

KESEHATAN IBU & ANAK

Disusun oleh
dr. Mayang Anggraini Naga
F-KESMAS – FIKES
U-IEU
JAKARTA, 2009

SESI 1

UPAYA *SAFE MOTHERHOOD*

Disusun oleh:
dr. Mayang Anggraini Naga

DESKRIPSI

Materi kuliah ini membahas tentang upaya-upaya yang dapat dijalankan untuk menciptakan “*Safe Motherhood*”, meskipun kemampuan investasi terbatas, namun dengan intervensi kebijakan dan program efektif, angka kematian ibu dapat turun.

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Mampu memahami dan berperan aktif dalam upaya yang dicanangkan pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan menciptakan kondisi aman bagi para ibu

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS & POKOK/SUBPOKOK BAHASAN

Menjelaskan dan mendiskusikan tentang:

- Perkembangan di dunia internasional terkait upaya *safe motherhood*
- Perkembangan di Indonesia
- 4 (empat) Pilar intervensi strategis
Upaya Safe Motherhood
- *Universal Precautions*
- Pelayanan Kesehatan Maternal dari Sudut Pandang Pasien

UPAYA *SAFE MOTHERHOOD*

Perkembangan di Dunia Internasional:

Morbiditas dan mortalitas bumil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang, Angka kematian wusu (wanita usia subur) 25-50% **disebabkan hal-hal terkait kehamilan.**

Kematian saat melahirkan merupakan faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya.

WHO: Kira-kira terjadi 585.000 bumil/tahun meninggal (saat hamil).

UPAYA *SAFE MOTHERHOOD* (Lanjutan-1)

Sebab kematian wanita akibat kehamilan dan atau persalinan (sebelum th 1987):

Di Asia selatan: 1:18.

Di Afrika: 1 : 14.

Di Amerika Utara: 1: 6.366.

> 50% kematian di negara berkembang harusnya dapat dicegah dengan teknologi dan biaya relatif rendah.

Tahun 1987 diadakan konferensi (WHO, Nairobi, Kenya)

Tahun 1990

World Health Summit for Children
(WHO, New York, A.S.)

membuahkan 7 (tujuh) tujuan utama
yang di antaranya adalah:

**Menurunkan Angka Kematian Ibu
menjadi
separuh pada tahun 2000.**

(pertemuan dihadiri 127 negara anggota WHO).

Upaya *Safe Motherhood* (Lanjutan-3)

Tahun 1994:

International Conference on Population and Development (ICPD)

(WHO, Kairo, Mesir):

kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita
sangat vital
bagi
pembangunan sosial
dan
pengembangan SDM.

Upaya Safe Motherhood (Lanjutan-4)

Pelayanan kesehatan tersebut harus merupakan bagian integral dari pelayanan dasar yang **terjangkau seluruh masyarakat**, termasuk pelayanan kesehatan ibu yang mengupayakan **setiap bumil dapat selamat melalui kehamilan dan persalinannya.**

Upaya *Safe Motherhood* (Lanjutan-5)

Tahun 1995: *Fourth World Health Conference on Women*, (WHO, Beijing)

Tahun 1997: *Safe Motherhood Technical Consultation*. (WHO, Sri Lanka)

Kedua pertemuan di atas: menekankan perlu dipercepatnya penurunan angka kematian ibu **pada tahun 2000 menjadi 50% dari 1990**, akan ditinjau kemajuan setelah 10 tahun sejak Nairobi, di Colombo.

KESIMPULAN

Meskipun kemampuan investasi terbatas, namun dengan intervensi kebijakan dan program efektif, angka kematian ibu dapat turun.

Tahun 1999, WHO, meluncurkan **MPS (*Making Pregnancy Safe*)** yang didukung oleh badan-badan internasional:

UNFPA, UNICEF dan World Bank.

MPS meminta perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk:

- (1) **menempatkan** *Safe Motherhood* sebagai prioritas utama dalam rencana pembangunan nasional dan internasional
- (2) **menyusun** acuan nasional dan standar pelayanan kesehatan maternal dan neonatal;
- (3) **mengembangkan** sistem yang menjamin pelaksanaan standar yang telah disusun:

Upaya *Safe Motherhood* (Lanjutan-7)

- (4) **memperbaiki** akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, KB, **aborsi legal**, baik publik maupun swasta;
- (5) **meningkatkan** upaya kesehatan promotif dalam kesehatan maternal dan neonatal serta pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungan;
- (6) **memperbaiki sistem monitoring pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.**

PERKEMBANGAN di INDONESIA

- Tahun 1988: (Di Indonesia)

Diadakan Lokakarya Kesehatan Ibu yang merupakan kelanjutan Konferensi Nairobi:



Mengemukakan betapa kompleksnya masalah kematian ibu, sehingga perlu penanganan oleh berbagai sektor dan pihak-pihak yang terkait



Kesepakatan menandatangani **17 sektor**, di bawah koordinator: **Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita (sekarang: Pemberdayaan Perempuan)**.

