



**PENGARUH KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN
DI KOTA PADANG PADA TINGKAT PELAYANAN DASAR
YANG DIDAPATKAN IBU TERHADAP KEJADIAN KEMATIAN IBU
SELAMA TAHUN 2008**

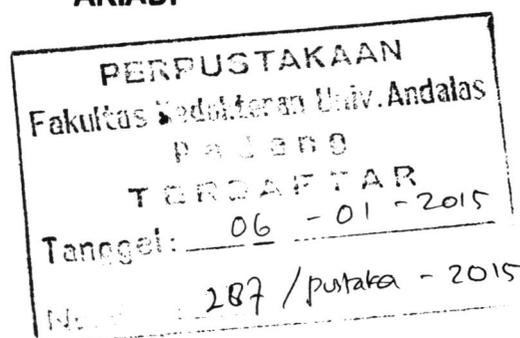


Universitas Andalas

PENELITIAN

OLEH :

ARIADI



**BAGIAN/SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
/RS Dr.M.DJAMIL PADANG
2010**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR SINGKATAN	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
E. Kerangka Pemikiran	4
F. Hipotesis Penelitian	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kematian Ibu.....	9
B. Usaha Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia.....	18
C. Kerangka Konseptual.....	28
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	29
B. Tempat dan Waktu Penelitian	29
C. Populasi dan Sampel.....	29
D. Teknik Pengambilan Sampel.....	29
E. Alat	30
F. Cara Kerja	30
G. Definisi Operasional	31
H. Alur Penelitian	34
I. Etika Penelitian	34

BAB IV. HASIL

A. Karakteristik Dasar.....	36
B. Karakteristik Kasus.....	36
1. Penyebab dan Periode Kematian Ibu.....	36
2. Pengaruh Faktor Risiko Umur dan Paritas Terhadap Kematian Ibu.....	38
3. Keterjangkauan Pelayanan Asuhan Antenatal Yang Didapatkan Ibu dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	40
4. Sistem Rujukan Dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	41
5. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	43
6. Pengaruh Tempat Persalinan terhadap Kematian Ibu.....	44
7. Pengaruh Jenis Tindakan Persalinan terhadap Kematian Ibu.....	45
8. Pengaruh Faktor Pembiayaan Terhadap Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Kebidanan.....	46
9. Pengaruh Jarak dan Waktu terhadap Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Kebidanan dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	47

BAB V. PEMBAHASAN

A. Penyebab dan Periode Kematian Ibu.....	49
B. Pengaruh Faktor Risiko Umur dan Paritas Terhadap Kematian Ibu.....	49

C. Keterjangkauan Pelayanan Asuhan Antenatal Yang Didapatkan Ibu dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	50
D. Sistem Rujukan Dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	51
E. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	53
F. Pengaruh Tempat Persalinan terhadap Kematian Ibu.....	53
G. Pengaruh Jenis Tindakan Persalinan terhadap Kematian Ibu.....	54
H. Pengaruh Faktor Pembiayaan terhadap Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Kebidanan.....	55
I. Pengaruh Jarak dan Waktu terhadap Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Kebidanan dan Hubungannya dengan Kematian Ibu.....	55

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrom</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
AMP	<i>Audit Maternal Perinatal</i>
ANC	<i>Ante Natal Care</i>
ART	Anggota Rumah Tangga
ASI	Air Susu Ibu
BPS	Bidan Praktek Swasta
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICD X	<i>International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision</i>
KB	Keluarga Berencana
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KRT	Kepala Rumah Tangga
KIE	Komunikasi Informasi Edukasi
K1	Kunjungan Pertama
K4	Kunjungan Keempat
LILA	Lingkar Lengan Atas
WHO	<i>World Health Organisation</i>
MPS	<i>Making Pregnancy Safer</i>
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
PONED/K	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar dan Komprehensif

P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
RT	Rumah Tangga
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Menengah Lanjutan Tingkat Atas
PT	Perguruan Tinggi
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TT	Tetanus Toksoid
UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi kelompok kasus berdasarkan tingkat pendidikan.....	35
Tabel 2. Distribusi kelompok kasus berdasarkan pekerjaan	36
Tabel 3. Karakteristik dasar kelompok kasus	36
Tabel 4. Distribusi kelompok kasus berdasarkan kelompok usia saat kehamilan.....	36
Tabel 5. Distribusi kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan kunjungan asuhan antenatal.....	37
Tabel 6. Rerata jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan kelompok teliti.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka analisis determinan kematian ibu.....	16
Gambar 2	Distribusi komplikasi kehamilan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.....	36
Gambar 3	Distribusi penyebab kematian pada kelompok kasus.....	37
Gambar 4	Distribusi periode kematian pada kelompok kasus.....	38
Gambar 5	Distribusi asuhan antenatal pada kelompok kasus dan kelompok kontrol	40
Gambar 6	Distribusi rujukan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.....	41
Gambar 7	Distribusi tempat kematian pada kelompok kasus.....	42
Gambar 8	Distribusi penolong persalinan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.....	43
Gambar 9	Distribusi tempat melahirkan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol!	44
Gambar 10	Distribusi jenis persalinan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol	45
Gambar 11	Distribusi model pembiayaan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Pengumpulan Data
- Lampiran 2 Naskah Penjelasan
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Penelitian
- Lampiran 4 Master Tabel

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan merupakan suatu indikator pencapaian hasil pembangunan suatu negara dengan salah satu indikator pembangunan kesehatan adalah angka kematian ibu. Angka kematian ibu (AKI) adalah indikator untuk menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, melahirkan dan nifas. ^{Hasnah, 2003; Depkes RI, 2008}

World Health Organisation (WHO) memperkirakan di seluruh dunia terdapat sekitar 585.000 kematian ibu setiap tahun yang sebagian besar dapat dicegah. Sekitar 95 % dari kematian ibu tersebut terjadi di negara - negara berkembang. Selain itu, estimasi ini harus dilihat dalam konsep fenomena gunung es seperti yang diungkapkan oleh WHO Regional Asia Tenggara (WHO-SEARO, 2000), bahwa angka nasional dari AKI hanya merupakan puncak dari gunung es karena kematian ibu seringkali tidak dilaporkan karena tidak adanya sistem pendataan yang memadai ataupun klasifikasi kematian yang salah. ^{Hasnah, 2003; UNFPA, 2003; Cross, 2007; WHO, 2007; CRR, 2008; Depkes RI, 2008} Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan rasio kematian ibu di Indonesia 290,8 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2005, namun demikian kondisi itu belum merubah status Indonesia sebagai negara dengan AKI tertinggi di Asia Tenggara. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65 dengan disparitas kematian ibu antar wilayah di Indonesia masih tinggi. ^{Depkes RI, 2008}

Menurut studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten-Kota se propinsi Sumatera Barat yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 2007, didapatkan 159 kematian ibu dari 75.018 bayi lahir hidup. Sehingga ratio kematian ibu di propinsi Sumatera Barat adalah 211,9 per 100.000 kelahiran hidup (KH) dan di kota Padang didapatkan ratio kematian sebesar 181,2 per 100.000 KH yaitu 22 kematian ibu dari 12.142 bayi lahir hidup. ^{Ulvi dkk, 2008} Berdasarkan data Dinas Kesehatan kota Padang tahun 2008, AKI di kota Padang tahun 2008 sebanyak 15 orang dari 19.658 bayi lahir hidup atau 95,5 per 100.000 KH. ^{Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008}

Seperti di banyak negara lainnya, penyelesaian masalah kesehatan di Indonesia seringkali terkendala dengan keterbatasan sumber daya bagi penyelenggaraan program kesehatan yang bermutu dan kondisi sosioekonomi yang rendah. Ketidakmampuan dalam menyediakan dan menjamin kualitas informasi atau data kesehatan yang diperlukan, membuat pengenalan masalah kesehatan menjadi terganggu, rumusan masalah menjadi kabur dan perencanaan program menjadi tidak akurat. Tidak jarang penyelenggara sistem kesehatan di suatu daerah berasumsi bahwa tidak terjadi banyak masalah kesehatan ibu di wilayah kerja mereka sehingga tidak banyak upaya atau program terkait yang dapat dilakukan. Hal ini juga disebabkan oleh pelaporan yang dibuat berdasarkan data yang tidak lengkap atau dibuat hanya untuk memenuhi kewajiban saja. ^{Adriaansz G (diakses dari : http://www.pkmi-online.com/download/Periode_Kritis_dan_Jenjang_Pelayanan_KIA-George.pdf)}

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. Penyebab kematian tidak langsung adalah akibat dari adanya penyakit sebelumnya atau berkembang selama kehamilan dan dipengaruhi secara fisiologis oleh kehamilan antara lain hepatitis, malaria, asma bronkial, tuberkulosis, anemia, penyakit jantung, *acquired immune deficiency syndrom (AIDS)*, tetanus dan infeksi. Sedangkan penyebab kematian pendukung yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan ibu terutama pelayanan kegawatdaruratan kebidanan. ^{Lawn J, et.al, 2002} Sebagian besar komplikasi tidak dapat diramalkan sebelumnya sehingga persiapan terhadap kemungkinan ini harus diantisipasi sedini mungkin. Departemen Kesehatan menyatakan bahwa penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah penyebab kematian pendukung yaitu keterjangkauan ibu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. ^{Depkes RI, 2008} Ada faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan intervensi medis yaitu pengambilan keputusan ibu atau anggota rumah tangga untuk mencari akses terhadap pelayanan kesehatan ibu di tingkat dasar yang memenuhi standar pelayanan kebidanan. Membuat keputusan secara tepat, menentukan tempat melahirkan, tenaga penolong dan seberapa cepat ibu dapat dirujuk ke fasilitas rujukan adalah kondisi yang sangat penting dalam menentukan

keberhasilan upaya penyelamatan ibu. Permata SP,2002; Adriaansz G (diakses dari : <http://www.pkmi-online.com/download/Periode Kritis dan Jenjang Pelayanan KIA-George.pdf>)

Kenyataan ini menunjukkan bahwa penyelesaian masalah secara medis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah kematian ibu. Pengaruh faktor-faktor pendukung yang berhubungan dengan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan ibu terutama pelayanan kegawatdaruratan kebidanan memengaruhi pelayanan kesehatan kebidanan di tingkat pelayanan dasar untuk menekan angka kematian ibu. Penelitian ini mencoba untuk melihat pengaruh faktor-faktor pendukung yang berhubungan dengan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan ibu di tingkat dasar yang memenuhi pelayanan kebidanan yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu selama tahun 2008.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Bagaimana pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu selama tahun 2008 ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu selama tahun 2008.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui penyebab dan periode kematian ibu.
- 2) Mengetahui pengaruh faktor risiko umur dan paritas terhadap kematian ibu.
- 3) Mengetahui keterjangkauan pelayanan asuhan antenatal yang didapatkan ibu dan hubungannya dengan kematian ibu.
- 4) Mengetahui adanya sistem rujukan dan hubungannya dengan kematian ibu.
- 5) Mengetahui cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan hubungannya dengan kematian ibu.
- 6) Mengetahui pengaruh tempat persalinan terhadap kematian ibu.
- 7) Mengetahui pengaruh jenis tindakan persalinan terhadap kematian ibu.
- 8) Mengetahui pengaruh faktor pembiayaan terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan.

