

**GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN
OBSTETRI PADA IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI DI RSUD DR. H ADBUL
MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2018**

Skripsi

**Oleh
Josepin Kevina Inka Wijaya**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRACT

RISK FACTORS OF OBSTETRIC EMERGENCY FOR WOMEN IN THE OBSTETRIC AND GYNECOLOGY DIVISION IN DR. H. ABDUL MOELOEK HOSPITAL LAMPUNG IN 2018

By

JOSEPIN KEVINA INKA WIJAYA

Background: Obstetric emergency is a life-threatening health condition that occurs in pregnancy during and after delivery. Early detection of symptoms and danger signs during pregnancy is the best effort to prevent the completion of the safety problems of pregnant women. Predisposing factors or risk factors and the presence of concomitant complications should be known from the beginning so that maximum efforts can be made to prevent severe disruption of pregnancy and the safety of the mother and baby.

Objectives: The aim of the research is to give description about risk factors for parity, age, height, type of delivery, history of maternal disease in cases of premature rupture of membranes, preeclampsia-eclampsia, placenta previa, to determine the level of risk based on Poedji Rochjati score cards and obstetric emergency relationships with Poedji Rochjati score cards.

Method: A descriptive study with cross sectional approach to 116 medical record data. The sampling technique is consecutive sampling, by one of these cases premature rupture of membranes, preeclampsia-eclampsia, and placenta previa.

Results: The prevalence of premature rupture of membranes is 45.7%, severe eclampsia preeclampsia is 43.1%, and placenta previa is 11.2%. The highest prevalence of risk factors is 20-35 years (69%), primipara (62.1%), TB > 145cm (62.1%), spontaneous delivery (47.4%), history of hypertension (36.2%), High Risk Pregnancy category (84.5%) %).

Conclusion: There are several risk factors that can cause obstetric emergencies such as parity, age, height, type of delivery, history of maternal disease.

Keywords: Obstetric Emergency, Poedji Rochjati Score Card, Risk factors,

ABSTRAK

GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN OBSTETRI PADA IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI DI RSUD DR. H ADBUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2018

Oleh

JOSEPIN KEVINA INKA WIJAYA

Latar Belakang: Kegawatdaruratan obstetrik yaitu kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi atau faktor risiko dan adanya penyulit penyerta sebaiknya diketahui sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya.

Tujuan: Deskripsi mengenai faktor risiko paritas, usia, tinggi badan, jenis persalinan, riwayat penyakit ibu pada kasus ketuban pecah dini, preeklamsi-eklamsia, plasenta previa, untuk mengetahui tingkat risiko berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati dan hubungan kegawatdaruratan obstetri dengan berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati.

Metode: Studi deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel sebanyak 116 data rekam medis dengan teknik *consecutive sampling*. Sasaran penelitian ini adalah ibu dengan diagnosis kasus ketuban pecah dini, preeklamsi-eklamsia, dan plasenta previa.

Hasil: Prevalensi ketuban pecah dini 45.7%, Preeklamsia berat-eklamsia 43.1%, dan plasenta previa 11.2%. Untuk prevalensi faktor risiko yang tertinggi yaitu 20-35 tahun (69%), primipara (62.1%), TB >145cm (62.1%), persalinan spontan (47.4%), riwayat hipertensi (36.2%), kategori Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (84.5%).

Simpulan: Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan kegawatdaruratan obstetri seperti usia, paritas, tinggi badan, riwayat penyakit,

jenis persalinan dan terdapat hubungan antara kegawatdaruratan obstetri dengan tingkat kehamilan berisiko berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati (p -value = 0,000).

Kata Kunci:Faktor risiko, Kartu Skor Poedji Rochjati, Kegawatdaruratan Obstetri

**GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN OBSTETRI
PADA IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN OBSTETRI DAN
GINEKOLOGI DI RSUD DR. H ADBUL MOELOEK PROVINSI
LAMPUNG TAHUN 2018**

**Oleh
Josepin Kevina Inka wijaya**

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

Judul Skripsi

**GAMBARAN FAKTOR RISIKO
KEGAWATDARURATAN OBSTETRI PADA
IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN
OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RSUD DR. H.
ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG
TAHUN 2018**

Nama Mahasiswa

: **Josepin Kevina Inka Wijaya**

Nomor Pokok Mahasiswa

: **1658011038**

Program Studi

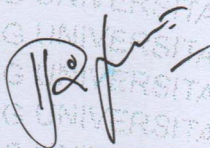
: **Pendidikan Dokter**

Fakultas

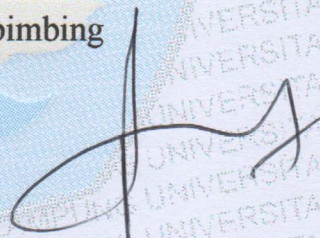
: **Kedokteran**

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



dr. Rodiani. M.Sc., Sp. OG
NIP. 197900419 2003122 0 022



dr. Dewi Nur Fiana, Sp. KFR
NIP. 19830221 201012 2 002

MENGETAHUI

2. Dekan Fakultas Kedokteran



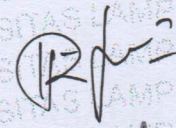
Dr. Dyah Wulan S.B. Wardani, SKM., M.Kes
NIP. 19720628 199702 2 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

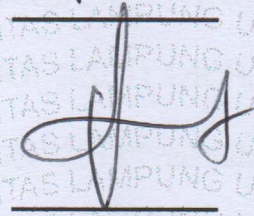
Ketua

: dr. Rodiani, M.Sc., Sp. OG



Sekretaris

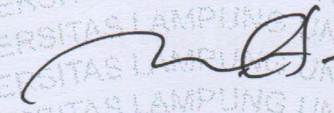
: dr. Dewi Nur Fiana, Sp. KFR



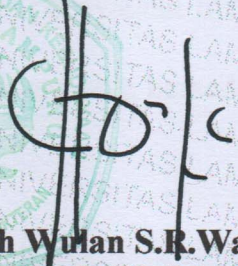
Penguji

Bukan Pembimbing

: dr. Nurul Islamy, M.Kes., Sp. OG



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, SKM., M.Kes

NIP. 19720628 199702 2 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 27 Desember 2019



LEMBAR PERNYATAAN

KIWAYAT HIDUP

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul "GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN OSBTETRI PADA IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RSUD DR.H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2018" adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran saya bersedia menanggung akibat dari sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 4 Januari 2020

Pembuat Pernyataan




Josepin Kevina Inka Wijaya

RIWAYAT HIDUP

Penulis Josepin Kevina Inka Wijaya dilahirkan di Bandar Lampung pada 1 Maret 1997, anak pertama dari satu bersaudara dari pasangan Bapak Santoso Asung Sungkowo S.Pd dan Ibu Ns. Mika Suwarti, S. Kep.

Penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak di TK Catharina Pesawaran pada tahun 2003, kemudian menyelesaikan Sekolah Dasar di SD Negeri 16 Pesawaran pada 2009. Menyelesaikan Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 11 Pesawaran pada 2012, dan menyelesaikan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 10 Bandar Lampung pada 2015.

Penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Ujian Mandiri (UM) pada tahun 2016. Selama menjadi mahasiswi, penulis aktif dalam kegiatan organisasi internal seperti BEM FK Unila.

Dengan segala kerendahan hati,

Aku persembahkan karya sederhana ini kepada

Tuhanku Yesus, Sahabat setiaku

Kepada Ayah dan Ibu

Terimakasih untuk doa, semangat dan cinta

yang kalian berikan selama ini.

Dan keselamatan itu tidak ada di dalam siapa pun juga selain di dalam DIA, sebab di bawah kolong langit ini tidak ada nama lain yang diberikan kepada manusia yang olehnya kita diselamatkan.

(Kisah Para Rasul 4:12)

Kuatkan dan teguhkanlah hatimu, janganlah takut dan jangan gemetar karena mereka, sebab Tuhan, Allahmu, Dialah yang akan berjalan menyertai engkau; Ia tidak akan membiarkan engkau dan tidak akan meninggalkan engkau.

(Ulangan 31:6)

SANWANCANA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya dan memapukan penulis dalam penyelesaian skripsi yang berjudul “GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN OBSTETRI PADA IBU BERSALIN YANG MASUK DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI DI RSUD DR. H ADBUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2018”.

Terimakasih kepada orang tua yang saya hormati dan banggakan Santoso Asung Sungkowo S.Pd dan Ns. Mika Suwarti, S. Kep yang sudah bekerja keras untuk mencukupkan kebutuhan penulis, dengan kasih sayang membesarkan penulis , memberikan pendidikan yang terbaik bagi penulis, dan untuk doa, perhatian, semangat, dan dukungan yang selalu diberikan kepada penulis.

