

Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp.O.G(K)., M.ARS.
Dr. Nurmiati Muchlis, S.KM., M.Kes.
Dr. Samsualam, S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes.

Kesehatan **Ibu dan Anak**

Dilengkapi dengan Studi Kasus
dan Alat Ukur Kualitas Pelayanan
Kesehatan Ibu dan Anak



Kesehatan Ibu dan Anak

(Dilengkapi dengan Studi Kasus dan Alat Ukur
Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak)

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kesehatan Ibu dan Anak

(Dilengkapi dengan Studi Kasus dan Alat Ukur
Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak)

Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp.O.G(K)., M.ARS.

Dr. Nurmiati Muchlis, S.KM., M.Kes.

Dr. Samsualam, S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes.



**KESEHATAN IBU DAN ANAK (DILENGKAPI DENGAN STUDI KASUS DAN
ALAT UKUR KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK)**

H. Nasrudin Andi Mappaware, Nurmiati Muchlis & Samsualam

Desain Cover :
Dwi Novidiantoko

Sumber :
www.shutterstock.com

Tata Letak :
Titis Yuliyanti

Proofreader :
Avinda Yuda Wati

Ukuran :
viii, 114 hlm, Uk: 17.5x25 cm

ISBN :
978-623-02-1935-1

Cetakan Pertama :
November 2020

Hak Cipta 2020, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2020 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581
Telp/Faks: (0274) 4533427
Website: www.deepublish.co.id
www.penerbitdeepublish.com
E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa, dosen dan praktisi. Buku ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber referensi dalam ilmu kesehatan, khususnya tentang kajian kesehatan ibu dan anak. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi sehingga buku ini dapat tersusun seperti saat ini. Penulis juga tidak lupa untuk mengucapkan terima kasih kepada RISTEK-BRIN sebagai penyedia hibah penelitian. Hasil riset yang dihasilkan dari bantuan hibah penelitian menjadi salah satu bahan penyusunan buku ini. Buku ini tentunya masih jauh dari kesempurnaan, kritik yang membangun sangat diharapkan dalam penyempurnaan buku ini. Semoga informasi dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I KESEHATAN IBU DAN ANAK.....	1
A. Pengertian Kesehatan Ibu dan Anak.....	1
B. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia	6
C. Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak	12
D. Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	15
BAB II PELAYANAN ANTENATAL CARE	18
A. Pengertian <i>Antenatal Care</i> (ANC)	18
B. Kebijakan Program <i>Antenatal Care</i>	23
C. Kajian Penelitian Penerapan Model <i>Antenatal Care</i>	27
D. Studi Kasus <i>Antenatal Care</i>	32
BAB III PELAYANAN ANTEPARTUM.....	35
A. Pengertian <i>Antepartum</i>	35
B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap <i>Antepartum</i>	39
C. Kajian Penelitian <i>Antepartum</i>	40
D. Studi Kasus <i>Antepartum</i>	41
E. Dampak Masalah Manajemen <i>Antepartum</i>	44
BAB IV PELAYANAN INTRA PARTUM	46
A. Pengertian <i>Intra Partum</i>	46
B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap <i>Intra Partum</i>	57
C. Studi Kasus Kejadian <i>Intra Partum</i>	58
D. Dampak Masalah Manajemen Intra Partum	59
BAB V PELAYANAN POSTPARTUM	61
A. Pengertian <i>Postpartum</i>	61
B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap Postpartum.....	66
C. Kajian Penelitian Postpartum.....	68

D. Studi Kasus Postpartum.....	70
E. Dampak Masalah Manajemen Postpartum	72
BAB VI <i>PATIENT SAFETY</i> PELAYANAN KESEHATAN	
IBU DAN ANAK.....	75
A. Pengertian <i>Patient Safety</i> dan <i>Patient Safety</i> KIA	75
B. Masalah <i>Patient Safety</i> Pelayanan KIA.....	86
C. Dampak Masalah Manajemen Sumber Daya Manusia	88
D. Studi Kasus <i>Patient Savety</i> KIA	88
E. Standar <i>Patient Savety</i>	91
BAB VII ALAT UKUR PENELITIAN KESEHATAN IBU	
DAN ANAK	95
A. Pengertian Alat Ukur.....	95
B. Contoh Alat Ukur Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak	99
C. Kajian Penelitian Pengukuran Kesehatan dan Anak	102
D. Pengukuran Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas	105
E. Pengukuran Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit.....	108
DAFTAR PUSTAKA	113

BAB I

KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Pengertian Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) adalah program untuk mengurangi AKI dan AKB. Program tersebut antara lain *Safe Motherhood*. Program ini di Indonesia dituangkan dalam bentuk program Keluarga Berencana (KB), pelayanan pemeriksaan dan perawatan kehamilan, persalinan sehat dan aman, serta pelayanan obstetri esensial di pusat layanan kesehatan masyarakat (Zahtamal, 2011).

Pengertian keluarga berarti *nuclear family* yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah dan ibu dalam melaksanakan tanggung jawab sebagai orang tua dan mampu memenuhi tugas sebagai pendidik. Oleh sebab itu keluarga mempunyai peranan yang besar dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap kritisnya, dan yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Peran seorang ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi sehingga dewasa, karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya (Asfryati, 2013).

Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung

jawabnya atau menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan anak (KIA) adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya. Sedangkan tujuan khusus pelayanan KIA adalah:

1. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu meneteki.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu meneteki, bayi dan anak balita.
5. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.

Program pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu program pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan KIA menjadi tolok ukur dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dan memiliki 10 (sepuluh) indikator kinerja, antara lain (Depkes RI, 2008c):

1. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4 dengan target 95%;
2. Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dengan target 80%;
3. Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan dengan target 90%;
4. Persentase cakupan pelayanan nifas dengan target 90%

5. Persentase cakupan neonatus komplikasi yang ditangani dengan target 80%;
6. Persentase cakupan kunjungan bayi dengan target 90%;
7. Persentase cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) dengan target 100%;
8. Persentase cakupan pelayanan anak balita dengan target 90%;
9. Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan pada keluarga miskin dengan target 100%;
10. Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani dengan target 100%

Prinsip dan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok:

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi-tingginya.

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Kesehatan Maternal/Ibu
2. Kesehatan Perinatal dan Neonatal
3. Kesehatan Bayi dan Anak
4. Kesehatan Reproduksi
 - a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
 - b. Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
 - c. Pemantauan tumbuh kembang balita.
 - d. Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT 3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
 - e. Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
 - f. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.

- g. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari).
- h. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Standar minimal “5 T” untuk pelayanan antenatal terdiri dari:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur Tekanan darah
- 3) Pemberian Imunisasi TT lengkap
- 4) Ukur Tinggi fundus uteri
- 5) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

2. Pertolongan Persalinan

Jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat:

- a. Tenaga profesional: dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat.
- b. Dukun bayi: Terlatih ialah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus. Sedangkan dukun bayi tidak terlatih ialah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

3. Deteksi dini ibu hamil berisiko:

Faktor risiko pada ibu hamil di antaranya adalah:

- a. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- b. Anak lebih dari 4
- c. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm

- e. Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm
- f. Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- g. Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dan normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi pada kehamilan meliputi:

- 1) Hb kurang dari 8 gram %
- 2) Tekanan darah tinggi yaitu sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg
- 3) Oedema yang nyata
- 4) Eklampsia
- 5) Pendarahan pervaginaan
- 6) Ketuban pecah dini
- 7) Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 8) Letak sungsang pada primigravida
- 9) Infeksi berat atau sepsis
- 10) Persalinan prematur
- 11) Kehamilan ganda
- 12) Janin yang besar
- 13) Penyakit kronis pada ibu antara lain jantung, paru, ginjal.
- 14) Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan.

Risiko tinggi pada neonatal meliputi:

- 1) BBLR atau berat lahir kurang dari 2500 gram
- 2) Bayi dengan tetanus neonatorum
- 3) Bayi baru lahir dengan asfiksia
- 4) Bayi dengan ikterus neonatorum yaitu ikterus lebih dari 10 hari setelah lahir
- 5) Bayi baru lahir dengan sepsis
- 6) Bayi lahir dengan berat lebih dari 4000 gram
- 7) Bayi preterm dan post term
- 8) Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang
- 9) Bayi lahir dengan persalinan dengan tindakan.

Jenis Indikator Kesehatan Ibu dan Anak

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pelayanan minimal atau SPM untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak yang wajib dilaksanakan yaitu: Cakupan Kunjungan ibu hamil K4. Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat trimester 1 minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali. Standar 5T yang dimaksud adalah:

- a. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi dan berat badan
- b. Pemeriksaan atau pengukuran tekanan darah
- c. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi fundus
- d. Pemberian imunisasi TT
- e. Pemberian tablet besi

1. Sumber data

- a. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 diperoleh dari catatan register Kohort ibu dan laporan PWS KIA.
- b. Perkiraan penduduk sasaran ibu hamil diperoleh dari Badan Pusat Statistik atau BPS kabupaten atau propinsi Jawa Barat.

2. Kegunaan

- a. Mengukur mutu pelayanan ibu hamil
- b. Mengukur tingkat keberhasilan perlindungan ibu hamil melalui pelayanan standar dan paripurna. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 Perkiraan penduduk
- c. Mengukur kinerja petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan ibu hamil

B. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Masalah kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Negara Indonesia. Setiap tiga menit, di suatu tempat di Indonesia, anak di bawah usia lima tahun meninggal. Selain itu, setiap jam seorang perempuan meninggal karena melahirkan atau sebab-sebab yang berkaitan dengan kehamilan (UNICEF, 2012). Sampai saat ini telah banyak program-program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan guna menanggulangi masalah-masalah kesehatan ibu dan anak (Maas, 2004). Pada dasarnya program-program tersebut lebih menitik beratkan pada upaya-upaya penurunan angka kematian bayi dan anak, angka kelahiran kasar dan angka kematian ibu.

Dalam menentukan derajat kesehatan, terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan antara lain angka kematian bayi, angka kesakitan bayi, status gizi, dan angka harapan hidup saat lahir (WHO, 2016). Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Sedangkan Angka Kesakitan Bayi menjadi indikator kedua dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena nilai kesakitan mencerminkan lemahnya daya tahan tubuh bayi dan anak balita (WHO, 2002).

Menurut Indeks Pembangunan Manusia (IPM) negara Indonesia berada di peringkat 108 dari 177 negara di dunia, lebih rendah dari negara-negara Association of Southeast Asian Nation (ASEAN) lainnya seperti Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam dan Thailand. Dari tahun ke tahun Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebagai salah satu bagian dari indikator IPM menurun rendah dan menjadi masalah. Dari lima juta kelahiran yang terjadi di Indonesia setiap tahunnya, diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Permasalahan kegawat-daruratan obstetri dan neonatal merupakan permasalahan yang disebabkan oleh beberapa faktor.

Masalah kesehatan ibu dan anak masih menjadi perhatian serius pemerintah saat ini. Angka kematian ibu, bayi dan balita yang masih tinggi menjadikan KIA menjadi prioritas utama dalam program Kementerian kesehatan. Data dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 menunjukkan adanya 359 kasus kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dan terdapat 32 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi menjadikan KIA masuk dalam Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 (Fitriyani, 2017).

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kasus kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan evaluasi Millennium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015, kasus kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia masih pada posisi 305 per 100.000 kelahiran. Padahal target yang dicanangkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) adalah 102 per 100.000 kelahiran.

Dari analisis penyebab kematian ibu, hasil sensus penduduk 2010 menunjukkan bahwa 90% kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, dengan penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan (32%); komplikasi puerperum (31%); perdarahan postpartum (20%); abortus (4%); perdarahan antepartum (3%); partus macet/lama (1%); kelainan amnion (2%); lain –lain (7%), sedangkan menurut data rutin 35% kematian ibu adalah perdarahan, 22% karena hipertensi, 5% partus lama, 5% infeksi, 1% abortus.

Proporsi penyebab kematian bayi pada kelompok umur 0-6 hari menurut Riskesdas 2007 adalah gangguan/ kelainan pernafasan 35,9%; prematuritas 32,4%; sepsis 12%; hipotermi 6,3%; kelainan perdarahan dan kuning 5,6%; postmatur 2,8%; malformasi kongenitas 1,4% sedangkan pada usia 7-28 hari penyebab kema an terbesar karena sepsis (20,5%); malformasi kongenital (18,1%); pneumonia (15,4%); sindrom gawat pernafasan (12,8%) dan prematuritas (12,8%).

Dari hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2012 jumlah kematian bayi sebesar 861 bayi atau 5.93 per 1000 kelahiran hidup, oleh karena itu masih perlu upaya dari semua pihak yang terkait dalam rangka penurunan angka tersebut sehingga target (*Milinium Development Goals*) MDG's khususnya penurunan angka kematian dapat tercapai. Pada tahun 2002-2003, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup diperoleh dari hasil SDKI, kemudian menjadi 248 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Hal ini menunjukkan AKI cenderung terus menurun. Tetapi bila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai secara nasional pada tahun 2010, yaitu sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup dan target MDGs 2015 yaitu 102/100.000 KH, maka apabila penurunannya masih seperti tahun-tahun sebelumnya, diperkirakan target tersebut di masa mendatang sulit tercapai.

Sulawesi Selatan merupakan salah satu wilayah di Kawasan Timur Indonesia yang memerlukan sumber daya manusia yang andal agar pembangunan dapat berjalan sinergis dengan kawasan Indonesia Barat maupun kawasan lainnya. Menurut hasil Surkesnas/Susenas 2002-2003, AKB di Sulawesi Selatan sebesar 47 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan hasil Susenas 2006 menunjukkan AKB di Sulawesi Selatan pada tahun 2005 sebesar 36 per 1.000 kelahiran hidup, dan hasil SDKI 2007 menunjukkan angka 41 per 1.000 kelahiran hidup.

Masalah kesehatan ibu dan anak tidak hanya berkisar tentang angka kematian, tetapi juga menyangkut angka kesakitan atau morbiditas. Adapun indikator untuk menentukan derajat kesehatan anak meliputi angka kematian

bayi, angka kesakitan bayi, status gizi dan angka harapan hidup saat lahir (WHO, 2016). Terdapat beberapa penyakit yang diderita oleh bayi dan ibu yang kadang menyebabkan kematian. Penyakit seperti ISPA, diare dan tetanus sering diderita oleh bayi yang dapat berakibat fatal. Sedangkan penyakit seperti anemia, hipertensi, hepatitis dan lain-lain dapat menyebabkan wanita hamil terkena risiko kematian (Maas, 2004).

Masalah kematian maupun kesakitan pada ibu dan anak sesungguhnya tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan di dalam masyarakat di mana mereka berada. Disadari atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab- akibat antara makanan dan kondisi sehat-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, seringkali membawa dampak baik positif maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak. Pola makan, misalnya, fakta dasarnya adalah merupakan salah satu selera manusia di mana peran kebudayaan cukup besar. Hal ini terlihat bahwa setiap daerah mempunyai pola makan tertentu, termasuk pola makan ibu hamil dan anak yang disertai dengan kepercayaan akan pantangan, tabu, dan anjuran terhadap beberapa makanan tertentu (Maas, 2004).

Masih tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/ maternal serta faktor 4T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T (Terlambat), yaitu: 1) Terlambat mengambil keputusan merujuk, 2) Terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten.

Salah satu faktor tersebut adalah keterlambatan dan sistem rujukan yang belum paripurna. Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan. Sistem rujukan tersebut dilakukan secara berjenjang mulai dari masyarakat, kader, bidan ke tingkat pelayanan dasar (Puskesmas) dilanjutkan ke jenjang tingkat lanjutan yaitu Rumah Sakit yang memiliki dokter spesialis, sehingga kematian ibu dan bayi dapat dicegah secara dini (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Sistem rujukan yang dibangun harus dilengkapi dengan manual supaya bisa dilaksanakan dengan lebih tertata dan jelas. Manual rujukan sebaiknya disusun dan dikembangkan oleh kelompok kerja (Pokja)/tim rujukan di sebuah kabupaten/kota (Zaenab, 2014).

Masih tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/ maternal serta faktor 4T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T (Terlambat), yaitu:

- a. Terlambat mengambil keputusan merujuk.
- b. Terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten.

Melihat permasalahan yang kita hadapi dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB termasuk AKN yang begitu kompleks maka diperlukan upaya yang lebih keras dan dukungan komitmen dari seluruh *stakeholder* baik pusat maupun daerah, seperti dukungan dari organisasi profesi dan seminari, masyarakat dan swasta serta LSM baik nasional maupun internasional. Salah satu upaya yang telah dilaksanakan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui penanganan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar adalah melalui Upaya melaksanakan Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Agar Puskesmas mampu PONED sebagai salah satu simpul dari sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal neonatal emergensi dapat memberikan kontribusi pada upaya penurunan AKI dan AKN maka perlu dilaksanakan dengan baik agar dapat dioptimalkan fungsinya.

Menurut The International Federal On of Gynecology Obstetrics (FIGO) terdapat 4 pintu untuk keluar dari kematian Ibu yaitu:

- a. Status perempuan dan kesetaraan gender;
- b. Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi;
- c. Persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga yang kompeten

- d. PONEK-PONED. Jadi upaya PONEK hanyalah salah satu upaya dan merupakan upaya terakhir untuk mencegah kematian ibu.

Upaya Pencegahan Melalui Pemberdayaan Masyarakat

Upaya yang tidak kalah pentingnya adalah upaya pencegahan melalui pemberdayaan masyarakat, agar keluarga dan masyarakat secara mandiri bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri dan keluarganya, terutama ibu hamil dan janin yang dikandungnya.

Untuk upaya pemberdayaan masyarakat diperlukan tenaga-tenaga kesehatan yang mampu menggerakkan peran-serta aktif berbagai pihak peduli, agar mau berperan dalam upaya penggerakan *demand* sasaran, sehingga masyarakat tahu, mau dan mampu memanfaatkan layanan kesehatan maternal (ibu hamil)/neonatal (bayi baru lahir) emergensi yang disediakan.

Indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat ini dibuktikan dengan adanya keseimbangan antara kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya penguatan sisi *supply* dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi yang berkualitas dengan upaya-upaya dalam penggerakan *demand* sasaran untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal yang tersedia. Berbagai pihak yang dapat dilibatkan dalam upaya-upaya dimaksud agar mau berperan dalam upaya penggerakan *demand* sasaran pelayanan kesehatan yang disediakan, antara lain adalah lintas sektor terkait, organisasi profesi Kesehatan, tokoh masyarakat dan agama, swasta, LSM/masyarakat peduli, media massa yang ada di wilayah kerjanya.

Upaya yang perlu dikembangkan dalam program pemberdayaan masyarakat adalah:

1. Upaya penggerakan *demand* target sasaran pelayanan, yaitu maternal bersama keluarganya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan baginya (melalui kelas ibu hamil, P4K, posyandu).
2. Upaya penguatan sisi *supply*, secara simultan dilaksanakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas.
3. Upaya memfungsikan sistem rujukan maternal-neonatal di wilayah kabupaten.

Upaya Kolaboratif untuk Perbaikan PONEK-PONEK

Istilah komprehensif dalam PONEK, sering diartikan sebagai ketersediaan dan kelengkapan pelayanan emergensi obstetriginekologi di

Instalasi Gawat-Darurat (IGD) dan unit pelayanan fungsional (UPF) Obstetri dan Neonatal. Dengan pemahaman seperti itu, maka RS PONEK hanya akan memfokuskan pada pelayanan tersebut pada pasien-pasien yang datang ke Rumah Sakit. Dengan kata lain, PONEK menjadi pelayanan statis dan pasif seperti yang terjadi pada masa-masa sebelum ini.

Komprehensif pada PONEK, hendaknya diartikan sebagai pelayanan tanpa dinding dan harus proaktif. Bagaimana Rumah Sakit sebagai institusi medik yang statis dapat juga memberikan pelayanan bagi masyarakat yang ada di dalam area cakupan wilayah kerja mereka. Penatalaksanaan pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit, tidak dimulai sejak pasien masuk ke IGD atau UPF Obstetri atau Unit Perinatal tetapi justru sejak pasien tersebut dikenali dan ditangani oleh petugas kesehatan yang ada di level komunitas. Kondisi seperti ini hanya dapat dilakukan apabila petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan primer menjadi bagian atau jejaring pelayanan Rumah Sakit. Kondisi inilah yang seharusnya dibangun oleh Rumah Sakit melalui program PONEK Rumah Sakit. Setiap RS PONEK juga diwajibkan untuk membangun jejaring pelayanan emergensi dan komunikasi nir kabel (telepon selular) ke setiap Puskesmas binaan dan Bidan di Desa yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas. Untuk meningkatkan efisiensi dan proses pembelajaran perbaikan kinerja Puskesmas dan Bidan di Desa maka OJT untuk Puskesmas mampu PONEK dilakukan OJT komprehensif.

Pada OJT dengan pendekatan komprehensif, Tim PONEK Puskesmas dan Dokter Puskesmas dengan Bidan di Desa dari kecamatannya dan kecamatan lain, akan diajak untuk mengikuti OJT Puskesmas pada waktu yang telah ditentukan. Apabila di masa sebelumnya dokter puskesmas non PONEK kurang terlibat dalam sistem rujukan kasus komplikasi dan emergensi obstetri/neonatal, kini seharusnya justru mereka yang bertanggung-jawab untuk pelayanan dimaksud, tanpa harus menghalangi proses rujukan kasus emergensi yang harus segera dirujuk ke Puskesmas PONEK bila dipandang masih memungkinkan, atau dirujuk langsung ke RS Rujukan Spesialistik (PONEK).

C. Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak

Berdasarkan Penyebab kematian Ibu dan anak seperti halnya di Puskesmas dapat disebabkan oleh berbagai hal. Misalnya saja dikarenakan oleh kasus preeklamsia untuk Ibu dan Asfiksia untuk anak. Selain itu, terdapat banyak faktor penyebab lainnya sehingga harus melibatkan lintas program khususnya masalah gizi.

Tentang *patient safety*, sangat tergantung dari standar yang dipakai, semisal pakai PMK 75, baik dari segi ketenagaan maupun sarpras. Apakah di PKM memang sudah memenuhi atau belum. Kalau belum, usaha apa yang sudah kita laksanakan untuk memenuhi itu. Kalau dari tenaga, 2 aspek yang perlu diperhatikan. Dari segi jumlah (memenuhi/tidak) dan kompetensinya (berkompeten atau tidak). Terkait keselamatan pasien, meskipun Fasyankes kurang memadai, tetap harus ada bukti yang menunjukkan bahwa ada usaha untuk melaksanakan itu. Mulai dari hal-hal kecil saja, identifikasi pasien, misalnya minimal dengan 2 (nama dan tanggal lahir). Pegangan tangan dan gantungan infus di wc pasien. Denah jalur evakuasi. Pelaksanaan *patient safety* di PKM berbeda-beda, namun untuk standar tertentu (seperti penggunaan APD) harusnya sama. Kalau *patient safety* terkait praktik klinik, karena ada standar/pedoman yang digunakan harus sama.

Kasus AKI dan AKB merupakan kontribusi dari beberapa faktor. Bisa karena petugas, pemahaman/kesadaran masyarakat, ketersediaan Fasyankes, kondisi sosial ekonomi, budaya dan pernikahan usia dini/kehamilan yang tidak diinginkan. Tingginya kasus AKI dan AKB di RS dikarenakan rujukan, ada istilah SPOG RS ketika menerima rujukan ibu bersalin “sisa dukun sisa bidan”. Faktor petugas di sini sangat fenomenal, karena akan mempengaruhi faktor penyebab yang lain, seperti jika petugas kurang kompeten dalam hal ANC Terpadu saja maka akan berpengaruh terhadap beberapa masalah yaitu:

1. Pemahaman/kesadaran bumil/keluarga
2. Deteksi awal faktor risiko
3. Tata laksana kasus jika ditemukan masalah spesifik, pada bumil (jangan-jangan petugas malah ada yang tidak tahu tentang ini). Itu baru bicara tentang ANC Terpadu, belum kita bicara tentang 26 penapisan bumil. Belum lagi bicara tentang APN (Asuhan Persalinan Normal).

Beberapa PKM tidak menjalankan prosedur ANC yang seharusnya/standar. Tidak semua Ibu hamil menerima item pelayanan ANC. Termasuk upaya untuk mendeteksi risiko kehamilan. Khususnya konseling kehamilan, beberapa PKM tidak memiliki tenaga promotor kesehatan untuk melakukan konseling kepada ibu hamil sebagai upaya promotif dan preventif, khususnya pada ibu yang berisiko tinggi. Tidak semua PKM memiliki fasilitas pelayanan KIA yang memadai. Contoh Mobil Ambulans, tidak semua PKM memiliki, kalau ada, terkadang permintaan lebih banyak dari fasilitas yang tersedia (pada saat permintaan bersamaan). Hal ini menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi [RS] menjadi sulit.

Pada umumnya di Puskesmas tidak ada pemisahan pasien yang berisiko dengan pasien yang normal. Tidak tersedia fasilitas inkubator bagi bayi yang kurang sehat. Pemeliharaan sarana dan prasarana di Puskesmas tidak layak. Terutama untuk kebutuhan air bersih. Keterbatasan jumlah SDM di Puskesmas, Rasio SDM dengan kebutuhan masyarakat. Ada bidan desa yang kadang tidak menetap pada suatu tempat, sehingga jumlah tenaga yang tersedia kurang. Kurangnya jumlah tenaga menyebabkan beban kerja tinggi karena tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Daerah di Sulawesi Selatan yang memiliki AKI dan AKB yang tinggi yaitu Toraja, Jeneponto, Gowa dan Luwu. Fasilitas *patient safety* di Puskesmas belum memadai. Kecepatan petugas dalam melayani pasien, termasuk keterampilan petugas untuk penanganan kegawatdaruratan di Puskesmas.

Beberapa PKM tidak menjalankan prosedur ANC yang seharusnya/standar. Tidak semua Ibu hamil menerima item pelayanan ANC. Termasuk upaya untuk mendeteksi risiko kehamilan. Khususnya konseling kehamilan, beberapa PKM tidak memiliki tenaga promotor kesehatan untuk melakukan konseling kepada ibu hamil sebagai upaya promotif dan preventif, khususnya pada ibu yang berisiko tinggi. Tidak semua PKM memiliki fasilitas pelayanan KIA yang memadai. Contoh Mobil Ambulans, tidak semua PKM memiliki, walaupun ada, terkadang permintaan lebih banyak dari fasilitas yang tersedia (pada saat permintaan bersamaan). Hal ini menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi [RS] menjadi sulit.

Puskesmas tidak ada pemisahan pasien yang berisiko dengan pasien yang normal. Tidak tersedia fasilitas inkubator bagi bayi yang kurang sehat. Pemeliharaan sarana dan prasarana di Puskesmas tidak layak. Terutama untuk kebutuhan air bersih. Keterbatasan jumlah SDM di Puskesmas, Rasio SDM dengan kebutuhan masyarakat. Ada bidan desa yang tidak menetap pada suatu tempat, sehingga jumlah tenaga yang tersedia kurang. Kurangnya jumlah tenaga menyebabkan beban kerja tinggi karena tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Daerah di Sulawesi Selatan yang memiliki AKI dan AKB yang tinggi yaitu Toraja, Jeneponto, Gowa dan Luwu. Fasilitas *patient safety* di Puskesmas belum memadai. Kecepatan petugas dalam melayani pasien, termasuk keterampilan petugas untuk penanganan kegawatdaruratan di Puskesmas. Banyak faktor penyebab AKI. Sumber dari Kematian Ibu dan Bayi banyak faktor, bisa dari Ibu, sarana kesehatan dan petugas kesehatan.

Dari faktor petugas kesehatan, yaitu pendeteksian awal, yaitu skrining awal, adanya risiko² dari ibu hamil, apabila pendeteksian awal dan penanganan awal akan mencegah risiko, seperti preeklamsia, apabila sudah

dideteksi sejak awal maka harus diskriming awal atau dideteksi awal, seperti menganjurkan wajib melahirkan di RS atau ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Setiap RS dan sarana kesehatan memiliki standar masing-masing. Di Puskesmas juga ada yang namanya PONEK, PONEK, masing-masing punya standar dan tipenya masing-masing.

D. Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Layanan yang berkualitas dan memuaskan akan dapat membangun citra layanan yang baik dimata konsumen/sasaran pelayanannya, baik konsumen internal maupun konsumen eksternal. Konsep pelayanan yang berkualitas dan memuaskan akan menjadi dasar bagaimana pelayanan di Puskesmas harus diselenggarakan. Dengan pendekatan demikian, diharapkan layanan akan berhasil membangun citra layanan yang baik karena berhasil mencapai tujuannya. Konsumen semakin yakin untuk datang mendapatkan pelayanan karena permasalahan kesehatannya akan dapat diselesaikan dengan baik.

Layanan di Puskesmas dapat dinyatakan berkualitas, kalau layanan dapat memberikan kepuasan kepada penggunanya, arti nya apa yang diperoleh dari pelayanan yang diterima sesuai dengan apa diharapkan ketika akan mencari layanan yang dibutuhkannya. Layanan kesehatan di Puskesmas berhasil mencapai tujuan, kalau pasien yang berada dalam kondisi sakit cukup berat dan atau dalam kondisi kegawat-daruratan medik yang dirujuk ke fasilitas Puskesmas mampu PONEK, sudah dilayani sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya berdasarkan standar pelayanan medik dan SPO. Apabila pasien tidak dapat ditangani sampai tuntas dapat dipersiapkan dan dirujuk tepat waktu dan tepat tujuan, sehingga mendapatkan layanan secara adekuat di fasilitas rujukan yang lebih mampu.

Untuk memberikan layanan yang memuaskan selain komponen kualitas teknis yang dapat memberikan *outcome* berupa kesembuhan atau teratasi masalah kesehatannya, yang juga merupakan hal penting adalah komponen personal/fungsional, yaitu bagaimana proses layanan tersebut diberikan, secara bersama-sama dengan komponen kualitas teknis akan membangun citra layanan yang baik, yang mampu memberikan rasa puas bagi penggunanya, sehingga harapan pengguna dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan ini terpenuhi.

Layanan dikatakan memuaskan apabila harapan penggunanya terpenuhi ketika menerima layanannya, dan dikatakan layanan prima apabila layanan yang diterima melampaui harapannya. Kalau harapannya dak dapat terpenuhi, citra layanan menjadi buruk dimata pengguna. Dalam kondisi ini belum tentu

secara teknis layanan tidak berkualitas, atau penyakitnya tidak sembuh, tetapi kualitas personal/fungsional yang belum dapat memenuhi permintaan konsumennya. Sekalipun penyakitnya sembuh atau masalah kesehatannya teratasi, namun pasien pulang mungkin saja dengan perasaan yang tidak/kurang puas, karena faktor kualitas personal/fungsional layanan tersebut yang kurang/tidak memuaskannya. Kondisi demikian banyak dialami oleh banyak pengguna pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, termasuk di Puskesmas. Kunci kualitas personal/ fungsional dari satu pelayanan adalah kualitas interaksi/pertemuan antara konsumen dengan *provider* pemberi layanan yang merupakan dimensi dari kualitas fungsional suatu proses pelayanan.

Dimensi kualitas teknis dari suatu pelayanan yang diberikan oleh Tim Interprofesi akan menghasilkan *outcome*. Fase pemberian layanan ketika itu disebut sebagai *the moment of truth* yaitu momen di mana terjadi pertemuan antara pemberi layanan dengan konsumen atau pasien. Pada fase *the moment of truth* ini, *provider* pemberi layanan mempunyai peluang terbesar untuk dapat mempertunjukkan seperti apa kualitas layanan yang dapat diberikan kepada konsumen, sehingga fase ini benar-benar merupakan momen penting bagi diri pemberi pelayanan dalam membangun citra dimata konsumen/pasien, di samping teknis layanan yang perlu dijaga juga kualitasnya.

Apabila dalam proses pemberian layanan pada momen tersebut diabaikan, maka peluang emas bagi *provider* akan berlalu, dalam arti *provider*/pemberi layanan kehilangan peluang/kesempatan menunjukkan dirinya sebagai pemberi layanan sebagaimana diharapkan konsumennya. Dan seandainya timbul masalah akibat layanan yang baru saja diberikannya saat itu, maka *provider* sudah kehilangan kesempatan untuk memperbaikinya.

Menciptakan Layanan yang Berkualitas

Menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan yang ada dalam pelayanan untuk dapat menciptakan citra yang baik bagi institusinya, karena pencitraan suatu institusi merupakan hasil kerja sama yang baik antara orang-orang yang berada dalam institusi tersebut. Membangun karakter diri dan organisasi bukanlah hal yang mudah, hal-hal yang harus diperhatikan dalam membangun karakter adalah:

1. Kepuasan pelanggan adalah kepuasan petugas Puskesmas (kepuasan pelanggan adalah segala-galanya).
2. Berkomitmen selalu memberi yang terbaik (selalu berusaha memberikan nilai lebih kepada pelanggan, tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, siap dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan).

3. Memberi pelayanan dengan hati (dengan penuh rasa tanggung jawab untuk berkarya dan berprestasi mandiri bukan karena diawasi)
4. Peduli pada kebutuhan masyarakat
5. Selalu memberikan yang terbaik pada setiap pelanggan.

Hal-hal tersebut di atas dilakukan dalam satu siklus yang berlangsung terus menerus agar dapat menghasilkan pelayanan yang memuaskan.

BAB II

PELAYANAN ANTENATAL CARE

A. Pengertian *Antenatal Care* (ANC)

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998). Kunjungan ANC adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pelayanan ANC adalah pelayanan yang bersifat preventif untuk memantau kesehatan ibu dan mencegah komplikasi bagi ibu dan janin (Bartini, 2012).

Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan (Kemenkes, 2010). Menurut Kemenkes RI (2010) menyatakan bahwa standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar yaitu:

- a. Standar pelayanan umum (2 standar)
- b. Standar pelayanan *Antenatal Care* (6 standar)
- c. Standar pelayanan persalinan (4 standar)
- d. Standar pelayanan nifas (3 standar)
- e. Penanganan kegawatdaruratan obstetri neonatal (9 standar)

Tujuan Pemeriksaan Kehamilan (ANC/*Antenatal Care*)

Tujuan pemeriksaan kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) adalah:

- a. Memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.
- b. Menyediakan pelayanan antenatal yang terpadu, komprehensif, serta berkualitas, memberikan konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI, meminimalkan “*missed opportunity*” pada ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas; mendeteksi secara dini adanya

kelainan atau penyakit yang diderita ibu hamil; dapat melakukan intervensi yang tepat terhadap kelainan atau penyakit sedini mungkin pada ibu hamil; dapat melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang sudah ada. Selain itu, pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal Care* juga dapat dijadikan sebagai ajang promosi kesehatan dan pendidikan tentang kehamilan, persalinan, dan persiapan menjadi orang tua.

Standar Pelaksanaan Pelayanan *Antenatal Care*

Menurut Kemenkes RI (2010), ditingkat pelayanan dasar, pemeriksaan antenatal hendaknya memenuhi tiga aspek pokok, yaitu:

1. Aspek medik, meliputi: diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini, pemberian terapi sesuai dengan diagnosis.
2. Penyuluhan komunikasi dan motivasi ibu hamil, antara lain mengenai: penjagaan kesehatan dirinya dan janinnya, pengenalan tanda-tanda bahaya dan faktor risiko yang dimilikinya, pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu.
3. Rujukan, ibu hamil dengan risiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan yang mempunyai fasilitas yang lebih lengkap.

Menurut Kemenkes RI (2010) terdapat enam standar dalam pelayanan antenatal seperti berikut ini:

1. Identifikasi ibu hamil bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberi penyuluhan dan memotivasi ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini secara teratur.
2. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal bidan memberikan sedikit 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan saksama untuk apakah perkembangan berlangsung normal.
3. Palpasi abdomen bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara saksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.
4. Pengelolaan anemia pada kehamilan bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.
6. Persiapan persalinan bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk mempersiapkan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

Manfaat Pemeriksaan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat terhadap ibu dan janinnya yaitu mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengurangi penyulit masa antepartum; mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan; dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan dan untuk dapat memberikan ASI dan dapat melakukan proses persalinan secara aman. Sedangkan manfaat untuk janin dapat memelihara kesehatan ibu sehingga mengurangi kejadian prematuritas, kelahiran mati dan berat bayi lahir rendah.

Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K-4)

Kebijakan program Kemenkes (2014) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, menganjurkan ibu hamil melaksanakan kunjungan ANC minimal sebanyak 4 kali, yaitu sebagai berikut:

1. Kunjungan 1/K1 (Trimester 1)

K1/kunjungan baru ibu hamil yaitu kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haidnya terlambat sekurang-kurangnya satu bulan. K1 dibedakan menjadi 2 yaitu K1 murni (kunjungan pertama kali dilakukan pada waktu trimester satu kehamilan) dan K1 akses (kunjungan pertama kali diluar trimester satu selama masa kehamilan, dilakukan di trimester II maupun di trimester III).

Adapun tujuan pemeriksaan pertama pada perawatan antenatal adalah sebagai berikut:

- a. Mendiagnosis dan menghitung umur kehamilan.
- b. Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
- c. Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- d. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.
- e. Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi. Pada kunjungan pertama adalah kesempatan untuk mengenali faktor risiko ibu dan janin. Ibu diberitahu tentang kehamilannya, perencanaan tempat persalinan, juga perawatan bayi dan menyusui.

Informasi yang diberikan sebagai berikut:

- a. Kegiatan fisik dapat dilakukan dalam batas normal.
- b. Kebersihan pribadi khususnya daerah genitalia harus lebih dijaga karena selama kehamilan terjadi peningkatan sekret vagina.
- c. Pemilihan makan sebaiknya yang bergizi dan serat tinggi.
- d. Pemakaian obat harus dikonsultasikan dahulu dengan tenaga kesehatan.
- e. Wanita perokok atau peminum harus menghentikan kebiasaannya. Cakupan K1 di bawah 70% (dibanding jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun) menunjukkan keterjangkauan pelayanan antenatal yang rendah, yang mungkin disebabkan oleh pola pelayanan yang belum cukup aktif. Rendahnya K1 menunjukkan bahwa akses petugas kepada ibu masih perlu ditingkatkan.

2. Kunjungan 2 (Trimester II)

Pada periode ini pemeriksaan dilakukan minimal 1 kali. Hendrawan (2008) menuturkan mengingat manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan obstetrik yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, maka perlu dilakukan kunjungan ANC yang teratur. Pada trimester II, ibu hamil dianjurkan periksa kehamilan 1 bulan sekali sampai umur kehamilan 28 minggu. Adapun tujuan pemeriksaan kehamilan di trimester II menurut Saifuddin (2012) ialah sebagai berikut:

- a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
- b. Penapisan preeklamsia gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan.
- c. Mengulang perencanaan persalinan.

3. Kunjungan 3 dan 4 (Trimester III)

Pada periode ini pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu jika klien tidak mengalami keluhan yang membahayakan dirinya dan atau kandungannya sehingga membutuhkan tindakan segera. Rancangan pemeriksaan meliputi anamnesis terhadap keadaan normal dan keluhan ibu hamil trimester III, pemeriksaan fisik (umum, khusus, dan tambahan pada bulan ke-9 dilakukan pemeriksaan setiap minggu). Kelahiran dapat terjadi setiap waktu oleh karena itu perlu diberikan petunjuk kapan harus datang ke Rumah Sakit. Menurut Wignjosastro (2013), jadwal kunjungan ulang selama hamil trimester III adalah setiap dua minggu dan sesudah 36 minggu setiap satu minggu. Menurut Saifuddin (2012) menuturkan tujuan kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester III yaitu:

- a. Sama seperti kunjungan 2
- b. Mengenali adanya kelainan letak
- c. Memantapkan rencana persalinan
- d. Mengenali tanda-tanda persalinan

Pertolongan pertama atau penanganan kegawatdaruratan obstetri neonatal merupakan komponen penting dan bagian tak terpisahkan dari pelayanan maternitas di setiap tingkat pelayanan. Bila hal tersebut dapat diwujudkan maka angka kematian ibu dapat diturunkan. Persalinan sesungguhnya merupakan hal fisiologis yang terjadi pada wanita. Namun, proses normal dalam daur hidup wanita ini (persalinan) dapat berubah menjadi komplikasi dan mengalami ketidak lancaran persalinan apabila ditemui komplikasi penyakit atau kelainan mekanis baik dari bayi maupun ibu dan perubahan psikologis ibu karena kurang siap dalam menghadapi persalinan. Begitu pula pendapat Arikunto (2012) bahwa sebenarnya, kelancaran persalinan sangat tergantung faktor mental dan fisik si ibu. Faktor fisik berkaitan dengan bentuk panggul yang normal dan seimbang dengan besar bayi. Sedangkan faktor mental berhubungan dengan psikologis ibu, terutama kesiapannya dalam melahirkan. Bila ia takut dan cemas bisa saja persalinannya jadi tidak lancar hingga harus dioperasi. Ibu dengan mental yang siap bisa mengurangi rasa sakit yang terjadi selama persalinan.

Oleh karena itulah pembangunan pola pikir pada ibu hamil terutama ibu primigravida untuk menyambut kehamilannya dan menjalani kehamilannya dengan bahagia untuk menekan kecemasan dan tingkat stres yang dapat mempengaruhi kelancaran persalinan sejak awal kehamilan sangat diperlukan. Dengan pendidikan kesehatan, pemeriksaan dan informasi yang diberikan selama kehamilan diharapkan ibu dapat melewati persalinannya dengan

psikologis yang stabil sehingga mampu memperlancar persalinannya. Hal ini menunjukkan pentingnya ANC. Ketepatan kunjungan pertama menentukan kepatuhan ibu untuk kunjungan selanjutnya. Saifuddin (2012) mengemukakan bahwa penilaian klinik merupakan proses berkelanjutan yang dimulai pada kontak pertama antara petugas kesehatan dengan ibu hamil dan secara optimal berakhir pada pemeriksaan 6 minggu setelah persalinan.

Pada setiap kunjungan antenatal, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis, pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrauterin, dan ada tidaknya masalah atau komplikasi, serta kunjungan berikutnya agar proses persalinan dapat dilalui tanpa komplikasi. Untuk itulah ketepatan kunjungan ANC memegang peranan penting dalam persiapan persalinan untuk mencapai kelancaran persalinan.

Pendekatan risiko yang mempunyai rasionalisasi bahwa asuhan antenatal adalah melakukan *screening* untuk memprediksi faktor-faktor risiko untuk memprediksi suatu penyakit, tetapi berdasarkan hasil study di Zaire membuktikan bahwa 71% persalinan macet tidak bisa diprediksi, 90% ibu yang diidentifikasi berisiko tidak pernah mengalami komplikasi dan 88% dari wanita yang mengalami perdarahan pasca persalinan tidak memiliki riwayat yang prediktif.

Pendekatan risiko mempunyai nilai prediksi lebih buruk, oleh karena itu tidak dapat membedakan mereka yang akan mengalami dan yang mengalami komplikasi, juga keamanan palsu oleh karena banyak ibu yang dimasukkan dalam risiko rendah mengalami komplikasi, namun mereka tidak pernah mendapat informasi mengenai komplikasi kehamilan dan cara penanganannya. Bila terpaku pada ibu risiko tinggi maka pelayanan kehamilan (pada wanita hamil) yang sebetulnya bisa berisiko akan terabaikan. Dapat dikatakan bahwa wanita hamil mempunyai risiko untuk mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas. Bahkan wanita yang digolongkan dalam risiko rendah bisa saja mengalami komplikasi

B. Kebijakan Program Antenatal Care

Kebijakan program dalam pelayanan antenatal yaitu kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan. Satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, serta dua kali pada trimester ketiga. Penerapan operasionalnya dikenal standar minimal (10 T) yang terdiri atas:

1. Berat Badan Dan Pengukuran Tinggi Badan (Timbang)

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil, yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: *Body Mass Index*) di mana metode ini untuk pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5-16 kg atau pertambahan berat badan setiap minggunya adalah 0,4-0,5 kg (Kusmiyati, 2008).

Menurut Kemenkes RI (2010), mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko, di mana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

2. Ukur (Tekanan) Darah

Pada saat kehamilan, tekanan darah seorang ibu hamil merupakan faktor penting dalam memberikan makanan pada janin pengaturan tekanan darah selama kehamilan sangat tergantung pada hubungan antara curah jantung dan tekanan atau resistensi pada pembuluh darah, yang keduanya berubah selama kehamilan. Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Jannah, 2012).

3. Ukur (Tinggi) Fundus Uteri

Pemeriksaan kehamilan untuk menentukan tuny kehamilan dan berat badan janin dilakukan dengan pengukuran tinggi fundus uteri yang dapat dihitung dari tanggal haid terakhir yang menggunakan rumus. Apabila usia kehamilan di bawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan di atas 24 minggu memakai pengukuran Mc Donald, yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus uteri memakai centimeter dari atas simfisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya. Cara menghitungnya adalah modifikasi Spiegelberg yaitu jarak fundus-sisfisis dalam centimeter dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan (Kusmiyati, 2008).

4. Pemberian Imunisasi (Tetanus Toxoid)/TT lengkap

Imunisasi terutama pada ibu hamil bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, dengan cara pemberian suntik tetanus toksoid pada ibu hamil. Pemberian imunisasi TT pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk

yang kedua diberikan 4 minggu kemudian (selang waktu 4 minggu). Apabila pernah menerima TT dua kali pada kehamilan terdahulu dengan jarak kehamilan tidak lebih dari dua tahun, maka hanya diberikan satu kali TT saja (Jannah, 2012).

5. Pemberian (Tablet Besi), minimal 90 tablet selama kehamilan

Wanita memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki-laki karena terjadinya menstruasi dan perdarahan. Di mulai dengan memberikan 1 tablet zat besi sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing-masing 90 tablet besi yang berfungsi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Bila ditemukan anemia pada ibu hamil ($<11 \text{ gr\%}$), berikan tablet zat besi 2 atau 3 kali sehari.

Pada setiap kali kunjungan mintalah ibu untuk meminum tablet zat besi yang cukup. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin C karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh (Kusmiyati, 2008).

6. (Tes) laboratorium sederhana (Hemoglobin (HB) dan protein urine)

Wanita yang sedang hamil merupakan kelompok risiko tinggi terhadap PMS. PMS dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas terhadap ibu dan janin yang di kandungannya.

7. (Temu) wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling)

Temu wicara penting dilakukan sebagai media komunikasi antar sesama ibu hamil dengan bidan yang membina, temu wicara ini di koordinir oleh kepala desa/kelurahan dan dilaksanakan oleh kader posyandu bersama puskesmas dan dilakukan pada saat hari posyandu. Temu wicara ini dilakukan setiap pasien pada saat melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesis, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesis meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas.

8. (Tentukan) presentasi janin dan hitung DJJ

Tujuan pemantauan janin itu adalah mendeteksi dini ada atau tidaknya faktor-faktor risiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/ aspeksia, gangguan

pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin. Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulanan. Gambar DJJ:

- a. Takikardi berat: detak jantung di atas 180x/menit
- b. Takikardi ringan: antar 160-180x/menit
- c. Normal:120-160x/menit
- d. Bradikardi ringan: antara 100-119x/menit
- e. Bradikardi sedang: antara 80-100x/menit
- f. Bradikardi berat: kurang dari 80x/menit

9. (Tetapkan) Status Gizi

Pada ibu hamil pengukuran lingkaran lengan atas LILA merupakan satu cara untuk mendeteksi dini adanya kurang energi kronik (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrisi ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Disebut KEK apabila ukuran LILA <23,5 cm, yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Cara melakukan pengukuran LILA:

- a. Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran.
- b. Lingkarkan dan memasukkan ujung pita dilubang yang ada pada pita LILA, baca menurut tanda panah.
- c. Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita LILA.

10. (Tatalaksana) Kasus

Bila dari hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan penyakit, ibu perlu dilakukan perawatan khusus.

Cara Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Cara pelayanan *Antenatal Care* disesuaikan dengan standar pelayanan antenatal menurut Depkes RI yang terdiri dari:

1. Pada kunjungan pertama, yang harus dilakukan seorang bidan yaitu:
 - a. Melakukan anamnesis riwayat dan mengisi KMS ibu hamil/kartu ibu secara lengkap.
Data yang dikaji dalam anamnesis mencakup data: identitas ibu dan suami, keluhan yang dirasakan, riwayat haid, riwayat perkawinan,

riwayat kehamilan ini (HTHP, siklus haid, masalah/kelainan pada kehamilan, riwayat imunisasi TT), riwayat obstetri lalu, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial ekonomi, dan pola pemenuhan sehari-hari.

- b. Melakukan pemeriksaan fisik yang terdiri dari pemeriksaan luar dan pemeriksaan dalam
Pemeriksaan luar terdiri dari pemeriksaan umum (keadaan umum ibu, keadaan gizi, tinggi badan, berat badan, dan pemeriksaan laboratorium sederhana (untuk kadar Hb, dan golongan darah). Serta pemeriksaan kebidanan yang terdiri dari inspeksi (melihat bagian kepala, dada, perut, dan vulva), palpasi Leopold (besarnya rahim untuk menentukan tuanya kehamilan), auskultasi (mendengarkan bunyi jantung janin, bising tali pusat, gerakan janin, bising rahim dan aorta dengan stetoskop/dopler).
- c. Pemeriksaan dalam dilakukan pada kunjungan awal dan diulangi pada trimester III untuk menentukan keadaan panggul

2. Asuhan Kehamilan Kunjungan Ulang

Selain standar 7T yang telah ada beberapa tahun sebelumnya, Kemenkes RI pada tahun 2010 menyosialisasikan standar 10T yang harus dilakukan bidan pada setiap kunjungan ulang. Tablet Fe sering diberikan pada trimester kedua dan ketiga, karena pada trimester ini sel darah merah harus mengangkut oksigen lebih banyak ke janin serta untuk persiapan penambahan zat besi pada saat melahirkan.

C. Kajian Penelitian Penerapan Model *Antenatal Care*

Dalam WHO *Antenatal Care Model* 2016, WHO merekomendasikan minimal delapan kontak ANC, dua kontak dijadwalkan pada trimester pertama (sampai 12 minggu masa kehamilan), dua kontak dijadwalkan pada trimester kedua (pada usia kehamilan 20 dan 26 minggu) dan lima kontak yang dijadwalkan pada trimester ketiga (pada usia 30, 34, 36, 38 dan 40 minggu). Dengan model ini, kata “kontak” telah digunakan sebagai pengganti “kunjungan”, karena ini berarti hubungan aktif antara wanita hamil dan perawatan kesehatan yang tidak tersirat dengan kata “*visit*”. Perawatan antenatal terfokus memiliki makna memberikan fokus perhatiannya pada penilaian ibu hamil dan tindakan yang diperlukan dalam membuat keputusan serta memberikan pelayanan dasar pada setiap ibu hamil. Pendekatan dalam pelayanan antenatal kepada ibu hamil ini lebih menekankan pada kualitas daripada kuantitas.

Sebuah studi retrospektif menilai pemanfaatan antenatal dengan menggunakan indeks penggunaan *prenatal care*. Penggunaan perawatan antenatal intensif tercatat di lebih dari separuh wanita berisiko rendah. Di sisi lain ada 26% wanita berisiko tinggi tanpa penggunaan intensif yang diharapkan. Wanita berisiko tinggi atau non-terdidik cenderung memiliki tingkat pemanfaatan perawatan antenatal yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan terdidik. Dari sisi ibu hamil sebuah studi kualitatif di Inggris yang melibatkan 27 wanita selama 19 minggu kehamilan menunjukkan bahwa tiga tema utama yang berkaitan dengan penundaan ANC adalah karena tidak tahu: realisasi (tidak adanya gejala klasik, salah tafsir); kepercayaan (usia, subfertilitas, penggunaan kontrasepsi, rintangan); mengetahui namun terjadi penghindaran (ambivalensi, ketakutan, perawatan diri); penundaan (takut, lokasi, tidak menghargai perawatan, perawatan diri); dan penundaan karena kegagalan profesional dan sistem, masalah pengetahuan/ pemberdayaan

Penelitian dari sebuah metaanalisis dari *systematic review* menunjukkan bahwa ANC mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu hamil dan perinatal secara langsung, melalui deteksi dan penanganan komplikasi terkait kehamilan, dan secara tidak langsung, melalui identifikasi perempuan dan anak perempuan dengan peningkatan risiko pengembangan komplikasi selama persalinan. Meskipun demikian, skrining antenatal hanya bisa penting sebagai alat pengurangan angka kematian ibu jika penyebab utama kematian ibu melahirkan memiliki keadaan premorbid yang dapat dideteksi di mana ada intervensi perbaikan yang manjur dan dapat diterima. Dari 7 kontributor utama kematian ibu di negara berkembang, hanya malaria, HIV dan preeklamsia/eklampsia yang memenuhi kriteria skrining di atas. Layanan perawatan antenatal tidak dapat mengidentifikasi wanita yang akan mengalami perdarahan postpartum, sepsis, persalinan yang tersumbat dan komplikasi aborsi. Di negara-negara dengan prevalensi HIV dan malaria yang rendah, kontribusi potensial skrining antenatal terhadap penurunan angka kematian ibu masih sangat terbatas (Oyerinde, 2013).

Dari sisi pelaksana ANC, penelitian di Jambi yang melibatkan 165 Bidan Desa menunjukkan bahwa kepatuhan bidan desa terhadap standar ANC hanya 74,28%. Berbagai faktor yang memengaruhi antara lain karena supervisi sebagai faktor yang paling dominan, pengetahuan tentang ANC, serta komitmen organisasi (Guspianto, 2012).

Hasil penelitian Zahtamal, dkk. menyatakan faktor yang berhubungan dengan pelayanan KIA adalah sikap dan pengetahuan, faktor pemungkin

adalah sarana pendukung distribusi dan kualitas tenaga kesehatan yang memberikan ANC, faktor pendorong adalah kuantitas kegiatan, kebijakan daerah dan dukungan dan dana. Ada kekhawatiran yang berkembang secara global, terutama di negara-negara berkembang, untuk meningkatkan indikator hasil kesehatan ibu dan anak.

Periode antenatal memberikan kesempatan untuk menjangkau ibu hamil dengan intervensi yang mungkin vital bagi kesehatan dan kesejahteraan mereka dan anak-anak mereka. Faktanya, bukti menunjukkan bahwa “wanita dari rangkaian sumber daya tinggi, menengah dan rendah dihargai memiliki pengalaman kehamilan yang positif”. Sementara pengalaman kehamilan yang positif seperti itu bersifat multidimensi, dalam sistem kesehatan, perempuan telah menyatakan keprihatinannya terhadap sistem penunjukan yang fleksibel dan memastikan kesinambungan dalam penyediaan perawatan dengan penekanan pada memastikan privasi dan menyediakan waktu yang berkualitas untuk membangun kepercayaan dan hubungan yang baik dengan penyedia layanan kesehatan. Mereka juga menghargai memiliki layanan kesehatan yang peka budaya, aman dan efektif. ANC memberikan jalan bagi wanita hamil untuk menggunakan layanan yang berkontribusi pada “pengalaman kehamilan positif”.

Cakupan ANC tetap merupakan indikator penting dari akses dan penggunaan perawatan kesehatan selama kehamilan. Bahkan, itu digunakan sebagai indikator untuk menilai kesehatan ibu dalam konteks Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs). Pasca MDGs, agenda yang belum selesai tetap dengan kesehatan bayi baru lahir dan lahir mati. Studi empiris telah menunjukkan dampak positif dari perawatan antenatal pada berat lahir anak, deteksi dini kelainan janin termasuk diagnosis retardasi pertumbuhan dan pengurangan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi, misalnya. Namun, masih ada perdebatan tentang kecukupan atau kecukupan penggunaan kontak ANC saja tanpa banyak referensi pada kualitas kontak tersebut. Namun, kontak rutin ANC dengan para profesional yang berkualifikasi masih memberikan kesempatan untuk memberikan layanan pencegahan dan pengobatan seperti perawatan dan manajemen hipertensi dan diabetes kepada wanita hamil, distribusi kelambu yang diobati dengan insektisida di tempat-tempat endemis malaria, pencegahan ibu-ke-ibu.

