

Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology

Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia

Volum 37, Supplement 1, Page 1 — 97, September 2013

ABSTRACT

PERTEMUAN ILMIAH TAHUNAN XX

Medan, 16 - 18 September 2013



Official publication of
Indonesian Society of Obstetrics and Gynecology

Print ISSN. 2338-6401 — Online ISSN. 2338-7335

www.indonesia.digitaljournals.org/index.php/IJOG

EDITORIAL BOARD
INDONESIAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia

Chief Editor	Dr. dr. Laila Nuranna, SpOG(K)	
Vice Chief Editor	Dr. dr. Dwiana Ocviyanti, SpOG(K)	Dr. dr. Junita Indarti, SpOG
Managing Editor	Prof. dr. Med. Ali Baziad, SpOG(K) Dr. dr. Wachyu Hadisaputra, SpOG(K) Dr. dr. Budi Iman Santoso, SpOG(K) Dr. dr. Noroyono Wibowo, SpOG(K) dr. Omo A. Madjid, SpOG(K) Dr. dr. Eka R. Gunardi, SpOG(K) dr. Andon Hestiantoro, SpOG(K)	Dr. dr. Ali Sungkar, SpOG(K) Dr. dr. R. Muharam Natadisastra, SpOG(K) Dr. Med. Damar Prasmusinto, SpOG(K) dr. Kanadi Sumapraja, SpOG(K), MSc. dr. Kartiwa Hadi Nuryanto, SpOG dr. Herbert Situmorang, SpOG dr. Yuditya Purwosunu, SpOG(K)
Peer Reviewer	Prof. dr. Delfi Luthan, SpOG(K) (<i>Medan, Endokrinologi Imunologi Reproduksi</i>) Prof. dr. A. Kurdi Syamsuri, SpOG(K) (<i>Palembang, Fetomaternal</i>) Prof. Dr. dr. Andrijono, SpOG(K) (<i>Jakarta, Onkologi Ginekologi</i>) Prof. Dr. dr. Djamhoer Martaadisoebrata, SpOG(K), MSPH (<i>Bandung, Obstetri Ginekologi Sosial</i>) Prof. Dr. dr. Johannes C. Mose, SpOG(K) (<i>Bandung, Fetomaternal</i>) Dr. dr. Tono Djuwantono, SpOG(K), M.Kes. (<i>Bandung, Endokrinologi Imunologi Reproduksi</i>) Prof. dr. Noor Pramono Noerpramana, SpOG(K) (<i>Semarang, Kesehatan Reproduksi</i>) dr. Samodra Suparman, SpOG (<i>Malang, Obstetri Ginekologi Sosial</i>) Prof. dr. Samsulhadi, SpOG(K) (<i>Surabaya, Endokrinologi Imunologi Reproduksi</i>) dr. Amru Sofian, SpOG(K) (<i>Pekanbaru, Onkologi Ginekologi</i>) dr. Pribakti Budinurdjaja, SpOG(K) (<i>Banjarmasin, Uroginekologi</i>) Prof. dr. Eddy Suparman, SpOG(K) (<i>Manado, Endokrinologi Imunologi Reproduksi</i>) dr. Maria Flavia Loho, SpOG(K) (<i>Manado, Endokrinologi Imunologi Reproduksi</i>)	
International Peer Reviewer	Prof. Togas Tulandi, MD, MHCm (<i>Milton Leong Chair in Reproductive Medicine, McGill University, Montreal Canada</i>)	
English Consultant	dr. Anesia Tania	
Administrative Staff	Gretha Basuki, Frachma Della Siregar, Eko Subaktiansyah	
Publisher	Indonesian Society of Obstetrics and Gynecology	
First Published	July 1 st 1974	
Legal	Information Ministers Decision Republic of Indonesia No. 016/KHS/DIT.P/II.1a/74	
Secretariat Address	PKMI Building, Ground Floor Kramat Sentiong Street 49A, Central Jakarta, 10450, Indonesia Telephone: 021-3916670, Facsimile: 021-3916671 E-mail: inajog.indonesia@gmail.com; majalah_mogi@yahoo.com www.indonesia.digitaljournals.org/index.php/IJOG	

**SUSUNAN PANITIA
PERTEMUAN ILMIAH TAHUNAN XX
Medan, 16 - 18 September 2013**

Ketua	:	Prof. dr. Budi Hadibroto, SPOG(K)
Wakil Ketua		dr. Henry Salim Siregar, SpOG(K)
Sekretaris	:	dr. Edy Ardiansyah, M. Ked(OG), SpOG
Wakil Sekretaris		dr. Johny Marpaung, M. Ked(OG), SpOG
Bendahara	:	dr. Syamsul A Nasution, SpOG(K)
Wakil Bendahara		dr. M Rhiza Z Tala, M. Ked(OG), SpOG(K)

Ketua

: dr. Dwi Edhiana, M. Ked(OG), SpOG(K)

Seksi Kursus/Workshop/Lokakarya/Simposium/Orasi Ilmiah/Meet Expert:

dr. Ichwanul Adenin, M. Ked(OG), SpOG(K)
dr. Yusuf R Surbakti, M. SpOG(K)
dr. Makmur Sitepu, M. Ked(OG), SpOG(K)
dr. Sarma N L, SpOG(K)
dr. Sarah Dina, M. Ked(OG), SpOG(K)

Seksi Makalah/Poster:

dr. M Oky Prabudi, SpOG
dr. Zulhajji A Husain, SpOG
dr. Dudi Aldiansyah, M. Ked(OG), SpOG(K)
dr. Errol Hamzah, SpOG
dr. Edwin Martin Asroel, SpOG

