

**FAKTOR RISIKO PERSALINAN TERHADAP KEJADIAN
NEAR MISS DAN KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT
JEJARING TEMPAT PENDIDIKAN KOTA MAKASSAR
PERIODE 10 OKTOBER 2018 - 9 OKTOBER 2019**

*RISK FACTOR FOR NEAR MISS AND MATERNAL
MORTALITY INCIDENT AT TEACHING HOSPITAL IN
MAKASSAR PERIOD 10 OCTOBER 2018 - 9 OCTOBER 2019*

STEFANNUS WIBISONO



**DEPARTEMEN OBSTETRI & GINEKOLOGI
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

**FAKTOR RISIKO PERSALINAN TERHADAP KEJADIAN *NEAR MISS*
DAN KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT JEJARING TEMPAT
PENDIDIKAN KOTA MAKASSAR
PERIODE 10 OKTOBER 2018 - 9 OKTOBER 2019**

*RISK FACTOR FOR NEAR MISS AND MATERNAL MORTALITY
INCIDENT AT TEACHING HOSPITAL IN MAKASSAR PERIOD 10
OCTOBER 2018 – 9 OCTOBER 2019*

sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Dokter
Spesialis dan Mencapai Gelar Spesialis

Program Studi

Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Disusun dan diajukan oleh

STEFANNUS WIBISONO

**DEPARTEMEN OBSTETRI & GINEKOLOGI
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

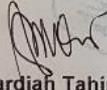
**FAKTOR RISIKO PERSALINAN TERHADAP KEJADIAN *NEAR MISS*
DAN KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT JEJARING TEMPAT
PENDIDIKAN KOTA MAKASSAR
PERIODE 10 OKTOBER 2018 – 9 OKTOBER 2019**

Disusun dan diajukan oleh

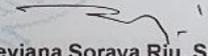
STEFANNUS WIBISONO
Nomor Pokok : C105216101

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal 29 Januari 2020
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT

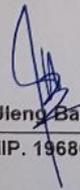

Dr. dr. Andi Mardiah Tahir, Sp. OG(K)

Pembimbing Utama


Dr. dr. Deviana Soraya Riu, Sp. OG(K)

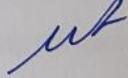
Pembimbing Anggota

Manajer Program Pendidikan Dokter
Spesialis Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin


dr. Uleng Bahrun, Sp. PK(K), Ph.D

NIP. 19680518 199802 2 001

Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
dan Pengembangan


Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes

NIP. 19671103 199802 1 001



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Stefannus Wibisono

Nomor Mahasiswa : C105216101

Program Studi : Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang berjudul

**FAKTOR RISIKO PERSALINAN TERHADAP KEJADIAN *NEAR MISS*
DAN KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT JEJARING TEMPAT
PENDIDIKAN KOTA MAKASSAR
PERIODE 10 OKTOBER 2018 – 9 OKTOBER 2019**

adalah karya ilmiah saya sendiri dan sepanjang pengetahuan saya di dalam naskah tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diterbitkan sebelumnya, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari ternyata di dalam naskah tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur – unsur penjiplakan, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya tersebut dan diproses sesuai dengan hukum yang berlaku

Makassar, Oktober 2019

Yang menyatakan



Stefannus Wibisono

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan YME, atas segala rahmat, berkat, karunia serta perlindungan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan tepat waktu sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 pada Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Pada penelitian ini, penulis bermaksud memberikan informasi ilmiah mengenai Faktor Risiko Persalinan Terhadap Kejadian *Near Miss* dan Kematian Ibu di Rumah Sakit Jejaring Tempat Pendidikan Kota Makassar Periode 10 Oktober 2018 – 9 Oktober 2019.

Dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. dr. A. Mardiah Tahir, Sp.OG(K) sebagai pembimbing I dan Dr. dr. Deviana S. Riu, Sp.OG(K) sebagai pembimbing II atas bimbingan dan arahan yang telah diberikan mulai dari pembuatan *outline* penelitian, pelaksanaan sampai dengan penulisan tesis ini. Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada dr. Firdaus Hamid, PhD sebagai pembimbing statistik. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada dr. Umar Malinta, Sp.OG(K) dan dr. A. Nursanty Padjalangi, Sp.OG(K) sebagai penyanggah yang telah memberikan kritik, saran dan masukan dalam penyempurnaan penelitian ini. Dan kepada dr. Suzanna S. Pakasi, Sp.OG(K) sebagai pembimbing akademik penulis atas semua masukan, arahan dan bimbingannya

Penulis juga menyampaikan rasa hormat dan penghargaan

setinggi-tingginya kepada Kepala Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K); Ketua Program Studi Dr. dr. Deviana Soraya Riu, Sp.OG(K); seluruh guru staf pengajar beserta pegawai Departemen Obstetri dan Ginekologi yang memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis selama pendidikan.

Terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua saya, Boedi Hardjo dan Monica Kartika Gondoputro, istri Natauli Margareta, anak Seraphine Louisa Wibisono, kakak Natalia Ira Kartika, kedua adik saya Florentina Wulandari dan Pauline Lydiana atas dukungan doa, kasih sayang dan pengertian selama penulis menjalani pendidikan. Tidak terlupa juga untuk seluruh teman sejawat residen obgin khususnya periode Juli 2016 atas semua bantuan dan kerjasamanya selama proses pendidikan dan pengerjaan tesis ini.

Kepada seluruh staf rumah sakit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan rumah sakit jejaring tempat pendidikan Departemen Obstetri dan Ginekologi FK Unhas Makassar, seluruh responden yang ikut serta dalam penelitian ini serta semua pihak yang namanya tidak tercantum namun telah banyak membantu dalam menyelesaikan tesis ini, penulis juga ucapkan terima kasih.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan pada umumnya serta Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada khususnya di masa yang akan datang

Makassar, Oktober 2019

Stefannus Wibisono

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
ABSTRAK	xv
ABSTRACT	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	8
A. <i>Near Miss</i> Ibu	8
B. Kematian Ibu	17
C. Faktor Risiko Persalinan	19
D. Kerangka Teori	35
E. Kerangka Konsep	36
F. Variabel Penelitian	37

	G. Hipotesis	37
	H. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	38
BAB III	METODE PENELITIAN	41
	A. Rancangan Penelitian	41
	B. Lokasi dan Waktu Penelitian	41
	C. Populasi Penelitian	42
	D. Sampel dan Cara Pengambilan Sampel	42
	E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	43
	F. Cara Kerja	43
	G. Alur Penelitian	45
	H. Pengolahan dan Analisis Data	46
	I. Aspek Etis	46
	J. Waktu Penelitian	47
	K. Personalia Penelitian	47
	L. Anggaran Penelitian	47
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
	A. Hasil Penelitian	48
	B. Pembahasan	56
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	65
	A. Kesimpulan	65
	B. Saran	66
	DAFTAR PUSTAKA	67
	LAMPIRAN	73

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1.	Kehamilan di antara rangkaian normal dan kematian	8
2.	<i>Maternal Mortality Rate</i> berbagai negara di ASIA	18
3.	Grafik MMR di dunia per 100.000 kelahiran hidup	18
4.	Proses Pengambilan Sampel Penelitian	49

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1.	Distribusi Karakteristik Responden Penelitian	51
2.	Distribusi Penyebab <i>Near Miss</i> dan Kematian Ibu	52
3.	Faktor Risiko Persalinan di Rumah Sakit Jejaring Pendidikan	53
4.	Analisis Univariat dan Multivariat Faktor Risiko Persalinan	54

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
1.	Naskah penjelasan untuk responden	73
2.	Formulir persetujuan mengikuti penelitian	75
3.	Formulir kuisisioner penelitian	76
4.	Formulir <i>Ethical Clearance</i>	80
5.	Tabel Induk Penelitian	81

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/ singkatan	Arti dan keterangan
4 T	4 Faktor utama perdarahan post partum
10T	Program pelayanan ANC yaitu akronim 10T
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	Antenatal Care
ASI	Air Susu Ibu
BBLR	Berat badan Lahir Rendah
DJJ	Denyut Jantung Janin
Faskes	Fasilitas Kesehatan
Hb	Hemoglobin
HDK	Hipertensi Dalam Kehamilan
HELLP	<i>Haemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	Hari Pertama Haid Terakhir
IMS	Infeksi Menular Seksual
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
K1	Kunjungan ke-1, kunjungan ANC pertama kali
K4	Kunjungan ke-4, total jumlah kunjungan ANC

KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronis
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi, Informasi, Edukasi
LiLA	Lingkar Lengan Atas
MDGs	<i>Millenium Development Goals</i>
mmHg	Milimeter air raksa, satuan tekanan darah
No.	Nomor
RI	Republik Indonesia
RS	Rumah Sakit
SAMM	<i>Severe Acute Maternal Morbidity</i>
SMA	Sekolah Menengah Atas
SSTP	Seksio Sesarea Transperitoneal Profunda
TBC	<i>Tuberculosis</i>
TT	<i>Tetanus Toxoid</i>
UU	Undang-undang
WHO	<i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

STEFANNUS WIBISONO. *Faktor Risiko Persalinan terhadap Kejadian Near Miss dan Kematian Ibu di Rumah Sakit Jejaring Tempat Pendidikan Kota Makassar Periode 10 Oktober 2018 - 9 Oktober 2019* (dibimbing oleh Mardiah Tahir, Deviana Soraya Riu, Firdaus Hamid, Umar Malinta, Nursanty Padjalangi).

