



UNIVERSITAS
INDONESIA

UIN

FAKULTAS

KESEHATAN
MASYARAKAT

PENGALAMAN REVIEW KEMATIAN IBU



dengan Sebab Kematian Perdarahan Pasca Persalinan
menggunakan metode

CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL DEATH (CEMD)

ASRI C. ADISASMITA



PENGALAMAN REVIEW KEMATIAN IBU
dengan Sebab Kematian Perdarahan Pasca Persalinan menggunakan
Metode
Confidential Enquiry into Maternal Death (CEMD)



Asri C. Adisasmita

Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

**Pengalaman Review Kematian Ibu dengan Sebab Kematian Perdarahan
Pasca Persalinan menggunakan Metode *Confidential Enquiry into
Maternal Death* (CEMD)**

Penulis

Asri C. Adisasmita

Staf Pengajar Departemen Epidemiologi,

Fakultas Kesehatan Masyarakat,

Universitas Indonesia

ISBN: 978-979-9394-42-2

Penerbit

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Indonesia

Kampus UI Depok, 16424

Tel +6221 7864975

Fax +6221 7863472

Email fkmui@ui.ac.id

www.fkm.ui.ac.id

Cetakan I. Depok, 2017

PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang atas berkat, rahmat, dan karunia-Nya, saya dapat menyelesaikan buku ini. Buku yang berjudul *Pengalaman Review Kematian Ibu dengan Sebab Kematian Perdarahan Pasca Persalinan menggunakan Metode Confidential Enquiry into Maternal Death (CEMD) ini* merupakan hasil studi yang dilakukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sebagai kajian terhadap penyebab kematian ibu menggunakan metode CEMD. Tulisan dalam buku ini merupakan bagian dari *parent activity/parent study* yaitu pengembangan dan uji-coba CEMD di Indonesia.

Kematian pada wanita karena kehamilan dan 42 hari setelah persalinan (terminasi kehamilan), tidak tergantung dari usia kehamilan, tempat implantasi kehamilan, dari sebab apapun kecuali kecelakaan atau penyebab lain yang sifatnya insidental, disebut sebagai kematian maternal (WHO, 2012a). Salah satu penyebab kematian ibu terbanyak adalah karena perdarahan pasca persalinan. Pembahasan tulisan ini lebih difokuskan pada ulasan kematian ibu Karena perdarahan pasca persalinan dengan menggunakan instrumen yang dipakai dalam kegiatan CEMD tersebut, untuk mendapatkan sebab kematian ibu baik menelaah faktor medis maupun faktor-faktor non medis yang ada dan terjadi pada suatu kematian ibu

Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi pembaca terutama di bidang kesehatan dan bagi penulis. Terlepas dari kekurangan yang ada, penulis berharap mudah-mudahan buku ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian kedepan.

Depok, Mei 2017

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR SINGKATAN	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
BAB II METODE PENELITIAN.....	4
2.1 <i>Confidential Enquiry into Maternal Death in Indonesia</i>	4
2.2 Instrumen yang Dipakai untuk Mengumpulkan Data dan Analisa.....	5
2.3 Populasi dan Sampel.....	6
2.4 Pengumpulan Data	7
2.5 Analisis Data.....	9
BAB III HASIL.....	12
3.1 <i>Individual Case Summary</i> dari Kematian Ibu karena Perdarahan Pasca Persalinan.....	13
3.1.1 Profil Kasus.....	13
3.1.2 Riwayat Kasus Kematian Ibu dengan Perdarahan Pasca Persalinan.....	16
3.2 <i>Summary Assessment</i> dari Kematian Ibu karena Perdarahan Pasca Persalinan.....	24
3.2.1 Onset Kegawatdaruratan dan Problem Medis yang Dialami Ibu Meninggal karena Perdarahan Pasca Persalinan	24

3.3 Pelayanan oleh Tenaga Kesehatan yang Sub-standar	30
BAB IV PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN	35
BAB V REKOMENDASI	45
5.1 Untuk Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten	45
5.2 Untuk Bidan dan Pendidikan Bidan.....	46
5.3 Untuk Rumah Sakit.....	46
DAFTAR PUSTAKA	48

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Profil Kasus Kematian Maternal karena Perdarahan Pasca Persalinan.....	14
Tabel 2. Waktu Onset Kegawatdaruratan Terjadi, Keterlambatan yang Dialami oleh Kasus pada Kematian karena Perdarahan Pasca Persalinan, serta Analisis mengenai Kemungkinan Kematian ini Sebetulnya dapat Dicegah atau Tidak	25
Tabel 3. Penyebab Perdarahan Pasca Persalinan, Penyebab Akhir (Final) dan Faktor yang Berkontribusi terhadap Kematian terkait Perdarahan Pasca Persalinan	28
Tabel 4. Manajemen Klinis dan Profil Tata Laksana pada Masa Persalinan	30

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AMP	: Audit Maternal Perinatal
AMTSL	: <i>Active Management of the Third Stage of Labor</i>
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
BP/CR	: <i>Birth Preparedness and Complication Readiness</i>
CEMD	: <i>Confidential Enquiry into Maternal Death</i>
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DIC	: <i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
DOA	: <i>Death on Arrival</i>
HDP	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Nakes	: Tenaga Kesehatan
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PMI	: Palang Merah Indonesia
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PPH	: <i>Postpartum Haemorrhage</i>
PPP	: Perdarahan Pasca Persalinan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RB	: Rumah Bersalin
RL	: Ringer Laktat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
SC	: Sectio Caesaria

SD	: Sekolah Dasar
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
UGD	: Unit Gawat Darurat
UNFPA	: <i>United Nations Population Fund</i>
USAID	: <i>United States Agency for International Development</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Komplikasi karena kehamilan dan persalinan adalah penyebab utama dari morbiditas dan mortalitas wanita di seluruh dunia. Kematian pada wanita karena kehamilan dan 42 hari setelah persalinan (terminasi kehamilan), tidak tergantung dari usia kehamilan, tempat implantasi kehamilan, dari sebab apapun kecuali kecelakaan atau penyebab lain yang sifatnya insidental, disebut sebagai kematian maternal (WHO, 2012a). Mayoritas kematian maternal terjadi di negara berkembang, dan terjadinya terutama pada wanita yang miskin, kurang berpendidikan, atau tinggal di daerah pedesaan (UNFPA, 2012).

Faktor yang berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas maternal meliputi sistem pelayanan kesehatan ibu yang baik, termasuk adanya fasilitas kesehatan yang memadai (berfungsi) dan tenaga kesehatan yang tidak hanya terampil, tetapi juga yang dilengkapi dengan peralatan dan bahan-bahan lain termasuk obat-obatan yang dibutuhkan. Selain itu, faktor sosial, ekonomi dan kultural juga ikut berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas maternal. Sebagai contoh adalah biaya (termasuk biaya langsung untuk pelayanan kesehatan, biaya untuk obat dan bahan-bahan yang diperlukan, dan juga untuk transportasi), selain juga jarak ke fasilitas kesehatan, kurang atau tidak adanya transportasi, dan bahan logistik (Maine and Thaddeus, 1994).

Penyebab utama dari kematian maternal adalah: perdarahan, infeksi, pengguguran kandungan yang tidak aman (*unsafe abortion*), eklampsia – preeklampsia, and partus lama atau partus macet. Sedangkan penyebab tidak

langsung yang berkontribusi terhadap kematian ibu meliputi anemia, malaria, HIV/AIDS, dan penyakit jantung (WHO, 2005).

Perdarahan yang terjadi setelah melahirkan (perdarahan pasca persalinan) adalah penyebab utama dari kematian maternal di seluruh dunia. Pada sekitar tahun 2000, dilaporkan bahwa perdarahan pasca persalinan merupakan sebab kematian dari 25% sampai 30% dari seluruh kematian maternal secara global, dimana terdapat beberapa negara di dunia yang melaporkan sampai sebesar 60% kematian maternal yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan (Dolea et al, 2003). Situasi di Indonesia untuk kematian maternal perdarahan pasca persalinan juga tidak berbeda dengan situasi di dunia. Dari data sensus tahun 2010, kematian maternal tertinggi di Indonesia adalah disebabkan karena perdarahan pasca persalinan, yaitu 20.5% pada kematian maternal di RS, 34.7% di fasilitas kesehatan non RS, dan 21.7% pada kematian yang terjadi di rumah (Irianto, 2014).

Perdarahan pasca persalinan didefinisikan sebagai keluarnya atau hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih setelah persalinan, akan tetapi mengukur jumlah darah padat cukup sulit, dan sering terjadi underestimasi dari jumlah yang keluar. Selain itu, keadaan yang perlu dicermati adalah faktor risiko yang muncul pada saat antenatal tidak dapat memprediksi terjadinya perdarahan pasca persalinan di kemudian hari, dan pada mayoritas dari wanita yang mengalami perdarahan pasca persalinan tidak ditemukan adanya faktor risiko pada saat hamil. Kematian karena perdarahan pasca persalinan biasanya terjadi dalam 24 jam setelah persalinan, dimana mayoritas dari kematian tersebut seharusnya bisa dicegah dengan penggunaan uterotonika pada fase ketiga persalinan (*active management of the third stage of labour, using uterotonics*) dan penanganan yang baik dan tepat waktu (WHO, 2012b).

Mayoritas penyebab dari perdarahan pasca persalinan yang massif adalah karena uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah melahirkan

bayi. Penyebab lain dari perdarahan massif tersebut adalah robekan jalan lahir (serviks dan vagina), kelainan pembekuan darah, dan juga permasalahan dengan plasenta (WHO, 2000; USAID, 2008).

1.2 Tujuan

Tujuan dari studi yang ditulis dalam buku ini secara umum adalah mendeskripsikan sebab dari kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan, yang terdiri dari penyebab kematian final, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian yang meliputi faktor medis, dan nonmedis baik yang menyangkut keadaan ibu yang meninggal, keluarga serta komunitasnya, maupun pelayanan kesehatan ibu yang diterima oleh kasus baik di komunitas maupun di fasilitas kesehatan.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Confidential Enquiry into Maternal Deaths in Indonesia

Studi dalam buku atau tulisan ini merupakan bagian dari *parent activity/parent study* yaitu pengembangan dan uji coba *Confidential Enquiry into Maternal Death* (CEMD) di Indonesia. CEMD adalah suatu sistem yang awalnya dikembangkan Inggris sejak tahun 1917, tepatnya di Aberdeen secara lokal, yang kemudian diikuti oleh daerah lain di Inggris di tahun 1920 – 1930, yaitu di seluruh bagian dari England, Scotland dan Wales. Fokus dari sistem tersebut terutama adalah pada latar belakang sosial dari kasus-kasus kematian maternal, dengan cara mengedukasi ibu hamil dan keluarganya mengenai pentingnya perawatan kesehatan ibu saat hamil yang terdiri dari mengenal tanda bahaya akan terjadinya komplikasi, dan pentingnya mencari pertolongan ke tenaga kesehatan. Pada tahun 1952, sistem atau program tersebut diinstitutionalkan oleh pemerintah Inggris (Turnbull et al, 1989; Lewis and Drife, 2004).

CEMD ini kemudian juga diinisiasi di Afrika Selatan pada tahun 1997 (Moodley et al, 2014), yang kemudian oleh WHO diupayakan untuk bisa dilakukan oleh negara berkembang lainnya seperti Indonesia dengan langkah-langkah yang tertuang dalam *Beyond The Numbers* (WHO, 2004). Pengembangan CEMD di Indonesia (diprakarsai oleh WHO dan Direktorat Ibu, Depkes, RI pada tahun 2008) terdiri dari 2 tahap, yaitu: 1) pengembangan instrumen yang melibatkan 14 kasus kematian ibu (Adisasmita et al, 2009a), dan 2) uji coba instrumen dan sistem di lapangan (suatu area administratif) yang melibatkan 18 kasus kematian ibu di Nusa Tenggara Barat (Adisasmita et al, 2009b). Penulis adalah pelaksana dari uji coba atau *operational research* CEMD di Indonesia.