Penularan HIV pada anak dan lain-lain. Sebelum 2016, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan model “kunjungan dikurangi” dari setidaknya empat kunjungan ANC untuk wanita hamil (dalam kasus kehamilan yang tidak rumit), dengan kunjungan pertama terjadi pada trimester

pertama (yaitu yang pertama 12 minggu konsepsi). Baru-baru ini, dibuat lagi model “standar” untuk mencapai setidaknya delapan kunjungan ANC telah direkomendasikan yang dikenal dengan standar WHO ANC 2016. Bukti menunjukkan peningkatan dalam hasil kesehatan dan kemungkinan peningkatan menerima intervensi kesehatan ibu yang efektif di bawah model ANC “standar” dibandingkan dengan model “kunjungan dikurangi”. Secara global, WHO melaporkan cakupan ANC (%) sebagai proporsi wanita berusia 15-49 tahun dengan kelahiran hidup dalam periode waktu tertentu yang mencapai setidaknya satu kunjungan ANC dan setidaknya empat kunjungan (Id, 2018).

Sebuah penelitian yang mengeksplorasi tren dan mengidentifikasi hambatan untuk pemanfaatan ibu hamil di Ethiopia menunjukkan bahwa proporsi pemanfaatan ANC adalah 27,6%, 28,2%, 34,5%, dan 62,9% masing-masing pada tahun 2000, 2005, 2011, dan 2016. Data yang dikumpulkan; berisi 28.631 ibu yang dilibatkan dalam penelitian ini. Dari jumlah tersebut, lebih dari setengah (56,09%) dari mereka tidak menggunakan ANC selama kehamilan. Komplikasi kehamilan, status pendidikan ibu dan suami, tempat tinggal ibu, status ekonomi, dan paparan media memiliki hubungan dengan pemanfaatan ANC dan studi merekomendasikan.

Studi ini akan merekomendasikan; pertama, ibu hamil harus menghadiri layanan ANC meskipun dia tidak mengalami komplikasi kehamilan. Kedua, Pendidikan dan pengentasan kemiskinan adalah bidang strategis utama yang harus diatasi dalam meningkatkan kesadaran perempuan terhadap ANC selama kehamilan. Ketiga, Perluasan infrastruktur di kalangan masyarakat pedesaan yang memiliki liputan media yang baik perlu diprioritaskan untuk meningkatkan pemanfaatan layanan ANC (Abegaz, 2018).

Penelitian di Pakistan menganjurkan agar program ANC harus menargetkan kelompok yang dirugikan secara sosial dan rentan, khususnya perempuan pedesaan, kurang berpendidikan, dan miskin untuk meningkatkan pemanfaatan ANC.

Perawatan *Antenatal Care* di Indonesia

Tujuan Pembangunan Milenium 5 (MDG 5) adalah global konsensus untuk meningkatkan kesehatan ibu, bertujuan pada tahun 2015 untuk mengurangi rasio kematian ibu (MMR) menjadi tiga perempat sebesar itu pada tahun 1990. Namun di Indonesia, pada tahun 2012 AKI adalah 227 Indonesia Wide 1, masih jauh dari target 102 per 100.000 kelahiran hidup. Kehadiran terampil saat lahir adalah strategi penting untuk mengurangi

kematian ibu, khususnya di negara berpenghasilan rendah hingga menengah di mana sebagian besar ibu melahirkan kematian terjadi 2-4. Pemanfaatan pelayanan kesehatan, termasuk kehadiran untuk perawatan antenatal, dan hasil kesehatan terkait kehamilan dan persalinan, ditentukan oleh sosial dan kondisi lingkungan tempat tinggal 5-7 orang. Akses ke dukun bayi terlatih (SBA) menjadi perhatian utama di Indonesia. Meskipun ada berbagai cara untuk mengukurnya, akses geografis sangat relevan di daerah pedesaan dan terutama yang berada di pengaturan jarak jauh.

Layanan kesehatan tetap ada terkonsentrasi di daerah perkotaan pusat, dan untuk mencapai ini, banyak harus melakukan perjalanan dalam waktu lama dari daerah dengan jalan yang buruk kondisi dan tanpa angkutan umum. Analisis geografis menyediakan alat yang sangat berharga untuk dipahami pola spasial akses ke layanan kesehatan ibu dan hasil kesehatan ibu, Meskipun penelitian tentang spasial pola telah difokuskan terutama pada penyakit dari pada non-kondisi kesehatan penyakit, beberapa penelitian telah meneliti hubungan hasil kesehatan ibu dengan antenatal perawatan, karakteristik demografi dan sosial ekonomi wanita, dan jenis penolong persalinan. Belajar di Indonesia semuanya menunjukkan hal itu kedekatan dengan layanan kesehatan meningkatkan kemungkinan terjadinya melahirkan di fasilitas kesehatan meskipun variasi di seluruh studi dalam pengukuran jarak, persepsi jarak, dan waktu tempuh semuanya menghambat perbandingan.

Di Indonesia, persalinan di pedesaan umumnya terjadi di rumah dengan SBA, dan dalam konteks ini, selain jarak ke Rumah Sakit untuk melahirkan, jarak ke bidan terdekat diperhitungkan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi mereka keterlibatan di pengiriman rumah. Sedangkan secara umum faktor geografis itu penting, mengidentifikasi kelompok peristiwa kesehatan telah menjadi penting dalam populasi kesehatan, karena kapasitas pendekatan ini mengidentifikasi variasi dalam paparan lingkungan, akses, dan ketersediaan layanan kesehatan. Selain itu, orang dan komunitas cenderung mengelompok dalam ruang dengan cara yang sistematis dapat memprediksi risiko penyakit atau kesehatan buruk lainnya.

Analisis menggunakan sistem informasi geografis (GIS) memungkinkan peneliti kesehatan masyarakat untuk mengeksplorasi geografi variasi perilaku kesehatan dan hasil kesehatan, dan jadi untuk memeriksa hubungan geografis antara sosial dan faktor lingkungan yang berkaitan dengan hasil kesehatan. Untuk Misalnya, memahami distribusi geografis masalah kesehatan ibu dalam perumusan kebijakan kesehatan masyarakat membantu dalam mengidentifikasi terjadinya disparitas berdasarkan tempat,

membantu tenaga kesehatan untuk memantau masalah kesehatan dan pengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya atas dasar kebutuhan.

Hasil kesehatan dipengaruhi oleh ketersediaan dan penggunaan layanan kesehatan, ketersediaan transportasi, fitur ekologi lingkungan termasuk topografi, dan lingkungan sosial. Hasil kesehatan ibu, termasuk keputusan tentang siapa akan membantu menyampaikan, dipengaruhi oleh individu, rumah tangga dan faktor komunitas. Ketersediaan perawatan kesehatan, termasuk bidan berbasis desa, dan kepercayaan budaya tentang penatalaksanaan kehamilan, nifas, dan pasca persalinan, juga dapat mempengaruhi wanita dan keluarganya di pengambilan keputusan. Faktor-faktor ini berbeda untuk budaya, geografis dan alasan struktural dan, karenanya, keputusan tentang perawatan selama kehamilan dan persalinan juga berbeda-beda. Metode spasial memungkinkan identifikasi pola spasial variasi ini, jadi mengidentifikasi variabilitas tingkat lokal di mana perempuan kekurangan (atau menolak) bantuan dari SBA atau kurangnya perawatan antenatal. Datanya begitu yang dihasilkan berpotensi untuk membantu pembuat kebijakan daerah intervensi target.

Sejumlah penelitian dilakukan di berbagai pengaturan, yang berfokus pada pola geografis risiko perilaku faktor, perawatan antenatal atau hasil kesehatan ibu, memberikan latar belakang penelitian yang dilaporkan di sini. Dua studi secara khusus berfokus pada pola spasial antenatal perawatan, studi terakhir menyoroti bahwa bahkan di pengaturan sumber daya, dengan ketersediaan layanan yang baik, kehadiran untuk perawatan prenatal didistribusikan secara tidak merata secara geografis. Selain itu, sebuah penelitian di Ghana mengidentifikasi *file* variabel pola persalinan di fasilitas puskesmas di daerah ekologi yang berbeda, mencerminkan perbedaan geografis dan faktor sosial ekonomi. Studi ini menggunakan data agregat dari pada data titik membedakan tempat lahir saat menyajikan lokasi wanita terkait dengan perawatan prenatal yang buruk

D. Studi Kasus Antenatal Care

Antenatal Care (ANC) telah lama dianggap sebagai komponen penting dari rangkaian perawatan selama kehamilan dengan potensi untuk berkontribusi pada kelangsungan hidup wanita dan bayi baru lahir. Sekitar 303.000 wanita dan remaja putri meninggal akibatnya komplikasi kehamilan dan persalinan. Membandingkan dengan negara-negara ASEAN, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sangat tinggi yakni 359/100.000 per

kelahiran hidup. Data Dinkes menunjukkan kasus AKI 2014 sebesar 107 kemudian meningkat menjadi 132 kasus. Adapun kasus kematian ibu hamil sebesar 33 orang se-Sulawesi Tengah. Penyebab kematian ibu di Indonesia adalah edema proteinuria & hipertensi (43,4%) Postpartum hemorrhage (20,3%) pada periode setelah melahirkan (61,6%) <20 tahun (6,9%) dan >35 tahun (25,6%). Kematian yang terjadi di rumah sebesar 29,4% (Tejayanti, Bisara, & Pangaribuan, 2015). Sementara di Sulawesi Tengah penyebab kematian ibu adalah karena perdarahan (35,6%), Hipertensi dalam Kehamilan (18,2%), Infeksi (8,3%), dan lain-lain 30,3% (Dinkes Sulteng, 2015).

Sebuah sistematik *review* menunjukkan bahwa dalam upaya mencegah kelahiran bayi prematur bagi ibu yang berisiko dikembangkanlah suatu klinik antenatal yang spesialis. Penelitian di Afrika Selatan menunjukkan bahwa prinsip, pedoman dan asuhan ANC dasar tidak lengkap dalam catatan perawatan antenatal ibu hamil. Beberapa hal tidak tercatat termasuk rencana ANC, rencana persalinan, tanda tangan bidan di kartu, penilaian kelainan kongenital janin dan persetujuan untuk tes HIV (Patience, 2016).

Penelitian di Bangladesh menunjukkan sekitar 25% wanita menghadiri setidaknya empat kontak ANC dengan hanya 11% yang memulai ANC pada trimester pertama kehamilan. Tekanan darah diukur di hampir semua kontak ANC (92%), pemeriksaan tinggi fundus dilakukan pada 80% dan berat badan diukur pada 85% kontak ANC. Tes urine dilakukan pada kurang dari setengah kontak ANC, sedangkan tes skrining darah dan ultrasonografi dilakukan pada 45% kontak. Penyedia layanan kesehatan menasihati wanita tentang tanda-tanda bahaya hanya di 66% dari kontak ANC (Siddiqui, 2018).

Penelitian di Pakistan, sebagian besar wanita (83,5%) menerima satu atau lebih ANC, dilakukan oleh dokter (95%), tetapi hanya 57,3% dari mereka melakukan empat atau lebih kunjungan yang direkomendasikan dan hanya 53,7% menerima perawatan ANC awal mereka selama trimester pertama. Kunjungan ANC dikaitkan dengan jumlah anggota rumah tangga, tinggal di kota besar, pendidikan wanita yang lebih tinggi, kekayaan rumah tangga yang lebih besar (Noh, 2019).

Penelitian di Bangladesh menilai tingkat kepatuhan dengan jumlah yang direkomendasikan WHO dan konten layanan ANC selama kehamilan menunjukkan bahwa ibu menerima kurang dari tiga kunjungan ANC dan hanya 6% menerima delapan atau lebih kunjungan ANC yang direkomendasikan. Sekitar 22% dari ibu menerima semua item dasar yang telah ditentukan dari layanan ANC. Sekitar seperlima (21%) dari ibu tidak pernah menerima kunjungan ANC dan karenanya tidak ada item layanan ANC.

Pengukuran tekanan darah adalah item paling umum yang diterima selama kunjungan ANC seperti yang dilaporkan oleh 69% ibu. Tes darah adalah item yang paling sedikit diterima (43%) (Islam, 2018). Penelitian di Jawa Timur mengenai ANC menunjukkan kematian ibu lebih banyak terjadi pada ibu yang tidak melakukan ANC di mana persentase ibu yang meninggal dan tidak ANC (30,6%) lebih tinggi dibanding persentase ibu yang masih hidup dan tidak ANC (29,2%). Sebaliknya, ibu yang hidup mempunyai persentase ANC (70,8%) lebih tinggi dibanding ibu yang meninggal (69,4%) (Tejayanti, 2015). Akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan masih rendah terbukti dari masih rendahnya cakupan K1 dan K4 (Dinkes Sulteng, 2015).

BAB III

PELAYANAN ANTEPARTUM

A. Pengertian Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pada triwulan terakhir dari kehamilan. Batas teoritis antara kehamilan muda dan kehamilan tua adalah kehamilan 28 minggu tanpa melihat berat janin, mengingat kemungkinan hidup janin diluar uterus. Keadaan tersebut akan menimbulkan suplai darah ke fetus menjadi tidak mencukupi sehingga berisiko terhadap ibu dan bayinya. Pendarahan antepartum adalah pendarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu.

Antepartum hemoragi adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu (Mochtar, 1998). Perdarahan Antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah kehamilan usia 20 minggu dengan insiden 2-5%. (Alamsyah, 2012) Perdarahan obstetri yang terjadi pada kehamilan trimester ketiga dan yang terjadi setelah anak plasenta lahir pada umumnya adalah perdarahan yang berat, dan jika tidak segera mendapatkan penanganan yang cepat bisa mendatangkan syok yang fatal. Salah satu penyebabnya adalah plasenta previa. (Wiknjosastro, 2008)

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pada triwulan terakhir dari kehamilan. Batas teoritis antara kehamilan muda dan kehamilan tua adalah kehamilan 28 minggu tanpa melihat berat janin, mengingat kemungkinan hidup janin diluar uterus. Perdarahan setelah kehamilan 28 minggu biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya dari pada sebelum kehamilan 28 minggu, oleh karena itu memerlukan penanganan yang berbeda (Mochtar, 2012).

Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta, sedangkan perdarahan yang tidak bersumber pada kelainan plasenta umpamanya kelainan serviks biasanya tidak seberapa berbahaya. Pada setiap perdarahan antepartum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta (Mochtar, 2012).

Berdasarkan laporan World Health Organization, 2008 angka kematian ibu di dunia pada tahun 2005 sebanyak 536.000. Kematian ini dapat disebabkan oleh 25% perdarahan, 20% penyebab tidak langsung, 15% infeksi, 13% aborsi yang tidak aman, 12% eklampsia, 8% penyulit persalinan, dan 7%

penyebab lainnya. Perdarahan yang terjadi pada kehamilan muda disebut abortus sedangkan pada kehamilan tua disebut perdarahan antepartum. Yang termasuk perdarahan antepartum adalah plasenta previa, solusio plasenta, rupture uteri. Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Nugroho, 2012).

Penyebab plasenta previa belum diketahui dengan secara pasti, namun kerusakan dari endometrium pada persalinan sebelumnya dan gangguan vaskularisasi desidua dianggap sebagai mekanisme yang mungkin menjadi faktor penyebab terjadinya plasenta previa.

Menurut (Cunningham, 2005) terjadinya plasenta previa terdapat beberapa faktor penyebab di antaranya: usia ibu yang lanjut meningkatkan risiko plasenta previa, multipara, terutama jika jarak antara kelahirannya pendek, riwayat seksio sesarea, primigravida dua, bekas aborsi, kelainan janin, leiomyoma uteri, risiko relatif untuk plasenta previa meningkat dua kali lipat akibat merokok.

Menurut Mochtar (1998) ada beberapa hal yang bisa menyebabkan terjadinya antepartum hemoragi yaitu: kelainan plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan antepartum seperti insersio velamentosa, ruptura sinus marginalis, plasenta sirkum valata) bukan dari kelainan plasenta biasanya kelainan serviks dan vagina, trauma.

Plasenta previa pada kehamilan premature lebih bermasalah karena persalinan terpaksa, sebagian kasus disebabkan oleh perdarahan hebat, sebagian lainnya oleh proses persalinan. Prematuritas merupakan penyebab utama kematian perinatal sekalipun penatalaksanaan plasenta previa sudah dilakukan dengan 3 benar. Di samping masalah prematuritas, perdarahan akibat plasenta previa akan fatal bagi jika tidak ada persiapan darah atau komponen darah dengan segera.

Penyebab perdarahan antepartum yang berbahaya pada umumnya bersumber pada kelainan plasenta, yaitu plasenta previa dan solusio plasenta, sedangkan perdarahan antepartum yang tidak bersumber pada kelainan plasenta, misalnya perdarahan akibat kelainan pada serviks uteri dan vagina pada umumnya tidak seberapa berbahaya, karena kehilangan darah yang terjadi relatif sedikit dan tidak membahayakan nyawa ibu dan janin, kecuali perdarahan akibat invasif serviks uteri (Wibowo, 2004).

Klasifikasi Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya bersumber pada kelainan plasenta, sedangkan perdarahan yang tidak bersumber pada kelainan

plasenta umpamanya kelainan serviks biasanya tidak seberapa berbahaya. Pada setiap perdarahan antepartum pertama-tama harus selalu dipikirkan bahwa hal itu bersumber pada kelainan plasenta. Perdarahan antepartum yang bersumber pada kelainan plasenta, yang secara klinis biasanya tidak terlampau sulit untuk menentukannya (Wiknjosastro, 2005).

Oleh karena itu klasifikasi klinis perdarahan antepartum yang bersumber pada kelainan plasenta adalah sebagai berikut:

a. Plasenta previa, yaitu:

Implantasi plasenta di bagian bawah sehingga dapat menutupi ostium uteri internum, serta menimbulkan perdarahan saat pembentukan Segmen Bawah Rahim (SBR).

Plasenta previa adalah keadaan di mana plasenta terletak abnormal yaitu pada segmen bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Keadaan ini mengakibatkan perdarahan pervaginam pada kehamilan 28 minggu atau lebih, karena segmen bawah uterus telah terbentuk, dan dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar dan serviks mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus 32 dan pembukaan serviks akan menyebabkan terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus, sehingga mengakibatkan perdarahan. Perdarahan ini tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan. Perdarahan yang terjadi tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Perdarahan yang terjadi pertama kali pada umumnya sangat ringan dan segera berhenti, yang disusul dengan perdarahan berikutnya, dan biasanya terjadi semakin berat, darah berwarna merah segar, berlainan dengan perdarahan pada solusio plasenta yang berwarna kehitaman (Royston E., 1998).

b. Solusio plasenta, yaitu:

Perdarahan yang terjadi karena lepasnya plasenta sebelum waktunya pada implantasi normal.

Solusio plasenta merupakan keadaan terlepasnya plasenta dari tempat insersinya yang normal, di antara usia kehamilan 28 minggu sampai sebelum janin lahir. Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau pembuluh darah uterus yang akan membentuk hematoma, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Pada umumnya perdarahan akan terus-menerus, oleh karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan tidak mampu untuk lebih berkontraksi untuk menghentikan perdarahan (Wibowo, 2004).

c. Pecahnya sinus marginalis:

Perdarahan yang terjadi dari sinus marginalis saat inpartu atau pembentukan SBR.

d. Perdarahan pada vasa previa:

Perdarahan yang terjadi segera setelah ketuban pecah karena pecahnya pembuluh darah yang berasal dari insersio filamentosa dan melintasi pembukaan (Manuaba, 2004).

Perdarahan yang bersumber pada kelainan serviks dan vagina biasanya dapat diketahui apabila dilakukan pemeriksaan dengan spekulum yang saksama. Kelainan-kelainan yang mungkin tampak ialah sebagai berikut:

1) Erosio porsionis uteri

Erosio porsiones (EP) adalah suatu proses peradangan atau suatu luka yang terjadi pada daerah porsio serviks uteri (mulut rahim). Penyebabnya bisa karena infeksi dengan kuman-kuman atau virus, bisa juga karena rangsangan zat kimia /alat tertentu; umumnya disebabkan oleh infeksi.

Erosi porsio atau disebut juga dengan erosi serviks adalah hilangnya sebagian/seluruh permukaan epitel squamous dari serviks. Jaringan yang normal pada permukaan dan atau mulut serviks digantikan oleh jaringan yang mengalami inflamasi dari kanalis serviks. Jaringan endoserviks ini berwarna merah dan granuler, sehingga serviks akan tampak merah, erosi dan terinfeksi. Erosi serviks dapat menjadi tanda awal dari kanker serviks.

2) Karsinoma porsionis uteri

Karsinoma uteri adalah keganasan yang berkembang dari salah satu dari tiga lapisan uterus (rahim). Karsinoma endometrium merupakan tipe karsinoma uteri yang paling sering terjadi. Jenis yang lainnya yang lebih jarang adalah sarkoma uteri. Faktor risiko terjadinya penyakit ini adalah wanita berusia di atas 60 tahun, adanya hiperplasia endometrium (penebalan dinding rahim), terapi estrogen atau terapi hormon yang dipakai untuk terapi kanker payudara, riwayat keluarga dengan kanker payudara, kanker endometrium dan kanker usus, kondisi medis tertentu seperti diabetes, PCOS atau kanker payudara, riwayat terapi radiasi di daerah panggul sebelumnya, dan merokok.

Gejala karsinoma uteri adalah perdarahan vagina yang abnormal (di luar jadwal menstruasi, jumlahnya berlebihan atau perdarahan setelah menopause), nyeri perut dan panggul, benjolan di perut bagian bawah,

penurunan berat badan, mudah lelah, dan demam. Penyakit ini didiagnosis melalui pemeriksaan biopsi dan tomografi terkomputasi Rahim.

3) Polipus serviks uteri

Polip serviks uteri adalah pertumbuhan jaringan yang tidak normal di lapisan dinding rahim (endometrium). Sebagian besar polip rahim bersifat jinak, meski beberapa di antaranya dapat berkembang menjadi ganas atau kanker.

Polip rahim dapat berbentuk bulat atau lonjong, dengan ukuran mulai dari sebesar biji wijen hingga sebesar bola golf. Benjolan ini dapat bertangkai sehingga terlihat menggantung atau tumbuh melebar pada dinding rahim. Kondisi ini lebih sering dialami oleh wanita yang telah memasuki masa menopause.

e. Varises vulva

Varises vulva adalah tonjolan vena yang melalui kulit vulva atau “bibir” vagina baik kulit atau mukosa di pintu masuk vagina.

f. Trauma

Trauma adalah tekanan emosional dan psikologis pada umumnya karena kejadian yang tidak menyenangkan atau pengalaman yang berkaitan dengan kekerasan (Wiknjosastro, 2005).

Frekuensi Perdarahan Antepartum

Frekuensi perdarahan antepartum kira-kira 3% dari seluruh persalinan, yang terbagi kira-kira rata antara plasenta previa, solusio plasenta, dan perdarahan yang belum jelas sumbernya. Pemeriksaan awal pada seorang pasien dengan perdarahan antepartum harus mencakup riwayat, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan khusus yang dirancang untuk menetapkan penyebab perdarahan (Wiknjosastro, 2005).

B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap Antepartum

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 228 per 100.000 kelahiran hidup pada periode tahun 2003 sampai 2007. Pada tahun 2009 Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi, yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup. Dari hasil survei tersebut terlihat adanya peningkatan angka kematian ibu di Indonesia (Depkes RI, 2009). Sedangkan Angka kematian ibu selama

tahun 2006 sebanyak 237 per 100.000 kelahiran hidup. Dari total 4.726 kasus plasenta previa pada tahun 2005 didapati kurang lebih 40 orang ibu meninggal akibat plasenta previa itu sendiri (Depkes RI, 2005). Sedangkan pada tahun 2006 dari total 4.409 kasus plasenta previa didapati 36 orang ibu meninggal akibat plasenta previa (Depkes RI, 2006).

Para ahli medis terus melakukan berbagai penelitian untuk mencari tahu penyebab pasti pemicu terjadinya perdarahan antepartum. Namun hingga kini, dari keseluruhan kasus perdarahan antepartum, sebagian didiagnosis akibat robekan plasenta, plasenta previa, persalinan prematur, dan gangguan pada leher rahim. Meski demikian secara statistik, sekitar 50 persen kasus perdarahan antepartum tidak dapat diketahui penyebab pastinya meski telah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh.

Plasenta previa pada kehamilan prematur lebih bermasalah karena persalinan terpaksa, sebagian kasus disebabkan oleh perdarahan hebat, sebagian lainnya oleh proses persalinan. Prematuritas merupakan penyebab utama kematian perinatal sekalipun penatalaksanaan plasenta previa sudah dilakukan dengan 3 benar. Di samping masalah prematuritas, perdarahan akibat plasenta previa akan fatal bagi jika tidak ada persiapan darah atau komponen darah dengan segera. Masalah kesehatan ibu pada tahap *Antepartum* terjadi karena adanya keterlambatan penanganan akibat pendarahan yang dialami ibu hamil.

C. Kajian Penelitian *Antepartum*

Data dari ASEAN MDGs tahun 2017, menunjukkan bahwa dalam angka kematian ibu di Indonesia tahun 2015 masih mencapai 305 per 100.000, tiga kali lebih tinggi dari target MDG Indonesia, yaitu 102 per 100.000. Angka ini menempatkan Indonesia sebagai negara dengan tingkat kematian tertinggi kedua di Asia Tenggara setelah Laos dengan AKI 357 per 100.000. Reproduksi yang sehat dikenal sebagai usia yang aman untuk kehamilan adalah wanita berusia 20-35 tahun. Kematian pada ibu hamil dan persalinan pada usia <20 tahun. Faktanya 2-5 kali lebih tinggi dari kematian ibu yang terjadi pada usia 20 - 35 tahun. Kematian ibu meningkat lagi setelah usia 35 tahun [6]. Perdarahan sebagai penyebab utama kematian ibu dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas. Penyebab langsung kematian ibu terjadi selama persalinan dan segera setelah melahirkan, yaitu perdarahan (28%), eklampsia (24%), infeksi (11%), nifaskomplikasi 8%, kelahiran macet 5%, aborsi 5%, trauma aborsi 5%, emboli 3%, dan lain-lain 11%. Perdarahan antepartum adalah perdarahan vagina yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari 24 minggu.

Perdarahan antepartum merupakan salah satu kondisi darurat yang perlu segera dilakukan pengobatan. Definisi dari WHO tentang perdarahan antepartum adalah perdarahan vagina setelah 29 minggu kehamilan atau lebih. Klasifikasi penyebab perdarahan antepartum adalah aplacenta previa, abutio placenta dan antepartum perdarahan yang sumbernya tidak jelas (idiopatik). Pendarahan dapat terjadi pada semua usia kehamilan, pada usia muda kehamilan yang sering dikaitkan dengan aborsi, *miscariage*, keguguran awal. Pendarahan yang terjadi pada usia yang lebih tua usia kehamilan, terutama setelah melewati usia kehamilan ketiga trimester disebut perdarahan antepartum. (12,15,16). Ada beberapa faktor risiko yang mempengaruhi perdarahan antepartum. Wanita hamil di atas 35 tahun harus dicurigai mengalami perdarahan antepartum. Berdasarkan data dari Cilacap RSUD 22 kasus selama 2018 di mana 30,37% disebabkan karena pendarahan.

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan di atas 24 minggu sampai kelahiran. Perdarahan pada kehamilan merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal, berkisar 35% (Amokrane, 2016). Ada beberapa penyebab perdarahan selama kehamilan. Meskipun demikian, banyak keadaan penyebab spesifiknya tidak diketahui. Pada kehamilan lanjut, perdarahan pervaginam yang cukup banyak dapat terjadi akibat terlepasnya plasenta dari dinding rahim (solusio plasenta), dan robeknya implantasi plasenta yang menutupi sebagian atau seluruhnya dari jalan lahir (plasenta previa).

Berdasarkan penelitian Olusanya & Ofovwe (2010), setelah dilakukan analisis multivariat regresi logistik bahwa perdarahan antepartum tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian BBLR. Hal berbeda penelitian Bhandari (2013) bahwa perdarahan antepartum memiliki risiko 2 kali berpengaruh terhadap kejadian BBLR.

