



Universitas Andalas



UPAYA MENCEGAH KEMATIAN IBU

Oleh :

ARIADI

FAKULTAS PERPUSTAKAAN
Fakultas Kedokteran Univ. Andalas

PROBING

TERDAFTAR

Tanggal: 06 - 01 - 2015

No. daft. : 292 / pust - 2015

BAGIAN/SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
ANDALAS/RS Dr.M.DJAMIL
PADANG
2009

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II KEMATIAN IBU	3
1. Definisi dan Konsep	3
2. Angka Kejadian	4
3. Penyebab Kematian Ibu	5
3.1 Penyebab langsung kematian ibu	5
3.2 Penyebab tidak langsung kematian ibu	8
BAB III USAHA PERCEPATAN PENURUNAN AKI DI INDONESIA	16
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	26
1. Kesimpulan	26
2. Saran	26

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. Penyebab tidak langsung penyebab kematian ibu maternal 8

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Penyebab langsung kematian ibu maternal	6
Gambar 2. Kerangka analisis determinan kematian dan kesakitan ibu....	11

BAB 1

PENDAHULUAN

Pencapaian tujuan pembangunan nasional memerlukan adanya kesadaran, kemauan, dan kemampuan semua lapisan masyarakat untuk mewujudkan rakyat sehat sebagai sumber kekuatan ketahanan bangsa yang akhirnya menjadi landasan dalam membentuk negara yang kuat. Salah satu ukuran untuk menggambarkan tingkat pencapaian hasil pembangunan suatu negara, digunakan suatu indikator yang dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*). Indeks Pembangunan Manusia ditentukan oleh beberapa indikator yaitu kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Dari segi kesehatan, salah satu indikator dalam keberhasilan pembangunan kesehatan diantaranya adalah Angka Kematian Ibu (AKI) Depkes RI, 2008; Hasnah, 2003

Menurut WHO diperkirakan di seluruh dunia terdapat sekitar 585.000 kematian ibu setiap tahun yang sebagian besar sebenarnya dapat dicegah. Sekitar 95 % dari kematian ibu tersebut terjadi di negara - negara berkembang. Depkes RI, 2008; Hasnah, 2003; WHO, 2005; Hunt; UNFPA, 2003; Cross, 2007; CRR, 2008; WHO, 2007, UNICEF, 2004 Diantara negara ASEAN dan *South East Asia Region* (SEARO) Indonesia menduduki peringkat 12 dari 18 negara untuk kematian angka maternal terendah yaitu 420 per 100.000 kelahiran hidup. Depkes RI, 2008 Menurut studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten-Kota se Sumbar yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, didapat sebanyak 159 kematian ibu dari 75.018 kelahiran hidup. Sehingga AKI di Sumbar tahun 2007 adalah 211,9 per 100.000 kelahiran hidup dengan rasio kematian tertinggi di Kabupaten Solok sebanyak 449,2 yaitu 15 kematian ibu dari 3.339 bayi lahir hidup dan rasio terendah di Kabupaten Padang Panjang yaitu 0 dari 724 bayi lahir hidup, tidak ada ibu yang meninggal. SDKI, 2007; Ulvi, 2008

Secara umum, kematian ibu diakibatkan komplikasi obstetri terutama perdarahan, sepsis, abortus yang tidak aman, preeklampsia dan eklampsia, serta partus lama. Penyebab yang sama juga ditemukan di Indonesia, menurut Profil

Kesehatan Indonesia 2007 penyebab langsung kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh perdarahan, eklampsia, infeksi, partus lama dan keguguran dengan komplikasi. ^{Depkes RI, 2008; Hunt, UNFPA, 2003; UNICEF, 2004; Djaja, 2002; Ito, 2001; Tobing; Agustini; CDC, 2001}

Kematian ibu maternal telah menjadi perhatian dunia, dimana penurunan angka kematian ibu di negara berkembang sebanyak 75% pada tahun 2015 menjadi kesepakatan dunia yang tertuang dalam *Millenium Developments Goal*. Namun, sampai saat ini beberapa strategi yang telah dilakukan tidak memberikan perkembangan yang memuaskan. ^{Hunt, UNFPA, 2003; WHO, 2007; UNFPA < 2006; Canadian, 2004; Moelek, 2008.} Kenyataan ini menunjukkan bahwa penyelesaian masalah secara medis teknis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah tingginya mortalitas ibu. Ada faktor lain yang akan menyumbang keberhasilan intervensi medis. ^{Hasnah, 2003; Ito, 2001; Maas, 2004}

BAB II

KEMATIAN IBU

1. Definisi dan Konsep

Menurut *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*, 1992 (ICD X), WHO mendefinisikan kematian ibu sebagai kematian wanita pada saat hamil atau dalam kurun waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung umur kehamilan dan letak kehamilan di dalam atau di luar kandungan disebabkan oleh kehamilannya atau kondisi tubuh yang memburuk akibat kehamilan atau disebabkan oleh kesalahan dalam persalinan, tetapi tidak termasuk kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kelalaian. ^{UNFPA, 2003; WHO, 2007; UNICEF, 2004; CDC, 2001, Canadian, 2004; Data Statistik Indonesia, 2009}

Maternal Mortality Ratio (MMR) adalah jumlah kematian ibu selama periode tertentu per 100.000 kelahiran hidup pada periode yang sama. Sedangkan *Maternal Mortality Rate* adalah jumlah kematian ibu selama periode tertentu per 100.000 jumlah wanita usia reproduktif pada periode yang sama. ^{WHO, 2007}

Angka Kematian Ibu (AKI) bukan saja digunakan untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat tetapi juga menggambarkan tingkat akses, integritas dan efektifitas sektor kesehatan, status sosio ekonomi, kultural, serta pelayanan kesehatan secara umum, oleh karena itu AKI juga sering digunakan sebagai indikator tingkat kesejahteraan dari suatu negara. Semakin tinggi angka AKI berarti tingkat kesejahteraan masyarakat di wilayah atau negara tersebut dapat dikatakan masih rendah. Oleh karena itu faktor utama terjadinya kematian ibu sangat terkait dengan masih terbatasnya aksesibilitas dan mutu pelayanan terhadap ibu maternal serta faktor ekonomi sosial masyarakat. ^{UNFPA, 2003; WHO, 2007; Lingmei, 1988}

Informasi mengenai tingginya AKI akan bermanfaat untuk pengembangan program peningkatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas resiko tinggi (*Making Pregnancy Safer*), program

peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi. Data Statistik Indonesia, 2009

2. Angka Kejadian

Menurut laporan WHO diperkirakan di seluruh dunia terdapat sekitar 585.000 kematian ibu setiap tahun yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang sebagian besar sebenarnya dapat dicegah. Angka Kematian Ibu di dunia menurun dari 620 tahun 1955 menjadi 230/100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 1995, dan akhirnya diharapkan menjadi 140 kematian per 100.000 KH pada tahun 2025. Sebagian besar (95 %) dari kematian ibu tersebut terjadi di negara - negara berkembang. Ulvi, 2008