Tulisan ini tidak akan membahas kematian ibu dalam CEMD sebagai suatu sistem, tetapi lebih pada membahas kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan dengan menggunakan instrument yang dipakai dalam kegiatan CEMD tersebut, untuk mendapatkan sebab kematian baik secara medis maupun faktor-faktor nonmedis yang ada dan terjadi di sekitar suatu kematian ibu. Dari total 18 kematian yang terjadi pada periode uji coba CEMD di atas, terdapat 5 kasus yang ditegakan sebagai kematian maternal karena perdarahan pasca persalinan.

2.2 Instrumen yang Dipakai untuk Mengumpulkan Data dan Analisa

Instrumen yang dipakai dalam kegiatan CEMD tersebut adalah:

1. Form CEMD I, yaitu instrumen notifikasi kematian ibu dari fasilitas kesehatan. Instrumen ini dikembangkan berdasarkan instrumen CEMD yang dikembangkan di Afrika Selatan (*Beyond The Numbers*, 2004), dikombinasikan dengan pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam kuesioner AMP Indonesia (Depkes, 1994), serta instrumen dari penelitian Immpact (*Initiatives for Maternal Mortality Assessment Program*) di Indonesia (2003 – 2007).
2. Form CEMD II, yaitu instrumen otopsi verbal. Instrumen ini pada dasarnya adalah form yang digunakan pada AMP Indonesia, yang kemudian diperbaiki dengan memasukkan pertanyaan-pertanyaan dari penelitian *Mother Care* di Indonesia (Achadi et al, 2000).
3. Borang ceklis untuk supervisi data. Instrumen ini dipergunakan untuk melakukan pengecekan terhadap validitas dan kelengkapan data kematian ibu (dalam sistem CEMD bila diterapkan, diharapkan pengecekan itu dilakukan oleh petugas dari Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten dan provinsi).

4. Form Pengkaji, form ini diadaptasi dari *Beyond The Numbers* (WHO, 2004) dan studi TRACE (D'Ambruoso et al, 2009). Form ini dipergunakan untuk mengkaji faktor-faktor yang terdapat dalam form CEMD I dan CEMD II yang dapat dihindari. Terdapat 2 buah Form Pengkaji:
 - a. Form Pengkaji yang mengevaluasi sebab kematian ibu: sebab akhir (final) dan sebab yang bersifat kontributori, faktor pelayanan kesehatan, yaitu mengenai anamnesa, pemeriksaan awal, diagnosis, tata laksana, monitoring, rujukan dan *follow-up* apakah dilakukan sesuai standar atau tidak.
 - b. Form Pengkaji yang mengevaluasi situasi atau kondisi yang terkait ibu meninggal, misalnya permasalahan dari si ibu, keluarga maupun komunitas dari ibu meninggal tersebut, selain juga ada tidaknya dukungan dari keluarga ataupun komunitas/lingkungannya (faktor nonmedis).

Untuk memastikan kerahasiaan (*confidentiality*), semua form yang digunakan dalam kegiatan uji coba CEMD dianonimkan.

2.3 Populasi dan Sampel

Sampel dalam *operational research* ini didapatkan dari kegiatan pencatatan dan pelaporan rutin dari sistem kesehatan ibu, melalui PWS KIA di Kabupaten Lombok Barat. Periode dari uji coba ini adalah antara 1 Maret 2008 – 28 Februari 2009. Dalam periode tersebut terdapat 18 kematian ibu yang terjadi baik di fasilitas kesehatan maupun di komunitas, dimana 6 kematian terjadi di komunitas dan 12 kasus meninggal di fasilitas kesehatan (11 meninggal di RS, dan 1 di Puskesmas). Dalam buku ini yang akan dibahas

adalah kematian ibu (5 kasus) yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan sebagai sebab kematian akhir (Adisasmita et al, 2009b).

2.4 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam uji coba CEMD ini adalah semua data yang meliputi data obstetrik dan non-obstetrik yang ada dari sejak awal kehamilan sampai terjadinya kematian. Data dikumpulkan dengan Form CEMD I dan II yang meliputi data personal dari si ibu yang meninggal, karakteristik keluarga, serta keterlibatan komunitas/ masyarakat terhadap ibu hamil; data tentang faktor administratif dalam sistem pelayanan kesehatan ibu; dan juga data tentang pelayanan medis yang diterima oleh si ibu semasa hidupnya.

Sebelum pengumpulan data dilakukan, diadakan pelatihan atau orientasi untuk mengisi form CEMD I dan CEMD II, serta uji coba form di lapangan. Supervisi dilakukan terhadap kegiatan pengumpulan data baik di tingkat fasilitas kesehatan maupun di tingkat komunitas.

Pengumpul data dari form CEMD I adalah bidan yang bekerja di fasilitas kesehatan (RS dan Puskesmas) dimana ibu meninggal. Bidan yang mengumpulkan data adalah bidan yang memberikan perawatan kepada ibu yang meninggal tersebut, semasa hidupnya. Pengumpulan data tidak dilakukan oleh bidan yang bekerja di luar fasilitas tersebut, hal ini dilakukan dengan harapan bidan tersebut dapat melakukan kegiatan CEMD di masa yang akan datang. Selain itu, menggunakan bidan dari fasilitas kesehatan dimana kasus meninggal dapat mengurangi resistensi dari fasilitas kesehatan, karena diharapkan kegiatan CEMD ini dapat dilakukan secara rutin, bukan kegiatan penelitian. Akan tetapi, perlu diingat bahwa pengumpul data yang juga adalah pemberi layanan dapat memunculkan bias, karena ada kemungkinan

pengumpul data berusaha untuk tidak memberikan data yang dapat menyudutkan atau menyalahkan si pemberi layanan tersebut.

Review terhadap status (rekam medis) pasien ibu meninggal merupakan dasar dari pengisian data pada form CEMD I. Dalam hal kasus yang meninggal pernah mengalami operasi, maka laporan operasi diketik untuk nantinya dilakukan pengkajian. Demikian halnya dengan data-data mengenai hasil laboratorium.

Pengumpul data untuk form CEMD II (otopsi verbal) adalah bidan koordinator yang bekerja di Puskesmas yang bertanggung jawab terhadap desa di mana ibu yang meninggal tinggal (desa tempat ibu meninggal tinggal berada dalam *catchment area* Puskesmas). Dalam mengumpulkan data otopsi verbal tersebut, bidan koordinator dibantu oleh bidan desa yang bertanggung jawab terhadap desa dimana ibu meninggal tinggal. Otopsi verbal tersebut dilakukan untuk semua ibu meninggal, baik yang meninggal di fasilitas kesehatan maupun yang meninggal di komunitas. Untuk kasus kematian ibu yang meninggal di fasilitas kesehatan, otopsi verbal lebih digunakan untuk menggali informasi mengenai faktor-faktor sosial, pola pencarian pertolongan kesehatan, faktor administratif dan akses ke pelayanan kesehatan, daripada untuk menggali informasi mengenai sebab kematian ibu. Akan tetapi, untuk ibu yang meninggal di komunitas, otopsi verbal ini dilakukan dengan tujuan untuk menggali semua data baik sebab kematian ibu, maupun faktor-faktor nonmedis yang dialami ibu meninggal.

Wawancara yang dilakukan terhadap keluarga dari ibu meninggal adalah dasar informasi yang dikumpulkan dengan form CEMD II. Sebelum melakukan otopsi verbal, alamat dari ibu meninggal harus ditemukan terlebih dahulu berdasarkan informasi yang ada di Dinas Kesehatan setempat, melalui data kohort ibu yang dimiliki oleh bidan desa. Pengumpulan data tersebut dilakukan dalam supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat.

Data yang telah dikumpulkan tersebut dianonimkan terlebih dahulu sebelum nantinya dikaji oleh para asesor/pengkaji. Hal ini dilakukan untuk meminimalisir bias yang mungkin terjadi, misalnya karena asesor adalah juga pemberi layanan kepada ibu yang meninggal. Kemungkinan adanya rasa terpojok karena adanya kesalahan atau sub-standar dalam memberikan pelayanan, atau membela diri dapat muncul bila data tersebut tidak dianonimkan.

2.5 Analisis Data

Tim pengkaji (*enquiry committee*) untuk melakukan analisa data (*case assessments*) terdiri dari 2 dokter ahli kebidanan, 1 dokter ahli anestesi yang juga adalah seorang ahli *intensive care*, 1 orang bidan senior yang kompeten secara klinis, dan 2 orang dari pemegang program KIA (salah satunya adalah dokter umum).

Data dari form CEMD I (data klinis) dan dari form CEMD II (data nonmedis) adalah sumber data untuk mengevaluasi kasus kematian ibu. Seluruh data telah dianonimkan, data tersebut meliputi: nama pasien (pasien) serta alamatnya, petugas kesehatan, institusi kesehatan, serta informasi terkait lainnya. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan 2 form yang telah disebutkan sebelumnya (Form Pengkaji untuk mengevaluasi sebab kematian ibu, dan Form Pengkaji untuk mengevaluasi situasi dan kondisi terkait ibu meninggal). Dari pengkajian kasus kematian ibu tersebut, akan dihasilkan kesimpulan apakah kematian ibu ini sebetulnya bisa dicegah atau tidak, termasuk juga adanya pelayanan medis atau tata laksana yang sub-standar, sebab kematian yang final, faktor-faktor yang ikut berkontribusi dalam menyebabkan terjadinya kematian, serta ada tidaknya keterlambatan 1 s/d 3 (terlambat mencari pertolongan ke tenaga kesehatan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapat pelayanan kesehatan yang adekuat

di fasilitas kesehatan). Selain hasil temuan, maka dari suatu pengkajian kasus kematian ibu juga akan dihasilkan suatu rekomendasi.

Analisa lanjutan dari suatu pengkajian suatu kasus kematian ibu tidak hanya berhenti pada hasil kesimpulan dan dari rekomendasi untuk masing-masing kasus kematian, tetapi dapat dilanjutkan menjadi analisa secara agregat terhadap data kematian ibu para ibu tersebut. Pada uji coba ini dikaji secara mendalam ringkasan dari setiap kasus kematian (*individual case summaries*), serta ringkasan dari pengkajian secara keseluruhan (*summary of assessment*). Untuk penulisan buku ini, yang dibahas adalah *individual case summary*, dan *summary assessment* dari ke-5 kasus kematian dengan perdarahan pasca persalinan.

Ringkasan setiap kasus kematian (*individual case summaries*): ringkasan dari seluruh data yang dikumpulkan menggunakan berbagai form atau instrumen di atas dibuat untuk setiap kasus kematian. Ringkasan dari setiap kasus kematian ibu ini akan berisi rangkuman dokumentasi dari karakteristik dari ibu meninggal, antara lain adalah: umur, latar belakang sosial ekonomi, tempat tinggal, paritas, keluhan yang dialami ibu sebelum meninggal. Selain itu juga akan didokumentasikan rangkuman dari pelayanan yang diterima ibu sebelum meninggal, antara lain adalah: pelayanan kesehatan formal dan informal saat masa antenatal, onset atau awal dari mulai timbulnya komplikasi yang kemudian menyebabkan kematian, rujukan yang dialami oleh ibu, ringkasan dari pelayanan dan perawatan yang diterima sewaktu di RS, serta saat pasca persalinan untuk ibu-ibu yang meninggal dalam masa pasca persalinan. Juga dilakukan perangkuman dari informasi klinis, yaitu: pemeriksaan klinis, cara dan tempat persalinan, diagnosis, tata laksana, termasuk informasi mengenai operasi bila dilakukan, dan luaran klinisnya.