D. Studi Kasus Antepartum

Pada kunjungan itu didapatkan ibu mengeluh keluar darah dari jalan lahir secara tiba-tiba dengan darah warna merah segar, ada gumpalan, tanpa disertai rasa nyeri dan mengalami sedikit pusing. Ibu merasa cemas karena ini perdarahan yang terjadi untuk kedua kalinya. Pada langkah kedua, mengidentifikasi diagnosa atau masalah aktual. Pada kasus ibu dengan plasenta previa totalis di ruang kebidanan, diagnosis yang dapat ditegakkan yaitu: G3P2A0, gestasi 27 minggu 5 hari, situs memanjang, tunggal, hidup, intrauterin, keadaan janin baik, ibu dengan plasenta previa totalis. Sedangkan masalah yang dialami oleh ibu adalah anemia ringan yang ditandai dengan ibu

mengeluh sedikit pusing konjungtiva tampak pucat, Hb: 10 gr%. Pada langkah ketiga, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial. Pada kasus ibu, adapun masalah potensial tersebut adalahantisipasi terjadinya perdarahan antepartum. Pada langkah keempat, mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter. Pada kasus ibu hamil dengan anemia diagnosis potensial yang mungkin terjadi adalah persalinan lama, terjadi infeksi, perdarahan antepartum, pengeluaran ASI kurang. Sedangkan pada kasus plasenta previa diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah syok sebelum atau selama persalinan, bahkan preterm (sebelum kehamilan mencapai 37 minggu) yang mengakibatkan gawat janin. Bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap. Pada langkah kelima, merencanakan rencana asuhan. Kasus ibu dengan plasenta previa gestasi kurang dari 37 minggu, keadaan umum ibu cukup baik, dan janin masih hidup, maka dilakukan terapi ekspektatif yaitu rawat inap, tirah baring, perbaiki anemia dan observasi, DJJ TTV, serta perdarahan yang terjadi. Pada langkah keenam, mengimplementasikan rencana asuhan yang telah disusun.

Pada kasus ibu asuhan diberikan sejak hari pertama hingga hari ketiga dengan total 3 hari rawat inap. Pada langkah ini tidak menemukan hambatan yang berarti dalam memberikan asuhan kebidanan karena seluruh tindakan yang dilakukan telah mengarah dan sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien. Serta pasien dan keluarga dapat bekerja sama dengan baik dalam pelaksanaan pemberian asuhan kebidanan. Pada langkah ketujuh, evaluasi dari hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu. Pada kasus ibu dengan plasenta previa totalis dengan anemia ringan hasil yang ditemukan perawatan ibu berlangsung dengan baik dengan keadaan janin baik dan masih bias dipertahankan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada ibu didapatkan hasil anamnesis yang menunjukkan bahwa diagnosis G3P2A0, gestasi 27 minggu 5 hari, situs memanjang, tunggal, hidup, intrauterin, keadaan janin baik, ibu dengan plasenta previa totalis. Hasil yang diperoleh dari kasus ibu yaitu pada langkah pertama, ibu mengutarakan semua keluhan yang dialaminya dan tidak mengalami hambatan dalam proses pengkajian, sebagai seorang bidan kita harus tetap memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga untuk tetap tenang dan berdoa kepada Allah Swt., dan berzikir untuk kesehatan dan keselamatan ibu maupun janinnya. Ditemukan pula pada teori yaitu plasenta previa terjadi setelah kehamilan 22 minggu yang di mana letaknya abnormal atau pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Sifat perdarahannya adalah tanpa sebab (*causeless*),

tanpa nyeri (*painless*), dan berulang (*recurrent*) (Masriroh, 2013). Pada langkah kedua, dengan keluhan yang telah diutarakan dan pemeriksaan yang telah dilakukan didapat ibu mengalami anemia ringan dengan Hb 10 gr%. Sebagai bidan harus selalu meyakinkan pasien bahwa dibalik kesulitan pasti ada jalan.

Anemia adalah pengurangan jumlah sel darah merah, kuantitas hemoglobin, dan volume pada sel darah merah (hematokrit) per 100 ml darah. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar nilai hemoglobin di bawah 11 gr%, pada trimester 1 dan 3, atau kadar nilai hemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester 2 (Darmawansyih, 2014:181). Langkah ketiga, didapatkan perdarahan antepartum yang di mana bidan harus melakukan pendekatan yang baik kepada klien untuk selalu menyarankan pasien untuk tetap tenang dan banyak berdoa karena ditakutkan terjadi syok hipovolemik. semua kasus dugaan plasenta previa harus dirawat di Rumah Sakit rujukan.

Pemeriksaan melalui vaginal atau rectal harus dihindari untuk mencegah perdarahan lebih lanjut. Beberapa diagnosis banding untuk plasenta previa adalah solusio plasenta dan plasenta sirkumvalata. Pada langkah keempat, dilakukan kolaborasi dengan dokter *obgyn* agar segera dilakukan USG untuk melihat kondisi janinnya. Pada langkah kelima, tidak terjadi hambatan dalam pemberian informasi kepada pasien dan keluarga bahwa pasien harus dirawat inap untuk dilakukan pengawasan baik pada ibu maupun janin. Langkah keenam, tidak terjadi hambatan karena telah diberikan asuhan selama 3 hari sesuai dengan yang dibutuhkan pasien serta selalu mengingatkan pasien untuk tetap berdoa akan keselamatan dirinya maupun janinnya. Langkah ketujuh adalah evaluasi dari semua langkah yang telah dilakukan di mana ibu dengan plasenta previa totalis disertai anemia ringan telah diberikan perawatan secara optimal dengan hasil keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik.

Sampai sekarang perdarahan dalam obstetrik masih sebagai penyebab utama kematian maternal di dunia, diikuti oleh hipertensi dan infeksi pada kehamilan. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau yang sering dikenal sebagai perdarahan antepartum adalah salah satu dari penyebab perdarahan pada ibu hamil. Perdarahan antepartum adalah perdarahan dari saluran genitalia yang terjadi setelah kehamilan 24 minggu dan sebelum persalinan janin. Pada umumnya, perdarahan pada kehamilan lanjut lebih berbahaya dibanding perdarahan pada kehamilan muda atau abortus. Perdarahan antepartum lebih berbahaya karena seringkali mengancam nyawa ibu dan janin. Perdarahan antepartum yang berbahaya umumnya disebabkan oleh kelainan plasenta (plasenta previa, solusio previa), ruptur uteri dan vasa

previa. Pada praktiknya, karena gejala yang seringkali tidak khas dan dianggap tidak berbahaya menyebabkan banyaknya penundaan diagnosis dan pengobatan.

Padahal, kasus perdarahan perlu didiagnosis sesegera mungkin dan diberikan tatalaksana awal untuk mengurangi risiko pada ibu dan janin. Melakukan deteksi dini dan asuhan antenatal yang teratur serta penatalaksanaan secara dini dapat mengurangi angka mortalitas pada ibu hamil. Penggunaan Ultrasonografi (USG) pada kasus kelainan plasenta (plasenta previa, solusio plasenta) sangat akurat dan membantu mendiagnosis kelainan letak plasenta segera. Jika terjadi perdarahan antepartum, perlu ditentukan apakah kehamilan tersebut bisa diterminasi atau tidak. Menentukan keputusan untuk dilakukan persalinan perlu diputuskan segera mungkin, namun jika tidak, terdapat berbagai hal yang perlu dipersiapkan untuk menunjang kehamilan agar ibu dan janin dapat diselamatkan.

Perdarahan antepartum tidak boleh dianggap sebagai kasus yang remeh dan perlu dilakukan penanganan yang segera karena menyangkut nyawa ibu maupun janin. Oleh karena itu diagnosis yang dini dan akurat beserta penanganan/tatalaksana yang baik dapat sangat membantu menurunkan angka mortalitas ibu dan anak yang banyak disebabkan oleh perdarahan antepartum.

E. Dampak Masalah Manajemen Antepartum

Dampak masalah manajemen *antepartum* pada jumlah perdarahan ibu, demikian juga usia kehamilan

1. Perdarahan
 - a. Perdarahan *mild-moderate*/ringan-sedang:
 - 1) Pemeriksaan abdomina
 - 2) Pasang infus (RL/NaCL)
 - 3) Pemeriksaan darah *à cross match* untuk keperluan transfuse
 - 4) USG untuk memastikan letak plasenta dan keadaan bayi
 - 5) Penentuan kapan bayi dilahirkan dan metode persalinan tergantung pada keadaan umum ibu, jumlah perdarahan, kondisi janin dan usia gestasi.
 - 6) Pada praktik bidan, tidak perlu menunggu untuk melakukan rujukan apalagi dengan akses yang susah ke tempat rujukan.
 2. *Profuse bleeding*/banyak/berlebihan:
 - a. Pasang IVFD (RL/NaCL) dengan *gauge abocath* yang besar no 16/18G
 - b. Transfusi jika diperlukan dengan terlebih dahulu melakukan *cross match*

- c. Perhatikan kondisi ibu, persiapkan tindakan SC cito
 - d. Informasi yang akurat tentang keadaan ibu ke keluarga perlu terus di-
update
3. Usia Kehamilan
- a. UK 37 minggu: Tindakan konservatif
 - 1) Observasi di RS
 - 2) Periksa darah dan lakukan *cross match*
 - 3) Pada perdarahan yang progresif à tidak boleh konservatif, tetapi tindakan aktif.
 - 4) Manajemen aktif juga harus dilakukan dengan melihat DJJ yang tidak normal.
 - 5) Pertimbangkan jika prematur, beri steroid untuk pematangan paru jika kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan
 - 6) Dokter anak harus hadir di ruang operasi untuk melakukan tindakan *emergency* jika diperlukan pada bayi yang mengalami hipoksia intra uterine,
 - b. UK 37-38 minggu(2)
 - 1) Memungkinkan pemeriksaan di meja operasi, dalam kondisi siap untuk pembedahan SC
 - 2) Transfusi darah sudah siap, terutama jika plasenta terletak pada corpus anterior à perdarahan masif
 - 3) Bidan yang menemukan kasus plasenta previa pada saat terjadi perdarahan hebat harus:
 - 4) Pasang infus
 - 5) Pasang oksigen
 - 6) Keluarga diberitahu untuk dirujuk
 - 7) Bidan dapat menekan bagian presentasi janin ke atas plasenta sambil merujuk agar dapat menekan pembuluh darah tempat insersi plasenta, sehingga perdarahan dapat dikurangi.

BAB IV

PELAYANAN INTRA PARTUM

A. Pengertian *Intra Partum*

Intrapartal/persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal adalah suatu proses di mana janin cukup bulan, dengan presentasi belakang kepala, masuk melalui jalan lahir sesuai dengan kurva partopgraf normal dan lahir secara spontan.

Menurut Sulaiman Sastrawinata, *Intra Partum* adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan/hampir cukup bulan, disertai dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. (Rustam Muchtar, 1998)

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang dialami oleh wanita. Pada proses ini terjadi serangkaian perubahan besar yang terjadi pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Decherney *et al.*, 2007). Tujuan dari pengelolaan proses persalinan adalah mendorong kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi sehingga dibutuhkan peran dari petugas kesehatan untuk mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi, sebab kematian ibu dan bayi sering terjadi terutama saat proses persalinan (Koblinsky *et al.*, 2006).

Sebab-Sebab Terjadinya Kehamilan

Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sapaio akhirnya mulai berkontraksi kuat secara ritmik dengan kekuatan sedemikian rupa sehingga bayi dilahirkan. Penyebab peningkatan aktivitas uterus yang sebenarnya tidak diketahui, tetapi sedikitnya ada 2 kategori pengaruh utama yang menyebabkan timbulnya puncak kontraksi yang berperan dalam persalinan:

Faktor Hormonal yang Menyebabkan Peningkatan Kontraksi Uterus

a. Rasio Estrogen terhadap Progesteron

Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sedangkan estrogen cenderung meningkatkan derajat kontraktilitas

uterus, sedikitnya terjadi karena estrogen meningkatkan jumlah *gap junction* antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan.

Baik estrogen maupun progesteron disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan, tetapi mulai kehamilan bulan ke-7 dan seterusnya sekresi estrogen terus meningkat sedangkan sekresi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun. Oleh karena itu diduga bahwa rasio estrogen terhadap progesteron cukup meningkat menjelang akhir kehamilan, sehingga paling tidak berperan sebagian dalam peningkatan kontraksi uterus.

b. Pengaruh oksitosin pada uterus

Oksitosin merupakan suatu hormon yang disekresikan oleh neurohipofise yang secara khusus menyebabkan kontraksi uterus. 3 alasan peranan oksitosin:

- 1) Otot uterus meningkatkan jumlah reseptor-reseptor oksitoksin, oleh karena itu meningkatkan responnya terhadap dosis oksitosin yang diberikan selama beberapa bulan terakhir kehamilan.
- 2) Kecepatan sekresi oksitosin oleh neurohipofise sangat meningkat pada saat persalinan.
- 3) Iritasi oleh regangan pada serviks uteri, dapat menyebabkan kelenjar hipofise posterior meningkatkan sekresi oksitosinnya.

c. Pengaruh Hormon Fetus Pada Uterus

Kelenjar hipopisis fetus juga menyekresikan oksitoksin yang jumlahnya semakin meningkat, dan kelenjar adrenalnya menyekresikan sejumlah besar kortisol yang merupakan suatu stimulan uterus. Selain itu, membran fetus melepaskan prostagladin dalam konsentrasi tinggi pada saat persalinan. Prostagladin meningkatkan intensitas kontraksi uterus.

Faktor Mekanis yang Meningkatkan Kontraktilitas Uterus

1. Regangan otot-otot uterus

Regangan sederhana otot-otot polos meningkatkan kontraktilitas otot-otot tersebut. Selanjutnya regangan intermitten seperti yang terjadi berulang-ulang pada uterus karena pergerakan fetus juga meningkatkan kontraksi otot polos.

2. Regangan atau iritasi serviks

Regangan atau iritasi saraf pada serviks mengawali timbulnya refleks pada korpus uteri, tetapi efek ini juga secara sederhana dapat terjadi akibat transmisi iogenik sinyal-sinyal dari serviks ke korpus uterus.

Tanda-Tanda Persalinan

A. Kala I

Tanda dan gejala: His sudah adekuat, penipisan dan pembukaan serviks sekurang-kurangnya 3 cm, Keluar cairan dari vagina dalam bentuk lendir bercampur darah

His dianggap Adekuat bila:

- a. His bersifat teratur, minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- b. Uterus mengeras pada waktu kontraksi, sehingga tidak didapatkan cekungan lagi bila dilakukan penekanan diujung jari
- c. Serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

1. Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lembut sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
2. Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi, yakni:
 - a. Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
 - b. Fase dilaktasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c. Fase diselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm)

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigavida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, aktif, dan diselerasi terjadi lebih pendek

B. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh janin. Tanda dan gejala: ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva dan anus membuka, meningkatnya pengeluaran darah dan lendir, kepala telah turun didasar panggul. Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin biasanya sudah masuk diruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa meneran. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 45 –60 menit, dan multipara 15-30 menit.

C. Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta.

Tanda dan gejala:

1. Bentuk uterus dan TFU

Setelah bayi dilahirkan dan sebelum meometrium menyesuaikan dengan perubahan ukuran rongga uterus, uterus berada dalam bentuk diskoid dan TFU berada di bawah umbilikus. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta didorong ke bawah, bentuk uterus menjadi globular dan TFU menjadi di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan). Biasanya plasenta lepas dalam 15-30 menit, dapat ditunggu sampai 1 jam.

2. Tali pusat memanjang

Semburan darah yang tiba-tiba yang diikuti dengan memanjangnya tali pusat keluar vagina menandakan kelepasan plasenta dari dinding uterus.

3. Semburan darah tiba-tiba

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar bersama bantuan dari gravitasi. Semburan darah yang tiba-tiba menandakan bahwa kantung yang terjadi retroplasenta telah robek ketika plasenta memisah.

D. Kala IV

Kala IV adalah kala pemulihan masa yang kritis ibu dan anaknya, bukan hanya proses pemulihan secara fisis setelah melahirkan tetapi juga mengawali hubungan yang baru selama satu sampai dua jam. Pada kala IV ibu masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena perdarahan dapat terjadi, misalnya karena atonia uteri, robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan normal adalah 100-300 cc, bila perdarahan di atas 500 cc maka dianggap patologi. Perlu diingat ibu tidak boleh ditinggalkan sendiri dan belum boleh dipindahkan ke kamarnya.

Jenis persalinan yang aman dilakukan

Jenis persalinan yang aman tentu menjadi pertimbangan untuk ibu hamil tua, apalagi bagi mereka yang menginginkan untuk persalinan normal (Prawirohardjo, 2012).

1. Persalinan normal

Persalinan normal adalah jenis persalinan di mana bayi lahir melalui vagina, tanpa memakai alat bantu, tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), dan biasanya dalam waktu kurang dari 24 jam. Kekuatan mengejan ibu, akan mendorong janin ke bawah masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin memasuki ruang panggul, maka posisi kepala sedikit menekuk menyebabkan dagu dekat dengan dada janin. Posisi janin ini akan memudahkan kepala lolos melalui jalan

lahir, yang diikuti dengan beberapa gerakan proses persalinan selanjutnya. Setelah kepala janin keluar, bagian tubuh yang lain akan mengikuti, mulai dari bahu, badan, dan kedua kaki buah hati anda.

2. Persalinan dengan vakum (ekstraksi vakum)

Proses persalinan dengan alat bantu vakum adalah dengan meletakkan alat di kepala janin dan dimungkinkan untuk dilakukan penarikan, tentu dengan sangat hati-hati. Persalinan ini juga disarankan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi. Persalinan vakum bisa dilakukan apabila panggul ibu cukup lebar, ukuran janin tidak terlalu besar, pembukaan sudah sempurna, dan kepala janin sudah masuk ke dalam dasar panggul.

3. Persalinan dibantu forsep (ekstraksi forsep)

Persalinan forsep adalah persalinan yang menggunakan alat bantu yang terbuat dari logam dengan bentuk mirip sendok. Persalinan ini bisa dilakukan pada ibu yang tidak bisa mengejan karena keracunan kehamilan, asma, penyakit jantung atau ibu hamil mengalami darah tinggi. Memang persalinan ini lebih berisiko apabila dibandingkan persalinan dengan bantuan vakum. Namun bisa menjadi alternatif apabila persalinan vakum tidak bisa dilakukan, dan anda tidak ingin melakukan persalinan *caesar*.

4. Persalinan dengan operasi *sectio caesarea*

Persalinan *sectio caesarea* adalah jenis persalinan yang menjadi solusi akhir, apabila proses persalinan normal dan penggunaan alat bantu sudah tidak lagi bisa dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam kandungan. Persalinan ini adalah dengan cara mengeluarkan janin dengan cara merobek perut dan rahim, sehingga memungkinkan dilakukan pengambilan janin dari robekan tersebut.

5. Persalinan di dalam air (*water birth*)

Melahirkan di dalam air (*water birth*) adalah jenis persalinan dengan menggunakan bantuan air saat proses persalinan. Ketika sudah mengalami pembukaan sempurna, maka ibu hamil masuk ke dalam bak yang berisi air dengan suhu 36-37 Celcius. Setelah bayi lahir, maka secara pelan-pelan diangkat dengan tujuan agar tidak merasakan perubahan suhu yang ekstrem.

Faktor-Faktor Lama Persalinan (*Intrapartum*)

Sebab-sebab terjadinya partus lama adalah multi kompleks dan bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik

dan penatalaksanaan. Dalam konteks kesejahteraan ibu dan janin, persalinan lama dapat terjadi akibat berbagai alasan dan bisa saja “normal” untuk seorang individu. Berbagai penyebab yang dapat dicegah, termasuk stres psikologis dan masalah fisik, dapat mengakibatkan persalinan lama dan kontraksi yang tidak adekuat (Chapman, 2006). Faktor- faktor penyebab partus lama antara lain:

1. *Passanger*

Letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan, menurut Manuaba (2010) 95% persalinan terjadi dengan letak belakang kepala. Mekanisme persalinan merupakan suatu proses di mana kepala janin berusaha meloloskan diri dari ruang pelvik dengan menyesuaikan ukuran kepal janin dengan ukuran pelvik melalui proses sinklitismus, sinklitismus posterior, sinklitismus anterior fleksi maksimal, rotasi internal, ekstensi, ekspulsi, rotasi eksternal dan ekspulsi total, namun pada beberapa kasus proses ini tidak berlangsung dengan sempurna, Karena adanya kelainan letak dan presentasi sehingga proses tersebut pada umumnya berlangsung lama, akibat ukuran dan posisi kepala janin selain presentasi belakang yang tidak sesuai dengan ukuran rongga panggul (Wiknjastro, 2006).

Malpresentasi dapat terjadi ketika bayi mengalami presentasi bokong, dahi, wajah, atau letak lintang. Malposisi biasanya dikaitkan dengan bayi dalam posisi vertex yang sulit (kepala defleksi atau tengadah). Kelainan presentasi/posisi tersebut antara lain posisi oksipitalis posterior persisten, presentasi belakang kepala oksiput melintang, presentasi puncak kepala, presentasi dahi, presentasi muka, presentasi rangkap/ganda. Pada kelainan letak didapatkan kelainan letak sungsang dan letak lintang. Malpresntasi dan posisi juga dapat ditemukan pada kehamilan ganda di mana dapat mengganggu proses persalinan.

Selain kesalahan presentasi dan posisi janin, masalah janin terlalu besar juga menjadi salah satu masalah dari faktor *passenger* dalam persalinan lama. Bayi yang berukuran lebih besar dari normal dapat mengakibatkan disproporsi pada pelvis yang berukuran normal.

2. *Passage*

Passage atau jalan lahir meliputi tulang panggul (bentuk dan ukurannya), dan otot panggul (otot dasar panggul dan muskulus levator ani). Suatu persalinan akan menjadi lama apabila terdapat kelainan-kelainan panggul, *Cepalo Pelvik Disproportion* (CPD), dan juga masalah serviks.

a. Kelainan panggul

Berbagai kelainan panggul dapat mengakibatkan persalinan berlangsung lama antara lain: kelainan bentuk panggul dan kelainan ukuran panggul baik ukuran panggul luar maupun ukuran panggul dalam. Anomali pelvis terjadi pada ibu yang pernah mengalami fraktur pelvis atau mengalami masalah beban berat badan, seperti pada amputasi tungkai, spina bifida, cedera tulang belakang.

b. CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*)

Cepalo Pelvik Disproportion bisa terjadi akibat pelvis sempit dengan ukuran kepala janin normal atau pelvis normal dengan janin besar atau kombinasi antara janin besar dengan pelvis sempit. CPD tidak bisa didiagnosis sebelum usia kehamilan tersebut di mana kepala bayi belum mencapai ukuran lahir normal. Beberapa predisposisi faktor risiko meliputi ibu bertubuh kecil dengan kecurigaan bayi besar, DM, atau makrosomia. Anamnesis tentang persalinan-persalinan terdahulu pada ibu dapat memberi petunjuk tentang keadaan pelvis, apabila persalinan tersebut berjalan lancar dengan dilahirkannya janin dengan berat badan normal, maka kecil kemungkinan bahwa wanita yang bersangkutan mengalami CPD, riwayat obstetri lalu juga diperlukan untuk mendapatkan petunjuk tentang keadaan pelvis seperti cara persalinan lalu, komplikasi saat persalinan, berat badan lahir bayi yang lalu, usia kandungan saat melahirkan yang lalu (Prawirohardjo, 2010).

Selain dari riwayat persalinan lalu, untuk mengetahui risiko ibu tersebut mempunyai panggul sempit atau tidak dapat diketahui dari pengukuran tinggi badan. Tinggi badan ibu yang kurang dari 145 cm disebut dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan sempitnya panggul dan menyebabkan distosia karena CPD. Beberapa penelitian menjelaskan dalam teorinya bahwa ibu dengan tinggi badan yang rendah mempunyai ukuran panggul yang sempit. Ukuran panggul yang sempit inilah yang menyebabkan pemanjangan proses kelahiran dikarenakan adanya distosia CPD.

c. Masalah serviks

Masalah serviks dapat muncul setelah pembedahan serviks, termasuk biopsi kerucut sebelumnya. Os internal mungkin terasa “kasar” saat disentuh dan serviks terasa kencang dan tidak bisa membuka lama (biasanya selama fase laten). Serviks dengan keadaan tersebut terkadang tidak dapat berdilatasi walaupun terjadi penurunan bagian presentasi ke introitus.

3. *Power*

Power (tenaga yang mendorong anak keluar) terdiri dari his dan tenaga mengejan. Pada proses persalinan dapat terjadi kelainan his yang menimbulkan waktu persalinan menjadi lebih lama.

a. Kelainan his

Faktor power atau his dan kekuatan yang mendorong janin keluar adalah faktor yang sangat penting dalam proses persalinan, his yang tidak normal baik kekuatan maupun sifatnya dapat menghambat kelancaran persalinan. Beberapa bentuk kelainan his yang dapat terjadi pada persalinan adalah:

1) Inersia Uteri Primer

Terjadi pada awal fase laten, sejak permulaan his tidak kuat, hal ini harus dibedakan dengan his pendahuluan yang juga lemah dan kadang menjadi hilang (fase *labour*).

2) Inersia Uteri Sekunder Terjadi pada fase aktif atau kala I dan II. Pada permulaan his baik, kuat dan teratur tapi dalam keadaan lebih lanjut terjadi inersia uteri, his menjadi lemah kembali. Diagnosa inersia uteri memerlukan pengalaman dan pengawasan yang teliti terhadap persalinan. Pada fase laten diagnosis akan lebih sulit, tetapi bila sebelumnya telah ada his yang kuat dan lama, maka diagnosis inersia uteri sekunder akan lebih mudah, Inersia uteri menyebabkan persalinan berlangsung lama dengan akibat-akibatnya terhadap ibu (Manuaba, 2012).

3) *Incoordinate uterine action*

Kelainan his pada persalinan berupa perubahan sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar bagian atas, bagian tengah dan bawah, serta penempatan *pacemaker* yang tidak sesuai pada tempatnya sehingga his tidak efisien mengadakan pembukaan serviks apalagi dalam pengeluaran janin, sehingga dapat menyebabkan persalinan tidak maju. (Cunningham, 2010) kondisi ini sering terjadi pada ibu ketakutan distres atau cemas pada persalinan pertama terutama jika ia berusia lebih dari 35 tahun.

4. *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.

a. Primipara

Pada ibu dengan primipara, karena pengalaman melahirkan belum pernah, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his, jalan lahir, dan kondisi janin. Pada penelitian Gordon menyimpulkan bahwa wanita primipara dari semua golongan umur lebih berisiko terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan serta lebih tinggi angka seksio sesarea. Menurut penelitian oleh Supriyati menyimpulkan bahwa paritas juga berhubungan dengan kejadian distosia persalinan. Ibu hamil dengan paritas 1 atau lebih dari 5 memiliki risiko terjadinya distosis persalinan 3,86 kali lebih besar dibanding ibu hamil dengan paritas 2 sampai 5.

b. Grandemultipara dan perut gantung

Pada grandemultipara sering didapatkan perut gantung, akibat regangan uterus yang berulang-ulang karena kehamilan dan longgarnya ligamentum yang memfiksasi uterus, sehingga uterus menjadi jatuh ke depan, disebut perut gantung. Perut gantung dapat mengakibatkan terjadinya gangguan his karena posisi uterus yang menggantung ke depan sehingga bagian bawah janin tidak dapat menekan dan berhubungan langsung serta rapat dengan segmen bawah rahim. Akhirnya partus dapat berlangsung lama (Mochtar, 2007).

