MAJALAH OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA

INDONESIAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Volum 25, Nomor 1, Halaman 1 — 65, Januari 2001, ISSN 0303 — 7924

Publikasi Resmi

PERKUMPULAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA (POGI)

Penerbit

YAYASAN BINA PUSTAKA SARWONO PRAWIROHARDJO (YBPSP)

MAJALAH OBSTETRI DAN GINEKOLOGI INDONESIA
Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology

DAFTAR ISI

Volum 25, Nomor 1, Halaman 1 – 65, Januari 2001

Soetomo Soewarto
Malang
3 **Upaya peningkatan kesehatan wanita dalam era paradigma sehat menuju manusia Indonesia yang berkualitas**

Dodi Hendradi
Julianto Witjaksono
Wachyu Hadisaputra
Yanto Kadarusman
Emil Taufik
Memet R. Nataprawira
Jakarta
12 **Reseksi endometriosis intestinal (laporan kasus)**
Endometriosis intestinal harus dicurigai bila dijumpai hematoskezia dan tanda-tanda obstruksi intestin yang bersifat siklik sesuai masa haid. Reseksi usus merupakan prosedur yang aman dengan morbiditas dan mortalitas yang rendah.

Ibnu Pranoto
Yogyakarta
18 **Perawatan ambulansia sehari pasca histerektomi pervaginam pada prolapsus uteri**
Umur pasien, jumlah paritas dan lama operasi dari kedua kelompok antara perawatan ambulansia dan perawatan biasa tidak didapatkan perbedaan yang bermakna (p>0,01), sedangkan mengenai lama mondok setelah operasi pada kelompok perawatan ambulansia ternyata lebih pendek dibanding dengan kelompok biasa (p<0,01).

Laila Nuranna
Jakarta
21 **Terapi sulih hormon menimbulkan risiko kanker?**
Risiko TSH terhadap kemungkinan kanker payudara dan kanker endometrium ada, tetapi kecil sekali. Manfaat secara keseluruhan, yaitu menurunkan angka kematian.

R. Dewi Prabarini
Soeharto
Biran Affandi
Dwiana Ocviyanti
Jakarta
26 **Perbandingan penerimaan dan efek samping kontrasepsi implan dalam rahim dengan AKDR TCu380A**
Penerimaan KIDR Gynefix® dibandingkan AKDR T380A tidak berbeda bermakna secara statistik. Dijumpai efek samping nyeri dan perdarahan lebih rendah pada KIDR. Penelitian ini perlu dilanjutkan dengan pengamatan lanjut jangka panjang dengan jumlah insersi alat yang lebih banyak.

Djaswadi Dasuki
Yogyakarta
31 **The association of caffeine consumption with preeclampsia**
Minum kopi dan merokok selama kehamilan tidak meningkatkan risiko terjadinya preeklampsia-eklampsia, baik secara statistik maupun klinik.

Rizani Amran
George Adriaansz
H. Henny Luniagus
Achmad Husaini
Palembang
36 **Kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan Aspirasi Vakum Manual, (AVM) pada abortus inkomplit**
Kinerja tenaga medis Puskesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit adalah baik yang dilakukan berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap dan diupayakan dilakukan secara berkesinambungan oleh tenaga medis lainnya. Pelayanan kesehatan sederhana dan murah dalam tindakan AVM dapat dilakukan di Puskesmas. Tindakan AVM mudah dan waktu pelaksanaan singkat. Biaya pelayanan murah dan mudah terjangkau sehingga bagi rnasyarakat lebih ekonomis.

Junizaf
Jakarta
43 **Penggunaan selaput ketuban untuk vaginoplastik**
Selaput ketuban dapat digunakan sebagai graft alternatif yang baik pada vaginoplastik untuk kasus-kasus agenesis vagina.

Johanes C. Mose
Stephen V. Mandang
Bandung
47 **Evaluasi keberhasilan perawatan konservatif penderita preeklamsi ringan dengan menggunakan *allium sativum* dan preeklamsi berat dengan menggunakan magnesium sulfat di RS Dr. Hasan Sadikin Bandung**
Perawatan konservatif preeklamsi ringan dengan menggunakan *Allium sativum* dan preeklamsi berat dengan menggunakan $MgSO_4$, memberikan hasil yang cukup baik dan menggembirakan untuk diteliti lebih lanjut. Perawatan konservatif PER memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan perawatan konservatif PEB.