Ringkasan pengkajian secara keseluruhan (*summary of assessment*): untuk membuat ringkasan secara keseluruhan ini, maka ringkasan dari setiap

kasus kematian di atas akan dirangkum dan disajikan dalam matriks kajian kasus. Dalam matriks ini faktor-faktor yang mendukung (positif) dan yang merugikan (negatif) yang dialami atau dimiliki oleh ibu akan dikelompokkan dalam 1) orientasi kasus/pasien (yaitu: kondisi kasus, keluarganya, serta peran dari masyarakat di sekitar kasus); 2) sistem kesehatan yang dimiliki ibu (termasuk faktor-faktor administratif), (yaitu: transportasi yang tersedia, cara masuk ke rumah sakit atau fasilitas lainnya, akses ke fasilitas kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan di sekitar kasus tinggal, kompetensi dari petugas kesehatan yang ada, berfungsi tidaknya fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh kasus, baik tidaknya komunikasi yang terjadi antara kasus dengan petugas kesehatan); 3) pelayanan medis yang diterima oleh ibu sebelum meninggal dari sejak antenatal, intra-partum dan postpartum, pelayanan medis saat terjadi kegawatdaruratan (termasuk asesmen awal, identifikasi dari permasalahan yang dihadapi kasus, rencana tata laksana, monitoring berkelanjutan, resusitasi, anestesia (bila relevan), dan *professional conduct* dari petugas kesehatan yang menangani setiap kasus.

Dengan merangkum hasil penilaian terhadap kasus kematian ibu seperti ini diharapkan akan dapat menilai atau mendapat informasi mengenai ada tidaknya kesamaan yang terjadi pada kasus-kasus kematian tersebut, bila ada, bagaimana kesamaan tersebut diantara kasus-kasus kematian tersebut.

BAB III

HASIL

Perdarahan pasca persalinan terjadi paling banyak dibandingkan dengan komplikasi lainnya. Terdapat 5 kasus perdarahan pasca persalinan murni, yaitu kasus nomor 1, 3, 5, 10 dan 18, serta 1 kasus perdarahan pasca persalinan yang didahului dengan eklampsia, yaitu kasus nomor 6, diantara total 18 kasus kematian ibu yang dilaporkan dalam 1 tahun di Kabupaten Lombok Barat. Ke-5 kasus kematian karena perdarahan pasca persalinan murni tersebut melahirkan di rumah, dan 4 dari 5 kasus tersebut mengalami awal dari kegawatdaruratan di rumah, hanya 1 kasus yang sepertinya cukup awal dikirim ke fasilitas kesehatan, tetapi penanganan di fasilitas kesehatan kurang memadai sehingga kasus tersebut tidak tertolong. Sedangkan kasus perdarahan pasca persalinan yang diawali dengan eklampsia melahirkan di RS, dan kegawatdaruratan terjadi di rumah bidan (dalam pengawasan bidan). Dua kasus perdarahan pasca persalinan murni meninggal di rumah ibu, 1 kasus meninggal dalam perjalanan ke Puskesmas, 1 kasus meninggal di Puskesmas, dan 1 kasus meninggal di RS. Sedangkan perdarahan pasca persalinan yang diawali dengan adanya eklampsia, meninggal di RS rujukan kedua (kasus sempat dilakukan seksio sesarea untuk melahirkan bayinya di RS rujukan pertama, tetapi kemudian terjadi perburukan keadaan dan di rujuk ke RS rujukan kedua).

3.1. *Individual Case Summary* dari Kematian Ibu karena Perdarahan Pasca Persalinan

3.1.1. Profil Kasus

Profil kasus kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan dapat dilihat di Tabel 1. Secara umum para ibu tersebut mempunyai latar belakang pendidikan rendah, mayoritas berpendidikan SD, sosial ekonomi rendah atau menengah ke bawah, tinggal di daerah pedesaan, bahkan terpencil (walaupun per jarak mungkin tidak terlalu jauh tetapi terdapat kesulitan transportasi atau secara geografis sulit ditempuh). Saat terjadinya kegawatdaruratan adalah pada masa post-partum, dan semua bayi yang dilahirkan oleh ibu yang meninggal karena perdarahan pasca persalinan lahir hidup.

Table 1. Profil Kasus Kematian Maternal karena Perdarahan Pasca Persalinan

Kasus	1	3	5	6	10	18
Usia Ibu (tahun)	25	36	23	40	32	18
Kehamilan sebelumnya	1	2	0	2	2	0
Usia Gestasi	38	40	36	aterm	40	36
Pendidikan	SD	SD	SMP	Universitas	Tidak sekolah	SD
Tingkat Sosial Ekonomi	Rendah	Menengah ke bawah	Menengah ke bawah	Menengah ke atas	Rendah	Rendah
Tempat tinggal	Terpencil	Urban	Rural	Urban	Terpencil	Terpencil
Jarak ke PKM (km/menit)	10 km/120 menit	2 km/10 menit	1 km/5 menit	1 km/10 menit	18 km/60 menit	4 km/90 menit
Jarak ke RS (km/menit)	10 km/120 menit	10 km/30 menit	10 km/30 menit	11 km/20 menit	46 km/120 menit	10 km/120 menit
Diagnosis Obstetri Utama	PPP	PPP	PPP	HDP (dengan Eklampsia)	PPP	PPP
Penyebab Kematian Final	Syok hipovolemik	Syok hipovolemik	Syok hipovolemik	Syok hipovolemik	Syok hipovolemik	Syok hipovolemik
Saat terjadinya kegawatdaruratan	Post-partum	Post-partum	Post-partum	Intra-partum	Post-partum	Post-partum
Tempat terjadinya kegawatdaruratan	Rumah	Rumah	Rumah	Rumah bidan	Puskesmas	Rumah
Tempat kematian	Rumah	RS rujukan pertama	Perjalanan ke Puskesmas	RS rujukan kedua	Puskesmas	Rumah
Keterlambatan mencari pertolongan medis	Ya	Ya	Ya	Tidak (bidan yang tidak tanggap). Kasus sudah dianjurkan untuk melahirkan di RS tetapi memilih dengan bidan.	Ya	Ya
ANC	Di Posyandu (bidan)	Di Posyandu dan Puskesmas (bidan)	Di Posyandu (bidan)	Dengan ObGyn	Di Posyandu dan Puskesmas (bidan)	Di Posyandu (bidan)

Kasus	1	3	5	6	10	18
Kasus Rujukan	NA	Ya	Ya	Ya	Ya	NA
Tempat melahirkan	Rumah	Rumah	Rumah	RS	Rumah	Rumah
Cara melahirkan	Normal	Normal	Normal		Normal	Normal
Bayi	Hidup	Hidup	Hidup		Hidup	Hidup

Keterangan:

PPP = Perdarahan Pasca Persalinan

HDP = Hipertensi Dalam Kehamilan

3.1.2. Riwayat Kasus Kematian Ibu dengan Perdarahan Pasca Persalinan

Kasus No. 1

Seorang wanita usia 25 tahun, hamil kedua, melahirkan anak 1 kali, tidak pernah mengalami keguguran (G2P1A0), dengan kehamilan cukup bulan. Untuk kehamilan yang ini, melahirkan seorang bayi ditolong oleh anak perempuan dari dukun (bukan oleh dukunnya sendiri), di rumah ibu (bukan di rumah dukun). Selama hamil pernah melakukan ANC sebanyak 6 kali pada petugas kesehatan. Setelah melahirkan, plasenta dapat dilahirkan tidak lama kemudian. Perdarahan massif kemudian terjadi (tidak lama setelah plasenta dilahirkan), diikuti dengan sesak nafas, dan kemudian ibu meninggal. Proses melahirkan sampai ibu meninggal terjadi sangat cepat, kira-kira 1 jam.

Kasus I (Kasus No. 1):

Informasi untuk kasus ini didapatkan dari otopsi verbal saja, karena kasus tidak pernah sampai di fasilitas kesehatan. Informasi mengenai catatan ANC maupun kondisi saat antepartum tidak didapatkan. Dari verbal otopsi didapatkan bahwa alasan ibu dan keluarganya mencari pertolongan persalinan ke dukun adalah karena

alasan kurang atau tidak adanya biaya.

Panel pengkaji menyimpulkan bahwa perdarahan pasca persalinan kemungkinan disebabkan karena atonia uteri dan penyebab kematian akhir (*final cause of death*) adalah syok hipovolemik. Panel juga memperkirakan seandainya sistem di komunitas menerapkan prinsip BP/CR untuk setiap ibu hamil yang berdomisili di wilayah komunitas tersebut, maka kematian ini bisa dicegah karena ibu hamil dapat melahirkan dengan tenaga profesional tanpa harus berhadapan dengan permasalahan tidak adanya biaya. Bidan dan petugas kesehatan lainnya (tergabung dalam sistem di Puskesmas) serta aparat desa seharusnya memperhatikan warganya yang

tidak mampu supaya tetap mempunyai akses ke pertolongan persalinan yang aman dengan tenaga profesional, misalnya dengan membantu memberikan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) bila diperlukan. Salah satu tugas penting dari bidan penanggung jawab wilayah adalah melakukan pemetaan untuk ibu hamil di wilayahnya, dan memastikan bahwa kehamilan, persalinan dan masa nifasnya dapat dilalui dengan aman dengan menerapkan prinsip BP/CR (*Birth Preparedness and Complication Readiness*).

Pasien telah mencari pertolongan ke tenaga kesehatan (bidan), tetapi bidan tidak dapat mengupayakan persalinan yang aman untuk kasus ini, sehingga saat kegawatdaruratan terjadi, ibu berada jauh dari fasilitas kesehatan, dan transportasi sangat sulit didapatkan. Sebetulnya keterlambatan 1, yaitu mencari pertolongan ke tenaga kesehatan tidak terjadi, yang terjadi adalah keterlambatan 2, yaitu sulitnya mencari transportasi untuk mencapai fasilitas kesehatan tepat waktu.

Kasus II (Kasus No. 3):

Informasi untuk kasus ini didapatkan dari otopsi verbal melalui wawancara terhadap keluarga dan bidan di desa, serta data medis yang didapatkan dari RS tempat ibu tersebut meninggal.

Panel pengkaji menyimpulkan bahwa semua tindakan yang dilakukan di RS sudah sesuai dengan standar untuk penanganan perdarahan pasca persalinan, selain kurang cepatnya mendapatkan darah (ibu meninggal 2 jam setelah datang ke RS).

Kematian ini bisa dihindari seandainya pasien sudah menyiapkan diri dan disiapkan untuk melahirkan dengan tenaga yang kompeten, dan bukan dengan tetangga yang tentunya tidak kompeten. Ibu ini pernah melakukan ANC dengan dokter ahli kebidanan, dan berasal dari lapisan masyarakat

dengan sosial ekonomi yang cukup, tetapi pendidikan suami rendah (hanya SD). Ketidaktahuan atau ketidak-waspadaan dari keluarga mungkin melatarbelakangi *ignorance* ini.

Ibu ini tidak pernah melaporkan kehamilannya ke bidan setempat. Ada bidan lain yang berdomisili hanya 2 km dari tempat tinggal ibu.

Kasus No. 3

Seorang ibu usia 36 tahun, G3P2A0, dengan kehamilan ini aterm, dan melahirkan bayi hidup di rumah dengan ditolong oleh tetangga kira-kira 2 jam sebelum datang di RS. Di rumah telah dicoba untuk melahirkan plasenta dengan menarik tali pusat tetapi tidak berhasil. Ibu datang di RS dengan keadaan syok, perdarahan per-vaginam sangat massif dan plasenta belum dilahirkan. Ternyata dari pemeriksaan saat di RS, ditemukan atonia uteri, dan mendapatkan pertolongan berupa pemasangan infus 2 jalur untuk mengatasi syok, dipasang oksigen, serta mendapat injeksi oxytocin. Setengah jam setelah kedatangan ibu di RS, dokter ahli kebidanan mencoba melahirkan plasenta secara manual, tetapi tidak berhasil mengeluarkan plasenta tersebut secara keseluruhan, dan masih didapatkan sisa plasenta yang belum dapat dilahirkan, sehingga perdarahan belum dapat berhenti, dan ibu juga tetap dalam keadaan syok. Karena upaya pertama belum berhasil, maka untuk menghentikan perdarahan dilakukan tindakan kompresi bimanual dan pemasangan kateter balon serta memberikan obat-obatan metergin dan misoprostol suppositoria, dan memutuskan untuk dilakukan operasi untuk histerektomi. Tetapi sebelum sempat dilakukan operasi, ibu meninggal dunia karena untuk dilakukan operasi, ibu memerlukan darah untuk transfusi yang belum tersedia.