Penelitian ini bertujuan mengkaji kejadian *near miss* untuk mengetahui informasi mengenai faktor risiko dan faktor yang perlu dihindari, sehingga tidak menyebabkan.

Penelitian ini menggunakan *case control* berbasis rumah sakit untuk menilai faktor risiko terhadap kejadian *near miss* dan kematian ibu. Peneliti mengambil data semua ibu melahirkan usia kehamilan di atas 20 minggu yang mengalami *near miss* dan kematian ibu di rumah sakit jejaring pendidikan Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Total sampel 76 orang untuk kriteria inklusi dan 76 orang sebagai kontrol yaitu ibu melahirkan dengan komplikasi ringan sampai sedang. Kontrol dipilih sesuai usia dan rumah sakit yang sama terhadap kriteria inklusi. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis regresi logistik dengan SPSS.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa didapatkan 67 kejadian *near miss* dan 9 kematian ibu periode 10 Oktober 2018 - 9 Oktober 2019. Analisis regresi logistik didapatkan status gizi kurang ($p < 0.001$), riwayat penyakit ($p < 0.001$), usia kehamilan tidak aterm ($p < 0.001$), cara persalinan SSTP ($p < 0.001$), frekuensi ANC kurang ($p < 0.001$), tingkat pendidikan rendah ($p < 0.001$), dan sosial ekonomi kurang ($p < 0.01$) berpengaruh terhadap kejadian *near miss* dan kematian ibu. Status gizi kurang, riwayat penyakit, usia kehamilan tidak aterm, cara persalinan SSTP, frekuensi ANC kurang, tingkat pendidikan rendah, dan sosial-ekonomi kurang berpengaruh terhadap kejadian *near miss* dan kematian ibu.

Kata kunci: Analisis Faktor Risiko Persalinan, *Near Miss*, Kematian Ibu



ABSTRACT

STEFANNUS WIBISONO. *Risk Factors for Near Miss and Maternal Mortality Incident at Teaching Hospital* (supervised by Mardiah Tahir, Deviana Soraya Riu, Firdaus Hamnid, Umar Malinta, Nursanty Padjalangi).

This research is intended to find out the risk factor of near miss occurrence and maternal mortality incidents at Teaching Hospital in Makassar

The Method used in this study is Hospital - based case control study to assess risk factors for new miss and maternal mortality. Researchers took data of mothers giving birth above 20 weeks of pregnancy who experienced near miss and maternal death in the education network Hospital Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine, Hasanuddin University, Makassar. A total samples of 76 people for inclusion criteria and 75 people as controls, namely mothers giving birth with mild to moderate complications. Controls were selected according to age and hospital for the same inclusion criteria. Data were collected using a questionnaire and analyzed logistic regression with SPSS.

The Results indicate that there were 67 near miss events and maternal deaths from 10 October 2018 to 9 October 2019. Logistic regression analysis found that there was an influence of malnutrition status ($p < 0.001$), history of disease ($p < 0.001$), gestational age not at term ($p < 0.001$), SSTP delivery method ($p < 0.001$), lack of ANC frequency ($p < 0.001$), low education level ($p < 0.001$), and socioeconomic lack ($p < 0.01$) for near miss and maternal mortality.

Keywords : Labor Risk Factors Analysis, Near Miss, Maternal Mortality

- A. Latar Belakang
B. Rumusan Masalah
C. Tujuan Penelitian
D. Manfaat Penelitian

DAB II. TINJAUAN PUSTAKA

- A. Near Miss Ibu
B. Kamatan Ibu
C. Faktor Risiko Persalinan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu tantangan terbesar terhadap masalah kesehatan di dunia adalah kematian ibu. Saat ini angka kematian ibu secara global mencapai 251 (221—289) per 100 000 kelahiran hidup (Say et al., 2014). Menurunkan angka kematian ibu adalah upaya pengembangan milenium poin ke lima dimana poin tersebut menekankan angka kematian ibu harus turun hingga 75%. Angka kematian ibu di Indonesia 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Angka kematian ibu tersebut masih jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup (Kementrian Kesehatan, 2015). Kesehatan reproduksi wanita sangat perlu diperhatikan, dalam siklus hidupnya wanita mengalami beberapa tahap kehidupan diantaranya hamil dan melahirkan. Kesehatan ibu hamil, ibu bersalin dan nifas merupakan masalah kesehatan prioritas, ibu hamil perlu sehat supaya dapat melahirkan bayi yang sehat namun kesehatan ibu di Indonesia masih jauh dari optimal, hal ini terlihat dari masih tingginya angka kesakitan dan kematian ibu.

Lebih dari 99% wanita yang meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan bertempat tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah termasuk Indonesia. Oleh karena itu, serangkaian faktor medis

dan sosial yang andal dan komprehensif yang terkait dengan kematian ibu diperlukan dari kumpulan data berbasis populasi prospektif yang juga dapat melacak angka kematian ibu dari waktu ke waktu. Identifikasi dini faktor risiko sangat penting untuk mengembangkan strategi intervensi komprehensif sehingga mencegah komplikasi terkait kehamilan. Angka kematian ibu tidak akan berkurang tanpa strategi intervensi komprehensif yang mencakup pemantauan faktor risiko yang terkait dengan kematian ibu (Cross et al., 2010). Kejadian maternal *near miss* memiliki karakteristik yang hampir sama dengan kejadian kematian ibu. Wanita yang mengalami kejadian maternal *near miss* dapat memberikan informasi yang lebih sensitif dan akurat yang menggambarkan keadaan wanita tersebut selama mengalami komplikasi kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Dengan mengkaji kejadian maternal *near miss* dapat diketahui informasi mengenai faktor risiko, dan faktor yang perlu dihindari bahkan faktor yang harus diperbaiki yang terkait dengan maternal *near miss* tersebut. Sehingga dengan mengetahui faktor-faktor tersebut dapat dilakukan tindakan aksi untuk mengurangi kematian ibu dan akibat jangka panjang yang ditimbulkan dari maternal morbiditi (Jahan et al., 2006).

Penelitian terhadap kasus *near miss* dilakukan sebagai audit terhadap kematian ibu, disamping itu kasus *near miss* lebih sering terjadi dibandingkan kematian dan memiliki jalur (*pathway*) yang sama dengan kematian. Rata-rata kasus *near miss* yang dilaporkan bervariasi antara 0,7/1000 kelahiran sampai 12/1000 kelahiran tergantung pada kriteria

near miss yang digunakan, dengan penyebab utama terjadinya kasus *near miss* adalah perdarahan dan penyakit hipertensi namun *near miss* karena abortus juga cukup banyak ditemukan yaitu sebesar 13,0% (Adisasmitha dkk, 2008).