PERKEMBANGAN di INDONESIA (Lanjutan)

- Tahun 1990-1991:
Depkes dibantu WHO, UNICEF dan UNDP melaksanakan **Assessment Safe Motherhood**, hasil adalah:
→ Rekomendasi dalam bentuk **strategi operasional** untuk mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) → dari 450/100.000 kelahiran hidup pada 1986 menjadi → 225 pada tahun 2000.
- Tahun 1996:
Lokakarya Kesehatan Reproduksi (komiten Indonesia terhadap ICPD Kairo) → pada pertengahan tahun itu meluncurkan **Gerakan Sayang Ibu (GSI)**, yaitu: **Upaya advokasi dan mobilisasi sosial untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI.**

INTERVENSI STRATEGIS dalam UPAYA *SAFE MOTHERHOOD*

- Masalah kematian ibu yang kompleks meliputi masalah non-teknis, di antaranya:
 - **status wanita**
 - **dan pendidikan.**

Untuk mengharapkan perubahan drastis dalam tempo singkat kurang realistis, oleh karenanya
perlu



Adakan intervensi yang berdampak nyata dalam waktu yang relatif pendek.

4 (empat) Pilar intervensi strategis ***Upaya Safe Motherhood:***

- (1) KB**
- (2) Pelayanan Antenatal**
- (3) Persalinan Aman**
- (4) Pelayanan Obstetrik Esensial**

4 (empat) Pilar intervensi strategis *Upaya Safe Motherhood*.

(1) KB

Ini memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB agar bisa merencanakan waktu yang tepat untuk:

- kehamilan;
- jarak kehamilan;
- jumlah anak.

→ Sehingga tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan (**4 terlalu**: terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak).

INTERVENSI STRATEGIS (Lanjutan-1)

(2) Pelayanan Antenatal:

Mencegah komplikasi obstetrik, bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dapat dideteksi sedini mungkin serta ditangani memadai.

(3) Persalinan Aman:

Memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai:

- pengetahuan
- keterampilan
- alat penolong yang aman dan bersih
- pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.

(4) Pelayanan Obstetrik Esensial:

Memastikan bahwa pelayanan obstetrik untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia.

Keempat intervensi dilaksanakan lewat:

- **Pelayanan kesehatan dasar, dan**
- **Bersendikan kesetaraan hak dan status bagi wanita.**

INTERVENSI STRATEGIS (Lanjutan-3)

Upaya melalui pendekatan risiko yang mengelompokkan ibu hamil yang berisiko dan yang tidak berisiko tidak digunakan lagi, **karena kenyataannya:**



> 90% kematian ibu disebabkan komplikasi terjadi pada saat bersalin atau sekitar persalinan, komplikasi obstetrik yang sering tak dapat diramalkan pada saat kehamilan.

INTERVENSI STRATEGIS (Lanjutan-4)

Banyak di antara ibu yang dikategorikan ke tidak berisiko ternyata mengalami komplikasi, sebaliknya yang dikategorikan ke berisiko, ternyata persalinannya normal.

Pendekatan yang dianjurkan adalah:



Menganggap semua kehamilan itu berisiko dan setiap bumil agar mempunyai akses ke pertolongan persalinan yang aman, dan pelayanan obstetrik.

INTERVENSI STRATEGIS (Lanjutan-5)

Diperkirakan 15% kehamilan akan mengalami keadaan risiko tinggi dan komplikasi obstetrik yang dapat membahayakan kehidupan ibu maupun janinnya bila tidak ditangani dengan memadai.

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI

- AKI Indonesia (SDKI) 1994 **390/100.000** kelahiran hidup, adalah tertinggi di ASEAN → program penurunan AKI menjadi prioritas.

Penyebab kematian langsung seperti juga di negara lain, di Indonesia adalah:

- **perdarahan,**
- **infeksi dan**
- **eklampsia,**
- **termasuk perdarahan abortus,**
- **abortus terinfeksi dan**
- **partus lama.**

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-1)

Hanya sekitar 15% kematian ibu disebabkan oleh penyakit ibu yang memburuk akibat kehamilan.

(Misalnya: jantung, infeksi kronis)

Keadaan ibu sejak pra-hamil juga dapat berpengaruh terhadap kehamilannya.

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-2)

Penyebab tak langsung kematian ibu di antaranya:

- anemia, dan
- KEK (Kekurangan Energi Kronik) dan
- keadaan “4 terlalu”.

Tahun 1995.:

- bumil anemia 51%, dan
- kejadian risiko KEK bumil
(lingkar/lengan atas kurang 23.5cm)
sekitar 30% .

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-2)

Sektor kesehatan lebih memfokuskan intervensi untuk mengatasi:

- **penyebab langsung dan**
 - **penyebab tidak langsung**
- dari kematian ibu.**



Depkes juga memerlukan dukungan sektor dan pihak terkait lainnya.