Hubungan antara ibu dan keluarganya dengan masyarakat dikatakan baik, akan tetapi masyarakat setempat tidak berhasil berperan dalam menyiapkan persalinan yang aman.

Kasus III (Kasus No. 5):

Informasi untuk kasus ini didapatkan dari otopsi verbal yang didapatkan dari wawancara dengan suami kasus dan bidan di desa yang tinggal tidak jauh dari rumah kasus. Data medis hanya didapatkan dari bidan di desa pada saat bidan tersebut mencoba memberikan pertolongan dengan memasang infus, akan tetapi tidak berhasil.

Informasi mengenai kasus ini didapatkan dari otopsi verbal dan data yang ada di Polindes dan Puskesmas.

Kasus No. 5
Seorang ibu usia 23 tahun, dengan keadaan sosial ekonomi cukup bagus, hamil pertama dan melahirkan bayi hidup dengan dibantu oleh seorang dukun bayi, walaupun ibu ini telah melakukan kunjungan ANC sebanyak 6 kali dengan pertugas kesehatan. Suami ibu ini pun telah menyiapkan persalinan (dana persalinan tidak menjadi masalah) dengan bidan setempat di Polindes yang jaraknya tidak jauh dari rumah keluarga tersebut. Ibu memilih ditolong oleh dukun untuk proses persalinannya, di rumah dukun. Setelah bayi dilahirkan, terjadi perdarahan dan plasenta belum dapat dilahirkan. Diperlukan waktu 2 jam untuk mendapatkan kendaraan untuk merujuk ibu ke Polindes, dimana akhirnya ibu sampai di Polindes dengan kondisi yang sangat lemah, setelah 5 jam pasca melahirkan. Saat sampai di Polindes, denyut nadi tidak teraba; upaya untuk memasang infus tidak berhasil, dan pasien/ibu dikirim ke Puskesmas, tetapi ibu akhirnya meninggal dalam perjalanan sebelum sampai di Puskesmas.

Kematian ibu ini seharusnya sangat dapat dicegah seandainya bidan dapat meyakinkan ibu untuk lahir dengan ditolong tenaga kesehatan yang kompeten.

Bidan harusnya juga bisa mengedukasi dan membuat dukun membantu bidan meyakinkan ibu hamil untuk melahirkan dengan tenaga kesehatan (kemungkinan

kemitraan bidan dan dukun tidak terjalin dengan baik).

Selain itu kompetensi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah yang cukup terpencil, atau yang agak jauh dari RS perlu ditingkatkan dalam hal penanganan kegawatdaruratan obstetrik, termasuk diantaranya pemberian cairan dan keterampilan untuk melakukan vena-seksi untuk pasien-pasien yang mengalami syok. Selain berusaha memasang infus yang tidak berhasil, bidan juga tidak memberikan suntikan oxytocin karena berusaha untuk menolong jiwa ibu.

Kasus IV (Kasus No. 6):

Informasi untuk kasus ini didapat dari bidan perujuk dan keluarga pasien untuk data nonmedis dan medis sebelum pasien dirujuk ke RS rujukan pertama.

Kasus melakukan ANC di dokter ahli kebidanan, dan kasus telah dianjurkan untuk melahirkan di RS dengan cara seksio secara elektif, akan tetapi pasien tidak menuruti anjuran dokter ahli kebidanan tersebut. Bidan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien juga tidak dapat meyakinkan pasien untuk mengikuti anjuran dokter ahli kebidanan, yaitu untuk melahirkan di RS dengan seksio.

Sebelum terjadi kegawatdaruratan, pasien mendatangi bidan tersebut dan meminta bidan untuk menolong persalinannya. Dalam perawatan di rumah bidan tersebut, muncul tanda-tanda impending eklampsia yang tidak dikenali oleh bidan tersebut, sehingga akhirnya pasien mengalami kejang. Bidan mengira kejang tersebut adalah cegukan.

Panel asesor berpendapat bahwa kasus ini adalah kasus yang cukup rumit, tetapi seharusnya kematian dapat dicegah seandainya pasien mengikuti saran dokter ahli kebidanan untuk melahirkan di RS dengan seksio. Atau seandainya setelah terjadi atonia uteri, histerektomi dapat dilakukan dengan segera setelah melahirkan bayi karena terdapatnya kontraksi uterus yang tidak baik, walaupun tidak tersedia darah di RS rujukan pertama tersebut.

Kasus No. 6

Kasus adalah seorang ibu berusia 40 tahun dengan riwayat P3A0 di RS rujukan kedua. Pasien telah melahirkan bayinya dengan seksio sesarea di RS rujukan pertama; pasien dirujuk ke RS kedua dengan diagnosis eklampsia dan perdarahan pasca persalinan. Ibu tersebut dirujuk oleh bidan ke RS rujukan pertama dengan penurunan kesadaran, dan dengan diagnose eklampsia (terdapat kejang) dan suspek diabetes melitus pada kehamilan aterm. Di RS rujukan pertama tersebut, kasus mendapat suntikan MgSO₄, nifedipine, infus RL (ringer laktat), dan oksigen. Pasien mengalami kejang lagi di RS rujukan pertama. Seksio sesarea kemudian dilakukan untuk melahirkan bayi, seksio dilakukan 1 jam setelah pasien masuk ke RS. Pada saat seksio, terjadi perdarahan massif yang kemungkinan disebabkan karena atonia uteri, dan perdarahan tidak dapat dihentikan dengan pemberian uterotonika. Transfusi darah juga tidak dapat diberikan karena tidak ada persediaan darah, dan karena RS rujukan pertama tidak mempunyai fasilitas ICU, maka pasien dikirim ke RS rujukan kedua yang mempunyai ICU.

Saat sampai di RS rujukan kedua, pasien dalam keadaan tidak sadar, dengan tekanan darah 80 mmHg per palpasi, denyut nadi 130/menit. Pasien kemudian langsung masuk ke ICU dan dipasang ventilator, diberikan infus dan transfusi darah, serta obat-obatan lainnya, akan tetapi upaya tersebut tidak berhasil, dan pasien meninggal 2 jam kemudian.

Kasus V (Kasus No. 10):

Informasi didapatkan dari keluarga dan bidan yang bertanggung jawab di wilayah tempat kasus berdiam, dan juga dari Puskesmas dimana kasus sempat dirujuk.

Panel pengkaji menyimpulkan bahwa kematian ini seharusnya bisa dicegah apabila sistem di komunitas tersedia dan berfungsi. Di desa tempat ibu tinggal tidak mempunyai Polindes yang berfungsi karena bangunan Polindes rusak.

Kasus No. 10

Seorang ibu usia 32 tahun, dirujuk ke Puskesmas dengan retensio plasenta dan perdarahan per vaginam setelah melahirkan bayi hidup di rumah (usia kehamilan 40 minggu) dengan ditolong oleh dukun. Ibu datang ke Puskesmas dalam keadaan tidak sadarkan diri setelah 2 jam berusaha mendapatkan kendaraan untuk merujuk ke Puskesmas. Kegawatdaruratan terjadi pada malam hari, dan tidak ada bidan yang tinggal di desa tempat ibu tinggal (daerah terpencil), Polindes yang ada di desa tersebut dalam keadaan rusak dan tidak bisa dipakai. Ternyata setelah pemeriksaan di Puskesmas, didapatkan bahwa ibu ini mengalami prolapsus uteri disamping plasentanya belum dilahirkan. Tiga puluh menit setelah berada di Puskesmas, pasien meninggal dunia. Sebelumnya, pasien sempat mendapat oksigen di Puskesmas, tetapi pemasangan infus gagal dilakukan.

Desa tempat tinggal ibu ini termasuk dalam daerah terpencil, bidan tidak mengupayakan adanya rumah singgah di desa yang Polindes nya rusak, transportasi pun juga tidak dipersiapkan seandainya terjadi kegawatdaruratan, padahal kehamilan ini terjadi di daerah terpencil. Bidan mengetahui bahwa di daerahnya ada ibu hamil yang tinggal di daerah terpencil.

Terdapat banyak keterlambatan yang terjadi pada kasus ini, yaitu terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan dari tenaga yang kompeten, terlambat dalam mendapatkan transportasi sehingga terlambat sampai di Puskesmas dalam keadaan yang bisa ditolong.

Kasus VI (Kasus No. 18):

Kasus No. 18
Kasus adalah seorang ibu berusia 18 tahun, yang melahirkan bayi hidup secara normal sebagai anak pertamanya dengan usia kehamilan 36 minggu, tanpa mendapat pertolongan dari siapapun, di rumah. Plasenta juga sudah dapat dilahirkan. Sepuluh menit setelah plasenta dilahirkan, perdarahan terjadi dan ibu merasa pusing, gelisah dan sesak nafas, 5 menit kemudian meninggal.

Informasi didapatkan dengan melakukan wawancara dengan keluarga yang mungkin kurang dapat memperkirakan jarak waktu antara tiap kejadian.

Panel pengkaji menyimpulkan bahwa seharusnya kematian

dapat dicegah. Sebetulnya kasus tidak menolak untuk melahirkan di fasilitas kesehatan, tetapi persalinan terjadi lebih cepat dari yang diperkirakan. Pada saat terjadi persalinan, baik suami, mertua maupun keluarga yang dapat memutuskan tidak di rumah. Menurut informan yang adalah salah seorang keluarga pasien, kejadian kematian sangat cepat terjadi, kira-kira hanya memakan waktu 25 menit setelah bayi lahir.

Kematian ini sebetulnya dapat dicegah jika persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan. ANC yang dilakukan tidak *refocused* dan kurang melibatkan keluarga.

3.2. *Summary Assessment* dari Kematian Ibu karena Perdarahan Pasca Persalinan

3.2.1. Onset Kegawatdaruratan dan Problem Medis yang Dialami Ibu Meninggal karena Perdarahan Pasca Persalinan.

Onset dari kegawatdaruratan diantara kasus-kasus kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan terjadi setelah melahirkan, yaitu pada periode post-partum. Dua kasus datang ke fasilitas kesehatan dalam keadaan yang sudah buruk dimana akhirnya kedua ibu tersebut meninggal (kasus no. 3 dengan soporo-comatous, dan kasus no.10 dengan keadaan koma). Satu kasus meninggal dalam perjalanan menuju Puskesmas, dan dua kasus lainnya meninggal di rumah (kasus no. 1 dan no. 18). Dua dari kasus kematian dengan perdarahan pasca persalinan tersebut sangat terlambat dirujuk, dimana salah satunya yang meninggal dalam perjalanan ke Puskesmas. Kasus yang meninggal dalam perjalanan tersebut ternyata bertempat tinggal dekat dengan kediaman bidan yang sudah pernah diminta menolong persalinan ibu tersebut oleh suami ibu. Akan tetapi kasus (ibu) lebih memilih ditolong oleh dukun di rumah dukun bayi tersebut, dan akhirnya terjadi retensio plasenta.

Saat memutuskan untuk dikirim ke fasilitas kesehatan (Polindes terdekat), terdapat kesulitan mencari transportasi (diperlukan lebih dari 2 jam untuk mendapatkan mobil untuk merujuk ibu tersebut). Ibu tersebut sampai di Polindes dalam keadaan syok berat dan juga koma, bidan mencoba untuk melakukan pemasangan infus tidak berhasil. Akhirnya ibu tersebut tidak tertolong (meninggal dalam waktu 30 menit setelah tiba di Polindes) karena kehilangan darah yang massif (kasus no. 10).

