC cenderung lebih rendah di area yang memiliki AKI tinggi, terutama di daerah pedalaman. Namun demikian, perlu dicermati bahwa prosedur SC memiliki risiko kecelakaan bedah maupun anastesi, infeksi pascaoperasi, bahkan kematian bagi pasiennya. Perlukaan uterus meningkatkan risiko terjadinya ruptur uterus pada kehamilan selanjutnya. Bahkan jika fasilitas yang ada kurang memadai, CFR dari operasi SC dapat melonjak tinggi. Dalam kasus ini, risiko dilakukannya SC sekiranya lebih besar dari manfaat yang didapatkan. Namun, tanpa SC, ibu dengan partus macet dapat meninggal atau dapat mengidap cacat parah. *Sectio caesarea* merupakan intervensi kunci dalam mencegah terjadinya fistula yang disebabkan partus memanjang atau partus macet sehingga membuat proporsi SC menjadi penting dalam mengukur proses pencegahan dari semua kondisi di atas. (13)

Proporsi SC sering disalahartikan dengan proporsi SC institusi yang berarti persalinan dengan metode SC di RS tertentu. Proporsi SC institusional sulit diinterpretasikan karena bergantung pada kasus yang ada di RS yang notabene menerima kasus komplikasi atau kasus rujukan. Rumah sakit di daerah kecil juga cenderung melakukan rujukan ke RS jenjang yang lebih tinggi. Proporsi SC sebaiknya didasarkan pada

perbandingan operasi SC yang ada di masyarakat untuk mendapatkan gambaran implementasi operasi genting ini di suatu area.

3. *Case Fatality Rate* akibat Komplikasi Obstetri Langsung Mengalami Penurunan hingga Mencapai 0%

RSUD Tugurejo membuktikan adanya komitmen untuk menurunkan AKI secara nyata dengan adanya penurunan CFR dari komplikasi obstetri langsung ini. *Case Fatality Rate* di RSUD Tugurejo pada tahun 2011 mencapai 2,5% dan berangsur turun hingga mencapai 0,4% pada pertengahan tahun 2015 dengan rerata CFR 1,4% dalam empat setengah tahun terakhir.

*Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri langsung merupakan proporsi ibu yang meninggal di RS PONEK dengan penyebab komplikasi obstetri langsung mayor atau yang mengalami komplikasi obstetri langsung mayor setelah suatu tindakan tertentu. Terdapat tujuh komplikasi obstetri mayor, antara lain perdarahan antepartum maupun postpartum, partus lama atau partus macet, sepsis postpartum, komplikasi abortus, preeklampsia/eklampsia, kehamilan ektopik, dan ruptur uterus. (13) Kasus komplikasi obstetri langsung yang terjadi di RSUD Tugurejo adalah perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, dan preeklampsia/eklampsia.

Pembilang dari indikator ini adalah jumlah ibu yang meninggal akibat komplikasi obstetri langsung selama periode tertentu, sedangkan denominatornya adalah jumlah ibu yang mengalami komplikasi obstetri di RS yang sama dalam kurun waktu yang sama pula. *Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri langsung merupakan indikator kasar dari kualitas pelayanan di suatu RS. Nilai maksimal yang diterima adalah 1% yang diambil dari rerata CFR yang terjadi di negara yang maju dan cukup maju. Nilai tersebut ditetapkan karena adanya bukti empiris bahwa CFR di bawah 1% masih mungkin untuk dicapai dalam rentang waktu tiga hingga lima tahun.(13)

*Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri langsung menilai penyelenggaraan pelayanan obstetri di suatu RS. Nilai CFR akibat

komplikasi obstetri langsung yang kurang dari 1% berarti pelayanan obstetri dilaksanakan dengan baik. Namun, rendahnya CFR akibat komplikasi obstetri langsung harus dibarengi dengan terdapatnya RS PONEK secara merata di semua wilayah, proporsi persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan yang baik, mudahnya akses terhadap pelayanan obstetri emergensi untuk menjamin sistem pelayanan obstetri di suatu wilayah berjalan dengan baik. (13)

Perbandingan CFR akibat komplikasi obstetri langsung antar RS bisa jadi sulit diinterpretasikan jika RS satu sama lain tidak sebanding. Misalnya, RS daerah sering kali tidak bisa dibandingkan dengan RS pendidikan yang cenderung menerima kasus rujukan ibu dengan komplikasi obstetri yang serius dan cenderung mengalami kematian. Perbedaan ini dapat menimbulkan kecenderungan bahwa CFR akibat komplikasi obstetri langsung di RS daerah lebih rendah dibandingkan dengan RS pendidikan. (13)

*Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri langsung di suatu RS dapat melebihi batas nilai maksimum yang disepakati karena beberapa sebab, antara lain kualitas pelayanan tidak adekuat, atau keterlambatan mencapai RS PONEK sehingga keadaan umum ibu saat tiba di RS PONEK sudah memburuk, atau RS tersebut merupakan ujung rantai rujukan sehingga terdapat banyak rujukan kasus komplikasi obstetri yang telah memasuki fase terminal. Perlu juga memperhitungkan jumlah ibu yang meninggal akibat komplikasi obstetri langsung dalam menghitung CFR akibat komplikasi obstetri langsung. Bila hasil penghitungan tersebut berasal dari jumlah ibu yang sedikit, satu kematian maternal dapat meningkatkan proporsi kematian maternal yang mengecohkan. Oleh karena itu, CFR akibat komplikasi obstetri langsung sangat cocok digunakan pada RS daerah, RS PONEK, atau RS yang terdapat banyak kematian maternal. (13)

#### 4. Proporsi Kematian Maternal Akibat Penyebab Tidak Langsung 15,38%

Di RSUD Tugurejo kematian maternal yang disebabkan oleh penyakit-penyakit yang muncul selama kehamilan hanya berkisar 11,5%. Adapun nilai standar pencapaian indikator ini belum ada batasan yang disepakati. Kematian maternal tersebut terdiri dari empat kasus selama tahun 2011 hingga Juli 2015. Penyebab kematiannya adalah gangguan jantung, skrofuloderma (tuberkulosis kulit). Sistem pencatatan di RSUD Tugurejo sudah cukup baik karena dapat terjadi *under-reporting* penyebab kematian maternal di wilayah lain.

Pembilang dari indikator ini adalah semua kematian maternal akibat penyebab tidak langsung di RS PONEK selama periode waktu tertentu. Denominatornya adalah semua kematian maternal di RS yang sama dalam rentang waktu yang sama pula. Namun, tidak mudah untuk menentukan standar proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung yang ideal.