Secara global, 80% kematian ibu tergolong pada kematian ibu secara langsung dan 20% tidak langsung. Penyebab langsung disebabkan oleh komplikasi obstetrik seperti perdarahan (25%), infeksi (15%), eklampsia (12%), persalinan lama dengan atau tanpa robekan jalan lahir (8%), abortus yang tidak aman (13%), dan penyebab langsung lainnya (8%) (Kvale et al, 2005). Namun risiko kematian ibu dapat diperparah oleh penyebab tidak langsung yang disebabkan oleh suatu penyakit seperti malaria, anemia, TBC, hepatitis dan HIV/AIDS serta faktor-faktor lain yang dapat berkontribusi terhadap kematian ibu yaitu status gizi, tingkat sosial-ekonomi, pendidikan, faktor budaya, transportasi serta akses terhadap pelayanan kesehatan. Selain faktor-faktor di atas ada faktor lain yang relevan berkontribusi terhadap kematian ibu yaitu faktor keterlambatan atau faktor "3T" (terlambat dalam mengambil keputusan untuk merujuk, terlambat dalam mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam memperoleh pelayanan obstetrik di fasilitas kesehatan (Thaddeus & Maine, 1994). Rumah Sakit merupakan fasilitas rujukan tingkat akhir diharapkan dapat menyelamatkan nyawa seorang perempuan dari kematian akibat komplikasi obstetrik ataupun mengurangi tingkat keparahan dari *outcome* yang dapat terjadi. Di fasilitas ini pula

salah satu komponen “3T” berkontribusi terhadap kesakitan dan kematian ibu yaitu terjadinya keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan.

Dalam penelitiannya, Adisasmita dkk (2008) menyebutkan bahwa sebagian besar (67,2%) kejadian *near miss* di RS berada dalam kondisi kritis pada saat masuk sedangkan kejadian *near miss* selama perawatan di RS hanya sebesar 26,2 %. Kejadian *near miss* pada kasus abortus di RS menggambarkan kualitas pelayanan kesehatan, jika terjadi sebelum masuk RS (sudah *near miss* pada saat masuk RS) menggambarkan kualitas pelayanan kurang baik pada rantai rujukan akan tetapi jika terjadi setelah masuk RS (*near miss* pada saat dirawat di RS) hal ini menggambarkan kualitas pelayanan RS yang kurang baik. Tempat tinggal ibu pun dapat digunakan sebagai salah satu acuan dari akses terhadap pelayanan kesehatan, tetapi ada faktor lain yang juga mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan antara lain infrastruktur (mendukung atau tidak), faktor sosial ekonomi budaya (terutama status ekonomi yang rendah), dan keberadaan petugas kesehatan di fasilitas serta keterampilan yang dimiliki oleh petugas kesehatan.

Angka kejadian *near miss* di kota Makassar periode Januari-April 2018 sebanyak 26 kasus. Sedangkan, angka kematian ibu di kota Makassar selama tahun 2016 10 kasus dan menurun pada tahun 2017 sejumlah 7 kasus. (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2018) Berdasarkan dari data di atas, peneliti tertarik untuk melihat lebih dalam penyebab kejadian *near miss* dan kematian ibu di kota Makassar.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko persalinan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu dari 10 Oktober 2018 sampai 9 Oktober 2019 di Rumah Sakit jejaring tempat pendidikan Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

Apakah faktor risiko persalinan yang mempengaruhi kejadian *near miss* & kematian ibu?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

1. Untuk mengetahui angka kejadian *near miss* dan kematian ibu dalam 1 tahun terakhir di RS jejaring tempat pendidikan Departemen Obstetri dan Ginekologi FK Universitas Hasanuddin Makassar.

2. Mengetahui pengaruh faktor risiko persalinan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan status gizi ibu terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu
2. Mengetahui hubungan penyakit ibu terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu
3. Mengetahui hubungan paritas terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu
4. Mengetahui hubungan usia kehamilan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.
5. Mengetahui hubungan jarak kehamilan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.
6. Mengetahui hubungan cara persalinan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.
7. Mengetahui hubungan frekuensi antenatal care terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.
8. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu
9. Mengetahui hubungan sosial-ekonomi terhadap kejadian *near miss* & kematian ibu.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

- a. Dengan mengetahui faktor risiko persalinan terhadap kecenderungan *near miss* & kematian ibu di rumah sakit jejaring pendidikan Kota Makassar, diharapkan dapat menjadi suatu bahan evaluasi untuk peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit tersebut

2. Manfaat Aplikasi

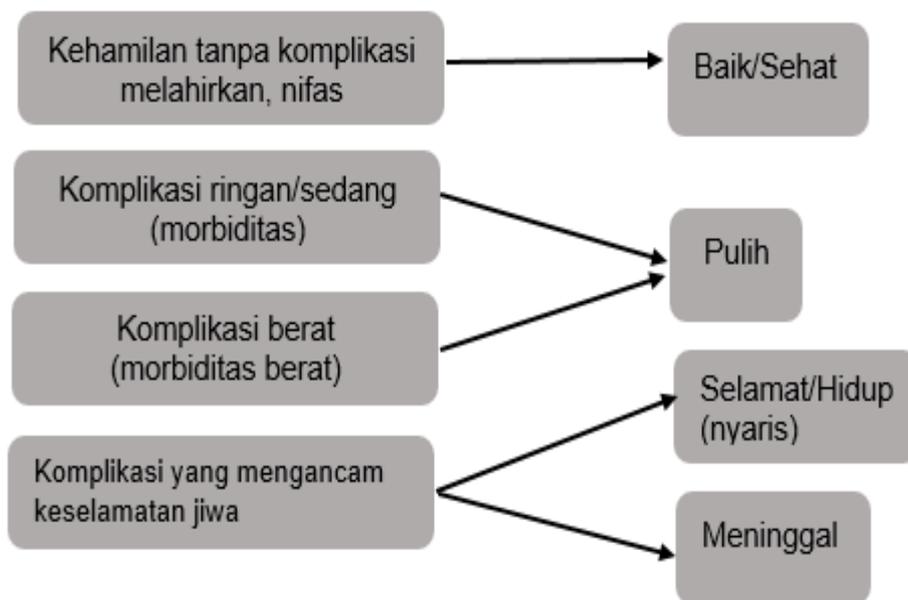
- a. Dapat memberikan informasi mengenai faktor risiko persalinan dimana pelayanan tidak hanya berfokus pada penyakitnya tetapi juga melihat seorang pasien sebagai seorang individu secara utuh dan faktor yang menyertainya.
- b. Dapat menjadi data dasar untuk penelitian lanjutan dimana dengan adanya tingkat kematian ibu dan karakteristik kehamilan dapat memberikan pengaruh terhadap kondisi medis dari ibu hamil itu sendiri
- c. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk mencegah keterlambatan dalam penanganan persalinan ibu yang nantinya mengurangi kejadian *near miss* dan kematian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Near Miss* Ibu

Untuk dapat memahami konsep *near miss*, perlu pemahaman mengenai keadaan sehat-sakit selama kehamilan, dan dapat dilihat pada Gambar 1 berikut:



Gambar 1. Kehamilan di antara Rangkaian Normal dan Kematian (WHO,2007)

Pada keadaan sehat-sakit, suatu kehamilan dapat terjadi tanpa komplikasi melahirkan/nifas, dapat juga disertai dengan komplikasi ringan/sedang, komplikasi berat atau dapat mengalami komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa. Pada wanita yang mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, mempunyai dua kemungkinan *outcome*, yaitu

kemungkinan wanita tersebut selamat/hidup (mengalami kejadian *near miss* atau “nyaris meninggal”) atau kemungkinan wanita tersebut mengalami kematian (WHO, 2007). Menurut WHO, definisi *near miss* adalah semua wanita yang hampir meninggal, tetapi selamat dari komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, atau 42 hari pasca melahirkan.

Dalam penelitiannya di Brazil, Souza et al (2007) menuliskan definisi *near miss* adalah suatu kondisi dimana perempuan menunjukkan komplikasi yang fatal selama kehamilan, persalinan atau selama nifas dan hanya bisa bertahan hidup karena ada kesempatan atau karena adanya perawatan yang baik di rumah sakit.

Adisasmita dkk (2008), dalam penelitiannya mendefinisikan *near miss* adalah ibu hamil atau baru melahirkan/keguguran (sampai 6 minggu setelah berakhirnya kehamilan) yang jiwanya terancam dan berhasil hidup (melewati ancaman jiwa) karena pelayanan/perawatan yang baik atau faktor kebetulan.

Jika dilihat dari waktu terjadinya *near miss* relatif terhadap saat pasien masuk rumah sakit, terdapat dua jenis kasus *near miss* atau diantaranya:

- *Near miss* yang telah terjadi saat masuk rumah sakit. Kasus *near miss* jenis ini menggambarkan permasalahan pada rantai rujukan sebelum masuk ke rumah sakit.

- *Near miss* yang terjadi setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Kasus *near miss* jenis ini menggambarkan kualitas pelayanan di rumah sakit.