Hasil “4 pilar” intervensi strategis Depkes:

- (1) Progran KB** dianggap berhasil → tetap harus menajamkan sasaran agar “4 terlalu” dan kehamilan yang tidak diinginkan ditekan serendah mungkin.
- (2) Akses pelayanan** cukup baik (87% pada 1997)

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-1)

- (3) Persalinan aman:** tahun 1997 baru mencapai 60% dan memerlukan cakupan 80% cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

- (4) Cakupan pelayanan obstetrik esensial** masih rendah dan mutu belum optimal. 90% kematian ibu terjadi di saat sekitar persalinan, 95% adalah akibat komplikasi obstetrik yang sering tidak diperkirakan sebelumnya

→ **Kebijaksanaan Depkes, melakukan upaya agar:**

- (i) setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan,
- (ii) pelayanan obstetrik sedekat mungkin kepada semua bumil.



Dilakukan terobosan yang mencolok yakni:
Pendidikan sejumlah 54.120 bidan
selama 1989/1990 sampai 1996/1997.

KEBIJAKSAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-3)

Sejak tahun 1994 diterapkan strategi pelaksanaan operasional:

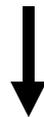
- Penggerakkan Tim Dati II (Dinkes dan seluruh jajarannya s/d tingkat kecamatan dan desa) dalam **upaya mempercepat penurunan AKI sesuai peran dan fungsi masing-masing.**

Pembinaan daerah intensif di setiap Dati II, sehingga akhir Pelita VII:

- Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 80% atau >
- Cakupan penanganan kasus obstetrik (risiko tinggi dan komplikasi obstetrik) minimal meliputi 10% seluruh persalinan.
- Bidan mampu memberikan pertolongan pertama pada kegawatdarutan obstetrik neonatal.

KEBIJAKSANAAN ... (Lanjutan-5) **PONED & PONEK**

Puskemas sanggup memberikan Pelayanan Obstetrik-Neonatal Esensial Dasar (**PONED**), yang didukung oleh RS Dati II sebagai fasilitas rujukan utama untuk Pelayanan Obstetrik-Neonatal Esensial Komprehensif (**PONEK**) 24 jam → tercipta jaringan pelayanan obstetrik yang mantap dengan bidan desa sebagai ujung tombak.



Crash Program Pendidikan Bidan

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-6)

- Penerapan kembali mutu pelayanan kesehatan ibu, melalui penetapan:
 - **standar pelayanan;**
 - **prosedur tetap;**
 - **penilaian kinerja;**
 - **pelatihan klinis;**
 - **kegiatan audit maternal-antenatal.**

KEBIJAKSANAAN DEPKES dalam PENURUNAN AKI (Lanjutan-7)

Meningkatkan **KIE**
(Komunikasi, Informasi dan Edukasi)
untuk:

- Mendukung upaya percepatan penurunan AKI.
- Pemantapan keikutsertaan masyarakat dalam berbagai kegiatan pendukung untuk mempercepat penurunan AKI.

KETERLIBATAN LINTAS SEKTOR:

- **Bentuk keterlibatan lintas sektor dalam upaya penurunan AKI:**
 - **GSI (Gerakan Sayang Ibu) mencegah 3 macam keterlambatan:**
 - (1) tingkat keluarga mengenal tanda bahaya dan membuat keputusan untuk segera mencari pertolongan.
 - (2) mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.
 - (3) di fasilitas pelayanan kesehatan mendapat pertolongan yang dibutuhkan.

Kegiatan Kecamatan Sayang Ibu: mencegah butir (1) dan (2).

Kegiatan Rumah Sakit Sayang Ibu: mencegah butir (3).

KETERLIBATAN LINTAS SEKTOR: (Lanjutan-1)

S/d tahun 1998 upaya perluasan GSI masih terus dilaksanakan:



- **Kelangsungan Hidup, Perkembangan dan Perlindungan Ibu dan Anak (KHPPIA):**

Upaya dirintis sejak 1990 oleh:

- Ditjen Pembangunan Daerah,
- Depdagri,

dengan bantuan UNICEF dikenal sebagai KHPPIA yang bertujuan menghimpun koordinasi; lintas sektoral dalam penentuan kegiatan dan pembiayaan dari berbagai sumber.

GRKS (Gerakan Reproduksi Keluarga Sehat):

Ini dimulai oleh **BKKBN** sebagai kelanjutan dari **GIS** (Gerakan Ibu Sehat) **Sejahtera**.

Sebagai upaya promosi pendukung **terciptanya keluarga yang sadar akan pentingnya kesehatan reproduksi.**

Di antara masalah yang dikemukakan adalah masalah KI, karena itu promosi dilakukan melalui GRKS juga termasuk promosi untuk kesejahteraan ibu.

GRKS (Lanjutan)

Selain ke-3 kegiatan tersebut, masih ada pelbagai kegiatan lain yang dilaksanakan pihak-pihak terkait: di antaranya:

Organisasi profesi:

- POGI,
- IBI,
- Perinasia,
- PKK
- dan lain-2),

sesuai peran dan fungsi masing-masing.