Angka kematian ibu di Indonesia saat ini masih tinggi, menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 – 2003, AKI di Indonesia mencapai 307/100.000 KH dari angka 390 berdasarkan laporan tahun 1994. Namun angka ini masih terlalu tinggi dibanding negara tetangga terdekat, bahkan masih tertinggi dibanding negara ASEAN lainnya. Di Inggris angka kematian ibu menurun dari 442 per 100.000 KH pada tahun 1928 menjadi 25 per 100.000 KH pada tahun 1970, sedangkan Malaysia mengalami penurunan angka kematian ibu yang cukup pesat dari 150 per 100.000 KH pada tahun 1970 menjadi 20 per 100.000 KH pada tahun 1996. Hal ini disebabkan oleh antara lain oleh pertumbuhan sosial ekonomi dan dukungan kebijakan pemerintah yang menyebabkan fasilitas kesehatan berfungsi secara baik. WHO, 2007; Ulvi, 2008

Menurut studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Sumbar dan Dinas Kesehatan Kab-Kota se-Sumbar yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, dari 90.000 kehamilan sepanjang tahun 2007 didapat sebanyak 159 kematian ibu dari 75.018 bayi lahir hidup, karena proses

kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga Angka kematian ibu di Sumbar tahun 2007 adalah 211,9 per 100.000 kelahiran hidup, dengan ratio kematian tertinggi di Kab Solok sebanyak 449,2 yaitu 15 kematian ibu dari 3.339 bayi lahir hidup dan ratio terendah di Kab Padang Panjang yaitu 0, dari 724 bayi lahir hidup tidak ada ibu yang meninggal. Sementara di Kota Padang sendiri ratio kematian sebesar 181,2 yaitu 22 kematian ibu dari 12.142 bayi lahir hidup. ^{Ulvi, 2008}

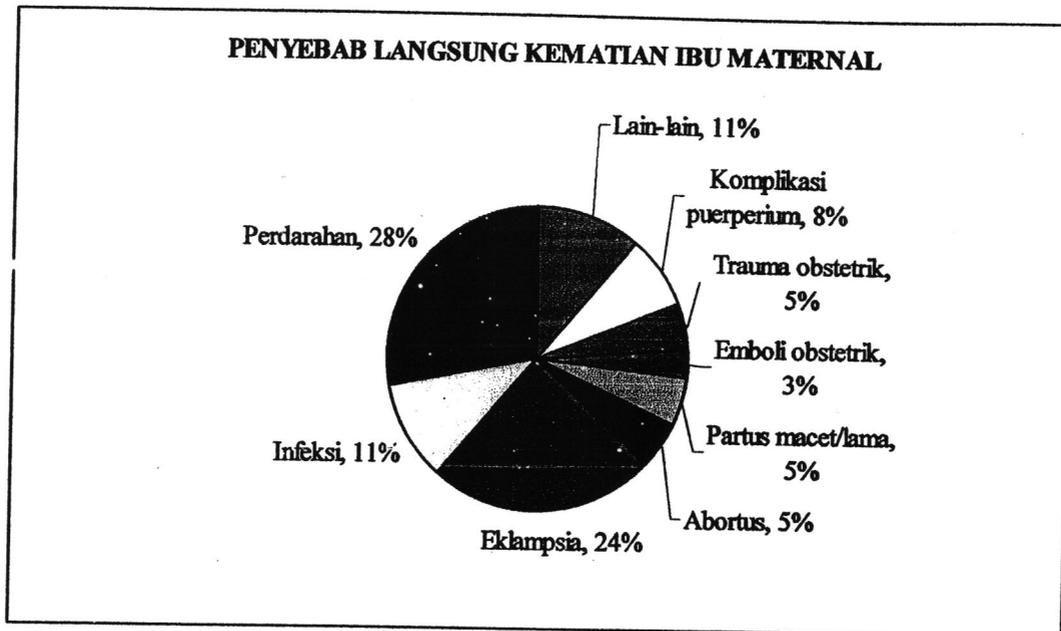
Tingginya AKI di Indonesia ini antara lain disebabkan oleh rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus obstetri. Walaupun cakupan persalinan oleh tenaga persalinan yang pada tahun 1999 meningkat menjadi 67 % dari 25 % pada tahun 1992, namun masih belum dapat menunjukkan penurunan AKI yang berarti. Bila target cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 80 % telah tercapai maka diperkirakan sepadan dengan penurunan AKI menjadi sekitar 200 per 100.000 KH. Selain itu, sekitar 70 % persalinan masih terjadi di rumah yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan sehingga bila membutuhkan rujukan segera dapat terhambat. ^{Djaja, 2002}

3. Penyebab Kematian Ibu

Hasil dari beberapa studi serta pengamatan atas peristiwa kematian ibu maternal, mengungkapkan bahwa penyebab utama kematian dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan. Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografi, serta perilaku budaya masyarakat. ^{Depkes RI, 2008}

3.1 Penyebab Langsung Kematian Ibu

Secara umum, sekitar 80% kematian ibu diakibatkan komplikasi obstetri terutama perdarahan, sepsis, abortus yang tidak aman, preeklampsia dan eklampsia, partus lama. ^{Hunt, UNFPA, 2003; Agustini, CDC, 2001; Azhari, 2002} Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia 2007, penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan, eklampsia, infeksi, partus lama atau macet, abortus (Gambar 1).



Gambar 1. Penyebab langsung kematian ibu maternal

a. Pendarahan

Pendarahan yang berlebihan saat melahirkan menjadi salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu. Pendarahan yang berhubungan dengan persalinan dan kehamilan lanjut dibedakan atas dua kelompok utama yaitu pendarahan antepartum dan pendarahan postpartum. Pendarahan antepartum, seringkali berhubungan dengan aborsi, terlepasnya plasenta secara premature, trauma, atau penyakit saluran kelamin bagian bawah. Pendarahan pasca melahirkan paling sering disebabkan gangguan kontraksi rahim, namun bisa juga disebabkan perlukaan jalan lahir dan gangguan mekanisme pembekuan darah. Penelitian di Papua Nugini menemukan bahwa kematian ibu yang disebabkan pendarahan postpartum, 17% pada ibu yang melahirkan untuk pertama kalinya, dibandingkan dengan 44% dari ibu yang telah melahirkan 4 kali atau lebih.

b. Preeklampsia – Eklampsia

Salah satu penyebab kematian perinatal adalah preeklampsia dan eklampsia. Sampai saat ini etiologi pasti dari preeklampsia/eklampsia belum diketahui. Ada beberapa teori yang dapat menjelaskan etiologi dari kelainan tersebut diatas sehingga kelainan ini sering dikenal sebagai *the diseases of theory*. Jika eklampsia tidak ditangani secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati, atau pendarahan otak. Wanita remaja pada kehamilan pertama dan wanita yang berusia diatas 35 tahun mempunyai risiko sangat tinggi. Semua status sosial mempunyai risiko yang sama, tetapi kelompok masyarakat yang miskin biasanya tidak mampu untuk membiayai perawatan kesehatan sebagaimana mestinya.

Angka kejadian preeklampsia dan eklampsia adalah 6 - 8% di antara seluruh wanita hamil. Di beberapa rumah sakit di Indonesia angka ini sangat bervariasi. Menurut laporan di beberapa rumah sakit di Indonesia, angka kejadian preeklampsia – eklampsia telah menggeser pendarahan dan infeksi sebagai penyebab utama kematian maternal. Roeshadi, 2006

c. Infeksi

Wanita cenderung mengalami infeksi saluran genital setelah persalinan dan abortus. Kuman penyebab infeksi dapat masuk ke dalam saluran genital dengan berbagai cara misalnya melalui penolong persalinan yang tangannya tidak bersih atau menggunakan instrumen yang kotor, atau si ibu sendiri yang dapat memindahkan organisme penyebab infeksi dari berbagai tempat, khususnya anus. Sepsis nifas merupakan salah satu penyebab kematian ibu di negara berkembang, dan juga tinggi pada abortus yang ilegal. Aborsi septik merupakan komplikasi aborsi ilegal yang paling fatal, juga dapat timbul sebagai akibat aborsi spontan yang tidak lengkap.