A. Kurdi Syamsuri
Palembang
54 **Pemantauan kesejahteraan janin dengan profil biofisik**
Pemantauan janin dengan profil biofisik sangat bermanfaat untuk menentukan adanya gawat janin.

H. Wardoyo
D. Dasuki
M. Hakimi
Yogyakarta
62 **Pengembangan dan studi validasi autopsi verbal kematian maternal oleh pemuka masyarakat**
Alat autopsi verbal ini sangat memungkinkan dapat dikembangkan menjadi alat diagnostik yang sederhana, dapat dikerjakan oleh pemuka masyarakat dan mempunyai sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi.

Tujuan 1) Meningkatkan mutu ilmu Obstetri dan Ginekologi di Indonesia
2) Meningkatkan amal Obstetri dan Ginekologi untuk kesehatan Ibu dan Anak.

Kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan Aspirasi Vakum Manual, (AVM) pada abortus inkomplit

RIZANI AMRAN
GEORGE ADRIAANSZ
H. HENNY LUNIAGUS
ACHMAD HUSAINI

Bagian/KSMF Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin
Palembang

Tujuan: Mengetahui kinerja tenaga medis Puskesmas dalam tindakan aspirasi vakum manual (AVM) pada abortus inkomplit.

Rancangan/rumusan data: Penelitian studi *cross sectional.*

Tempat: 5 Puskesmas Kabupaten Lahat dan Belitung, Juli 1999-Maret 2000.

Bahan dan cara kerja: Penderita abortus inkomplit yang memenuhi kriteria inklusi untukk dilakukan tindakan aspirasi vakum manual. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap 156 penderita abortus inkomplit disertai dengan *informed consent.*

Hasil: Lama tindakan AVM ≤ 10 menit adalah 69,23%. Jumlah perdarahan selama tindakan aspirasi vakum manual ≤ 20 ml adalah 71,15%. Jumlah jaringan selama tindakan AVM yang ≤ 20 ml adalah 67,31%. Adanya nyeri verbal tapi tidak mengganggu selama tindakan adalah 95,51%. Respon penderita terhadap tindakan AVM dengan adanya reaksi motorik pada muka adalah 94,87%. Penilaian operator terhadap tindakan AVM dengan tenang tanpa kesulitan dan nyaman adalah 96,16%. Komplikasi AVM sebanyak satu orang perdarahan adalah 0,63%. Jangkauan pelayanan ≤ 10 km 74,36%. Biaya perawatan Puskesmas ≤ Rp. 75.000 - 79,49%. Lama perawatan di Puskesmas < 1 hari 78,20%. Tindakan AVM 100% dilakukan oleh tenaga medis.

Kesimpulan: Kinerja tenaga medis Puskesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit adalah baik yang dilakukan berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap dan diupayakan dilakukan secara berkesinambungan oleh tenaga medis lainnya. Pelayanan kesehatan sederhana dan murah dalam tindakan AVM dapat dilakukan di Puskesmas. Tindakan AVM mudah dan waktu pelaksanaan singkat. Biaya pelayanan murah dan mudah terjangkau sehingga bagi rnasyarakat lebih ekonomis.

[Maj Obstet Ginekol Indones 2001;25-1:36-42]

Kata kunci: Abortus inkomplit, aspirasi vakum manual, kinerja tenaga medis.

Objective: To evaluate the performance of Primary Health Center medical personnel in the intervention of manual vacuum aspiration (MVA) in incomplete abortion.

Design/data identification: Cross-sectional study.

Setting: Five Primary Health Centers in Lahat and Belitung Districts, from July 1999 to March 2000.

Materials and methods: Patients with incomplete abortion meeting the inclusion criteria for undergoing MVA. Data identification was done using questionnaire among 156 patients with incomplete abortion, along with informed consent.