1. **Besaran Masalah**

Rata-rata *near miss* yang dilaporkan bervariasi antara 0,7 per 1000 kelahiran sampai dengan 12 per 1000 kelahiran, tergantung pada kriteria yang digunakan. Berdasarkan hasil penelitian di Indonesia pada empat rumah sakit di Kabupaten Serang dan Pandeglang, diketahui kasus *near miss* sebesar 13,5% dari seluruh pasien obstetrik yang di rawat di RS (Adisasmita dkk, 2008). Pada rasio kematian ibu terhadap *near miss* terdapat kesenjangan yang mencolok terhadap kefatalan kasus *near miss* antara negara maju dan berkembang (Anggondowati, 2008). Seperti di Sagamu sebelah barat daya Nigeria, rasio kematian ibu terhadap *near miss* sekitar 1:5 (Oladapo et al, 2005), 1:7 di rural India utara (Khosla et al, 2000), 1:11-22 di Maroko, Pantai Gading dan Benin serta Niger (Filippi et al, 2005; Prual et al, 1998), 1 : 62 di Sao Paulo Brazil (Souza et al, 2007), di Inggris 1:117 (Waterstone et al, 2001), sedangkan di Amerika latin 1:185 (Souza et al, 2010).

2. **Kriteria kasus *near miss***

Menurut WHO (2007), menyebutkan bahwa tidak ada definisi *near miss* yang dipakai secara universal, sehingga perbandingan *near miss* antar wilayah harus mempertimbangkan perbedaan definisi yang

digunakan dan konteks lokal sehingga perkiraan prevalensi global *near miss* tidak dapat dilakukan. Terdapat tiga kriteria dalam penilaian kasus *near miss*, diantaranya :

a. Berdasarkan Diagnosa Klinis dan atau Gejala Klinis

Penilaian *near miss* pada kriteria ini adalah penilaian yang paling sederhana, biasanya sesuai dengan penyebab kematian ibu seperti perdarahan, sepsis dan kelainan hipertensi (termasuk preeklampsia dan eklampsia) serta mudah diinterpretasikan. Tetapi untuk mendapatkan tingkat keparahan yang standar tidaklah mudah, tergantung pada pengalaman klinis, ketersediaan fasilitas (misalnya pemeriksaan laboratorium tertentu serta alat-alat penunjang lainnya). Selain itu, kriteria penilaian tersebut harus berdasarkan pada informasi yang secara rutin tersedia dalam catatan medis (WHO, 2007).

b. Berdasarkan Gagal Organ (Disfungsi Organ)

Penilaian *near miss* atau “nyaris meninggal” pada kriteria ini (berdasarkan gagal organ) sangat berguna bila tujuannya dititikberatkan pada evaluasi kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, serta keterampilan klinis dalam menangani kasus-kasus tertentu. Pada penilaian/definisi *near miss* atau “nyaris meninggal” berdasarkan disfungsi organ ini adalah kriteria yang paling mendekati definisi komplikasi yang mengancam jiwa atau kasus *near miss* paling parah (mendekati kematian). Kelemahan kriteria ini adalah seringkali diperlukan informasi

mengenai penanganan/manajemen yang diterima pasien, misalnya histerektomi darurat atau perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU). Selain itu, untuk menegakkan diagnosis adanya kegagalan organ sering memerlukan teknologi pemeriksaan yang mungkin tidak tersedia di banyak rumah sakit setingkat rumah sakit kabupaten di negara berkembang (misalnya pemeriksaan D-dimer, yang berfungsi untuk mengetahui adanya kegagalan koagulasi). Akibatnya penegakkan diagnosis *near miss* berdasarkan gagal organ sulit dilakukan. (WHO, 2007).

c. Berdasarkan Manajemen

Yang termasuk penilaian kriteria ini adalah dirawatnya pasien di ICU, mengalami tindakan histerektomi darurat, misalnya untuk menghentikan perdarahan pada kasus perdarahan post partum, mendapatkan transfusi darah dengan jumlah tertentu. Kelebihan dari kriteria ini adalah kesederhanaannya dan kemudahan dalam mengidentifikasi kasus. Tetapi disisi lain tergantung pada misalnya ketersediaan tempat tidur, fasilitas lain di ruang ICU dan perbedaan indikasi perawatan tersebut perlu diperhatikan. Untuk kasus-kasus yang di rawat di ICU, indikasi kasus tersebut perlu diperhatikan. Di negara berkembang ketersediaan ICU masih sangat terbatas, maka indikasi untuk merawat pasien di ICU relatif ditujukan untuk menangani kasus-kasus yang terancam keselamatannya. Apabila merawat pasien di ICU banyak dilakukan dengan tujuan untuk mempermudah observasi pasien pada pasien yang tidak terlalu parah kondisinya (seperti umumnya dilakukan di

negara maju), maka dirawat di ICU bukan merupakan indikasi adanya kondisi yang mengancam jiwa. Dengan demikian dirawat di ICU tidak dapat digunakan sebagai kriteria untuk menegakkan adanya kondisi *near miss* atau “nyaris meninggal” (WHO, 2007).

Namun, ketiga definisi tersebut tidak dapat dibandingkan secara langsung karena tidak ada gold standard yang berlaku umum untuk mengidentifikasi kasus *near miss* atau “nyaris meninggal” (Souza et al, 2007). Tujuan akhir dari kajian mengenai kasus *near miss* atau “nyaris meninggal” adalah adanya perbaikan kualitas asuhan kesehatan ibu, oleh karena itu definisi kasus *near miss* yang digunakan harus disesuaikan dengan kondisi setempat. Terdapat dua kriteria yang dianggap cukup komprehensif, yaitu:

1. Kriteria Waterstone (Waterstone et al, 2001)

- Preeklampsia berat
- Eklampsia
- Sindrom HELLP (*Haemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets*)
- Perdarahan berat
- Sepsis berat
- Ruptur uterus

2. Kriteria Mantel (Mantel et al, 1998)

- ✓ Perawatan di ICU karena berbagai sebab

- ✓ Hipovolemik yang membutuhkan 5 unit atau lebih paket sel darah merah
- ✓ Oedema pulmoner
- ✓ Histerektomi darurat karena suatu sebab
- ✓ Perawatan di ICU karena sepsis
- ✓ Intubasi dan ventilasi lebih dari 60 menit kecuali untuk anastesi umum
- ✓ Ketoasidosis diabetik
- ✓ Koma lebih dari 12 jam
- ✓ Cardio respiratory arrest
- ✓ Saturasi O₂ perifer < 90% selama lebih dari 60 menit
- ✓ Rasio Pa O₂/FiO₂ < 300 mmHg
- ✓ Oliguria, yang didefinisikan sebagai diuresis <400 ml/24 jam, yang tidak menunjukkan perbaikan setelah rehidrasi atau setelah diberi furosemide atau dopamine.
- ✓ Peningkatan kadar urea akut hingga 15 mmol/l atau creatinine >400 mmol/l.
- ✓ Jaundice yang disertai preeclampsia
- ✓ Krisis Thyrotoxic
- ✓ Thrombocytopenia akut yang membutuhkan transfusi platelets
- ✓ Perdarahan sub-arachnoid atau intra-parenchymatous

- ✓ Kecelakaan anastesi: (1) hipotensi akut yang berhubungan dengan anastesi epidural atau rachidian – hipotensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik < 90 mmHg selama lebih dari 60 menit, (2) kegagalan intubasi trachea yang membutuhkan anesthetic reversion.

Keuntungan penggunaan kasus nyaris mati adalah sebagai berikut (WHO, 2004):

1. Jumlah kasus nyaris mati jauh lebih banyak dari kasus mati, sehingga memungkinkan faktor-faktor penyebab yang dapat dihindari dapat diidentifikasi.
2. Penelitian tentang wanita yang berhasil hidup dari kejadian yang mengancam jiwa lebih menenteramkan para petugas kesehatan dibanding dengan penelitian wanita yang meninggal.
3. Dapat dilakukan wawancara langsung dengan wanita yang mengalami kejadian di samping dengan cara pendekatan seperti wawancara dengan anggota keluarga.
4. Menelaah kasus-kasus yang mengalami morbiditas berat dapat memberikan wawasan tambahan atas kualitas pelayanan.
5. Kemungkinan adanya kejadian mengancam jiwa yang mengakibatkan kematian dapat dikurangi bila rekomendasi audit dijalankan dengan adekuat.