PEMANTAUAN & EVALUASI

- **Indikator Cakupan:**

Indikator cakupan layanan antenatal (L1 untuk akses, K4 untuk kelengkapan layanan antenatal), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonatus/nifas.

Untuk itu sudah sejak tahun 1990 awal digunakan alat pantau berupa Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) yang mengikuti **jejak program imunisasi, dari provinsi secara sentinal (tahunan).**

Indikator tersebut belum memberi gambaran penilaian kemajuan upaya menurunkan AKI.

PEMANTAUAN & EVALUASI

Pengukuran AKI sebagai indikator dampak secara berkala dalam waktu kurang dari 5-10 tahun tidak realistis, oleh karenanya para pakar dunia menganjurkan pemakaian indikator praktis



yakni
Indikator *Outcome*.

INDIKATOR *OUTCOME* Di Antaranya:

- cakupan penanganan kasus obstetrik
- case fatality rate kasus obstetrik yang ditangani
- jumlah kematian absolut
- penyebaran fasilitas pelayanan obstetrik yang mampu PONEK dan PONEK



Indikator gabungan tersebut akan banyak digunakan dalam Pelita VII, agar pemantauan dan evaluasi terhadap penurunan AKI lebih tajam.

KEWASPADAAN UNIVERSAL

Dewasa ini **epidemi HIV gelombang kelima**, yakni munculnya kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga/para isteri, telah melanda Indonesia.

Sepertiga kasus adalah wanita, ternyata pertambahan kasus infeksi HIV/AIDS di **kalangan wanita lebih cepat**, dan akan menyusul jumlah infeksi pada laki-laki.

KEWASPADAAN UNIVERSAL (Lanjutan)

Risiko infeksi HIV bagi tenaga kesehatan rendah namun bukan 0%.

Penelitian McCray:

"The Cooperative Needlestick Surveillance Group", menemukan 2 (dua) orang (0.21%) seropositif terhadap HIV setelah terpapar oleh penderita AIDS (parenteral maupun paparan pada selaput lendir).

KEWASPADAAN UNIVERSAL (Lanjutan-2)

Dalam melakukan pelayanan kesehatan bumil, petugas kesehatan. senantiasa berisiko terinfeksi melalui darah/cairan tubuh → Perlu memegang teguh prinsip pencegahan infeksi, khususnya prinsip:



Kewaspadaan Universal (KU)



Ini juga mencegah pemaparan infeksi mikroorganismen lain-lan.

DEFINISI

Universal Precautions

(KU = Kewaspadaan Umum)

adalah pedoman yang ditetapkan
Centers for Disease Control (CDC)
untuk mencegah penyebaran
berbagai penyakit infeksi (melalui darah)
di
lingkungan RS, atau
Sarana kesehatan lainnya.

PELAKSANAAN K U

Konsep:

**semua darah dan cairan tubuh
harus dikelola sebagai sumber yang dapat
menularkan HIV, Hepatiis B (HBV) dan berbagai
penyakit infeksi lain yang ditularkan melalui darah.**



**Harus rutin memakai sarana pencegahan kontak
kulit/selaput lendir
dengan
darah/cairan tubuh lainnya dari pasien**

Setiap Petugas Kesehatan harus:

Menggunakan sarung tangan bila:

- menyentuh darah/cairan tubuh, selaput lendir atau kulit yang tidak utuh.
- mengelola peralatan dan sarana kesesehatan/kedokteran yang tercemar darah.
- mengerjakan pungsi vena atau prosedur yang menyangkut pembuluh darah.

Sarung tangan harus selalu diganti setiap selesai kontak dengan seorang pasien.

PELAKSANAAN K U (Lanjutan-1)

- Memakai masker/pelindung mata/pelindung wajah bila mengerjakan yang mungkin mencipratkan darah/cairan tubuh → agar selaput lendir tidak terpapar.
- Memakai jubah khusus selama melakukan tindakan.
Tangan/bagian tubuh lain segera dicuci bersih bila terciprat atau setiap kali melepas sarung tangan.

PELAKSANAAN K U (Lanjutan-2)

- Waspada terhadap kemungkinan tertusuk jarum, pisau dan alat tajam lainnya selama membersihkan, membuang sampah atau membenahi peralatan setelah suatu prosedur dijalankan.
- Tangan/bagian tubuh lain segera dicuci bersih bila terciprat atau setiap kali melepas sarung tangan.