Dalam meyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapat masukan, bantuan, dorongan, saran, bimbingan, dan kritik dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Karomani, M.Si., Selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. Dyah Wulan SRW, S.K.M., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

3. dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp.OG., selaku pembimbing 1 atas kesediaannya meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, kritik, nasehat, motivasi, ilmu, dan bantuan selama menyelesaikan skripsi ini.
4. dr. Dewi Nur Fiana, S.Ked., Sp.KFR., selaku pembimbing 2 atas kesediaannya meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, kritik, nasehat, motivasi, ilmu, dan bantuan selama menyelesaikan skripsi ini.
5. dr. Nurul Islamy, S.Ked., M.Kes., Sp.OG., selaku pembahas atas kesediaannya meluangkan waktu untuk memberikan koreksi, kritik, saran, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini serta memberikan nasehat.
6. Dr. dr. Asep Sukohar, S.Ked., M.Kes selaku pembimbing akademik atas bimbingan dan saran yang membangun selama proses belajar di Fakultas Kedokteran.
7. Seluruh dosen pengajar dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah banyak memberikan ilmu dan bantuan selama proses perkuliahan dan selama proses penyelesaian penelitian.
8. Direktur, dokter, bidan, perawat serta semua pihak di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang telah meluangkan waktunya selama proses pengambilan data penelitian.
9. Dr. Adyananto, Sp.BS paman saya yang selalu memberikan arahan, bimbingan, dukungan, dan motivasi dalam menyelesaikan perkuliahan di kedokteran ini.

10. Sahabat dan saudara saya andri, citra, cuca, yesi, sela, putra, tika, savira, laras, novita, kak lia, putri, dan vivin yang selalu memberi semangat, membantu, dan mendoakan penulis dalam menyelesaikan penelitian.
11. Sahabat perjuangan saya selama kuliah Brenda dan Laila yang selalu menguatkan dan mendoakan penulis.
12. Teman-teman seperjuangan skripsi Fahira, Ratu, Raynaldo yang selalu memberi semangat, membantu, dan mendoakan penulis dalam menyelesaikan penelitian.
13. Keluarga besar Permako Medis FK Unila sebagai wadah persekutuan bagi penulis sehingga penulis boleh bertumbuh dalam iman kepada Tuhan Yesus Kristus.
14. Teman-teman TR16EMINUS yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu , terimakasih atas kebersamaan, keceriaan, kekompakan selama perkuliahan, semoga kita menjadi dokter dan teman sejawat yang berguna bagi bangsa dan negara.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberi manfaat bagi pembacanya.

Bandar Lampung, 18 Desember 2019
Penulis,

Josepin Kevina Inka Wijaya

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Klinisi.....	6
1.4.2 Bagi Institusi.....	6
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kegawatdaruratan Obstetrik.....	8
2.1.1 Definisi Kegawatdaruratan Obstetrik.....	8

2.1.2	Klasifikasi Penyebab Kegawatdaruratan Obstetrik.....	8
2.1.2.1	Perdarahan Antepartum.....	9
2.1.2.2	Hipertensi dalam Kehamilan.....	12
2.1.2.3	Ketuban Pecah Dini.....	15
2.1.3	Diagnosis.....	15
2.1.4	Prinsip Umum Penanganan Kasus Gawatdarurat.....	17
2.2	Definisi Kehamilan Berisiko.....	20
2.2.1	Faktor Risiko.....	21
2.2.2	Kartu Skor Poedji Rochjati.....	21
2.2.3	Pencegahan Kehamilan Berisiko.....	30
2.3	Kerangka Teori.....	32
2.4	Kerangka Konsep.....	33

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian.....	34
3.2	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	34
3.3	Subjek Penelitian.....	34
3.3.1	Populasi.....	34
3.3.2	Sampel.....	35
3.3.3	Teknik Sampel.....	36
3.4	Kriteria Penelitian.....	36
3.4.1	Kriteria Inklusi.....	36
3.4.2	Kriteria Eksklusi.....	36
3.5	Variabel.....	36
3.5.1	Variabel Independen.....	36

3.5.2 Variabel Dependen.....	36
3.6 Definisi Operasional.....	37
3.7 Prosedur Penelitian.....	38
3.7.1 Jenis Data.....	38
3.7.2 Alur Penelitian.....	38
3.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	39
3.8.1 Pengolahan Data.....	39
3.8.2 Analisis Data.....	40
3.9 Etika Penelitian.....	40

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian.....	42
4.1.1 Analisis Univariat.....	42
4.1.2 Analisis Bivariat.....	46
4.2 Pembahasan.....	46
4.2.1 Analisis Univariat.....	46
4.2.2 Analisis Bivariat.....	54
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	55

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	56
5.2 Saran	57

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Tabel Kartu Skor Poedji Rochjadi.....	29
2. Definsi operasional.....	37
3. Prevalensi kejadian kegawatdaruratan obstetri.....	42
4. Karakteristik usia ibu hamil.....	43
5. Karakteristik paritas ibu.....	43
6. Karakteristik tinggi badan ibu.....	44
7. Karakteristik jenis persalinan ibu.....	44
8. Karakteristik riwayat penyakit ibu.....	45
9. Karakteristik kelompok kehamilan berisiko.....	45
10. Hubungan kejadian kegawatdaruratan obstetri terhadap kelompok kehamilan berisiko dengan kartu skor Poedji Rochjadi	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka teori	32
2. Kerangka konsep.....	33
3. Alur penelitian.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Presurvey

Lampiran 2. Persetujuan Etik

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari RSUD Dr. H Abdul Moeloek Lampung

Lampiran 5. Hasil Analisis Statistik

Lampiran 6. Dokumentasi

Lampiran 7. Data Rekam medis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) di setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, tetapi juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2018). Angka kematian ibu (AKI) di dunia masih terbilang tinggi, berdasarkan hasil laporan World Health Organization (WHO) pada tahun 2017 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia masih tinggi dengan jumlah 289.000 jiwa (WHO, 2017).

Data pada SDKI menyatakan, Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1991 yaitu pada tahun 1991 sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup namun pada tahun 2012 , Angka

Kematian Ibu meningkat kembali menjadi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan berdasarkan data SUPAS 2015 AKI menunjukkan penurunan yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup (SUPAS, 2015).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam upaya untuk menurunkan AKI mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS), antara lain terimplementasi dalam program jaminan pembiayaan pelayanan persalinan (JAMPERSAL) untuk menjamin semua persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan dan oleh tenaga kesehatan terlatih serta penyediaan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) dan pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk menjamin semua komplikasi obstetrik dapat tertangani dengan optimal. Selain itu, Kementerian Negara Pemberdayaan perempuan juga mencanangkan Gerakan Sayang Ibu (GSI) sebagai upaya menumbuhkan kesadaran bahwa kehamilan dan kelahiran dapat memunculkan risiko dan tidak hanya menjadi tanggung jawab ibu, tetapi juga juga keluarga, suami, orang tua, dan masyarakat (Kemenkes -RI, 2018)

Meskipun banyak usaha yang telah dilakukan untuk mengurangi kematian ibu, sejumlah wilayah di Indonesia masih mempunyai AKI tinggi. Jumlah kematian ibu terbanyak justru terjadi di provinsi dengan cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan tinggi, seperti Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah dan Sulawesi Selatan (Depkes RI, 2011).

Menurut Seksi Kesga Dinkes Provinsi Lampung , jumlah kematian ibu di Provinsi Lampung pada tahun 2015 yaitu sejumlah 149. Jumlah kematian ini berdasarkan akumulasi dari jumlah kematian ibu hamil sebanyak 28, jumlah kematian ibu bersalin sebanyak 46 dan jumlah kematian ibu nifas sebanyak 75. (Dinkes Lampung, 2016)

Kematian ibu yang utama yang paling banyak terjadi di provinsi Lampung pada tahun 2015 yaitu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (preeklampsia atau eklampsia), infeksi, persalinan macet, gangguan sistem, gangguan metabolik, dan lain-lain. Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir salah satunya adalah kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran) (Kemenkes -RI, 2018).

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi atau faktor risiko dan adanya penyulit penyerta sebaiknya diketahui sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi

yang dikandungnya. Kehamilan berisiko tinggi membawa ancaman bagi jiwa dan kesehatan ibu dan bayi sehingga memerlukan pengawasan yang lebih intensif dan proaktif dengan tujuan memperkecil kesulitan dan komplikasi yang terjadi, sehingga hasil akhirnya mendekati *well born baby* dan *well health mother* (Syahredi dan Nofita, 2014). Deteksi dini mengenai faktor risiko merupakan suatu kegiatan untuk menemukan ibu hamil dengan faktor risiko dan komplikasi kehamilan. Setiap kehamilan merupakan sesuatu yang normal dialami seorang wanita dalam proses reproduksinya tetapi adakalanya terjadi suatu komplikasi sehingga penanganan yang adekuat sedini mungkin dapat dilakukan untuk dapat menurunkan AKI (Jolly, 2013).