BIDANG II : Organisasi dan Sosial

Ketua : Dr. dr. M Fidel Ganis Siregar, M. Ked(OG), SpOG(K)

Seksi Rapat Organisasi:

dr. Christoffel L Tobing, SpOG(K)
dr. M Fahdhy, MSc, SpOG
dr. Dwi Faradina, M. Ked(OG), SpOG

Seksi Ujian / OSCE:

dr. Aswar Aboet, SpOG(K)
dr. Rusli P Barus, SpOG(K)
dr. Binarwan Halim, M. Ked(OG), SpOG(K)
dr. Yostoto B Kaban, SpOG(K)
dr. Indra G Munthe, SpOG(K)

Seksi Seremonial (Malam Keakraban / Pembukaan / Pemberian Award):

dr. Hayu Lestari, M. Ked(OG), SpOG
dr. David Luther, M. Ked(OG), SpOG
dr. Letta Sari Lintang, M. Ked(OG), SpOG
dr. Rushakim Lubis, SpOG
dr. Indra Z Hasibuan, SpOG

Seksi Olah Raga dan Kesenian:

dr. Herbert Sihite, SpOG
dr. Syahrizal Daud, SpOG
dr. Melvin N G Barus, M. Ked(OG), SpOG

Seksi Program Pendamping / Wisata:

dr. Zanibar Aldy, SpOG
dr. Jenius L Tobing, SpOG
dr. Reymond Ginting, SpOG
dr. Rachma Bachtiar, SpOG

Seksi Pameran / Bazaar:

dr. Risman F Kaban, M. Ked(OG), SpOG
dr. Erwin Arsil, SpOG
dr. Elida R Sidabutar, SpOG

BIDANG III : Penunjang

Ketua : dr. Hotma Partogi Pasaribu, M. Ked(OG), SpOG

Seksi Publikasi / Dokumentasi:

dr. Riza Rivani, SpOG
dr. Yuda Sudewo

Seksi Transportasi / Akomodasi:

dr. Muljadi Affendy, SpOG
dr. Fadjrir, SpOG
dr. Hiro Hidayat Daniel Nasution

Seksi Konsumsi:

dr. Suty Nasution, SpOG(K)
dr. Cut Adeya Adela, SpOG

Daftar Isi

Pengurus Besar Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia periode 2012 — 2015	iii	
Susunan Panitia Pertemuan Ilmiah Tahunan XX Medan, 16 – 18 September 2013	iv	
Daftar isi	vii	
Pengantar Redaksi	viii	
Symposium		
16 September 2013 15.30 – 16.30	Ball Room	1
17 September 2013 12.15 – 13.15	Ball Room	1
17 September 2013 12.15 – 13.15	Ball Room	2
18 September 2013 11.30 – 12.30	New York Room	3
18 September 2013 12.30 – 13.30	Ball Room	3
18 September 2013 13.30 – 14.30	New York Room	4
18 September 2013 15.00 – 16.00	Ball Room	4
Free Paper		
16 September 2013 14.15 – 15.15	Room 1	5
16 September 2013 15.30 – 16.30	Room 1	7
16 September 2013 14.15 – 15.15	Room 2	9
16 September 2013 15.30 – 16.30	Room 2	11
16 September 2013 14.15 – 15.15	Room 3	14
16 September 2013 15.30 – 16.30	Room 3	16
17 September 2013 12.15 – 13.15	Room 1	19
17 September 2013 14.15 – 15.15	Room 1	22
17 September 2013 15.30 – 16.30	Room 1	24
17 September 2013 12.15 – 13.15	Room 2	26
17 September 2013 14.15 – 15.15	Room 2	28
17 September 2013 15.30 – 16.30	Room 2	30
17 September 2013 12.15 – 13.15	Room 3	33
17 September 2013 14.15 – 15.15	Room 3	34
17 September 2013 15.30 – 16.30	Room 3	36
18 September 2013 10.30 – 11.30	Room 1	39
18 September 2013 11.20 – 12.20	Room 1	41
18 September 2013 10.30 – 11.30	Room 2	42
18 September 2013 10.30 – 11.30	Room 3	44
Poster		
16 September 2013 08.00 – 12.00	Room 1	47
16 September 2013 14.00 – 17.00	Room 1	65
17 September 2013 08.00 – 12.00	Room 1	82

+ PEB. Penderita dirujuk dari Puskesmas Melonguane dengan diagnosis G₂P₀A₁ 23 tahun hamil 42-43 minggu belum ada tanda-tanda ingin melahirkan dengan keluhan nyeri perut dan kesulitan bernapas setiap kali janin bergerak. Pada pemeriksaan fisik didapatkan bagian-bagian janin lebih mudah diraba, teraba adanya massa di abdomen yang terpisah dari uterus. Pada pemeriksaan USG didapatkan bahwa janin tidak dibatasi oleh dinding uterus, tidak ditemukan adanya selaput dan cairan amnion yang membungkus janin dan tidak ditemukannya dinding uterus antara janin dan vesika urinaria. Intraoperatif ditemukan kehamilan abdominal dengan bayi hidup dengan BBL 3000gr, PBL 48cm dengan skor APGAR 7-9. Implantasi plasenta di dinding depan uterus meluas sampai ke dinding samping pelvis. Tidak tampak perdarahan aktif dari tempat implantasi plasenta, plasenta kemudian ditinggalkan di dalam kavum abdomen. Ibu dirawat selama 5 hari dan pulang dalam keadaan cukup.

Kesimpulan: Variasi kasus kehamilan abdominal seringkali berpengaruh dalam masalah diagnosis maupun penanganan.