Indikator proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung menggarisbawahi konteks sosial dan medis di suatu area. Indikator ini bermanfaat dalam menyusun strategi intervensi penatalaksanaan obstetri emergensi karena penyebab tidak langsung dapat membahayakan banyak ibu dalam usia reproduksi. (13)

Penyebab tidak langsung kematian maternal disebabkan dari adanya penyakit sebelum kehamilan, persalinan, dan nifas atau penyakit yang berkembang selama kehamilan dan tidak disebabkan oleh komplikasi obstetri langsung, namun dipengaruhi oleh efek fisiologis kehamilan. Penyebab kematian maternal tidak langsung yang sering terjadi adalah HIV dan infeksi endemis lainnya, seperti malaria dan hepatitis. Kematian ini menyumbangkan kematian maternal dengan proporsi yang cukup bermakna. Beberapa penyebab utama kematian maternal tidak langsung antara lain adalah infeksi malaria, hepatitis, penyakit kardiovaskuler, gangguan psikiatri termasuk bunuh diri dan kekerasan, tuberkulosis, epilepsi, dan diabetes. (13)

Sering kali AKI tinggi di daerah yang memiliki insidensi penyakit infeksi dan penyakit menular tinggi. Penyebab kematian maternal dapat mengalami kesalahan klasifikasi terutama di daerah daerah tersebut,. Misalnya, seorang ibu yang meninggal karena positif HIV disimpulkan penyebab kematiannya menjadi AIDS meskipun sesungguhnya penyebab kematiannya adalah akibat perdarahan atau sepsis. Kesalahan klasifikasi ini menyebabkan *under-recording* dan masalah hubungan sebab-akibat. Dengan demikian, adanya kematian maternal menjadi tidak terdeteksi. Beberapa penyebab kematian maternal dapat tertulis jelas pada rekam medis, namun penyebab yang mendasari bisa saja tidak tercatat. (13)

#### 5. Sebagian Besar Kasus Kematian Disebabkan oleh Preeklampsia/Eklampsia

Sejak tahun 2011 hingga pertengahan 2015 preeklampsia dan eklampsia merupakan penyebab kematian terbanyak (38,46%) di RSUD Tugurejo disusul dengan perdarahan (19,23%), gangguan jantung (11,54%), dan *Death on Arrival* (DOA) (11,54%).

Lima penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (preeklampsia/eklampsia) atau HDK, infeksi, partus lama/macet dan abortus. Kematian ibu di Indonesia tetap didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK, dan infeksi. Proporsi ketiga penyebab kematian ibu telah berubah. Perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan, sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. (18) Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK. (25)

Sejumlah 10-15% kehamilan disertai komplikasi hipertensi dan berkontribusi besar dalam morbiditas dan mortalitas neonatal dan maternal. Wanita dengan riwayat hipertensi pada kehamilan mempunyai angka kematian karena penyakit jantung koroner lebih tinggi. Hal ini didukung data bahwa wanita preeklampsia mempunyai kadar lipid, insulin saat puasa, dan faktor koagulasi dalam sirkulasi yang lebih tinggi. Perubahan penanda risiko vaskuler ini merupakan bagian dari spektrum

sindrom metabolik dan diduga menjadi faktor kunci penyebab penyakit kardiovaskuler, termasuk penyakit jantung coroner.



6. Seluruh Penanganan Obstetri Emergensi Sudah Memenuhi >50% (total) SPO yang Berlaku

Terdapat 20 kasus kematian yang dapat ditelusuri rekam medisnya dari total 26 kematian maternal yang terjadi di RSUD Tugurejo periode 2011 hingga Juli 2015. Berikut akan dibahas satu persatu kasus kematian tersebut dan penilaian kesesuaian penatalaksanaannya berdasarkan SPO yang ada.

a. Kasus Preeklampsia pada Ny.TR

Ny.TR seorang G1P1A0 usia 23 tahun telah melahirkan di RS dr.Kariadi enam hari sebelum masuk RSUD Tugurejo dengan komplikasi eklampsia. Saat masuk RSUD Tugurejo pasien mengalami sesak napas, Frekuensi napas 44 kali/menit, tekanan darah 170/110 mmHg, terdengar ronkhi basah halus di kedua lapang paru, dan edema hanya pada tungkai. Pada data rekam medis, dituliskan bahwa diagnosis nya adalah edema pulmo *et causa cardiomyopathy*. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 adalah tidak diberikannya antasida dan MgSO<sub>4</sub>, baik *loading dose* maupun *maintenance dose*, antihipertensi diberikan meskipun tekanan darah <180/110 mmHg, antihipertensi yang diberikan bukan Nifedipine maupun Alfa-methyldopa, melainkan Isosorbid dinitrate (ISDN), dan pasien tidak diberi cedilanid D. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

b. Kasus Preeklampsia berat pada Ny.JY

Ny.JY seorang G1P0A0 usia 17 tahun mengalami tekanan darah tinggi 170/110 mmHg, denyut nadi 120x/menit, *respiratory rate* (RR) 44 kali/menit, DJJ 144 x/menit, edema hanya terjadi pada tungkai. Saturasi oksigen pasien mencapai 60%. Pasien kemudian mengalami penurunan kesadaran. Pasien kemudian menjalani SC pada hari yang sama saat masuk RS. Terdengar ronkhi pada kedua lapang paru, terjadi edema pulmo, dan kejang setelah dilakukannya SC. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A –

018 mengenai preeklampsia berat adalah tidak diberikannya antasida dan  $MgSO_4$  loading dose, diberikannya diuretikum meski tidak ada indikasi pada saat pasien datang di RS, diberikannya antihipertensi meski tekanan darah <180/110 mmHg, dan antihipertensi yang diberikan adalah ISDN. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

c. Kasus Eklampsia pada Ny.SRA

Ny.SRA seorang G1P0A0 usia 21 tahun masuk RS dengan keluhan tidak sadarkan diri dengan skor *Glasgow Comma Scale* (GCS) E2M3V2. Pasien sebelumnya memiliki riwayat kejang berulang. Saat diperiksa, tekanan darah pasien 100/70 mmHg, suhu tubuh 38°C, dan Persentase denyut nadi 68 kali/menit kemudian meningkat menjadi 125 kali/menit. Pasien dirawat di ICU dan kondisi umumnya soporokoma selama dua hari. Selama perawatan, NGT yang terpasang memperlihatkan warna isi lambung pasien hitam. Keluarga pasien kemudian menghendaki melepas ventilator yang terpasang pada pasien dan pasien meninggal. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat.