Beberapa penelitian terakhir kasus faktor risiko dengan menggunakan kartu skor Poeji Rochjati didapatkan hasil tertinggi untuk ada potensi gawat obstetri (APGO) atau Kehamilan risiko rendah adalah ibu bersalin dengan umur 35 tahun atau lebih. Kasus faktor risiko untuk ada gawat obstetri (AGO) atau kehamilan risiko tinggi yang terbanyak adalah serotinus. Kejadian faktor risiko terbanyak untuk ada gawat darurat obstetri (AGDO) adalah preeklampsia berat/eklampsia. Kasus kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) atau ada gawat darurat obstetri (AGDO) merupakan kasus yang terbanyak pada ibu bersalin. (Syahredi dan Nofita, 2014)

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran faktor risiko kegawatdaruratan obstetrik pada ibu bersalin yang masuk di bagian obstetri dan ginekologi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek di Provinsi Lampung pada bulan Januari sampai Desember tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan pada latar belakang maka permasalahan dalam penelitian ini yaitu bagaimana distribusi kejadian faktor risiko kegawatdaruratan pada ibu bersalin yang masuk di bagian obstetri dan ginekologi di RSUD DR.H.Abdul Moeloek provinsi Lampung pada tahun 2018?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Untuk mendeskripsikan distribusi kejadian faktor risiko kegawatdaruratan obstetrik ibu bersalin di bagian obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus :

1. Untuk mendeskripsikan prevalensi kejadian kegawatdaruratan obstetri yang meliputi ketuban pecah dini, preeklampsia-eklampsia, dan plasenta previa di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.

2. Untuk mendeskripsikan faktor risiko usia ibu terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
3. Untuk mendeskripsikan faktor risiko paritas ibu terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
4. Untuk mendeskripsikan faktor risiko tinggi badan ibu terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
5. Untuk mendeskripsikan faktor risiko jenis persalinan ibu terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
6. Untuk mendeskripsikan faktor risiko riwayat penyakit ibu terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
7. Untuk mendeskripsikan faktor risiko berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.
8. Untuk menganalisis hubungan kegawatdaruratan obstetri dengan tingkat kehamilan berisiko berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati terhadap kegawatdaruratan pada ibu bersalin di bagian obstetrik dan ginekologi di RSUD Abdul Moeloek pada tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian adalah:

1.4.1 Bagi Klinisi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan sehingga berguna dalam meningkatkan pelayanan untuk ibu hamil risiko tinggi.

1.4.2 Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber bacaan mengenai ilmu pengetahuan terkait dan dapat dijadikan pedoman dalam proses pembelajaran.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai gambaran ibu hamil yang memiliki risiko kegawatdaruratan obstetri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kegawatdaruratan Obstetrik

2.1.1 Definisi Kegawatdaruratan Obstetrik

Keadaan gawat darurat dalam obstetrik adalah keadaan yang memerlukan penanganan cepat dan adekuat untuk menyelamatkan jiwa ibu atau janinnya (Bagus, 2001). Kegawatdaruratan obstetrik yaitu kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya (Sarwono, 2016)

2.1.2 Klasifikasi Penyakit Kegawatdaruratan Obstetrik

Secara umum kegawatdaruratan obstetrik dibagi menjadi dua yaitu keadaan darurat saat kehamilan yang meliputi perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, vasa previa, ruptur uteri), preeklampsia dan eklampsia, dan infeksi yang meliputi ketuban pecah dini sedangkan keadaan darurat yang mungkin timbul selama persalinan yaitu distosia bahu, *umbilical cord prolapsed*, plasenta previa, inversi uterus, dan emboli cairan ketuban (Pregnancy - obstetric

emergencies,2019). Selain itu, masih terdapat jenis kasus gawatdarurat obstetrik yang tidak terkait langsung dengan kehamilan dan persalinan yaitu rendahnya status gizi ibu hamil (anemia) dan “4 terlalu yaitu: terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak dan 3 terlambat” yaitu: terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan. Terlambatnya mengenali tanda bahaya disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu mengenai tanda bahaya kehamilan yang berdampak pada meningkatnya kematian ibu (Lawn, 2012)

Klasifikasi tersebut adalah sebagai berikut

2.1.2.1 Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pada trimester terakhir dari kehamilan yaitu yang terjadi setelah minggu ke 28 masa kehamilan.

a. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. (*Prae* : di depan; *vias* : jalan). Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau di daerah fundus uteri. Klasifikasi plasenta previa yaitu

- Plasenta previa totalis atau komplit yaitu plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum .

- Plasenta previa parsialis yaitu plasenta yang menutupi sebagian dari ostium uteri internum.
- Plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
- Plasenta letak rendah yaitu plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

Kejadian plasenta previa bervariasi antara 0,3-0,5% dari seluruh kelahiran. Dari seluruh kasus perdarahan antepartum, plasenta previa merupakan penyebab yang terbanyak. Oleh karena itu, pada kejadian perdarahan antepartum, kemungkinan plasenta previa harus dipikirkan lebih dahulu. Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan yang endometriunya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Keadaan ini bisa ditemukan pada multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek, mioma uteri, kuretasi yang berulang, umur lanjut, bekas seksio sesarea dan perubahan inflamasi atau atrofi, misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain.

Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua ke atas.

Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sesuatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, jadi berulang.

2.1.2.2 Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu dari tiga penyebab tertinggi mortalitas dan morbiditas ibu bersalin (Cunningham, 2014). Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg. Pengukuran tekanan darah sekurang-kurangnya dilakukan 2 kali selang 4 jam. Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan nifas.

Klasifikasi yang dipakai di Indonesia adalah berdasarkan *Report Of The National High Blood Pressure Education Program Working Group On High Blood Pressure In Pregnancy* tahun 2001, yaitu

a) Preeklampsia

Hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Preeklampsia dibagi menjadi dua, yaitu preeklampsia ringan yang merupakan suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel dan preeklampsia berat yaitu preeklampsia dengan tekanan

darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria lebih 5 g/24 jam.(Sarwono, 2016).

Preeklampsia tidaklah sesederhana "satu penyakit", melainkan merupakan hasil akhir berbagai faktor yang kemungkinan meliputi sejumlah faktor yaitu usia <20 tahun atau >35 tahun, nuliparitas (wanita yang belum melahirkan), kehamilan ganda, mola hidatidosa, diabetes mellitus, penyakit tiroid, hipertensi kronik, penyakit ginjal, dan riwayat keluarga preeklampsia dan faktor yang dianggap penting lainnya adalah implantasi plasenta disertai invasi trofoblastik abnormal pada pembuluh darah uterus, toleransi imunologis yang bersifat maladaptif di antara jaringan maternal, plasental, dan fetal, maladaptasi maternal terhadap perubahan kardiovaskular atau inflamatorik yang terjadi pada kehamilan normal, dan faktor-faktor genetik, termasuk gen predisposisi yang diwariskan, serta pengaruh epigenetik(Cunningham, 2014).

Etiologi preeklampsia belum diketahui tapi pada penderita yang meninggal karena eklamsi terdapat perubahan yang khas yaitu spasmus arteriole, retensi Na dan air, serta koagulasi intravaskuler (Avery, 2009).

Kriteria diagnostik untuk preeklampsia yaitu

Kriteria Minimum

- Tekanan darah (TD) sistolik >140 mmHg atau TD diastolik >90 mmHg sesudah usia kehamilan 20 minggu, pada dua kali pengukuran tensi yang dilakukan dengan selang waktu 6 jam sementara pasien dalam keadaan tirah baring.
- Proteinuria yaitu 0,3 g atau lebih per 24 jam atau $\geq 1+$ dipstick
- Dengan atau tanpa edema (yang disebabkan oleh hilangnya albumin ke dalam urin) (Tao.K, 2013).