Kata kunci: kehamilan abdominal, diagnosa, penanganan

Achieving Screening Coverage of Cervical Cancer by Visual Inspection of Acetic Acid (VIA) with Documentation

Laila Nuranna, Nila Akbariyah

Department of Obstetrics and Gynecology
Faculty of Medicine Indonesia University/
Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital
Jakarta

Objective: To share the Idea of Completing Visual Inspection of Acetic Acid with Documentation to achieve screening coverage of cervical cancer prevention.

Methods: Case report and sharing an idea based on experience.

To achieve Screening Coverage of Cervical Cancer by Visual Inspection of Acetic Acid (VIA) with Documentation, it needs to be communicated and presented to all physicians that perform VIA screening methods.

In this era of Digital camera, documentation of cervix can be recorded as well. Photographs can be obtained from these images and can provide a permanent record of the assessment. Digital or smartphone camera can be predicted to augment VIA as a means of primary screening.

Result: Today, the Indonesian Ministry of Health adapts a cervical cancer screening program with VIA test. This VIA program has already exposed in several areas in Indonesia. One of the successful key for cervical cancer screening is if it achieves 70-80% of women at risk. At the beginning of development, procedure of VIA was without any documentation but now with the developing of digital camera, physicians can create VIA test with documentation, named Documentation on VIA (Do-VIA).

Nowdays, 27 Provinces has already exposed by Single Visit Approach (SVA) or See and Treat Program for Cervical Cancer Prevention. This idea demonstrates performance

of documentation on VIA for primary cervical cancer screening in a developing country is feasible. The equipment used to perform Do-Via, including the camera, light source and printer cost under US\$ 1000, are ubiquitous in most developing countries, portable, and easily repairable in case of damage.

Conclusion: This idea suggest that Do-VIA is quite promising for primary screening in low resource setting. A larger trial, preferably in an unscreened population or with more known positive patients, should be conducted more rigorously to determine the sensitivity of this modality and better assess its potential as a screening or confirmatory tool.

Keywords: VIA, documentation, cervical cancer screening

Gambaran Kematian Ibu Akibat Penyebab Langsung

Nike P Efrina, Ariadi

Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/
RSUP Dr. M. Djamil
Padang

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSMJ Padang tahun 2011-2012.

Metode: Penelitian dilakukan dengan cara pengolahan data yang dilakukan secara retrospektif dengan menggunakan sumber data sekunder dari status rekam medik dan register rawatan pasien di RSMJ Padang. Pengolahan data dilakukan menggunakan program SPSS 15 dan ditampilkan menggunakan tabel distribusi frekuensi.

Hasil: Kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode 2011-2012 tersering disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* (51,9%), *Obstetric haemorrhage* (14,8%), *Pregnancy-related infection* (11,1%), *Other obstetric complications* (7,4%), dan *Indirect cause* (14,8%). Dengan diagnosa utama terdiri dari; eklampsia Ante Partum (26,9%), PEB (18,5%), sepsis puerperalis/labor (11,1%). Sedangkan 10 faktor lainnya menyumbang (43,5%) atau rata-rata untuk setiap faktor adalah (4,4%). Proporsi kematian ibu akibat penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* di RSMJ lebih tinggi dibanding angka untuk wilayah Sumatera maupun nasional. Komplikasi fatal yang paling sering terjadi sebagai penyebab kematian ibu adalah HELLP syndrome (18,4%), Asidosis/Alkalosis (18,4%), dan DIC (12,2%). Sedangkan 10 faktor lainnya menyumbang (49%) atau rata-rata untuk setiap faktor adalah (4,9%).

Kesimpulan: Kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode 2011-2012 tersering adalah disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium*.

Kata kunci: kematian ibu, akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*), dan *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium*.

Pemakaian Kortikosteroid untuk Pematangan Paru Janin pada Kehamilan Ganda Preterm

Sarma Lumbanraja

Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara/
RS H. Adam Malik
Medan

Latar Belakang: Maturitas paru menjadi masalah yang utama pada bayi prematur. Hal ini merupakan penyebab utama mortalitas neonatal dini. The National Institute of Health merekomendasikan penggunaan kortikosteroid antenatal pada ibu dengan usia kehamilan 24 dan 34 minggu, dapat meningkatkan luaran bayi prematur, dan secara khusus menurunkan insiden dan keparahan dari RDS. Dalam kasus-kasus kehamilan kembar, terdapat risiko tinggi terjadinya persalinan prematur. Pada review Cochrane terbaru, kortikosteroid antenatal dengan dosis yang biasa tidak efektif untuk menurunkan risiko RDS, IVH (*Intra ventricular Hemorrhage*), atau kematian neonatal pada perempuan dengan kehamilan multipel. Pada beberapa penelitian didapatkan juga pemberian kortikosteroid antenatal dalam regimen yang lengkap tidak menurunkan risiko RDS baik pada kehamilan kembar maupun triplet.

Metode: Tinjauan pustaka.