d. Kasus Preeklampsia pada Ny.JDP

Ny.JDP seorang G2P2A0 usia 27 tahun postpartum hari ke-7 masuk RS akibat sesak napas yang dialaminya. Setelah diperiksa, pasien memiliki tekanan darah 150/120 mmHg dan terdapat edema paru. Pasien segera ditata laksana dan dimasukkan ke dalam ICU. Namun, sehari setelah dirawat di RS, pasien pulang atas permintaan sendiri. Beberapa hari kemudian pasien masuk RS kembali dan akhirnya meninggal. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat adalah tidak diberikannya  $MgSO_4$ , baik *loading dose* maupun *maintenance dose*, antihipertensi yang diberikan bukan Nifedipin atau Alfa-methyldopa, melainkan ISDN dan Captopril. Lembar perawatan pada rekam medis pasien ini nampaknya kurang sehingga menyulitkan

penyusun untuk meninjau kembali penatalaksanaan komplikasi obstetri yang telah diberikan.

e. Kasus Retensio Plasenta pada Ny.WL

Ny.WL seorang G3P1A1 usia 32 tahun masuk RS tanpa tanda persalinan dengan usia kehamilan 41 minggu. Hasil semua pemeriksaan laboratorium normal. Kemudian, Ny.WL diinduksi hingga bayi lahir. Manajemen aktif kala III tidak berhasil dilaksanakan selama 30 menit, kemudian dilakukan manual plasenta, kemudian plasenta lahir lengkap. Kontraksi uterus lembek. Saat dilakukan eksplorasi, terdapat sisa plasenta di fundus dan terdapat dua perbedaan hasil palpasi serviks. Ada yang menyatakan bahwa terdapat laserasi di arah jam 6 pada porsio dan ada yang menyatakan tidak ada laserasi di porsio. Perdarahan terus terjadi secara merembes, meskipun serangkaian penatalaksanaan telah dilakukan. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 061 mengenai penatalaksanaan retensio plasenta, 12/SPO/00/A – 064 mengenai manual plasenta, dan 12/SPO/00/A – 065 mengenai perdarahan pasca persalinan adalah tidak dilakukannya kompresi bimanual dan tidak dilakukan penjahitan pada serviks. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

f. Kasus Eklampsia pada Ny.KR

Ny.KR seorang G2P1A0 usia 29 tahun masuk rumah sakit karena mengalami kejang dan penglihatan kabur. Setelah diperiksa, tekanan darah 219/117 mmHg dan mengalami edema anasarka. Oleh dokter spesialis, pasien didiagnosis solusio plasenta dan *Intrauterine Fetal Death* (IUFD), dan edema sclera duplex. Pasien kemudian ditatalaksana dan dioperasi SC dua hari setelah masuk RS. Pasien mengalami anemia dengan Hb 9,1gr% dan mendapatkan transfusi darah. Meskipun petugas sudah melakukan RJP, pasien tidak tertolong. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat, 12/SPO/00/A – 017

mengenai perdarahan antepartum adalah  $MgSO_4$  *maintenance dose* pada hari ke-2 tidak diberikan dan Furosemid baru diberikan sejak hari kedua pasien dirawat di RS. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

g. Kasus Preeklampsia Berat pada Ny.MM

Ny.MM seorang G4P3A0 usia 33 tahun mengalami tekanan darah tinggi 179/115 mmHg, denyut nadi 144x/menit, *respiratory rate* (RR)44 kali/menit, edema hanya terjadi pada tungkai. Pasien diberi Paracetamol dan  $MgSO_4$  20% 4 gram secara intravena pelan. kemudian dioperasi SC dan MOW. Keesokan harinya pasien mengalami penurunan kesadaran dan dipasang ventilator. Kesadaran pasien tetap dalam koma hingga hari ke-4 pasca SC dan kemudian mengalami apnu sebanyak tiga kali. Pada apnu yang ke-3, RJP tidak memberikan respons dan pasien meninggal. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat adalah diberikannya diuretikum meski tidak ada indikasi pada pasien. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

h. Kasus Preeklampsia Berat pada Ny.DIW

Ny.DIW seorang G2P1A0 usia 29 tahun masuk RS karena rujukan bidan. Dari hasil pemeriksaan, diketahui edema wajah dan kaki, tekanan darah 156/112 mmHg, terdapat his, selaput ketuban sudah pecah, dan protein urin +4. Pasien kemudian melahirkan secara normal dengan jumlah perdarahan 300 ml, plasenta lahir lengkap, dan kontraksi uterus baik. Saat Kala IV, pasien gelisah. Tekanan darahnya turun menjadi 68/48 mmHg dan perdarahan masih terjadi. Pasien kemudian ditatalaksana. Pada saat dilakukan eksplorasi didapatkan laserasi serviks di arah jam 6 hingga dilakukan histerektomi. Pasien akhirnya meninggal di Instalasi Bedah Sentral (IBS) karena gagal napas. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat dan

12/SPO/00/A – 065 mengenai perdarahan pasca persalinan adalah tidak diberi antasida,  $MgSO_4$  loading dose tidak diberikan, Misoprostol yang diberikan hanya 3 tablet, dan tidak dilakukan penjahitan laserasi serviks.

i. Kasus *Death On Arrival* pada Ny.PR

Ny.PR seorang G1P0A0 usia 36 tahun datang ke RS dengan kondisi mulut dan hidung berbusa Petugas melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) sebanyak lima siklus, pemberian Epinefrin 2 ampul, pemeriksaan saturasi  $O_2$ , dan pemeriksaan EKG. Hasilnya pasien tetap tidak bernapas,  $SaO_2$  0%, dan hasil EKG datar. Dengan demikian, penatalaksanaan pada pasien ini telah sesuai dengan SPO 02/SPO/00/P – 002 tentang penatalaksanaan *Do Not Resuscitate* (DNR).

j. Kasus Plasenta Previa pada Ny.LR

Ny.LR seorang G4P3A0 usia 40 tahun masuk RS karena mengalami perdarahan dari jalan lahir dan demam. Setelah diperiksa, suhu tubuh pasien  $38,5^{\circ}C$  dan terdapat plasenta previa marginalis. Pasien kemudian diberi piretik dan dioperasi SC setelah demam turun. Saat operasi pasien mengalami perdarahan hingga memerlukan transfusi darah sebanyak tiga kolf. Pasien tidak sadarkan diri hingga memerlukan pemasangan ventilator. Tekanan darahnya naik mencapai 190/94 mmHg dan Frekuensi nadi 124 kali/menit. Pasien akhirnya dilakukan histerektomi subtotal, namun kemudian mengalami apnu dan meninggal. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 017 mengenai perdarahan antepartum dan 12/SPO/00/A – 065 mengenai perdarahan pasca persalinan.

k. Kasus Preeklampsia Berat pada Ny.SM

Ny.SM seorang G2P1A0 usia 26 tahun mengalami tekanan darah tinggi 150/100 mmHg, edema hanya terjadi pada tungkai. Pasien kemudian ditata laksana dan bersalin per vaginam. Setelah persalinan, ditemukan pasien mengalami kardiomegali dan didiagnosis sebagai

*chronic heart failure* (CHF) NYHA IV. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat.