Kemungkinan preelampsia meningkat:

- TD sistolik ≥ 160 mmHg atau TD diastolik ≥ 110 mmHg
- Proteinuria 2.0 g/ 24 jam atau $\geq 2+$ pada pemeriksaan dipstick
- Serum kreatinin >1.2 mg/dL
- Trombosit <100.000 μ L
- Hemolisis mikroangiopati -peningkatan LDH
- Peningkatan level serum transaminase-ALT atau AST
- Nyeri kepala yang persisten atau gangguan serebral atau visual lainnya
- Nyeri epigastrik yang persisten(Cunningham, 2014).

b) Eklampsia

Eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan kejang-kejang dan/atau koma (Sarwono, 2016). Kejang yang timbul merupakan kejang umum dan menurut saat terjadinya eklampsi dibagi menjadi tiga, yaitu eklampsi antepartum ialah eklampsi yang terjadi sebelum persalinan, eklampsi intrapartum ialah eklampsi sewaktu persalinan, dan eklampsi *postpartum* yaitu eklampsi setelah persalinan. Kebanyakan terjadi pada *antepartum* (Avery, 2009). Serangan pada eklampsi dapat dibagi dalam 4 tingkat, yaitu

- 1) Tingkat invasi (tingkat permulaan) yaitu mata terpaku dipalingkan ke satu pihak, kejang-kejang halus terlihat pada muka. Tingkat ini berlangsung beberapa detik
- 2) Tingkat kontraksi (tingkat kejang tonis) yaitu seluruh badan menjadi kaku, kadang-kadang terjadi episthotonus. Lamanya 15-20 detik
- 3) Tingkat konvulsi (tingkat kejang klonis) yaitu terjadi kejang yang hilang timbul; rahang membuka dan menutup begitu pula mata; otot-otot muka dan otot badan berkontraksi dan berelaksasi berulang. Kejang ini sangat kuat hingga pasien dapat terlempar dari tempat tidur atau lidahnya tergigit. Ludah yang berbuih bercampur darah keluar dari mulutnya, mata merah, muka biru, berangsur kejang berkurang dan akhirnya berhenti. Lamanya 1 menit

4) Tingkat koma yaitu setelah kejang klonis ini pasien jatuh dalam koma. Lamanya koma ini dari beberapa menit sampai berjam-jam. Kalau pasien sadar kembali maka ia tidak ingat sama sekali apa yang telah terjadi (amnesia retrograd) (Yeomans, 2006).

Eklamsi lebih sering terjadi pada kehamilan kembar, hidramnion, dan mola hidatidosa. Gambaran klinis eklamsia yaitu tekanan darah yang tinggi dengan proteinuria atau tanda-tanda preeklamsia yang berat dengan serangan kejang/konvulsi, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, nyeri di ulu hati, kegelisahan dan hiperrefleksi sering mendahului serangan kejang.

2.1.2.4 Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila Ketuban Pecah Dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut Ketuban Pecah Dini pada kehamilan prematur. Pecahnya selaput ketuban berkaitan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra selular amnion, korion, dan apoptosis membran janin. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang

menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. (Kourtis, Read and Jamieson, 2014).

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Faktor risiko terjadinya Ketuban Pecah Dini adalah berkurangnya asam askorbik sebagai komponen kolagen dan kekurangan tembaga dan asam askorbik yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal karena antara lain merokok (Sarwono, 2016).

Diagnosis untuk ketuban pecah dini ditentukan dengan pecahnya selaput ketuban, dan adanya cairan ketuban di vagina. Penentuan cairan ketuban dapat dilakukan dengan tes lakmus (*Nitrazin test*) merah menjadi biru. Tentukan usia kehamilan, bila perlu dengan pemeriksaan ultrasound ditandai dengan adanya oligohidramnion. Tentukan adanya infeksi, tanda-tanda infeksi adalah bila suhu ibu lebih dari 38°C serta air ketuban keruh dan berbau.

2.13 Diagnosis

Dalam menentukan kondisi kasus obstetrik yang dihadapi apakah dalam keadaan gawat darurat atau tidak, secara prinsip harus dilakukan pemeriksaan secara sistematis meliputi anamnesis,

pemeriksaan fisik umum, dan pemeriksaan obstetrik. Dalam praktik, oleh karena pemeriksaan sistematis yang lengkap membutuhkan waktu lama, padahal penilaian harus dilakukan secara cepat, maka dilakukan penilaian awal.

Penilaian awal ialah langkah pertama untuk menentukan dengan cepat kasus obstetrik yang dicurigai dalam keadaan gawatdarurat dan membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit (komplikasi) yang dihadapi. Dalam penilaian awal ini, anamnesis lengkap belum dilakukan. Fokus utama penilaian adalah apakah pasien mengalami syok hipovolemik, syok septik, syok jenis lain (syok kardiogenik, syok neurologi, dan sebagainya), koma, kejang-kejang, atau koma disertai kejang-kejang dan hal itu terjadi dalam kehamilan, persalinan, pascasalin, atau masa nifas. (Cunningham, 2014).

Pemeriksaan yang dilakukan untuk penilaian awal sebagai berikut

- (1) Penilaian dengan periksa pandang (*inspeksi*) yaitu menilai kesadaran penderita apakah pingsan/koma, kejang-kejang, gelisah, tampak kesakitan; menilai wajah penderita apakah pucat, kemerahan, banyak berkeringat; menilai pernapasan apakah cepat atau sesak napas; dan menilai perdarahan dari kemaluan.

(2) Penilaian dengan periksa raba (*palpasi*), meraba apakah kulit dingin atau demam, meraba nadi apakah lemah/kuat, cepat/normal dan meraba kaki/tungkai bawah apakah bengkak.

(3) Penilaian tanda vital yang meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan. Hasil penilaian awal ini, berfokus pada apakah pasien mengalami syok hipovolemik, syok septik, syok jenis lain, koma, atau kejang-kejang menjadi dasar pemikiran apakah kasus mengalami penyulit perdarahan, infeksi, hipertensi / preeklampsia / eklampsia, atau penyulit lain (Sarwono, 2016).

2.1.4 Prinsip Umum Penanganan Kasus Gawatdarurat

a. Pastikan Jalan Napas Bebas

Harus diyakini bahwa jalan napas tidak tersumbat. Jangan memberikan cairan atau makanan ke dalam mulut karena pasien sewaktu-waktu dapat muntah dan cairan muntahan dapat terhisap masuk ke dalam paru-paru (aspirasi). Putarlah kepala pasien dan jika perlu putar juga badannya ke samping dengan demikian bila ia muntah, tidak sampai terjadi aspirasi. Jagalah agar kondisi badannya tetap hangat karena kondisi hipotermia berbahaya, dan dapat memperberat syok. Naikkanlah kaki pasien untuk membantu aliran darah balik ke jantung.

b. Pemberian Oksigen

Oksigen diberikan dalam kecepatan 6-8 liter/menit. Intubasi ataupun ventilasi tekanan positif hanya dilakukan kalau ada indikasi yang jelas.

c. Pemberian Cairan Intravena

Cairan intravena diberikan pada tahap awal untuk persiapan mengantisipasi kalau kemudian penambahan cairan dibutuhkan. Pemberian cairan infus intravena selanjutnya baik jenis cairan, banyaknya cairan yang diberikan, dan kecepatan pemberian cairan harus sesuai dengan diagnosis kasus. Pada umumnya dipilih cairan isotonik, misalnya NaCl 0,9 % atau Ringer Laktat. Jarum infus yang digunakan sebaiknya nomor 16-18 agar cairan dapat dimasukkan secara cepat.

d. Pemberian Transfusi Darah

Pada kasus perdarahan yang banyak, terlebih lagi apabila disertai syok, transfusi darah sangat dibutuhkan untuk menyelamatkan jiwa penderita. Walaupun demikian, transfusi darah bukan tanpa risiko dan bahkan dapat berakibat komplikasi yang berbahaya dan fatal. Oleh sebab itu, keputusan untuk memberikan transfusi darah harus dilakukan dengan sangat hati-hati.

e. Pasang Kateter Kandung Kemih

Kateter kandung kemih dipasang untuk mengukur banyaknya urin yang keluar guna menilai fungsi ginjal dan keseimbangan pemasukkan dan pengeluaran cairan tubuh. Lebih baik dipakai kateter *foley*. Jika kateterisasi tidak mungkin dilakukan, urin ditampung dan dicatat kemungkinan terdapat peningkatan konsentrasi urin (urin berwarna gelap) atau produksi urin

berkurang sampai tidak ada urin sama sekali. Diharapkan produksi urin paling sedikit 100ml/4 jam atau 30ml/jam.

f. Pemberian Antibiotika

Antibiotika harus diberikan apabila terdapat infeksi, misalnya pada kasus sepsis, syok septik, cedera intraabdominal, dan perforasi uterus. Apabila tidak terdapat tanda-tanda infeksi, misalnya pada syok perdarahan, antibiotika tidak perlu diberikan. Apabila diduga ada proses infeksi yang sedang berlangsung, sangat penting untuk memberikan antibiotika dini.

g. Obat Pengurang Rasa Nyeri

Pada beberapa kasus gawat darurat obstetrik, penderita dapat mengalami rasa nyeri yang membutuhkan pengobatan segera. Pemberian obat pengurang rasa nyeri jangan sampai menyembunyikan gejala yang sangat penting untuk menegakkan diagnosis. Hindarilah penggunaan sedasi berlebihan.

h. Penanganan Masalah Utama

Penyebab utama kegawatdaruratan kasus harus ditentukan diagnosis dan ditangani sampai tuntas secepatnya setelah kondisi pasien memungkinkan untuk segera ditindak.

i. Rujukan

Apabila fasilitas medik di tempat kasus diterima terbatas untuk menyelesaikan kasus dengan tindakan klinik yang adekuat, maka kasus harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih

lengkap (Verma *et al.*, 2016) . Selain itu terdapat rujukan terencana yang disiapkan oleh atau keluarga dalam mempersiapkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Rujukan terencana ini bertujuan untuk menurunkan rujukan atau mengurangi rujukan terlambat, mencegah komplikasi penyakit ibu dan anak , serta mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak.