Results: Duration of MVA intervention 10 minutes was 69.23%. The amount of hemorrhage during the MVA ≤ 20 ml was 71.15%. The number of tissues during MVA intervention ≤ 20 ml was 67.31%. The presence of verbal pain, yet did not interfere with the intervention, was 95.51%. Patients' response toward MVA with facial motoric reaction was 94.87%. The operator's evaluation of MVA with respect to smooth and comfortable performance was 96.16%. MVA complications of hemorrhage in one patient was 0.63%. Service coverage ≤ 10 km was 74.36%. Primary Health Center care cost ≤ Rp 75,000 was 79.49%. Length of stay at Primary Health Center ≤ 1 day was 78.20%. MVA intervention was 100% performed by medical personnel.

Conclusions: Performance of Primary Health Center medical personnel in MVA intervention of incomplete abortion was good if it was performed on the basis of working and standard procedures. It was hoped that such performance could be done on a continuing basis by other medical personnel. Simple and inexpensive health services in MVA intervention can be provided at Primary Health Center. MVA intervention proved to be easy and completed within a short period of time. The service cost was inexpensive and affordable such that the community found it to be more economical.

[Indones J Obstet Gynecol 2001;25-1:36-42]

Keywords: Incomplete abortion, manual vacuum aspiration, performance of medical personnel.

PENDAHULUAN

Kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit adalah kemampuan melakukan tindakan AVM oleh tenaga medis puskesmas berdasarkan prosedur tetap dan prosedur kerja.

Angka kematian ibu menurun dari 450/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 390/100.000 kelahiran hidup yang berdasarkan Sensus Data Kependudukan Indonesia (SDKI) 1994. Secara

spesifik angka kematian ibu dan kematian perinatal yang tinggi ditemukan di daerah rural (pedesaan), daerah terpencil yang kurang mendapatkan pelayanan kesehatan, daerah urban yang kumuh dengan kondisi sosial ekonomi rendah. Pelayanan kesehatan di daerah rural dan daerah terpencil masih relatif kurang, sehingga sering menyebabkan penderita tidak dapat tertolong oleh petugas kesehatan. Selain itu kemampuan petugas kesehatan di pelayanan tingkat dasar (Puskesmas) relatif masih kurang. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan terdapat 20-30 juta kasus abortus tak aman. Di seluruh dunia terdapat 70.000 kematian maternal akibat abortus tak aman pertahun, dan 1 dari 8 kematian yang berkaitan dengan kehamilan diakibatkan oleh abortus tak aman.[1-5]

Di Indonesia diperkirakan sekitar 800.000 1.000.000 tindakan abortus dilakukan setiap tahun. Penelitian Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) di 3 Puskesmas perawatan di Lombok, Nusa Tenggara Barat selama 2 tahun mendapatkan kasus abortus inkomplit sebanyak 331 kasus.[6]

Saat ini intervensi menurunkan angka kematian ibu lebih diarahkan pada pertolongan persalinan yang aman dan bersih serta penanganan kasus kegawatdaruratan persalinan, sementara penanganan kasus abortus masih kurang sekali, terutama di Puskesmas yang belum tertangani secara baik dan memadai.[5-7]

Penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan di Puskesmas terutama kasus abortus inkomplit oleh dokter umum masih belum memadai. Penanganan yang ada baru pada tindakan gawat-darurat untuk menyelamatkan penderita tetapi tidak penatalaksanaan kasus sampai tindakan selesai dilakukan sehingga kebanyakan penderita tersebut dirujuk lagi ke RSU Kabupaten atau RSU Propinsi. Sebenarnya kasus abortus dapat ditatalaksana di puskesmas oleh tenaga medis terlatih. Pelatihan tatalaksana kasus abortus dapat dilakukan dengan mendatangkan tenaga pelatih dari propinsi.[7-13]

Fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap termasuk pelayanan abortus secara lengkap terdapat di kota-kota besar, tetapi biayanya tinggi dan jangkauannya jauh dari daerah terpencil. Hal ini merupakan tantangan dan hambatan bagi sebagian masyarakat. Upaya yang paling logis dan baik untuk mengatasi biaya tinggi dan jangkauan yang jauh tersebut dengan mendekatkan pelayanan kesehatan dan melatih tenaga medis yang bertugas di Puskesmas daerah terpencil dan daerah rural.[6,7,8]

Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan asuhan pascabortus di berbagai tingkatan pelayanan kesehatan termasuk di Puskesmas seharusnya dapat memberikan informasi, edukasi, tindakan yang aman, rujukan penderita yang berisiko dan penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan abortus inkomplit.[10-13]