l. Kasus P3A0 31 Tahun PostSC dan MOW pada Ny. RF

Ny.RF seorang G3P2A0 usia 31 tahun masuk RS karena rujukan RS swasta dengan preeklampsia berat. Pasien mengalami edema tungkai dan tekanan darah 157/90 mmHg. Pasien telah mendapatkan MgSO<sub>4</sub> 20% 4 gram secara intravena sebelum dirujuk. Pasien mengalami kejang saat tiba di RS dan diberi MgSO<sub>4</sub> 20% 2 gram dan kejang pun berhenti. Hasil pemeriksaan lab menunjukkan protein urin +4, SGOT 958, SGPT 164, Kol 9,5, dan ADS 166. Pasien kemudian dioperasi SC dan dilakukan Metode Operatif Wanita (MOW). Tekanan darah pasien pasca SC meningkat hingga 182/111 mmHg. Setelah mendapatkan perawatan, tekanan darah pasien turun hingga 80/50 mmHg dan suhu tubuh 39,8°C. Terapi diteruskan dan dilakukan rawat bersama. Tiga hari pasca SC, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E1M1Vet, dan henti jantung sebanyak enam kali. Petugas melakukan RJP dan memberi adrenalin, namun pasien akhirnya meninggal. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat adalah tidak diberi antasida, dan diberi antihipertensi meskipun tekanan darah <180/110 mmHg pada saat awal penanganan, antihipertensi yang diberikan adalah ISDN disamping pemberian Alfa-methyldopa. Selain itu, penatalaksanaannya sudah sesuai.

m. Kasus Partus Prematurus Imminens pada Ny.TL

Ny.TL seorang G2P1A0 usia 30 tahun masuk RS karena mengalami tanda-tanda persalinan dengan usia kehamilan 36 minggu. Saat diperiksa, diketahui adanya plasenta previa. Setelah bersalin, pasien mengalami hematemesis, tampak sesak, tekanan darah dari normal turun menjadi 97/60 mmHg, suhu tubuh 39,7°C, RR meningkat hingga 40 kali/menit, nadi meningkat hingga 164 kali/menit, Hb 6,7 gr%. Pasien kemudian mendapatkan rawat bersama dari beberapa dokter spesialis. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 074 mengenai partus

prematurus imminens adalah tidak diberikannya tokolitik dan kortikosteroid (untuk pematangan paru janin).

n. Kasus *Supraventricular Tachicardia* pada Ny.RK

Ny.RK seorang G4P3A0 usia 40 tahun masuk RS karena sakit kepala dan nyeri dada. Setelah diperiksa, tekanan darah pasien 145/77 mmHg, suhu tubuh 38,7°C, dan frekuensi nadi 158 kali/menit. Hasil EKG menunjukkan sinus takikardi dan hasil pemeriksaan lab menunjukkan hipokalemia. Pulmo pada pemeriksaan awal SDV +/- dan ronkhi negatif pada kedua lapang paru menjadi terdapat ronkhi basah halus dua jam setelahnya dan terjadi edema paru akut. Pasien akhirnya mengalami apnea. Petugas memberikan RJP dan memberikan adrenalin, namun pasien tidak tertolong. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat.

o. Kasus *Impending Eclampsia* pada Ny.DR

Ny.DR seorang G2P1A0 usia 27 tahun mengalami tekanan darah tinggi dan perdarahan antepartum. Setelah diperiksa, pasien mengalami solusio plasenta dan IUFD. Pasien segera dipoerasi SC dan terjadi atonia uteri. Pasien ditata laksana hingga dilakukan histerektomi. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 017 mengenai perdarahan antepartum.

p. Kasus *Ventricular Tachicardia* dan *Ventricle Extra Systole* pada Ny.JM

Ny.JM seorang G2P1A0 usia 36 tahun masuk RS karena nyeri perut, mual-muntah, dan pusing. Setelah diperiksa, tekanan darah pasien 142/77 mmHg dan nadi 108 kali/menit. Hasil EKG menunjukkan sinus takikardi. Setelah beberapa hari dirawat, pasien belum mengalami perbaikan. Pasien akhirnya mengalami apnu. Petugas memberikan RJP dan Adrenalin, namun pasien tidak tertolong. Penatalaksanaan kasus ini sudah sesuai berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 018 mengenai preeklampsia berat.

q. Kasus Atonia Uteri pada Ny.NK

Ny.NK berusia 29 tahun, hamil 39 minggu masuk RS karena selaput ketuban sudah pecah, namun belum ada tanda-tanda persalinan. Pasien kemudian ditatalaksana dan melahirkan per vaginam dengan perdarahan pasca persalinan sehari setelah masuk RS. Pada saat dilakukan eksplorasi didapatkan laserasi portio di arah jam 9. Serangkaian tata laksana belum dapat menghentikan perdarahan hingga akhirnya dilakukan histerektomi. Pasien akhirnya meninggal di *Intensive Care Unit* (ICU) karena *Disseminated IntraSCular Coagulation* (DIC) sehari setelah operasi histerektomi. Ketidaksesuaian yang terjadi pada kasus ini berdasarkan SPO nomor 12/SPO/00/A – 020 mengenai ketuban pecah dini dan 12/SPO/00/A – 065 mengenai perdarahan pasca persalinan adalah tidak dilakukan penjahitan laserasi serviks.

r. Kasus Solusio Plasenta pada Ny.ALA

Ny.ALA seorang G5P1A3 usia 36 tahun masuk RS karena perdarahan antepartum et causa solusio plasenta dan *intrauterine fetal death* (IUFD). Segera dilakukan SC dan terjadi perdarahan sebanyak 400 mL hingga mengalami Hb 8 gr%. Pasien mendapatkan transfusi hingga 3 kantung darah *packed red cell*. Pasien sempat tidak sadarkan diri tiga jam setelah SC dan keadaan umumnya lemah. Setelah sadar, pasien makan dan mengalami aspirasi makanan hingga mengalami apnu. Petugas melakukan intubasi dan memasang ventilator. Kemudian, tekanan darah pasien meningkat hingga 139/98 mmHg dan denyut nadi 140 kali/menit. Pasien mengalami apnu sebanyak tiga kali sebelum akhirnya meninggal. Dengan demikian, penatalaksanaan pada pasien ini telah sesuai dengan SPO 12/SPO/00/A – 017 tentang perdarahan antepartum.

s. Kasus Skrofuloderma pada Ny.YW

Ny. YW seorang G1P0A0 usia 24 tahun penurunan kesadaran dengan leher *null*, sebagian ulkus (+), dan terdapat jaringan parut.