Royston, 1994

d. Persalinan macet

Insiden persalinan macet di berbagai negara sangat bervariasi, di negara-negara Asia Tenggara insiden berkisar 5,8% - 13,5% dari seluruh persalinan. Sebagian besar penyebab kasus penyebab persalinan macet adalah karena tulang panggul ibu terlalu sempit, atau gangguan penyakit sehingga tidak mudah dilintasi kepala bayi pada waktu bersalin. Cara utama untuk mengatasi kemacetan, yang sekaligus menyelamatkan ibu ataupun bayi yang dikandungnya adalah dengan melakukan operasi seksio sesarea. Jika persalinan macet tidak ditangani pada stadium dini, kemacetan dapat berlangsung selama berhari-hari dan dapat menimbulkan kematian ibu akibat infeksi dan kehabisan tenaga, serta kematian janin akibat infeksi, cedera lahir, dan asfiksia. ^{Royston, 1994}

e. Abortus

Aborsi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang belum teratasi sampai saat ini. Data dan lapangan menunjukkan bahwa ternyata sekitar 70-80% wanita yang meminta tindakan aborsi ilegal ternyata dalam status menikah, karena tidak menginginkan kehamilannya. Penyebab kehamilan yang tidak diinginkan antara lain meliputi kegagalan Keluarga Berencana (KB), alasan ekonomi, kehamilan di luar nikah atau kehamilan akibat perkosaan dan inses. Sering kali praktek aborsi ilegal ini merupakan praktek aborsi yang tidak aman, misalnya dengan memasukkan berbagai jenis benda yang tidak steril ke dalam vagina. Hal inilah yang menjadi penyebab terjadinya komplikasi abortus, terutama karena perdarahan dan sepsis, yang dapat berakhir dengan kematian ibu. ^{Azhari, 2002}

3.2 Penyebab Tidak Langsung Kematian Ibu

Penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografi, serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering/rapat) dan 3 Terlambat (Terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, terlambat mendapat pelayanan). (Tabel 1). ^{Depkes RI, 2008}

Tabel 1. Penyebab tidak langsung penyebab kematian ibu maternal

No.	Faktor risiko penyebab kematian ibu	%
1	Ibu hamil dengan anemia	51,0
2	Usia ibu terlalu muda (<20 tahun)	10,3
3	Usia ibu terlalu tua (>35 tahun)	11,0
4	Ibu terlalu banyak anak (>3-4 orang)	19,3
5	Kelahiran anak terlalu dekat jaraknya < 24 bulan	15,0
	< 36 bulan	36,0

Sumber : Profil kesehatan Indonesia 2007

3 (Tiga) Terlambat adalah kerangka untuk menjelaskan faktor sosial yang bertanggung jawab terhadap kematian ibu maternal, yaitu: Hasnah, 2003; Hunt; UNFPA, 2003; UNICEF, 2004; Ito, 2001; Agustini; Roeshadi, 2006

1. Terlambat pertama (*Delay in Decided to Seek Care*) adalah keterlambatan dalam memutuskan mencari pertolongan kasus komplikasi obstetri akibat terlambatnya mengenal adanya masalah, ketakutan terhadap pelayanan kesehatan (Puskesmas atau Rumah Sakit), karena alasan ekonomi dan tidak adanya orang yang harus membuat keputusan.
2. Terlambat kedua (*Delay in Reaching The Care Facility*) terjadi setelah keputusan mencari pertolongan kasus komplikasi dibuat yaitu keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan dan biasanya dengan alasan transportasi dan kondisi geografis seperti di desa pegunungan, pulau terpencil, jauh dari akses pelayanan dan rujukan serta di daratan rendah dengan sungai besar dan banjir besar di musim hujan, menyebabkan sulit untuk mencapai rujukan. Kondisi tersebut menyebabkan rumah sakit rujukan tidak dapat dicapai dalam waktu 2 jam, yaitu waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu yang mengalami pendarahan paskapersalinan. Rochjati, 2005 Di banyak daerah mempunyai pilihan-pilihan transportasi yang terbatas dan jalan yang buruk. Salah satu inovasi masyarakat untuk mengatasi masalah ini yaitu dengan mengembangkan dana transportasi masyarakat untuk ibu bersalin, tabungan ibu bersalin dan lain-lain.

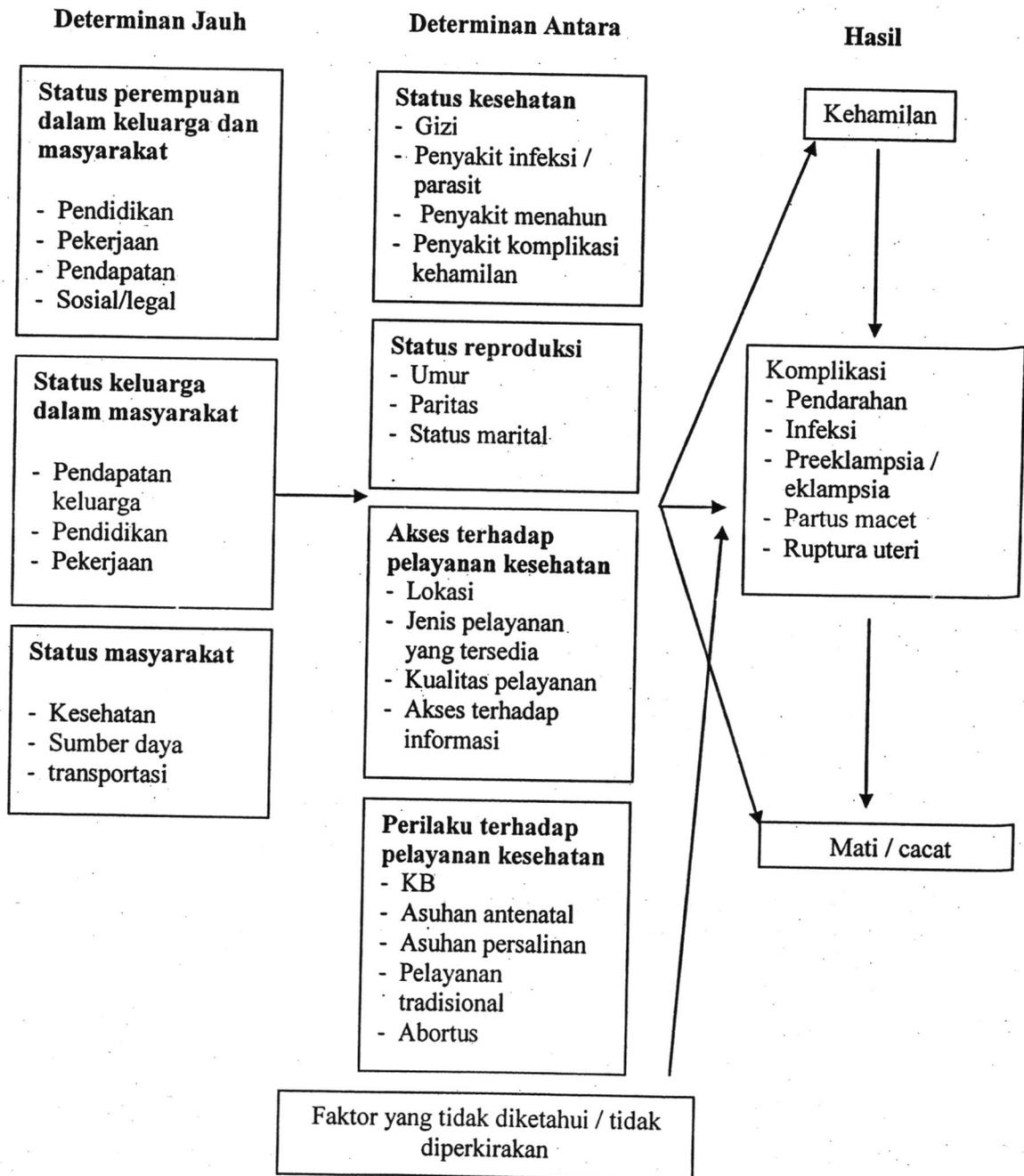
3. Terlambat Ketiga (*Delay in Obtaining Care at The Facility*) adalah keterlambatan penanganan di fasilitas kesehatan (rumah sakit). Ini adalah salah satu isu tragis pada kasus kematian ibu. Sering seorang wanita menunggu berjam-jam di pusat rujukan (rumah sakit) hanya karena pegawai yang malas, kebijakan pembiayaan kesehatan (asuransi), kesulitan darah, alat-alat kesehatan yang tidak cukup dan kamar operasi yang tidak memadai. Keterlambatan yang ketiga ini merupakan area dimana para perencana merasakan yang paling mungkin untuk diperbaiki. Fokus pada peningkatan pelayanan di pusat-pusat pelayanan yang ada adalah komponen utama dalam meningkatkan akses terhadap kegawatdaruratan obstetri.