Hasil: Pada pasien yang telah mendapat kortikosteroid dalam regimen lengkap, tetapi tidak juga bersalin dan tetap berisiko terhadap terjadinya persalinan prematur, dapat disimpulkan bahwa 91% survei perinatal akan mengulang pemberian regimen tersebut setelah 1 minggu jika preterm labor berulang dan 58% di antaranya bahkan memberikan lebih dari 6x pemberian. Pada review Cochrane, tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada perempuan dengan kehamilan kembar terhadap risiko terjadinya korioamnionitis, kematian janin, kematian neonatal, RDS, perdarahan serebro-ventrikuler ataupun berat janin lahir. Pada penelitian yang dilakukan oleh Ballabh dan kawan-kawan pada tahun 2002 di Amerika Serikat, didapati waktu paruh betametason lebih pendek secara signifikan pada kehamilan ganda dibandingkan dengan kehamilan tunggal ($7,2 \pm 2,4$ vs $9,0 \pm 2,7$ jam). Sebaliknya, bersihan ginjal dari betametason semakin besar pada kehamilan kembar dibandingkan dengan kehamilan tunggal ($8,4 \pm 6,4$ vs $5,7 \pm 3,1$ liter/jam). Volume distribusi betametason pada kehamilan kembar lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan tunggal ($70,9 \pm 28,4$ vs $67,5 \pm 27,9$ liter). Dari penelitian tersebut juga disimpulkan bahwa level betametason dengan 2 dosis dalam selang waktu 24 jam dianggap sebagai suatu dosis subterapi pada ibu dengan kehamilan ganda. Mereka mengajukan pemberian 3 dosis da-

lam selang waktu 18 jam agar dapat mencapai efek terapi terhadap maturasi paru.

Kesimpulan: Efikasi penggunaan betametason untuk menstimulasi maturasi paru pada kehamilan ganda mungkin berkurang oleh karena penggunaan dosis betametason yang tidak optimal. Terjadi reduksi dari efikasi betametason pada kehamilan ganda. Level betametason dengan 2 dosis dalam selang waktu 24 jam dianggap sebagai suatu dosis subterapi pada ibu dengan kehamilan ganda. Diajukan juga pemberian 3 dosis dalam selang waktu 18 jam agar dapat mencapai efek terapi terhadap maturasi paru.

Kata kunci: kortikosteroid antenatal, kehamilan ganda

Fistula Vesiko - Uterina

Riza Tala, Edy Ardiansyah, DL Lubis

Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara/
RSUP H. Adam Malik
Medan

Tujuan: Melaporkan sebuah kasus laparotomi atas indikasi fistula vesiko vagina post seksio sesarea.

Metode: Laporan kasus.

Pasien: Seorang perempuan, 28 tahun, P₃A₀, merupakan pasien konsul dari bedah urologi dengan diagnosa hematuria e.c post seksio sesarea + sepsis. Pasien dikonsul pada tanggal 12 Januari 2011 dengan keluhan kencing berdarah yang dialami os dua hari setelah osmen jalani operasi seksio sesarea. Riwayat seksio sesarea sebanyak 3 kali. Tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan status obstetrikus didapati abdomen soepel, dengan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah pusat, kontraksi baik, perdarahan dari kemaluan tidak dijumpai, dan terpasang kateter dengan irigasi, urin berwarna merah.

Intervensi: USG oleh bagian uroginekologi dan didapati uterus Ante Flexi, dengan ukuran tidak terukur kapiler, tampak gambaran hipoechoic intra uterine, batas kandung kemih dengan uterus tipis, tampak lubang antara vesik urinaria dengan uterus. Dari hasil USG bagian uroginekologi disimpulkan adanya suatu fistula vesiko-uterina. Sistografi oleh bagian urologi tampak suatu fistula vesiko-sigmoid.

Luaran: Dilakukan laparotomi, dijumpai fistula vesiko-uterina dengan diameter sebesar ± 2 cm. Tampak jaringan nekrotik di daerah perbatasan uterus dengan blast (kesan luka lama). Tidak dijumpai fistula recto-sigmoid. Diputuskan dilakukan subtotal histerektomi + fistuloraphi. Histerektomi dilakukan dengan pertimbangan adanya jaringan nekrotik di daerah perbatasan uterus dengan blast, dan dengan os yang telah memiliki 3 orang anak dengan riwayat seksio sesarea 3 kali.

Kesimpulan: Seksio sesarea menjadi penyebab terjadinya fistula pada pasien ini. Seksio sesarea merupakan faktor risiko terjadinya fistula urogenital.

Kata kunci: fistula vesiko-urogenital, fistula vesiko-vagina, seksio sesarea, iatrogen

Research Article**GAMBARAN KEMATIAN IBU AKIBAT PENYEBAB LANGSUNG
DI BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
RS M DJAMIL PADANG
Tahun 2011-2012**

*Overview Of Direct Cause of Maternal Death In Department Of Obstetrics And Gynecology M
Djamil Hospital Padang In 2011-2012*

Nike Prasamya Efrina, Ariadi
Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Untuk mengetahui gambaran kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSMJ Padang tahun 2011-2012. Penelitian dilakukan dengan cara pegolahan data yang dilakukan secara retrospektif dengan menggunakan sumber data sekunder dari status rekam medik dan register rawatan pasien di RSMJ Padang. Pengolahan data dilakukan menggunakan program SPSS 15. Kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSUP M Djamil Padang pada periode 2011-2012 tersering disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* (51,9%), Obstetric haemorrhage (14,8), Pregnancy-related infection (11,1%), Other obstetric complications (7,4%), dan Indirect cause (14,8%). Dengan diagnosa utama terdiri dari; eklampsia Ante Partum (26,9%), PEB (18,5%), sepsis puerperalis/labor (11,1%). Komplikasi fatal yang paling sering terjadi sebagai penyebab kematian ibu adalah HELLP *syndrome* (18,4%), Asidosis/Alkalosis (18,4%), dan DIC (12,2%). Kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSUP M Djamil Padang pada periode 2011-2012 tersering adalah disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium*.
Kata Kunci : Kematian ibu, penyebab langsung, hipertensi pada kehamilan, kelahiran, masa nifas.