- 9) Mengetahui pengaruh jarak dan waktu terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan dan hubungannya dengan kematian ibu.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Keilmuan

Diharapkan hasil penelitian ini menambah ilmu pengetahuan tentang upaya pengembangan pelayanan kesehatan kebidanan di tingkat pelayanan dasar.

2. Pelayanan

- Tersedianya data faktor-faktor pendukung yang berhubungan dengan keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu.
- Tersedianya informasi untuk perencanaan pemecahan masalah keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu.

E. KERANGKA PEMIKIRAN

Menurut *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision, 1992 (ICD X)*, WHO membagi penyebab kematian ibu menjadi 3 yaitu penyebab kematian langsung, penyebab kematian tidak langsung dan penyebab kematian pendukung. Rochjati, 2005; Roeshadi, 2006; WHO, 2007; Depkes RI, 2008

Penyebab langsung terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan. Penyebab kematian tidak langsung adalah akibat dari adanya penyakit sebelumnya atau berkembang selama kehamilan tapi dipengaruhi secara fisiologis oleh kehamilan. Djaya S,dkk (ed), 2002; WHO, 2007

Penyebab kematian pendukung yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan ibu terutama pelayanan kegawatdaruratan kebidanan. Departemen Kesehatan menyatakan bahwa penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah penyebab kematian pendukung yaitu terbatasnya keterjangkauan ibu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, mutu pelayanan dan sosial ekonomi. Depkes RI, 2008 Penyebab kematian

pendukung dinyatakan dengan model 3 keterlambatan yaitu : keterlambatan dalam memutuskan mencari pertolongan kasus komplikasi kebidanan, keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan biasanya dengan alasan dana, transportasi dan geografis yang sulit dan keterlambatan penanganan di fasilitas kesehatan. ^{WHO, 2007}

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 65 tahun 2005 tentang pedoman penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal, menetapkan standar pelayanan minimal bidang kesehatan kebidanan yang mencakup asuhan antenatal, asuhan persalinan dan asuhan nifas. ^{Depkes RI, 2004}

Fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat pelayanan dasar dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar di pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), puskesmas pembantu (Pustu), balai pengobatan (BP) dan bidan praktek swasta (BPS).
2. Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan pos pelayanan terpadu (Posyandu), pos kesehatan desa (Poskesdes), dan pondok bersalin desa (Polindes). ^{Soemantri S,dkk,2004}

Dari penelitian riset kesehatan daerah Sumatera Barat tahun 2007 didapatkan jenis pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang memanfaatkan polindes di propinsi Sumatera Barat untuk pemeriksaan kehamilan : 15,0%, pemeriksaan nifas : 4,7% sedangkan di kota Padang adalah pemeriksaan kehamilan : 21 % dan pemeriksaan nifas : 3,3 %. ^{BPPK Depkes RI,2007}

Keterjangkauan pelayanan kebidanan dari segi jarak di propinsi Sumatera Barat persentase terbesar 50,5% adalah untuk jarak rumah tangga 1-5 km ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan sedangkan kota Padang jarak rumah tangga 1-5 km ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan 57,2 %. Dari segi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan terlihat bahwa 73,3% penduduk di propinsi Sumatera Barat dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu < 15 menit. Sedangkan kota Padang dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu < 15 menit juga 73,3 %. ^{BPPK Depkes RI,2007} Pemanfaatan pelayanan polindes 34,0% rumah tangga (RT) di propinsi Sumatera Barat telah memanfaatkan keberadaan polindes, sedangkan di kota Padang pemanfaatan pelayanan polindes 19 % RT telah memanfaatkan keberadaan polindes. ^{BPPK Depkes RI,2007}

Dalam hal keterjangkauan jarak ke fasilitas pelayanan kebidanan UKBM meliputi posyandu, poskesdes, dan polindes. Untuk jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan 75,6% RT di propinsi Sumatera Barat berjarak < 1 km sedangkan jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan < 1 km di Kota Padang adalah 81,2 %. Persentase RT di Propinsi Sumatera Barat telah memanfaatkan posyandu 28,5 % , sedangkan RT yang telah memanfaatkan posyandu kota Padang 23,4 %.

BPPK Depkes RI,2007

Kota Padang secara geografis terletak di pantai barat Sumatera dengan luas wilayah 694,96 Km². Secara geografis Kota Padang merupakan perpaduan dataran rendah dan perbukitan serta aliran sungai dan pulau – pulau. Secara administrasi Pemerintah Kota Padang terdiri dari 11 kecamatan dan 104 kelurahan. Kota Padang sebelah utara berbatasan dengan kabupaten Padang Pariaman, sebelah selatan berbatasan dengan kabupaten Pesisir Selatan, sebelah timur berbatasan dengan kabupaten Solok, sebelah barat berbatasan dengan samudera Indonesia.

Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Berdasarkan Badan Pusat Statistik kota Padang tahun 2008, jumlah penduduk Kota Padang sebanyak 838.190 jiwa dengan perempuan 421.248 jiwa dan laju pertumbuhan penduduk 2,09 % per tahun. Terdapat 38.099 RT miskin. Tingkat pendidikan terbanyak adalah sekolah lanjutan tingkat atas (SLTA) 10.021 jiwa. Sebagian besar penduduk bekerja di bidang perdagangan sebanyak 32,69 % dan 22,57 % di sektor jasa. Jumlah tenaga medis di tingkat pelayanan kesehatan dasar adalah 110 orang dokter, 312 orang bidan dan 215 orang perawat.

Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Fasilitas pelayanan kesehatan pada tingkat pelayanan kesehatan dasar terdapat 20 buah puskesmas yang terletak pada 11 kecamatan. Puskesmas didukung 60 buah puskesmas pembantu (pustu) serta puskesmas keliling (pusling) roda 4 berjumlah 20 unit dan roda 2 sebanyak 88 unit.

Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Sarana kesehatan lainnya adalah : rumah sakit umum daerah 1 buah, rumah sakit swasta 22 buah, rumah sakit pemerintah 4 buah, balai pengobatan 42 buah, bidan praktek swasta 370 orang, dokter umum praktek 177 orang, dokter spesialis 188 orang, rumah bersalin 39 buah, rumah sakit bersalin 9 buah.

Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Tahun 2008 jumlah ibu hamil 19,658 orang dengan angka kematian ibu 15 orang / 15.693 kelahiran hidup atau 95,5 per 100.000 kelahiran hidup. Cakupan K1 97,9 % dan K4 88,02 %, deteksi ibu hamil resiko tinggi 16,1 %, ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk 99,5 %, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan 67,59 %. Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Posyandu berjumlah 845 buah yang tersebar di 104 kelurahan dengan tingkat kemandirian, posyandu purnama 504 buah dengan persentase cakupan 60 % dan posyandu mandiri 95 buah dengan jumlah kader lebih kurang 3376 orang. Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Keterjangkauan pelayanan kesehatan mempunyai hubungan kuat dengan kematian ibu, makin tinggi proporsi masyarakat yang sulit ke pelayanan kesehatan makin tinggi AKI. Tingginya kematian ibu juga disebabkan oleh timbulnya komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang tidak segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Keterjangkauan pelayanan kesehatan juga berhubungan dengan beberapa faktor penentu jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, serta ekonomi. Kenyataan ini menunjukkan bahwa penyelesaian masalah secara medis bukan merupakan jaminan penyelesaian masalah tingginya kematian ibu.

F. HIPOTESIS PENELITIAN

Terdapat pengaruh pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. 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 perempuan 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 yang 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. CDCP,2001 ;UNFPA,2003; UNICEF,2004; Depkes RI,2004; WHO, 2007

AKI bukan saja digunakan untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat tetapi juga menggambarkan tingkat keterjangkauan, integritas dan efektifitas sektor kesehatan, status sosioekonomi dan budaya serta kualitas pelayanan kesehatan secara umum. AKI juga digunakan sebagai indikator tingkat kesejahteraan dari suatu negara. Lingmei, 1988; UNFPA, 2003; WHO, 2007

2. Angka Kejadian

WHO memperkirakan di dunia terdapat sekitar 585.000 kematian ibu setiap tahun yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. AKI di dunia menurun dari 620 per 100.000 KH tahun 1955 menjadi 230 per 100.000 KH pada tahun 1995 dan

diharapkan menjadi 140 kematian per 100.000 KH pada tahun 2025.

WHO, 2007

Sembilan puluh lima persen kematian ibu tersebut terjadi di negara berkembang. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 – 2003, AKI di Indonesia 307 per 100.000 KH dari angka 390 per 100.000 KH pada tahun 1994 namun angka ini masih tertinggi di Asia Tenggara. ^{WHO, 2007; Ulvi,dkk,2008}

Menurut studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat (Sumbar) dan Dinas Kesehatan Kab-Kota se-Sumbar yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, dari 90.000 kehamilan sepanjang tahun 2007 didapatkan 159 kematian ibu dari 75.018 bayi lahir hidup, karena proses kehamilan, persalinan dan nifas. Sehingga AKI di Sumbar tahun 2007 adalah 211,9 per 100.000 KH. ^{Ulvi,dkk,2008}

Tingginya AKI di Indonesia ini antara lain disebabkan oleh rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus komplikasi kebidanan. Walaupun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 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. ^{Djaya S,dkk (ed), 2002}

3. Faktor Resiko

Faktor utama terjadinya kematian ibu sangat terkait dengan masih terbatasnya keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan

terhadap ibu maternal serta faktor sosial, ekonomi dan budaya masyarakat. ^{Lingmei, 1988; UNFPA, 2003; WHO, 2007}

Berdasarkan tingkat resikonya, persalinan dibagi menjadi 2 kategori yaitu kategori ibu berisiko tinggi adalah semua primigravida, berumur 30 tahun atau lebih, dengan 5 anak atau lebih, riwayat komplikasi medis, riwayat mengalami persalinan *still birth* atau *neonatal death* dan dengan komplikasi medis pada kehamilan sekarang. Sedangkan kategori ibu berisiko rendah adalah berumur di bawah 30 tahun, riwayat kesehatan normal, kehamilan yang kedua, ketiga atau keempat, tidak ada riwayat komplikasi medis dan tidak ada komplikasi medis pada kehamilan sekarang. ^{Lawn J et.all,2002; Tobing LB (diakses dari: <http://www.library.usu.ac.id/download/fk/obstetri-bonar.pdf>)}

Sebagian besar komplikasi tidak dapat diramalkan sebelumnya sehingga persiapan terhadap kemungkinan ini harus diantisipasi sedini mungkin. Membuat keputusan secara tepat, menentukan tempat melahirkan, tenaga penolong dan seberapa cepat dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan merupakan kondisi yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan upaya penyelamatan ibu. ^{Permata SP,2002; Adriaansz G (diakses dari : [http://www.pkmi-online.com/download/Periode Kritis dan Jenjang Pelayanan KIA-George.pdf](http://www.pkmi-online.com/download/Periode_Kritis_dan_Jenjang_Pelayanan_KIA-George.pdf))}