Table 2. Waktu Onset Kegawatdaruratan Terjadi, Keterlambatan yang Dialami oleh Kasus pada Kematian karena Perdarahan Pasca Persalinan, serta Analisa mengenai Kemungkinan Kematian ini Sebetulnya Dapat Dicegah atau Tidak

No. Kasus	Waktu terjadinya gawat darurat	Kesadaran saat datang di fasilitas kesehatan	Keterlambatan dalam merujuk	Keterlambatan mencari pertolongan tenaga kesehatan profesional	Keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan	Keterlambatan mendapat pertolongan yang adekuat di fasilitas kesehatan	Kematian dapat dicegah
1	Post-partum	NA	Tidak	Tidak	Ya	NA	Dapat
3	Post-partum	Soporo-comatous	Ya	Ya	Tidak	Ya	Dapat
5	Post-partum	NA	Sangat	Ya	Ya	Ya	Mungkin Dapat
6	Ante-partum	Sopor		Tidak	Ya	Ya	Mungkin Dapat
10	Post-partum	Koma	Sangat	Tidak	Ya	Tidak	Dapat
18	Post-partum	NA	NA	Ya	Ya	NA	Dapat

Keterangan: NA= *Not applicable*

Lebih dari separuh kematian (3 dari 5) disebabkan karena retensio plasenta, dimana semua kasus melahirkan bayinya di rumah atau di rumah dukun beranak. Syok hypovolemia adalah merupakan penyebab kematian akhir (final) pada semua kasus yang mengalami perdarahan pasca persalinan. Satu kasus (kasus nomor 3) melahirkan di rumah dengan pertolongan tetangga, dan kemudian dirujuk ke RS setelah mencoba melahirkan plasenta dan selanjutnya terjadi perdarahan. Sesampai di RS, kasus sudah dalam keadaan syok, dan pada pemeriksaan fisik, ternyata selain terdapat retensio plasenta juga didapatkan adanya atonia uteri yang kemudian memperberat perdarahan. Walaupun dokter telah berupaya dengan sangat untuk menghentikan perdarahan (dengan melakukan kompresi bimanual, dan penggunaan kateter balon) serta berupaya untuk melahirkan plasenta dan mengganti cairan yang hilang, pasien akhirnya tetap meninggal saat masih menunggu darah untuk transfusi. Histerektomi yang direncanakan akan dilakukan ternyata tidak berhasil dilakukan.

Dua kasus lainnya dengan retensio plasenta melahirkan bayinya dengan ditolong oleh dukun beranak, dimana salah satu kasusnya (kasus no. 5) memang lebih memilih untuk melahirkan dengan pertolongan dukun, akhirnya juga terjadi perdarahan dan syok hypovolemia. Kasus lain (kasus no. 10), setelah melahirkan bayi dengan pertolongan dukun, kasus tersebut mengalami perdarahan hebat yang disebabkan karena retensio plasenta, dan penanganan yang tidak tepat oleh dukun saat akan melahirkan plasenta yang kemudian menyebabkan terjadinya inversion uteri, dan akhirnya meninggal karena syok hipovolemik.

Dua kasus kematian dengan perdarahan pasca persalinan lainnya (kasus no. 1 dan no. 18) juga meninggal di rumah. Kedua kasus ini ditolong oleh dukun dan meninggal dengan sangat cepat setelah bayi lahir. Pada kasus no. 1, plasenta dapat dilahirkan segera setelah bayi lahir, tetapi

kemudian kasus mengalami perdarahan yang sangat hebat dan akhirnya meninggal dalam waktu kurang dari 1 jam setelah bayi lahir. Pada kasus no. 18, perdarahan terjadi 10 menit setelah plasenta dilahirkan, dan 15 menit kemudian pasien meninggal. Syok hypovolemia ditegakkan sebagai penyebab kematian akhir (final) pada kasus dengan perdarahan pasca persalinan yang diduga karena terjadi atonia uteri.

Terdapat satu kasus yang diagnose obstetrik primernya adalah eklampsia, tetapi kemudian meninggal karena atonia uteria (komolikasi yang cukup sering terjadi pada preeklampsia dan eklampsia karena adanya permasalahan pada endotel pembuluh darah). Pasien datang sendiri ke rumah bidan dan diobservasi oleh bidan, sebetulnya bidan telah menyuruh pasien untuk ke RS, tetapi pasien memilih di rumah bidan. Saat di rumah bidan terdapat tanda-tanda impending eklampsia beberapa jam sebelum terjadinya kejang. Setelah kejang, pasien dirujuk ke RS dan kemudian mengalami SC, tetapi kemudian kontraksi uterus menjadi hilang timbul. Pasien tidak dilakukan histerektomi di RS rujukan pertama, tetapi pasien dirujuk ke RS kedua yang mempunyai fasilitas ICU. Operasi di RS kedua juga tidak dapat segera dilakukan karena belum adanya darah untuk transfusi, sehingga akhirnya pasien meninggal saat menunggu darah.

Sebagian besar dari kematian karena perdarahan pasca persalinan disimpulkan oleh panel asesor sebagai dapat dicegah (4 dari 6 kematian), sedangkan 2 kematian yang lain (kasus nomor 5 dan 6) mungkin juga dapat dicegah untuk tidak meninggal walaupun kasusnya tergolong rumit (kasus nomor 6). Kasus nomor 5 merupakan kasus *missed-opportunity* yang sangat disayangkan untuk terjadi.

Table 3. Penyebab Perdarahan Pasca Persalinan, Penyebab Akhir (Final) dan Faktor yang Berkontribusi terhadap Kematian terkait Perdarahan Pasca Persalinan

Kasus No.	Penyebab Perdarahan Pasca Persalinan	Penyebab Akhir Kematian	Faktor yang Berkontribusi terhadap Kematian
1	Atonia uteri dengan robekan jalan lahir	Syok hipovolemia	Tidak ada
3	Retensio plasenta	Syok hipovolemia	Tidak ada
5	Retensio plasenta	Syok hipovolemia	Tidak ada
6	Atonia uteri dengan eklampsia	Syok hipovolemia	Gagal organ serebral karena eklampsia
10	Retensio plasenta	Syok hipovolemia	Tidak ada
18	Atonia uteri	Syok hipovolemia	Tidak ada

Penyebab kematian dari ke-6 kasus ini disimpulkan karena syok hypovolemia. Tiga dari 6 kasus dengan perdarahan pasca persalinan ini mengalami atonia uteri. Dua kasus tidak dapat ditolong karena tidak adanya persediaan darah saat akan dilakukan histerektomi. Disimpulkan juga bahwa faktor lain yang berkontribusi terhadap kematian selain syok hypovolemia sebagai penyebab akhir kematian, hanya didapatkan pada 1 kasus yaitu yang juga menderita eklampsia (kemungkinan terdapat kegagalan organ serebral pada pasien ini).

Lessons learnt:

1. Hampir semua kasus kematian karena Perdarahan Pasca Persalinan yang ditemukan di Kabupaten Lombok Barat ini disebabkan karena retensio plasenta, akan tetapi DIC sepertinya tidak ditemukan.
2. Semua kasus PPP meninggal karena syok hipovolemik dan syok hipovolemik ini diputuskan oleh tim pengkaji sebagai penyebab final. Satu pasien juga mengalami eklampsia selain mengalami perdarahan pasca persalinan.
3. Semua kasus kematian ibu dengan 5 PPP murni melahirkan di rumah, dengan penolong persalinannya adalah tenaga tidak profesional.
4. Onset dari kegawatdaruratan pada seluruh kasus 5 PPP murni ini terjadi di rumah, pada masa post-partum.
5. Semua kasus kematian ibu karena PPP di Kabupaten Lombok Barat yang dirujuk dan sampai ke fasilitas kesehatan termasuk RS, dalam keadaan yang sudah sangat buruk, bahkan 1 kasus datang di fasilitas kesehatan (Puskesmas) sebagai DOA (*death on arrival*).
6. Terdapat keterlambatan dalam merujuk kasus (kasus no. 5 dan 10), dimana keterlambatan tersebut dikarenakan kesulitan mencari kendaraan.
7. Terdapat 2 kasus kematian karena PPP dimana bidan penanggung jawab wilayah gagal menyiapkan persalinan yang aman untuk ibu hamil yang tinggal di daerah terpencil.
8. Tidak adanya persediaan darah di RS juga mengambil peran dalam kematian pada 2 kasus dengan PPP.
9. Terdapat ketidak-mampuan dari bidan dari sisi kompetensinya menatalaksanai kasus obstetrik dengan kegawatdaruratan di tingkat Puskesmas maupun Polindes, demikian juga tidak bisa/ tidak mampu mengenali tanda-tanda impending eklampsia.

3.3 Pelayanan oleh Tenaga Kesehatan yang Sub-standar

Pengkaji melakukan asesmen terhadap manajemen klinis dan profil dari kinerja tenaga kesehatan dalam melakukan tata laksana kasus yang akhirnya meninggal dengan perdarahan pasca persalinan pada uji coba ini. Penilaian atau asesmen dilakukan untuk tiap periode, yaitu: antepartum, intrapartum dan postpartum baik untuk ibu-ibu meninggal yang pernah menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (sebelum, selama dan setelah hospitalisasi/dirawat), maupun ibu meninggal yang tidak pernah mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh bidan sebagai penanggung jawab wilayah akan dinilai dalam hal ini. Untuk kasus-kasus yang mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan, penilaian juga dilakukan di sekitar terjadinya kegawatdaruratan yaitu pada penilaian awal (*initial assessment*), penegakan diagnosis (*diagnosis recognition*), rencana tata laksana (*management plan*), monitoring berkelanjutan (*continued monitoring*) dan resusitasi. Hasilnya dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Table 4. Manajemen Klinis dan Profil Tata Laksana pada Masa Persalinan

No. Kasus	Manajemen Klinis dan Profil Tata laksana
1	Tidak dapat dinilai – Kasus ini mengalami perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri yang terjadi di rumah, dan ditolong oleh anak perempuan dari dukun beranak (bukan oleh dukunnya sendiri). Kasus ini tidak pernah mendapat pelayanan profesional sama sekali pada masa persalinan (dari kala 1 sampai 2 jam postpartum). Kasus ini tinggal di daerah yang sulit secara geografis. Akan tetapi, kasus ini melakukan <u>6 kali kunjungan ANC, yang seharusnya sudah cukup untuk bidan</u>

No. Kasus	Manajemen Klinis dan Profil Tata laksana
	<u>yang melayani ANC ibu tersebut untuk mempersiapkan persalinan yang aman untuk ibu tersebut.</u>
3	<p>Pelayanan yang tidak profesional di RS tidak ditemukan pada kasus ini. Kasus no.3 ini pernah mengalami abortus iminen pada kehamilan ini tetapi tetap dapat dipertahankan kehamilannya. Kasus ini ternyata bukan penduduk setempat, walaupun dia sudah berada di tempat dimana dia akhirnya meninggal sejak usia kehamilan 18 minggu. Dalam kasus ini, <u>program P4K belum dapat mencapai penduduk yang bukan penduduk setempat, lebih tidak menguntungkan lagi keadaan kasus ini karena sifat individualistis dari penduduk urban, sehingga kemungkinan kasus ini kurang mendapat perhatian dari masyarakat setempat.</u></p>
5	<p>Kasus ini mengalami perdarahan pasca persalinan karena atonia uteri. Si ibu lebih memilih bersalin dengan ditolong oleh dukun beranak, walaupun suaminya telah mempersiapkan persalinan ibu tersebut dengan bidan (yang tinggalnya hanya 5 menit dari rumah kasus). <u>Bidan tersebut tidak dapat meyakinkan si ibu untuk mendapat pertolongan persalinan dengan tenaga profesional.</u> Setelah persalinan, ibu mengalami perdarahan hebat karena retensio plasenta yang tidak bisa diatasi oleh dukun. Si ibu kemudian dirujuk ke bidan tersebut di atas, tetapi kesulitan mendapatkan transportasi dari rumah dukun, sehingga akhirnya ibu baru sampai di bidan lebih dari 2 jam kemudian dalam keadaan yang sangat buruk dan kasus mengalami atonia uteri, <u>bidan tidak bisa menolong ibu dan merujuk ke Puskesmas,</u></p>

