

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian saat melahirkan menjadi faktor utama mortalitas perempuan pada puncak produktivitasnya. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan di seluruh dunia. Dari jumlah ini 20 juta perempuan mengalami kesakitan akibat kehamilan, sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa dan lebih dari 500.000 meninggal dunia pada 1995. Sebanyak 240.000 dari jumlah ini atau hampir 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia (Saifuddin, 2011).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Terjadi peningkatan AKI pada tahun 2012 dibandingkan AKI tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 penduduk. AKI tahun 2012 ini semakin menjauhi target *Millenium Development Goals* 2015 yaitu menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup (Pusdatin, 2014). Berdasarkan survei Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2008, AKI di Sumatra Barat adalah 212 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes, 2012).

Menurut data profil kesehatan Provinsi Sumatra Barat tahun 2012, pencapaian penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, dan nifas di Provinsi Sumatra Barat tahun 2012 sebesar 50%, angka ini lebih rendah dari target yang ditetapkan sebesar 67% (Dinkes, 2012). Persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan di Provinsi Sumatra Barat tahun 2013 ialah sebesar 86,24%. Angka

capaian tersebut belum mencapai target rencana strategis (renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2013 yaitu sebesar 89%. Terkait jadwal kunjungan *antenatal care* (ANC) yang merupakan salah satu pendukung utama dalam strategi pendekatan risiko, untuk kunjungan 1 (K1) Provinsi Sumatra Barat memiliki capaian sebesar 91,87% yang telah memenuhi target sebesar 89%. Namun, untuk kunjungan 4 (K4) Provinsi Sumatra Barat belum memenuhi target di mana pencapaian tahun 2013 adalah 77,79%, sementara target yang diinginkan adalah sebesar 93% (Pusdatin, 2013).

Fokus dari percepatan penurunan AKI adalah deteksi, penanganan, dan rujukan kehamilan atau persalinan risiko tinggi. Salah satu model pelayanan untuk mengurangi AKI adalah dengan strategi pendekatan risiko (SPR), SPR ini hanya berhasil jika didukung oleh pelayanan berupa sistem rujukan (SR) yang baik. Rujukan harus berupa kegiatan yang terencana, bukan sebagai reaksi sesaat terhadap suatu keadaan yang tidak diinginkan (Rochjati, 2011). Ibu hamil dengan masalah risiko tinggi membutuhkan pelayanan berkelanjutan yang adekuat dan spesialisik di pusat rujukan rumah sakit kabupaten/kota (Maryunani, 2013).

Setiap ibu hamil seharusnya dilakukan perkiraan kemungkinan terjadinya komplikasi saat persalinan dengan melihat faktor risiko sewaktu ANC, sehingga saat mendekati persalinan dilakukan rujukan terencana di mana ibu hamil sudah memiliki kesiapan mental, biaya, dan transportasi. Oleh karena itu, petugas kesehatan diharapkan mampu mengidentifikasi dan melakukan penanganan kehamilan risiko tinggi (Maryunani, 2013).

Faktor risiko adalah sesuatu yang ada pada diri seseorang atau komunitas yang pada suatu waktu dapat menyebabkan ketidaknyamanan, kesakitan, bahkan kematian (Manuaba *et al.*, 2011). Kehamilan dengan faktor risiko tinggi adalah suatu kehamilan yang membawa ancaman bagi jiwa dan kesehatan ibu dan bayi (Sofian, 2012). Oleh karena itu, kehamilan risiko tinggi memerlukan pengawasan yang lebih intensif dan proaktif dengan tujuan memperkecil kesulitan dan komplikasi yang terjadi, sehingga hasil akhirnya mendekati *well born baby* dan *well health mother* (Manuaba, 2012).

Menurut Backett faktor risiko itu bisa bersifat biologis, genetik, lingkungan, atau psikososial, misalnya umur, paritas, penyakit tertentu seperti penyakit jantung, seksio sesarea, dan lain-lain (Manuaba *et al.*, 2011). Rochjati membatasi dan mengelompokkan menjadi 20 faktor risiko untuk mendeteksi kehamilan berisiko yaitu APGO terdiri dari 10 faktor risiko, AGO terdiri dari 8 faktor risiko dan AGDO terdiri dari 2 faktor risiko.

Berdasarkan pengelompokkan tersebut, rujukan terencana mempunyai 2 model, yaitu rujukan dini berencana dan rujukan tepat waktu. Rujukan dini berencana dilakukan pada ibu hamil dengan ada potensi gawat obstetri (APGO) dan ada gawat obstetri (AGO) masih sehat yang diperkirakan mungkin mengalami komplikasi dalam persalinan, sedangkan rujukan tepat waktu dilakukan upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayinya pada ibu dengan ada gawat obstetri (AGDO) dan ibu komplikasi obstetri dini dalam persalinan (Rochjati, 2004).