Menurut Roeshadi, diduga angka kematian ibu yang tinggi ini erat hubungannya dengan :

- Status wanita Indonesia yang masing rendah. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya diskriminasi terutama dalam soal makanan dan pendidikan terhadap wanita, yang pada akhirnya akan menyebabkan keadaan gizi yang kurang memadai dan pendidikan yang tertinggal terutama pada wanita pedesaan.
- Pekerjaan wanita terutama di pedesaan yang terlalu berat dan tidak didukung oleh gizi yang cukup.
- Proses reproduksi yang berlangsung terlalu giat, terlalu dini, terlalu banyak dan terlalu rapat, dan umumnya semua ini berhubungan dengan kemiskinan, ketidaktahuan dan kebodohan.
- Pelayanan obstetri masih sangat terbatas cakupannya sehingga belum mampu menaggulangi ibu hamil resiko tinggi dan kasus gawat darurat pada lini terdepan.
- Disamping itu transportasi yang sulit, ketidakmampuan membayar pelayanan yang baik dan pantangan tertentu pada wanita hamil juga ikut berperan. Roeshadi, 2004

Komponen komponen dalam proses kematian ibu tersebut diatas, dipengaruhi oleh 5 determinan antara yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan dan faktor lain yang tidak diketahui.

Determinan antara ini dipengaruhi oleh determinan jauh yang digolongkan sebagai komponen sosioekonomi dan budaya. Saifuddin, 2005



Gambar 2. Kerangka analisis determinan kematian dan kesakitan ibu.

Determinan Jauh

Determinan jauh merupakan status wanita dalam keluarga dan masyarakat. Sebagai suatu konsep, status wanita sangat sulit ditelusuri karena meliputi aspek praktis, psikologis dan berbagai faktor yang saling berkaitan secara kompleks. Status seorang wanita biasanya dijelaskan dalam konteks penghasilan, pekerjaan, pendidikan, kesehatan dan kesuburan, juga peran mereka dalam keluarga, komunitas dan masyarakat. Status wanita juga meliputi persepsi masyarakat tentang peranan dan nilai yang diberikan pada wanita. ^{Royston, 1994}

a. Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi kesadaran terhadap pentingnya arti kesehatan sehingga mendorong permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Pendidikan yang rendah menyebabkan pengetahuan mereka tentang hal-hal ataupun resiko yang berhubungan dengan kehamilan persalinan dan nifas juga rendah. Rendahnya pendidikan di kalangan perempuan membuat mereka tidak mampu mengakses informasi khususnya yang berhubungan dengan kesehatan. ^{Permata, 2002} Studi yang dilakukan oleh Ulvi dkk pada tahun 2007, menunjukkan hampir 60% kematian ibu terjadi pada kelompok ibu berpendidikan rendah (SMP/kurang). ^{Depkes RI, 2008}

Pendidikan suami juga berhubungan dengan pemilihan penolong persalinan. Sebagian besar kehendak dan pendapat suami cenderung menjadi keputusan keluarga. Berkaitan dengan hal itu, pendidikan yang rendah ini akan mempengaruhi daya nalar dan wawasan suami. ^{Permata, 2002}

b. Pekerjaan

Faktor lain yang tak kalah pentingnya adalah jumlah jam kerja wanita dan jenis pekerjaan yang harus dilakukannya setiap hari yang sebagian besar tergantung pada keadaan ekonomi mereka. Selama “Dekade Wanita PBB” perhatian tercurah pada beban ganda yang hampir dialami oleh semua wanita dimana-mana. Sementara mereka membantu keluarganya dengan bekerja diluar rumah, pada saat yang

bersamaan mereka bertanggung jawab penuh mengurus rumah tangga dan mengasuh anak-anak. Beban kerja ganda tersebut sangat mengancam kesehatan wanita yang hamil dan menyusui, serta berpengaruh pada harapan ibu dan anak. ^{Royston, 1994}

c. Pendapatan

Pendapatan merupakan variabel yang sangat berperan dalam mengambil keputusan terhadap suatu masalah. Wibowo (1992) yang meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan antenatal menemukan bahwa pengeluaran keluarga per bulan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Salah satu alasan mengapa responden bersalin dengan pertolongan paraji adalah karena mereka tidak sanggup membayar biaya persalinan dengan bidan. ^{Permata, 2002}

d. Sosial dan budaya

Secara spesifik ditemukan bahwa di tempat yang angka kematian ibunya tinggi biasanya status sosial wanitanya rendah. Sejak kecil kebutuhan mereka sama sekali terabaikan atau mereka menempati posisi kedua setelah laki-laki. Aspek-aspek sosial seperti suami atau keluarga tidak mengetahui dan tidak tanggap terhadap kondisi ibu hamil yang berisiko. ^{Royston, 1994}

Determinan Antara

Determinan antara merupakan status kesehatan ibu, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku terhadap pelayanan kesehatan. Status kesehatan ibu antara lain gizi, penyakit infeksi, atau parasit, penyakit menahun dan riwayat komplikasi kehamilan. Status reproduksi meliputi umur, paritas dan status-status marital. Akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi lokasi, jenis pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, akses terhadap informasi. ^{Saifuddin, 2005}

a. Status Reproduksi

Perkawinan remaja selalu mencerminkan rendahnya status wanita juga merupakan tradisi sosial yang menopang tingginya tingkat kesuburan. Perkawinan

remaja yang umumnya lebih banyak ditemukan di daerah pedesaan daripada daerah perkotaan. Penyebabnya berkaitan erat dengan pandangan masyarakat tentang wanita ideal. Di daerah yang menganggap fungsi utama seorang wanita adalah sebagai istri dan ibu rumah tangga. ^{Royston, 1994}