Meskipun demikian penggunaan kasus nyaris mati untuk menilai kualitas pelayanan obstetri juga tidak lepas dari kekurangan, yang antara lain adalah (WHO, 2004):

1. Kasus nyaris mati biasanya hanya dapat diidentifikasi di fasilitas kesehatan.
2. Menentukan kasus nyaris mati membutuhkan alat bukti yang rumit dan batasan yang jelas.
3. Menentukan morbiditas obstetri berat yang mengancam jiwa tidak dapat dilakukan secara langsung dan memerlukan kesepakatan dari semua petugas yang terlibat dalam proses audit.
4. Menentukan sebuah kasus mungkin perlu membuka banyak buku register dan catatan kasus di setiap rumah sakit.
5. Pada sebuah tempat yang terdapat banyak kasus mengancam jiwa, kriteria seleksi diperlukan untuk *review* mendalam (misal untuk kasus yang terjadinya pada akhir minggu, atau untuk komplikasi jenis tertentu).
6. Wanita masih akan hidup dan *consent*-nya dibuat sebelum wawancara dilakukan. Meminta *consent* akan menimbulkan kekuatiran tentang kualitas pelayanan yang akan diterimanya.

Di Syria angka kejadian nyaris mati adalah 901 per 28.025 kelahiran atau 32,9/1000 kelahiran, sementara angka kejadian kematian ibu adalah 15 per 28.025 kelahiran atau 54,8/100.000 kelahiran (Almerie, et al., 2010). Di India angka kejadian nyaris mati adalah 131 per 7390 kelahiran atau 17,8/1000 kelahiran, dengan penyebab utama adalah

perdarahan (44,2%), diikuti oleh hipertensi (23,6%) dan sepsis sebesar 16,3% (Roopa, et al., 2013). Di Indonesia (Yogyakarta) angka kejadian nyaris mati adalah 46,8% dan angka kejadian kematian adalah 6,47% dengan penyebab utama perdarahan pascasalin adalah atonia uteri sebesar 1,6% (Siswosudarmo, 2009).

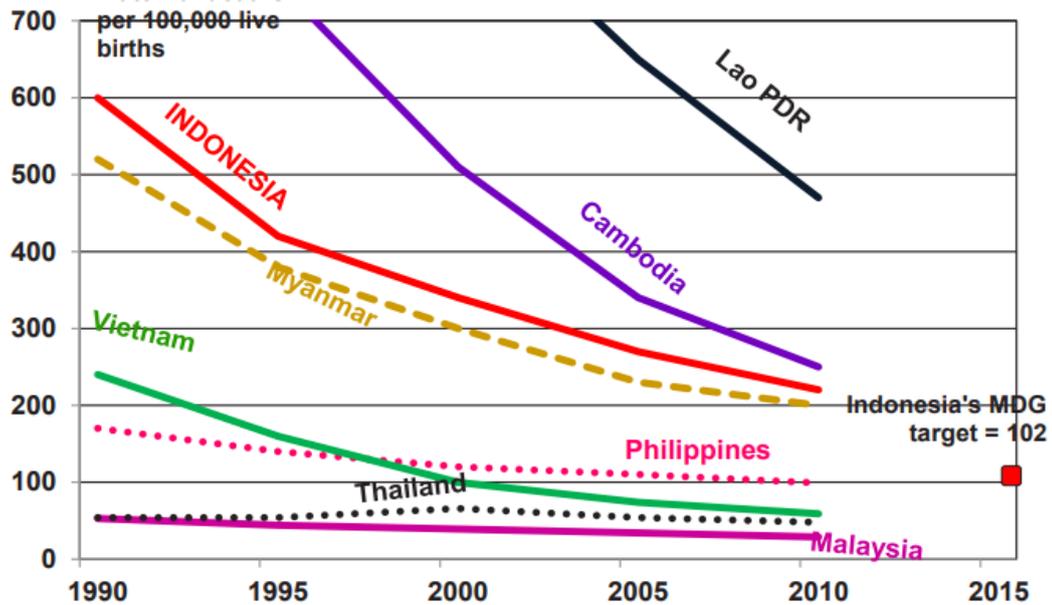
B. Kematian Ibu

Status kesehatan ibu hamil tidak hanya dicerminkan oleh indikator mortalitas ibu saja, sehingga tampaknya konsep morbiditas maternal akut berat (*Severe Acute Maternal Morbidity, SAMM*) terasa lebih cocok bagi sistem kesehatan saat ini. Di negara-negara berkembang, mortalitas ibu semakin menurun sementara kasus kejadian nyaris mati semakin banyak dan semakin bermanfaat untuk mengevaluasi sistem kesehatan saat ini (Roopa, et al., 2013).

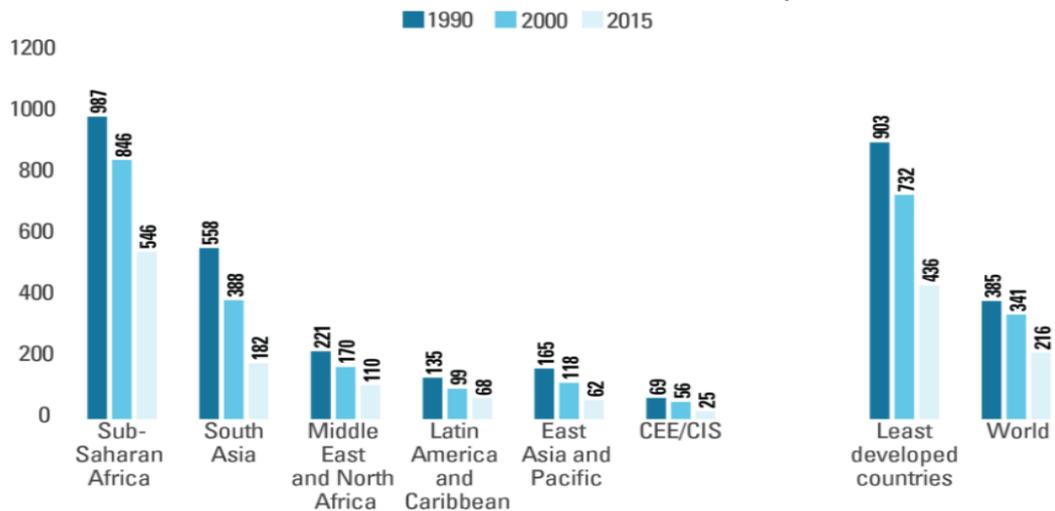
Millennium Declaration menempatkan kematian maternal sebagai prioritas utama yang harus ditanggulangi melalui upaya sistematis dan tindakan yang nyata untuk meminimalkan risiko kematian, menjamin reproduksi sehat dan meningkatkan kualitas hidup ibu atau kaum perempuan (Siswosudarmo, 2009).

WHO mendefinisikan kematian ibu sebagai kematian seorang wanita pada saat hamil atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir, berkaitan dengan lamanya dan lokasi kehamilan, dari berbagai sebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan dan

penanganannya, tetapi bukan akibat kecelakaan atau penyebab lain yang bersifat insidental (WHO, 2004).



Gambar 2. Maternal Mortality Rate berbagai negara di ASIA
 (Sumber : UN Maternal Mortality Estimation Group:
 WHO,UNICEF,UNFPA,World Bank)



Gambar 3. Grafik MMR di dunia per 100.000 kelahiran hidup
 (Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2015, Kementerian Kesehatan)

Sekitar 585.000 wanita di seluruh dunia meninggal setiap tahun sebagai akibat komplikasi kehamilan dan persalinan (Kaye, et al., 2002). Sementara di Indonesia pada tahun 1997, pemerintah mampu menurunkan AKI mencapai 334 per 100.000 kelahiran hidup dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994. Dalam SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2007, AKI Indonesia sudah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Akan tetapi pada tahun 2015 kematian Ibu melonjak kembali menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup .

Sebab utama kematian ibu di negara berkembang termasuk di Indonesia adalah perdarahan. Data dari WHO tahun 2006 menunjukkan bahwa kematian ibu di Asia disebabkan oleh perdarahan (30,8%), infeksi (11,6%), preeklampsia/eklampsia (9,1%) dan aborsi (5,7%) (Khan, et al., 2006). Kematian ibu di Sulawesi Selatan menurut data primer Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan tahun 2009 menunjukkan perdarahan sebagai penyebab utama kematian ibu sebesar 51,75%, diikuti oleh preeklampsia/eklampsia (30,7%), infeksi (7,01%) dan lain-lain (10,52%).