Kondisi ini dipengaruhi informasi yang diberikan kepada ibu dan keluarga yang jika informasi terbatas hanya kepada ibu dan bersifat umum sehingga kurang terkait dengan anggota rumah tangga lainnya pada keadaan kritis akan timbul keterlambatan dalam pengambilan keputusan karena bukan hanya ibu yang berperan memutuskan untuk mencari pertolongan tetapi juga seluruh anggota rumah tangga. ^{Permata SP,2002; Lawn J et.all, 2002}

Ketiadaan dana dan keterlambatan transportasi mencapai fasilitas kesehatan juga mempengaruhi. Kemiskinan akan membuat ibu hamil menjadi rentan terhadap risiko gangguan gizi dan upaya mencari pertolongan bila hal tersebut diperlukan, risiko untuk terjadinya penyulit dan hambatan jangkauan terhadap pertolongan yang adekuat adalah 10 kali lebih besar pada kelompok sosioekonomi rendah dibandingkan dengan kelompok sosioekonomi yang cukup. Walaupun periode kritis dan tanda bahaya kehamilan dapat dikenali tapi tanpa keterjangkauan dana maka upaya penyelamatan ibu akan menghadapi kegagalan. Semua status sosial mempunyai risiko yang sama, tetapi kelompok masyarakat yang miskin biasanya tidak mampu untuk membiayai perawatan kesehatan sebagaimana mestinya. Lebih dari setengah persalinan di negara berkembang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan yang sebagian besar disebabkan oleh keterbatasan dana. Negara berkembang rata-rata hanya mengeluarkan 2% dari *Gross National Product* (GNP) untuk pelayanan kesehatan.^{Permata SP,2002; Saifuddin,2005; Roeshadi,2006; Adriaansz G (diakses dari : [http://www.pkmi-online.com/download/Periode Kritis dan Jenjang Pelayanan KIA-George.pdf](http://www.pkmi-online.com/download/Periode_Kritis_dan_Jenjang_Pelayanan_KIA-George.pdf))}

Pernikahan usia dini berdampak pada peningkatan jumlah ibu melahirkan di usia yang sangat muda yang pada akhirnya meningkatkan risiko kematian ibu. Sekitar 18% ibu melahirkan pada usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun. Kehamilan usia dibawah 20 tahun berisiko kematian ibu 2 sampai 4 kali lebih tinggi dibandingkan ibu hamil usia 20 tahun sampai 35 tahun. AKI pada kelompok ini tinggi yaitu 471,4 per 100.000 KH. AKI pada kelompok ibu dengan paritas lebih dari 3 anak hampir 3 kali lebih tinggi dibandingkan ibu dengan paritas kurang dari 3 anak.^{Permata SP,2002; Roeshadi,2006; BPPK Depkes RI,2007; Ulvi,dkk,2008}

4. Penyebab

Menurut *International Statistic Related Health Problem Tenth Revi* penyebab kematian ibu menjadi 3

sakit di
telah
ak

- 1) Penyebab kematian langsung (*direct obstetric*)
- 2) Penyebab kematian tidak langsung (*indirect obstetric cause*)
- 3) Penyebab kematian pendukung (*contributing factors of death*)^{Rochjau,}
2005; Roeshadi, 2006; WHO, 2007; Depkes RI, 2008

Penyebab langsung terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 80 % penyebab langsung kematian ibu diakibatkan komplikasi kebidanan karena perdarahan, sepsis, abortus yang tidak aman / *unsafe abortion*, preeklampsia dan eklampsia serta partus lama. WHO tahun 1994 memperkirakan di seluruh dunia ada 20 juta kejadian aborsi tidak aman terjadi setiap tahunnya dan 95% terjadi di negara berkembang.^{CDCP,2001;Azhari,2002;UNFPA,2003; Agustini,2005; WHO, 2007} Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2007, penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 28 %, eklampsia 24 %, infeksi 11 %, partus lama 5 %, abortus 5 %, komplikasi nifas 8 % dan penyebab lainnya 19 %.^{Depkes RI, 2008}

Pendarahan yang berhubungan dengan persalinan dan kehamilan lanjut dibedakan atas dua kelompok utama yaitu pendarahan antepartum dan pendarahan postpartum. Pendarahan antepartum, seringkali berhubungan dengan abortus, terlepasnya plasenta secara prematur dan trauma. Pendarahan pasca melahirkan seringkali disebabkan gangguan kontraksi rahim, perlukaan jalan lahir dan gangguan pembekuan darah.^{Roeshadi, 2006}

Angka kejadian preeklampsia dan eklampsia adalah 6 - 8% di antara seluruh ibu hamil. Di beberapa rumah sakit di Indonesia angka

ini sangat bervariasi. Menurut laporan di beberapa rumah sakit di Indonesia, angka kejadian preeklampsia dan eklampsia telah menggeser pendarahan dan infeksi sebagai penyebab terbanyak kematian ibu. ^{Roeshadi, 2006}

Infeksi dapat terjadi melalui pertolongan persalinan yang tidak bersih atau kebiasaan ibu sendiri yang dapat memindahkan organisme penyebab infeksi dari berbagai tempat, khususnya dari anus ke genitalia. Sepsis nifas merupakan salah satu penyebab kematian ibu di negara berkembang, dan juga tinggi pada tindakan abortus yang tidak aman. Sepsis pada abortus merupakan komplikasi abortus yang tidak aman paling fatal dan juga dapat timbul sebagai akibat abortus spontan yang tidak lengkap. ^{Royston (ed), 1994}

Penyebab kehamilan yang tidak diinginkan meliputi kegagalan keluarga berencana (KB), alasan ekonomi, kehamilan di luar nikah atau kehamilan akibat perkosaan dan inses. Ternyata 70 % sampai 80% wanita yang meminta tindakan abortus berstatus menikah. Tindakan abortus yang tidak aman menjadi penyebab terjadinya komplikasi abortus, terutama perdarahan dan sepsis yang dapat berakhir dengan kematian ibu. ^{Azhari, 2002}. WHO tahun 1994 memperkirakan di seluruh dunia ada 20 juta kejadian abortus tidak aman terjadi setiap tahunnya dan 95% terjadi di negara berkembang. ^{Djaya S dkk (ed), 2002}

Insiden partus lama di berbagai negara sangat bervariasi, di negara-negara Asia Tenggara insiden berkisar 5,8% - 13,5% dari seluruh persalinan. Kemacetan persalinan dapat berlangsung sehari-hari dan dapat menimbulkan kematian ibu akibat infeksi dan kehabisan tenaga. ^{Royston (ed), 1994}

Penyebab kematian tidak langsung adalah akibat dari adanya penyakit sebelumnya atau bertambah beratnya penyakit tersebut selama kehamilan. Penyebab kematian tak langsung antara lain

penyakit hepatitis, malaria, asma bronkial, tuberkulosis, anemia, penyakit jantung, *acquired immune deficiency syndrom (AIDS)*, tetanus dan infeksi. ^{Depkes RI, 2008}

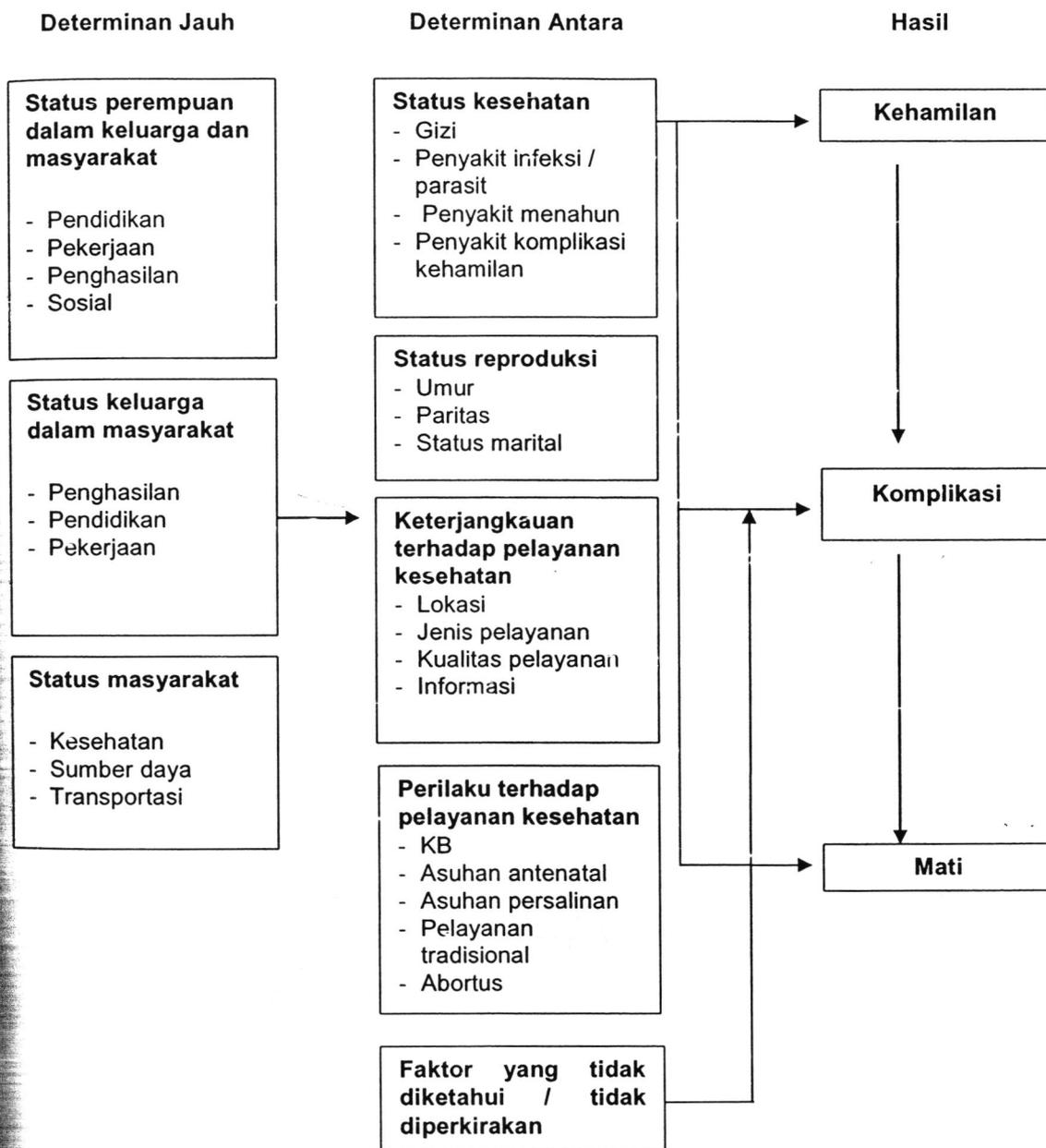
Penyebab kematian pendukung yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan ketersediaan dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan ibu terutama pelayanan kegawatdaruratan kebidanan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah penyebab kematian pendukung yaitu terbatasnya keterjangkauan ibu terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, permasalahan mutu pelayanan kesehatan dan kondisi sosial ekonomi budaya masyarakat. ^{Depkes RI,}