5. Jarak Kehamilan

Seorang wanita yang hamil dan melahirkan kembali dengan jarak yang pendek dari kehamilan sebelumnya akan memberikan dampak yang buruk terhadap kondisi kesehatan ibu dan bayi. Hal ini disebabkan karena bentuk dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna sehingga fungsinya akan terganggu apabila terjadi kehamilan dan persalinan kembali. Jarak antara dua persalinan yang terlalu dekat menyebabkan meningkatnya anemia yang dapat menyebabkan BBLR, kelahiran preterm, dan lahir mati yang mempengaruhi proses persalinan dari faktor bayi. Jarak kehamilan yang terlalu jauh berhubungan dengan bertambahnya umur ibu. Hal ini akan terjadi proses degeneratif melemahnya kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi. Kontraksi otot-otot uterus dan panggul yang lemah menyebabkan kekuatan his pada proses persalinan tidak adekuat sehingga banyak terjadi partus lama/tak maju

Menurut Supriyati jarak kehamilan atau persalinan merupakan faktor risiko kejadian distosia persalinan dengan nilai OR 8,17 (95% CI: 2,04-

34,79). Hal ini berarti ibu hamil yang memiliki jarak kurang dari 2 tahun atau lebih dari 10 tahun dengan kehamilan sebelumnya memiliki risiko 8,17 kali untuk terjadi distosia dibandingkan ibu hamil dengan jarak 2 hingga 10 tahun dengan kehamilan sebelumnya.

6. Usia

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas kehamilan atau kesiapan ibu dalam reproduksi. Menurut Winkjosastro menyatakan bahwa faktor ibu yang memperbesar risiko kematian perinatal adalah pada ibu dengan umur lebih tua. Partus kasep sering dijumpai pada kehamilan dengan umur lebih dari 35 tahun. Umur lebih dari 35 tahun merupakan salah satu penyebab dari berbagai komplikasi seperti kelainan his, yang berakibat pada persalinan lama dan persalinan kasep (Manuaba, 2012). Pada umur kurang dari 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna sehingga akan mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan. Faktor risiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu di bawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun).

Menurut Supriyati ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun berisiko 4 kali untuk terjadi distosia dibanding ibu hamil yang berumur antara 20-35 tahun. Umur lebih dari 35 tahun berhubungan dengan mulainya terjadi regenerasi sel-sel tubuh terutama dalam hal ini adalah endometrium akibat usia biologis jaringan dan adanya penyakit. Ibu hamil pada usia 36 tahun meskipun mental dan sosial ekonomi lebih mantap tapi fisik dan alat reproduksinya sudah mengalami kemunduran, serviks menjadi kaku untuk berdilatasi. Primipara dengan usia agak lanjut, kekakuan serviks yang berlebihan dapat menjadi penyebab distosia dan persalinan lama. Ibu primitua yaitu primigravida yang berumur di atas 35 tahun sering ditemui perinium yang kaku dan tidak elastis, hal tersebut akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan risiko terhadap janin. Menurut Manuaba, usia reproduksi sehat adalah 20 tahun sampai 35 tahun. Faktor umur disebut-sebut sebagai penyebab dan predisposisi terjadinya berbagai komplikasi yang terjadi pada kehamilan dan persalinan, antara lain penyebab kelainan his, atonia uteri, plasenta previa, dan lain-lain (Winkjosastro, 2006).

7. Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi masyarakat yang sering dinyatakan dengan pendapatan keluarga mencerminkan kemampuan masyarakat dari segi ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan kesehatan dan pemenuhan gizi. Hal ini pada akhirnya berpengaruh pada kondisi kehamilan dan pada faktor kekuatan (*power*) dalam proses persalinan. Selain itu pendapatan juga mempengaruhi kemampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga adanya kemungkinan komplikasi terutama dari faktor janin (*passager*) dan jalan lahir (*Passage*) dapat terdeteksi.

Hasil penelitian oleh Djalaludin *et al.* menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berpengaruh terhadap terjadinya partus lama, sehingga perlu tindakan. Di mana pendapatan rendah di bawah upah minimum propinsi (<UMP) mempunyai risiko 15,60 kali akan terjadi partus lama daripada dengan pendapatan tinggi (>UMP). Hal ini berkaitan dengan kemampuan ekonomi untuk mengakses pelayanan kesehatan terutama dalam pemeriksaan kehamilan (Djalaludin *et al.*, 2004).

8. Respons stres

Stres psikologi berdampak besar pada saat persalinan. Hormon stres seperti adrenalin, berinteraksi dengan reseptor-beta di dalam otot uterus dan menghambat kontraksi sehingga memperlambat persalinan (Chapman, 2006). Respons stres dapat dipicu oleh faktor eksternal seperti rangsangan lingkungan negatif (memasuki ruang persalinan, tidak adanya privasi, kebisingan, cahaya terang) atau tidak adanya dukungan dari keluarga seperti pendampingan saat persalinan, bidan sibuk dengan klien lain, paparan dengan pasien lain yang tidak menyenangkan.

Selain faktor eksternal juga terdapat faktor internal yang terkadang sulit untuk disembuhkan seperti kecemasan (nyeri persalinan, intervensi persalinan, trauma persalinan yang lalu serta riwayat adanya pelecehan seksual pada dirinya sebelumnya) (Chapman, 2006).

9. Pembatasan mobilitas dan postur semi rekumben

Pada percobaan *cochrane review* yang dilakukan oleh Gupta dan Nikodem (2002) dalam Chapman (2006) yang disahkan menemukan bahwa imobilitas/posisi telentang memiliki berbagai efek samping meliputi hal-hal seperti penurunan kadar sirkulasi oksitosin alamiah, memiliki dampak buruk bagi kontraksi dan kemajuan persalinan sehingga menimbulkan persalinan lama, peningkatan penggunaan oksitosin untuk augmentasi, mengakibatkan

pemanjangan kala II, kontraksi pada kala II akan terasa lebih menyakitkan apabila posisi ibu telentang.

B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap *Intra Partum*

Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia masih tinggi yaitu 208/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 26/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013). Angka Kematian Ibu merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesejahteraan perempuan dan target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan *Millennium Development Goals* (MDGs) tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu di mana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ risiko jumlah kematian ibu atau 102/100.000 kelahiran hidup, maka dari itu upaya untuk mewujudkan target tersebut masih membutuhkan komitmen dan usaha keras yang terus menerus (Kemenkes RI, 2013).

Penyebab tingginya angka kematian ibu antara lain, terlalu muda atau terlalu tua saat melahirkan, tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, dan banyaknya persalinan yang ditolong oleh tenaga non profesional (Koblinsky *et al.*, 2006). Hal ini sejalan dengan penelitian Misar (2012) yang menyatakan bahwa kejadian komplikasi persalinan ibu melahirkan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang tidak baik berisiko lebih besar untuk mengalami komplikasi dibanding ibu yang mendapatkan kualitas pelayanan yang baik

Faktor yang berperan penting untuk mengurangi angka kematian maternal antara lain, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan pelayanan yang baik ketika persalinan (Reeves, 2010). Faktor lain yang dapat mengurangi angka kematian maternal yaitu akses ke tempat pelayanan kesehatan terjangkau dan fasilitas kesehatan yang memadai (Aboagye, 2013).

Meskipun cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan selalu meningkat dari tahun ke tahun, namun masih banyak permasalahan yang ditemukan terkait komplikasi saat persalinan antara lain kelainan letak/presentasi janin, partus macet/distosia, perdarahan pasca persalinan, infeksi berat/sepsis, placenta previa, Intra Uterine Fetal Death (IUFD). Timbulnya berbagai permasalahan yang terjadi saat persalinan, pemerintah selalu berupaya menurunkan angka kematian ibu dengan melakukan perluasan pelayanan kesehatan berkualitas melalui pelayanan obstetrik yang komprehensif seperti penyediaan fasilitas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) (Kemenkes RI, 2013).

C. Studi Kasus Kejadian *Intra Partum*

Proses kehamilan seringkali menyebabkan adanya perubahan fisik maupun psikologis pada ibu sebagai suatu bentuk adaptasi. Pada umumnya perubahan ini terjadi secara fisiologis artinya tidak menimbulkan suatu permasalahan yang berarti. Namun pada kasus- kasus tertentu perubahan ini juga dapat menyebabkan keadaan patologis dan perlu penanganan segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Salah satu permasalahan yang sering terjadi pada masa kehamilan adalah anemia defisiensi besi.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 didapatkan bahwa angka ini menunjukkan bahwa angka kejadian anemia pada ibu hamil pada tahun 2018 mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2013. Menurut WHO 40% kematian ibu dinegara berkembang berkaitan dengan anemia pada kehamilan dan kebanyakan anemia pada kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut, bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi.

Anemia defisiensi besi disebabkan karena rendahnya kadar zat besi dalam tubuh. Zat besi merupakan mikroelemen yang esensial bagi tubuh. Zat ini terutama diperlukan dalam hemopoboesis (pembentukan darah) yaitu sintesis hemoglobin (Hb). Hemoglobin (Hb) yaitu suatu oksigen yang mengantarkan eritrosit berfungsi penting bagi tubuh. Hemoglobin terdiri dari Fe (zat besi), protoporfirin, dan globin (1/3 berat Hb terdiri dari Fe).

Pemberian tablet Fe pada masa kehamilan saja tidak cukup efektif karena pada masa kehamilan terjadi peningkatan absorpsi dan kebutuhan zat besi total sekitar 1000mg. Hal ini terjadi terutama jika tubuh tidak memiliki cadangan zat besi bahkan cenderung kosong. Oleh karena itu sangatlah penting pemberian tablet Fe pada masa prahamil untuk mencegah terjadinya anemia defisiensi besi pada kehamilan.

Pada ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat berakibat fatal. Hal ini disebabkan karena pada proses persalinan ibu hamil memerlukan banyak tenaga dan mungkin saja akan kehilangan banyak darah dalam jumlah yang cukup banyak. Perdarahan akut dan kekurangan darah merupakan penyebab utama kematian ibu hamil saat melahirkan.

Selain hal tersebut di atas, penyebab utama kematian maternal yang lain adalah perdarahan pascapartum (di samping eklampsia dan penyakit infeksi) dan plasenta previa yang kesemuanya bersumber pada anemia defisiensi. Ibu hamil yang menderita anemia gizi besi tidak akan mampu memenuhi kebutuhan zat-zat gizi bagi dirinya dan janin dalam kandungan. Oleh karena itu, keguguran, kematian bayi dalam kandungan, berat bayi lahir rendah, atau kelahiran prematur rawan terjadi pada ibu hamil yang menderita anemia gizi besi.

Oleh sebab itu, pemberian tablet Fe sebagai persiapan menghadapi kehamilan, persalinan dan masa nifas sebaiknya mulai diberikan pada ibu sebelum memutuskan untuk hamil sehingga komplikasi akibat anemia defisiensi besi dapat lebih mudah untuk dihindari.

D. Dampak Masalah Manajemen Intra Partum

Bila bayi sudah lahir atau hampir lahir, maka dilakukan manajemen sebagai berikut:

1. Manajemen intrapartum, dengan menerapkan prinsip Pelayanan Neonatal Esensial yaitu,
 - a. Pertolongan persalinan yang bersih dan aman kemudian sesuai dengan berat badan bayi dirawat di bangsal bayi risiko tinggi (BBRT) atau *special care* = Level 2
 - b. Tindakan resusitasi dan stabilisasi: dilakukan resusitasi segera dengan baik dan benar. Tindakan resusitasi sebaiknya dilakukan oleh tenaga yang mempunyai kualifikasi, di tempat fasilitas yang memadai. Oksigen yang adekuat dan suhu yang stabil merupakan salah satu tujuan perawatan pasca natal.
2. Manajemen bayi baru lahir
 - a. Stabilisasi suhu
 - b. Terapi oksigen dan bantuan ventilasi mekanik
 - c. Bila terjadi patent ductus arteriosus, diperlukan terapi konservatif yaitu, Oksigenasi yang cukup, restriksi cairan, diuresis intermitten.
 - d. Pada kasus yang bergejala, pemberian obat antagonis prostaglandin seperti indometasin mungkin diperlukan
 - e. Pada beberapa kasus memerlukan terapi pembedahan berupa ligasi.
3. Terapi cairan dan elektrolit: harus diperhatikan kemungkinan terjadinya kehilangan *insensible water loss* yang tinggi dan harus memperhatikan dengan benar hidrasi, kadar glukosa darah, kadar elektrolit plasma.
4. Asupan gizi: pada BKB kemampuan menghisap dan menelan sangat terbatas, di samping adanya intoleransi beberapa minuman, mungkin diperlukan pemberian minum melalui pipa lambung atau bahkan pemberian nutrisi parenteral.
5. Hiperbilirubinemia: sangat sering terjadi pada bayi yang sangat kecil. Biasanya dapat dikelola dengan efektif dengan cara memantau kadar bilirubin dan terapi sinar/fototerapi. Pada beberapa kasus mungkin diperlukan transfusi tukar.

6. Infeksi dan sepsis: BKB sangat rentan untuk terjadinya infeksi dan sepsis. Pada BKB dengan BBLR yang dicurigai mengalami sepsis perlu diberikan antibiotik dengan spektrum yang luas. Bagi bayi yang sering mengalami beberapa prosedur klinik, cara aseptis perlu ditingkatkan.

BAB V

PELAYANAN *POSTPARTUM*

A. *Pengertian Postpartum*

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandung seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009). Pendarahan postpartum adalah pendarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal. kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah pendarahan yang terjadi, maka batasan jumlah pendarahan disebut sebagai perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, pucat, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan sistolik < 90 mmHg, denyut nadi > 100 x/menit, kadar Hb < 8 g/dL (Joseph, 2010).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah anak lahir dan jumlahnya melebihi 500 ml. Perdarahan dapat terjadi sebelum, saat atau setelah plasenta keluar. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta, dan kadang-kadang perdarahan juga disebabkan oleh kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia yang terjadi akibat solusio plasenta, retensi janin mati dalam uterus dan emboli air ketuban (Martohoesodo S, 2001)

Perdarahan, terutama perdarahan postpartum memberikan kontribusi 25% pada kematian maternal, khususnya ibu menderita anemia akibat keadaan kurang gizi atau adanya infeksi malaria. Insidensi perdarahan postpartum berkisar antara 5 sampai dengan 8 persen. Perdarahan ini berlangsung tiba-tiba dan kehilangan darah dapat dengan cepat menjadi kematian pada keadaan di mana tidak terdapat perawatan awal untuk mengendalikan perdarahan, baik berupa obat, tindakan pemijatan uterus untuk merangsang kontraksi, dan transfusi darah bila diperlukan (WHO, 2004).

Klasifikasi Perdarahan *Postpartum*

Perdarahan postpartum umumnya dibagi menjadi perdarahan postpartum primer dan sekunder:

- a. Perdarahan postpartum primer disebut perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama.
- b. Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam. (Manuaba, 2012)

Etiologi Perdarahan Postpartum

Penyebab langsung perdarahan postpartum terbagi atas 4T (Tonus, Tissue, Trauma, Thrombine). Perdarahan yang diakibatkan karena permasalahan Tonus (kontraksi uterus yang tidak baik) adalah atonia uteri; permasalahan pada *tissue* (jaringan) adalah retensio plasenta dan sisa plasenta; permasalahan yang disebabkan karena Trauma (perlukaan) seperti laserasi/robekan jalan lahir, inversion uteri, ruptur uteri; dan yang terakhir permasalahan yang disebabkan oleh Thrombine yaitu permasalahan yang diakibatkan karena gangguan faktor pembekuan darah.

1. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang menyuplai darah pada tempat perlekatan plasenta. Perdarahan pada atonia uteri ini berasal dari pembuluh darah yang terbuka pada bekas menempelnya plasenta yang lepas sebagian atau lepas keseluruhan. Tidak terdapat kontraksi uterus setelah masase uterus selama 15 detik.

Miometrium terdiri dari tiga lapisan dan lapisan tengah merupakan bagian yang terpenting dalam hal kontraksi untuk menghentikan perdarahan pasca persalinan. Miometrium lapisan tengah tersusun sebagai anyaman dan ditembus oleh pembuluh darah. Masing-masing serabut mempunyai dua buah lengkungan sehingga tiap-tiap dua buah serabut kira-kira berbentuk angka delapan. Setelah partus, dengan adanya susunan otot seperti tersebut di atas, jika otot berkontraksi akan menjepit pembuluh darah. Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Kegagalan kontraksi dan retraksi dari serat myometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syok hipovolemik. Kontraksi miometrium yang lemah dapat diakibatkan oleh kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang terlalu cepat, terutama jika dirangsang. Selain itu, obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik, dan nifedipin juga dapat menghambat kontraksi miometrium. Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah

rahim, korioamnionitis, endometriitis, septikemia, hipoksia pada solusio plasenta, dan hipotermia karena resusitasi masif.

2. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan di mana plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Hal tersebut disebabkan:

- a. Plasenta belum lepas dari dinding uterus
- b. Plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

Bila plasenta belum lepas sama sekali tidak akan terjadi perdarahan, tapi bila sebagian plasenta sudah lepas akan terjadi perdarahan dan ini merupakan indikasi untuk segera mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus disebabkan:

- a. Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta (plasenta adhesif)
- b. Plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus desidua sampai miometrium (plasenta akreta)
- c. Plasenta merekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi korialis menembus sampai di bawah peritoneum (plasenta perkreta).

Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (inkarserata plasenta).

Terdapat jenis retensio plasenta antara lain:

- a. Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan mekanisme separasi fisiologis.
- b. Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c. Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus.
- d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstriksi ostium uteri.

3. Sisa Plasenta

Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan.

Perdarahan postpartum yang terjadi segera jarang disebabkan oleh retensi potongan-potongan kecil plasenta. Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin. Apabila terdapat beberapa bagian plasenta yang tertinggal di dalam rahim maka harus dilakukan eksplorasi ke dalam rahim, sisa plasenta dikeluarkan secara manual yaitu dengan kuretase dan pemberian uterotonika untuk menghentikan perdarahan.

4. Inversio Uteri

Inversio uteri merupakan keadaan di mana fundus uteri masuk ke dalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan. Pada inversio uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III atau segera setelah plasenta keluar. Sebab inversio uteri yang tersering adalah kesalahan dalam memimpin kala III, yaitu menekan fundus uteri terlalu kuat dan menarik tali pusat pada plasenta yang belum terlepas dari insersinya. Menurut perkembangannya inversio uteri dibagi dalam beberapa tingkat:

- a. Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruang tersebut
- b. Korpus uteri yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
- c. Uterus dengan vagina semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak di luar vagina. Gejala-gejala inversio uteri pada permulaan tidak selalu jelas. Akan tetapi, apabila kelainan itu sejak awal tumbuh dengan cepat, seringkali timbul rasa nyeri yang keras dan bisa menyebabkan syok.

5. Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan sesar, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal. Tanda-tanda pada ruptur meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Ruptur uteri mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia, denyut jantung janin (DJJ) menjadi melemah dan kemudian hilang karena janin mati.

6. Laserasi Jalan Lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan

memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi. Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptur uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteril atau pecahnya pembuluh darah vena. Untuk dapat menetapkan sumber perdarahan dapat dilakukan dengan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan spekulum setelah sumber perdarahan diketahui dengan pasti, perdarahan dihentikan dengan melakukan ligasi. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu:

- a. Derajat satu
Robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.
- b. Derajat dua
Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum.
- c. Derajat tiga
Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani eksternal.
- d. Derajat empat
Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

7. Thrombin (Kelainan pembekuan darah)

Perdarahan postpartum juga dapat terjadi Karen kelainan pada pembekuan darah. Penyebab tersering perdarahan postpartum adalah atonia uteri, yang disusul dengan tertinggalnya sebagian plasenta. Namun, gangguan pembekuan darah dapat pula menyebabkan perdarahan postpartum. Hal ini disebabkan karena defisiensi faktor pembekuan dan penghancuran fibrin yang berlebihan. Gejala-gejala kelainan pembekuan darah bisa berupa penyakit keturunan ataupun didapat. Kelainan pembekuan darah dapat berupa hipofibrinogenemia, trombositopenia, Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP), HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), Disseminated Intravaskuler Coagulation (DIC), dan Dilutional coagulopathy.

Kejadian gangguan koagulasi ini berkaitan dengan beberapa kondisi kehamilan lain seperti solusio plasenta, preeklampsia, septikemia dan sepsis intrauteri, kematian janin lama, emboli air ketuban, transfusi darah inkompatibel, aborsi dengan NaCl hipertonik dan gangguan koagulasi yang sudah diderita sebelumnya. Penyebab yang potensial menimbulkan gangguan koagulasi sudah dapat diantisipasi sebelumnya sehingga persiapan untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum dapat dilakukan sebelumnya.

Pencegahan Perdarahan Postpartum

Klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah perdarahan postpartum.

Pencegahan perdarahan postpartum dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregang tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum.

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregang tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan.

B. Masalah Kesehatan Ibu pada Tahap Postpartum

Prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia adalah perbaikan kesehatan ibu dan bayi, salah satu faktor kesehatan ibu tersebut dapat dilihat dari kesehatan reproduksi. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai derajat kesehatan ibu dan bayi yang optimum seperti yang dicanangkan dalam paradigma sehat 2013 yaitu mengutamakan kegiatan promotif dan preventif yang mendukung upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes, 2005).

Sebagian besar kaum wanita menganggap bahwa kehamilan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian wanita menganggap

sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya (Iskandar, 2007). Melahirkan adalah sebuah karunia terbesar bagi wanita dan momen yang sangat membahagiakan, tapi ada beberapa kasus dapat menjadi momen yang menakutkan, hal ini disebabkan pada wanita yang melahirkan sering mengalami perasaan sedih dan takut sehingga mempengaruhi emosional dan sensitivitas ibu yang dikenal dengan istilah postpartum.

Periode kehamilan dan melahirkan merupakan periode kehidupan yang penuh dengan potensi stres. Seorang wanita dalam periode kehamilan dan periode melahirkan (postpartum) cenderung mengalami stres yang cukup besar karena keterbatasan kondisi fisik yang membuatnya harus membatasi aktivitas. Secara psikologis seorang ibu postpartum akan melalui proses adaptasi psikologi semasa postpartum.

Beberapa dugaan postpartum disebabkan oleh beberapa faktor dari dalam dan luar individu. Salah satu faktor penyebab dari dalam individu adalah adanya perubahan hormonal. Selama kehamilan, kadar estrogen dan progesterone meningkat akibat dari plasenta yang memproduksi hormon tersebut. Akibat dari kelahiran plasenta saat persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun tajam mencapai kadar sebelum kehamilan dimulai pada hari ke-5 postpartum. Selain perubahan hormonal, jenis persalinan merupakan salah satu faktor penyebab dari luar individu terhadap terjadinya postpartum.

Postpartum menjadi masalah kesehatan maternal yang serius, diketahui bahwa angka kematian maternal saat ini juga disebabkan oleh angka bunuh diri pada ibu postpartum, dalam Centre for Maternal and Child Enquiries (2011) yaitu sebesar 59% dari kasus bunuh diri ibu adalah karena psikosis atau depresi. Prevalensi depresi postpartum dapat berbeda-beda di tiap negara, pada negara maju angka depresi postpartum dari 1,9%-82,1%, sedangkan untuk negara berkembang angka kejadian sekitar 5,2%-74,0%. Pada Skrining *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) di Kanada masih menunjukkan angka yang sangat tinggi yaitu sebanyak 29%. Di Qatar angka kejadian depresi postpartum yakni sebanyak 18%-36%, sedangkan prevalensi di negara Asia berkisar 21.8%. Depresi postpartum berdampak buruk terhadap kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan perilaku negatif. Kondisi ini menurunkan minat dan ketertarikan ibu terhadap bayinya, tidak mampu merawat bayinya secara optimal termasuk menyusui, sehingga berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Bayi pada ibu yang depresi akan mengalami keterlambatan kognitif, psikologi, neurologi, dan perkembangan motoric. Depresi postpartum juga menimbulkan efek pada kehidupan sosial dan personal ibu seperti hubungan

ibu dan pasangannya. Faktor penyebab depresi postpartum di antaranya adalah riwayat depresi sebelumnya, dukungan sosial, faktor ekonomi, hubungan pernikahan, faktor obstetri (*sectio cesaria*, persalinan dengan alat).

Penelitian di Argentina menunjukkan multiparitas, komplikasi perinatal, persalinan sesar, dan lama menyusui menjadi faktor risiko gejala depresi postpartum. Masalah menyusui juga disebutkan sebagai salah satu faktor risiko dari depresi postpartum, studi tentang nyeri puting susu terhadap aspek psikologi ibu menyusui menunjukkan bahwa nyeri puting memengaruhi terjadinya depresi pada ibu nifas.

C. Kajian Penelitian Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu selain penyakit kardiovaskuler. Di antara penyebab perdarahan postpartum adalah plasenta akreta di mana insidennya semakin meningkat dari tahun ke tahun seiring dengan peningkatan jumlah persalinan dengan seksio sesarea. Kami laporkan dua kasus ibu hamil dengan plasenta akreta yang direncanakan tindakan *seksio sesarea emergency* yang dikelola dengan general *anesthesia rapid sequence induction*. Kasus pertama, perempuan berusia 31 tahun G3P1A1 usia kehamilan 36–37 minggu dalam persalinan, perdarahan antepartum ec plasenta previa totalis, plasenta akreta dengan hemodinamik stabil. Intraoperatif, perdarahan sekitar 7000 cc, dan diberikan transfusi 8 unit PRC, 4 unit WB, 4 unit FFP, dan 4 unit Tc. Pascaoperasi pasien dirawat di ICU, dan komplikasi yang terjadi produk *drain* abdomen sekitar 1900 cc bercampur darah. Tidak ada komplikasi mayor lainnya, pasien pindah ruang rawat inap pada hari keempat pascaoperasi.

Kasus kedua, perempuan berusia 40 tahun G3P2A0 usia kehamilan 37–38 minggu dalam persalinan, perdarahan antepartum ec plasenta previa totalis, plasenta akreta dengan hemodinamik stabil. Intraoperatif, perdarahan sekitar 9000 cc, dan dilakukan transfusi 8 unit PRC, 8 unit WB, 4 unit FFP, dan 4 unit Tc. Pascaoperasi pasien dirawat di ICU, dan tidak ada komplikasi signifikan terjadi. Hari kedua pascaoperasi pasien pindah ke ruang rawat inap.

Plasenta akreta didefinisikan sebagai implantasi abnormal dari vili plasenta yang menginvasi miometrium tanpa adanya desidua basalis. Sindrom plasenta akreta adalah sindrom yang menggambarkan implantasi abnormal plasenta, plasenta invasif atau adesif. Termasuk berbagai implan plasenta dengan adesi abnormal ke miometrium yang disebabkan oleh tidak adanya desidua basalis baik sebagian atau total, dan pembentukan fibrinoid yang tidak sempurna dan lapisan Nitabuch.

Peningkatan frekuensi sindrom plasenta akreta sejak 50 tahun terakhir berasal dari peningkatan persalinanseksio sesarea. Pada tahun 1924, Polak dan Phelan mempresentasikan data mereka dari Rumah Sakit Long Island College, di mana satu kasus plasentaakreta terjadi sebagai komplikasi dari 6000 persalinan. Pada ulasan tahun 1951, angka kematian ibu tercatat meningkat 65%. Pada tahun 1971, dalam Williams Obstetrics edisi ke-14, satu penelitian menggambarkan plasenta akreta sebagai laporan kasus. Pada ulasan pada tahun berikutnya, satu penelitian mencatat rata-rata insiden 1 dari 7.000 persalinan yang dilaporkan. Sejak dilaporkan, terdapat peningkatan sindrom plasenta akreta, yang berhubungan langsung dengan peningkatan jumlah persalinan seksio sesarea.

Insiden plasenta akreta yang dilaporkan meningkat yang awalnya dari 0,8 per 1.000 persalinan pada 1980-an menjadi 3 per 1.000 persalinan selama 10 tahun terakhir. Pada sebuah penelitian observasional prospektif mempertimbangkan jumlah kelahiran pertama dengan seksio sesareadan ada atau tidak adanya plasenta previa, risiko plasenta akreta sebesar 0,03% untuk pasien dengan seksio sesareapertama kali jika tidak ditemukan plasenta previa, 1% untuk wanita yang telah menjalani seksio sesarea ke-5, dan meningkat menjadi 4,7% untuk mereka yang menjalani seksio sesarea ke-6. Jika terdapat plasenta previa, risiko plasenta akreta sebesar 3% pada mereka yang memiliki seksio sesarea pertama dan meningkat menjadi 40% atau lebih pada mereka yang memiliki persalinan dengan seksio sesarea 3 kali.