Masih ada sekitar 18% ibu melahirkan pada usia <20 tahun dan >35 tahun. AKI pada kelompok ini masih sangat tinggi yaitu 471.4 per 100.000 kelahiran hidup. AKI pada kelompok ibu dengan paritas > 3, 2 1/2 kali lebih tinggi dibandingkan kematian pada ibu dengan paritas ≤ 3. ^{Ulvi, 2008}

b. Status Kesehatan

Seorang wanita yang mengalami hambatan pertumbuhan dan kelemahan karena malnutrisi, anemia dan kerja fisik yang lama dan berat setiap hari akan memulai proses kehamilannya dengan keadaan yang susah dan jika terjadi komplikasi maka peluang hidupnya kecil, meskipun dibantu oleh tenaga professional. ^{Royston, 1994}

Kejadian kekurangan gizi sering terlupakan dari penglihatan atau pengamatan biasa, akan tetapi secara perlahan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka kematian balita, serta rendahnya umur harapan hidup. Banyak masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap kesuburan wanita bersumber dari masa kanak-kanak. Jika anak perempuan tidak mendapatkan cukup protein, kalsium dan vitamin D, maka pertumbuhan tulang mereka akan terhambat dan secara tidak langsung akan mempertinggi risiko persalinan. Di Zaria, Nigeria Utara, diperkirakan sekitar 25% wanita usia subur mengalami hambatan pertumbuhan seperti itu. Wanita juga sangat dipengaruhi oleh banyak kebiasaan pantang makanan yang banyak berhubungan dengan kehamilan. ^{Ulvi, 2008}

c. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Setiap tahun terjadi sekitar 500.000 kematian ibu, disamping itu berjuta-juta wanita mengalami penyakit serius setelah melahirkan. Akan tetapi, lebih dari setengah persalinan di negara berkembang tidak ditolong oleh tenaga terlatih. Di Afrika, hanya 34% ibu-ibu yang dibantu petugas terlatih, sementara di Asia Selatan

dan Amerika Latin angka tersebut masing-masing 31% dan 64%. Wanita yang mendapat perawatan antenatal malah jauh lebih rendah lagi. Hal itu sebagian besar disebabkan oleh keterbatasan dana. Negara berkembang rata-rata hanya mengeluarkan 2% dari GNP nya untuk pelayanan kesehatan. ^{Saifuddin, 2005}

Tingginya AKI di Indonesia antara lain disebabkan oleh rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus obstetri. Selain itu, sekitar 70% persalinan masih terjadi di rumah, yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan. ^{Djaja, 2002} Pada sebagian besar negara berkembang tidak tersedia data dasar yang baik pada perencanaan kesehatan. Padahal efektifitas pelayanan kesehatan ditentukan oleh faktor-faktor berikut ini. Pertama, gambaran yang akurat tentang masalah kesehatan yang ada dalam masyarakat berikut kebutuhannya. Kedua, penghargaan terhadap faktor sosial, budaya dan ekonomi yang secara kompleks mempengaruhi pemanfaatan fasilitas kesehatan. ^{Saifuddin, 2005}

BAB III

USAHA PERCEPATAN PENURUNAN AKI DI INDONESIA

Berdasarkan kerangka analisis deteminan penyebab kematian ibu, upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan mengurangi kemungkinan hamil dengan upaya Keluarga Bencana, mengurangi kemungkinan perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan bersih dan aman, serta mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian dan kesakitan melalui Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar dan Komprehensif. Upaya ini yang dilandasi pada determinan antara dan determinan jauh dikenal sebagai Upaya *Safe Motherhood*. ^{Saifuddin, 2005}

WHO pada tahun 1999 memprakarsai *Making Pregnancy Safer* (MPS) dalam usaha menurunkan angka kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. MPS adalah komponen dari prakarsa *Safe Motherhood* yang sangat penting, dengan kunci :

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang optimal.
3. Setiap perempuan subur mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan (KB) dan penanganan komplikasi keguguran. ^{Djaja, 2002; Saifuddin, 2005}

Indonesia telah mencanangkan MPS sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010, sekaligus mendukung target internasional yang telah disepakati. Dengan demikian, tujuan global MPS adalah untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir sebagai berikut :

- Menurunkan angka kematian ibu sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI tahun 1990
- Menurunkan angka kematian bayi menjadi kurang dari 35/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. ^{Saifuddin, 2005}

Walaupun berbagai upaya telah dilaksanakan, angka kematian ibu di berbagai negara berkembang masih tetap tinggi atau penurunannya sangat lambat. ^{Hasnah, 2003; Saifuddin, 2005} *Safe Motherhood Technical Consultation* yang diadakan Colombo, 1997, mengidentifikasi beberapa penyebabnya sebagai berikut : ^{Saifuddin, 2005}

- Kurang jelasnya prioritas serta intervensi program *Safe Motherhood* yang kurang terarah dan kurang efektif.
- Kurangnya informasi tentang intervensi yang mempunyai dampak bermakna dan segera dalam menurunkan kematian ibu.
- Strategi *Safe Motherhood* kadang-kadang terlalu luas mulai dari meningkatkan status perempuan, memperbaiki undang-undang, memperluas pelayanan kesehatan maternal, dan memperluas pelayanan emergensi.
- Beberapa program yang khusus dalam pelayanan kesehatan maternal ternyata kurang efektif seperti pelatihan dukun.
- Tidak dilakukannya intervensi yang sebenarnya efektif seperti penanganan komplikasi aborsi karena masih dianggap sebagai isu yang sensitif.
- Tidak tersedianya panduan teknis atau program, kurikulum pelatihan dan sumberlain secara luas.
- Kurangnya komitmen politik dari penentu kebijakan.
- Kurangnya koordinasi dan komitmen diantara pemerintah dan lembaga donor.

Hingga saat ini sudah banyak program-program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan pada penanggulangan masalah-masalah kesehatan Ibu dan anak, terutama menitikberatkan pada penurunan angka kematian Ibu dan Anak. ^{Maas, 2004} Intervensi dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan teknologi sederhana dan sumber daya terbatas. Perdarahan post partum dicegah dengan mengobati anemia dalam kehamilan, penanganan aktif kala III dan pemberian obat-obatan. Infeksi dicegah dengan mempraktekkan kewaspadaan standar (persalinan bersih dan standar), aborsi tidak aman dicegah dengan asuhan paskakeguguran. ^{Azhari, 2002; Syaifudin, 2005}

Penanganan efektif komplikasi obstetrik bukan saja dapat mencegah kematian ibu tetapi juga dapat mencegah morbiditas. Misalnya rujukan yang tepat pada partus macet dapat mencegah fistula vesiko atau rektovaginal. Contoh lain intervensi gizi, menghentikan merokok atau konsumsi alkohol, vaksinasi rubella sebelum kehamilan pertama dan mengurangi beban fisik pada trimester ketiga kehamilan dapat mengurangi kesakitan ibu. ^{Syaifudin, 2005}

Intervensi yang dilakukan melalui bidang kesehatan mempunyai dampak langsung, sedangkan intervensi terhadap determinan penyebab kematian ibu lainnya mempunyai dampak menengah atau dampak jangka panjang. Kedua alternatif pendekatan tersebut tidak boleh dipandang terpisah, tetapi justru dipandang sebagai satu kesatuan yang utuh. ^{Royston, 1994; Saifuddin, 2005}

Peran Sektor Kesehatan pada Upaya *Safe Motherhood*.