²⁰⁰⁸ Penyebab kematian pendukung dinyatakan dengan model 3 keterlambatan / *the three of delays modei*. Tiga terlambat adalah kerangka untuk menjelaskan faktor diluar masalah medis yang bertanggung jawab terhadap kematian ibu, yaitu:

1. Terlambat dalam memutuskan mencari pertolongan kasus komplikasi kebidanan akibat terlambatnya mengenal adanya masalah, ketakutan terhadap pusat pelayanan kesehatan, alasan ekonomi dan karena tidak adanya orang yang harus membuat keputusan.
2. Terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan karena alasan transportasi dan kondisi geografis yang sulit. Kondisi tersebut menyebabkan rumah sakit rujukan tidak dapat dicapai dalam waktu 2 jam, yaitu waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu yang mengalami pendarahan.
3. Terlambat dalam penanganan di fasilitas kesehatan. Ini adalah salah satu isu tragis pada kasus kematian ibu. Sering seorang ibu menunggu berjam-jam di pusat rujukan kesehatan hanya karena pegawai yang malas, kebijakan pembiayaan kesehatan, kesulitan persediaan darah, alat-alat kesehatan yang tidak cukup dan kamar

operasi yang tidak memadai. Keterlambatan yang merupakan area yang paling mudah untuk diperbaiki karena peningkatan mutu pelayanan kesehatan di pusat pelayanan kesehatan adalah komponen utama dalam meningkatkan keterjangkauan terhadap kegawatdaruratan kebidanan. Ito, 2001; Hasnah, 2003; UNFPA, 2003; UNICEF, 2004; Agustini, 2005; Rochjati, 2005; Roeshadi, 2006; WHO, 2007; Depkes RI, 2008

Komponen komponen dalam proses kematian ibu tersebut dipengaruhi oleh 2 determinan yaitu determinan antara yang dipengaruhi oleh determinan jauh. Saifuddin, 2005; Agustini, 2005; Roeshadi, 2006



Gambar 1. Kerangka analisis determinan kematian ibu (Sumber : Upaya *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* dalam Bunga Rampai *Obstetri dan Ginekologi Sosial*, 2005).

Determinan
dan masyarakat
sulit ditelusur
yang salin
biasanya
pendiri
dan masyarakat
peranan dan nilai
2005; Roeshadi, 2006

di
dan tidak
orang perempuan
maham karena
rat setiap hari
ng sulit dan
ya kecil,
08

Tingkat pendidikan .
pentingnya kesehatan sehingga n.
pelayanan kesehatan. Pendidikan yang re.
pengetahuan tentang resiko yang berhubungan
persalinan dan nifas. ^{Permata,2002} Studi yang dilakukan
tahun 2007, menunjukkan hampir 60% kematian ibu terjal.
kelompok ibu berpendidikan rendah. Karena sebagian besar pendapat.
suami cenderung menjadi keputusan keluarga maka pendidikan suami
yang rendah akan mempengaruhi wawasan suami dalam pemilihan
penolong persalinan. ^{Permata, 2002; Ulvi,dkk,2008}

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

Faktor lain adalah jumlah jam kerja perempuan dan jenis
pekerjaan yang harus dilakukannya setiap hari yang sebagian besar
tergantung pada keadaan ekonomi keluarga. ^{Royston (ed),1994}

Secara spesifik ditemukan bahwa di kematian ibunya tinggi biasanya status sosial pe... sehingga suami atau keluarga tidak mengetahui dan tidak terhadap kondisi ibu hamil yang berisiko tinggi. Seorang perempuan yang mengalami hambatan pertumbuhan dan kelemahan karena malnutrisi, anemia dan pekerjaan fisik yang lama dan berat setiap hari akan memulai proses kehamilannya dengan keadaan yang sulit dan jika terjadi komplikasi kebidanan maka peluang hidupnya kecil, meskipun dibantu oleh tenaga kesehatan. Royston (ed),1994; Ulvi, dkk,2008

Tingginya AKI di Indonesia antara lain disebabkan oleh rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan rendahnya cakupan penanganan kasus komplikasi kebidanan oleh tenaga kesehatan. Sekitar 70% persalinan masih terjadi di rumah yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan. Djaya S,dkk (ed), 2002 Pada sebagian besar negara berkembang tidak tersedia data dasar yang baik untuk perencanaan program kesehatan, padahal efektifitas pelayanan kesehatan ditentukan oleh faktor gambaran yang akurat tentang masalah kesehatan yang ada dalam masyarakat berikut kebutuhannya dan faktor penghargaan terhadap faktor sosial, ekonomi dan budaya yang secara kompleks mempengaruhi pemanfaatan fasilitas kesehatan. Rochjati, 2005; Saifuddin, 2005; Roeshadi, 2006

B. USAHA PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DI INDONESIA

Berdasarkan kerangka analisis deteminan penyebab kematian ibu, upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan mengurangi kemungkinan hamil dengan upaya KB, mengurangi kemungkinan ibu 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
Esensial Dasar dan Komprehensif
pada determinan antara dan
Motherhood.^{Agustini, 2005; Rochjati}

dan gawatdarurat

dan ternyata

WHO pada tahun
(MPS) sebagai komprehensif
angka kematian ibu akibat
dengan kunci :

nganan

if.

m

- Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan.
- Setiap komplikasi kebidanan dan neonatal mendapat penanganan optimal.
- Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi abortus.^{Djaya S,dkk (ed), 2002; Saifuddin, 2005}

Indonesia telah mencanangkan MPS sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010, sekaligus mendukung target internasional yang telah disepakati dengan tujuan global MPS adalah untuk menurunkan AKI sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI tahun 1990.^{Agustini,2005; Rochjati,2005; Saifuddin,2005; Roeshadi,2006}

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 :

- Kurang jelasnya prioritas serta intervensi program *Safe Motherhood*.
- Kurangnya informasi tentang intervensi yang mempunyai dampak bermakna dalam menurunkan kematian ibu.
- Strategi *Safe Motherhood* terlalu luas mulai dari meningkatkan status perempuan, memperbaiki undang-undang, memperluas pelayanan

kesehatan maternal dan memperluas pelayanan gawatdarurat kebidanan.

- Beberapa program khusus pelayanan kesehatan kebidanan ternyata kurang efektif seperti pelatihan peraji.
- Tidak dilakukannya intervensi yang efektif seperti penanganan komplikasi abortus karena masih dianggap sebagai isu yang sensitif.
- Tidak tersedianya panduan teknis atau program dan kurikulum pelatihan secara luas.
- Kurangnya komitmen politik dari penentu kebijakan.
- Kurangnya koordinasi dan komitmen diantara pemerintah dan lembaga donor. Rochjati, 2005; Saifuddin, 2005; Roeshadi, 2006

Intervensi yang dilakukan melalui bidang kesehatan mempunyai dampak langsung, sedangkan intervensi terhadap determinan penyebab kematian ibu lainnya mempunyai berdampak tidak langsung. Kedua alternatif pendekatan tersebut tidak boleh dipandang terpisah, tetapi harus dipandang sebagai satu kesatuan yang utuh. Royston (ed), 1994; Saifuddin, 2005

Intervensi yang dilakukan dipandang dari aspek kebutuhan perempuan pada berbagai tingkatan. 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 dan menjamin pemberian imunisasi secara lengkap. Pendidikan kesehatan di sekolah atau masyarakat yang direncanakan dengan baik, dapat berperan besar dalam memperbaiki kesehatan ibu. Royston (ed), 1994; UNFPA, 2003; UNFPA, 2006

Tersedianya tenaga kesehatan saat persalinan sangat penting untuk deteksi dini dan penanganan komplikasi kebidanan yang mungkin

terjadi. Dengan demikian, peran dapat
penurunan mortalitas dan morbiditas dapat

- Komunikasi Informasi Edukasi pada klien, termasuk pria dan remaja,
- Tersedianya tenaga kesehatan pada saat menangani persalinan bersih dan aman dan metode diperlukan.
- Pelayanan yang adekuat difasilitas rujukan termasuk tenaga fasilitas transfusi darah dan tindakan operasi.
- Tersedianya akses dari semua ibu hamil terhadap fasilitas kesehatan.
- Asuhan postnatal mencakupi pula dukungan dan konseling pemberian Air Susu Ibu (ASI), pencegahan dan deteksi dini komplikasi nifas dan konseling kontrasepsi. Azhari,2002; Rochjati,2005; Saifuddin,2005; Roeshadi,2006

Secara umum telah diamati bahwa sebagian besar kematian ibu saat persalinan terjadi pada kasus-kasus yang sebelumnya tidak mendapatkan pelayanan kesehatan apapun. Pada suatu penelitian di Zaire Barat Laut tahun 1981-1983, dari 3.413 ibu yang bersalin di rumah sakit pedesaan ditemukan bahwa risiko kematian di kalangan ibu yang tidak mendapatkan asuhan antenatal meningkat 15 kali dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan asuhan antenatal. Penelitian di Chili dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan kebidanan menemukan bahwa AKI yang tinggi berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang rendah. UNFPA,2003; Saifuddin,2005; UNFPA,2006

Banyaknya faktor yang menyebabkan terjadinya kematian ibu memerlukan tindakan terpadu dan 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
gawatdarurat kebidanan. ^{UNFPA,2003; UNFPA}

dapat
am

Beberapa alternatif pemecahan

- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pada semua desa/kelurahan.
- Adanya Audit Maternal Perinatal (AMP) setiap ada kasus kematian ibu.
- Setiap persalinan ditolong dengan 4 tangan (2 orang tenaga kesehatan).
- Pembentukan Desa Siaga.
- Perbaikan gizi ibu hamil.
- Sistem rujukan yang benar.
- Pelatihan bagi tenaga kesehatan di desa.
- Revitalisasi tenaga dokter dan bidan di Puskesmas PONEK/K. ^{Depkes RI, 2004; Agustini,2005; Rochjati,2005; Roeshadi,2006; WHO,2007; Depkes RI,2008}

Pelayanan kesehatan kebidanan ditentukan oleh peningkatan kualitas keterjangkauan pelayanan kesehatan dan integritas dengan program kesehatan terkait seperti program penanggulangan infeksi menular seksual, malaria dan tuberkulosis paru. Penganjangan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) oleh Departemen Kesehatan RI merupakan program yang melibatkan peran serta masyarakat melalui pembentukan Desa Siaga dengan indikator pelayanan kesehatan yang meliputi cakupan ibu hamil yang mendapat asuhan antenatal sesuai standar, cakupan ibu melahirkan dengan tenaga kesehatan, cakupan penanganan ibu hamil, bersalin dan nifas yang mengalami komplikasi kebidanan dan cakupan pelayanan ibu nifas oleh

tenaga kesehatan termasuk pelayanan k
Depkes RI 2004; Agustini,2005; Rochjati,2005; Roeshadi,2006; 1

dapat
sem

Peraturan Pemerintah Republik
tentang Pedoman Penyusunan dan
Minimal, menetapkan standar pelayanan
kebidanan yang mencakup asuhan antenatal, asuhan persalinan,
asuhan nifas. Standar pelayanan minimal bidang kesehatan kebidanan
adalah :

- Cakupan asuhan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada trimester pertama dan kedua serta dua kali pada trimester ketiga. Jumlah cakupan adalah kunjungan pertama (K1) sampai kunjungan keempat (K4).
- Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe selama kehamilan.
- Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan cakupan ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk.
- Cakupan asuhan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak termasuk pertolongan persalinan pendampingan.
- Cakupan asuhan nifas kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Depkes RI,2004; WHO,2007

Pelayanan kesehatan kebidanan selama kehamilan, persalinan dan nifas meliputi :

1. Asuhan antenatal / *antenatal care* (ANC)

Fungsi utama dari asuhan antenatal yaitu :

- Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktifitas pendidikan.
- Melakukan skrining yang bertujuan untuk mendeteksi perempuan berisiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan agar dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Skrining merupakan

prosedur tetap mengingat faktor risiko pada ibu hamil dapat ditemukan sepanjang periode kehamilan. Skrining dan sistem rujukan dapat secara efektif menyelamatkan ibu dan janin.