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam laporannya, pertolongan segera merupakan langkah yang sangat penting dalam menyelamatkan penderita abortus inkomplit.[7]

Prinsip penatalaksanaan abortus inkomplit adalah pengosongan sisa kehamilan dari kavum uteri. Ada 2 cara yang dilakukan dalam pengosongan kavum uteri pada penderita abortus inkomplit:

1. Dilatasi dan kuretase
2. Aspirasi vakum manual

Tindakan evakuasi (pengosongan) sisa kehamilan pada abortus inkomplit pada penelitian ini dilakukan secara AVM. Sisa jaringan dihisap dengan cara menggunakan tekanan negatif melalui kanula plastik yang dimasukkan ke dalam kavum uteri sesuai dengan besarnya pembukaan serviks. Penatalaksanaan aspirasi vakum manual ini berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap yang dilakukan oleh tenaga medis terlatih. Prosedur kerja AVM dengan cara menggunakan tabung plastik dan kanula plastik, tabung plastik dibuat tekanan negatif secara manual dengan gerakan menutup klep dan menarik tangkai toraks ke belakang dari tabung tersebut sampai batas yang telah ditentukan.[8-10]

Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan angka komplikasi dari penatalaksanaan AVM sangat kecil, komplikasi AVM terutama terjadi pada aspek klinis dalam melakukan tindakan AVM, sehingga bila tindakan dilakukan secara benar dan baik berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap maka tindakan AVM tergolong aman dan efektif. Pada penelitian yang dilakukan di rumah sakit di Kenya (Afrika) terdapat pengurangan biaya sampai 50%. Pengurangan tersebut dikarenakan tidak dipergunakannya ruangan operasi, obat-obatan anestesi umum selama dilakukan tindakan AVM serta tidak digunakannya tenaga ahli.[10-13]

Prosedur tindakan AVM dapat dilakukan pada pelayanan kesehatan tingkat dasar (puskesmas) karena:

1. Risiko komplikasi pascatindakan kecil
2. Biaya pelayanan kesehatan pada pascatindakan AVM lebih murah
3. Meningkatkan kinerja tenaga medis puskesmas
4. Mengurangi penggunaan sumber daya manusia profesional (tenaga ahli)
5. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan masyarakat terutama daerah terpencil dan daerah rural
6. Mudah dilakukan
7. Waktu tindakan singkat
8. Menggunakan kamar tindakan sederhana
9. Tidak menggunakan anestesi umum.

Teknologi canggih, biaya mahal, tempat atau ruangan tindakan khusus yang lengkap, penggunann anestesi umum dan tenaga profesional (tenaga ahli) tidak dapat diterapkan di Puskesmas, sehingga perlu dicari alternatif lain dengan teknologi sederhana, biaya murah, tempat atau ruangan sederhana, tenaga medis yang dapat melakukan tindakan tersebut dengan baik dan benar. Penelitian ini ingin mengetahui bagaimana kinerja tenaga medis terlatih di puskesmas dalam tindakan AVM berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap.[8,9]

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat studi *cross sectional.* Penelitian ini dilakukan di 5 Puskesmas Kabupaten Lahat dan Belitung sejak bulan Juli 1999 sampai dengan Juni 2000 atau sampai sampel terpenuhi dengan kriteria sebagai berikut.

Kriteria inklusi

1. Wanita usia 18-35 tahun
2. Usia gestasi sama atau kurang dari 14 minggu berdasarkan hari pertama haid terakhir
3. Tidak dalam presyok dan syok

Kriteria eksklusi

1. Ada infeksi
2. Penderita tidak kooperatif
3. Kadar hemoglobin kurang dari 9 g%
4. Penderita dengan gangguan pembekuan darah
5. Penderita dengan penyakit penyerta yang akan memperberat tindakan aspirasi vakum manual seperti: Dekompensatio kordis, serangan asma, Aritmia kordis, Penyakit paru-paru kronis, peningkatan tekanan intrakranial

Data yang dikumpulkan meliputi: karakteristik penderita: umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, jarak rumah ke puskesmas, jumlah graviditas, paritas, jumlah abortus, usia gestasi/usia kehamilan, kadar hemoglobin, lama tindakan, jumlah perdarahan, jumlah jaringan, nyeri verbal selama tindakan AVM, respon penderita terhadap tindakan AVM, penilaian operator terhadap tindakan AVM, penyulit prosedur tindakan, jenis abortus, kesesuaian kehamilan, komplikasi tindakan AVM, jarak rumah dengan puskesmas, biaya perawatan, lama perawatan, operator tindakan AVM.