Peran sektor kesehatan dalam upaya menurunkan kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir untuk menjamin tersedianya pelayanan obstetrineonatal esensial yang bermutu. Tersedianya tenaga kesehatan terlatih pada persalinan sangat penting untuk deteksi dini dan penanganan cepat-tepat komplikasi yang mungkin terjadi. Komplikasi pada persalinan kadang-kadang terjadi tanpa dapat diperkirakan sebelumnya. Dengan demikian, peran sektor kesehatan dalam upaya penurunan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir meliputi hal-hal sebagai berikut.

- KIE dan pelayanan Keluarga Berencana yang berfokus pada klien, termasuk pria dan remaja.
- Konseling kontrasepsi dan asuhan pasca keguguran.
- Asuhan ante dan postnatal yang lebih difokuskan pada *Birth Preparedness* dan *Complication readiness*. Asuhan postnatal mencakup pula dukungan dan konseling pemberian Air Susu Ibu (ASI), pencegahan /deteksi dini komplikasi, dan konseling kontrasepsi.
- Tersedianya tenaga kesehatan terlatih pada setiap persalinan, yang mampu menangani persalinan bersih dan aman, dan menangani komplikasi jika diperlukan.

- Pelayanan yang adekuat difasilitas rujukan, termasuk tersedianya fasilitas transfusi darah dan tindakan seksio sesaria.
- Tersedianya akses dari semua perempuan hamil terhadap fasilitas kesehatan tersebut, termasuk transportasi, faktor-faktor sosio-budaya, dan kemampuan si ibu untuk mengambil kesimpulan, faktor biaya, perilaku terhadap pelayanan kesehatan, dan lain-lain. Saifuddin, 2005

Peran Pelayanan Kesehatan Dalam Mencegah Kematian Ibu

Banyaknya faktor yang menyebabkan terjadinya kematian ibu memerlukan tindakan yang serentak dan terpadu dalam upaya menurunkan AKI. Sudah saatnya bertindak efektif mengingat sudah cukup banyak faktor risiko yang telah diketahui. United Nations Found of Population Activity (UNFPA) menjalankan 3 strategi utama untuk mencegah kematian dan kesakitan ibu maternal. Ketiga strategi ini sangat efektif jika diimplementasikan sebagai satu kesatuan, yaitu : keluarga berencana, pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih , akses pelayanan kesehatan kasus emergensi obstetri. UNFPA, 2003; UNFPA, 2006

Intervensi yang dilakukan dipandang dari aspek kebutuhan wanita pada berbagai tingkatan yang secara kronologis terjadi selama bertahun-tahun. Dimulai pada periode sebelum kehamilan, masa kehamilan dan persalinan, dan masa nifas termasuk keluarga berencana. Perawatan sebelum kehamilan dimulai bertahun-tahun sebelum kehamilan, misalnya pemberian gizi yang baik untuk anak perempuan, perhatian terhadap masalah kesehatan selama masa anak-anak, menjamin pemberian imunisasi secara lengkap. Pendidikan kesehatan di sekolah atau masyarakat yang direncanakan dengan baik, dapat berperan besar dalam memperbaiki kesehatan ibu. Pelayanan kesehatan selama kehamilan dan persalinan meliputi pelayanan kesehatan prenatal, dimana merupakan salah satu intervensi kesehatan yang sangat efektif untuk mencegah kematian dan kesakitan ibu. Royston, 1994

a. Asuhan Antenatal

Fungsi utama dari pelayanan prenatal yaitu :

- (1) promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktifitas pendidikan
- (2) melakukan skrining, identifikasi wanita dengan kehamilan risiko tinggi, dan merujuk jika perlu
- (3) memantau kesehatan selama kehamilan dalam usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

Skrining dilakukan bertujuan untuk mendeteksi wanita berisiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan agar dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Skrining merupakan prosedur tetap mengingat faktor risiko pada wanita hamil dapat ditemukan sepanjang periode kehamilan. Skrining dan sistem rujukan dapat secara efektif menyelamatkan ibu dan janin. Royston, 1994

Secara umum telah diamati bahwa mayoritas kematian akibat persalinan terjadi pada kasus-kasus yang tidak dilaporkan, yaitu kasus gawat darurat yang terjadi pada wanita yang sebelumnya tidak mendapatkan pelayanan kesehatan apapun. Pada suatu penelitian di Zaire Barat Laut tahun 1981-1983, dari 3.413 wanita yang bersalin di rumah sakit pedesaan ditemukan bahwa risiko kematian di kalangan ibu yang tidak mendapatkan perawatan prenatal meningkat 15 kali dibandingkan dengan wanita yang mendapatkan pelayanan kesehatan prenatal. Penelitian di Chili dalam menilai kualitas perawatan menemukan bahwa angka kematian ibu dan bayi prenatal yang tinggi berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan yang rendah. Saifuddin, 2005

Meskipun pelayanan kesehatan prenatal telah diberikan dengan baik, masih ada beberapa masalah yang dapat mengurangi efektivitas pelayanan, terutama jika dilakukan tanpa pengawasan. Masalah tersebut antara lain :

- Kurangnya tenaga perawat/bidan sehingga tugas tersebut diberikannya kepada asisten yang tidak terlatih secara memadai;

- Keterbatasan sarana transportasi, akibat fasilitas pelayanan yang jauh tidak dapat diawasi sebagaimana mestinya.
- Kurangnya peralatan dan obat-obatan yang penting di klinik. Termasuk peralatan antara lain hemoglobinometer untuk mendeteksi anemia, sfignomanometer untuk mengukur tekanan darah, timbangan untuk mengukur berat badan, dan alat laboratorium untuk memeriksa urin. Sedangkan yang termasuk obat adalah tablet fero sulfat atau toksoid tetanus;
- Kurang dimanfaatkannya fasilitas pelayanan yang ada oleh ibu hamil. Royston, 1994

Masalah utama lain adalah kegagalan sistem dalam memberikan pelayanan kesehatan perinatal yang memadai. Hal ini mempunyai implikasi yang serius karena jumlah kematian ibu dan cedera yang serius yang tidak seimbang umumnya terjadi di kalangan wanita yang datang ke rumah sakit dalam keadaan darurat dengan komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah. Royston, 1994

b. Asuhan Persalinan

Prinsip dasar pelayanan kesehatan ibu adalah bahwa setiap persalinan harus mendapat pertolongan petugas yang terlatih. Pelatihan dan pengembangan tenaga bidan ternyata masih jauh dari tujuan dasar. Solusi akan kondisi ini pelatihan dukun bayi (*TBA-Traditional Birth Attendant*) dan memasukkan mereka ke dalam sistem kesehatan nasional. Prosedur lain yang digunakan secara lebih luas dapat membantu mengendalikan beberapa penyebab kematian ibu, salah satunya adalah penggunaan partograf yang merekam kemajuan persalinan yang secara visual akan membantu dukun melakukan deteksi dini masalah yang mungkin terjadi, khususnya ketidakseimbangan kepala panggul. Hal ini sering kali dianggap sebagai bantuan yang sangat berharga bagi semua orang yang memberikan pertolongan persalinan. Royston, 1994

c. Pelayanan Tradisional

Pada sebahagian masyarakat, aspek budaya dan rohani dari kehamilan dan persalinan berpengaruh kuat terhadap perilaku. Salah satu alasan yang penting yang berhubungan dengan kerja sama antara dukun bayi dan pelayan kesehatan adalah

menjembatani kesenjangan antara dua budaya yang berbeda. Dalam 15-20 tahun terakhir sebagian besar usaha kerjasama antara pemerintah dengan WHO, UNFPA, dan United Nation For Children Found (UNICEF) berhubungan dengan penelitian dukun bayi, guna menyertakan mereka ke dalam sistem pelayanan kesehatan.