PELAKSANAAN K U (Lanjutan-3)

- Waspada terhadap kemungkinan tertusuk jarum, pisau dan alat tajam lainnya selama membersihkan, membuang sampah atau membenahi peralatan setelah suatu prosedur dijalankan.
- Walau air liur belum terbukti menularkan HIV, tindakan resusitasi dari mulut ke mulut harus dihindari → **perlu selalu tersedia alat resusitasi**

PELAKSANAAN K U (Lanjutan-3)

- Petugas kes. dengan gangguan lesi kulit (penyakit apapun) harus menghindari kontak langsung dengan pasien atau peralatan.
- Petugas kesehatan hamil tidak berisiko lebih besar, namun bila terkena infeksi HIV saat hamil → janin berisiko ditransmisikan perinatal.

BEBERAPA PETUNJUK dalam PELAKSANAAN Kewaspadaan Umum

Dengan menerapkan K U,
setiap petugas akan
terlindung semaksimal mungkin,
juga
terlindung dari transmisi infeksi-infeksi lain
yang
ditularkan melalui cara-cara lainnya.

PETUNJUK PELAKSANAAN Kewaspadaan Umum (KU):

Diagnosis dini sangat penting dalam penanganan kasus apapun.

Akan tetapi berdasarkan berbagai pertimbangan saat ini **penapisan terhadap berbagai infeksi virus tak mungkin dilakukan secara rutin.**

KU (Lanjutan)

Ada masa saat HIV belum terdeteksi secara klinis ataupun laboratoris, darah/cairannya sudah dapat menularkan infeksi.



Prinsip KU jadi kunci utama keberhasilan memutuskan mata rantai transmisi penyakit.

Kewaspadaan dalam Tindakan medik

Dalam menjalankan langkah-langkah pencegahan infeksi (melalui darah/cairan tubuh) tidak boleh mengabaikan pentingnya **prosedur standar** dalam tindakan:

- pemrosesan alat/instrumen secara tepat,
- pembuangan sampah/limbah secara aman dan
- menjamin kebersihan ruangan serta lingkungan sekitarnya.

Kewaspadaan dalam Tindakan medik (Lanjutan)

Segala prosedur pembedahan yang membuka

- jaringan organ,
- pembuluh darah,
- pertolongan persalinan atau
- tindakan abortus,
- tindakan medik invasif,

berisiko tinggi menularkan HIV bagi tenaga dokter/kesehatan yang terlibat.

Pemutusan Mata Rantai Penularan

perlu pembatas berupa:

- kaca mata pelindung;
- masker pelindung hidung dan mulut dan
- plastik penutup tubuh (schort);
- sarung tangan dan penutup kaki untuk

melindungi diri dari percikan cairan infeksi.

Kegiatan di Gawat Darurat dan Kamar Operasi

U G D

harus senantiasa menyediakan peralatan medis dan non-medis yang diperlukan

Oleh Karena

Dalam prosedur operasi, menjahit, memisah jaringan: Harus senantiasa menyediakan peralatan yang terkait. (gunakan nampan untuk menyediakan alat operasi yang tajam, jangan diberikan langsung dengan tangan).

Operator bertanggungjawab terhadap ini.

Kegiatan di Gawat Darurat dan Kamar Operasi (Lanjutan)

- Pada operasi sulit (> 60 menit) dengan ruang sempit harus menggunakan sarung tangan ganda.
- Melepas baju operasi harus sebelum membuka sarung tangan agar tidak terpapar darah/cairan tubuh.
- Pencucian instrument secara mekanik.
- Bila cara manual → harus didekontaminasi terlebih dahulu (merendam dalam klorin 0.5%, 10 menit).

Operator: harus bersertifikat (teruji) untuk jenis operasi terkait.

Kegiatan di Kamar Bersalin

Selain memperhatikan pembatas yang telah diuraikan, perlu memperhatikan bahwa:

- Manipulasi intra-uterin, harus menggunakan schort (baju celemek) dan sarung tangan yang mencapai siku.
- Menolong bayi lahir harus menggunakan sarung tangan.

Kegiatan di Kamar Bersalin (Lanjutan)

- Cara pengisapan lendir bayi dengan mulut harus ditinggalkan.
- Potonglah tali pusat pada saat pulsasi telah menurun atau hilang.
- **ASI ibu terinfeksi HIV berisiko bagi bayi baru lahir, tetapi tidak berisiko bagi tenaga kesehatan.**

Prosedur Anestesi

- Prosedur anestesi (pembiusan) merupakan aktivitas yang dapat memaparkan infeksi virus pada tenaga kesehatan pula.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan:

- Menyediakan troli/nampan untuk alat-alat yang selesai dipakai.
- Membuang jarum segera setelah pemakaian ke wadah yang aman.
- Pakailah obat untuk dosis 1x pemberian

Prosedur Anestesi (Lanjutan)

- Menutup spuit adalah prosedur berisiko tinggi.
- Sangat dianjurkan bahwa petugas anestesi melalui uji kelayakan terlebih dahulu → untuk meminimalkan resiko terluka oleh jarum suntik/alat lain yang tercemar darah/cairan tubuh.
- Lokasi kegiatan lain yang perlu perhatian adalah: **mobil ambulans, laboratorium serta kamar jenazah.**

MANAJEMEN untuk TENAGA KESEHATAN yang TERPAPAR DARAH/CAIRAN TUBUH.