Paru-paru tidak ada suara tambahan, jantungnya mengalami takikardi, dan ditemukan massa suprapubik saat pemeriksaan fisik awal. Pasien kemudian dirawat bersama oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi, spesialis paru, dan spesialis saraf. Sehari setelah pasien masuk RS, pasien mengalami henti jantung dan meninggal. Dengan demikian, penatalaksanaan pada pasien ini telah sesuai dengan SPO 12/SPO/00/A – 076 tentang kriteria pasien obstetri masuk ruangan.

t. Kasus *Death On Arrival* pada Ny.DY

Ny.DY seorang G2P1A0 usia 32 tahun datang ke RS rujukan dari RSUD Kota Semarang atas indikasi Kala II macet, *fetal distress*, dan suspek panggul sempit. Saat tiba di RS, pasien sudah tidak bernapas. Petugas melakukan RJP sebanyak satu siklus dan pemeriksaan EKG. Hasilnya pasien tetap tidak bernapas dan hasil EKG datar. Dengan demikian, penatalaksanaan pada pasien ini telah sesuai dengan SPO 02/SPO/00/P – 002 tentang penatalaksanaan *Do Not Resuscitate* (DNR).

Semua kasus obstetri emergensi di RSUD Tugurejo telah memenuhi >50% (total) prosedur dari SPO yang ada. Namun demikian, ada beberapa ketidaklengkapan dalam menatalaksana kasus emergensi obstetri berdasarkan SPO yang ada. Ketidaklengkapan yang terjadi pada kasus preeklampsia dan eklampsia terletak pada pemberian antasida, pemberian  $MgSO_4$  yang kurang sesuai, pemberian antihipertensi, dan pemberian diuretik. Magnesium sulfat merupakan prosedur tetap yang tercantum pada SPO preeklampsia berat. Namun dalam pelaksanaannya, ada  $MgSO_4$  yang hanya diberikan *loading dose*-nya saja atau *maintenance dose*-nya saja atau tidak keduanya. Selain itu, SPO menyebutkan antihipertensi baru diberikan bila tekanan darah pasien lebih dari 180/110 mmHg atau jika *Mean Arterial Pressure* (MAP) kurang dari atau sama dengan 126. Pada pelaksanaannya, pasien di bawah tekanan darah tersebut telah banyak mendapatkan antihipertensi. Antihipertensi yang diberikan juga beragam, antara lain Nifedipine, Alfa-methyldopa, ISDN, Captopril, dan Furosemid.

Yang dianjurkan pada SPO adalah Nifedipine 10-20 mg oral, diulangi 30 menit dan maksimal pemberian 120 mg per 24 jam atau Alfa-methyldopa dengan aturan minum tiga kali 500 mg dalam 24 jam. Diuretik juga sering kali diberikan meski tidak ada indikasi seperti edema paru, payah jantung kongestif, dan edema anasarka.

Beberapa kasus perdarahan di RSUD Tugurejo disebabkan oleh laserasi portio yang kemudian tidak dapat diatasi, meskipun telah dilakukan histerektomi. Pengadaan transfusi darah yang dibutuhkan pada kasus perdarahan selalu terpenuhi semua.

Terjadi dua kasus gangguan jantung pada pasien obstetri di RSUD Tugurejo yang datanya ditemukan. Kedua kasus tersebut sudah sesuai SPO nomor SPO 12/SPO/00/A – 018 tentang preeklampsia berat.

Ketepatan penulisan diagnosis utama sangat membantu dalam penelitian ini. Dalam kasus kematian maternal, diagnosis utama adalah masalah utama yang menyebabkan seorang ibu meninggal. Terdapat beberapa kasus yang bukan merupakan diagnosis utama, sebagai contoh postSC-MOW, partus prematurus imminens. Kedua kasus tersebut belum mencerminkan bagaimana penyebab utama sebuah kematian maternal. Ny.RF pasien postSC dan MOW sebenarnya mengalami preeklampsia berat. Kasus partus prematurus imminens yang terjadi pada NY.TL menyebabkan kematian karena adanya perdarahan dalam.

Terdapat ketidaksesuaian status obstetri yang ada pada rekap rekam medis. Misalnya pada kasus Ny.YW pada tahun 2015, status obstetri Ny.YW ditulis sebagai G3P2A1, sedangkan dalam catatan rekam medisnya ditulis G1P0A0, Ny.SRA ditulis sebagai G2P0A0, sedangkan dalam catatan rekam medisnya ditulis G1P0A0, Ny.JDP ditulis sebagai G3P2A0, sedangkan dalam catatan rekam medisnya ditulis G2P2A0. Penulisan riwayat perawatan juga seringkali tidak urut sesuai urutan waktu pelaksanaannya sehingga menyulitkan pengamatan.

Langkah-langkah pencegahan dan penanganan kasus obstetri emergensimemerlukan ketepatan waktu yang kadang mengalami

keterlambatan. Pada penelitian kali ini tidak dapat disimpulkan ketepatan *timing* penanganan karena belum ada standar waktu yang ditetapkan dalam melakukan suatu langkah penanganan, misalnya dalam pengadaan darah dan pemberian obat-obatan tertentu.

Gambaran secara keseluruhan mengenai keberhasilan penatalaksanaan kasus obstetri emergensi di RSUD Tugurejo juga perlu ditinjau dari riwayat pemeriksaan kesehatan ibu. Seorang ibu yang memiliki risiko tinggi diharapkan dapat tertangani dengan baik apabila telah rutin memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan. Ibu yang rutin memeriksakan kesehatannya di RSUD Tugurejo juga diharapkan memiliki prognosis yang lebih baik saat mengalami kasus emergensi obstetri karena status kesehatannya terkontrol dan riwayat kesehatannya telah terangkum dalam rekam medisnya. Data ini dapat menunjukkan perbedaan keberhasilan penanganan kasus obstetri emergensi dari ibu yang merupakan pasien lama di RSUD Tugurejo (*book case*) dan ibu yang merupakan pasien baru atau rujukan (*non book case*).



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

1. Terdapat 8645 kasus persalinan di RSUD Tugurejo dari tahun 2011 hingga Juli 2015.
2. Persentase penanganan komplikasi obstetri meningkat dari 10,47% (2011) menjadi 18,55% (Juli 2015).
3. Terdapat 26 kasus kematian maternal di RSUD Tugurejo dari tahun 2011 hingga Juli 2015.
4. Proporsi kematian maternal tetap dalam kisaran 0,30% dari tahun 2011 hingga Juli 2015.
5. Proporsi SC meningkat dari 15,62% (2011) menjadi 33,65% (Juli 2015).
6. *Case Fatality Rate* akibat komplikasi obstetri langsung menurun hingga mencapai 0% pada tahun 2015 (Januari s.d. Juli).
7. Proporsi kematian maternal akibat penyebab tidak langsung berkisar 15,38% sejak tahun 2011 hingga Juli 2015.
8. Preeklampsia/eklampsia merupakan penyebab terbanyak kasus kematian maternal (38,46%).
9. Seluruh penanganan obstetri emergensi telah memenuhi >50% (total) SPO yang berlaku (100%).
10. Datalengkap tentang kematian maternal tidak cukup mudah didapatkan karena kelengkapan data kurang atau penyimpanan yang kurang baik.