- Memantau kesehatan ibu selama kehamilannya dalam usaha mendeteksi dan menangani masalah kesehatan yang terjadi. ^{Royston (ed),1994; UNFPA, 2003, UNFPA, 2006}

Asuhan antenatal di berbagai negara sangat bervariasi. Di Indonesia asuhan antenatal adalah pelayanan kesehatan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan) pada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang sesuai dengan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan kebidanan. Dengan demikian secara operasional asuhan antenatal yang tidak memenuhi standar pelayanan minimal kesehatan kebidanan belum dianggap sebagai asuhan antenatal. ^{Depkes RI,2004; WHO,2007}

Jangkauan asuhan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada trimester pertama dan kedua serta 2 kali pada trimester ketiga, meliputi metode 7 T yaitu :

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah.
- 3) Skrining status imunisasi tetanus (pemberian imunisasi tetanus toksoid/TT).
- 4) Pengukuran tinggi fundus uteri.
- 5) Pemberian 90 tablet Fe selama kehamilan.
- 6) Temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling).
- 7) Pemeriksaan laboratorium sederhana dan pemeriksaan penyakit menular. ^{Rochjati,2005; Saifuddin,2005; Roeshadi,2006}

Informasi kunjungan trimester pertama atau sebelum minggu ke 14 adalah mendeteksi masalah dan mencegah masalah seperti anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang

merugikan serta memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi kebidanan. Informasi kunjungan trimester kedua atau sebelum minggu ke 28 ditambah kewaspadaan khusus mengenai hipertensi dalam kehamilan dengan memantau tekanan darah, evaluasi edema dan memeriksa protein urin. Informasi kunjungan trimester ketiga antara minggu ke 28 dengan minggu ke 36 ditambah pemeriksaan palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan kembar. Informasi kunjungan ibu hamil setelah 36 minggu ditambah pendeteksian letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan rujukan persalinan. K1 menunjukkan kunjungan ibu hamil pertama kali dan K4 menunjukkan kunjungan ibu hamil keempat selama kehamilan. Rochjati,2005; Saifuddin,2005; Roeshadi,2006

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

- Kurangnya tenaga kesehatan yang profesional sehingga tugas tersebut diberikannya kepada asisicn yang tidak profesional.
- Keterbatasan sarana transportasi yang akibatnya pada jarak fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh akan kesulitan mengawasi kesehatan ibu hamil sebagaimana mestinya.
- Kurangnya peralatan kesehatan dan obat-obatan.
- Kurang dimanfaatkannya fasilitas pelayanan kesehatan. Royston (ed),1994; UNFPA,2003; UNFPA,2006

2. Asuhan persalinan.

Prinsip dasar pelayanan kesehatan kebidanan adalah bahwa setiap persalinan harus mendapat pertolongan tenaga kesehatan yang profesional. Pelatihan dan pengembangan tenaga bidan ternyata masih jauh dari tujuan dasar. 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 melakukan deteksi dini masalah yang mungkin terjadi. Royston (ed),1994; Azhari 2002; Roeshadi, 2006

3. Pelayanan tradisional.

Pada sebagian masyarakat, aspek budaya dan rohani dari kehamilan dan persalinan berpengaruh kuat terhadap perilaku. Salah satu alasan yang penting yang berhubungan dengan kerja sama antara paraji dan tenaga 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 paraji guna menyertakan mereka ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Royston (ed),1994; Azhari,2002; Roeshadi,2006

Persyaratan minimal paraji untuk menolong persalinan yang aman adalah tempat bersalin yang bersih, tangan penolong yang bersih, pemotongan tali pusat yang bersih dan menjaga bayi tetap hangat segera setelah persalinan. Ajaran prinsip higienis sederhana ini yang diterapkan kepada paraji di Cina tahun 1950-an banyak mengurangi jumlah kematian akibat sepsis nifas. Lingmei, 1988; Royston (ed),1994

4. Tenaga Kesehatan

Perluasan pelayanan kebidanan berarti mengalokasikan sebagian besar sumber daya yang tersedia. Namun untuk merealisasikannya amat sulit karena hambatan prosedur tertentu yang 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 tenaga kesehatan yang ada di lapangan) dan uraian tugas

yang baru guna menerangkan batas kewenangan dan tanggung jawab yang akan meningkatkan percaya diri dan inisiatif tenaga kesehatan.

Royston (ed),1994; Azhari,2002; Roeshadi,2006

5. Asuhan nifas / *postnatal care*

Aspek penting asuhan nifas adalah pengobatan dini sepsis nifas, dorongan dan bantuan dalam memberikan ASI dan melakukan pembahasan dengan ibu mengenai kontrasepsi dan memberikan saran tentang metode kontrasepsi yang tidak mengganggu pemberian ASI dan membantu untuk mendapatkan alat kontrasepsi yang diperlukan. Royston (ed),1994; Azhari,2002

6. Keluarga Berencana

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. Azhari,2002; Surjaningrat,2005; Roeshadi,2006

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. Azhari,2002; Surjaningrat,2005; Roeshadi,2006

Prioritas pelayanan KB diberikan kepada pasangan usia subur yang mempunyai keadaan 4 Terlalu dan ibu nifas. Djaya S,dkk (ed), 2002 Dengan mencegah kehamilan pada usia yang terlalu muda atau terlalu tua, dan menghindarkan kehamilan yang terlalu rapat dan terlalu sering atau kehamilan yang tidak diinginkan karena alasan apapun akan mengurangi risiko kematian ibu secara keseluruhan.

Akan tetapi, program KB tidak boleh dipandang sebagai pengganti pelayanan kebidanan. Berdasarkan analisis terakhir, peranan KB dalam menurunkan kematian ibu adalah membantu menciptakan kondisi yang sehat untuk melahirkan, serta mengurangi risiko kematian yang berhubungan dengan kehamilan. Pemakaian kontrasepsi berperan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menurunkan angka kehamilan pada golongan resiko tinggi yang dapat mengurangi kematian ibu 25 % sampai 30 %. Djaya S,dkk(ed), 2002; UNFPA,2003; Surjaningrat,2005

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 alat kontrasepsi dan mengintegrasikan KB dalam program Pembangunan Nasional. Djaya S,dkk (ed), 2002; Surjaningrat,2005

C. KERANGKA KONSEPTUAL



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian bersifat observasional analitik yang menggunakan desain *case control study*.

B. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Kota Padang pada bulan Desember 2009 - Mei 2010.

C. POPULASI DAN SAMPEL

Sampel penelitian adalah keluarga dari ibu yang mengalami kematian saat hamil, bersalin dan nifas di Kota Padang pada tahun 2008.

Kontrol penelitian adalah ibu atau keluarga dari ibu yang tidak mengalami kematian saat hamil, bersalin dan nifas di Kota Padang pada tahun 2008.

- i. Kriteria Inklusi
 - a. Bersedia ikut penelitian
 - b. Berdomisili di Kota Padang
 - c. Merupakan anggota rumah tangga dari ibu hamil, bersalin dan nifas di kota Padang pada tahun 2008 yang mengalami kejadian kematian Ibu.
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Tidak dapat ditemui setelah 3 kali kunjungan atau meninggalkan rumah dalam waktu tertentu (lebih dari 6 bulan).
 - b. Mempunyai gangguan psikiatri.

D. TEKNIK PENGAMBILAN SAMPEL

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Besar sampel ditentukan berdasarkan jumlah kematian ibu yang diperoleh dari data

profil kesehatan kota Padang tahun 2008. Teknik pengambilan kontrol dilakukan secara *matching*. Besar kontrol disesuaikan dengan besar sampel.

E. ALAT

Alat yang digunakan pada penelitian ini adalah :

1. Naskah penjelasan dan persetujuan naskah penjelasan.
2. Pedoman wawancara yang berisi :
 - a. Karakteristik ibu yaitu identitas, umur, umur saat menikah, alamat, pekerjaan, pendidikan dan pendapatan.
 - b. Riwayat perkawinan, kehamilan, persalinan dan nifas.
 - c. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan riwayat kematian ibu.

F. CARA KERJA

1. Pemilihan Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah kelompok kasus dan kelompok kontrol. Jumlah kasus ditetapkan berdasarkan jumlah ibu yang mengalami kematian saat hamil, bersalin dan nifas di tingkat pelayanan dasar di kota Padang pada tahun 2008 berdasarkan data Dinas Kesehatan kota Padang tahun 2008. Sampel dapat bertambah jika ditemukan kasus kematian ibu yang berdomisili di kota Padang pada tahun 2008 yang tidak ditemukan datanya dari data Dinas Kesehatan kota Padang tahun 2008. Kelompok kontrol dipilih secara *matching* dengan masing-masing sampel berdasarkan karakteristik umur, pekerjaan, pendidikan, pendapatan dan paritas. Jumlah kontrol disesuaikan dengan jumlah sampel.

2. Pencatatan informasi ibu yang meninggal

Pencatatan informasi tentang kematian ibu di Kota Padang selama periode tahun 2008 dilakukan dengan cara wawancara kuesioner dengan keluarga ibu yang meninggal dan dengan menggunakan data sekunder yang dapat dijadikan pedoman dari pelayanan yang diberikan ditingkat pelayanan dasar. (data Puskesmas, Pustu, Polindes, BP, BPS atau buku KIA ibu).

3. Analisis Statistik

Seluruh data penelitian ditampilkan dalam bentuk tabel dan gambar. Analisis data dan uji statistik dikerjakan dengan komputer menggunakan perangkat lunak SPSS dan dilakukan analisis bivariat pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu.