Persyaratan minimal dukun bayi untuk melakukan persalinan yang aman adalah : (a) tempat bersalin yang bersih; (b) tangan penolong yang bersih; (c) upaya pemotongan tali pusat yang bersih; (d) menjaga bayi tetap hangat segera setelah persalinan. Ajaran prinsip higienia sederhana yang dikenal dengan "tiga bersih" kepada dukun bayi di Cina tahun 1950-an banyak mengurangi jumlah kematian akibat sepsis nifas. ^{Royston, 1994}

d. Tenaga Kesehatan

Perluasan pelayanan kebidanan berarti mengalokasikan sebahagian besar sumber yang tersedia pada personil sesuai dengan fasilitas yang tersedia. Pedoman dasar adalah "setiap tindakan pelayanan kesehatan harus dilakukan oleh petugas terlatih yang mampu melakukan secara aman dan baik". Namun, untuk merealisasikannya amat sulit karena prosedur tertentu secara tradisional sudah menjadi wewenang tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Oleh karena itu, diperlukan antara lain : perencanaan yang seksama, perubahan latihan dasar (membina kerjasama dan melatih kembali petugas yang ada di lapangan), dan uraian tugas yang baru guna menerangkan kepada mereka tentang batas kewenangan dan tanggung jawab yang akan meningkatkan percaya diri dan inisiatif mereka. ^{Royston, 1994}

Keputusan tentang siapa yang sebaiknya melakukan apa, hendaknya diperhitungkan berdasarkan kebutuhan (*need*) atau keinginan (*demand*) untuk melakukan tindakan penyelamatan tertentu, serta peluang yang dimiliki pasien untuk menjangkau sistem pelayanan yang tersedia. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya konsep tentang tim kesehatan itu penting. Para petugas mulai dari ahli kebidanan atau dokter pada tingkat rujukan pertama sampai dengan petugas kesehatan atau dukun bayi di garis depan, harus bekerja sama dengan dukungan dan

pengawasan pada semua jalur. Misalnya, kerja tim dapat menjadi bagian kurikulum latihan berbagai petugas kesehatan, atau mahasiswa yang berasal dari pelatihan yang berbeda-beda dikumpulkan sebagai suatu tim pada waktu mengikuti praktek kerja di lapangan. ^{Royston, 1994}

Di negara berkembang menempatkan dokter untuk memberikan standar perawatan yang tinggi serta membatasi aktifitasnya hanya pada rumah sakit yang memiliki fasilitas yang baik, jelas merupakan pemborosan dan menimbulkan frustrasi. Tidak satupun teknologi mampu mengkompensasi kualitas perawatan yang jelek pada tingkat yang lebih rendah dan luas.

Hubungan antara pengawas dengan yang diawasi harus berdasarkan pada prinsip saling menghormati dan mempercayai sehingga berbagai masalah dapat dibahas secara terbuka. Para petugas diharapkan untuk tetap mempunyai kemauan belajar dari sejawat mereka yang lebih berpegalaman. Yang tidak kalah pentingnya adalah penghargaan para pengawas terhadap alur komando. Hendaknya mereka tidak melangkahi atasan para petugas dengan cara memberikan pelatihan langsung, terutama jika hal itu dapat menyebabkan pertentangan. ^{Royston, 1994}

e. Asuhan Postnatal

Aspek penting perawatan postnatal salah satunya adalah pengobatan dini sepsis nifas yang mungkin mampu menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya. Aspek lainnya adalah dorongan dan bantuan dalam memberikan ASI. Aspek ketiga yang perlu diperhatikan adalah melakukan pembahasan dengan ibu mengenai tenggang waktu yang diinginkan untuk hamil lagi. Pembahasan ini merupakan bagian dari penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Untuk dapat bermanfaat bagi ibu. Jika ibu menggunakan kontrasepsi, petugas kesehatan harus memberikan saran tentang metode yang tidak mengganggu pemberian ASI dan membantu untuk mendapatkan alat kontrasepsi yang diperlukan. ^{Royston, 1994}

f. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah program nasional yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan, kesejahteraan ibu, anak dan keluarga khususnya, serta bangsa pada umumnya. Program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi dilaksanakan untuk memenuhi hak-hak reproduksi sehingga keluarga dapat mengatur waktu, jumlah, jarak kelahiran anak secara ideal sesuai dengan keinginan atau tanpa unsur paksaan dari pihak manapun.

Tujuan umum dari program KB adalah menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesehatan ibu sehingga di dalam keluarganya akan berkembang Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Penyediaan alat kontrasepsi melalui program KB merupakan cara terbaik untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan juga aborsi yang mengiringinya. Saat ini, program keluarga berencana baru mencapai sebagian dari potensinya. Diharapkan ketersediaan fasilitas pelayanan dan penerimaan masyarakat terhadap program KB dapat memberikan sumbangan yang besar bagi kesehatan ibu. ^{Royston, 1994}

Dalam hal program keluarga berencana di negara berkembang, bagian yang amat mutlak adalah Komunikasi, Informasi, dan Edukasi, pelayanan kontrasepsi serta integrasi program keluarga berencana dalam pembangunan. Hal yang harus diupayakan dalam program keluarga berencana di negara-negara berkembang meliputi 3 hal, yaitu :

- Mengubah pola pikir, sikap dan perilaku
- Menyediakan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan
- Mengintegrasikan KB dalam pembangunan. ^{Surjaningrat, 2005}

Prioritas pelayanan keluarga berencana diberikan kepada pasangan usia subur yang istrinya mempunyai keadaan "4 Terlalu" dan pasangan yang baru melahirkan. ^{Djaja, 2002} Dengan mencegah kehamilan pada usia yang terlalu muda atau terlalu tua, dan menghindari kehamilan yang terlalu rapat, atau yang tidak diinginkan karena alasan apapun, akan mengurangi risiko kematian secara keseluruhan. Akan tetapi, program keluarga berencana tidak boleh dipandang sebagai pengganti pelayanan

kebidanan. Berdasarkan analisis terakhir, peranan keluarga berencana dalam menurunkan kematian ibu adalah membantu menciptakan kondisi yang sehat untuk melahirkan, serta mengurangi risiko kematian yang berhubungan dengan kehamilan. Hal itu semata-mata merupakan bagian dari suatu jawaban yang kompleks terhadap masalah yang kompleks pula.^{Royston, 1994; UNFPA, 2003}

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Penyebab kematian ibu sangat kompleks yaitu menyangkut aspek medis, sosial, ekonomi, demografi, dan budaya. Ditinjau dari aspek medis, penyebab yang paling dominan adalah penyebab obstetrik langsung seperti perdarahan, infeksi, preklampsia/eklampsia, persalinan lama, aborsi. Ditinjau dari aspek non medis penyebab kematian ibu terangkum dalam 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering/rapat) dan 3 Terlambat (Terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, terlambat mendapat pelayanan). 3 Terlambat adalah kerangka untuk menjelaskan faktor sosial yang bertanggung jawab terhadap kematian ibu maternal. Konsep ini membantu dalam mengintervensi dan mencegah kematian ibu di setiap tingkat.