Rujukan terencana diklasifikasikan menjadi tiga jenis yaitu rujukan dini berencana, rujukan dalam rahim, dan rujukan tepat waktu. Rujukan dini berencana yaitu rujukan yang dilakukan pada ibu atau anak yang masih sehat yang diperkirakan memiliki risiko tinggi seperti Potensi Gawat Obstetri (GPO) dan Gawat Obstetri (GO) yang direncanakan atau disiapkan jauh sebelum persalinan. Rujukan dalam rahim yaitu rujukan yang dilakukan bagi ibu yang mempunyai riwayat obstetrik yang jelek. Terdapat dua tahap yaitu pada saat hamil dirujuk untuk mengetahui penyebab kegagalannya dan menjelang proses persalinan dirujuk lagi untuk mengelola proses persalinannya. Dan rujukan tepat waktu yaitu rujukan yang harus segera dilakukan dalam menyelamatkan nyawa, karena pada saat ini sudah terjadi Gawat Darurat Obstetri (GDO) (Saifudin, 2004).

2.2 Definisi Kehamilan Berisiko

Kehamilan berisiko adalah kehamilan yang dapat menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi pada ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan, ataupun nifas apabila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas pada wanita hamil normal (Haryati N., 2012).

2.2.1 Faktor Risiko

Menurut Mochtar faktor risiko digolongkan menjadi dua faktor nonmedis dan faktor medis yang dapat mempengaruhi kehamilan adalah

- a. Faktor nonmedis antara lain adalah kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitator dan sarana kesehatan yang kurang memadai, kemiskinan, kepercayaan, ketidaktahuan, dan lain-lain.
- b. Faktor medis antara lain adalah kelainan obstetrik, penyakit-penyakit ibu dan janin, komplikasi persalinan, penyakit neonatus, dan kelainan genetik.

2.2.2 Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara ceklis dari kondisi ibu hamil

atau faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, dan nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.

Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)
(Rochjati, 2011).

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR yaitu :

1. Kelompok Faktor Risiko I yaitu Kehamilan Risiko Rendah (KRR) atau Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) yaitu ibu tidak mempunyai keluhan dan selama kehamilan ibu dalam keadaan sehat dan biasanya ditemukan dengan mudah melalui pemeriksaan sederhana yaitu wawancara dan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan. Terdapat sepuluh faktor risiko yaitu tujuh terlalu dan tiga pernah meliputi :

a. Primi Muda yaitu ibu yang pertama hamil terlalu muda ≤ 16 tahun. Wanita berumur ≤ 16 tahun dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan sehingga dapat meningkatkan risiko perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, dan

bayi prematur. Risiko terjadi gangguan kesehatan lebih besar pada waktu usia muda.

- b. Primi tua yaitu lama perkawinan ≥ 4 tahun. Primi tua lama perkawinan > 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa pasangan suami istri tinggal serumah, tidak memakai alat kontrasepsi (KB), serta suami istri tidak sering keluar kota.
- c. Primi Tua pada Umur Ibu ≥ 35 tahun yaitu ibu hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun. Bahaya yang dapat terjadi yaitu mengalami preeklamsi, ketuban pecah dini, persalinan macet, perdarahan setelah persalinan, bayi dengan berat badan lahir rendah < 2500 g.
- d. Anak Terkecil Umur < 2 tahun yaitu ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terakhir kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih belum pulih dengan sempurna. Bahaya yang dapat terjadi yaitu perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah, bayi prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah < 2500 g.
- e. Primi tua sekunder yaitu ibu hamil dengan persalinan terakhir 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.

- f. Grande Multi yaitu ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari empat kali. Kemungkinan yang akan ditemui karena ibu sering melahirkan yaitu keadaan kesehatan yang terganggu seperti kurang gizi, anemia, dan kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat timbul yaitu persalinan letak lintang, kelainan letak, dan persalinan lama.
- g. Usia ibu terlalu tua (>35 tahun) yaitu kondisi dimana pada usia ini organ kandungan menua yang ditandai dengan perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi sehingga pada umumnya proses melahirkan dilakukan sesar.
- h. Tinggi badan <145 cm yaitu keadaan ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang (terlalu pendek). Ibu dengan tinggi badan 145 cm meningkatkan risiko mengalami penyulit dalam persalinan. Tinggi badan ibu mencerminkan ukuran pelvis yang berhubungan dengan distosia.
- i. Riwayat Obstetri Jelek (ROJ) yaitu kondisi yang terjadi pada kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir mati, lahir belum cukup bulan, dan lahir hidup lalu mati umur 7 hari. Bahaya yang terjadi yaitu kegagalan kehamilan dapat terjadi berulang dengan tanda-tanda

pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar dan perut terasa kencang.

- j. Persalinan Yang Lalu Dengan Tindakan, yaitu persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau per vaginam yaitu tindakan dengan tarikan cunam/ forsep atau vakum. Bahaya yang terjadi yaitu robekan atau perlukaan pada jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.
- k. Bekas Operasi Sesar yaitu ibu hamil yang melakukan persalinan dengan operasi sesar. Akibat operasi sesar terbentuk bekas luka pada dinding rahim yang merupakan jaringan kaku dan ada kemungkinan mudah robek pada persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim.

2. Kelompok Faktor Risiko I yaitu Ada Gawat Obstetrik (AGO) atau kelompok Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat ini kebanyakan terjadi pada umur kehamilan enam bulan atau lebih. Untuk mendapat kepastian dibutuhkan pemeriksaan

alat USG oleh dokter spesialis. Terdapat beberapa penyakit pada ibu hamil yang tergolong pada faktor risiko kelompok dua yaitu :

- a. Anemia dalam kehamilan yaitu kondisi ibu dimana kadar hemoglobin dibawah 11g % pada trimester 1 dan 3 atau kadar <20.5g % pada trimester 2. Ibu hamil dengan anemia dapat menimbulkan penyulit-penyulit yaitu keguguran, kelahiran prematur, persalinan lama, perdarahan pasca melahirkan karena atonia uteri.
- b. Penyakit jantung dalam kehamilan harus mendapatkan perhatian ekstra. Apabila terjadi kehamilan pada ibu hamil dengan penyakit jantung dianjurkan untuk melakukan terminasi.
- c. Diabetes mellitus yaitu suatu kondisi dimana tubuh tidak dapat menghasilkan insulin dalam jumlah yang memadai atau tubuh kurang bisa memaksimalkan penggunaan insulin. Penyakit ini bisa muncul saat hamil atau ibu memang penderita penyakit ini.
- d. Penyakit infeksi yang sering terjadi selama kehamilan yaitu infeksi saluran kemih kemungkinan hal ini dapat terjadi yaitu karena uterus yang membesar sehingga memperlambat aliran air kemih yang dapat menyebabkan bakteri tidak bisa dibuang.

- e. Penyakit asma pada kehamilan dapat menghambat pertumbuhan janin dalam kandungan atau memicu terjadinya persalinan prematur.
- f. Penyakit Malaria sering dijumpai pada kehamilan trimester I dan III dan merupakan infeksi parasit yang disebabkan *plasmodium* yang ditemukan dalam darah. Komplikasi yang dapat terjadi adalah abortus, berat badan lahir rendah, penyulit partus dan gangguan fungsi ginjal.
- g. Preeklampsia ringan yaitu hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan. Ditandai dengan edema, pembengkakan pada tungkai atau muka. Bahaya yang dapat terjadi yaitu preeklampsia berat dan kemudian timbul serangan kejang-kejang yang disebut eklampsia.
- h. Hamil kembar (gemelli), kehamilan kembar berisiko lebih tinggi terjadi partus prematur dan anemia pada ibu hamil sehingga disarankan untuk melakukan pemeriksaan darah secara berkala pada minggu ke-20, minggu ke-24 dan minggu ke-28.
- i. Hidramnion yaitu keadaan dimana keadaan jumlah air ketuban melebihi batas normal. Batas normal air ketuban berjumlah 1-2 liter sedangkan pada

hidramnion air ketuban melebihi batas 2 liter yaitu antara 4-5 liter.

- j. Janin mati dalam rahim, ditandai dengan keluhan - keluhan dari ibu hamil yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil.
- k. Hamil seorotinus yaitu kehamilan yang belum terjadi persalinan melewati 42 minggu atau 294 hari.
- l. Kehamilan dengan kelainan letak dibagi menjadi dua yaitu letak lintang dan letak sungsang. Pada letak lintang, bahu berada diatas pintu panggul sedangkan kepala terletak di salah satu fosa iliaka dan bokong berada pada fosa iliaka yang lain. Sedangkan letak sungsang adalah keadaan dimana letak janin memanjang dengan posisi kepala di fundus uteri dengan presentasi bokong.