4. DEFINISI OPERASIONAL

1. Tingkat pelayanan dasar adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada sarana pelayanan kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Puskesmas Pembantu (Pustu), Balai Pengobatan (BP), Bidan Praktek Swasta (BPS), Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).
2. Pelayanan kebidanan adalah pelayanan kesehatan yang didapatkan ibu saat hamil, saat melahirkan dan setelah melahirkan dalam rentang waktu sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan.
3. Jangkauan asuhan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada trimester pertama dan kedua dan dua kali pada trimester ketiga. K1 menunjukkan kunjungan ibu hamil pertama kali dan K4 menunjukkan kunjungan ibu hamil keempat selama kehamilan. Dibagi dalam 2 kategori, yaitu :
 - < 4 kali kunjungan : tidak baik
 - ≥ 4 kali kunjungan : baik
4. Jenis persalinan adalah semua proses keluarnya isi konsepsi pada setiap trimester kehamilan, baik keluarnya janin secara spontan ataupun keluarnya janin dengan bantuan tindakan yaitu : persalinan pervaginam spontan, kuretase, persalinan pervaginam bantu kala II (vakum ekstraksi/VE atau forsep ekstraksi/FE) atau persalinan perabdominam (seksio sesaria /SC).
5. Kematian ibu adalah kematian perempuan 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. Angka kematian ibu adalah angka kematian dibagi dengan angka kelahiran hidup dikalikan konstanta sehingga diperoleh rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Usia ibu adalah usia dalam tahun, berdasarkan lamanya ibu hidup sejak lahir hingga kehamilan. Dihitung berdasarkan berapa kali ulang tahun dan dikelompokkan menjadi 3 kategori :

- Usia < 20 tahun : rentang usia resiko tinggi
- Usia 20 – 35 tahun : rentang usia aman
- Usia > 35 tahun : rentang usia resiko tinggi

Pendidikan ibu adalah jenjang pendidikan formal yang pernah diikuti ibu, dinilai dari ijazah terakhir yang dimiliki ibu, dibagi dengan 3 kategori:

- Pendidikan tinggi : jika tamat Perguruan Tinggi (PT)
- Pendidikan menengah : jika tamat Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA)
- Pendidikan rendah : jika tidak tamat Sekolah Dasar (SD), tamat SD atau tamat Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP)

3. Status gizi adalah keadaan gizi ibu saat hamil dengan menggunakan parameter lingkaran lengan atas (LLA), dibagi dalam 2 kategori, yaitu:

- a. < 23,5 cm : status gizi kurang
- b. \geq 23,5 cm : status gizi baik

9. Anemia adalah keadaan ibu dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/dl.

10. Jumlah paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan sebelum kehamilan terakhir, dibagi dalam 2 kategori, yaitu :

- \leq 3 orang
- \geq 4 orang

11. Pekerjaan utama adalah pekerjaan yang menggunakan waktu terbanyak atau yang memberikan penghasilan terbesar. Pendapatan ibu dibandingkan dengan rata-rata pendapatan perkapita pertahun kota Padang tahun 2008 Rp.11.430.433,24. Dibagi 2 kategori, yaitu :

- Bekerja
- Tidak bekerja

12. Jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan adalah jarak tempuh dari rumah ibu ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar di pusat kesehatan masyarakat

(Puskesmas), puskesmas pembantu (Pustu), balai pengobatan (BP) dan bidan praktek swasta (BPS), dihitung dalam kilometer (Km). Terbagi atas :

- ≤ 1 Km
- 1 – 5 Km
- ≥ 5 Km

13. Waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan adalah waktu tempuh dari rumah ibu ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar di pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), puskesmas pembantu (Pustu), balai pengobatan (BP) dan bidan praktek swasta (BPS), dihitung dalam menit. Terbagi atas :

- ≤ 15 menit
- 15 menit – 60 menit
- ≥ 60 menit

14. Kepala rumah tangga (KRT) adalah suami/seseorang dari sekelompok anggota rumah tangga yang bertanggung jawab atas kebutuhan sehari-hari RT, atau orang yang dianggap/ditunjuk sebagai KRT.

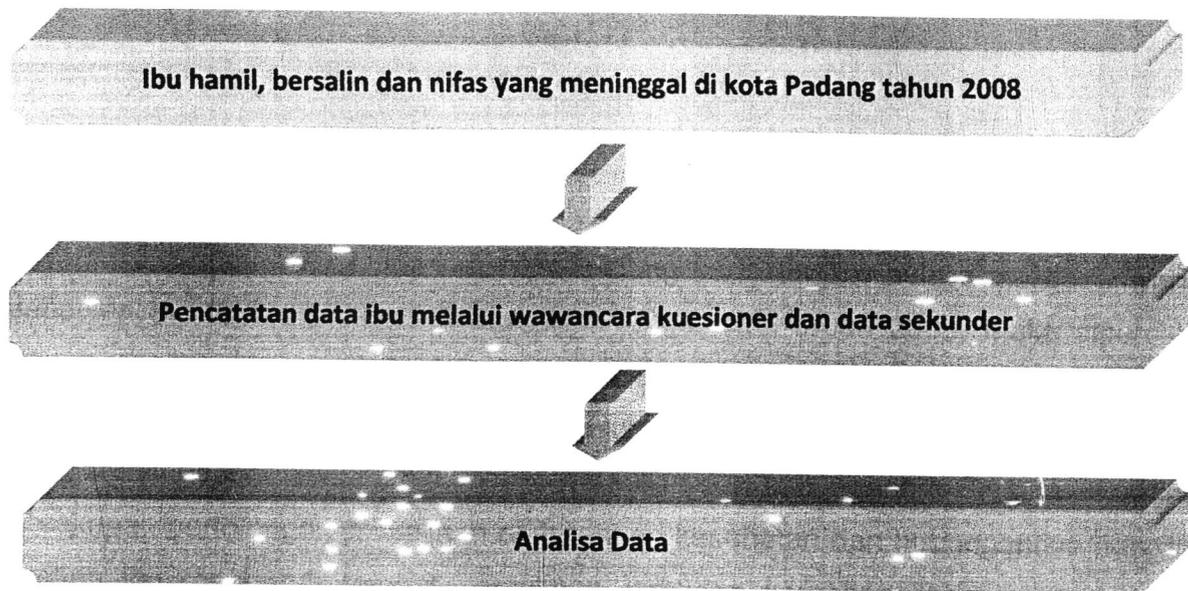
15. Anggota rumah tangga (ART) adalah semua orang yang bertempat tinggal di suatu rumah tangga (RT) termasuk KRT.

16. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) adalah wadah kegiatan masyarakat, dimana masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan serta sebagai sarana komunikasi antara masyarakat dan tenaga kesehatan tentang masalah kesehatan pada suatu tempat dimana 5 kegiatan posyandu dilaksanakan, yang melayani masyarakat dalam penimbangan bayi & balita, pemeriksaan ibu hamil, imunisasi, KB dan pengobatan diare, yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dengan kader Posyandu.

17. Penduduk dengan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan yang terlindungi oleh Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pemerintah (Subsidi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota). Yang dimaksud masyarakat rentan adalah masyarakat yang tergolong dalam Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).

18. Perawatan di rumah sakit adalah perawatan yang dilakukan lebih dari 1 (satu) jam terhitung sejak masuk ke rumah sakit.

1. ALUR PENELITIAN



ETIKA PENELITIAN

Semua subjek penelitian diberi penjelasan tentang penelitian ini, setelah mereka memahaminya, diminta persetujuan setelah penjelasan dengan menanda tangani surat pernyataan persetujuan yang telah disediakan.

BAB IV

HASIL

Sesuai dengan tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu selama tahun 2008, maka diperoleh hasil penyebab dan periode kematian ibu, pengaruh faktor risiko umur terhadap kematian ibu, keterjangkauan pelayanan asuhan antenatal yang didapatkan ibu dan hubungannya dengan kematian ibu, sistem rujukan dan hubungannya dengan kematian ibu, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan hubungannya dengan kematian ibu, pengaruh tempat persalinan terhadap kematian ibu, pengaruh jenis tindakan persalinan terhadap kematian ibu, pengaruh faktor pembiayaan terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan dan pengaruh jarak dan waktu terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan dan hubungannya dengan kematian ibu. Penelitian dilakukan terhadap 15 orang kasus (ibu meninggal) yang dipasangkan dengan 15 orang kontrol (ibu tidak meninggal) secara *matching*.

A. KARAKTERISTIK DASAR

Table 1. Distribusi kelompok kasus berdasarkan tingkat pendidikan

Pendidikan	Kasus	
	n	%
Rendah	5	33.3
Menengah	10	66.7
Tinggi	0	0
Jumlah	15	100.0

Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar ibu yang meninggal dengan tingkat pendidikan menengah (SLTA) sebesar 60%.

Tabel 2. Distribusi kelompok kasus berdasarkan pekerjaan

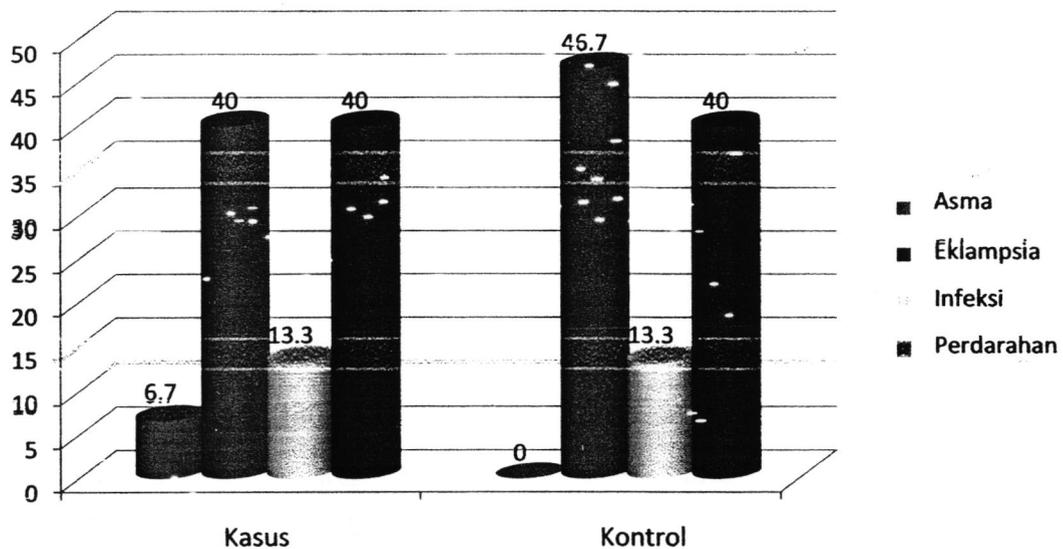
Pekerjaan	Kasus	
	n	%
Bekerja	5	33.3
Tidak bekerja	10	66.7
Jumlah	15	100.0

Pada penelitian ini ditemukan sebagian besar ibu tidak bekerja, yaitu 66.6%.