No. Kasus	Manajemen Klinis dan Profil Tata laksana
	<u>tanpa berhasil memasang infus.</u> Kasus meninggal dalam perjalanan menuju Puskesmas.
6	Kasus ini adalah primer sebagai kasus eklampsia, tetapi kemudian meninggal karena atonia uteri dan kemudian diikuti dengan syok hypovolemia. Bidan yang menolong kasus ini tidak dapat meyakinkan kasus untuk mengikuti saran dari dokter ahli kebidanan untuk melahirkan bayinya dengan operasi seksio. Dokter ahli kebidanan juga gagal untuk mengedukasi dan meyakinkan ibu hamil tersebut. <u>Bidan yang menolong persalinan tidak dapat mengenali tanda-tanda adanya impending eklampsia, padahal pasien sudah berada di rumah bidan.</u> Pasien mengalami cegukan yang biasanya merupakan awal dari kejang pada kasus-kasus dengan preeklampsia. <u>Bayi berhasil dilahirkan dengan SC, tetapi dokter di RS rujukan pertama tidak langsung melakukan histerektomi setelah ditemukan adanya kontraksi uterus yang buruk.</u> <u>Pasien dirujuk ke RS dengan fasilitas ICU, dimana direncanakan dilakukan histerektomi tetapi tidak darah untuk transfusi.</u> <u>Terjadi 3 kali keterlambatan di bidan, RS pertama dan RS kedua.</u>
10	Kasus ini mengalami perdarahan pasca persalinan karena retensio plasenta. Persalinan ditolong oleh dukun beranak kemudian terjadi perdarahan massif karena plasenta tak dapat dilahirkan. Ibu tersebut kemudian dirujuk ke Puskesmas dalam keadaan tidak sadarkan diri. Di Puskesmas kasus didiagnosa sebagai kasus dengan perdarahan pasca persalinan + retensio plasenta + syok irevesibel dan prolapse uteri. Kasus mendapat

No. Kasus	Manajemen Klinis dan Profil Tata laksana
	<p>perawatan di Puskesmas dengan pemasangan O2, akan tetapi upaya untuk melakukan pemasangan infus gagal, dan ibu meninggal dalam 30 menit setelah mendapat perawatan di Puskesmas tersebut. <u>Kematian tersebut mungkin dapat dicegah apabila bidan yang bertanggung jawab di area dimana kasus tinggal lebih mempersiapkan proses persalinan yang aman untuk ibu yang tinggal di daerah terpencil. Selain itu, kemampuan untuk pemasangan infus di Puskesmas kurang baik sehingga walaupun kasus sudah mencapai Puskesmas, tetapi infus tidak berhasil dipasang.</u></p>
18	<p>Kasus no. 18 ini adalah seorang ibu primipara yang mengalami perdarahan pasca persalinan setelah melahirkan bayinya di rumah. Perdarah massif terjadi 10 menit setelah plasenta berhasil dilahirkan, dan kemudian dalam kira-kira 15 menit, ibu ini meninggal. Diperkirakan kasus meninggal karena robekan jalan lahir dan atonia uteri. <u>Tidak ada persiapan untuk persalinan yang aman yang disiapkan oleh bidan penanggung jawab wilayah, dan pada saat melahirkan sampai akhir, tidak ada suami atau keluarga lain sebagai pengambil keputusan.</u></p>

Deskripsi mengenai pelayanan yang sub-standar di atas diharapkan merupakan terjemahan dari kurang baiknya atau kegagalan dari sistem pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan maupun di komunitas di suatu wilayah (dalam hal ini Kabupaten Lombok Barat). Kegiatan CEMD ini diharapkan dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat dihindarkan supaya tidak terjadi kematian ibu, tanpa harus menyalahkan orang tertentu

maupun fasilitas kesehatan tertentu. Karena sebetulnya faktor-faktor yang dapat dihindari tersebut tidak berdiri sendiri, dan lebih merupakan bagian dari sistem yang lebih besar. Misalnya, dari 5 kasus kematian yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan murni, sebagian besar disebabkan karena tidak berhasil dipasangnya infus pada kasus-kasus dengan syok karena perdarahan tersebut. Seandainya dalam pendidikannya (*pre-service training*) dan dalam mendapatkan *refreshing training* (*in-service training*), para petugas kesehatan (dalam hal ini, bidan) mendapat bekal keterampilan yang cukup baik untuk misalnya melakukan vena-seksi sehingga keadaan syok yang terjadi di fasilitas primer dapat diatasi, dan kematian karena syok yang merupakan akibat dari perdarahan dapat dicegah. Jadi, dalam hal ini, sistem yang lebih besar atau kebijakan yang lebih atas yang perlu diperbaiki.

BAB IV

PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN

Kematian ibu dapat disebabkan karena sebab-sebab langsung (direk) dari komplikasi obstetrik yang kemudian menyebabkan kematian, atau karena sebab yang tidak langsung yang sudah ada sebelum kehamilan terjadi dan kehamilan tersebut mengeksaserbasi kondisi tersebut sehingga menjadi lebih parah dan menyebabkan kematian. Penyebab langsung dari kematian ibu tersebut adalah merupakan sebab kematian ibu terbesar di negara-negara berkembang (Ronsmans dan Graham, 2006). Secara global, penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan pasca persalinan (Hogan et al., 2010), yang didefinisikan sebagai kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih dalam waktu 24 jam setelah melahirkan (*World Health Organization* (WHO), 2012b). Suatu studi *systematic review* yang dilakukan oleh WHO mendapatkan bahwa perdarahan pasca persalinan sebagai penyebab utama kematian ibu di Afrika dan Asia, dimana perdarahan pasca persalinan tersebut merupakan sebab kematian dari setengah dari total kematian ibu di daerah tersebut (Khan et al, 2006).

Secara umum, perdarahan pasca persalinan berkontribusi terhadap 25% kematian ibu di dunia ini (WHO, 2005). Data dari Lombok Barat mendapatkan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan sedikit lebih tinggi, yaitu sekitar 30% (6 dari 18 kasus kematian). Padahal, sebetulnya perdarahan pasca persalinan ini dapat dicegah dan ditatalaksana sedemikian rupa sehingga berakhir dengan kematian. Penggunaan obat-obatan uterotonika yang diberikan langsung setelah melahirkan adalah salah satu intervensi yang paling efektif untuk mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan (WHO, 2012b).

Saat ini, oxytocin adalah obat yang direkomendasikan sebagai *drug of choice* untuk mencegah dan mengobati perdarahan pasca persalinan, dan harus diberikan oleh tenaga kesehatan. Di negara berkembang, kematian ibu masih terkonsentrasi terjadi pada kelompok yang miskin (Ronsmans dan Graham, 2006).

Negara-negara dimana mayoritas wanita hamil masih melahirkan di rumah (di luar fasilitas kesehatan) mempunyai kematian ibu yang tertinggi. Di negara-negara Afrika sub-Sahara Afrika dan juga Asia Selatan (India, Pakistan, Bangladesh dan beberapa negara lain), dimana mayoritas kematian ibu terkonsentrasi di sana, hanya 7 sampai 22% dari wanita hamil yang termasuk dalam kuintil termiskin melahirkan di fasilitas kesehatan (Ronsmans and Graham, 2006; Montagu et al., 2011). Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan wanita hamil, dan kebanyakan dari mereka yang berasal dari keluarga termiskin melahirkan di rumah, dan kebanyakan juga, persalinan di rumah ini juga tidak ditolong oleh tenaga kesehatan (Montagu et al., 2011).

Akibatnya, mayoritas wanita yang melahirkan di rumah tidak mempunyai akses terhadap uterotonic yang diberikan secara suntikan, dan konsekuensinya ibu-ibu hamil yang melahirkan di rumah tersebut mempunyai risiko yang tinggi untuk terjadinya perdarahan pasca persalinan, dan selanjutnya terhadap kematian (Montagu et al., 2011; Prata et al., 2011; Ronsmans and Graham, 2006). Keadaan ini serupa dengan yang didapatkan pada review ke-6 kematian ibu di Lombok Barat yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan. Lima kematian murni karena perdarahan pasca persalinan, dan 1 kematian didahului dengan preeklampsia berat. Keenam kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan ini merupakan semua kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan selama 1 tahun (1 Maret 2008 – 28 Februari 2009), yang mana 5

ibu yang dengan murni perdarahan pasca persalinan tersebut melahirkan bayinya di rumah dan kemudian kegawatdaruratan terjadi di rumah. Perlu dicatat di sini bahwa kelima bayi yang dilahirkan oleh ibu-ibu yang meninggal karena perdarahan pasca persalinan ini lahir hidup, dan kegawatdaruratan terjadi setelah bayi dilahirkan. (berapa dari kelima ibu ini yang mendapat oxytocin). Sedangkan 1 kasus yang didahului dengan eklampsia, melahirkan bayi hidup juga tetapi dengan Apgar skor 1/3 di RS.

Apabila pemerintah Indonesia ingin menurunkan kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan murni, maka intervensi yang harus dilakukan harus memperhitungkan kenyataan bahwa banyak ibu-ibu yang melahirkan di rumah tanpa bantuan tenaga kesehatan. Upaya pemerintah Indonesia untuk mendorong ibu bersalin dengan bantuan tenaga kesehatan sudah menunjukkan hasil yang menggembirakan. Cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan pada tahun 2013 adalah sebesar 90,88%, meningkat dari tahun 2009 yang juga sudah cukup tinggi, yaitu 84,38% (Kemenkes RI, 2014).

Sebagian besar dari persalinan oleh tenaga kesehatan tersebut dilakukan oleh bidan, dengan tempat persalinan lebih banyak dilakukan di RB/klinik/praktek nakes atau di rumah ibu (Riskesdas, 2013; Kemenkes RI, 2014). Hal ini menimbulkan pertanyaan besar mengenai kompetensi dari para bidan sebagai mayoritas penolong persalinan di Indonesia. Karena, walaupun persalinan telah banyak dilakukan dengan nakes, yang kebanyakan bidan tersebut, angka kematian ibu di Indonesia masih belum menunjukkan penurunan yang signifikan dari 359 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2012 (SDKI, 2012) menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015 (SUPAS, 2015).

Untuk mengatasi kematian ibu karena perdarahan pasca persalinan, rekomendasi yang telah dikeluarkan dari WHO, yang berdasarkan Tingkat

A (*Recommendations Based on Level A Evidence*) adalah: 1). AMTSL (*Active Management of the Third Stage of Labor*) harus dilakukan oleh para klinisi untuk mengurangi risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan (Geelhoed et al, 2002; Khan et al, 1997; Premndiville et al, 2000). AMTSL adalah suatu intervensi yang telah terbukti sangat berhasil untuk mencegah perdarahan pasca persalinan, dimana intervensi ini meliputi penggunaan obat uterotonic setelah persalinan yang dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan baik, sehingga bisa menurunkan risiko terjadinya perdarahan yang dapat mengancam jiwa ibu.; 2). Oxytocin harus digunakan sebagai obat uterotonika di tempat-tempat dimana penyimpanan dan pemberian obat ini memungkinkan (Gulmezoglu et al, 2001; Gulmesoglu et al, 2007).