- 3. Kelompok Faktor Risiko III yaitu Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO) atau kelompok kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di rumah sakit ditangani oleh dokter spesialis. Pada keadaan ini ibu hamil

harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin semakin parah. Faktor risiko pada kelompok ini adalah

- a. Perdarahan Antepartum yaitu perdarahan pada trimester terakhir dari kehamilan yaitu setelah minggu ke-28 masa kehamilan. Perdarahan antepartum dibagi menjadi dua yaitu plasenta previa dan solusio plasenta. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum sedangkan solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya.
- b. Preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah >110 mmHg disertai proteinuria dan atau disertai edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Sedangkan eklampsia adalah kasus akut penderita preeklampsia yang disertai dengan adanya kejang menyeluruh dan koma. Preeklampsia dan eklampsia merupakan indikasi dari persalinan tindakan seksio sesaria.

Tabel 1. Kartu Skor Poedji Rochjati.

I KEL F.R	II NO.	III Masalah/ Faktor Risiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2	2			
I	1	Terlalu mudah hamil I \leq 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I \geq 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi \geq 10 tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi \leq 2 tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur \geq 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/ vakum	4				
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infuse/ transfuse	4					
	10	Pernah Operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Anemia b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Diabetes	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
16	Kehamilan lebih bulan	4					
17	Letak sungsang	8					
18	Letak Lintang	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Sumber : (Widarta,2015)

Interpretasi

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2-4

2. Kehamilan Risiko Tinggi(KRT) : Skor 6-10

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor > 12

2.2.4 Pencegahan Kehamilan Berisiko

Pelayanan Antenatalcare (ANC)

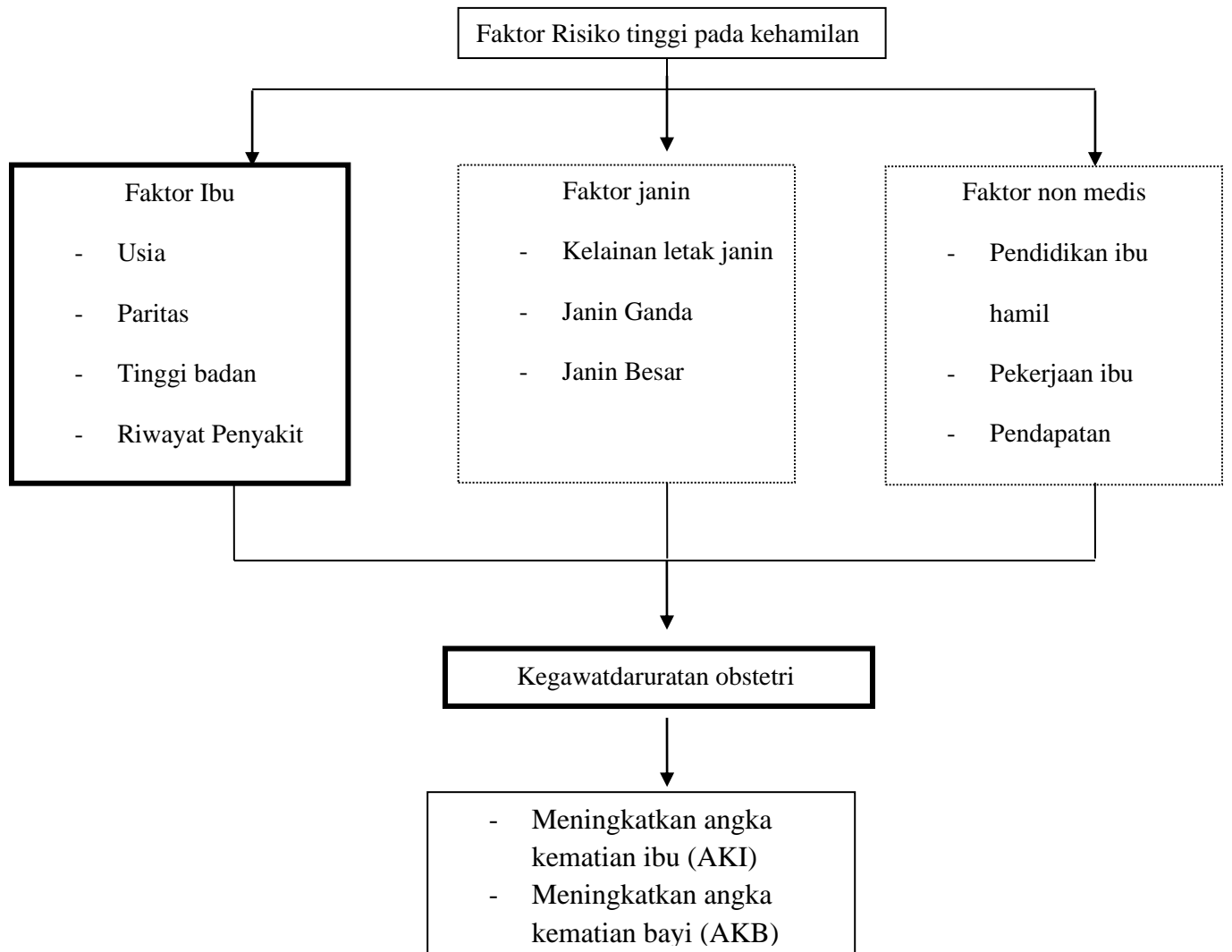
Menurut Depkes RI (2010), pelayanan *antenatal* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan *antenatal care* yang sudah ditetapkan. Kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan kunjungan *antenatal* sebaiknya minimal empat kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut (Depkes, 2009)

1. Minimal satu kali pada trimester pertama (K1) hingga usia kehamilan 14 minggu dengan tujuan penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan serta pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
2. Minimal satu kali pada trimester kedua (K2), 14-28 minggu dengan tujuan pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan dan mengulang perencanaan persalinan.
3. Minimal dua kali pada trimester ketiga (K3) 28-36 minggu dan setelah 36 minggu setelah lahir dengan tujuan mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, menetapkan rencana persalinan, dan mengenali tanda-tanda persalinan.

Terdapat sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang dikenal 10T Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2018) :

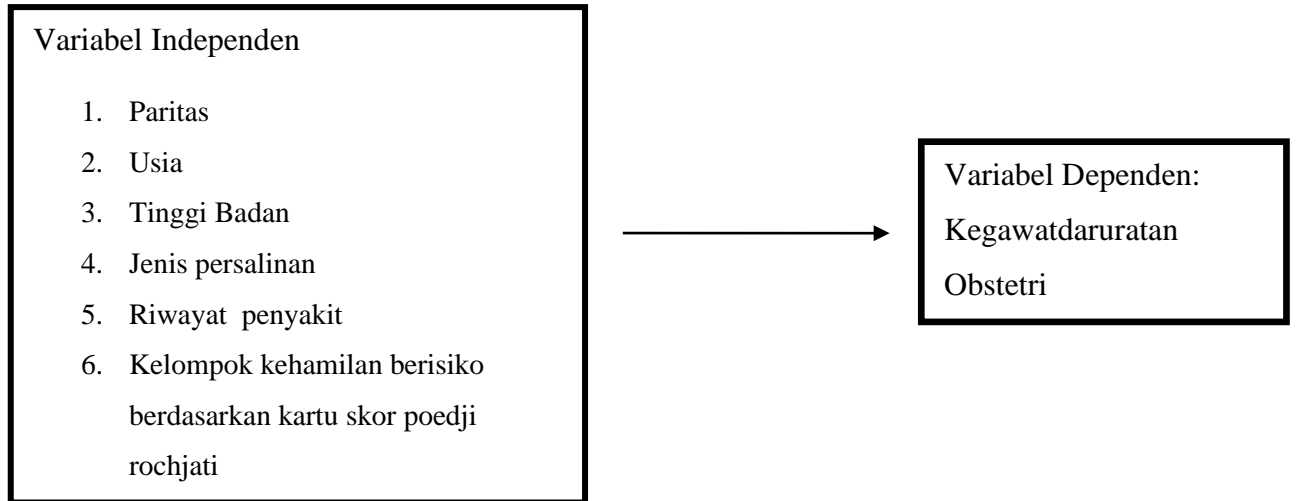
1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
4. Pemeriksaan tinggi fundus uteri
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tatalaksana khusus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta Keluarga Berencana (KB) paskapersalinan.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. Diagram Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 3. Diagram Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu untuk mengetahui gambaran faktor risiko kegawatdaruratan obstetrik dengan menggunakan data rekam medik .