- **PAPARAN:**

- **secara parenteral** (tusukan jarum, terpotong dll) → keluarkan darah sebanyak mungkin, cuci tangan dengan sabun atau air atau air saja sebanyak mungkin.
- **selaput lendir** (cipratan ke mata)
 - cucilah mata secara pelan-pelan dengan mata terbuka dengan air atau cairan NaCl.

Paparan (Lanjutan)

- **pada mulut** → keluarkan cairan terkait dengan meludah, kemudian kumur-kumur dengan air beberapa kali.
- **pada kulit** (utuh atau luka, lecet, dermatitis) → cuci sebersih mungkin dengan air dan sabun antiseptik.
- Petugas terkait harus dipantau terus menerus, konseling tentang risiko infeksi dan pencegahan transmisi. Jangan menjadi donor darah/organ
- Di beberapa negara diberikan Zidovudine (AZT) profilaksis 200mg oral, 5x/hari selama 6 minggu.

Kepatuhan Melaksanakan KU

- Di Amerika:
 - tenaga kes. yang terkena AIDS/HIV dari pekerjaan sampai Desember 1994 tercatat:
 - 15 pegawai laboratorium klinik,
 - 13 perawat dan
 - 6 dokter nonbedah dan lain-lain.

Amerika (Lanjutan)

Pelaksanaan KU di beberapa negara bagian USA:

- Pemakaian sarung tangan dan pembuangan benda tajam ke dalam wadah khusus berlangsung cukup baik (>90%).
- Pemakaian kaca mata pelindung pada tindakan berisiko tinggi → hanya 63%.
- Petugas wanita lebih patuh dari pria dan dokter.
- Pada pelayanan gawat darurat kepatuhan hanya 20%.

Kepatuhan (Lanjutan)

- Di Bali, tempat Puskesmas:
Praktek pemberian suntikan, menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik tentang AIDS (penularan lewat jarum suntik) tidak diikuti oleh praktek penyuntikan yang steril.

Faktor-Faktor yang Berpengaruh kepada Kepatuhan Melaksanakan KU

FKUI/RSCM (1997-1998)

Hasil penelitian Kepatuhan:

- membuang benda tajam: 79.3%,
- mencuci tangan: 85.7%
- memakai sarung tangan: 66/7%;
- memakai kata mata: 32.6% dan
- masker 39.5%.

Tingkat kepatuhan tenaga Ob-Gyn IGD dan I Bedah Pusat > dari petugas lain di tempat yang sama.

Khususnya terkait HIV/AIDS:

- Faktor individu: jenis kelamin, umur, jenis pekerjaan/profesi, lama bekerja dan tingkat pendidikan.
- Faktor psikososial: sikap terhadap HIV dan/atau virus hepatitis B, ketegangan dalam suasana kerja, rasa takut dan persepsi terhadap risiko.
- Faktor organisasi manajemen: kesepakatan untuk membuat suasana lingkungan kerja yang aman, dukungan rekan sekerja, pelatihan .

UPAYA PELAKSANAAN KU di TIAP FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

- **K U adalah pekerjaan yang sederhana dan relatif murah, tanpa menambah lamanya pelaksanaan prosedur operatif.**
- Untuk memulai pelaksanaan K U, perlu langkah-langkah:
 - pengenalan unsur-unsur yang terkait,
 - menilai fasilitas dan kebiasaan yang berlangsung selama ini,
 - meninjau kembali kebijakan dan prosedur yang ada,
 - membuat perencanaan (menyusun proposal),
 - menjalankan rencana yang telah matang disusun,
 - mengadakan pendidikan dan pelatihan
 - memantau dan mengadakan supervisi pelaksanaan K U secara berkala.

Koordinasi bisa oleh Panitia Nosokomial yang ada.

PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL dari SUDUT PANDANG PASIEN

Faktor-Faktor Komunikasi Dokter/Tenaga Kesehatan – Pasien

Persepsi dan harapan antara dokter/tenaga kesehatan dan pasien berbeda karena perbedaan: sosial, budaya, ekonomi, dan pendidikan masyarakat.

Faktor tersebut sangat berpengaruh kepada pola komunikasi dan kerap menjadi pemicu konflik laten antara dokter/tenaga kes. dan pasien.

Pasien berpendidikan rendah:

Umumnya pasrah dan menyerahkan pilihan terapi pada dokternya.

Pasien yang berpendidikan lebih tinggi:

Makin sadar akan haknya sehingga bisa meningkatkan tuntutan terhadap hak untuk memperoleh informasi dan hak menerima/ menolak terapi yang ditawarkan.

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-2)

Di samping itu **nilai sosio-budaya** yang terbentuk sejak masa kanak-kanak, di antaranya:

- teliti,
- masa bodoh,
- perfeksionis,
- argumentatif

dapat mempengaruhi sikapnya terhadap dokter/tenaga kesehatan.