BAHAN DAN CARA KERJA

1. Penderita dalam posisi litotomi, dilakukan tindakan aseptik dan antiseptik dengan menggunakan larutan povidon iodine 10% pada vulva dan sekitarnya.
2. Kandung kemih dikosongkan dengan menggunakan kateter
3. Dilakukan premedikasi dengan SA 0,25 mg dan petidina 50 mg secara intramuskuler dilanjutkan dengan induksi dengan diazepam 10 mg diberikan secara intravena.
4. Memasukkan spekulum Sims dan dipegang kemudian oleh asisten
5. Dengan bantuan spekulum Sims diperlihatkan porsio secara avue dan dengan menggunakan cunam porsio, porsio dijepit pada jam 11 atau pada jam 1 dan dilanjutkan dengan sondase diteruskan memasukkan kanula plastik yang sesuai dengan pembukaan serviks dan tabung plastik tersebut, terlebih dahulu telah dibuat tekanan negatif secara manual dengan tarikan pada gagang tabung sebelum disambungkan ke ujung kanula plastik serta dilanjutkan pengeluaran sisa jaringan.
6. Selama tindakan AVM dilakukan dicatat; lama tindakan sejak masuknya kanula plastik sampai tindakan selesai dilakukan, jumlah perdarahan, jumlah jaringan, derajat nyeri verbal selama tindakan AVM, penilaian respon penderita terhadap tindakan AVM, penilaian operator terhadap tindakan AVM, dan penyulit tindakan serta komplikasi selama dan setelah tindakan AVM.
7. Setelah tindakan AVM selesai dilakukan, vagina dan portio diberikan larutan povidon iodine 10%.
8. Dilakukan kontrol atau evaluasi perdarahan setelah tindakan selama 4 jam pascatindakan untuk mengetahui ada/ tidaknya perdarahan dan perforasi pascatindakan.
9. Dilakukan kontrol ulang 1 minggu pascatindakan untuk mengetahui ada/ tidaknya komplikasi lanjut pascatindakan AVM.

HASIL DAN DISKUSI

Telah dilakukan penelitian terhadap kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit. Penelitian ini dilakukan di 5 Puskesmas Kabupaten Lahat dan Belitung.

Penelitian kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit dilakukan dari bulan Juli 1999 sampai dengan Maret 2000, didapatkan 156 kasus penderita abortus inkomplit yang dilakukan tindakan AVM yang berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap. Hasil penelitian selengkapnya dipaparkan di bawah ini.

Karakteristik penderita

Tabel 1. Kelompok umur

Umur (tahun)	Jumlah kasus	
	n	%
≤ 20	17	10,89
21 - 29	68	43,59
≥ 30	71	45,52
Jumlah	156	100

Pada Tabel 1 di atas sebaran kasus menurut kelompok umur ≤ 20 tahun 17 kasus (10,89%), umur 21-29 tahun 68 kasus (43,59%), umur ≥ 30 tahun 71 kasus (45,52%). Menurut Gant, insiden kasus abortus inkomplit pada umur ≤ 20 tahun adalah 12% dan kejadiannya semakin meningkat pada umur ≥ 30 tahun.

Pada Tabel 2 di bawah sebaran kasus menurut kelompok kehamilan 1 sebanyak 14 kasus (8,97%), graviditas 2-5 sebanyak 80 kasus (51,28%), graviditas ≥ 6 sebanyak 62 kasus (39,75%). Hal ini sesuai dengan rujukan yang menyebutkan insiden abortus semakin meningkat sesuai dengan meningkatnya kehamilan. Pada kehamilan pertama menurut rujukan kejadian abortus sebesar 6% dan meningkat pada kehamilan ke-2 sebesar 16% dan pada kehamilan ke-3 meningkat sebesar 30%.