Patogenesis plasenta akreta masih tidak jelas, tetapi beberapa teori telah diajukan: vaskularisasi abnormal yang dihasilkan dari jaringan parut setelah operasi dengan hipoksia sekunder akibat penghancuran desiduasasi dan invasi trofoblas yang berlebihan kemungkinan menjadi yang paling menonjol, atau teori yang paling didukung hingga saat ini, menjelaskan patogenesis plasenta akreta pada tahap ini. Sebagian besar pasien dengan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Gejala yang terkait dengan plasenta akreta dapat meliputi perdarahan dan kram pada vagina. Temuan tersebut sebagian besar terlihat pada kasus dengan plasenta previa, yang merupakan faktor risiko terkuat untuk terjadinya plasenta akreta. Meskipun jarang, kasus-kasus dengan nyeri perut akut dan hipotensi akibat syok hipovolemik akibat ruptur uteri sekunder dapat disebabkan oleh plasenta akreta.

Implantasi plasenta yang abnormal hingga menyebabkan invasif plasenta yang menembus dinding rahim dapat menyebabkan atonia uterus karena pelepasan yang tidak lengkap atau perdarahan di dasar plasenta. Skenario kritis tersebut dapat terjadi kapan saja selama kehamilan dari

trimester pertama hingga masa kehamilan tanpa adanya tanda-tanda persalinan. Keberhasilan dalam menegakkan diagnosis plasenta akreta sebelum persalinan melibatkan perencanaan multidisiplin dalam meminimalisir potensi morbiditas dan mortalitas ibu. Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan kadang-kadang membutuhkan pemeriksaan MRI. Jika histerektomi telah dilakukan, pemeriksaan patologi anatomi dapat dilakukan.

Oleh karena pertimbangan hemodinamik yang tidak stabil dan potensi transfusi yang masif, sebagian besar praktisi melakukan anestesi umum untuk memfasilitasi prosedur seksio sesarea pada plasenta akreta. Namun, dalam penelitian sebelumnya di lima lembaga pada 1980-an, terdapat 32% prosedur sesar histerektomi yang difasilitasi oleh anestesi regional, dan tidak ada perbedaan perdarahan intraoperatif atau kejadian hipotensi, dan tidak ada yang dikonversi menjadi anestesi umum. Perawatan pasca operasi ditujukan untuk mengevaluasi komplikasi yang dapat timbul termasuk kerusakan pada berbagai organ, disseminated intravascular coagulation (DIC), perdarahan dan transfusi masif, tromboemboli pascaoperasi, infeksi hingga kematian.

D. Studi Kasus Postpartum

Evaluasi dan rencana pra-anestesi pada kejadian postpartum untuk pasien antenatal yang dianggap berisiko tinggi terjadinya perdarahan merupakan hal yang penting. Peran ahli anestesi idealnya akan dimulai jauh sebelum pasien tiba di ruang bersalin. Konsultasi postpartum, pra-anestesi sebagai pasien rawat jalan merupakan langkah penting dalam mempersiapkan dan menggambarkan rencana untuk wanita yang dianggap berisiko tinggi mengalami pendarahan selama persalinan. Penting untuk berkolaborasi dengan ahli kandungan untuk mengevaluasi kecurigaan Morbidly Adherent Placenta.

Optimalisasi preoperatif sangat penting dalam memitigasi masalah yang mungkin muncul pada ibu hamil dengan risiko tinggi. Mulai dari edukasi keluarga (tentang rencana manajemen anestesi, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi selama prosedur operasi), akses intravena yang adekuat, *monitoring invasive* jika diperlukan, persiapan obat *emergency*, hingga persiapan produk darah. Anestesi umum ataupun regional dapat digunakan pada kondisi ini. Akan tetapi, sebagian besar ahli anestesi lebih memilih untuk melakukan anestesi umum dengan pertimbangan risiko perdarahan masif, ventilasi yang terkontrol, dan hemodinamik yang lebih stabil selama prosedur. Satu penelitian juga melaporkan anestesi umum pada kasus plasenta

perkreta dengan komorbid DM tipe II.¹⁰ Namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan bila memberikan anestesi umum pada ibu hamil, yaitu risiko aspirasi dan kemungkinan kesulitan intubasi. Untuk mengurangi risiko aspirasi direkomendasikan ibu hamil untuk puasa 6 jam (makanan ringan) dan 8 jam (makanan berat) preoperasi, profilaksis dengan antasid non partikulat 30 menit sebelum operasi, obat H₂ antagonist, dan prokinetik (metoclopramide). Pada kasus ini kami hanya memberikan metoclopramide dan ranitidine, karena antasid non partikulat tidak tersedia. Riwayat SC sebelumnya merupakan faktor risiko untuk terjadinya plasenta akreta pada pasien ini. Ditambah dengan adanya plasenta previa totalis yang ditandai oleh perdarahan dari jalan lahir selama kontraksi, kemungkinan plasenta akreta menjadi pertimbangan penting.

Hal tersebut diperkuat oleh skor dari *Morbidly Adherent Placenta* yang masuk dalam kategori risikotinggi, sehingga risiko perdarahan perioperatif tinggi juga. Oleh karena itu, pada kasus ini kami memutuskan untuk menggunakan teknik *rapid sequence induction general anesthesia*. Oleh karena status hemodinamik pra operasi pasien masih stabil, operasi dimulai setelah darah siap di bank darah. Pemantauan ketat intraoperative merupakan kunci untuk manajemen pasien yang berisiko perdarahan masif. Menurut pedoman American Society of Anesthesiologist (ASA) 2006, transfusi PRC sebaiknya diberikan bila kadar hemoglobin di bawah 6 gr/dl. Hal ini disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien agar *delivery oxygen* tetap tercukupi. Namun pada kondisi *on going bleeding*, ahli anestesi dapat memulai transfusi pada Hb di atas 7 gr/dl.¹² Begitu juga rekomendasi dari European Society of Anesthesiology, pada perdarahan aktif, target Hb 7–9 gr/dl, dengan menilai secara berkala kadar hematokrit/hemoglobin, laktat serum, base excess untuk memonitor perfusi dan oksigenasi jaringan.

Pada kasus ini, inisiasi *transfuse* berdasarkan perhitungan *Allowable Blood Loss* (ABL), ketika mendekati nilai ABL, maka transfusi segera diberikan. Hal ini menimbang untuk pemeriksaan lab yang butuh waktu dan perdarahan yang masif dan berlangsung cepat. Fraksi oksigen inspirasi dapat diberikan cukup tinggi untuk mencegah hipoksemia, dan menghindari hiperoksia (PaO₂ >200 mmHg). Teknik hemodilusi normovolemik akut dapat digunakan, akan tetapi tidak kombinasikan dengan teknik hipotensi kendali. Hipotensi permisif dengan target tekanan darah sistolik 80–90 mmHg (MAP 50–60 mmHg) dapat dipakai hingga perdarahan aktif telah terkontrol. Vasopressor dapat diberikan untuk mempertahankan tekanan arteri pada hipotensi berat. Dan agen inotropik diberikan pada disfungsi miokard.

Untuk mencegah koagulopati pada perdarahan masif dapat diberikan transfusi FFP, Tc, dan *fibrinogen concentrate*. Penggunaan *cell salvage* dapat mengurangi transfusi paska operasi dan lama rawat. Kalsium memainkan peran penting dalam kaskade pembekuan darah, serta risiko hipokalsemia dalam transfusi masif, sehingga diberikan suplemen kalsium. Pemberian asam traneksamat sebagai anti-fibrinolitik diberikan setelah bayi lahir dan dilanjutkan setelah operasi. Selain itu, juga merekomendasikan asam traneksamat diberikan sebelum SC terutama pada perdarahan antepartum, dan diberikan lagi jika perdarahan berlanjut.

Untuk mengoptimalkan transfusi dan pemberian cairan, kami menempatkan kateter vena sentral pada pasien ini. Dalam hal ini, menggunakan teknik hipotensi kendali sambil mempertahankan cairan yang cukup dengan target menghasilkan urine 0,5–1 cc/kg/jam. Pemilihan agen anestesi yang dapat memperburuk kondisi pasien juga harus dihindari untuk hasil yang diharapkan. Pemantauan paska operasi dilakukan di ICU untuk pemantauan dan pemantauan intensif dan menilai apakah ada komplikasi yang timbul dari tindakan yang diambil.

E. Dampak Masalah Manajemen Postpartum

Penanganan pasien dengan perdarahan postpartum memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan postpartum mengharuskan kedua komponen secara simultan dan sistematis ditangani. Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan.

Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus-menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut.

Rekomendasi WHO tahun 2012 untuk pengelolaan perdarahan postpartum berupa intervensi non farmakologis sebagai berikut:

1. Pijatan uterus: Intervensi yang aman dan murah untuk dilakukan setelah perdarahan telah didiagnosis.
2. Kompresi uterus bimanual: Dapat ditawarkan sebagai tindakan sementara dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri setelah persalinan pervaginam.
3. Balon intrauterine atau tamponade kondom: Dapat digunakan dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uterus ketika uterotonik lain gagal atau jika uterotonik tidak tersedia. Kemungkinan infeksi adalah risiko yang terkait dengan intervensi ini.
4. Kompresi aorta eksternal: Dapat diberikan sebagai tindakan sementara untuk memperlambat kehilangan darah dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uterus setelah persalinan pervaginam, sampai perawatan yang tepat tersedia.
5. Embolisasi arteri uterus: Dapat ditawarkan sebagai penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri jika tindakan lain gagal dan sumber daya tersedia.
6. Pakaian anti-syok non-pneumatik: Disarankan sebagai tindakan sementara sampai perawatan yang tepat tersedia.

Metode Pengukuran Estimasi Kehilangan Darah

Penilaian kehilangan darah setelah persalinan diakui cukup sulit. Adapun beberapa metode atau teknik yang dapat digunakan untuk menghitung perkiraan jumlah kehilangan darah setelah persalinan berupa estimasi visual, pengukuran langsung dan gravimetri.

1. Estimasi Visual

Estimasi visual merupakan metode yang paling sering digunakan dalam praktik sehari-hari untuk mengukur kehilangan darah dalam persalinan. Estimasi yang dilakukan dapat berupa:

a. Pembalut

Pembalut standar berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah.

b. Tumpahan darah di lantai

Tumpahan darah dengan diameter 50 cm, 75 cm, 100 cm secara berturut turut mewakili kehilangan darah 500 ml, 1000 ml, dan 1500 ml.

c. *Kidney dish*/Nierbeken

Nierbeken atau *kidney dish* mampu menampung 500 ml darah.

d. *Stained incontinence pad/underpad*

Underpad dengan ukuran 90 cm x 60 cm, mampu menampung sampai 500 ml darah.

e. Kasa

Kasa standar ukuran 10 cm x 10 cm mampu menyerap 60 ml darah sedangkan kasa ukuran 45 cm x 45 cm mampu menyerap 350 ml darah.

2. Pengukuran Langsung

Pengukuran langsung merupakan salah satu metode paling tua yang akurat dalam mengukur kehilangan darah. Metode ini menggunakan alat untuk mengumpulkan darah secara langsung dan digunakan selama persalinan untuk mengukur kehilangan darah dengan tepat. Salah satunya dengan meletakkan baskom atau wadah di bawah genitalia eksternal untuk mengumpulkan darah.

3. Gravimetri

Metode gravimetri dilakukan dengan mengukur berat material yang digunakan seperti spons dan mengurangi berat sebelumnya untuk memperkirakan jumlah darah yang hilang. Metode ini digunakan terutama untuk menilai kehilangan darah dalam operasi. Metode ini dapat menghitung jumlah kehilangan darah yang besar atau sangat kecil sekalipun

BAB VI

PATIENT SAFETY PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Pengertian *Patient Safety* dan *Patient Safety* KIA

Patient safety atau keselamatan pasien adalah tidak adanya bahaya yang dapat dicegah untuk pasien selama proses perawatan kesehatan dan pengurangan risiko kerusakan yang tidak perlu terkait dengan perawatan kesehatan ke minimum yang dapat diterima. Minimum yang dapat diterima mengacu pada gagasan kolektif tentang pengetahuan yang diberikan saat ini, sumber daya yang tersedia dan konteks di mana perawatan diberikan membebani risiko non-pengobatan atau perawatan lainnya. Setiap poin dalam proses pemberian perawatan mengandung tingkat tertentu dari rasa tidak aman yang melekat. Kebijakan yang jelas, kapasitas kepemimpinan organisasi, data untuk mendorong peningkatan keselamatan, profesional perawatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan efektif pasien dalam perawatan mereka, semuanya diperlukan untuk memastikan peningkatan berkelanjutan dan signifikan dalam keselamatan perawatan kesehatan (WHO, 20).

Menurut PMK 1691/2011, Keselamatan Pasien adalah suatu sistem di Rumah Sakit yang menjadikan pelayanan kepada pasien menjadi lebih aman, oleh karena dilaksanakannya: asesmen risiko, identifikasi dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat tindakan medis atau tidak dilakukannya tindakan medis yang seharusnya diambil. Sistem tersebut merupakan sistem yang seharusnya dilaksanakan secara normatif.

Menurut Supari tahun 2005, *patient safety* adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. *Patient safety* (keselamatan pasien) Rumah Sakit adalah suatu sistem di mana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: *assesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya

cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes RI, 2006).

Keselamatan pasien merupakan langkah kritis pertama untuk memperbaiki kualitas pelayanan. Tercermin pada laporan (Institute OF Medicine/IOM 2000) di Amerika Serikat daerah Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diinginkan sebesar 2,9% di mana 6,6 % meninggal dunia, sedangkan di New York sebesar 3,7% angka kejadian tidak diinginkan dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD di bagian rawat inap di seluruh Amerika berkisar 44.000-98.000 per tahunnya. Pada Kongres Nasional Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) XXI di Jakarta pada tanggal 8 November 2012 melaporkan angka kejadian pasien jatuh pada bulan Januari sampai September 2012 sebesar 14 %.

Menurut Corrigan dan Donaldson tahun 2000, *patient safety* atau keamanan pasien adalah tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem di mana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan risiko. Meliputi: *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko

Patient safety merupakan sesuatu yang jauh lebih penting daripada sekadar efisiensi pelayanan. Berbagai risiko akibat tindakan medik dapat terjadi sebagai bagian dari pelayanan kepada pasien (Satria, 2013). *Patient safety* Rumah Sakit adalah suatu sistem di mana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Bantu, 2014).

Keselamatan pasien (*patient safety*) Rumah Sakit adalah suatu sistem di mana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut

meliputi: asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Rahmi,2018).

Menurut WHO (2005), terdapat 5 (lima) tantangan utama pada *patient safety* yaitu;

1. *Blood safety* (darah yang aman),
2. *Injection practices and immunization* (proses injeksi dan imunisasi),
3. *Water, basic sanitation* (air yang bersih dan aman, serta kebersihan), dan *waste management* (manajemen sampah),
4. *Clinical procedures safety* (keamanan prosedur klinis) serta
5. *Hand hygiene* (kebersihan tangan).

Adapun tujuan kegiatan *patient safety* di Rumah Sakit (Dirjen Yanmed RI, 2008) sebagai berikut;

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

1. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
2. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
3. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi)
4. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
5. *Reduce the risk of health care - associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
6. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh).

Komponen *patient safety* (Dirjen Yanmed RI, 2008) terdiri dari; *assesment* risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien,

pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir risiko.

Manfaat Program Keselamatan Pasien

Program keselamatan pasien ini memberikan berbagai manfaat bagi Rumah Sakit antara lain:

- a. Adanya kecenderungan “*Green Product*” produk yang aman di bidang industri lain seperti halnya menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga suatu produk menjadi semakin laris dan dicari masyarakat.
- b. Rumah Sakit yang menerapkan keselamatan pasien akan lebih mendominasi pasar jasa bagi Perusahaan-perusahaan dan Asuransi-asuransi dan menggunakan Rumah Sakit tersebut sebagai *provider* kesehatan karyawan/klien mereka, dan kemudian di ikuti oleh masyarakat untuk mencari Rumah Sakit yang aman.
- c. Kegiatan Rumah Sakit akan lebih memfokuskan diri dalam kawasan keselamatan pasien.

Indikator Keselamatan Pasien

Berdasarkan laporan IOM tahun 1999 tentang masalah keselamatan pasien yang menghebohkan dunia kesehatan mendorong banyak pihak berupaya melakukan hal untuk memperbaiki kualitas pelayanan terutama yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Para peneliti dalam bidang keperawatan berusaha mengembangkan indikator mutu pelayanan keperawatan yang potensial bersifat sensitif terhadap kepegawaian. Needleman, *et al.* (2006) melakukan penelitian mengenai *staffing* dan *adverse outcomes*. Pada penelitian tersebut dilakukan analisis regresi untuk mengetahui hubungan variabel-variabelnya dan ditemukan adanya hubungan antara (1) lama tinggal/*lengths-of-stay*, infeksi saluran kemih, pneumonia yang diperoleh di Rumah Sakit, perdarahan saluran pencernaan atas, renjatan, atau henti jantung pada pasien-pasien penyakit dalam, dan (2) *failure to rescue*, yang didefinisikan sebagai kematian pasien yang disebabkan oleh salah satu komplikasi yang mengancam kehidupan yaitu pneumonia, renjatan atau henti jantung, perdarahan saluran pencernaan atas, sepsis atau trombotosis vena dalam pada pasien-pasien bedah.

Penelitian yang dilakukan oleh Hickam, *et al.* (2003) terhadap 115 literatur mengenai pengaruh kondisi beban kerja terhadap insiden keselamatan pasien menemukan bahwa kejadian merugikan yang paling sering dialami

oleh pasien adalah ulkus dekubitus, infeksi yang diperoleh di Rumah Sakit dan pasien jatuh. Sedangkan Stanton dan Rutherford (2004) mengemukakan beberapa kejadian merugikan yang paling sering dialami oleh pasien sebagai akibat dari kurangnya peran perawat (*nurse sensitive patient outcomes*) antara lain pneumonia, perdarahan saluran pencernaan atas, *shock*/henti jantung, infeksi saluran kemih, ulkus dekubitus dan *failure to rescue*.

Indikator mutu layanan keperawatan yang sensitif terhadap *staffing* pada saat ini secara terus menerus dikembangkan. Banyak lembaga yang berupaya membuat indikator mutu, namun banyak dari indikator tersebut kurang mencerminkan pengaruh pelayanan keperawatan terhadap keselamatan pasien, karena hanya dianggap sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan berupaya menetapkan Sembilan Solusi keselamatan pasien untuk mempermudah pendeteksian terjadinya masalah pada keselamatan pasien di Rumah Sakit, yaitu:

1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
2. Pastikan Identifikasi pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai
9. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosocomial.

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua Rumah Sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI). RSUP Sanglah Denpasar merupakan Rumah Sakit pendidikan Tipe A dengan sumber manusia (dokter, perawat, dan lain-lain) yang cukup dan telah mempunyai berbagai peralatan canggih yang memadai dan telah terakreditasi Joint Commission International (JCI).

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik untuk menunjang keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti

serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh, terdapat enam sasaran keselamatan pasien yang menjadi prioritas gerakan keselamatan pasien.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

a. Sasaran I: Mengidentifikasi Pasien dengan Tepat

Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian dalam mengidentifikasi pasien. Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan yang terbius/tersedasi, disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar /lokasi di Rumah Sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi yang lain. Adapun maksud dari sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan dalam setiap kegiatan pelayanan ke pasien.

Pertama untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan atau prosedur yang dilakukan secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi khususnya pada proses pengidentifikasian pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan serta tindakan lain. Kebijakan atau prosedur tersebut memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi dengan tepat dan cepat. Adapun elemen penilaian untuk sasaran ini adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien yang dirawat diidentifikasi dengan menggunakan gelang identitas sedikitnya dua identitas pasien (nama, tanggal lahir atau nomor rekam medik)
- 2) Pasien yang dirawat diidentifikasi dengan warna gelang yang ditentukan dengan ketentuan biru untuk laki-laki dan merah muda untuk perempuan, merah untuk pasien yang mengalami alergi dan kuning untuk pasien dengan risiko jatuh (risiko jatuh telah diskoring dengan menggunakan protap penilaian skor jatuh yang sudah ada)

- 3) Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- 4) Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 5) Pasien yang dirawat diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

b. Sasaran II: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antar para pemberi layanan. Komunikasi yang dilakukan secara efektif, akurat, tepat waktu, lengkap, jelas, dan yang mudah dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah menimbulkan kesalahan persepsi kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis. Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk mencatat perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan dan melakukan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat.

Kebijakan atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat. Seleman penilaian pada sasaran II ini terdiri dari beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Melakukan kegiatan „READ BACK“ pada saat menerima permintaan secara lisan atau menerima instruksi lewat telepon dan pasang stiker “SIGN HERE” sebagai pengingat dokter harus tanda tangan.
- 2) Menggunakan metode komunikasi yang tepat yaitu SBAR saat melaporkan keadaan pasien kritis, melaksanakan serah terima pasien antara *shift (hand off)* dan melaksanakan serah terima pasien antar ruangan dengan menggunakan singkatan yang telah ditentukan oleh manajemen.

c. Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Membutuhkan Perhatian

Rumah Sakit perlu mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen

Rumah Sakit harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien agar terhindar dari risiko kesalahan pemberian obat. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip.

Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di Rumah Sakit tersebut. Kebijakan atau prosedur juga dapat mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati. Elemen yang merupakan standar penilaian sasaran III adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan sosialisasi dan mewaspadai obat *Look Like* dan *Sound Alike* (LASA) atau Nama Obat Rupa Mirip (NORUM)
- 2) Menerapkan kegiatan DOUBLE CHECK dan COUNTER SIGN setiap distribusi obat dan pemberian obat pada masing-masing instansi pelayanan.
- 3) Menerapkan agar Obat yang tergolong HIGH ALERT berada di tempat yang aman dan diperlakukan dengan perlakuan khusus
- 4) Menjalankan Prinsip delapan Benar dalam pelaksanaan pendelegasian Obat (Benar Instruksi Medikasi, Pasien, Obat, Masa Berlaku Obat, Dosis, Waktu, Cara, dan Dokumentasi).

d. Sasaran IV: Mengurangi Risiko Salah Lokasi, Salah Pasien dan Tindakan Operasi

Rumah Sakit dapat mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan pemberian pelayanan dilakukan dengan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah lokasi, salah pasien, salah prosedur, pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan kemungkinan terjadi di Rumah Sakit. Kesalahan ini merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Di samping itu, pemeriksaan pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis yang kurang tepat, budaya yang tidak mendukung

komunikasi terbuka antar anggota tim bedah atau operasi, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan. Rumah Sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di Rumah Sakit dan harus dibuat oleh operator yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (bagian tulang belakang).

Proses verifikasi praoperatif ditujukan untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia dan diberi label dengan baik serta dipampang dan melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau *implant - implant* yang dibutuhkan. Tahapan “sebelum insisi” (*time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan dengan baik dan tepat. *Time out* dilakukan di tempat di mana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi.

Rumah Sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist* dan sebagainya. Elemen yang menjadi penilaian pada sasaran IV ini adalah memberi tanda spidol *skin marker* pada sisi operasi (*Surgical Site Marking*) yang tepat dengan cara yang jelas dimengerti dan melibatkan pasien dalam hal ini (*Informed Consent*).

e. Sasaran V: Mengurangi Risiko Infeksi

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan yang diberikan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang menjadi perhatian besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah dan pneumonia.

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah kegiatan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca di kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah Sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di Rumah Sakit.

Elemen yang menjadi penilaian sasaran V adalah sebagai berikut.

- 1) Rumah Sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *Five Moment Hand Hygiene* dan digunakan dalam tatanan kesehatan untuk pelayanan ke pasien.
- 2) Menggunakan *hand rub* di ruang perawatan dan melakukan pelatihan cuci tangan efektif.
- 3) Memberikan tanggal dengan menggunakan spidol atau tinta yang jelas setiap melakukan prosedur invasif (*infuse, dower cateter, CVC, WSD*, dan lain-lain)

f. Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya Rumah Sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah pasien yang berkemungkinan mengkonsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Elemen yang menjadi penilaian sasaran VI adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit.
- 2) Melakukan tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko jatuh.
- 3) Memberikan tanda bila pasien berisiko jatuh dengan gelang warna kuning dan kode jatuh yang telah ditetapkan oleh manajemen

Langkah-Langkah Penerapan Sistem Keselamatan Pasien

Penerapan sistem keselamatan pasien membutuhkan dukungan dari berbagai bidang. Langkah-langkah yang harus dilakukan antara lain:

- a. Membangun budaya kerja yang mementingkan keselamatan dan keamanan pasien dengan meningkatkan kewaspadaan secara terus-menerus; penyelidikan yang seimbang dan terutama mempertanyakan mengapa, bukan siapa; keterbukaan dengan pasien untuk menciptakan suasana kerja sama dan saling percaya antara petugas Rumah Sakit dan pasien.
- b. Kepemimpinan dan dukungan terhadap seluruh petugas Rumah Sakit dalam menjaga keselamatan dan keamanan pasien: keteladanan, evaluasi dan umpan balik, *coaching* dan *mentoring* terhadap staf secara berkesinambungan untuk memberdayakan petugas Rumah Sakit, dukungan terhadap upaya keselamatan pasien juga mencakup alokasi sumber daya manusia, informasi, bahan dan peralatan.
- c. Melakukan manajemen risiko secara terpadu. Makna manajemen risiko tidak hanya terbatas pada litigasi oleh pasien maupun petugas kesehatan, tetapi lebih mendasar lagi khususnya keselamatan pasien, petugas kesehatan dan pengunjung Rumah Sakit, manajemen, analisis pemantauan, investigasi, dan pelatihan mengendalikan risiko merupakan suatu kesatuan. Pertimbangan risiko harus menjadi bagian strategi manajemen pelayanan kesehatan.
- d. Mengajukan dan memfasilitasi pelaporan semua kasus *medical error* yang dapat digabungkan dari tingkat lokal sampai tingkat nasional dengan menjaga kerahasiaan pasien dan organisasi yang melaporkan. Pelaporan harus menjadi pendorong pembelajaran yang harus dikembangkan dengan budaya pelaporan yang tanpa dibayangi ketakutan akan hukuman.
- e. Melibatkan pasien, keluarga dan seluruh masyarakat, menjelaskan dan bila perlu minta maaf, menyelidiki penyebab secara terbuka. Mendukung pasien dan keluarga bagaimana mengatasi dampak kesalahan medis, bekerja sama dalam pengobatan dan perawatan lebih lanjut, dan melibatkan pasien dalam investigasi dan rekomendasi untuk perubahan.
- f. Mempelajari dan menyebarluaskan temuan tentang penyebab kegagalan medis di antaranya pendekatan *root cause analysis*, dinamika sistem, diagram tulang ikan, dan lain-lain.
- g. Memberikan solusi-solusi untuk mencegah “*harm*”, bukan hanya sebatas mengajukan staf untuk berhati-hati tetapi mengatasi permasalahan mendasar, merancang peralatan dan sistem serta proses-proses lebih intuitif, mempersulit petugas untuk melakukan kesalahan dan mempermudah petugas untuk menemukan kesalahan.

B. Masalah *Patient Safety* Pelayanan KIA

“*Patient-Centred Care*” atau pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien merupakan sebuah prinsip pada pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berfokus pada kebutuhan pasien. Pasien berhak mendapatkan pendidikan, informasi, dan komunikasi mengenai pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien bukan berarti pasien mendapatkan semua yang mereka minta, melainkan pasien bekerja sama dengan petugas penyedia pelayanan kesehatan untuk berusaha mencapai tujuan kesehatan yang realistis dan dapat dicapai dengan mudah (Rosenbaum, 2010).

Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator manajemen mutu dalam institusi pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien berhubungan dengan banyak hal, baik secara langsung maupun tidak langsung, mulai dari infeksi nosokomial, jumlah hari perawatan, biaya perawatan, sampai kepuasan pasien. Terjaminnya keselamatan pasien di sebuah pelayanan kesehatan, akan berdampak pada minimnya penularan infeksi nosokomial. Minimnya kejadian infeksi nosokomial, maka jumlah hari dan biaya perawatan juga akan berkurang. Jumlah hari perawatan yang wajar dan biaya perawatan yang terjangkau, akan memberikan nilai baik pada kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan oleh institusi pelayanan kesehatan tersebut (WHO, 2005).