Hingga saat ini sudah banyak program-program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan pada penanggulangan masalah-masalah kesehatan ibu. Namun selama dua dekade ini Angka Kematian Ibu (AKI) yang tidak menunjukkan penurunan yang berarti. Penyelesaian masalah secara medis teknis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah tingginya mortalitas ibu. Ada faktor lain yang akan menyumbang keberhasilan intervensi medis.

Tanpa informasi yang lebih baik tentang penyebab kematian ibu, ada risiko bahwa investasi pada sistem kesehatan yang dirancang untuk mengurangi mortalitas ibu tidak berhasil mendapatkan dampak yang bermakna.

2. Saran

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi angka kematian ibu.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

Penyebab kematian ibu sangat kompleks yaitu menyangkut aspek medis, sosial, ekonomi, demografi, dan budaya. Ditinjau dari aspek medis, penyebab yang paling dominan adalah penyebab obstetrik langsung seperti perdarahan, infeksi, preklampsia/eklampsia, persalinan lama, aborsi. Ditinjau dari aspek non medis penyebab kematian ibu terangkum dalam 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering/rapat) dan 3 Terlambat (Terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, terlambat mendapat pelayanan). 3 Terlambat adalah kerangka untuk menjelaskan faktor sosial yang bertanggung jawab terhadap kematian ibu maternal. Konsep ini membantu dalam mengintervensi dan mencegah kematian ibu di setiap tingkat.

Hingga saat ini sudah banyak program-program pembangunan kesehatan di Indonesia yang ditujukan pada penanggulangan masalah-masalah kesehatan ibu. Namun selama dua dekade ini Angka Kematian Ibu (AKI) yang tidak menunjukkan penurunan yang berarti. Penyelesaian masalah secara medis teknis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah tingginya mortalitas ibu. Ada faktor lain yang akan menyumbang keberhasilan intervensi medis.

Tanpa informasi yang lebih baik tentang penyebab kematian ibu, ada risiko bahwa investasi pada sistem kesehatan yang dirancang untuk mengurangi mortalitas ibu tidak berhasil mendapatkan dampak yang bermakna.

2. Saran

Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi angka kematian ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, Erni. Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah.
- Azhari. 2002. Masalah abortus dan reproduksi pada perempuan. Seminar kelahiran tidak diinginkan (aborsi) dalam kesejahteraan reproduksi remaja. Palembang.
- Canadian perinatal surveillans system. 2004. Spesial report on maternal mortality and severe morbidity in Canada.
- Center for Reproductive Rights. 2008. Broken promises human rights accountability, and maternal death in Nigeria. USA : Center for Reproductive Rights and women advocates research and documentation center.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2001. Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths From Identification and Review to Action.
- Cross Susan. 2007. Gender inequality & maternal death: The Gender Empowerment & Autonomy Index (GEAI). Beijing : Global Forum for health research.
- Data Statistik Indonesia. 2009. Indikator kematian ibu.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Profil Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta.
- Djaja S, Surjadi C, Susilawati C. 2002. Kebijakan Dalam Kesehatan Reproduksi. Jaringan Epidemiologi Nasional dan Ford Foundation. Jakarta
- Wiknjosastro H et al.1997. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. Hlm 281-301.
- Hasnah, Atik Triratnawati. 2003. Penelusuran kasus-kasus kegawatdaruratan obstetric yang berakibat kematian maternal Studi kasus di RSUD Purworejo, Jawa Tengah. Makara kesehatan 7(2). Hlm 38-47.
- Hunt Paul, Bueno Judith. Reducing Maternal Mortality The contribution of the right to the Highest attainable standard of health. University of Exsses.
- Ito Makoto. 2001. Kebijakan Kesehatan ibu dan anak di Indonesia Kasus Kematian Ibu Hamil di Sulawesi Selatan. Analisis Tahunan (II)3. Hlm 129-149.
- Lingmei Zhang, Hui D. 1988. Analisis of the cause of maternal death in China. Bulletin of World Health Organization 66(3), page 387-390.

- Maas LT, 2004. Kesehatan Ibu dan Anak: Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatanannya. www.usu-library.com
- Moelek, Farid Anfasa. 2008. Keluarga berencana dan upaya penurunan angka kematian ibu hamil/melahirkan (mental model: sistem pelayanan kesehatan terpadu dengan ujung tombak sub-sistem pelayanan kedokteran keluarga).
- Permata SP. 2002. Hubungan pendidikan, pengetahuan kesehatan maternal, dan dengan efektivitas gerakan sayang ibu (GSI) dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Jurnal Penelitian UNIB (VIII) 2. Hlm. 100-104.
- Rochjati Poedji. 2005. Sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Dalam Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Martaadisoebrata D, Sastrawinata S, Saifudin AB. Editor. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hlm 258-275.
- Roeshadi RH, 2004. Gangguan Dan Penyulit Pada Masa Kehamilan. www.usu-library.com
- Roeshadi RH, 2006. Upaya Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Ibu Pada Penderita Preeklamsia dan Eklamsia. www.usu-repository.com
- Royston E, Armstrong S. 1994. Pencegahan Kematian Ibu Hamil. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Saifuddin AB, Adrianzz G, Wiknjastro GH, Waspodo D. 2000. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. JNPK-KR-POGI dan YBPSP. Jakarta.
- Saifuddin AB. 2005. Upaya Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer. Dalam Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Martaadisoebrata D, Sastrawinata S, Saifudin AB. Editor. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hlm 221-242.
- Surjaningrat Suwardjono. 2005. Keluarga berencana dalam kesehatan reproduksi manusia. Dalam Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Martaadisoebrata D, Sastrawinata S, Saifudin AB. Editor. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hlm 199-220.
- Survei Dasar Kesehatan Indonesia. 2007.
- Tobing, Bonar L. Luaran Ibu dan Anak pada persalinan terdaftar dan tidak terdaftar di RSUP H. Adam Malik dan RS.Dr. Pirngadi Medan. www.usu-library.com

- Ulvi, Zul Agus, Djusar, Masrul, *et al.* 2008. Studi Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007 Faktor Determinan dan Masalahnya. Dinkes Provinsi Sumatera Barat dan Dinkes Kab Kota se Sumbar bekerja Sama dengan FK UNAND dan Poltekkes Padang.
- UNFPA. 2003. Maternal Mortality Update 2002 a Focus On Emergency Obstetric Care. New York : UNFPA.
- UNFPA. 2006. Maternal Mortality Update 2006, investing in Midwives and others with Midwifery Skill. New York : UNFPA,
- UNICEF. 2004. Surviving childbirth and pregnancy in south asia.
- WHO. 2005. The World Health Report 2005 Make Every Mother and Child Count. Geneva.
- WHO. 2007. Maternal Mortality in 2005. Switzerland : WHO Press