C. Faktor Risiko Persalinan

1. Status Kesehatan Ibu

a. Status Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status

kesehatan ibu hamil selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan antara gizi ibu hamil dengan faktor ekonomi, sosial, atau keadaan lain yang meningkatkan kebutuhan gizi ibu hamil dengan penyakit infeksi tertentu termasuk juga persiapan fisik untuk masa persalinan. Kebutuhan ibu hamil secara garis besar adalah asam folat, energi, protein, zat besi (Fe), kalsium, pemberian suplemen vitamin D terutama pada kelompok berisiko penyakit seksual (IMS) dan dinegara dengan musim dingin yang panjang dan 16 pemberian yodium pada daerah yang endemik kretinisme (Kusmiyati, 2008). Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin (Ojofeitimi, 2008).

b. Usia Ibu

Umur ibu saat hamil Usia ibu yang berisiko untuk terjadinya kematian maternal adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. (HC3,2014) Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35

tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 3,4 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20 – 35 tahun (Fibriana, 2007) .

c. Penyakit Ibu

Seorang wanita yang mempunyai penyakit-penyakit kronik sebelum kehamilan, seperti jantung, paru, ginjal, diabetes melitus, malaria dan lainnya akan sangat mempengaruhi proses kehamilan dan memperburuk keadaan pada saat proses persalinan serta berpengaruh secara timbal balik antara ibu dan bayi, sehingga dan dapat mengurangi kesempatan hidup wanita tersebut. Ibu yang hamil dengan kondisi terdapat penyakit ini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi (Kusumawati, Y. 2006).

2. Status Reproduksi

a. Paritas

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Pada ibu yang primipara (melahirkan bayi hidup) pertama kali, karena pengalaman melahirkan belum pernah, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his (*power*), jalan lahir (*passage*), dan kondisi janin (*pasangger*). Informasi yang

kurang tentang persalinan dapat pula mempengaruhi proses persalinan (Kusumawati, 2006).

b. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan (jarak kehamilan < 2 tahun dan > 10 tahun merupakan faktor risiko untuk terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan) Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian maternal. Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan (terlalu sering) secara nasional sebesar 15%, dan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu. Jarak antar kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi. Penelitian yang dilakukan di tiga rumah sakit di Bangkok pada tahun 1973 sampai 1977 memperlihatkan bahwa wanita dengan interval kehamilan kurang dari dua tahun memiliki risiko dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang memiliki jarak kehamilan lebih lama (Fibriana, 2007).

c. Usia Kehamilan

Usia kehamilan yang dimaksud disini dibagi sebagai berikut :

1. Immatur , yaitu usia kehamilan 20 minggu sampai 28 minggu
2. Prematur (kurang bulan), yaitu usia kehamilan antara 28-37 minggu
3. Matur (cukup bulan), yaitu usia kehamilan antara 37-42 minggu

4. Post matur (lebih bulan), yaitu usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

(*Williams Obstetrics 24thE*)

Seorang ibu yang mengandung dengan usia kehamilan cukup bulan akan memberikan hasil luaran bayi yang baik daripada usia kehamilan prematur ataupun postmatur. Hal ini dapat terjadi karena, pada usia kehamilan prematur didapatkan organ-organ pada bayi yang belum berfungsi dan berkembang secara sempurna. Pada usia kehamilan postmatur biasanya didapatkan tanda-tanda air ketuban yang mulai berkurang dan plasenta yang sudah kalsifikasi sehingga mulai berkurang fungsinya (ACOG, 2013).

d. Cara Persalinan

Hampir setiap wanita akan mengalami proses persalinan. Kodratnya wanita dapat melahirkan secara normal yaitu persalinan melalui vagina atau jalan lahir biasa (Siswosuharjo dan Chakrawati, 2010). Apabila wanita tidak dapat melahirkan secara normal maka tenaga medis akan melakukan persalinan alternatif untuk membantu pengeluaran janin (Bobak, et.al, 2005). Oleh karena itu ada satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu persalinan seksio sesarea.

Persalinan seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding uterus. Persalinan seksio sesarea harus dipahami sebagai salah satu jalan untuk menolong persalinan jika persalinan normal tidak dapat dilakukan dengan tujuan tercapai bayi lahir sehat dan ibu juga selamat. Pertimbangan medis dilakukannya

persalinan caesar antara lain karena faktor dari ibu hamil dan faktor janin. Faktor ibu antara lain ibu berpenyakit jantung, paru, ginjal, atau tekanan darah tinggi atau pada ibu dengan komplikasi preeklampsia / eklampsia atau ibu dengan kelelahan saat persalinan. Selain itu keadaan yang mendesak kehamilan dengan pendarahan, perjalanan persalinan yang terhambat, kesempitan panggul, kelainan letak janin dalam rahim, kelainan posisi kepala di jalan lahir dan persalinan lama merupakan alasan yang dibenarkan secara medis untuk dilakukan persalinan seksio sesarea. Faktor janin antara lain gawat janin akibat air ketuban kurang, posisi bayi sungsang, pertumbuhan janin kurang baik, dan kematian janin dalam rahim (Manuaba, dkk., 2009).

Persalinan seksio sesarea adalah jalan keluar jika persalinan pervaginam (normal) tidak memungkinkan, ternyata juga memiliki kelemahan. Kelemahan tersebut bersumber dari risiko kematian dan infeksi yang lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam. Hasil penelitian oleh Sadiman dan Ridwan (2009) menyatakan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan persalinan seksio sesarea sebesar 40-80 setiap 100.000 kelahiran hidup, sementara risiko kematian ibu pada persalinan seksio sesarea meningkat 25 kali dan risiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam.

e. Jumlah Perdarahan

Secara umum perdarahan pascasalin didefinisikan sebagai kehilangan darah 500 ml atau lebih dalam 24 jam pascasalin (WHO,

2012). Berdasarkan jumlah darah yang keluar, perdarahan pascasalin didefinisikan sebagai kehilangan darah ≥ 500 ml pada kelahiran vaginal atau ≥ 1000 ml pada persalinan secara seksio sesarea. Perdarahan pascasalin dianggap berat apabila perdarahan melebihi 500 ml pada kelahiran vaginal dan menimbulkan gejala gangguan hemodinamik. Perdarahan pascasalin dapat diklasifikasikan menjadi perdarahan pascasalin primer apabila terjadi dalam 24 jam pascasalin atau sekunder apabila terjadi antara 24 jam sampai 12 minggu pascasalin (Evensen & Anderson, 2013).

Sekitar 5% dari seluruh pasien obstetri akan mengalami perdarahan pascasalin dan 1% dari kelahiran vaginal akan mengalami perdarahan pascasalin berat (Evensen & Anderson, 2013). Insidens perdarahan pascasalin adalah 3,9% pada kelahiran vaginal dan 6-8% pada persalinan secara seksio sesarea (Cunningham et al., 2010). Perdarahan pascasalin merupakan penyebab pertama dari kematian ibu di negara berkembang dan merupakan 25% penyebab kematian ibu di seluruh dunia. Perdarahan pascasalin ini merupakan penyebab utama morbiditas ibu di negara-negara maju dan angka kejadiannya semakin meningkat (Evensen & Anderson, 2013).

Faktor risiko kejadian perdarahan pascasalin mencakup kondisi antepartum dan intrapartum. Akan tetapi sekitar 20% perdarahan pascasalin dapat terjadi tanpa faktor risiko sama sekali. Faktor risiko tersebut misalnya, riwayat perdarahan pascasalin sebelumnya (sekitar

10% perdarahan pascasalin dapat berulang pada kehamilan selanjutnya), nulipara, grande multipara (riwayat bersalin >5 kali), penyakit koagulopati, plasentasi abnormal, umur lebih dari 30 tahun, anemia, over distensi uterus (kehamilan multipel, polihidramnion, dan makrosomia), partus lama, preeklampsia dan penyakit terkait, kematian janin, induksi atau augmentasi persalinan, penggunaan magnesium sulfat serta korioamnionitis (Evensen & Anderson, 2013).

Perdarahan sebanyak lebih dari 1/3 volume darah atau 1000ml harus segera mendapatkan penanganan. Volume darah (dalam ml) dihitung dengan rumus berat badan (BB) dalam kg dikalikan dengan angka 80, atau volume darah dalam liter sama dengan 80% berat badan dalam kilogram. Karena sulitnya mengukur jumlah darah yang keluar dan berbagai ragam definisi yang dipakai, maka insiden perdarahan pascasalin pun bervariasi dari 5% sampai 15% (Ramanathan & Arulkumar, 2006).