Abstract

To find a description of maternal deaths due to direct causes (*direct obstetric deaths*) in RSMJ Padang in 2011-2012. This was retrospective study using secondary data sources from medical records and patient registers in M. Djamil Padang Hospital. Data processing was performed using SPSS 15. The result in this study showed that maternal deaths due to direct causes (*direct obstetric deaths*) in Dr M Djamil Padang, mostly caused by hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, puerperium (51.9%), obstetric haemorrhage (14.8), pregnancy-related infection (11.1%), Other obstetric complications (7.4%), and other Indirect cause (14.8%). The major primary diagnosis was Antepartum eclampsia (26.9%), PEB (18.5%), puerperal sepsis / labor (11.1%). The fatal complication that mostly occurs as a cause of maternal death is HELLP *syndrome* (18.4%), acidosis/alkalosis (18.4%), and DIC (12.2%). In the conclusions, the direct causes of maternal deaths (*direct obstetric deaths*) in Dr M Djamil hospital Padang, in the period 2011-2012 mostly caused by hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium.
Keywords: Maternal mortality, direct obstetrics death, hypertension in pregnancy, antepartum, post-partum period.

Koresponden: Ariadi, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas / RSUP Dr. M. Djamil Padang.

PENDAHULUAN

Menurut hasil riset tentang kematian maternal di Indonesia yang dilakukan oleh Kemenkes RI tahun 2012, penyebab obstetrik langsung (direk) masih menjadi penyebab utama kematian ibu. Namun demikian, penyebab-penyebab kematian ibu tersebut sebenarnya adalah komplikasi yang dapat dicegah. (DEPKES, 2012) Oleh sebab itu, perlu diketahui gambaran penyebab dasar kematian ibu (*underlying cause of death*) agar intervensi untuk mencegah kejadian kematian ibu dapat lebih difokuskan. Penyebab dasar kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di Indonesia yang memiliki proporsi paling tinggi adalah dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium*. Selanjutnya, penyebab kematian ibu ke-2 tertinggi adalah kelompok *pregnancy-related infection* dan ke-3 kelompok *obstetric haemorrhage*. (Tabel 6) (DEPKES, 2012)

Laporan terakhir pencapaian MDGs Indonesia, AKI pada tahun 2007 masih 228/100.000 KH. Oleh sebab itu, target penurunan AKI untuk tahun 2015, yaitu 102/100.000 KH termasuk ke dalam kategori yang akan sulit dicapai (*off-track*) di Indonesia. Akibat komplikasi kehamilan atau persalinan yang belum sepenuhnya dapat tertangani dengan baik, masih terdapat 20.000 ibu yang meninggal setiap tahunnya di Indonesia. (BAPPENAS, 2010).

Makalah ini disusun untuk mengetahui gambaran kematian ibu penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RS Muhammad Jamil Padang (RSMJ) untuk periode tahun 2011-2012.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif untuk memberikan gambaran mengenai kematian ibu di RSMJ Padang dalam rentang waktu 2 tahun (2011-2012). Penelitian ini dilakukan di RSUP Muhammad Jamil Padang selama 2 bulan, mulai dari bulan Mei sampai dengan Juni tahun 2013. Subjek penelitian adalah semua kasus kematian ibu yang terjadi dalam periode 1 Januari 2011 sampai dengan 31 Desember 2012 di RSMJ Padang.

Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dengan menggunakan sumber data sekunder dari status rekam medik dan register rawatan pasien di RSMJ Padang. Pengolahan data dilakukan menggunakan program *SPSS 15* dan ditampilkan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan diagram.

HASIL

1. Karakteristik Fisik

Subjek penelitian seluruhnya berjumlah 27 orang dengan karakteristik yang bisa dilihat pada **Tabel.1**. Pada tabel terlihat bahwa sebagian besar subjek berusia 20-35 tahun (63,0%) sementara subjek yang termasuk usia risiko tinggi (<20 atau >35 tahun) lebih rendah dengan proporsi sebesar 37 persen. Berdasarkan status obstetri, jumlah subjek primigravida, multigravida, grande multigravida, maupun post-partus hampir seimbang dengan proporsi masing-masing adalah 29,6%; 22,2%; 29,6%; dan 18,5 persen. Usia kehamilan subjek penelitian setara antara kehamilan aterm (40,7%) dengan preterm (40,7%) sedangkan 18,5% subjek adalah pasien post-partus. Metode tindakan persalinan yang paling banyak dilakukan adalah SCTPP/SCK (40,7%). Sebesar

70,4% subjek meninggal saat mendapatkan perawatan di ruang ICU.

Tabel 1. Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik		Frekuensi (N=27)	
		N	%
1. Usia Ibu	a. < 20 Tahun	1	3,7
	b. 20 - 35 Tahun	17	63,0
	c. > 35 Tahun	9	33,3
2. Status Obstetri	a. Primigravida	8	29,6
	b. Multigravida (2-3)	6	22,2
	c. Grande Multigravida (≥ 4)	8	29,6
	d. Post-Partum	5	18,5
3. Usia Kehamilan	a. Aterm	11	40,7
	b. Preterm	11	40,7
	c. Post-Partus	5	18,5
4. Metode Persalinan	a. Partus Spontan	5	18,5
	b. Ekspresi Kristeller	2	7,4
	c. Forceps	3	11,1
	d. SCTPP/SCK	11	40,7
	e. Caesarean Hysterectomy	1	3,7
	f. Tidak/Post Partus	5	18,5
5. Ruang Rawatan	a. KB/RR/IGD	7	25,9
	b. ICU	19	70,4
	c. CVCU	1	3,7