#### B. SARAN

1. Tenaga medis hendaknya senantiasa melakukan skrining, penatalaksanaan awal, dan rujukan dini pada ibu hamil atau bersalin yang berisiko tinggi.
2. RSUD Tugurejo hendaknya mengadakan *refreshing* SPO dalam bentuk *workshop* untuk meningkatkan kelengkapan langkah dalam menanganinya.

3. Dinas Kesehatan Kota Semarang hendaknya membuat penelitian serupa untuk mengukur penanganan komplikasi obstetri di Kota Semarang.



4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia hendaknya mengembangkan alat ukur penanganan komplikasi obstetri yang lebih komprehensif.
5. Peneliti selanjutnya hendaknya mengembangkan penelitian ini dengan meneliti ketepatan waktu penanganan kasus obstetri emergensi, menelaah keberhasilan penanganan kasus obstetri emergensi secara *book case* dan *nonbook case*.



## DAFTAR PUSTAKA

1. **Bhandari TR.***Maternal and Child Health*. Nepal Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012,pp. 5-10.
2. **Sauvarin J.***Maternal and Child Health Situation in South East Asia*. Bangkok : United Nation Population Fund, 2006.
3. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Profil Kesehatan Indonesia 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014.
4. **Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.***Profil Kesehatan Jawa Tengah 2012*. Semarang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013.
5. **Dinas Kesehatan Kota Semarang.***Profil Kesehatan Kota Semarang 2013*. Semarang : Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2014.
6. **RSUD Tugurejo.***Data Rekam Medis RSUD Tugurejo*. Semarang : RSUD Tugurejo, 2015.
7. **McCarthy J and Maine D.***A Framework for Analyzing The Determinants of Mortality Rate*. 1, s.l. : Studies in Family Planning, Jan-Feb 1992, Vol. 23, pp. 23-33.
8. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.
9. **Krisnadi SR, Anwar AD and Alamsyah M.***Obstetri Emergensi*. Jakarta: : CV Sagung Seto, 2012.
10. **Saifuddin AB.***Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2008.
11. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1057/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008.
12. **Komisi Akreditasi Rumah Sakit.***Instrumen Akreditasi Rumah Sakit - Standar Akreditasi Versi 2012*. Jakarta : Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012.

13. **World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund.***Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook.* Geneva : World Health Organization Press, 2009.
14. **World Health Organization.***Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and The United Nations Population Division.* Geneva : World Health Organization, 2014. 978 92 4 150722 6.
15. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu.* Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010.
16. **Berliana OA.***Hubungan Risiko Kehamilan dengan Cara Persalinan di Ruang Bersalin RSUD Tugurejo Semarang Periode Oktober - Desember Tahun 2013.* Semarang : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang, 2014.
17. **Rochjati P.***Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil.* Surabaya : Airlangga University Press, 2003.
18. **Kementerian Kesehatan RI.***Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak.* Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2010.
19. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia.* Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2013.
20. **Darussalam, Dinas Kesehatan Provinsi Istimewa Nangroe Aceh.***Profil Kesehatan Provinsi Aceh Tahun 2012.* Banda Aceh : Dinas Kesehatan Provinsi Istimewa Nangroe Aceh Darussalam, 2013.
21. *The Maternal Mortality Incidence Rate.* **Riffe TM.** Barcelona : Universitat Autònoma de Barcelona, 2010.
22. **Trisnantoro L, Zaenab SN.***Penggunaan Data Kematian Absolut untuk Memicu Penurunan Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten/Kota.* Yogyakarta : Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM, 2013.
23. **Norwitz E, Schorge J.***At Glance Obstetri dan Ginekologi Edisi 2.* Jakarta : Erlangga Medical Series, 2007.
24. **Jitowiyono S, Kristiyanasari W.***Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan NIC NOC.* Yogyakarta : Nuha Medica, 2010.
25. **Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.***Profil Kesehatan Indonesia 2014.* Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015.

26. —. *Profil Kesehatan Indonesia 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014.

27. **Hermes W, et al.** *10-Year cardiovascular event risks for women who experienced hypertensive disorders in late pregnancy: The HyRAS study*. s.l. : BMC Pregnancy Childbirth, 2010, Vols. 10(28). doi:10.1186/1471-2393-10-28. .



Lampiran 1

Surat Izin Penelitian

**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO**  
Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo - Semarang Telp. 7665376, 7692287 Faks. 7604598 Email :  
tugurejo@jkrangas.go.id Website : www.rumagurejo.go.id

---

Semarang, 24 September 2015

Nomor : 423.4/4328  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Muhammadiyah Semarang  
di  
SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor 45/UNIMUS.H/KM/2015 tanggal 11 September 2015 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami tidak keberatan dan memberi ijin untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : Shinta Dewi Wulandari  
NIM : H2A012001  
Prodi : S1 Kedokteran  
JUDUL : "Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Emergensi dan Kejadian Maternal di RSUD Tugurejo"

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

an, DIREKTUR RSUD TUGUREJO  
PROVINSI JAWA TENGAH  
Wakil Umum dan Keuangan

  
**Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19681124 199310 2 001

TEMBUSAN :  
1. Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

Lampiran 2

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Preeklampsia/Eklampsia di RSUD Tugurejo

(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 018 tentang Preeklampsia Berat)

No.	Prosedur	TR	JY	SRA	JDP	KR	MM	SM	RF	DR	DIW
1	USG	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2	Observasi KU, TD, N, S, prot.urin, kejang, his, dj, SGOT, SGPT, dll	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3	Rawat+awasi	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
4	Diet CPRLRGR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
5	Eklampsia→puasa, sonde	...	V	V	...	?	...	...	V	...	...
6	RL	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
7	Antasida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	PEB:	-	-	V	-	-	-	-	-	-	-
	<b>a.MgSO4</b>	Mgso4	ISDN +		Mgso4	Diureti	Loadin	Dosis	Nifedip	Mgso4	Mgso4
	<b>b.Diuretikum</b> jika edem paru, PJK, edema anasarka	-			-	kum -	g dose	mgso4	in,	loading	-
	<b>c.antihipertensi</b> (>180,>110)				ISDN +		mgso4	loading	dopame	dose -	
	*Nifedipin				Captopr		-	dose	t -		
	*metildopa				il+		Furose	tidak			
	*klonidin						mide +	sesuai			
	<b>d.kardiotonika</b> (payah jantung): cedilanid D, raber dengan Sp.PD, rujuk RSDK jika kelainan jantung						Antihip	ISDN,			
	<b>e.Obat lain</b>						ertensi	Captopr			
	antipiretik, antibiotik, terminasi kehamilan (oksi drip), SC						-	il +			