Sebaliknya **dokter** juga punya persepsi tentang keluhan dan kondisi pasien serta harapan tentang bagaimana seharusnya sikap dan reaksi pasiennya terhadap terapi yang diberikan.

Sesuai dengan keilmuannya dokter /tenaga kesehatan akan **bersikap rasional, lugas.**

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-4)

Keinginan untuk dapat menyelesaikan masalah pasien, tidak jarang membuat dokter/tenaga kesehatan cenderung mengabaikan keinginan pasien yang minta diperhatikan.

Nilai-nilai sosio-budaya yang dimiliki dokter dalam lingkungan keluarga yang telah membentuk karakternya sejak masa kanak-kanak cenderung **sulit diubah melalui pendidikan etika profesi.**

- Dokter/tenaga kesehatan yang tumbuh dalam keluarga individual → akan cenderung sangat individual dalam tindakan penanganan pasiennya.
- Dokter/tenaga kesehatan yang kepekaan sosialnya tinggi cenderung akan penuh empati.
- Dokter yang pendiam, cenderung akan tak banyak berbicara dengan pasiennya, dsb.

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-6)

- Latar belakang yang beragam membuat pola komunikasi dokter dan pasien menjadi >> kompleks, ditambah lagi dengan perubahan kondisi sosio-ekonomi, infrastruktur, maupun perkembangan iptek kedokteran yang demikian pesat. Hal ini juga melanda para dokter Obgin.
- Dewasa ini di pihak masyarakat dengan adanya program keluarga kecil, maka tidak memiliki banyak kerabat dekat (paman, bibi saudara sepupu dll) yang bisa diajak berunding atau berbagi pengalaman lagi.

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-7)

- Minimnya pengalaman, walau terdidik dan banyak membaca dan dapat akses ke media masa, membuat ibu muda mempunyai harapan yang tinggi terhadap dokter Obgin pilihannya, apalagi bila tempat praktek dan rumah sakit berdekatan dengan tempat tinggalnya, dokter berkerja di rumah sakit favorit serta referensi dari teman-teman.

Banyak pasien mengharap dokter/tenaga kesehatan dapat menjawab dan mengatasi rasa was-was, tidak nyaman, terkejut, malu, saat menceritakan kondisinya, apalagi pada saat diadakan “periksa dalam”.

Berbagai Prosedur yang Membingungkan

Kadang pasien bingung karena standar yang diterapkan ginekolog yang satu ternyata beda dengan yang lain.

Dan pasien terkadang bingung bila kekhawatirannya dijawab oleh dokter/ tenaga kesehatan dengan:

“tenang saja, tidak apa-apa”
tanpa penjelasan yang lebih rinci dan dimengerti oleh pasiennya.

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-6)

- Mulai dari pemeriksaan dalam, urin, darah sampai ultrasonography antara ginekolog yang satu berbeda dengan yang lain, dan tidak jarang tidak ada penjelasan mengapa hal tersebut dilakukan, apa tujuannya?

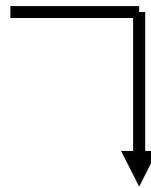
Dan faktor-faktor apa saja yang ingin diperoleh dari segala pemeriksaan terkait?

Ada pasien yang lebih rasa aman bila memiliki nomor tilpon dokternya.

Sampai menjelang persalinannya banyak pasien masih ragu, kira-kira setelah pembukaan pintu rahim kapan/berapa lebar baru dokter akan siap mendampingi?

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-7)

Kenyataan menunjukkan, sebagian besar dokter baru tiba saat pembukaan sudah hampir lengkap, terkadang pasien sudah merasa lelah → keadaan membuat bidan/ perawat di ruang bersalin akan berupaya agar bayi tidak lahir sebelum dokter tiba



Apabila dokternya tidak berhasil dihubungi, maka kepada siapa pasien harus mengadu?

Pelayanan Kesehatan Maternal ... (Lanjutan-8)

- Persoalan utama adalah:
 - Keawaman pasien terhadap prosedur yang harus ditempuh dokter, bidan, perawat, maupun rumah sakit saat proses persalinan berjalan, sedangkan informasi yang tersedia amat minim. → pasien pasrah

Masalah adalah: apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan atau diharapkan oleh semua pihak yang terlibat → siapa yang harus disalahkan?

Cecarean Section (Bedah sesar)

Di sisi lain, banyak pasien yang tidak paham, mengapa dokter menyarankan bedah sesar.

Atas dasar apa putusan ini diambil untuk menggantikan cara melahirkan yang normal?

YLKI mensinyalir, banyak persalinan bisa normal diselesaikan dengan bedah sesar (Ini bisa jadi bahan penelitian).