Tabel 2. Jumlah kehamilan penderita

Jumlah kehamilan	Jumlah kasus	
	n	%
1	14	8,97
2 - 5	80	51,28
≥ 6	62	39,75
Jumlah	156	100

Tabel 3. Paritas penderita

Paritas	Jumlah kasus	
	n	%
0 - 1	15	9,62
2 - 5	73	46,79
≥ 6	68	43,59
Jumlah	156	100

Pada Tabel 3 di atas sebaran kasus menurut kelompok paritas penderita 0-1 sebanyak 15 kasus (9,62%), paritas 2-5 sebanyak 73 kasus (46,79%), paritas ≥ 6 sebanyak 68 kasus (43,59%). Hal ini menunjukkan kejadian abortus semakin sering terjadi dengan bertambahnya jumlah paritas dan sesuai dengan rujukan yang mengatakan kejadian abortus semakin meningkat dengan meningkatnya paritas penderita.

Tabel 4. Jumlah abortus

Abortus	Jumlah kasus	
	n	%
0	117	75,88
1	31	19,99
≥ 2	8	5,13
Jumlah	156	100

Pada Tabel 4 di atas sebaran kasus menurut jumlah abortus. Penderita yang belum pernah abortus sebanyak 117 kasus (75,88%), abortus setelah pertama terjadi sebanyak 31 kasus (19,99%), abortus ≥ 2 sebanyak 8 kasus (5,13%). Hal ini sesuai dengan rujukan yang mengatakan kejadian abortus sering terjadi pada kehamilan yang pertama.

Tabel 5. Usia gestasi

Usia gestasi (minggu)	Jumlah kasus	
	n	%
≤ 8	35	22,44
9 - 12	107	68,59
13 - 14	14	8,97
Jumlah	156	100

Pada Tabel 5 di atas sebaran kasus menurut usia gestasi ≤ 8 minggu sebanyak 35 kasus (22,44 %), usia gestasi 9-12 sebanyak 107 kasus (68,59%), usia gestasi 13-14 sebanyak 14 kasus (8,97%). Keadaan ini sesuai dengan rujukan, di mana 70-80% abortus spontan terjadi pada usia gestasi sebelum 12 minggu dan 15-20% terjadi pada usia gestasi 13-14 minggu. Pada penelitian yang dilakukan oleh Qhadar di RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang 1998 kejadian abortus inkomplit pada usia gestasi 9-12 minggu rerata 65,52% dan penelitian yang dilakukan Adriaansz dkk di 5 puskesmas, RSUP Dr. Moh. Hoesin dan 4 klinik swasta Palembang 1999 kejadian abortus inkomplit pada usia gestasi 9-12 minggu rerata 63,00%. Di mana tidak menunjukkan perbedaan pada penelitian sebelumnya terhadap kejadian abortus inkomplit pada usia gestasi 9-12 minggu pada penelitian ini.

Tabel 6. Kadar hemoglobin

Hemoglobin (g%)	Jumlah kasus	
	n	%
9 – < 11	127	81,41
≥ 11	29	18,59
Jumlah	156	100

Pada Tabel 6 di atas sebaran kasus menurut kadar hemoglobin 9 s/d < 11 g% sebanyak 127 kasus (81,41%), kadar hemoglobin ≥ 11 g% sebanyak 29 kasus (18,59%). Pada tabel tersebut menunjukkan

kadar hemoglobin terjadi penurunan kadar hemoglobin akibat keluarnya darah yang banyak selama abortus terjadi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Qhadar di RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang 1998 sebesar 77,69%.

Prosedur tindakan AVM

Tabel 7. Lama tindakan AVM

Lama tindakan (menit)	Jumlah kasus	
	n	%
≤ 10	108	69,23
11 - 19	47	30,13
≥ 20	1	0,64
Jumlah	156	100

PadaTabel 7 di atas lama tindakan AVM ≤ 10 menit sebanyak 108 kasus (69,23%), lama tindakan 11-19 menit sebanyak 47 kasus (30,13%), lama tindakan ≥ 20 menit sebanyak 1 kasus (0,64%). Pada penelitian yang dilakukan di Mesir oleh Ahmed dkk lama tindakan rerata 7 menit, di Zambabwe lama tindakan rerata 3 menit dan yang dilakukan oleh Qhadar R di RSUP Dr. Moh. Hoesin 1998 lama tindakan rerata 7,4 menit.