Penelitian yang dilakukan di RSUD Gambiran Kota Kediri Jawa Timur pada 150 responden mendapatkan Frekuensi kegawatdaruratan obstetri sebagian

besar adalah faktor risiko APGO yaitu 109 orang (72,7%), diikuti oleh AGO yaitu 34% dan sebagian kecil yaitu 29 orang (19,3%) adalah faktor risiko AGDO. Pasien yang memiliki faktor risiko APGO 96 dari 109 orang dirujuk secara terencana, 13 orang lagi mendapat rujukan terlambat. Pasien yang memiliki faktor risiko AGO 46 dari 51 orang dirujuk secara terencana, dan pasien yang memiliki faktor risiko AGDO 22 dari 29 orang dirujuk secara terencana. Berdasarkan penelitian di atas, hampir seluruh responden yang memiliki faktor risiko kegawatdauratan pada APGO, AGO, AGDO dirujuk secara terencana (Laili *et al.*, 2014). Penelitian ini menunjang hasil survei pencapaian angka kematian ibu di Jawa Timur yang rendah yaitu pada tahun 2008 sebesar 83 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012 angka ini sedikit meningkat menjadi 97,43 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes,2013). Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Jawa Timur yaitu 97,53% juga telah mencapai target renstra yang batasnya hanya 89% (Pusdatin, 2014).

Penelitian terkait salah satu faktor risiko dari 20 faktor risiko yaitu ibu hamil bekas seksio sesarea mendapatkan bahwa ibu bekas seksio sesarea yang datang ke RSUP dr. M. Jamil Padang untuk persalinan kebanyakan datang dengan usia kehamilan aterm yaitu sebesar 82,7%. Untuk persentase diagnosa yang terbanyak terjadi adalah gravid aterm dengan ketuban pecah dini sebanyak 13 kasus (25%) dan parturient aterm kala I fase laten sebanyak 10 kasus (19,2%).

Ibu hamil dengan bekas seksio sesarea yang datang dengan rujukan dini berencana (melalui poli kebidanan RSUP dr. M. Jamil Padang) ke bagian obstetri RSUP dr. M. Jamil Padang yaitu sebesar 5,7% dan rujukan yang paling banyak terjadi yaitu rujukan melalui IGD (intalasi gawat darurat) RSUP dr. M. Jamil

Padang sebanyak 57,7% dan kasus gravidarum aterm dengan ketuban pecah dini merupakan kasus terbanyak yaitu 23,3%. Selain itu, ibu hamil dengan bekas seksio sesarea yang datang sendiri (tanpa rujukan) ke IGD RSUP dr. M. Jamil Padang sebanyak 19 orang (36,5%) dan kasus gravidarum aterm dengan ketuban pecah dini merupakan kasus terbanyak yaitu sebesar 23,3% (Afriani *et al.*, 2013)

Berdasarkan data-data di atas tampak bahwa AKI di Indonesia dan Sumatra Barat masih tergolong tinggi dan beberapa model pelayanan ibu hamil, bersalin, dan nifas di Sumatra Barat belum mencapai target. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui gambaran distribusi faktor risiko kegawatdaruratan obstetri dan pelaksanaan rujukan terencana di RSUD DR. Rasidin sebagai salah satu informasi keadaan di lapangan yang berguna untuk perencanaan penanggulangan permasalahan terkait pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, dan nifas selanjutnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimanakah distribusi kejadian faktor risiko APGO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
2. Bagaimanakah distribusi kejadian faktor risiko AGO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
3. Bagaimanakah distribusi kejadian faktor risiko AGDO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.

4. Bagaimanakah distribusi kejadian faktor risiko berdasarkan sistem skoring pada ibu hamil yang melakukan persalinan di RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
5. Bagaimanakah distribusi kriteria rujukan pada ibu bersalin yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri di RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin Padang pada tahun 2014.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi kejadian faktor risiko APGO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
- b. Mengetahui distribusi kejadian faktor risiko AGO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
- c. Mengetahui distribusi kejadian faktor risiko AGDO pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.
- d. Mengetahui distribusi kejadian faktor risiko berdasarkan sistem skoring pada ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.



- e. Mengetahui distribusi kriteria rujukan pada ibu bersalin yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri di RSUD DR. Rasidin pada tahun 2014.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Menjadi sumber informasi untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan kehamilan risiko tinggi.

1.4.2 Bagi Klinisi

Menjadi bahan masukan sehingga berguna dalam meningkatkan pelayanan untuk ibu hamil risiko tinggi.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Memberikan wawasan dan ilmu pengetahuan tentang gambaran ibu hamil yang memiliki risiko kegawatdaruratan obstetri.