3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Instalasi Rekam Medik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Penelitian telah dilaksanakan pada bulan November 2019 melalui data rekam medik tentang kasus ketuban pecah dini, preeklampsia berat-eklampsia, dan plasenta previa dari bulan Januari sampai Desember tahun 2018.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti yang memiliki karakteristik tertentu. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh dari rekam medik pasien yaitu

semua ibu hamil yang mengalami ketuban pecah dini, preeklampsia berat-eklampsia, dan plasenta previa di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2018.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya. Besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin sebagai berikut :

a. Rumus besar sampel

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

e = Taraf kesalahan (*error*)

$$n = \frac{1028}{1 + 1028 (0.1)^2}$$

$$n = \frac{1028}{1 + 1028 (0.01)}$$

$$n = \frac{1028}{1 + 10.28}$$

$$n = 91,1347518$$

Berdasarkan hasil perhitungan, didapatkan jumlah sampel minimal 91,1347518. Maka jumlah sampel dibutuhkan minimal adalah 92 data rekam medis.

3.3.3 Teknik Sampel

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan metode *consecutive sampling*, yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi. Sampel diambil dengan cara *nonprobability sampling* (tidak berdasarkan peluang).

3.4 Kriteria Penelitian

3.4.1 Kriteria inklusi

- Pasien rawat inap ruang delima di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang terdiagnosa preeklampsia berat-eklampsia, ketuban pecah dini, dan plasenta previa serta teregistrasi di bagian rekam medik periode Januari – Desember 2018.
- Data pasien dengan data rekam medik yang lengkap.

3.4.2 Kriteria eksklusi

- Data pasien yang melahirkan dengan kegawatdaruratan obstetrik tetapi data rekam medik kurang lengkap.

3.5 Variabel

3.5.1 Variabel Independen

- Semua faktor risiko yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan obstetrik.

3.6.2 Variabel dependen

- Kegawatdaruratan obstetri .

3.6 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Nilai Ukur	Skala
1.	kegawatdaruratan Obstetri	Kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. (Sarwono, 2016)	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. Ketuban Pecah Dini 2. Plasenta Previa 3. PEB-eklampsia (amboss,2019)	Nominal
2.	Usia	Lamanya waktu sejak lahir hingga saat ini (Harlock, 2004).	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. < 20 tahun 2. 20 tahun-35 tahun 3. > 35 tahun (Depkes, 2006)	Nominal
3.	Paritas	Jumlah kelahiran yang menghasilkan bayi aterm. (Varney, 2006)	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. Nullipara 2. Primipara 3. Multipara	Nominal
4.	Tinggi Badan	Jarak maksimum dari <i>vertex</i> ke telapak kaki (Snell, 2006)	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. Pendek : < 145 cm 2. Tidak pendek : > 145 cm	Nominal
5.	Jenis Persalinan	Kondisi kehamilan sebelumnya serta cara persalinan pada kehamilan sebelumnya. (Bilington, 2009)	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. Persalinan pervaginam spontan 2. Persalinan pervaginam dengan tindakan 3. Persalinan abdominal	Nominal
6.	Riwayat Penyakit	Penyakit – penyakit yang pernah diderita ibu. (Manuaba, 2006)	Sesuai yang tertulis dalam	1. Anemia 2. Asma 3. DBD 4. Hipertensi	Nominal

		rekam medik	5. Hepatitis B 6. Maag 7. Penyakit Jantung 8. TBC 9. Dan lain-lain		
7.	Kartu Skor Poedji Rochjati	Kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal untuk menemukan faktor risiko. (Rochjati, 2003)	Sesuai yang tertulis dalam rekam medik	1. Kehamilan risiko rendah: Skor 2-4 2. Kehamilan risiko tinggi: Skor 6-10 3. Kehamilan risiko sangat tinggi: Skor >12	Ordinal

3.7 Prosedur Penelitian

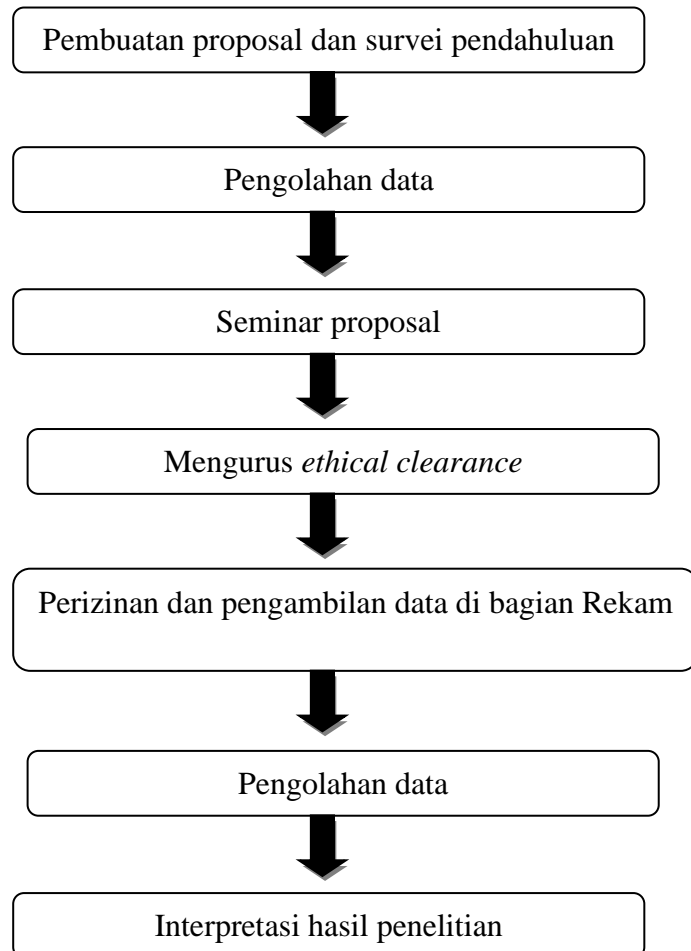
3.7.1 Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yaitu data yang didapatkan dari diagnosis yang tercatat di rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek di Provinsi Lampung tahun 2018.

3.7.2 Alur Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti membuat surat izin etika penelitian (*ethical clearance*) kepada Komite Etika Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Setelah itu, peneliti meminta surat pengantar dari Program Studi Dokter Universitas Lampung untuk tembusan ke bagian di RSUD Dr. H Abdul Moeloek. Peneliti menghubungi staf Direktur dan diklat RSUD Dr. H Abdul Moeloek untuk meminta izin penelitian di bagian rekam medik RSUD Dr. H

Abdul Moeloek. Setelah tim Diklat menyetujui, surat pengantar diberikan ke bagian rekam medik untuk dapat mengambil data sekunder yang diperlukan oleh penelitian.



Gambar 4. Alur Penelitian

3.8 Pengolahan dan Analisis Data

3.8.1 Pengolahan Data

Data diperoleh dari bagian Instalasi Rekam Medik RSUD DR.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Pengolahan data dengan menggunakan *software* analisis data.

Langkah-langkah pengolahan data yaitu :

- a. *Editing*, untuk meneliti kembali formulir data dan untuk memeriksa kembali data yang terkumpul apakah sudah lengkap, terbaca dengan jelas, tidak meragukan, terdapat kesalahan atau tidak dan sebagainya.
- b. *Coding*, untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan selama penelitian kedalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.
- c. *Data entry*, memasukkan data ke dalam komputer.
- d. Verifikasi, melakukan pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan ke komputer.
- e. *Output* komputer, hasil analisis yang telah dilakukan komputer kemudian dicetak

3.8.2 Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah analisis statistik univariat secara deskriptif untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun variabel terikat dan analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik yaitu uji *Chi Square* dilakukan dengan menggunakan batas kemaknaan (α) = 0,05 dan 95% taraf kesalahan (*Confidence interval*) dengan ketentuan bila:

- a. P value $\leq 0,05$ berarti H_0 ditolak (P value $\leq \alpha$). Uji statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan.
- b. P value $> 0,05$ gagal ditolak (P value $> \alpha$). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan

3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapat persetujuan etik dengan nomor 3025/UN26.18/PP.05.02.00/2019 oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah serangkaian proses dilalui, maka peneliti dapat mengambil beberapa kesimpulan

1. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri yang terdiri dari ketuban pecah dini sebanyak 53 orang (45.7%) , preeklampsia berat – eklampsia sebanyak 50 orang (43.1%), plasenta previa sebanyak 13 orang (11.2%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.
2. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan usia yaitu < 20 tahun sebanyak 8 orang (6.9%), 20-35tahun sebanyak 80 orang (69%) , dan > 35 tahun sebanyak 28 orang (24.1%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari-Desember tahun 2018.
3. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan paritas yaitu Nullipara sebanyak 30 orang (25.9%) , primipara sebanyak 72 orang (62.1%) , dan multipara sebanyak 14 orang (12.1%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.

4. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan tinggi badan yaitu < 145 cm sebanyak 44 orang (37.9%) dan > 145 cm sebanyak 72 orang (62.1%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.
5. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan jenis persalinan yaitu persalinan spontan sebanyak 55 orang (47.4%), persalinan abdomen/ *sectio caesaria* sebanyak 39 orang (33.6%) , dan persalinan dengan tindakan sebanyak 22 orang (19.1%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.
6. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan riwayat penyakit ibu yaitu riwayat hipertensi sebanyak 42 orang (36.2%), riwayat penyakit jantung 3 orang (2.6%), riwayat penyakit anemia sebanyak 7 (6%), riwayat penyakit asma sebanyak (5.2%),riwayat penyakit DBD sebanyak 3 (2.6%), riwayat penyakit hepatitis B sebanyak 1 (0.9%), riwayat penyakit maag sebanyak 5 (4.3%), riwayat penyakit TBC sebanyak 2 (1.7%) dan tidak memiliki riwayat penyakit yaitu sebanyak 47 orang (40.5%) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.
7. Prevalensi kegawatdaruratan obstetri berdasarkan kelompok faktor risiko dengan menggunakan kartu skor Poedji Rochjati yaitu kehamilan risiko rendah (KRR) dan sebanyak 9 orang (7.8%), kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) 98 orang (84.5%), dan kehamilan risiko tinggi (KRT) yaitu sebanyak 9 orang (7.8%) di

RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.

8. Terdapat hubungan yang bermakna antara kegawatdaruratan obstetri dengan tingkat risiko kehamilan berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dari kurun waktu Januari – Desember tahun 2018.

5.2 Saran

Peneliti menyampaikan saran-saran penelitian selanjutnya diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi atau titik tolak tambahan bila diadakan penelitian selanjutnya dengan jumlah sampel yang berbeda serta menggunakan data dari berbagai tipe rumah sakit agar data yang didapatkan lebih homogen.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.2019.Pregnancy obstetric emergencies. State of Victoria. Better Health Channel.
- Aprina & Puri, A. (2016). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio caesarea di RSUD DR. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Jurnal Kesehatan, Volume VII, Nomor 1, E-ISSN 2548-5695F
- Arief, Nurhaeni. 2008. Panduan Lengkap Kehamilan Dan Kelahiran Sehat. Jogjakarta : AR Group
- Avery, Daniel. 2009. Obstetric emergencies. American Journal of Clinical Medicine.
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2015. Profil penduduk Indonesia hasil supas 2015. Jakarta : BPS
- BKKBN. 2017. Keluarga berencana dan kontrasepsi cetakan ke-5. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Chamberlain G, Morgan M. 2011. Asuhan antenatal edisi 4. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Chen, Zhou, Zhang, Wang, Huang, Hui, et al. 2012. Zinc supplementation during pregnancy protects against lipopolysaccharide-induced fetal growth restriction and demise through its anti-inflammatory effect. The Journal of Immunology; 189 1 -11
- Cunningham FG, Gant NF .2011. Dasar-dasar ginekologi & obstetri. Jakarta :

Penerbit Buku EGC.

Dahlan, M.S. 2016. Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan.

Jakarta : Epidemiologi Indonesia.

Dahlan, M.S. 2016. Langkah-langkah membuat proposal

penelitian bidang kedokteran dan kesehatan. Jakarta: CV Sagung Seto.

Dayal, Shailja. 2018. Premature ruptures of membranes. Nassau University

Medical Center. StatPearls Publishing LLC.

Denantika. 2015. Hubungan status gravida dan usia ibu terhadap kejadian

preeklampsia di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013.

Depkes, R.I. 2012. Upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi

baru lahir.

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2015. Profil kesehatan kota bandar

lampung 2015. Bandar Lampung.

El-Mowafi, Daa. 2017. Bleeding in late pregnancy (antepartum haemorrhage).

Geneva Foundation for Medical Education and Research .

Fahira Nur, A., & Arifuddin, A. 2017. Faktor risiko kejadian preeklampsia

pada ibu hamil Di Rsu Anutapura Kota Palu. Jurnal Kesehatan

Tadulako Healthy Tadulako Journal (A. Fahira Nur, 3, 69–75

Galal M, Symonds I, Murray H, Petraglia F, Smith R . 2012. Postterm pregnancy.

NCBI

Ghebrehiwet M, Morrow RH. Delay in seeking and receiving emergency obstetric

care in eritrea. Journal of Eritrean Medical Association. 2017; 9 910: 8-13

Gupte, Sanjay & Giriya Wagh. 2014. Preeclampsia- Eclampsia . J Obstet Gynaecol

India. US National Library of Medicine National Institutes of Health

- Hidayah, Prima. 2018. Hubungan tingkat risiko kehamilan dengan kejadian komplikasi persalinan di RSUD panembahan senopati bantul. Yogyakarta. Jurnal Kesehatan Vokasional.
- Jain, S., Anand, S., & Aherwar, R. 2014. High risk scoring for prediction of pregnancy outcome : a prospective study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 3(3), 516–522.
- Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Began I . 2013. The risk associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *humrep.oxfordjournals*
- Kementrian kesehatan RI. 2014. Info datin pusat data dan informasi situasi kesehatan ibu.
- Kementrian kesehatan RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta : Kemenkes .
- Kurniawan, A., Sistiarani, C., & Hariyadi, B. 2017. Early detection of high risk pregnancy. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2).
- Laili F, Nugraha GI, Garna H . 2014. Hubungan faktor risiko kegawatdaruratan obstetrik menurut rochjati dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan di RSUD Gambiran Kediri.
- Lawn, J., Brian, J. and Ross, S.R. 2012. Bayi baru lahir sehat: sebuah referensi manual untuk manajer program, who berkolaborasi center di kesehatan reproduksi. CDC (Center For Penyakit dan Pencegahan).
- Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Velamentous. 2016. Umbilical cord insertion and vasa previa. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA.
- Mulyawati I, DKK. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan persalinan melalui operasi sectio caesarea. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

- Manuaba IBG, Rochjati P, Martaadisoebrata. 2011. Strategi pendekatan risiko.
- Dalam : Martaadisoebrata D et al (ed). Bunga rampai obstetri dan ginekologi sosial. Jakarta : PT bina pustaka sarwono prawirohardjo, pp 243-257. Obstetri. Jakarta : EGC
- Mercer BM. Premature rupture of the membranes. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 30.
- Prawirohardjo, S. 2016. Ilmu kebidanan. Jakarta : Yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- Purba, Desri M & Adisasmita, A. C. 2013. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kehamilan dan Persalinan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Depok Tahun 2012. Jakarta. Universitas Indonesia
- Riri Wijaya, 2008. Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta. Jurnal Kesehatan Reproduksi Volume 5 No. 3.
- Rochjati, P. 2011. Skrining antenatal pada ibu hamil. Surabaya: Airlangga universitas press. 2011.
- Rochjati, P. 2005. Bunga rampai obstetri dan ginekologi sosial : sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin AB, Wiknjosastro GH, Affandi B. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Edisi 1 Cet.10. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Senewe, Felly P. Sulistyowati, Ning. 2004. Faktor-faktor yang berhubungan

dengan komplikasi persalinan tiga tahun terakhir di Indonesia (Analisis lanjut SKRTSurkesnas 2001). Buletin Penelitian Kesehatan, 2004; 32(2):83-91

Simarmata, Oster Suriani, et al. 2014. Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia: Analisis Data Sekunder Riset Kesehatan Dasar 2010 Depok: Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat. Jurnal Kesehatan Reproduksi Volume 5 No. 3.

Singh LCG, Sidhu MK. 2010. Bad obstetric history: a prospective study.

Souza, J. et al., 2010. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes : the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. National Center for Biotechnology Information, 10(8), p.71.

Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). 2012. Angka Kematian Ibu.

Suwanti, Wibowo, E& Safitri, N. (2014) Hubungan tekanan darah dan paritas dengan kejadian eklampsia di ruang bersalin RSUP NTB Tahun 2012. Medika Bina Ilmiah, Vol 8 No 1

Ummah, Faizatul. 2015. Kontribusi Faktor Risiko I Terhadap Komplikasi Kehamilan Di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Volume 07, No.01, April 2015.

Verma, S. *et al.* .2016. Obstetric emergencies : preparedness among nurses for safe motherhood. 5(4), pp. 998–1001.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and The United Nations Population Division. 2014. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2013. ISBN:9789241507226.

WHO. 2015. Report of a who technical consultation on birth spacing.

WHO . 2012.ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium:
ICD-MM',*WHO Library*, 129(1), pp. 30–33.

Widarta, G. D., Cahya Laksana, M. A., Sulistyono, A., & Purnomo, W.
2017. Deteksi Dini Risiko Ibu Hamil dengan Kartu Skor Poedji
Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. *Majalah Obstetri &
Ginekologi*, 23(1), 28.

Yeomans E. 2016. Eclampsia : A Survival Guide. presented at the alabama section
meeting of the american college of obstetricians and gynecologists.