Tabel 8. Jumlah perdarahan selama tindakan

Jumlah perdarahan	Jumlah kasus	
	n	%
≤ 20	111	71,15
21 - 29	31	19,87
≥ 30	14	8,98
Jumlah	156	100

Pada Tabel 8 di atas jumlah perdarahan selama tindakan ≤ 20 ml sebanyak 111 kasus (71,15%), jumlah perdarahan selama tindakan 21-29 ml sebanyak 31 kasus (19,87%) jumlah perdarahan selama tindakan ≥ 30 ml sebanyak 14 kasus (8,98%). Hal ini sesuai dengan rujukan yang mengatakan jumlah darah sela tindakan sebagian besar ≤ 20 ml.

Tabel 9. Jumlah jaringan selama tindakan

Jumlah jaringan (ml)	Jumlah kasus	
	n	%
≤ 20	105	67,31
21 - 29	34	21,79
≥ 30	17	10,90
Jumlah	156	100

Pada Tabel 9 di atas jumlah jaringan selama tindakan ≤ 20 ml sebanyak 105 kasus (67,31%), jumlah jaringan selama tindakan 21-29 ml sebanyak 34 kasus (21,79%), Jumlah jaringan ≥ 30 ml sebanyak 17 kasus (10,90%). Hal ini sesuai dengan rujukan yang mengatakan jumlah jaringan yang didapatkan selama tindakan ≤ 20 ml.

Tabel 10. Derajat nyeri verbal selama tindakan

Derajat nyeri verbal	Jumlah kasus	
	n	%
0, 1, 2, 3	149	95,51
4	7	4,49
Jumlah	156	100

Pada Tabel 10 di atas derajat nyeri verbal selama tindakan 0,1,2,3 sebanyak 149 kasus (95,51%), derajat nyeri verbal selama tindakan 4 sebanyak 7 kasus (4,49%). Keadaan tersebut di atas menunjukkan derajat nyeri verbal ada tetapi tidak mempengaruhi selama tindakan berlangsung.

Tabel 11. Respon penderita terhadap tindakan AVM

Respon penderita	Jumlah kasus	
	n	%
0, 1, 2, 3	148	94,87
4	8	5,13
Jumlah	156	100

Pada Tabel 11 di atas respon penderita terhadap tindakan AVM 0,1,2.3 sebanyak 148 kasus (94,87%), respon penderita terhadap tindakan AVM 4 sebanyak 8 kasus (5,13%). Hal ini menunjukkan respon penderita terhadap tindakan AVM adalah baik.

Pada Tabel 12 di bawah penilaian operator terhadap tindakan AVM 0,1,2,3 sebanyak 150 kasus (99,16%), penilaian operator tindakan AVM 4 sebanyak 6 kasus (3,84%). Pada penilaian operator terhadap tindakan AVM adalah baik.

Tabel 12. Penilaian operator terhadap tindakan AVM

Penilaian operator	Jumlah kasus	
	n	%
0, 1, 2, 3	150	96,16
4	6	3,84
Jumlah	156	100

Tabel 13. Komplikasi prosedur tindakan AVM

Komplikasi	Jumlah kasus	
	n	%
Perforasi	-	-
Perdarahan	1	0,64
Infeksi	-	-
Tidak ada komplikasi	155	99,36
Jumlah	156	100

kesmas dalam tindakan AVM pada abortus inkomplit di 5 Puskesmas Kabupaten Lahat dan Belitung sebanyak 156 kasus abortus inkomplit selama Juli 1999 - Maret 2000.

Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan asuhan pascaabortus di berbagai pelayanan kesehatan termasuk di Puskesmas. Puskesmas seharusnya dapat memberikan informasi, edukasi, tindakan AVM yang aman dan efektif, rujukan penderita yang berisiko dan penanganan kasus kegawatdaruratan abortus sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu serta menurunkan kasus-kasus rujukan ke RSUD kabupaten dan atau RSU propinsi.