Pasien sering diperiksa dengan perlataan canggih/ biaya tinggi, yang sebenarnya tidak diperlukan → biaya jadi tinggi. (Bisa diatur melalui DRGs-Casemix)

Cecarean Section (Bedah sesar)

Data di Bank Dunia menyebutkan bahwa anggaran biaya kesehatan:

- di Indonesia rendah, hanya 2.5% dari GNP, -
sedangkan di Filipina 2.8% dan
- di India 6% sedangkan
- di Korea 6.6%

→ porsi beban biaya kesehatan yang ditanggung pasien Indonesia **menjadi paling besar.**

(Suara Pembaharuan, Selasa 15/9-09: besar Anggaran Kesehatan 5% dari APBN, telah disetujui para anggota DPR yang membahas RUU Kesehatan, kapan pelaksanaannya belum dipastikan, Umar Wahid, DPR, Fraksi PKB, anggota Kom.IX)

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI

Bila aturan mainnya jelas, standar jelas, ada komunikasi dan keterbukaan informasi antara dokter/tenaga kesehatan dengan pasiennya maka semua keraguan akan tidak muncul.

Ada kode etik kedokteran, ada informed consent yang mendokumentasikan hak pasien, dan keterbukaan dokter saat akan melaksanakan suatu tindakan yang invasif, sayangnya sampai saat ini di Indonesia masih dalam bentuk konsep: audit resep dan audit praktek kedokteran.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-1)

Minimnya upaya sosialisasi, membuat berbagai kerangka yang mendasari kerja dokter dalam menangani pasien tidak dipahami oleh awam.

Deklarasi Lisbon (World Health Association, tahun 1981) di antaranya mencantumkan hak-hak pasien:

Hak-hak pasien:

Di antaranya:

Hak memperoleh second opinion, informasi pelayanan, mendapat pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan, menolak tindakan medis yang akan dilakukan setelah mendapat informasi memadai, s/d penghormatan kerahasiaan diri dan kesehatannya.

Berapa pasien yang tahu akan hak ini, dan memanfaatkannya dalam hubungan dokter-pasien?

Hak-hak Pasien (Lanjutan)

Dan berapa dokter yang memberi informasi rinci dan menghormati hak pasien sesuai kesepakatan tersebut?

Sampai saat ini masih ada rumah sakit di Indonesia yang belum melaksanakan dokumentasi informed consent.

Desain format isian formulir persetujuan tindakan medis seperti yang dimaksud, di rumah sakit di Indonesia masih belum sesuai seperti yang diharapkan.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI Lanjutan-2)

- Pola pelayanan kesehatan bisa lebih manusiawi, Interaksi manusiawi ini sebenarnya sudah terjadi di masyarakat.

Realistis bahwa 80% bumil memilih dukun beranak daripada ke fasilitas modern, sebab dukun akan meluangkan waktunya untuk menolong sejak antenatal s/d masa puser bayi lepas.

Dukun juga yang akan mengajarkan cara menyusui, memandikan bayi, sehingga ibu benar-benar merasa diringankan bebannya.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI Lanjutan-3)

Bumil yang partus di bidan:

- Puskesmas,
- RB ataupun Rumah Sakit besar,

baru akan berjumpa dokter bila kepala bayi akan menongol, selesai persalinan pasien ditinggalkan sendirian.

Besok hari baru divisite dokter.

Padahal ibu masa kini, di desa ataupun kota perlu lebih banyak dukungan, apalagi bila anak pertama.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-4)

Di pihak dokter yang dalam pranata sosial modern butuh:

- mencari penghasilan,
- meningkatkan pengetahuan keilmuannya,
- dan punya kehidupan pribadi yang juga tidak dapat diganggu gugat, sehingga tidak dapat dituntut untuk tinggal mengurus pasien sampai semua masalah sulit lewat.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-5)

- **Minimum yang dapat dilaksanakan:**
 - Dokter dan rumah sakit mengubah prosedur perawatan menjadi lebih memanusiaawikan pasien dan juga dokter/tenaga kesehatan.
 - Untuk pasien yang baru pertama hamil perlu penjelasan tentang prosedur pemeriksaannya.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-6)

- Jelaskan alasan pemeriksaan dengan alat canggih berbiaya tinggi.
- Ada jaminan bahwa bisa menghubungi dokternya. (komunikasi lewat telepon seharusnya terjamin)
- Rumah sakit menata ruang tunggu dokter agar lebih nyaman, santai saat menunggu proses persalinan.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-7)

- Pemerintah perlu menggalakan pelaksanaan peraturan izin jumlah lahan praktek dokter, agar bisa mengakomodasi kepentingan dokter dan pasien sekaligus.
- Komunikasi timbalbalik yang menenangkan bisa melengkapi sosialisasi berbagai aturan yang memayungi hak dan kewajiban pasien maupun dokternya.

KOMUNIKASI & TRANSPARANSI (Lanjutan-8)

- Paling tidak akan bisa mengubah persepsi dan ekspektasi dari pasien maupun dokternya.
- Titik acuan yang sama juga bisa diharapkan akan meminimalkan perbedaan sosial-budaya dan pendidikan yang sering menjadi sumber terjadinya kesalahpahaman.