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi dan anak balita yang ada di Indonesia. Tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKABa) di suatu negara dapat dilihat dari kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang bermutu dan menyeluruh. Menurut hasil SDKI tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) secara nasional masih tinggi yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu 32 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Anak Balita (AKABa) yaitu sebesar 40 per 1000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Tingginya kematian ibu dan bayi salah satunya karena masalah 3T (tiga terlambat) yang melatar belakangi tingginya kematian ibu dan anak, terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan adanya sistem

rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu karena tindakan rujukan ditunjukkan pada kasus yang tergolong berisiko tinggi. Oleh karena itu, kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, terutama dalam mengatasi keterlambatan (Juniawati, 2014).

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas *monitoring* yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif Rumah Sakit (PONEK).

Puskesmas yang sudah memenuhi standar Pelayanan Obstetric Neonatal Esensial Dasar (PONED) seharusnya sudah mampu melakukan kegiatan PONED yang meliputi manajemen kehamilan normal dan komplikasi dalam kehamilan, proses persalinan dan periode postpartum. Pelayanan gawat darurat maternal dan neonatal termasuk pemberian antibiotik, obat oksitosin, obat anti konvulsan, manual plasenta, asuhan pasca keguguran, ekstraksi vakum dan ekstraksi forseps.

Layanan kesehatan di puskesmas berhasil mencapai tujuan apabila pasien yang berada dalam kondisi sakit cukup berat dan atau dalam kondisi kegawatdaruratan medik yang dirujuk ke fasilitas puskesmas mampu PONED, sudah dilayani sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Berdasarkan standar pelayanan medik dan SPO (Standar Prosedur Operasional). Apabila pasien tidak dapat ditangani sampai tuntas dapat dipersiapkan dan dirujuk tepat waktu dan tepat tujuan, sehingga mendapatkan layanan secara adekuat di fasilitas rujukan yang lebih mampu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Melihat permasalahan yang kita hadapi dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB termasuk AKN yang begitu kompleks maka diperlukan upaya yang lebih keras dan dukungan komitmen dari seluruh *stakeholder* baik pusat maupun daerah, seperti dukungan dari organisasi profesi dan seminari, masyarakat dan swasta serta LSM baik nasional maupun internasional. Salah satu upaya yang telah dilaksanakan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui penanganan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi ditingkat pelayanan dasar adalah melalui Upaya melaksanakan Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

C. Dampak Masalah Manajemen Sumber Daya Manusia

Salah satu cara untuk meningkatkan *patient safety* pada anak adalah penggunaan teknologi informasi dalam keperawatan.

- a. Penggunaan sistem informasi pada keperawatan anak telah terbukti efektif dalam meningkatkan keamanan pasien.
- b. penggunaan sistem informasi:
 - 1) Pendokumentasian asuhan keperawatan
 - 2) Pemberian obat intravena secara terus menerus,
 - 3) Pendokumentasian grafik pertumbuhan, dan sebagai sumber informasi yang dapat dipercaya.

Selain itu, ada 4 hal yang dapat mempengaruhi *safety* pada pelayanan kesehatan yang antara lain:

- a. *Leadership*
Mengembangkan pemahaman bahwa faktor manusia dapat menghambat keamanan pasien, penerapan ilmu *safety*, dan pemahaman terhadap dampak budaya pada keamanan pasien, merupakan kunci yang harus dipegang oleh pemimpin suatu organisasi kesehatan. Pemimpin hendaknya menempatkan *safety* sebagai prioritas dalam organisasi
- b. Sistem pelaporan
Pengumpulan data didasarkan pada analisis kasus per kasus daripada mencari pola sistem secara luas.
- c. *Problem solving*
Melibatkan mereka dalam upaya mengidentifikasi dan menyelesaikan permasalahan *safety*, menjadikan mereka bertanggung jawab terhadap diri sendiri, teman sejawat dan organisasi.
- d. Standar perilaku yang jelas
Saling menghargai, komunikasi terbuka, dan tanggung jawab untuk mengembangkan praktik. Kebijakan yang mendukung konsistensi dalam praktik perlu dilakukan secara tertulis.

D. Studi Kasus *Patient Safety* KIA

Human Development Indeks Indonesia pada tahun 2014 berdasarkan indikator Angka Kematian Ibu menunjukkan peringkat ke-190 (*Human Development Report 2015*, UNDP). Angka ini masih jauh dibandingkan Negara Cina peringkat ke-32 dan Negara Filipina peringkat ke-120 untuk Negara di Asia timur dan pasifik. Selain itu, apabila dikaitkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015, yakni menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka

kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup, juga belum tercapai. Isu Kesehatan tahun 2015-2019 menempatkan meningkatkan status kesehatan rakyat Indonesia pada setiap tahap kehidupan, mulai dari bayi hingga lansia (Menteri Kesehatan RI, Rakernas 2014). Mengingat pentingnya status kesehatan yang dimulai dari awal kehidupan, menempatkan upaya penurunan angka AKI AKB pada isu strategis penelitian kesehatan tahun 2016 (Kepala Litbangkes, 2016). Upaya pembangunan manusia, diharapkan berkesinambungan dan merata untuk seluruh wilayah Indonesia, bukan hanya menjangkau pada wilayah Indonesia Barat.

Sulawesi Selatan merupakan salah satu wilayah di Kawasan Timur Indonesia yang memerlukan sumber daya manusia yang andal agar pembangunan dapat berjalan sinergis dengan kawasan Indonesia Barat maupun kawasan lainnya. Menurut hasil Surkesnas/Susenas 2002-2003, AKB di Sulawesi Selatan sebesar 47 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan hasil Susenas 2006 menunjukkan AKB di Sulawesi Selatan pada tahun 2005 sebesar 36 per 1.000 kelahiran hidup, dan hasil SDKI 2007 menunjukkan angka 41 per 1.000 kelahiran hidup.

Dari hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2012 jumlah kematian bayi sebesar 861 bayi atau 5.93 per 1000 kelahiran hidup, oleh karena itu masih perlu upaya dari semua pihak yang terkait dalam rangka penurunan angka tersebut sehingga target (*Milinium Development Goals*) MDG's khususnya penurunan angka kematian dapat tercapai. Pada tahun 2002-2003, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup diperoleh dari hasil SDKI, kemudian menjadi 248 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Hal ini menunjukkan AKI cenderung terus menurun. Tetapi bila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai secara nasional pada tahun 2010, yaitu sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup dan target MDGs 2015 yaitu 102/100.000 KH, maka apabila penurunannya masih seperti tahun-tahun sebelumnya, diperkirakan target tersebut di masa mendatang sulit tercapai.

Henrik L. Blum menggambarkan 4 (empat) faktor utama yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat/ masalah kesehatan, salah satunya adalah faktor Pelayanan Kesehatan/*Medical Care Services*. Kualitas pelayanan kesehatan dapat menentukan kualitas derajat kesehatan masyarakat. Namun kenyataannya, masih terdapat masalah rendahnya kualitas pelayanan yang berdampak pada kesakitan, kecacatan bahkan kematian dari pasien.

Menurut Healy J. and Dugdale (2009) dalam masa 10 tahun terakhir ini, perhatian dunia terhadap pentingnya peranan keselamatan pasien meningkat terhadap bagaimana strategi serta cara dan kegiatan untuk menciptakan

keselamatan bagi pasien di Rumah Sakit. Beberapa faktor yang mempengaruhi terhadap Kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien adalah faktor organisasi seperti iklim keselamatan dan moral, faktor lingkungan kerja seperti susunan kepegawaian dan dukungan manajerial, faktor tim, seperti kerja tim dan supervisi Dan faktor staf (Yuwantina, 2012).

Menurut Rusmi (2010) Di Indonesia sendiri, kasus *medical error* sulit diidentifikasi. Laporan insiden baru tercatat di Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mulai September 2006. Hasil laporan insiden sejak September 2006 sampai Agustus 2007 sebanyak 145 insiden. Kasus *medical error* identik disebut kejadian gunung es, tidak tampak di dasar tetapi angka kejadian sangat tinggi (Satria W, dkk. 2013).

Kota Makassar merupakan salah kota di wilayah Sulawesi Selatan yang secara kuantitas memiliki sarana pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang paling banyak di antara kabupaten/ kota di Sulawesi Selatan. Namun, pertumbuhan sarana pelayanan KIA terbanyak belum diikuti oleh kajian kualitas pelayanan khususnya pada pelaksanaan *patient safety* pre-post persalinan sebagai upaya yang efektif dalam penurunan kasus AKI dan AKB. Pelaksanaan *patient safety* pre-postpartum di Kota Makassar dapat menjadi miniatur pelaksanaan *patient safety* di Sulawesi Selatan, sehingga penting untuk melakukan kajian penerapan *patient safety* pre-postpartum pada pelayanan kesehatan di Kota Makassar.

“Hasil penelitian Muchlis (2016) terhadap model penerapan *patient safety* pre-postpartum di RS bersalin X di Kota Makassar, menunjukkan bahwa belum adanya metode pengukuran khusus terhadap pelayanan *patient safety* pre-postpartum yang digunakan begitu pula pada pelayanan kesehatan lainnya, serta belum optimalnya pelaksanaan SOP (masih di bawah 75%) dari dokumen SOP yang ada di Rumah Sakit bersalin. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang disediakan di masyarakat, khusus untuk peningkatan kesehatan Ibu dan Anak, serta kesehatan reproduksi, kualitasnya belum terjamin secara optimal dalam mendorong upaya penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak serta kesehatan reproduksi secara nyata. Fakta ini, mendorong peneliti untuk berupaya melakukan kajian lebih lanjut tentang pelaksanaan *patient safety* pre-postpartum di pelayanan kesehatan. Tujuan jangka panjang dari penelitian ini yaitu menghasilkan suatu kebijakan kesehatan tentang pedoman teknis metode pengukuran *patient safety* pre-postpartum yang tepat “dan komprehensif berbasis *evidence based practice* (BEP)”

E. Standar *Patient Savety*

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus ada beberapa standar yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit dalam menjalankan program keselamatan pasien.

1. Standar I. Ketentuan tentang hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

Adapun kriteria dari standar ini adalah:

- a. Harus terdapat dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan kesehatan.
- c. Dokter yang menjadi penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan dan prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Standar II. Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung pasien dalam asuhan kesehatan pasien. Adapun kriteria dari standar tersebut antara lain. Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat di tingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu di Rumah Sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut di harapkan pasien dan keluarga dapat:

- a. Memberi informasi yang tepat, benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan kesehatan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan Rumah Sakit.
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Kriteria:

- a. Adanya koordinasi yang baik dari pelayanan kesehatan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis,

- perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari Rumah Sakit.
- b. Adanya koordinasi pelayanan kesehatan yang di sesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transaksi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c. Adanya koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
 - d. Adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Standar IV. Rumah Sakit mesti mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria dari standar IV adalah sebagai berikut:
- a. Setiap Rumah Sakit melakukan proses perencanaan yang baik dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, kebutuhan pasien-petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit”
 - b. Setiap Rumah Sakit melakukan pengumpulan data kinerja antara lain yang terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan dan keuangan.
 - c. Setiap Rumah Sakit melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD/KNC, dan secara proaktif melakukan evaluasi suatu proses kasus risiko tinggi bagi pasien.
 - d. Setiap Rumah Sakit menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang di perlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
5. Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit”

- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program untuk menekan atau mengurangi KTD/KNC
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit terkait dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengkaji, mengukur, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengkaji dan mengukur efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut.

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien guna meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit.
- 2) Tersedia program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden yang mencakup jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari KNC/Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) sampai dengan KTD (*Adverse Event*).
- 3) Tersedianya mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari Rumah Sakit terintegrasi serta berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 4) Tersedia prosedur yang cepat tanggap terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5) Tersedia mekanisme pelaporan baik internal dan eksternal yang berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (RCA) kejadian pada saat program keselamatan pasien mulai di laksanakan.
- 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian yang tidak diinginkan.
- 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam Rumah Sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja Rumah Sakit dan perbaikan Keselamatan

Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- 9) Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria obyektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja Rumah Sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
6. Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
 - a. Rumah Sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas dan transparan.
 - b. Rumah Sakit menyelenggarakan program pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien. Kriteria dari standar ini adalah sebagai berikut:
 - 1) Setiap Rumah Sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing- masing.
 - 2) Setiap Rumah Sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice* training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - 3) Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan training tentang kerja sama kelompok guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
 7. Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
 - a. Rumah Sakit harus merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
 - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria dari standar ini adalah:

- 1) Rumah Sakit perlu menyediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 2) Tersedia mekanisme untuk mengidentifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

BAB VII

ALAT UKUR PENELITIAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Pengertian Alat Ukur

Alat Ukur adalah alat untuk mengukur dari sesuatu masalah yang sangat beragam, bahkan bisa pula khusus. Artinya untuk mengukur sesuatu itu ada ukuran (skala)nya tersendiri.

Dalam hal ukur-mengukur tentu dengan alat ukur, sebenarnya yang dilakukan adalah mencermati variabel, apa yang menjadi variabel penelitian dan identifikasi masalah. Yang harus dicamkan bahwa yang menjadi sasaran atau objek/fokus penelitian adalah variabel. Bila variabel sudah diketahui, maka langkah berikutnya adalah menguraikan (menjabarkan) variabel menjadi subvariabel, yaitu aspek-aspek atau bagian-bagian dari variabel. Perincian Variabel atau bagian variabel dapat dipandang antara lain dari bagian atau kelompok yang ada di dalamnya atau aspeknya. Hal ini sangat dipengaruhi oleh sifat dan jenis variabel yang bersangkutan.

Setelah variabel dapat diuraikan menjadi sub variabel, maka selanjutnya adalah merinci sub variabel menjadi yang lebih kecil yaitu indikator. Dari indikator dibuat deskriptornya. Ke semua permasalahan tersebut dibahas secara terperinci pada variabel penelitian. Dengan menguraikan variabel menjadi sub variabel, kemudian menjadi indikator, maka pekerjaan menyusun/menentukan alat ukur menjadi lebih ringan dan dapat dipertanggungjawabkan. Apabila alat ukur tidak akurat, hasil pengukuran tidak akan akurat. Di dalam pengukuran, pada umumnya dapat dibedakan paling tidak dua bentuk alat ukur yang digunakan untuk memperoleh data, yaitu:

1. Pada bidang-bidang ilmu social, pengukuran selalu dengan menggunakan kuesioner atau wawancara, sedangkan
2. Pada bidang pengetahuan alam dan teknologi, pengukuran menggunakan alat ukur yang dapat dibentuk peralatan ukur, apakah dalam bentuk yang sederhana maupun merupakan sistem peralatan yang rumit.

Dalam bidang ilmu sosial nampaknya alat ukur itu agak rumit dan sulit, dibanding Ilmu Pengetahuan Alam atau mungkin sebaliknya. Contoh: Suatu variabel penelitian adalah luas, subvariabelnya, Panjang dan Lebar, inilah

deskriptornya. Satuan pengukuran atau dimensi adalah meter. Alat ukur adalah pengukur panjang.

Alat Ukur Pada Bidang-bidang Ilmu

Pada bidang ilmu alat ukur yang umum digunakan adalah kuesioner atau pemandu wawancara. Untuk memperoleh alat ukur maka peneliti harus membuat/menyusun/pemandu wawancara yang harus diperhatikan adalah penyusunan butir-butir pertanyaan. Terdapat dua pihak yang harus dipertimbangkan dalam menyusun kuesioner.

1. Pertimbangan Pihak (Kerangka Pikir) Responden
 - a. Daya tangkap Responden. Untuk ini peneliti harus memperhatikan usia, latar belakang pendidikan, latarbelakang kehidupan social, dalam menyusun alat pengumpul data.
 - b. Kesibukan Responden. Hal ini mempengaruhi banyak sedikitnya waktu yang tersedia untuk menjawab pertanyaan angket. Aspek kesibukan perlu dipertimbangkan dalam rangka:
 - 1) Menentukan butir-butir alat ukur, banyak butir akan berpengaruh terhadap waktu yang tersedia untuk menjawab.
 - 2) Kemudahan administrasi, hal ini berpengaruh pada kerelaan atau keengganan responden dalam menyediakan diri sebagai responden.
 - 3) Kemudahan mengerjakan oleh responden
2. Perimbangan dari pihak (Kerangka Pikir) Peneliti.
 - a. Variabel yang diungkap, hal ini berkaitan dengan data atau jenis data yang akan dikumpulkan.
 - b. Tenaga, waktu dan dana, hal ini berkaitan dengan rehabilitas, umumnya termasuk pada banyak butir pertanyaan, makin banyak butir pertanyaan semakin tinggi rehabilitasinya.
 - c. Teknik pengujian reliabilitas yang dipilih jika peneliti ingin mengujikan reliabilitas alat ukurnya dapat dipakai rumus Flanagan dan Rulon.

Selain pertimbangan di atas, pertanyaan lain yang harus dipertimbangkan adalah aturan kebahasaan, yaitu pemilihan kalimat tunggal, efektif, ungkapan yang tepat dan lain-lain, perlu pula dipertimbangkan dalam penyusunan alat ukur. Jadi apa bila menyusun alat ukur (pertanyaan atau angket) tidak akurat, hasil pengukuran pun tidak akurat pula.

Pemilihan atau Pengembangan Alat Pengumpul Data

Dalam mengukur, diperlukan kesesuaian antara alat pengukur dengan apa yang akan diukur. Artinya mengukur tinggi akan keliru bila

digunakan timbangan, haruslah diukur dengan meter. Selain kesesuaian antara alat pengukur dengan yang diukur, kecermatan dan kestabilan tertentu dari alat ukur yang diperlukan, misal: Menimbang berat dengan satuan ukuran gram lebih cermat ketimbang kilogram.

Pada suatu penelitian, alat pengambil data, menentukan mutu data yang dikumpulkan dan mutu data menentukan mutu penelitian. Alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data harus dipilih secara tepat agar tidak terjadi kesalahan dalam penelitian. Kesalahan- kesalahan bisa terjadi karena:

1. Jenis alat pengumpul data tidak tepat
2. Skala pengukuran tidak sesuai dengan karakteristik data yang akan dikumpulkan.

Agar data penelitian memiliki mutu yang cukup tinggi, maka alat pengambil data harus memenuhi syarat-syarat sebagai alat pengukur yang baik. Syarat-syarat alat pengukur yang baik adalah:

1. Reliabel atau keterandalan
2. Validitas atau kesahihan

Selain kedua syarat di atas, suatu alat ukur akan memberikan data yang lebih baik mutunya kalau memenuhi syarat-syarat keterbukaan artinya responden dalam menjawab pertanyaan tidak menutup-nutupi atau dibuat-buat dan dijawab dengan seadanya.

Reliabilitas adalah apabila alat ukur mampu memberikan hasil yang relatif tetap, apabila dilakukan secara berulang pada sekelompok individu yang sama. Reliabilitas secara implisit juga mengandung objektivitas, karena hasil pengukuran tidak terpengaruh oleh siapa pun pengukurannya.

Validitas adalah apabila alat ukur benar-benar dapat mengungkapkan aspek yang diselidiki secara tepat dan sesuai, atau benar-benar sesuai secara dan menjawab secara cermat tentang variabel yang diukur. Tingkat validitas harus diukur, sebelum alat ukur itu dipergunakan melalui serangkaian uji coba, terhadap keseluruhan alat ukur maupun item demi item Syarat lain, yang sangat penting adalah:

- a. Bersifat diagnosis
- b. Bersifat efisien

Alat ukur dikatakan bersifat diagnostik bila memiliki daya pembeda. Dalam arti kata, mampu memilah-milah atau memisah-misahkan antara keadaan tertinggi sampai terendah. Alat ukur dikatakan efisien bila cara mengerjakan mudah dan mudah pula memberikan nilai.

Berikut ini dikemukakan alat ukur yang mengandung objektivitas. Walaupun bukan dalam *scope* metode penelitian. Syarat bagi pembuat alat ukur yang obyektif adalah harus berusaha memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- a. Memiliki pengetahuan yang mendalam tentang yang akan diukur.
- b. Memiliki pengetahuan dan kecakapan dalam teknik konstruksi alat ukur.
- c. Memiliki kemampuan meneruskan buah pikiran secara teliti, singkat dan jelas dengan menggunakan bahasa yang baik dan benar.
Petunjuk umum menyusun item alat ukur yang objektif.
- a. Rumusan setiap pertanyaan secara tajam dan jelas agar tidak menimbulkan bermacam-macam tafsiran.
- b. Usahakan tidak memberikan pertanyaan dengan mempergunakan kalimat seperti yang terdapat pada buku.
- c. Usahakan agar pertanyaan tidak mendorong atau memberi sugesti agar yang diukur memilih jawaban tertentu sesuai dengan keinginan penyusun alat ukur.
- d. Usahakan membuat jumlah item yang cukup banyak dalam arti mencakup seluruh bahan yang akan alat ukur.
- e. Lakukan uji coba sebelum alat ukur digunakan sebagai pengumpul data. Uji coba diperlukan untuk mengetahui validitas, rehabilitas, penyebaran tingkat kesukaran dan analisis setiap item.

Alat Ukur pada Bidang-Bidang Ilmu Pengetahuan Alam dan Teknologi

Pada bidang-bidang Ilmu Pengetahuan Alam dan Teknologi, umumnya selalu menggunakan seperangkat peralatan berupa alat ukur. Perangkat peralatan/alat ukur dapat berbentuk sederhana, tetapi dapat pula merupakan sistem peralatan yang rumit dan sulit. Alat ukur yang digunakan mempunyai keandalan, keadaan ini sangat ditentukan oleh desain, operasi dan bagian-bagian alat ukur itu sendiri. Untuk melakukan pengukuran, peneliti perlu mengenal sistem dan tatacara serta batasan-batasan alat ukur, sehingga ia mengetahui dengan baik mutu data hasil pengukuran.

Operasi dari suatu alat ukur pada umumnya melalui serangkaian elemen-elemen fungsional. Elemen sensor primer berintegrasi dan menggunakan medium yang diukur. Alat Ukur yang baik adalah gangguan tersebut kecil sekali. Respons dari sensor dikonversikan menjadi variabel yang lebih sesuai tanpa mengubah kadar informasi yang ada pada masukan awal. Elemen manipulasi kadang-kadang diperlukan untuk memperbesar

variabel yang berisikan informasi. Data tersebut selanjutnya perlu ditransmisikan dan dipresentasikan oleh elemen penyaji data. Karakteristik dari alat ukur yaitu kepekaan sangat ditentukan oleh elemen-elemen fungsional yang ada dalam sistemnya. Besaran dan satuan dari data yang disajikan oleh alat ukur perlu ditetapkan secara konsisten menggunakan standar yang telah disepakati.

Untuk menjamin bahwa alat ukur betul-betul memberikan data yang baik, maka alat ukur perlu dikalibrasi dengan alat yang terpercaya. Apabila seorang peneliti melakukan pengukuran besaran fisis dengan suatu alat dan memperoleh harga numerik, pertanyaan yang timbul adalah seberapa jauh harga tersebut berbeda dari harga yang sesungguhnya. Sebagai teladan. Peneliti ingin mengukur panjang suatu tabung silinder. Di dalam operasi pengukuran dua hal selalu ikut bersama-sama yaitu ketepatan, ketelitian. Keduanya menentukan berapa jauh data yang diperoleh menyimpang dari harga yang sesungguhnya. Untuk menentukan ini maka pengukuran-pengukuran selalu didukung dengan analisis statistika/teori kesalahan.

B. Contoh Alat Ukur Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak

Tingginya angka kematian ibu membuat adanya keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 284/MENKES/SK/III/2004 tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Buku KIA merupakan alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang pemanfaatan buku KIA di Puskesmas Nampu Ukur.

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional diarahkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia dan dilaksanakan guna tercapai kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari pembangunan kesehatan salah satunya adalah menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Angka kematian ibu dan bayi mencerminkan tingkat pembangunan kesehatan dari suatu negara serta kualitas hidup dari masyarakatnya. Angka ini digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi program serta kebijakan kependudukan dan kesehatan. Program kesehatan Indonesia telah difokuskan untuk menurunkan tingkat kematian dan anak yang cukup tinggi. Penurunan kematian bayi dan ibu telah menjadi tujuan utama untuk mencapai tujuan *Sustainable Development Goals*.

Menurut World Health Organization (WHO), setiap harinya terdapat 830 kematian dikarenakan kehamilan dan persalinan di seluruh dunia yang

99% di antaranya berada pada negara berkembang. Secara global, tingkat kematian bayi telah menurun dari 8,8 juta pada tahun 1990 menjadi 4,2 juta pada tahun 2016.

Risiko seorang anak meninggal sebelum menyelesaikan tahun pertama usianya, dengan kasus tertinggi berada di bagian Afrika (52 per 1000 kelahiran hidup). Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih tinggi berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Berdasarkan prosedur estimasi langsung, rasio kematian maternal angka kematian ibu sebesar 359 kematian maternal per 100 000 kelahiran hidup untuk periode 2008-2012. Kematian bayi untuk periode lima tahun sebelum survei (2008-2012) adalah 32 kematian per 1000 kelahiran hidup.

Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota di Sumatera Utara, jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan tercatat sebanyak 239 kematian. Namun bila dikonversi, maka berdasarkan profil kabupaten/kota maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan profil kesehatan kab/kota di Sumatera Utara tahun 2016, dari 281.449 bayi lahir hidup, jumlah bayi yang meninggal sebanyak 1.132 bayi sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini maka secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka Kematian Bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2016 yakni 4/1.000 Kelahiran Hidup (KH). Rendahnya angka ini dimungkinkan karena kasus-kasus kematian yang dilaporkan hanyalah kasus kematian yang terjadi di sarana pelayanan kesehatan, sedangkan kasus-kasus kematian yang terjadi di masyarakat belum seluruhnya dilaporkan. Sedangkan Angka Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2016 akan sebesar 15,2/1.000 KH (5).

Tingginya angka kematian ibu membuat adanya keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 284/MENKES/SK/III/2004 tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak, alat komunikasi dan penyuluhan dengan informasi yang penting bagi ibu dan keluarga dan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk rujukannya dan paket (standar) pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi, imunisasi dan tumbuh kembang balita Sehingga ketika buku KIA tidak dimanfaatkan dengan baik maka akan sulit melakukan deteksi sejak dini pada ibu dan anak.

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) telah dirintis sejak 1997 dengan dukungan dari JICA (Japan International Cooperation Agency). Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi

baru lahir, bayi dan anak balita). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) juga memuat informasi tentang cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Setiap kehamilan mendapat 1 buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, hasil analisis menunjukkan bahwa 80,8 persen mempunyai buku KIA, namun yang bisa menunjukkan buku KIA saat pemeriksaan hanya 40,4 persen. Terdapat sebanyak 19,2 ibu yang sama sekali tidak memiliki buku KIA. Variasi kepemilikan buku KIA dan bisa menunjukkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) menurut provinsi antara cakupan terendah di Papua Barat (14,8%) dan tertinggi di DI Yogyakarta (63,5%). Menilai pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dapat dilihat dari hasil observasi buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) terhadap 5 komponen P4K (penolong persalinan, dana persalinan, kendaraan/ambulans desa, metode KB dan donor darah) menunjukkan bahwa pada penolong persalinan sebesar 35,4 persen, pada dana persalinan sebesar 17,3 persen, pada kendaraan/ambulans desa sebesar 14,4 persen, pada metode KB pasca salin sebesar 19,2 persen dan 12,1 persen pada sumbangan darah.