Prosedur tindakan AVM dapat dilakukan pada pelayanan kesehatan tingkat dasar dikarenakan:

1. Risiko komplikasi pascatindakan kecil tampak pada Tabel 13.
2. Efektifitas tindakan AVM tampak pada Tabel 14.
3. Biaya pelayanan kesehatan pascatindakan lebih murah tampak pada Tabel 16.
4. Meningkatkan kinerja tenaga medis puskesmas tampak pada Tabel 7,8,9,10,11 dan 12.
5. Mengurangi penggunaan sumber daya manusia profesional (tenaga ahli) tampak pada Tabel 18.
6. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama di daerah terpencil dan di daerah rural tampak pada Tabel 15, 16 dan 17.
7. Mudah dilakukan tindakan AVM tampak pada Tabel 7, 8, 9, 19 dan 20.
8. Waktu tindakan singkat tampak pada Tabel 7.
9. Menggunakan kamar tindakan sederhana menunjukkan bahwa tindakan AVM dapat dilakukan di Puskesmas.
10. Tidak menggunakan anestesi umum tampak pada Tabel 10, 11 dan 12.

Berdasarkan hal tersebut di atas, tindakan AVM dapat dilakukan oleh tenaga medis puskesmas yang telah mendapat pelatihan tentang penanganan abortus inkomplit yang berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap.

Kinerja tenaga medis puskesmas dalam tindakan vakum manual pada abortus inkomplit yang berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap adalah baik dan diupayakan dapat dilakukan secara berkesinambungan oleh tenaga medis terlatih lainnya dalam usaha untuk mengurangi penggunaan tenaga medis profesional (tenaga ahli) terutama di daerah terpencil dan daerah rural serta dapat meningkatkan kemampuan tenaga medis puskesmas. Fasilitas pelayanan sederhana dan tidak menggunakan anestesi umum. Tindakan AVM dapat dilakukan dengan mudah, cepat dan waktunya singkat. Biaya perawatan lebih murah dan mudah terjangkau oleh masyarakat, sehingga bagi masyarakat lebih ekonomis.

SARAN

AVM dapat diterapkan di Puskesmas dengan memberikan pelatihan tambahan kepada tenaga medis puskesmas dalam penanganan kasus-kasus abortus inkomplit secara berkesinambungan dan perlunya standardisasi penanganan kasus abortus yang berdasarkan prosedur kerja dan prosedur tetap, sehingga kasus-kasus abortus tidak lagi dirujuk ke RSU Kabupaten atau ke RSU Propinsi.

RUJUKAN

1. Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadi T. Ilmu Kebidanan. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1994; 22-27, 302-312, 795-801.
2. Sistim Kesehatan Nasional: Departemen Kesehatan RI. 1990, 3-7.
3. Affandi B, Djajadilaga, Widohariadi: Asuhan Pascaabortus, Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik, 1997; 1-8.
4. Affandi B. Penatalaksanaan abortus inkomplit dalam rangka upaya menurunkan angka kematian ibu. Temu koordinasi pelayanan asuhan pascaabortus POGI-AVZC-Depkes RI, Serang, Jawa Barat, 1997.
5. Adriaansz G, Fihir IM. Penatalaksanaan Klinik Pascaabortus dan Komplikasinya, AVSC International. 1998.
6. Kodim N. Pengembangan program pelatihan klinik asuhan pascaabortus. PIT X POGI. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi. Ujung Pandang, Juni 1997.
7. World Health Organization. Complication of abortion: Technical and management guide lines for prevention and treatment. Geneva WHO, 1994.
8. World Health Organization. Abortion: A Tabulation of available data on the pregnancy and mortality of unsafe abortion, 2nd ed. Geneva. WHO. 1994.
9. Affandi B. Perawatan pascaabortus. Simposiun "Perawatan pascaabortus". Pertemuan Ilmiah Tahunan X, POGI. Ujung Pandang, 30 Juni - 3 Juli 1997.
10. World Health Organization. Clinical management of abortion complication: Practical guide. Geneva. WHO. 1994.
11. Sumapraja S. "Tindakan medis tertentu" menurut undang-undang kesehatan no. 23/1992 dipandang dari sudut medis POGI, 1993.
12. Qadhar R. Perbandingan keamanan dan efektifitas tindakan dilatasi dan kuretase dengan aspirasi vakum manual pada abortus inkomplit. Tesis pada Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Unsri Palembang 1998.
13. Amran R, Adriaansz G, Ikhsan M, Husaini A. Keamanan dan efektifitas penggunaan aspirasi vakum manual (AVM) pada tindakan abortus inkomplit. Makalah Lengkap KOGI XI Bali, tanggal 1-4 Juli 2000.