Perdarahan merupakan akibat dari kelainan pada 4 faktor utama yang mendasari terjadinya perdarahan biasa disebut 4T, yaitu tonus otot (*tone*), trauma jalan lahir (*trauma*), tertinggalnya jaringan plasenta (*tissue*) dan kelainan faktor koagulasi yaitu *thrombin* (Su, 2012; Evensen & Anderson, 2013)

3. Perilaku Kesehatan

a. Frekuensi ANC

Antenatal Care (ANC) dapat didefinisikan sebagai pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis terlatih kepada ibu hamil dan wanita usia subur untuk memastikan kondisi medis yang terbaik bagi ibu dan janinnya selama kehamilan. Pelayanan ANC merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat preventif untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu dan janin. Agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman diperlukan kesiapan fisik dan mental ibu, sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal. Komponen pada ANC adalah identifikasi risiko, pencegahan dan penatalaksanaan penyakit yang berhubungan dengan kehamilan, serta edukasi serta promosi kesehatan (WHO,2016; Pedoman Pelayanan Antenatal, 2007).

ANC dapat menurunkan angka morbiditas dan angka mortalitas ibu dan perinatal secara langsung, yaitu melalui mendeteksi dini dan menatalaksana komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan secara tidak langsung melalui identifikasi wanita yang mempunyai faktor risiko untuk berkembangnya suatu komplikasi pada saat persalinan dan segera melakukan rujukan pada tingkat pelayanan kesehatan yang sesuai (WHO,2016).

Pada negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah, pengaplikasian ANC terus meningkat sejak diperkenalkan pada tahun 2002 oleh WHO yang dikenal sebagai *Focused ANC (FANC)* dimana

merupakan suatu pendekatan intervensi yang berbasis pengalaman dimana dilakukan pada empat waktu utama dalam kehamilan. Tetapi data WHO pada tahun 2007-2014 hanya 64% dari ibu hamil yang menjalani ANC sesuai dengan yang diprogramkan yaitu sebanyak empat kali (WHO,2016).

Di Indonesia sendiri, sudah dilakukan, dimana cakupan ANC sekali dan empat kali pada tahun 2015 lebih tinggi yaitu 95,75% dan 87,48% (Kemenkes, 2016).

Di Indonesia, diperkenalkan suatu program antenatal terpadu seperti yang tertuang pada Permenkes nomer 97 tahun 2014. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil ini tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas (Pedoman *Antenatal Care* Terpadu. 2010).

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut (Pedoman *Antenatal Care* Terpadu. 2010):

1. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat
2. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
3. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman

4. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
5. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
6. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang kita kenal sebagai 10 T (Gambar 4.), yang terdiri dari (*Pedoman Antenatal Care Terpadu*. 2010):

1. Timbang berat badan dan Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pemeriksaan Tinggi badan dilakukan 1x saat kunjungan pertama.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa

bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi BBLR.

3. Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

4. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5. Tentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini

dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

6. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

- a. Pemeriksaan golongan darah
- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)
- c. Pemeriksaan protein dalam urin
- d. Pemeriksaan kadar gula darah.
- e. Pemeriksaan darah Malaria
- f. Pemeriksaan tes Sifilis
- g. Pemeriksaan HIV
- h. Pemeriksaan BTA

9. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. KIE Efektif (Temu Wicara)

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a. Kesehatan ibu dan perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- c. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- d. Asupan gizi seimbang
- e. Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- f. Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
- g. Inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif
- h. KB paska persalinan dan imunisasi
- i. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

Pelayanan ANC dilakukan sekurang-kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan: 1 (Satu) kali pada trimester pertama, 1 (Satu) kali pada trimester kedua, dan 2 (Dua) kali pada trimester ketiga (Pedoman *Antenatal Care* Terpadu. 2010).

WHO pada tahun 2016 telah mengeluarkan rekomendasi ANC yang terbaru dimana fokus dari ANC adalah ibu hamil menginginkan suatu pengalaman kehamilan yang positif (*Positive Pregnancy Experience*) dimana dapat dijelaskan sebagai menjaga kenormalan kondisi fisik dan sosiokultural, menjaga kehamilan yang sehat untuk ibu dan janin, mempunyai transisi menjadi proses persalinan yang efektif, dan mencapai harga diri, kompetensi dan otonomi dari ibu yang positif. Tujuan dari ANC yang baru ini adalah memberi keberanian kepada ibu hamil untuk dapat mengakses pelayanan yang mereka mau dan butuhkan (*person centered care*) dan tetap berpatokan pada harga diri seseorang (WHO,2016).

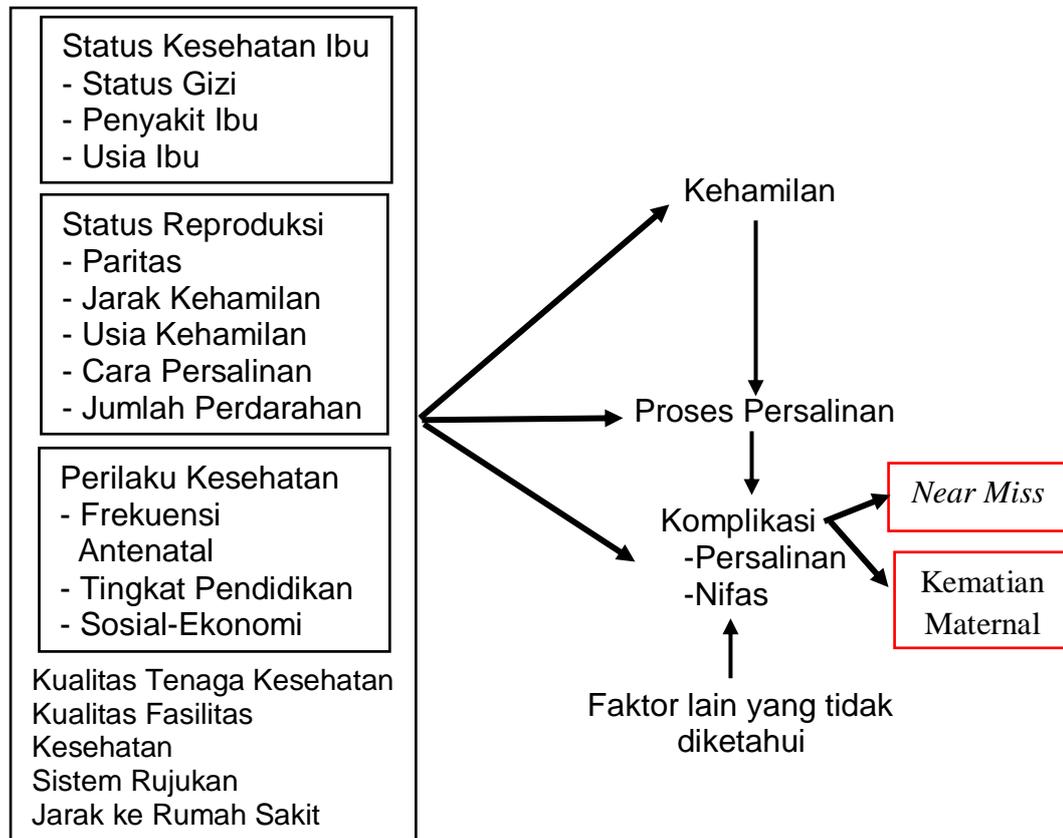
b. Tingkat Pendidikan

Ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai kesadaran untuk mencari pelayanan kesehatan khususnya ANC lebih besar daripada tingkat pendidikan lebih rendah, hal ini berhubungan dengan tingkat pengetahuan ibu tersebut tentang manfaat dari ANC tersebut. Menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pasal 6 ayat 1 , wajib mengikuti pendidikan dasar 9 tahun. Atas dasar hal tersebut, peneliti menetapkan untuk pendidikan SMA ke atas adalah pendidikan tinggi.