Tabel 2. Analisis nilai pemeriksaan tekanan darah dan hasil laboratorium

No	Kelompok Diagnosa Penyebab Kematian	n	%
1	<i>Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium</i>	14	51,9
2	<i>Obstetric haemorrhage</i>	4	14,8
3	<i>Pregnancy-related infection</i>	3	11,1
4	<i>Other obstetric complications</i>	2	7,4
5	<i>Indirect cause</i>	4	14,8
	Total	27	100,0

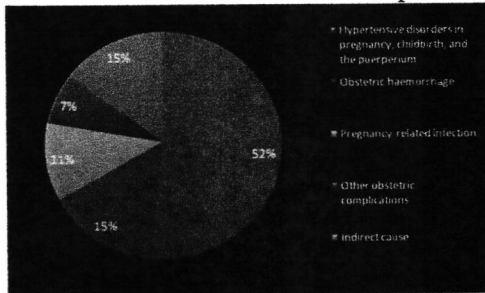
2. Penyebab Kematian

Penyebab obstetrik langsung yang menjadi kausa kematian tersering terlihat dari **Tabel 2** adalah dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* dengan proporsi mencapai 51,9 persen. Proporsi penyebab selanjutnya secara berturut-turut adalah kelompok *obstetric haemorrhage* (14,8%), *pregnancy-related infection*

(11,1%), dan *other obstetric complications* (7,4%). (**Gambar 1**)

Pada **Tabel 3** terlihat bahwa dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium*, diagnosa penyebab dasar kematian terbanyak adalah eklampsia antepartum (25,9%) lalu diikuti oleh PEB (18,5%). Penyebab utama dari kelompok *obstetric haemorrhage* adalah ruptur uteri (7,4%), atonia uteri (3,7%), dan solusio plasenta

(3,7%). Sepsis puerperalis/labor (11,1%) merupakan penyebab dari kelompok *pregnancy-related infection*. Sementara itu, ikterik dalam kehamilan (7,4%) merupakan diagnosa tersering dari kelompok *other obstetric complications*.



Gambar 1. **Kelompok Diagnosa Penyebab Kematian.** Kematian terbanyak disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive*

disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium

3. Komplikasi

Komplikasi utama yang berperan sebagai faktor penyebab kematian ibu dapat dilihat pada Tabel 4. HELLP dan asidosis merupakan komplikasi yang paling sering terjadi dengan proporsi masing-masing sebesar 15,3 persen. Komplikasi lain yang ditemukan adalah DIC, PIS, gagal ginjal, ALO, syok hipovolemik, SIRS/sepsis, edema serebri, dan gagal jantung kongestif.

Tabel 4. Analisis statistik perbandingan nilai rata-rata *Pulsatility Index (PI)* dan *Resistance Index (RI)* arteri uterina antara PEB onset dini dan kehamilan normotensi.

No	Kode ICD-10	Penyebab Dasar Kematian	n	%
1	O15.0	Eklampsia Ante Partum	7	25,9
2	O14.1	PEB	5	18,5
3	O15.2	Eklampsia Post Partum	1	3,7
4	O11	PEB Superimposed	1	3,7
5	O10.0	Hipertensi Kronis	1	3,7
6	O71.1	Ruptur Uteri	2	7,4
7	O72.1	Atonia Uteri	1	3,7
8	O45.9	Solusio Plasenta	1	3,7
9	O75.3	Sepsis Puerperalis/Labor	3	11,1
10	O98.9	Infeksi Non-Spesifik	1	3,7
11	O26.6	Ikterik dalam Kehamilan	2	7,4
12	O99.4	Kardiomiopati	1	3,7
13	A91	Lain-Lain	1	3,7
Total			27	100,0

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kajian ini, ditemukan gambaran bahwa penyebab utama kematian ibu akibat penyebab obstetrik langsung sebagian besar masih diakibatkan oleh berbagai komplikasi obstetri langsung yang terjadi baik di masa kehamilan, persalinan, atau nifas.

Kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* adalah penyumbang terbesar penyakit dasar penyebab kematian ibu. Hasil ini serupa dengan hasil kajian kematian ibu yang telah dilakukan sebelumnya. (DEPKES, 2012) Namun demikian, proporsi pada kajian ini (51,9%) lebih tinggi dari angka proporsi untuk wilayah Sumatera (33,2%) maupun nasional (32,2%). Sebanyak 8 dari 14 (57,1%) subjek yang berada dalam

kelompok ini adalah primigravida sehingga faktor ini kemungkinan berperan sebagai faktor risiko.

Komplikasi fatal akibat hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium

Pada kajian ini, komplikasi yang paling sering terjadi adalah *HELLP syndrome* yang ditemukan pada 9 dari 14 (64,3%) kasus. Menurut Cunningham, et al., (2010), proses kerusakan endotel yang terjadi pada sindroma preeklampsia menyebabkan terjadinya peningkatan aktivasi platelet disertai degranulasi dan pelepasan tromboksan A₂. Selain itu, juga ditemukan kondisi peningkatan konsumsi faktor VIII dan peningkatan kadar produk degradasi fibrin. Akibatnya, muncul gangguan koagulasi dalam berbagai tingkatan, mulai dari trombositopenia ringan sampai DIC.

Komplikasi fatal lainnya dari sindroma preeklampsia atau eklampsia selain *HELLP syndrome* adalah PIS. Menurut Cunningham, et al., (2010), ditemukan adanya lesi patologis pada ± 30% jaringan otak yang didapatkan dari hasil autopsi pasien yang mengalami kematian akibat eklampsia. Pada kajian ini, komplikasi PIS ditemukan pada 3 dari 8 (37,5%) pasien dengan diagnosa eklampsia. Sementara itu, pada kajian ini juga ditemukan adanya kasus dengan komplikasi edema serebri dan ensefalopati.