B. KARAKTERISTIK KASUS

1. PENYEBAB DAN PERIODE KEMATIAN IBU

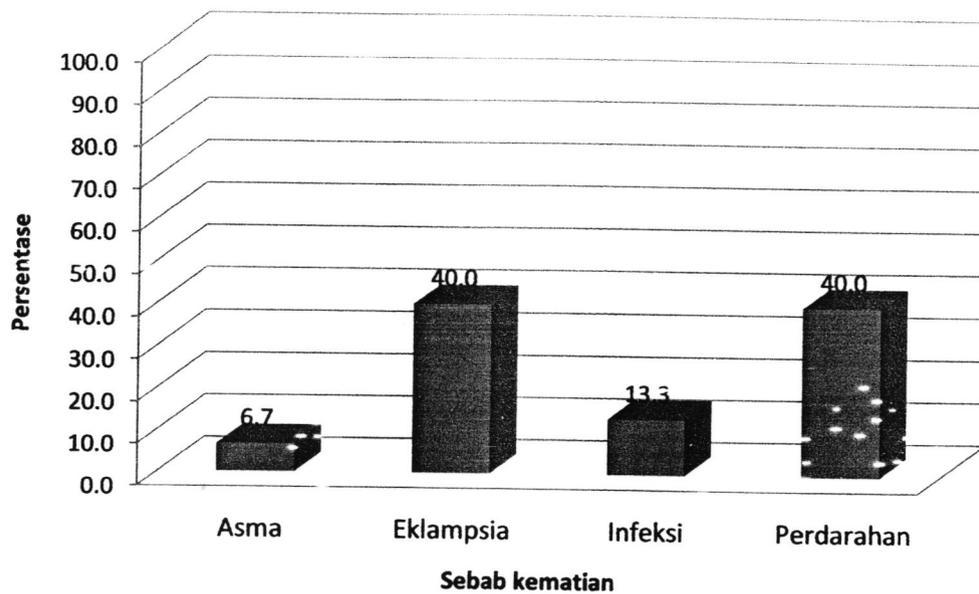
a. Komplikasi



Gambar 2. Distribusi komplikasi kehamilan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Komplikasi karena eklampsia ditemukan 6 kasus (40%), komplikasi karena perdarahan 6 kasus (40%) dan komplikasi karena infeksi ditemukan 2 kasus (13,3%), sedangkan komplikasi karena asma bronkial ditemukan 1 kasus (6,7%).

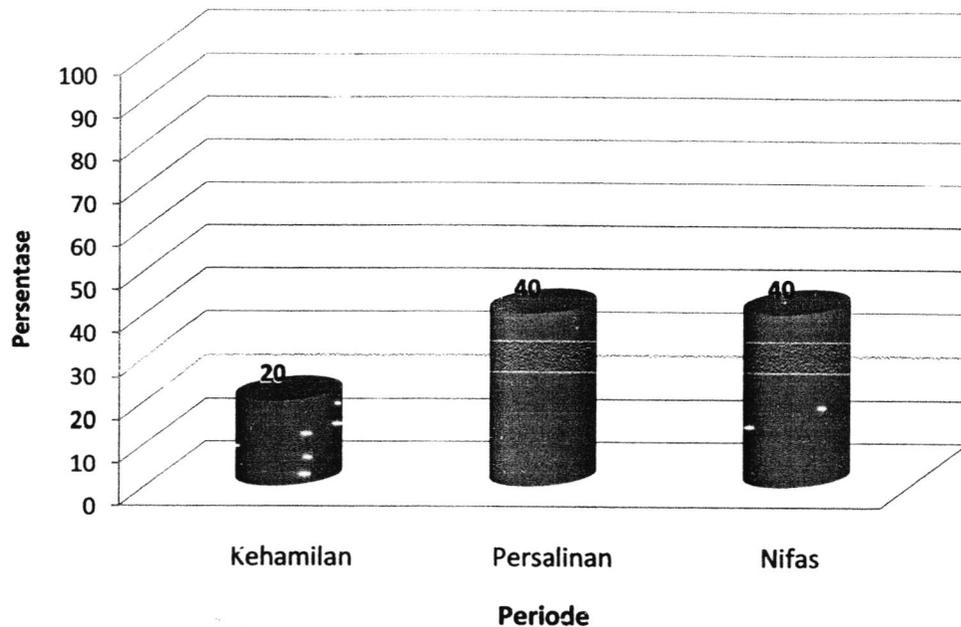
b. Penyebab kematian



Gambar 3 . Distribusi penyebab kematian pada kelompok kasus

Analisis terhadap penyebab kematian didasarkan pada dugaan yang bertitik tolak dari keluhan yang dialami ibu saat kehamilan terakhirnya. Pada penelitian ini didapatkan data bahwa 6 kasus kematian (40%) pada ibu terkait dengan kasus eklampsia, 6 kasus (40%) berkaitan dengan perdarahan oleh karena berbagai sebab 2 kasus (13.3%) disebabkan oleh infeksi dan 1 kasus (6.7%) terkait dengan asma bronkial.

c. Periode kematian



Gambar 4. Distribusi periode kematian pada kelompok kasus

Periode kematian dibagi atas 3 (tiga) periode waktu, yaitu waktu kehamilan, waktu persalinan dan waktu nifas. Pada penelitian ini diketahui 6 kasus (40%) ditemukan pada masa persalinan, 3 kasus (20%) ditemukan pada masa kehamilan dan 6 kasus (40%) nifas.

2. PENGARUH FAKTOR RISIKO UMUR DAN PARITAS TERHADAP KEMATIAN IBU

Tabel 3. Karakteristik dasar kelompok kasus

Karakteristik	Kasus (N = 15)
Usia menikah	25.5 ± 2.5
Usia meninggal	27.9 ± 4.8
Paritas : primipara/multipara < 3	7
Paritas : multipara < 3	8

Didapatkan usia rerata menikah kelompok kasus 25.5 ± 2.5 dan didapatkan data bahwa kematian pada kelompok kasus terjadi pada usia rerata 27.9 ± 2.5 .

Kejadian kematian terjadi 7 kasus dengan paritas kurang dari 3 anak dan 8 kasus dengan paritas lebih dari 3 anak.

Berdasarkan data, diketahui bahwa rerata usia kasus saat meninggal adalah 27.9 ± 4.8 tahun dan rerata usia ibu kasus saat menikah adalah 25.5 ± 2.5 .

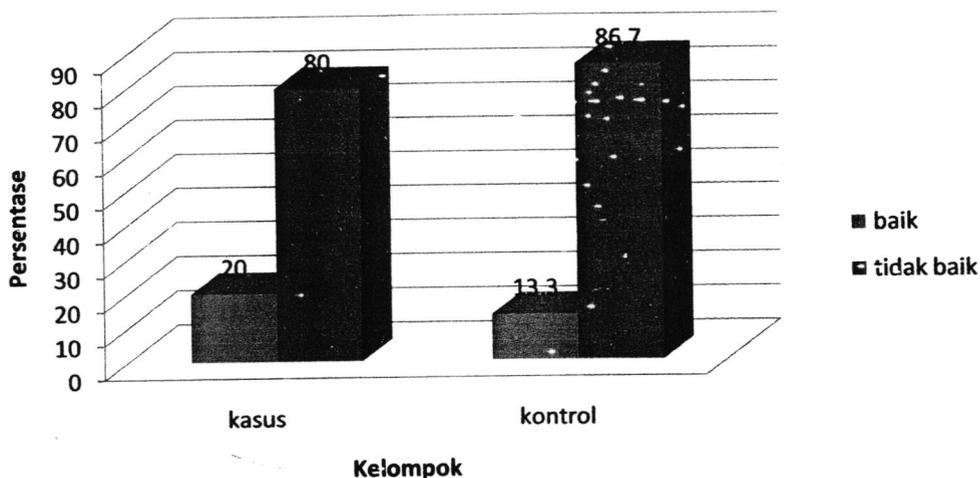
Tabel 4. Distribusi kelompok kasus berdasarkan kelompok usia saat kehamilan

Kelompok Usia	Kasus	
	n	%
< 20	3	20
20 - 35	11	73.3
> 35	1	6.7
Jumlah	15	100.0

Pada penelitian ini ditemukan sebagian besar mempunyai usia saat kehamilan pada kelompok usia 20 – 35 tahun, yaitu 11 orang (73.3%), 20 % pada kelompok usia < 20 tahun dan 6,7 % pada kelompok usia > 35 tahun.

3. KETERJANGKAUAN PELAYANAN ASUHAN ANTENATAL YANG DIDAPATKAN IBU DAN HUBUNGANNYA DENGAN KEMATIAN IBU

a. Asuhan antenatal



Gambar 5. Distribusi asuhan antenatal pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Sebagian besar ibu hamil tidak melakukan asuhan antenatal dengan baik. Data yang terkumpul memperlihatkan bahwa 80% kelompok kasus dan 86.7% kelompok kontrol melakukan asuhan antenatal kurang dari 4 kali selama kehamilan. Analisis statistik tidak memperlihatkan perbedaan yang bermakna pada kedua kelompok teliti ($p = 0.500$).

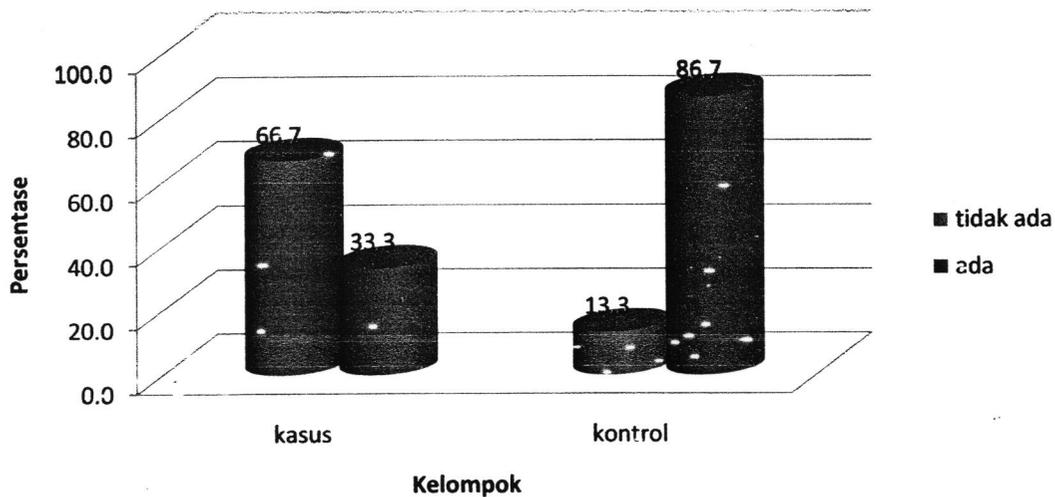
Tabel 5. Distribusi kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan kunjungan asuhan antenatal

Asuhan Antenatal	Kasus		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Baik	3	20	2	13.3	0.500
Tidak Baik	12	80.0	13	86.7	
Jumlah	15	100.0	15	100.0	

Berkaitan dengan asuhan antenatal, data yang ada memperlihatkan kedua kelompok sama-sama memperlihatkan asuhan antenatal yang tidak baik, yaitu 80% pada kasus dan 86.7% kontrol.