9	Eklamsia: <b>a.MgSO4</b> *loading dose *maintenance <b>b.Obat lain=PEB</b> <b>c.koma: monitoring GPCS, decubitus, NGT</b> Kejang-→ICU,HCU,sudip lidah, kepala, otophrayngs, fiksasi badan <b>d.pengobatan obs</b> terminasi jk stabil 4-8 jam *stlh obat antikejang *stlh kejang *stlh obat antiHT *mulai sadar (respons, orientasi) *cara terminasi=PEB Dirawat 5 hari	...	V	V	...	...	...	...	...	...
Nilai	77,8%	77,8%	100%	77,8%	77,8%	77,8%	77,8%	77,8%	77,8%	77,8%
Interpretasi	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
keterangan		Edema pulmo kemudian		Nifas				PostSC +MOW	Solplas, ppp	PPP

Keterangan: V : dilaksanakan

(-) : tidak dilaksanakan

... : tidak ada kejadian suatu tahap tertentu karena suatu penyebab (tidak ada kejang, SC, dan lain-lain)

Lampiran 3

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Perdarahan Antepartumdi RSUD Tugurejo

(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 017 tentang Perdarahan Antepartum)

No.	Prosedur	LR	LR	ALA
1	USG, inspekulo	V	V	V
2	RL	V	V	V
3	Awasi KU, TD, N, S, RR, perdarahan pervaginam, his, djj, hb, ht, goldar	V	V	V
4	Transfusi bila hb <8	...	...	V
5	Plasenta previa	V	V	...
	a. Pasif			
	Bedrest total			
	Kontraksi → obat tokolitik			
	Obat antiperdarahan (UK<37, BB<2,5)			
	Inj antibiotik tiap 2 hr			
	b. Aktif → persalinan pervaginam/SC			
	KU ibu			
	Pembukaan jln lahir			
	Jenis plasprev			
	Keadaan perdarahan			
	Keadaan janin			
6	Solutio plasenta	...	...	V
	a. Amniotomi (his- → drip oksid)			
	b. Pembukaan lengkap/hampir lengkap			
	- Kepala H>III+			
	Janin hidup: vakum, forceps			
	Mati: embriotomi			
	- SC jika janin hidup, gawat janin, mati, pembukaan masih kecil			
	*perdarahan byk, pembukaan kecil			
	*ligase a.hypogastrica			
	*uterus couvelair, kontraksi jelek: histerektomi			
	- Ku kurang baik → HCU/ICU, KU stabil → r.perawatan			
	nilai	100%	100%	100%
	Interpretasi	Total	Total	Total
	Keterangan	PPP	PPP	PPP
		100%		100%
				Aspirasi makanan

Keterangan: V : dilaksanakan  
 (-) : tidak dilaksanakan  
 ... : tidak ada kejadian suatu tahap tertentu karena suatu sebab (tidak ada kejang, SC, dan lain-lain)

#### Lampiran 4

#### Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum di RSUD Tugurejo (berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 065 tentang Perdarahan Pasca Persalinan)

No	Prosedur	WL	LR	NK	ALA	DIW	DR
1	ABC a. ajak bicara, awasi ps b. TTV c. respons ps baik → mengurangi penilaian kewaspadaan penolong d. infus (18/16) e. guyur cairan kristaloid f. px darah rutin, cross match	V	V	V	V	V	V
2	Kosongkan VU	-	V	Terlam bat	V	Terlam bat	V
3	Nilai fundus a. Lembek → KBI/E b. Eksplorasi uterus	KBI/KBE -	...	-	...	...	...
4	Uterus tetap lembek: a. 10 IU oksidasi IV bolus b. Oksidasi 20 IU dalam RL tetesan cepat c. Oksidasi 10 IU uterus	V	V	V	-	V	V
5	Uterus lembek, belum eksplorasi → eksplorasi	Eksplorasi Terlambat	...	V	...	...	...
6	Uterus lembek: a. Metergin 0,25 mg IV (maks @5 menit), maks 1,25 mg, KI:HT b. Misoprostol 800-1000 ug (4-5 tab)	V	-	V	-	V	-
7	Kontraksi kuat → eksplorasi jalan lahir a. Penerangan b. Laserasi vagina/serviks → penja hitan c. Pantau hb. Rendah → PRC, WB	- Laserasi +/- Penjahitan -	...	- Penjahit an -	V	V	V
8	Uterus kontraksi kuat, perdarahan lanjut → px faktor koagulasi Abnormal → FFP, cryoprecipitate, trombosit, PRC Normal → operasi, singkirkan ruptur uteri/bekas operasi, ikat a. uterina/hipogastrika,	-	V	V	-	V	V

histerektomi						
Nilai	75%	100%	62,5%	62,5%	87,5%	87,5%
Interpretasi	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Keterangan		SC Solpl as Kontr aksi baik		Solutio plasenta, SC, Aspirasi makanan	PEB, Kontra ksi baik	Impedi ng eklamp sia, solutio plasenta

Keterangan: V : dilaksanakan  
 (-) : tidak dilaksanakan  
 ... : tidak ada kejadian suatu tahap tertentu karena suatu sebab  
 (tidak ada kejang, SC, dan lain-lain)



Lampiran 5

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Gangguan Jantung di RSUD Tugurejo  
(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 018 tentang Preeklampsia Berat)

No.	Prosedur	RK	JM
1	Kardiotonika indikasi: - Bila ada tanda payah jantung - Cedilanid D - Perawatan bersama Sp.PD - Jika ada kelainan jantung dirujuk ke RSDK	V	V
	Nilai	100%	100%
	Interpretasi	Total	Total
	Keterangan	-	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
(-) : tidak dilaksanakan



Lampiran 6

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Retensio Plasenta di RSUD Tugurejo  
(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 061 tentang  
Penatalaksanaan Retensio Plasenta)

No.	Prosedur	WL
1	Plasenta belum lahir 15 menit → 10 UI oksitosin IM	V
2	Periksa kandung kemih → penuh → kateterisasi	V
3	Peregangan tali pusat dan tekanan dorsokranial	V
4	Menit ke-30 plasenta belum lahir → plasenta manual	V
	nilai	100%
	Interpretasi	Total
	Keterangan	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
(-) : tidak dilaksanakan

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Manual Plasentadi RSUD Tugurejo  
(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 064 tentang Manual Plasenta)