Kelengkapan pada semua komponen sebesar 10,7 persen dan 64,0 persen 5 komponen P4K tidak diisi sama sekali. Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak masih terkendala oleh rendahnya pengetahuan dan sikap ibu mengenai tanda bahaya kehamilan dan hal lain seputar kehamilan, persalinan, hingga anak berusia di bawah 5 tahun terhadap pemanfaatan dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sebagian besar ibu hamil menganggap bahwa buku KIA hanya dipergunakan untuk catatan kehamilan saja. Adapun hal yang mendukung pernyataan tersebut dibuktikan dengan

Penerapan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) secara benar akan berdampak pada peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga akan kesehatan ibu dan anak, menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta meningkatkan sistem *surveillance*, *monitoring* dan informasi kesehatan. Pengetahuan yang baik akan membuat ibu memiliki sikap positif terhadap pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Keberhasilan penggunaan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) hanya terjadi bilamana ibu, suami, keluarga dan pengasuh anak di panti/lembaga kesejahteraan sosial anak aktif membaca, mempelajari dan memahami secara bertahap isi buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karenanya diperlukan peran berbagai pihak terutama tenaga kesehatan dan kader untuk memfasilitasi dan memastikan

mereka paham akan isi Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan menerapkan pesan-pesan yang tercantum dalam Buku KIA. Ibu atau pengasuh anak juga diminta aktif di Kelas Ibu (Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita) dan Bina Keluarga Balita.

Berdasarkan hasil survei awal yang telah dilakukan pada bulan Juli di Puskesmas Namu Ukur, dilakukan tanya jawab kepada 25 ibu yang melakukan kunjungan antenatal mengenai buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Seluruh ibu mengatakan memiliki buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang di dapat dari bidan sewaktu pertama kali memeriksakan kehamilan, namun hanya 8 ibu yang membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) setiap melakukan kunjungan kehamilan, dan 17 ibu lainnya tidak membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan alasan sudah hilang, lupa, dan mengatakan tidak sebuah keharusan membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) saat kunjungan kehamilan sehingga apabila tidak dibawa tidak menjadi sebuah masalah.

C. Kajian Penelitian Pengukuran Kesehatan dan Anak

Hubungan pengetahuan ibu hamil dengan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Wilayah Kerja Puskesmas Namu Ukur. Hal ini sejalan dengan penelitian Miftahul Jannah dengan judul Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Pemanfaatan Buku Kia Di UPTD Puskesmas Pondok Gede Bekasi. Penelitian ini dilakukan menggunakan pendekatan studi kuantitatif dengan desain *cross sectional* dan data yang dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh dengan menyebarkan kuesioner.

Penelitian ini dilakukan pada ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas kecamatan pondok Gede Bekasi tahun 2013. Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas kecamatan pondok Gede Bekasi bahwa pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil sebanyak 74,4% yang memanfaatkan buku KIA sedangkan 25,6% yang tidak memanfaatkan buku KIA, variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan adalah variabel pengetahuan dan ketersediaan waktu dan yang paling dominan adalah pengetahuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ranti Lestari dengan judul Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Ibu Hamil tentang Pemanfaatan Kelas Ibu Hamil di Desa Nagrak Kecamatan Cianjur Kabupaten Cianjur.

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak, alat komunikasi dan penyuluhan dengan informasi yang penting bagi ibu dan keluarga dan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak

termasuk rujukannya dan paket (standar) pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi, imunisasi dan tumbuh kembang balita. Penerapan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) secara benar akan berdampak pada peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga akan kesehatan ibu dan anak, menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta meningkatkan sistem *surveillance, monitoring* dan informasi kesehatan.

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Adanya informasi baru yang didapatkan dari buku

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mengenai kesehatan ibu dan anak memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap kesehatan ibu dan anak. Pengetahuan yang baik akan membuat ibu memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Menurut peneliti adanya hubungan antara pengetahuan ibu dengan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dikarenakan ketika ibu memiliki pengetahuan yang kurang tentang buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maka ibu tidak mengetahui bahwa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dapat mendeteksi secara dini adanya gangguan dan menjadi sumber informasi mengenai kesehatan ibu dan anak sehingga ibu hanya menganggap buku tersebut tidak terlalu penting, karena apabila tidak dibawa dalam setiap pemeriksaan kehamilan ibu tetap dapat melakukan pemeriksaan tanpa merasa rugi sama sekali.

Ada pula ibu yang berpengetahuan kurang tetapi mendengarkan perkataan petugas kesehatan yang menyuruh ibu untuk datang membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) setiap kali melakukan pemeriksaan, membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan melakukan hal yang berada di buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) membuat ibu memanfaatkan buku KIA tersebut, meskipun ibu memiliki pengetahuan kurang.

Berbeda dengan ibu yang berpengetahuan baik, ibu yang berpengetahuan baik akan memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan cara membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), menerapkan hal-hal yang baik yang diperoleh dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seperti pemenuhan nutrisi saat masa kehamilan hingga keluarga untuk turut membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Ibu yang berpengetahuan baik akan memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak

(KIA) mulai dari masa kehamilan hingga memiliki balita yang digunakan untuk mendeteksi secara dini masalah kesehatan ibu dan anak.

Namun tidak semua ibu yang berpengetahuan baik memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dikarenakan ketika ibu sudah memiliki pengetahuan baik, ibu beranggapan bahwa semua yang berada di dalam buku KIA telah diketahui sehingga ibu tidak lagi membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan ikut mengajak suami/keluarga untuk membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Hubungan Sikap Ibu Hamil dengan Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Hasil uji statistik menggunakan chisquare didapatkan nilai $p = 0,001$ di mana $p < \alpha$ ($0,001 < 0.05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pengetahuan ibu hamil dengan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Wilayah Kerja Puskesmas Namu Ukur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Mariani pada tahun Proporsi yang memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang bersikap positif dan teratur memanfaatkan sebesar 80% sedangkan yang bersikap negatif dan teratur memanfaatkan sebesar 21,4%.

Diperlukan kesadaran ibu bahwa Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan tentang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), sehingga ibu akan mempunyai kebiasaan untuk membaca, memahami isi buku dan memanfaatkannya dengan menerapkan informasi yang terdapat di dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tidak hanya membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) setiap kali berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Perilaku pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dipengaruhi oleh sikap ibu yang merupakan hasil pertimbangan keuntungan dan kerugian dari perilaku (*outcome of behavior*) dan pentingnya konsekuensi-konsekuensi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*).

Sikap adalah pernyataan evaluatif terhadap obyek, orang atau peristiwa. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Pengertian sikap apabila diorientasikan pada respons individu, yaitu sikap adalah suatu bentuk dari perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavourable*) pada suatu objek.

Sikap positif ibu terhadap buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu predisposisi untuk dilakukannya pengasuhan anak yang baik sesuai dengan informasi yang diperolehnya dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sikap ibu tentang buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) akan dipengaruhi langsung oleh pengetahuan tentang pentingnya memanfaatkan

buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sikap yang terbentuk tersebut bersama-sama dengan pengetahuan akan memengaruhi perilaku seseorang.

Menurut peneliti adanya hubungan sikap ibu hamil dengan pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) karena sikap positif mendorong kesiapan ibu hamil untuk memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dengan sikap yang positif ibu hamil cenderung untuk selalu membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada setiap kali melakukan kunjungan kehamilan ke petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan menerapkan hal yang terdapat di dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) karena beranggapan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) penting untuk mengetahui ataupun mendeteksi keadaannya dan janinnya.

Namun ada pula ibu yang memiliki sikap positif, mengetahui bahwa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) itu penting tetapi tidak memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dikarenakan kelalaian ibu yang membuat ibu lupa membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) setiap kali kunjungan, waktu ibu yang tidak sempat untuk membaca buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan karena tidak dibaca maka ibu juga tidak melaksanakan hal yang terdapat di buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sebaliknya jika ibu hamil bersikap negatif terhadap buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maka akan ada kecenderungan ibu hamil untuk tidak membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada setiap kali melakukan kunjungan kehamilan ke petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, ibu tidak membaca buku KIA bahkan menghilangkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Selain daripada itu, adanya anggapan ibu hamil bahwa tanpa membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pemeriksaan akan tetap dilakukan dan pencatatan yang dilakukan pada fasilitas pelayanan tempat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan sudah dirasakan lengkap oleh ibu menjadi juga menjadi alasan bagi ibu untuk tidak membawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.

D. Pengukuran Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas

Pengukuran pelayanan dan jenis Indikator KIA Standar minimal “5 T” untuk pelayanan antenatal terdiri dari:

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Pemberian imunisasi TT lengkap
- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pengukuran pelayanan minimal atau SPM untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang wajib dilaksanakan yaitu 9

1. Cakupan Kunjungan ibu hamil K4

Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali. Standar 5 T yang dimaksud adalah:

- a. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi dan berat badan
- b. Pemeriksaan atau pengukuran tekanan darah
- c. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi fundus
- d. Pemberian imunisasi TT
- e. Pemberian tablet besi

Adapun Sumber data pengukuran yang dibutuhkan:

- a. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 diperoleh dari catatan register Kohort ibu dan laporan PWS KIA.
- b. Perkiraan penduduk sasaran ibu hamil diperoleh dari Badan Pusat Statistik atau BPS kabupaten atau propinsi Jawa Timur.

Kegunaan, mengukur mutu pelayanan ibu hamil, mengukur tingkat keberhasilan perlindungan ibu hamil melalui pelayanan standar dan paripurna serta jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4. Mengukur kinerja petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan ibu hamil.

2. Cakupan Pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan, tidak termasuk pertolongan pendampingan. Pertolongan persalinan dilakukan oleh dokter ahli, dokter, bidan atau petugas kesehatan lainnya yang telah memperoleh pelatihan teknis untuk melakukan pertolongan kepada ibu bersalin. Dilakukan sesuai dengan pedoman dan prosedur teknis yang telah ditetapkan. Perbandingan jumlah pertolongan

persalinan oleh tenaga kesehatan baik pemerintah maupun swasta di satu wilayah kerja pada kurun tertentu dengan penduduk sasaran ibu bersalin.

Adapun sumber data yang digunakan dalam pengukuran tingkat Puskesmas yaitu:

- a. Jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu diperoleh dari catatan register Kohort ibu dan laporan PWS KIA.
- b. Perkiraan penduduk sasaran ibu bersalin diperoleh dari BPS kabupaten atau provinsi.

Kegunaan mengukur kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan persalinan, menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional dan ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk. Ibu hamil risiko tinggi baru yang dirujuk, baik ditemukan oleh petugas kesehatan maupun melalui rujukan masyarakat, baik di dalam atau diluar institusi dan dihitung satu kali selama periode kehamilan.

3. Cakupan kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah kontak neonatus (0-28 hari) dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan dengan syarat usia 0-7 hari minimal 2 kali, usia 8- 28 hari minimal 1 kali (KN2) di dalam atau diluar institusi kesehatan. Perbandingan antara jumlah neonatal yang telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar KN2 di satu wilayah kerja pada kurun tertentu dengan penduduk sasaran bayi.

Adapun sumber data yang digunakan dalam pengukuran:

- a. Jumlah neonatal yang telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar KN2 diperoleh dari register Kohort bayi.
- b. Perkiraan penduduk sasaran bayi diperoleh dari BPS kabupaten atau Propinsi

Kegunaan mengukur jangkauan program KIA dalam pelayanan neonatal, dan mengukur kualitas pelayanan neonatal.

4. Cakupan kunjungan bayi

Kunjungan bayi adalah kontak pertama pemeriksaan kesehatan bayi (termasuk neonatal) oleh petugas kesehatan baik di dalam maupun diluar institusi kesehatan. Perbandingan antara jumlah bayi baru di satu wilayah kerja pada kurun tertentu dibagi dengan penduduk sasaran bayi. Kegunaan

yang digunakan yaitu mengukur jangkauan program KIA dalam pelayanan bayi.

5. Cakupan BBLR yang ditangani

Bayi baru dengan BBLR yang ditangani oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Perbandingan jumlah bayi baru dengan berat badan lahir rendah yang telah memperoleh penanganan sesuai standar oleh tenaga kesehatan dengan jumlah seluruh bayi baru lahir dengan berat badan rendah ditemukan di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

Adapun Sumber data yang digunakan:

- a. Petugas kesehatan diperoleh dari catatan register Kohort bayi dan laporan bulanan KIA.
- b. Jumlah bayi baru lahir dengan berat badan rendah di satu wilayah kerja diperoleh dari register Kohort bayi dan laporan bulanan KIA.

Kegunaan mengukur besarnya masalah kesehatan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah, mengukur kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan penanganan BBLR.

E. Pengukuran Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit

Rumah Sakit memegang peran penting dalam menurunkan AKB dan AKI karena sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Namun sampai saat ini AKB dan AKI Indonesia masih tetap tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN. Penyebab utamanya adalah komplikasi obstetri sebagai penyulit atau penyakit yang timbul selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang dialami sekitar 20% dari seluruh ibu hamil, tetapi kasus komplikasi obstetrik yang ditangani secara baik kurang dari 10%.

Meskipun terdapat penurunan substansial dalam jumlah tahunan kematian ibu sejak tahun 1990, namun diperkirakan 273.500 wanita meninggal setiap tahun sebagai akibat dari penyebab maternal. Di antara ibu yang bertahan hidup melahirkan, sekitar 10 juta akan menderita komplikasi terkait kehamilan dan persalinan. Banyak dari kondisi atau kematian ini dapat dicegah melalui intervensi tepat waktu yang terbukti efektif dan terjangkau. Sedangkan angka mortalitas pada anak-anak di bawah usia lima tahun juga telah berkurang secara substansial dan menurun lebih dari 47% sejak tahun 1990. Sayangnya, angka kematian neonatal di antara semua kematian balita

telah meningkat dari sekitar 36% pada tahun 1990 menjadi sekitar 44% pada tahun 2012. Hasil perawatan neonatal tersebut terkait erat dengan kesehatan ibu dan oleh karena itu, kualitas perawatan yang ibu terima selama persalinan, persalinan dan dalam periode postpartum berlangsung, merupakan periode risiko tertinggi untuk ibu dan bayi.

Komplikasi dan kematian ibu secara signifikan berdampak pada kemampuan bayi yang baru lahir untuk bertahan dan berkembang. Sedangkan kematian neonatal terkonsentrasi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, di mana angka kematian ibu juga tertinggi, utilisasi fasilitas terendah, dan kualitas perawatan yang tersedia paling buruk.

Merujuk pada data tersebut, dapat dilihat bahwa kematian ibu banyak ditemui di negara berpendapatan rendah, sektor termiskin dari populasi berpenghasilan menengah atau tinggi, dan rendahnya akses terhadap fasilitas dan pelayanan persalinan dan perawatan bayi baru lahir.

Berbagai bukti tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan yang rendah terhadap ibu dan bayi baru lahir ini menjadi kontribusi utama meningkatnya morbiditas dan morbiditas. Untuk itu perlu pemahaman faktor-faktor yang mendasari dan mempengaruhi kualitas layanan berbasis fasilitas serta menilai efektivitas intervensi untuk meningkatkan kualitas perawatan tersebut. Hal ini penting dalam rangka peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Mengukur dan Memastikan ANC Berkualitas di Tingkat Rumah Sakit

Antenatal Care (ANC) merupakan 1 dari 4 esensial elemen dalam menegakkan persalinan yang aman dan berkualitas sesuai dengan standar WHO. Oleh karena itu, ANC merupakan hal yang perlu mendapat perhatian serius selain memastikan kondisi kesehatan ibu dan janin ANC juga merupakan salah satu indikator mutu kesehatan ibu dan anak yang penting.

Dalam era JKN saat ini, ANC mengambil bagian dalam kendali mutu dan kendali biaya demi menjamin seluruh ibu hamil mendapatkan pelayanan yang bermutu sejak hari pertama kehamilan sampai dengan melahirkan. ANC yang berkualitas akan membantu tenaga kesehatan untuk mempersiapkan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi.

Melalui ANC berkualitas kondisi ibu dan bayi dimonitor secara ketat, apakah ibu termasuk dalam risiko tinggi, apakah pada saat melahirkan nanti akan terjadi komplikasi, dan lain-lain. ANC berkualitas juga memasukkan elemen promosi kesehatan, memberikan pertimbangan kepada ibu dalam

memilih persalinan, inisiasi menyusui dini, gizi, kontrasepsi dan keluarga berencana.

Walaupun sebagian besar ANC di Indonesia dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama namun tidak ada salahnya apabila kita menengok sedikit sebuah penelitian oleh Turan, Bulut, Nalbant, Ortayli, and Akalin (2006) dalam mengukur kualitas pelayanan ANC di 2 RS pemerintah dan 1 RS swasta di Turki. Turan *et al.* (2006) menggunakan *framework* yang dikembangkan oleh Bruce (1990) dengan mengombinasikan data kuantitatif dan kualitatif dari responden pada ketiga Rumah Sakit tersebut, responden yang diwawancarai antara lain pasien, petugas bagian administrasi, rekam medik, serta dokter, perawat dan bidan yang melakukan ANC. *Framework* ini dapat juga digunakan untuk mengukur kualitas ANC di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Framework dari Bruce (1990) ini terdiri dari 6 elemen yang saling mendukung satu sama lain. Elemen-elemen ini tidak hanya mengukur mutu dari sisi *provider* tapi juga dari sisi pasien. Berikut adalah hasil pengukuran mutu ANC di 3 RS di Turki dengan menggunakan *framework* ini:

1. Kompetensi teknis

Masih ada disparitas dalam pelayanan ANC antar Rumah Sakit di mana masih ada Rumah Sakit yang minim peralatan dan tenaga sehingga ANC yang dilakukan kurang maksimal. Di sisi lain, penggunaan peralatan yang berlebihan seperti USG membuat antrean untuk menggunakan peralatan USG menjadi sangat panjang dan membuat pasien mencari pelayanan USG di klinik swasta atau praktik dokter di luar Rumah Sakit dengan membayar biaya tambahan.

Hal lain yang menjadi sorotan Turan *et al.* (2006) adalah masalah personal hygiene dari petugas Rumah Sakit yang masih rendah seperti kebiasaan mencuci tangan dan merokok di lingkungan Rumah Sakit.

2. Mekanisme *follow-up* dan *continuity of care*

Lemahnya manajemen data dan pengaturan jadwal praktik dokter membuat pasien yang melakukan ANC di Rumah Sakit pemerintah harus melakukan beberapa tes secara berulang-ulang. Hal ini disebabkan karena mereka ditangani oleh dokter yang berbeda dan dokumentasi riwayat ANC mereka terkadang kurang jelas.

Selain itu, proses rujukan yang tidak menyertakan rekam medik pasien ditambah dengan tidak adanya tenaga kesehatan pendamping membuat penerima rujukan mengalami kesulitan dalam mengikuti proses perawatan dari pasien yang bersangkutan.

3. Ketepatan paket pelayanan: beberapa Rumah Sakit yang memiliki tenaga dan fasilitas yang terbatas terpaksa memilah pelayanan ANC mereka sehingga menjadi terfragmentasi atau terpisah-pisah. Hal ini membuat pasien harus melalui proses administrasi yang lebih panjang dan terkadang pasien harus mengeluarkan biaya ekstra untuk beberapa tes laboratorium yang tidak tersedia di Rumah Sakit tersebut.

4. Konseling dan penyampaian informasi
Sebagian responden menyatakan bahwa mereka lebih banyak menerima informasi tentang perkembangan kehamilan dan bayi mereka pada saat ANC, sedangkan informasi mengenai komplikasi, pengenalan tanda-tanda bahaya, persiapan kelahiran, dan konseling mengenai kontrasepsi setelah melahirkan jarang disampaikan.

Sementara hasil wawancara dengan tenaga kesehatan menyatakan bahwa mereka kesulitan untuk menjelaskan hal-hal tersebut karena tingkat pendidikan pasien yang rendah dan beban kerja mereka yang terlampaui banyak.

5. Pengambilan keputusan terkait persalinan/pasca persalinan
Sebagian besar responden merasa lebih nyaman mendiskusikan opsi persalinan mereka dengan dokter berjenis kelamin perempuan namun secara umum dalam ANC jarang dibahas mengenai alternatif persalinan mereka termasuk perawatan bayi pasca-persalinan dan opsi penggunaan alat kontrasepsi setelah bersalin.

6. Relasi interpersonal
Konflik interpersonal baik antar tenaga kesehatan maupun tenaga kesehatan dengan pasien kerap terjadi di Rumah Sakit pemerintah dibandingkan Rumah Sakit swasta. Hal ini disebabkan karena tingginya beban kerja, kurangnya fasilitas, *job description* yang kurang jelas, dan insentif/kompensasi yang rendah.

Secara keseluruhan responden yang mendapatkan pelayanan ANC di Rumah Sakit swasta merasa lebih puas dibandingkan responden di Rumah Sakit pemerintah. Beberapa rekomendasi yang disarankan oleh Turan *et al.* (2006) untuk meningkatkan mutu ANC di Rumah Sakit di Turki antara lain merevisi standar mutu yang digunakan dengan diikuti oleh pelatihan yang rutin kepada bidan, perawat, dan dokter agar mereka dapat mengikuti standar yang ada. Implementasi *electronical record system* yang terhubung antara satu *provider* dengan *provider* lainnya untuk memastikan *continuity of care*.

Pengurangan beban kerja tenaga kesehatan di Rumah Sakit Turan *et al.* (2006) disarankan untuk memindahkan pelayanan ANC ke tingkat *primary care* dengan memanfaatkan kunjungan bidan namun tetap diawasi dengan ketat dan didukung dengan sumber daya yang memadai untuk memastikannya tetap berkualitas. Promosi kesehatan untuk ibu hamil juga perlu ditingkatkan minimal agar ibu hamil dapat mengetahui tanda-tanda bahaya selama kehamilan, inisiasi menyusui dini, dan pengambilan keputusan saat melahirkan. Untuk itu kemampuan komunikasi dari tenaga kesehatan harus terus ditingkatkan untuk bisa menyampaikan informasi tersebut kepada pasien dengan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Austin A., et al. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. *Reproductive Health* 2014, 11(Suppl 2): S1.
- Bruce, J. 1990. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Departement Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Jakarta: Depkes RI
- Fitriyani, Lu'lu, N. 2017. Identifikasi Masalah Kesehatan Ibu dan Anak si Desa Api-Api Kecamatan Wonokerto Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Kesehatan Pena Medika*. Vol 7.
- Iskandar, Muhammad. 2018. "Hubungan Aspek Area Klinis Dan Area Manajerial Terhadap Keselamatan Pasien." *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo* 4(2): 110.
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014*.
- Maisuri T. Chalid. 2016. "Asuhan Antenatal Berkualitas : ANC Terpadu Dan Terfokus." *Jurnal Universitas Hasanudin Departemen Obstetri dan Ginekologi*.
- Maas, L. 2004. Kesehatan Ibu dan Anak (Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatannya). *Jurnal Elektronik*.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2004. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 2012. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jilid 1 Edisi 3. Jakarta: EGC
- Muchlis, N., 2019. Penerapan *Patient Safety Pre-Postpartum* di Pelayanan Kesehatan RS X di Kota Makassar. *Journal Manajemen Kesehatan* 5 (2): 91-101.

- Muchlis, N. *et al.* 2020. Potential Pre-Post-Partum Patient Safety Management Problems by Input-Process-Output Approach in Health Care. *International Journal of Pharmaceutical Research* 5 (3): 3042-3048.
- Rahmi, Andi. 2018. *Evaluasi Kebijakan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum Anutapura*. Universitas Tadulako. Palu.
- Rina Hanum, Mey Elisa Safitri. 2018. “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Pemanfaatan Buku KIA Di Puskesmas Namu Ukur.” *Jurnal Bidan Komunitas* 1(3): 9.
- Serli, Anieq, Nadyah. 2019. “Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal Pada Ibu Dengan Masalah Plasenta Previa Disertai Anemia Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tanggal 02-04 Agustus 2018.” *Jurnal Midwifery* 1(2): 68–78.
- Smith, Valerie *et al.* 2019. “Antenatal and Intrapartum Interventions for Reducing Caesarean Section, Promoting Vaginal Birth, and Reducing Fear of Childbirth: An Overview of Systematic Reviews.” *PLoS ONE* 14(10): 1–17.
- Sohimah, Yogi Andhi Lestari, and Arief Hendrawan. 2020. *The Influence of Age Factor on the Antepartum Haemorrhage Event in Cilacap Hospital Period of 2016–2018*. Atlantis Press 26: 2016–18.
- Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortayli, N., & Akalin, A. A. K. (2006). The Quality of Hospital-based *Antenatal Care* in Istanbul. *Studies in Family Planning*, 37(1), 49-60.
- Tedros Adhanom Ghebreyesus. 2018. Director General World Health Organization World Health Statistics 2018 : Monitoring Health For The SDGs. 2018th ed. Geneva, Switzerland.
- Wibowo B, 2004. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Winkjosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Cetakan 7. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- World Health Organization. 2016. World Health Statistics “Monitoring Health for The SDGs. *Open acces*.
- Zahtamal, dkk. 2011. “Determinant Factor Analysis on Mother and Child Health Service Problem”. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 6, No. 1

Buku ini berisi tentang ruang lingkup kesehatan ibu dan anak disertai dengan beberapa studi kasus berdasarkan hasil riset penelitian penulis. Buku ini cocok bagi mahasiswa, dosen maupun praktisi di bidang kesehatan. Buku ini juga dilengkapi dengan contoh metode pengukuran kinerja kualitas pelayanan ibu dan anak secara sederhana. Metode tersebut bisa digunakan oleh praktisi di pelayanan kesehatan untuk melakukan *self assesment* secara sederhana di fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing.



Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp. OG(K), MARS. lahir di Unaaha, 30 Mei 1976. Telah menyelesaikan Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokternya di Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2001. Selanjutnya pada tahun 2006, menyelesaikan Pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar. Tahun 2007, menyelesaikan pendidikan “Bioetika, Hukum Kedokteran dan Hak Asasi Manusia” Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta serta pendidikan “*Bioethics for Health Professionals*” di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2012, kemudian melanjutkan pendidikan program studi S-3 Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar dan meraih gelar Doktor pada tahun 2013. Tahun 2017, selesai melanjutkan pendidikan program studi S-2 Manajemen Administrasi Rumah Sakit (MARS) Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar. Pada tahun 2016, melanjutkan Pendidikan Konsultan OBGINSOS di Center Joglosemar (FK UGM) dan selesai pada tahun 2018. Dan sejak tahun 2019, sementara menempuh pendidikan S-2 Bioetika di Sekolah Pascasarjana UGM hingga saat ini.

Saat ini bertugas sebagai Dosen Tetap Fakultas Kedokteran Yayasan Wakaf UMI, Dosen Tidak Tetap Bagian OBGIN dan Bioetika di FK – UNHAS, serta dosen luar biasa pada berbagai akademi kebidanan di Makassar, Dokter Spesialis RS Ibnu Sina Yayasan Wakaf UMI Makassar. Dosen Pasca Sarjana S-2 Kesehatan Reproduksi UMI Makassar, dosen luar biasa pada Program Pascasarjana S-2 Kebidanan UNHAS, Asesor pada Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia (LAM-PTKes) serta saat ini bertugas sebagai Asesor RS Pendidikan (Wakil dari AIPKI).



Dr. Nurmiati Muchlis, S.KM., M.Kes. lahir di Ujung Pandang, 5 Maret 1980. Menyelesaikan studi S-1 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2003. Lulus S-2 Magister Administrasi Rumah Sakit di Universitas Hasanuddin tahun 2008 dan S-3 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga tahun 2018. Saat ini, merupakan Dosen Tetap Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat, khususnya tentang sumber daya manusia kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), dan kebijakan kesehatan. Email: nurmiati.muchlis@umi.ac.id.



Dr. Samsualam, S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes. lahir di Pinrang, 27 Agustus 1974. Menyelesaikan studi S-1 Administrasi Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2005, S-1 Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin tahun 2006, Profesi Ners di Stikes Nani Hasanuddin tahun 2008, S-2 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Universitas Hasanuddin tahun 2008, dan S-3 Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin tahun 2016. Sebagai praktisi di puskesmas tahun 1994-1998, Staf Rumah Sakit Umum Lasinrang Pinrang tahun 1999-2010, dan beralih ke dosen kopertis kementerian pendidikan pada Universitas Muslim Indonesia tahun 2011. Pengalaman mengajar di berbagai perguruan tinggi kesehatan di LL2 Dikti Wilayah 9 Sulawesi.



Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)
Jl. Rajawali, Gang Elang 6 No.3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581
Telp/Fax : (0274) 4533427
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)
cs@deepublish.co.id @penerbitbuku_deepublish
Penerbit Deepublish www.penerbitbukudeepublish.com

Kategori : Kesehatan

ISBN 978-623-02-1935-1



9

786230

219351