Penggunaan oxytocin ini tidak selalu mungkin dilakukan di *low-resource setting* Karena untuk penyimpanannya oxytocin memerlukan lemari pendingin untuk menyimpannya, peralatan yang steril dan petugas kesehatan untuk menyuntikkannya. Selain itu, efeknya (*potency*) dari oxytocin untuk bisa dapat mencegah dan mengatasi perdarahan pasca persalinan tidak selalu dapat dijamin di *low-resource setting* (Snelgrove, 2009).; 3). Bila tidak tersedia oxytocin, maka pemberian misoprostol harus diberikan untuk mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan (Lokugamage et al, 2001; Walley et al, 2000; Alfirovic et al, 2007). Pada tahun 2011, WHO telah meng-*endorse* penggunaan misoprostol sebagai salah satu obat yang terdaftar untuk pencegahan perdarahan pasca persalinan (*WHO Essential Medicines List for Prevention of PPH*).

Misoprostol adalah obat uterotonic oral dalam bentuk tablet yang untuk penyimpanannya tidak membutuhkan lemari pendingin ataupun penyimpanan dalam tempat yang dingin dan gelap, serta pemberiannya tidak perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sehingga misoprostol dapat

disediakan dan diberikan kepada wanita hamil sebelum periode persalinan tiba, dan para wanita hamil tersebut dapat meminum obat tersebut segera setelah persalinan (Snelgrove, 2009).

Khusus untuk penggunaan misoprostol di Indonesia, sampai saat ini, misoprostol belum mendapat ijin untuk digunakan di komunitas oleh tenaga kesehatan non-dokter, karena adanya keberatan akan terjadinya penyalahgunaan obat ini, salah satunya adalah untuk melakukan aborsi. Dengan situasi seperti ini, maka pencegahan perdarahan pasca persalinan yang terjadi pada wanita hamil yang melahirkan di rumah, atau tidak mempunyai akses terhadap pemberian oxytocin yang adekuat belum dapat diatasi dengan misoprostol. Penggunaan misoprostol sudah dilakukan saat itu di rumah sakit oleh dokter ahli kebidanan.

Sangat sulit untuk selalu dapat mengidentifikasi wanita yang mempunyai risiko yang tinggi untuk mengalami perdarahan pasca persalinan, walaupun terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan perdarahan pasca persalinan, misalnya riwayat perdarahan pasca persalinan pada persalinan yang lalu, pre-eklampsia, kehamilan kembar, dan obesitas. Faktor-faktor terkait persalinan yang dapat meningkatkan terjadinya kehilangan darah adalah episiotomy, seksio sesarea, dan partus lama (Combs et al, 1991; Stones et al, 1993). Akan tetapi kira-kira 66% dari perdarahan pasca persalinan terjadi pada kasus tanpa faktor risiko (Atkins, 1994).

Berpegang pada adanya faktor risiko untuk menggolongkan wanita hamil sebagai kelompok risiko tinggi, ternyata tidak diikuti oleh penurunan kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan. Banyak ibu yang digolongkan dalam kelompok risiko tinggi tidak pernah mengalami komplikasi, sementara mereka telah memakai sumber daya yang cukup mahal dan jarang didapat. Penelitian menunjukkan bahwa

pemberian asuhan khusus pada ibu yang tergolong dalam kategori risiko tinggi terbukti tidak dapat mengurangi komplikasi yang terjadi. Dari ke-6 kasus kematian ibu yang meninggal karena perdarahan pasca persalinan, hanya 2 kasus yang mempunyai predisposisi (atau faktor risiko), satu kasus karena eklampsia, dan 1 kasus dengan riwayat abortus iminens (yang sebetulnya bukan merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan secara langsung). Selain itu, dengan melakukan penilaian/asesmen terhadap risiko tinggi dapat menyebabkan dilakukannya suatu tindakan yang mungkin tidak diperlukan oleh si ibu hamil atau juga dapat merugikan sistem kesehatan karena adanya tindakan yang tidak diperlukan.

Semua wanita hamil harus dianggap sebagai berisiko, dan sejak awal dari kehamilan diharapkan telah membuat sistem untuk mempersiapkan persalinan dan kesiapan bila ada kemungkinan kegawatdaruratan. Jadi, melahirkan dengan seorang tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas kesehatan adalah perencanaan persalinan yang paling baik untuk mencegah perdarahan pasca persalinan, dan menanggulangnya bila sampai komplikasi tersebut terjadi. Keluarga dan tetangga/komunitas/masyarakat di mana ibu hamil tinggal diharapkan mengetahui dan waspada terhadap tanda-tanda bahaya utama pada kehamilan dan persalinan, termasuk bila terjadi perdarahan.

Hal-hal di atas seperti *birth preparedness and complication readiness* jelas tidak diaplikasi pada masyarakat di Lombok Barat ini. Seandainya pun keluarga dan komunitas mengetahui mengenai tanda bahaya persalinan, tetapi karena kegawatdaruratan pada perdarahan pasca persalinan ini sangat cepat, dan masyarakat belum mempersiapkan BP/CR maka sulit untuk dapat mengatasi kondisi yang dialami oleh ke-5 ibu yang meninggal karena perdarahan pasca persalinan murni tersebut.

Pada review kasus kematian karena perdarahan pasca persalinan di atas, terdapat beberapa kemungkinan terjadinya bias pada penilaian kematian maternal yang didapatkan dari hasil uji coba ini. Bias yang mungkin terjadi tersebut kemungkinan dapat disebabkan karena faktor sampling, dalam melakukan review rekam medis, saat melakukan wawancara untuk otopsi verbal, serta terkait komposisi dari pengkaji.

Uji coba ini menggunakan total sampel kematian ibu yang terjadi di Kabupaten Lombok Barat yang dilaporkan melalui sistem pelaporan kesehatan rutin. Kemungkinan akan adanya underestimasi dari total kematian ibu masih ada, demikian juga kemungkinan underestimasi kematian perdarahan pasca persalinan. Pada saat melakukan review rekam medis, pengumpul data mungkin *missed* dalam mendapatkan informasi, baik tidak disadari maupun disadari (misalnya pengumpul data yang adalah bidan, mengetahui riwayat dari kasus yang mengalami kematian, sehingga mungkin ada kecenderungan untuk tidak melaporkan adanya pelayanan yang kurang adekuat, bila ada).

Hal ini sangat mungkin terjadi, terutama bila pertanyaan yang ada di Form CEMD I bersifat *close-ended*. Selain itu, bias juga dapat terjadi karena data dalam rekam medis tidak lengkap. Sedangkan bias yang berhubungan dengan wawancara (otopsi verbal) mungkin terjadi karena responden (keluarga dan kerabat dari ibu yang meninggal) bisa saja memberikan informasi yang tidak akurat mengenai tanda dan gejala, maupun pelayanan yang diterima oleh ibu yang meninggal karena mereka mungkin tidak mengetahui keadaan yang sebenarnya terjadi. Bias terkait panel pengkaji mungkin sudah minimal karena panel pengkaji ini terdiri dari dokter ahli kebidanan, dokter ahli anestesi, bidan, dan pengelola program KIA yang mempunyai *insight*, yang juga nantinya akan memberi masukan dan berpartisipasi dalam memperbaiki kualitas pelayanan

kesehatan maternal. Akan tetapi bila data yang dikumpulkan tidak cukup lengkap (misalnya karena data rekam medis yang tidak dilengkapi dengan oleh para dokter, terutama), maka bias masih sangat mungkin terjadi.

Secara umum, terlihat bahwa terdapat permasalahan dalam supervisi dan koordinasi secara sistemik dan sistematis dalam menjalankan *good clinical governance* baik di RS, fasilitas kesehatan maupun sistem pelayanan kesehatan di komunitas. Sebagai contoh adalah tidak berfungsinya bidan penanggung jawab wilayah untuk meyakinkan ibu hamil dan keluarganya untuk menggunakan tenaga profesional dalam persalinannya, dan juga terlihat kegagalan para bidan tersebut mempersiapkan persalinan yang aman bagi para ibu hamil, sehingga terjadi adanya keterlambatan 1 dan 2. Tidak berfungsinya dengan baik para bidan tersebut mungkin karena *pre-service training* tidak dapat dipastikan kualitasnya memenuhi standar yang seharusnya, dengan menjamurnya pendidikan bidan dengan kualitas yang dipertanyakan.

Hal yang harus dipikirkan adalah diperkuatnya sistem layanan kesehatan di tingkat primer dengan melibatkan tenaga kesehatan lain yang lebih kompeten dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan secara umum, misalnya keterlibatan dokter umum dan perawat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk mengatasi permasalahan ini maka diperlukan intervensi di tingkat manajemen yang lebih tinggi, yang mungkin saja di tingkat pemerintah daerah, maupun pemerintah pusat. Keterlambatan ke-3 juga terlihat dari kasus yang direview, yaitu pada terlambatnya dilakukan operasi histerektomi yang disebabkan karena tidak adanya darah untuk transfusi.

Permasalahan dengan sistem pelayanan kesehatan ibu (misalnya ANC, persiapan persalinan yang aman, transportasi bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan dan sebagainya) terlihat dengan jelas tidak adekuat di

wilayah kabupaten tempat dilakukan uji coba CEMD tersebut, walaupun hanya berdasarkan pengkajian kasus-kasus kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan. Semua dari kasus kematian dengan perdarahan pasca persalinan ini mendapat ANC (sedikitnya 4 kali), tetapi tidak ada yang mendapat pelayanan ANC yang memenuhi persyaratan *refocused* ANC (yaitu berpegang pada *birth preparedness* dan *complication readiness*). Semua kasus kematian karena perdarahan pasca persalinan ini tidak disiapkan dengan baik bila muncul komplikasi sewaktu-waktu.

Transportasi merupakan salah satu hal yang utama yang juga tidak disiapkan dengan baik untuk mengantisipasi bila ada kegawatdaruratan. Komunikasi dan edukasi mengenai tanda dan gejala bahaya selama masa kehamilan dan persalinan kepada keluarga dan masyarakat seorang ibu hamil harus diperbaiki dan diperkuat. Panel pengkaji berpendapat bila ANC dilakukan dengan memenuhi prinsip-prinsip BP/CR (*Birth Preparedness/Complication Readiness*), maka banyak kematian ibu yang dapat dicegah.

Hasil dari review atau kajian dari kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan pasca persalinan dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan dari keluarga dan masyarakat melalui otopsi verbal, yang tidak saja berusaha mencari kemungkinan sebab kematian, tetapi juga mencari dan mendapatkan data seputar kegawatdaruratan terjadi, serta permasalahan-permasalahan yang terkait ibu hamil, keluarga serta peran masyarakat dalam membantu terjaminnya keselamatan seorang ibu hamil/bersalin. Hal ini diperlukan karena pemerintah Indonesia telah menerapkan program P4K dan ANC yang *refocused*. Pertanyaan yang harus dijawab pada instrumen CEMD II (untuk otopsi verbal dan situasi nonmedis dari ibu meninggal) memang cukup banyak.

Selain data nonmedis, dikumpulkan juga data medis dari fasilitas kesehatan tempat ibu meninggal dan dari fasilitas kesehatan yang pernah merawat si ibu sebelum meninggal menggunakan instrumen CEMD I. Dengan kurang lengkapnya rekam medis dari pasien (keadaan yang sering didapatkan), maka pengkajian terhadap kasus dirasakan kurang maksimal. Data medis dan nonmedis tersebut kemudian dianonimkan supaya pada saat pengkajian dilakukan dengan cara dan semangat yang *No Name, No Blame, No Shame*, sehingga diharapkan proses pengkajian tersebut dapat dilakukan dengan netral, dan mengurangi bias dan hasilnya dapat lebih *reliable* dan mendekati keadaan yang sebenarnya sehingga intervensi yang akan dilakukan lebih sesuai. Pengkajian juga dilakukan dengan menggunakan instrumen pengkaji, sehingga pengkajian kematian ibu dapat dilakukan dengan terstandar.