c. Sosial-Ekonomi

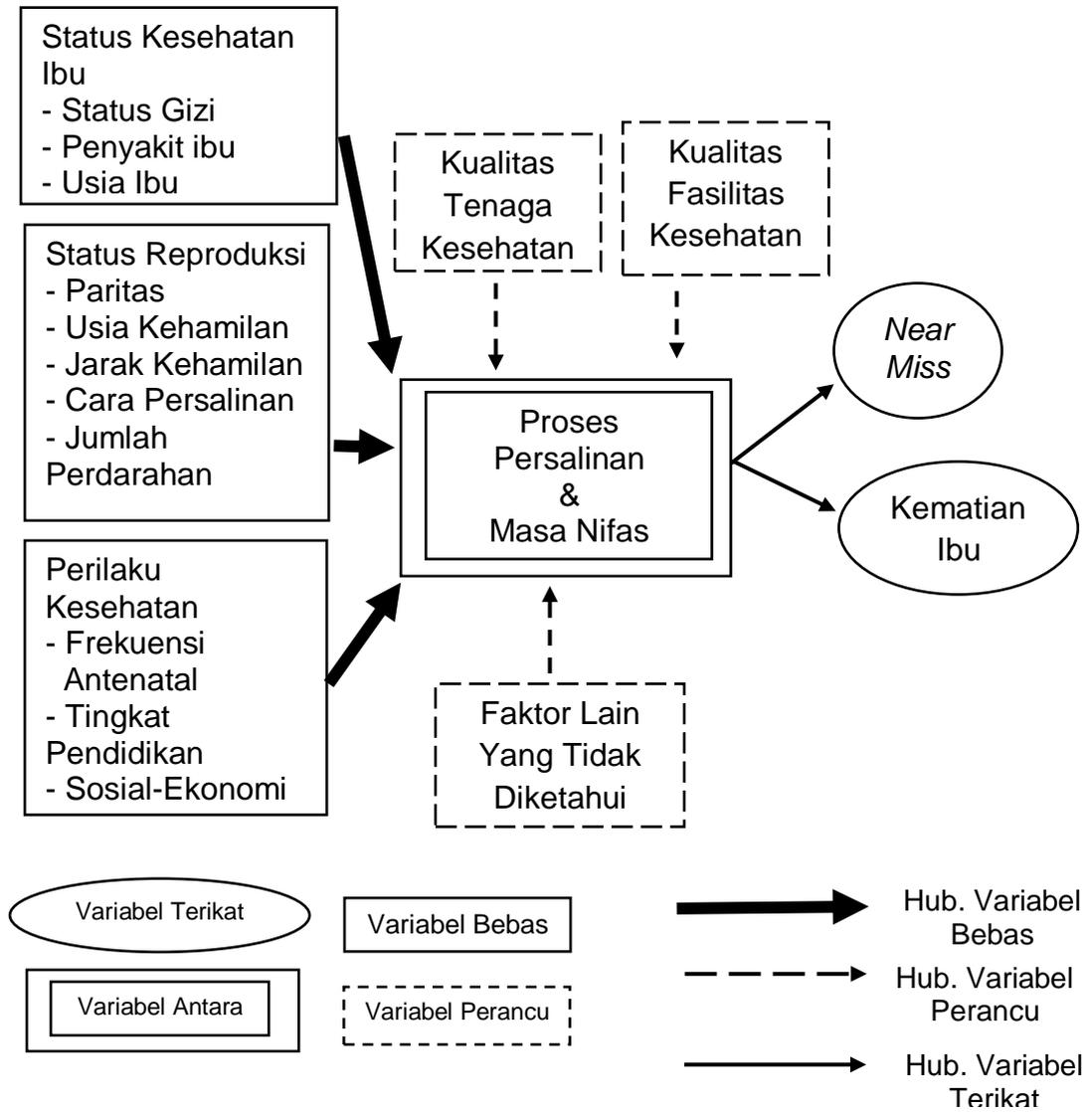
Titaley (2010) mendapatkan hasil bahwa pada keluarga dengan tingkat ekonomi yang rendah, maka lebih rendah melakukan ANC. Hal ini berhubungan erat dengan tingkat pendidikan ibu tersebut dimana dengan tingkat ekonomi yang rendah, kesadaran dan pengetahuan akan layanan dan manfaat dari ANC juga lebih rendah. Joshi (2014) juga mendapatkan hasil yang sama dimana ibu dengan level ekonomi atas mempunyai rasio untuk melakukan ANC 3 kali lipat lebih tinggi daripada tingkat ekonomi rendah. Sosial-Ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan. Pada penelitian ini dilakukan anamnesis total penghasilan ibu dan suami selama sebulan. Dikatakan Sosial-Ekonomi kurang jika penghasilan rumah tangga dibawah 2.650.000 rupiah Upah Minimum Rata-rata kota Makassar. Dan dikatakan cukup jika penghasilan di atas Upah Minimum Rata-rata kota Makassar. (Keputusan Gubernur Sulsel Nomor 2628/X/Tahun 2017 tentang penetapan UMP Provinsi Sulsel tahun 2018).

D. Kerangka Teori



Kerangka teori dimodifikasi dari kerangka McCarthy dan Maine.

F. Kerangka Konsep



G. Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini, dapat diidentifikasi beberapa variabel berdasarkan peran dan skalanya, yaitu :

1. Variabel bebas : Status kesehatan ibu, status reproduksi, dan perilaku kesehatan
2. Variabel terikat : *Near Miss* dan kematian ibu
3. Variabel perancu : Kualitas tenaga dan fasilitas kesehatan
4. Variabel antara : Proses persalinan dan masa nifas

H. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah terdapat pengaruh negatif faktor risiko persalinan terhadap kejadian *near miss* dan kematian ibu di rumah sakit jejaring tempat pendidikan Kota Makassar

I. DEFINISI OPERASIONAL

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Status Gizi	ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk ibu hamil	Tali Meteran 100cm	Mengukur Lingkar Lengan Atas (normal .23,5 cm)	Kurang Baik	Kategorik
Riwayat Penyakit	penyakit penyerta yang dialami ibu selama kehamilan dan dapat memperberat kondisi ibu saat hamil.	<ul style="list-style-type: none"> • Buku KIA • Rekam Medis • Sphygmomanometer 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Melihat riwayat penyakit di buku KIA maupun rekam medis • Pemeriksaan tanda-tanda vital 	Ada Tidak Ada	Kategorik
Usia Ibu	usia seorang ibu melahirkan yang dihitung dari tanggal dan tahun kelahiran.	Waktu (bulan atau tahun)	Kalender 20-35 tahun tidak berisiko <20 atau > 35 tahun berisiko tinggi	Risiko Tinggi Tidak Berisiko	Kategorik
Paritas	jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu.	Jumlah anak	Menghitung jumlah anak yang pernah lahir. Jika 1 (primipara) >1 (multipara)	Multipara Primipara	Kategorik
Jarak Kehamilan	jarak dari kelahiran anak sebelumnya dengan kehamilan berikutnya.	Waktu (tahun)	Kalender 2-10 tahun (tidak berisiko) <2 atau >10 tahun (berisiko)	Risiko Tinggi Tidak Berisiko	Kategorik
Usia Kehamilan	waktu kehamilan yang dihitung setelah hari pertama periode menstruasi terakhir	Waktu (dalam minggu dan hari)	Menghitung Hari Pertama Haid Terakhir 37-42minggu (aterm)	Tidak Aterm Aterm	Kategorik

	(HPHT)menggunakan rumus Naegle. Jika seorang ibu lupa HPHT, maka dinilai dari pengukuran tinggi fundus uteri atau ultrasonografi.		<37minggu (preterm) >42minggu (posterm)			
Cara Persalinan	cara pengeluaran hasil konsepsi seorang ibu baik secara normal, dengan bantuan alat, maupun tindakan operatif	Operatif Non operatif	Tindakan yang dilakukan saat bersalin di rumah sakit tersebut	SSTP PPN		Kategorik
Frekuensi ANC	kualitas dan kuantitas ANC memenuhi standar dan pedoman ANC terpadu yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan. Dikatakan cukup jika ≥ 4 , dan kurang jika < 4 selama kehamilan seorang ibu.	Kunjungan di KIA	Buku Anamnesis dan melihat langsung dari catatan buku KIA Cukup ≥ 4	Kurang Cukup		Kategorik
Tingkat Pendidikan	tingkat pendidikan formal terakhir yang diselesaikan oleh seorang ibu	Ijasah Terakhir	Pendidikan rendah : tidak sekolah, SMP Pendidikan tinggi : SMA, Diploma,Sarjana	Rendah Tinggi		Kategorik

Sosial-Ekonomi	kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan.	Nilai Mata Uang Rupiah	UMR<2.650.000 (kurang)	Kurang Cukup	Kategorik
			UMR>2.650.000 (cukup)		