No.	Prosedur	WL
1	Pasang set dan cairan infus	V
2	Anestesia verbal adatu analgesia per rektal	V
3	Penetrasi ke dalam cavum uteri Kandung kemih kosong, jepit tali pusat dengan klem 5-10 cm dari vulva, tegangkan sejajar lantai. Tangan lainnya masuk secara obstetrik dengan menelusuri bawah tali pusat. Setelah mencapai serviks, penolong lain menegangkan klem tali pusat, tangan luar menahan fundus uteri. Tangan dalam masuk ke cavum uteri hingga tempat implantasi plasenta. Bentangkan tangan obstetrik menjadi datar.	V
4	Melepas plasenta dari dinding uterus Sisipkan ujung jari tangan di antara plasenta dan dinding uterus. Perluas pelepasan plasenta dengan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri hingga perlekatan plasenta lepas dari dinding uterus	V
5	Mengeluarkan plasenta Tangan masih di dalam cavum uteri → eksplorasi sisa plasenta. Tangan luar pindah ke supra simphisis (menahan segmen bawah uterus), penolong lain menarik tali pusat, tangan dalam membawa plasenta keluar.	V
6	Masase fundus uteri	V
7	Periksa kembali tanda vital ibu	V
	Nilai	100%
	Interpretasi	Total
	Keterangan	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
(-) : tidak dilaksanakan

Lampiran 7

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Kasus Partus Prematurus Imminens  
di RSUD Tugurejo

(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 074 tentang Partus Prematurus Imminens)

No.	Prosedur	TL
1	Ibu istirahat total	V
2	Pasang infus	V
3	Awasi KU, TD, N, S, RR, tanda persalinan, DJJ	V
4	Tokolitik: a. Beta-mimetik (isoksuprin, salbutamol) → oral, IV Dosis: 20-50 µg/menit (IV), 4 mg 2-4x (maintenance) (oral) Kontraindikasi: - Kelainan struktur jantung, iskemia, kelainan irama - Perdarahan antepartum nyata - Kontrol jelek: DM tipe a, hipertiroid - Persalinan lama - PE atau kondisi medis lain - Korioamnionitis (gangguan fetus) - Fetus aterm/persalinan imminens/IUFD/kelainan kongenital Efek samping beta-mimetik: - Takikardi ibu/janin - Sakit kepala, kongesti hidung - Hiperglikemia/hipokalemia - Hipotensi - Edema paru - Iskemik miokardium b. Antagonis kalsium (nifedipin) Loading dose: 3x10 mg oral Maintenance dose 3x1 tablet	-
5	Kortikosteroid (pematangan paru) Dosis 2x6 mg dexamethasone IV selama 2 hari	-
6	Antibiotik (bila infeksi)	V
7	USG	V
8	Pemeriksaan lab: darah rutin, urin rutin	V
9	Pasien boleh pulang setelah pemberian kortikosteroid selesai, tidak ada tanda perdarahan, kontraksi Rahim tidak ada dan KU baik.	...
	Nilai	77,8%
	Interpretasi	Total
	Keterangan	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
(-) : tidak dilaksanakan  
... : tidak ada kejadian suatu tahap tertentu

Lampiran 8

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan Limfadenitis TB di RSUD Tugurejo  
(berdasarkan SPO no. 12/SPO/00/A – 076 tentang  
Kriteria pasien obstetri masuk ruangan)

No.	Prosedur	YW
Prosedur di IGD		
1	Tanyakan HPHT	V
2	Cek gravindex test pada WUS dengan nyeri perut bawah dengan/tanpa perdarahan	V
3	Tentukan ke mana pasien harus dikirim: IBS, ICU, VK, ruang perawatan	V
Kriteria pasien masuk ruangan:		
4	Kriteria Pasien dari IGD masuk IBS Inpartu/hamil aterm dengan gawat janin, inpartu fase aktif dengan panggul sempit, inpartu dengan malpresentasi atau malposisi, partus macet, kepala masih tinggi, solutio plasenta, plasenta previa berdarah mengarah ke syok, inpartu/hamil aterm dengan impending/eklampsia, KET, abortus iinsipiens, ruptur uteri/ruptur uteri imminens, atonia uteri yang tidak berhasil dikelola konservatif, tali pusat menubung/terkemuka pada hamil cukup bulan atau janin bisa hidup, letak lintang kasaep, inversion uteri	...
5	Kriteria Pasien Masuk ICU Impending eklampsia, perdarahan ante/postpartum dengan syok, pasien obstetrik dengan kondisi sesuai kriteria masuk ICU, sepsis puerpuralis.	...
6	Kriteria Pasien Masuk VK Observasi inpartu/inpartu kala I, KPD < partus prematurus imminens, perdarahan antepartum tidak aktif, perdarahan postpartum selain atonia uteri, retensio plasenta, partus macet kepala di hodge III, partus tak maju, hipertensi gestasional/PEB, serotinus, KEBT, IUFD, IUGR/kesejahteraan janin kurang baik, hematon vulva postpartum.	...
7	Kriteria Pasien Masuk Bangsal Perawatan Abortus inkompletus tanpa perdarahan, missed abortion, rencana operasi elektif, hamil belum inpartu/postpartum dengan anemia, mola hidatidosa, hamil/belum inpartu dengan penyakit penyerta tanpa kegawatan, HEG, postpartum dengan retensio urin, wound dehiscence, plasenta restan tanpa perdarahan aktif	V
	Nilai	100%
	Interpretasi	Total
	Keterangan	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
 (-) : tidak dilaksanakan  
 ... : tidak ada kejadian suatu tahap tertentu karena suatu sebab (tidak ada kejang, SC, dan lain-lain)

Lampiran 9

Lembar Kesesuaian Penatalaksanaan *Death On Arrival* di RSUD Tugurejo  
(berdasarkan SPO no. 02/SPO/00/P – 002 tentang Do Not Resuscitate (DNR))

No.	Prosedur	PR	DY
1	Salam	V	V
2	Menyebutkan peran dan unit kerja	V	V
3	Ciptakan suasana kondusif, tenang, privasi pasien terjaga	V	V
4	Kehadiran keluarga/kerabat pasien	V	V
5	Satu petugas mendampingi diskusi	V	V
6	Verifikasi materi	V	V
7	Kesempatan pasien/keluarga untuk bertanya	V	V
8	Membantu menjawab pertanyaan pasien/keluarga	V	V
9	Informasi mengenai RJP	V	V
10	Tidak tercapai kesepakatan → beri pendapat lain dari sudut pandang dokter (paramedis) mengenai kondisi pasien dan tindakan RJP	V	V
11	Catat pandangan pasien	V	V
12	Diskusikan keputusan mengenai RJP	V	V
13	Menekankan terapi yang akan diberikan	V	V
14	Memastikan pencatatan rekam medis pasien	V	V
15	Peninjauan ulang keputusan DNR secara teratur	V	V
16	Menawarkan diskusi dengan dokter	V	V
	Nilai	100%	100%
	Interpretasi	Total	Total
	Keterangan	-	-

Keterangan: V : dilaksanakan  
(-) : tidak dilaksanakan