Setelah selesainya uji coba implementasi *Confidential Enquiry into Maternal Death* di Lombok Barat ini selesai dilakukan dan dibahas, salah satu tindak-lanjut yang sangat bermakna adalah direvisinya Pedoman dan Pelaksanaan Audit Maternal Perinatal (AMP) pada tahun 2010, yaitu menggunakan prinsip *No Name, No Blame, No Shame*, dengan menggunakan instrumen CEMD I dan CEMD II untuk mengumpulkan data medis dan nonmedis, serta untuk pengkajiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen pengkaji.

BAB V

REKOMENDASI

5.1 Untuk Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten:

1. Harus dipastikan bahwa setiap bidan di desa mempunyai peta wanita hamil serta kantung persalinan dan rencana persalinannya. Hal ini adalah merupakan program pemerintah, akan tetapi tidak dilaksanakan dengan konsisten di lapangan.
2. Edukasi mengenai pengenalan tanda dan gejala bahaya pada ibu hamil harus dikomunikasikan dengan baik dan intensif kepada ibu hamil, keluarga dan masyarakat dimana ibu hamil tersebut tinggal. Hal ini sangat berkaitan dengan program pemerintah P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yang meliputi tersedianya transportasi, dana, donor darah, termasuk juga rencana tentang siapa yang akan membantu mengurus anak-anak di rumah apabila ibunya harus melahirkan dan dirawat di RS dan ayahnya harus menemani dan mengurus ibu tersebut, serta hal-hal lain yang diperlukan oleh ibu hamil/bersalin yang dapat dibantu oleh masyarakat dan keluarga.
3. ANC diharapkan dilakukan secara *refocused*. Pada awalnya ANC lebih difokuskan untuk mencari ibu hamil dengan risiko tinggi, tetapi hal tersebut terbukti kurang efektif untuk menapis timbulnya komplikasi dan kejadian kematian ibu. Pada dasarnya ANC yang *refocused* meliputi: membantu ibu dan keluarganya untuk membuat perencanaan persalinan dan mempersiapkan diri untuk menghadapi komplikasi bila sampai terjadi; melakukan penapisan kondisi-kondisi yang memang harus melahirkan di RS; mendeteksi adanya

kehamilan ganda setelah usia kehamilan lebih 28 minggu dan presentasi bayi setelah usia kehamilan 36 minggu; mendeteksi dan menangani komplikasi; memberikan imunisasi TT, dan juga suplementasi Fe dan Asam Folat.

5.2 Untuk Bidan dan Pendidikan Bidan:

1. Kompetensi bidan harus diperbaiki baik dari sejak *pre-service training* dengan perbaikan kurikulum sesuai kebutuhan (setara dengan kemampuan bidan yang diperlukan di lapangan), maupun *in-service training* melalui pembinaan, *supportive supervision*, magang, dsb. Dari review terlihat bahwa terdapat bidan yang tidak mengetahui tanda-tanda impending eklampsia.
2. Perlu ditekankan kepada bidan, perlunya kerjasama dengan masyarakat setempat termasuk pejabat pemerintah setempat untuk dapat membuat sistem yang efektif untuk rujukan, terutama rujukan untuk ibu hamil yang tinggal di daerah terpencil dan sulit mendapatkan transportasi.

5.3 Untuk Rumah Sakit:

1. Diharapkan RS dapat memperbaiki pencatatan rekam medis serta penyimpanannya, karena hilang atau tidak berada ditempatnya suatu rekam medis pasien masih sering terjadi, selain banyak data yang tidak diisikan pada rekam medis tersebut.
2. Audit harus dilakukan di RS terhadap semua kasus kematian (dalam hal ini kematian maternal), dimana audit adalah bagian dari pelaksanaan dari *clinical governance* di RS.
3. Peran dan kompetensi dari tim medis (dokter, perawat dan bidan) di unit UGD perlu ditingkatkan. Perlunya menempatkan bidan yang

mempunyai kompetensi yang baik di UGD untuk penanganan kasus-kasus kebidanan yang mengalami kegawatdaruratan saat mencapai RS.

4. Peningkatan kompetensi dan komunikasi yang baik antara dokter-dokter spesialis yang terkait dalam mengatasi kegawatdaruratan kebidanan, sehingga tidak terjadi keterlambatan dalam penanganan kasus.
5. Persediaan darah harus selalu dipastikan tersedia, apakah itu berada di RS (Bank Darah), ataupun dikelola oleh PMI setempat.

DAFTAR PUSTAKA

1. ACCESS. Achieving Results in Preventing Maternal Deaths: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. USAID, 2008.
2. Achadi E, Ronsmans R, Supratikto G and Wirth ME. A district-based Audit into the Causes and Circumstances of Maternal Death in South Kalimantan, Indonesia. MotherCare Report to USAID, 2000.
3. Adisasmita A, Respatiasih J, and Izati Y. Moving Forward to Confidential Enquiry into Maternal Death. Report to WHO Indonesia, University of Indonesia. Jakarta, January 2009.
4. Adisasmita A, Respatiasih J, and Izati Y. Report on Confidential Enquiry into Maternal Death in Indonesia. Implementation Pilot in West Nusa Tenggara Province. Report to WHO Indonesia, University of Indonesia, Jakarta, June 2009.
5. Akins, S. Postpartum hemorrhage: a 90s approach to an age-old problem. *Journal of Nurse-Midwifery* 39(2), Supplement:123S–134S (March/April 1994).
6. Alfirevic Z, Blum J, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99:S198-S201.
7. Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Organization, Geneva, 2004.
8. BPS/BKKBN/Kementerian Kesehatan RI/MEASURE DHS. 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012.
9. Buku Pedoman AMP, DepKes RI, 1994.
10. Combs, C.A. et al. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics & Gynecology* 77:69–76 (1991).

11. Dolea C, AbouZahr C and Stein C. Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000. Evidence and Information for Policy (EIP). World Health Organization, July, 2003.
12. Geelhoed D, Visser L, Agordzo P, Asare K, Van Leeuwen JS, Van Roosmalen J. Active versus expectant management of the third stage of labor in rural Ghana. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:172-173.
13. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NTN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al.; WHO Collaborative Group to Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet.* 2001;358:689-695.
14. Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007;(3).
15. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Ma Kela Smllo Pez AD, Lo Zano R & Murray CJ. 2010. Maternal mortality for 18 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet,* 375:1609-23.
16. Irianto, J. 2014. Peran keberadaan bidan di desa dalam rujukan komplikasi maternal: tempat kematian ibu sebagai ukuran kinerja rujukan. Disertasi. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. Depok.
17. Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kemenkes RI.
18. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kemenkes RI.
19. Khan, GQ, John IS, Wani S, Doherty T, Sibai BM. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the

- placenta: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(4);770-774.
20. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA; WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet.* 2006;367:1066-1074.
 21. L. D'Ambruoso, E. Achadi, A. Adisasmita, Y. Izati, K. Makowiecka, J. Hussein. Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery* October 2009, Volume 25, Issue 5, Pages 528–539.
 22. Lewis G and Drife J. *Why Mothers Die 1997-1999: The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.* RCOG Press. London, 2004.
 23. Lokugamage AU, Sullivan KR, Niculescu I, Tigere P, Onyangunga F, El-Refaey H, et al. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:835-839.
 24. Montagu D, Yamey G, Visconti A, Har Ding A & Yoong J. 2011. Where do poor women in developing countries give birth? A multi-country analysis of demographic and health survey data. *PLoS One*, 6, e17155
 25. Moodley J, Pattinson RC, Fawcus S, Schoon MG, Moran N, Shweni PM on behalf of the National Committee on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. The confidential enquiry into maternal deaths in South Africa: a case study. *BJOG* 2014; 121 (Suppl. 4):53–60.

26. Prata N, Gessesse W A, Abraha AK, Holston M & Potts M. 2009a. Prevention of postpartum hemorrhage: options for home births in rural Ethiopia. *Afr J Reprod Health*, 13:87-95.
27. Prendiville WJP, Elbourne D, McDonald SJ. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000;(3).
28. Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006;368:1189-1200.
29. Snelgrove JW. Postpartum Haemorrhage in the Developing World. A Review of Clinical Management Strategies. *McGill Journal of Medicine* 2009 12(2): 61-66.
30. Stones, R.W. et al. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 48:15–18 (1993).
31. Survei Penduduk Antar Sensus 2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik
32. Thaddeus S and Maine D. Too Far To Walk: Maternal Mortality in Context. *Soc. Sci. Med.* Vol. 38. No. 8, pp. 1091-1110, 1994
33. The World Health Report 2005, Make Every Mother and Child Count. World Health Organization, 2005.
34. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM. World Health Organization, 2012.
35. Turnbull A, Tindall VR, Beard RW et al. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1982 – 1984. London, 1989.
36. UNFPA. Rich Mother, Poor Mother: The Social Determinants of Maternal Death and Disability, 2012.

37. Walley RL, Wilson JB, Crane JMG, Matthews K, Sawyer E, Hutchens D. A double-blind placebo controlled randomised trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *British J Obstet Gynaecol.* 2000;107;1111-1115.
38. World Health Organization 2000. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth.* Geneva: WHO.
39. World Health Organization 2012a. *Trends in Maternal Mortality, 1990-2010.* WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates. Geneva.
40. World Health Organization 2012b. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.* Geneva: WHO.

Acknowledgement

Pengembangan CEMD di Indonesia tahun 2008 diprakarsai oleh WHO dan Direktorat Ibu, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Kegiatan yang dilakukan berisi 2 tahap yang terdiri dari 1) pengembangan instrumen yang melibatkan 14 kasus kematian ibu, 2) uji coba instrumen dan sistem di lapangan (suatu area administratif) yang melibatkan 18 kasus kematian ibu di Nusa Tenggara Barat. Dalam kegiatan ini, penulis adalah pelaksana dari uji coba atau *operational research* CEMD yang dilakukan di Indonesia. Data yang tercantum dalam tulisan ini adalah data operational research dari uji-coba CEMD di Kabupaten Lombok Barat, Provinsi Nusa Tenggara Barat tersebut di atas yang telah mendapat persetujuan dari Departemen Kesehatan untuk dituliskan.

Biodata dr. Asri Adisasmita, MPH, MPhil, PhD

Dr. Asri merupakan seorang ahli dalam bidang Perinatal dan Kesehatan Ibu dan Anak yang dikenal baik di tingkat nasional maupun internasional. Dr. Asri telah menjadi staff di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sejak tahun 1988 dan saat ini merupakan Wakil Dekan Bidang II di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dr. Asri lulus kedokteran umum pada tahun 1983 dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan menyelesaikan program MPH di tahun 1991 dan MPhil, PhD di tahun 2002; keduanya dari *Department of Epidemiology and Public Health, School of Medicine, Yale University New Haven*. Pengalaman luasnya di bidang Perinatal, Kesehatan Ibu dan Anak diperkaya ketika menjadi Leader Program untuk *Process Measurement and Perinatal Outcome* untuk *Initiative for Maternal Mortality Program Assessment* (Immpact), sebuah program penelitian global untuk mengurangi angka kematian ibu melalui identifikasi program penyelamatan ibu yang efektif dan efisien berdasarkan bukti (2002-2006). Keterlibatan lainnya dalam Program Nasional Kesehatan Ibu dan Anak bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia antara lain dalam pengembangan Program Nasional untuk Revisi Audit Maternal dan Perinatal (AMP) pada tahun 2010-2011 dan merupakan team leader pada kegiatan *Operational Research Maternal Death Surveillance and Response* (MDSR) bekerjasama dengan UNFPA pada tahun 2016. Sebelumnya ia juga terlibat dalam pilot program *Confidential Enquiry into Maternal Death* (CEMD) bersama dengan WHO dan Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan DKI Jakarta pada tahun 2008-2010.



ISBN 978-979-9394-42-2



9 789799 394422 >