Komplikasi fatal berikutnya yang ditemukan pada kasus-kasus kematian dengan penyebab dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* adalah ALO dan gagal ginjal akut. Gangguan fungsi kardiovaskular akibat sindroma preeklampsia pada dasarnya berkaitan dengan meningkatnya beban (*afterload*) jantung akibat hipertensi. Selain itu, terdapat perubahan akibat aktivasi sistem endotelial sehingga terjadi ekstrasvasi cairan intravaskuler ke daerah ekstraseluler.

Komplikasi fatal akibat obstetric haemorrhage

Penyebab dasar kematian ibu kedua terbanyak pada kajian ini berasal dari kelompok *obstetric haemorrhage* (14,8%). Proporsi kematian akibat *obstetric haemorrhage* dalam kajian ini lebih rendah dari angka untuk wilayah Sumatera (20,8%) maupun nasional (23,6%). (DEPKES, 2012)

Adanya perbedaan proporsi penyebab dasar kematian ibu akibat *obstetric haemorrhage* pada kajian ini dengan hasil penelitian sebelumnya kemungkinan disebabkan karena perbedaan ruang lingkup penelitian. Penelitian yang dilakukan sebelumnya adalah studi berbasis masyarakat atau populasi (*population based study*) sehingga data yang didapatkan lebih menggambarkan kejadian kematian ibu di populasi, termasuk yang terjadi di rumah maupun di pusat pelayanan kesehatan primer. Secara nasional, kematian akibat *obstetric haemorrhage* lebih sering diakibatkan oleh perdarahan post-partum. (DEPKES, 2012) Hal ini kemungkinan berkaitan dengan masih tingginya persalinan yang ditolong oleh tenaga non-kesehatan atau yang tidak berkompeten menangani persalinan, terutama di daerah-daerah terpencil. (Rundupadang, 2009)

Sementara itu, kajian ini adalah studi yang dilakukan dengan berbasis rumah sakit (*hospital based study*) yang berarti bahwa kasus-kasus yang terdata adalah kasus rujukan untuk RSMJ Padang yang merupakan rumah sakit rujukan tingkat lanjutan. Oleh sebab itu, data yang didapatkan tidak akan bisa menggambarkan kondisi pada populasi yang sebenarnya. Kematian akibat *obstetric haemorrhage* dalam kajian ini lebih sering diakibatkan oleh perdarahan pada masa intra-partum akibat ruptur uteri 2 dari 4 (50,0%) kasus. Kematian lain disebabkan oleh atonia uteri dan solusio plasenta, masing-masing 1 dari 4 (25,0%) kasus. Faktor yang kemungkinan berperan terhadap hasil kajian ini adalah proporsi persalinan bekas SC di RSMJ Padang, baik secara VBAC ataupun dengan

tindakan SC ulangan, yang relatif lebih tinggi dibanding di luar rumah sakit. Dua dari 4 kasus (50,0%) kematian akibat *obstetric haemorrhage* pada kajian ini adalah pasien bekas SC. Tingginya insidensi persalinan pada bekas SC menjadikan faktor ini sebagai salah satu faktor risiko penting terhadap kematian ibu akibat *obstetric haemorrhage* di rumah sakit rujukan. Faktor lain yang mungkin berperan adalah partus lama/*obstructed labor* dan *grande multiparitas*, masing-masing 1 dari 4 kasus (25,0%).

Komplikasi fatal akibat pregnancy related infection

Kematian ibu akibat komplikasi infeksi yang ditemukan pada kajian ini terutama disebabkan oleh sepsis. Faktor risiko yang kemungkinan berperan adalah infeksi saluran pernapasan, yaitu pneumonia akut yang ditemukan pada 2 dari 3 (66,6%) kasus dan kecurigaan terhadap infeksi oportunistik/IO pada 1 dari 3 (33,3%) kasus.

Komplikasi fatal kelompok other obstetrics complication

Penyebab kematian obstetrik langsung selanjutnya yang ditemukan pada kajian ini adalah dari kelompok komplikasi obstetrik lainnya dengan diagnosa gangguan hepar dalam kehamilan. Menurut Cunningham, et al., (2010) pada umumnya komplikasi obstetri akibat gangguan hepar dapat dibagi ke dalam 3 kategori umum. Kategori pertama adalah gangguan hepar yang spesifik dengan kehamilan yang akan membaik secara spontan atau dengan tindakan persalinan. Kategori kedua adalah gangguan hepar akut yang secara kebetulan terjadi bersamaan dengan kehamilan, misalnya hepatitis viral akut. Kategori terakhir adalah penyakit hepar kronis yang sudah lebih dahulu ada sebelum terjadinya kehamilan, seperti hepatitis kronis, sirosis, maupun varises esofagus. (Cunningham, et al., 2010)

Pada kajian ini, manifestasi klinis spesifik yang menggambarkan adanya gangguan hepar spesifik akibat kehamilan ditemukan dalam bentuk ikterik pada kehamilan yang disebabkan oleh AFLP. Komplikasi fatal dari AFLP pada umumnya disebabkan oleh gangguan fungsi pembekuan darah akibat penurunan produksi zat-zat prokoagulan di hepar. Komplikasi ini bisa membahayakan terutama bila muncul setelah tindakan persalinan sehingga meningkatkan risiko HPP yang berlanjut menjadi syok hipovolemik atau DIC. (Cunningham, et al., 2010) Pada kajian ini, komplikasi HPP dan DIC ditemukan pada 1 dari 2 (50%) kasus sedangkan 1 kasus lainnya kemungkinan akibat gagal ginjal.

KESIMPULAN

1. Kematian ibu akibat penyebab langsung (*direct obstetric deaths*) di RSUP M Djamil Padang pada periode 2011-2012 tersering disebabkan oleh penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* dengan diagnosa utama terdiri dari; eklampsia, PEB, dan PEB *superimposed*.
2. Proporsi kematian ibu akibat penyakit dari kelompok *hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium* di RSMJ lebih tinggi dibanding angka untuk wilayah Sumatera maupun nasional.
3. Komplikasi fatal yang paling sering terjadi sebagai penyebab kematian ibu adalah *HELLP syndrome*.

DAFTAR PUSTAKA

- Arquette, N dan Holcroft, CJ. 2007.** Third-Trimester Bleeding. [penyunt.] Kimberly B. Fortner, et al. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. 3rd. New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2007, Section II, Chapter 10.
- BAPPENAS. 2010.** *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta : Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2010.
- **2005.** *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2005*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta : BAPPENAS, 2005.
 - **2007.** *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2007*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta : BAPPENAS, 2007.
 - **2010.** *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta : BAPPENAS, 2010.
- Chalik, TMA. 2004.** Perdarahan Trimester Ketiga. [penyunt.] R. Hariadi. *Ilmu Kedokteran Fetomaternal*. Edisi 1. Surabaya : Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI, 2004, Bab VI, Bagian 65.
- Cunningham, FG, et al. 2010.** Abortion. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section III, Chapter 9.
- **2010.** Ectopic Pregnancy. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section III, Chapter 10.
 - **2010.** Hepatic, Gallbladder, and Pancreatic Disorders . *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section VIII, Chapter 50.
 - **2010.** Obstetrical Hemorrhage. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section VII, Chapter 35.
 - **2010.** Pregnancy Hypertension. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section VII, Chapter 34.
 - **2010.** Puerperal Infection. *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2010, Section VI, Chapter 31.
- DEPKES. 2012.** *Disparitas Versus Akses Serta Kualitas - Kajian Kematian Maternal di 5 Region Indonesia*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta : Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012.
- **2012.** *Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian

- Kesehatan Republik Indonesia, 2012.
- Dyne, P L. 2004.** Vaginal Bleeding and Other Common Complaints in Early Pregnancy. [penyunt.] M D Pearlman, J E Tintinalli dan P L Dyne. *Obstetric & Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*. 1st Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2004, Section II, Chapter 4.
- ESCAP. 2011.** *Accelerating Equitable Achievement of the MDGs - Closing Gaps in Health and Nutrition Outcomes*. s.l.: Economics and Social Commission for Asia and the Pacific United Nation, 2011.
- Gardner, K. 2004.** Emergency Delivery, Preterm Labor, and Postpartum Hemorrhage. [penyunt.] M D Pearlman, J E Tintinalli dan P L Dyne. *Obstetric & Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*. 1st Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2004, Section V, Chapter 21.
- Garmel, SH dan Uzelac, PS. 2007.** Early Pregnancy Risk. [penyunt.] A H DeCherney, et al. *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*. 10th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2007, Chapter 14.
- Lobo, RA. 2007.** Ectopic Pregnancy: Etiology, Pathology, Diagnosis, Management, Fertility Prognosis. [penyunt.] V L Katz. *Comprehensive Gynecology*. 5th. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007, Part III; Chapter 17.
- Pitkin, J, Peattie, AB dan Magowan, BA. 2003.** *Obstetrics and Gynaecology: An Illustrated Colour Text Book*. Toronto: Churchill Livingstone, 2003.
- Poggi, SH. 2007.** Postpartum Hemorrhage & the Abnormal Puerperium. [penyunt.] A H DeCherney, et al. *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*. 10th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2007, Chapter 31.
- RCOG. 2007.** The management of third and fourth degree perineal tears. *Green-top guideline no.29*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2007.
- Rehman, KS dan Johnson, TRB. 2004.** Bleeding After 20 Weeks' Gestation: Maternal and Fetal Assessment. [penyunt.] M D Pearlman, J E Tintinalli dan P L Dyne. *Obstetric & Gynecologic Emergencies: Diagnosis and Management*. 1st Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2004, Section III, Chapter 10.
- Roman, AS dan Pernoll, ML. 2007.** Late Pregnancy Complications. [penyunt.] A H DeCherney, et al. *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*. 10th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, 2007, Chapter 15.
- Rundupadang, JF. 2009.** *Pengaruh Jaminan Pembiayaan Kesehatan terhadap Pemanfaatan Tenaga Kesehatan dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bulungan*. Tesis. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 2009.
- Scarce, J dan Uzelac, PS. 2007.** Third-Trimester Vaginal Bleeding. [penyunt.] A H DeCherney, et al.

Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology. 10th Edition. New York : The McGraw-Hill Companies, 2007, Chapter 20.

Stoval, TG. 2007. Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. [penyunt.] J S Berek. *Berek & Novak's Gynecology*. 14th. New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2007, Section IV, Chapter 18.

Sulin, D, et al. 2012. *Studi Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Propinsi Sumatera Barat: Faktor Determinan dan Masalahnya*. Padang : Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, 2012.

Walsh, B. Postpartum Hemorrhage. *www.empowher.com*. [Online] http://www.empowher.com/files/ebsco/images/exh36327f_96472_1_cropped.jpeg.

WHO. 2012. *The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM*. Geneva : World Health Organization (WHO), 2012.