4. SISTEM RUJUKAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN KEMATIAN IBU

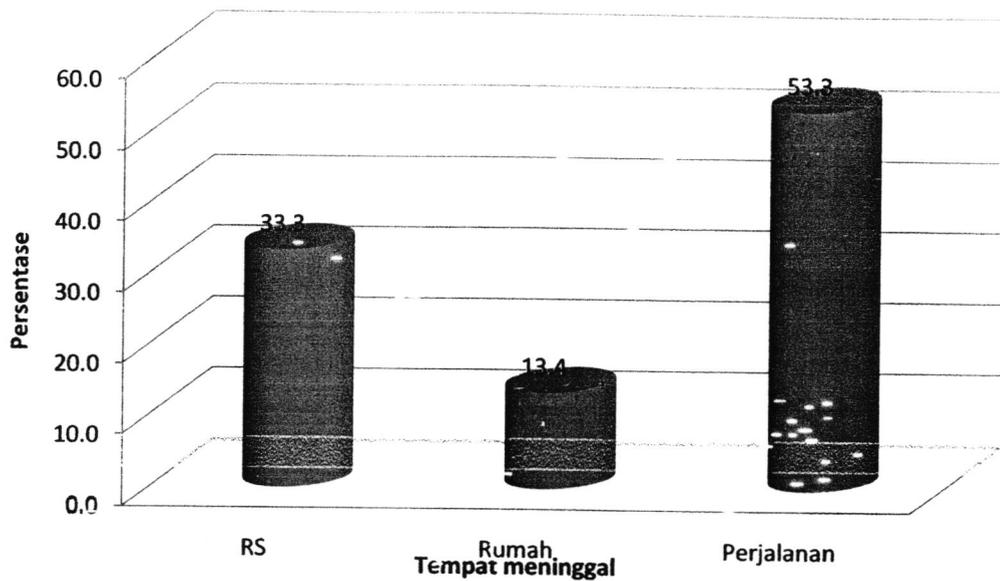
1. Rujukan



Gambar 6. Distribusi rujukan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Berdasarkan rujukan diketahui bahwa sebagian besar kelompok kasus tidak dilakukan sistem rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, yaitu 10 kasus (66.7%), sedangkan pada kelompok kontrol hanya ditemukan pada 2 kasus (13.3%) yang tidak dilakukan sistem rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Analisis statistik memperlihatkan terdapat perbedaan terkait dengan sistem rujukan pada kelompok kontrol dan kelompok kasus ($p = 0.003$), analisis risiko memperlihatkan nilai *Odds Ratio* (OR) adalah 13.00 dengan 95% CI antara 2.074 – 81.479. Hal ini memperlihatkan bahwa ibu dengan komplikasi kehamilan tanpa dilakukan sistem rujukan berisiko 13 kali lebih besar terhadap kematian dibanding ibu dengan komplikasi yang menjalani sistem rujukan.

2. Tempat kematian ibu



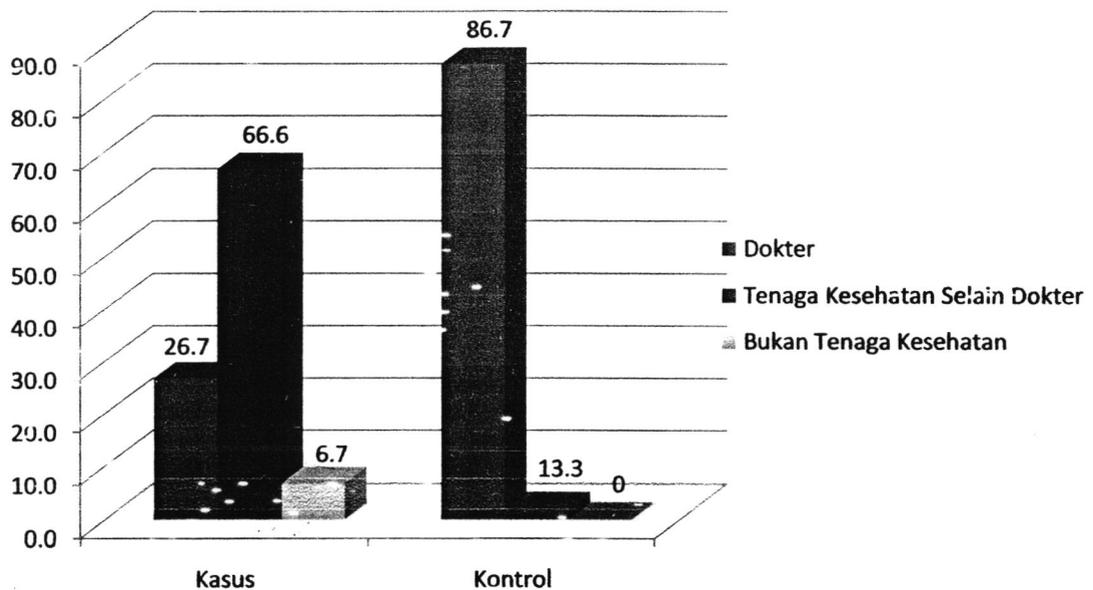
Gambar 7. Distribusi tempat kematian ibu pada kelompok kasus

Sebagian besar tempat kematian kasus di perjalanan atau kurang dari 1 (satu) jam dalam perawatan rumah sakit, yaitu 8 kasus (53.3%), 2 kasus (13.4%) kematian di rumah dan 5 kasus (33.3%) kematian di rumah sakit .

Analisis terhadap 2 kasus yang tempat kematiannya di rumah diketahui dugaan penyebab kematiannya adalah asma bronkial dan eklampsia. Pada kedua kasus tersebut kematian terjadi pada masa kehamilan. Dalam analisis kasus yang mengalami kematian di perjalanan dan dirumah dikatagorikan sebagai kasus dengan tempat kematian di luar rumah sakit.

5. CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN KEMATIAN IBU

1. Penolong persalinan

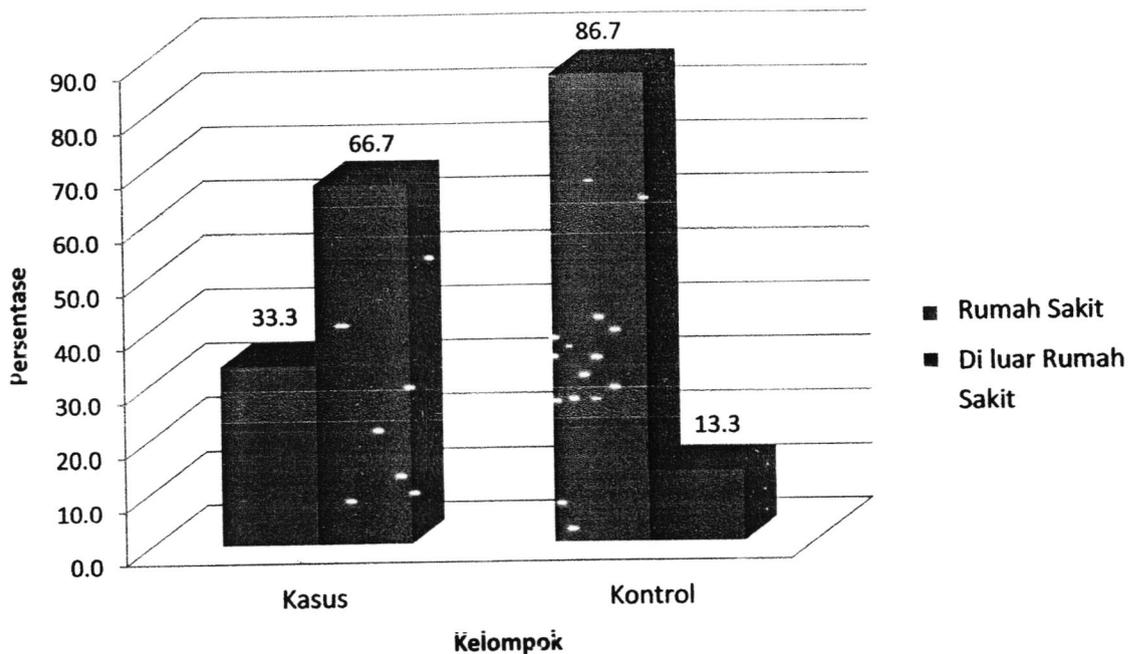


Gambar 3. Distribusi penolong persalinan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Sebagian besar kelompok kontrol ditangani oleh dokter, yaitu 13 kasus (86.7%), sedangkan pada kelompok kasus sebagian besar ditolong oleh tenaga kesehatan selain dokter, yaitu 10 kasus (66.7%). Analisis statistik memperlihatkan terdapat perbedaan yang bermakna terkait dengan penolong diantara kedua kelompok ($p = 0.003$) dengan *Odds Ratio* = 13.0 (95% CI 2.074 – 81.479).

6. PENGARUH TEMPAT PERSALINAN TERHADAP KEMATIAN IBU

1. Pemanfaatan fasilitas kesehatan

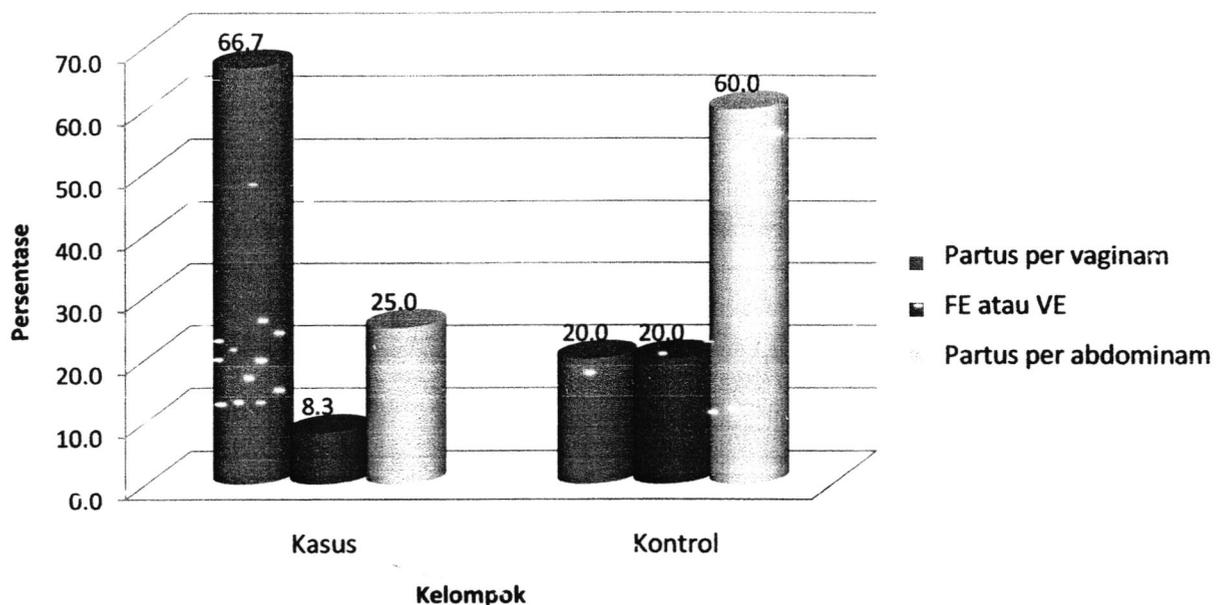


Gambar 9. Distribusi tempat melahirkan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Pemanfaatan fasilitas kesehatan dinilai berdasarkan adanya perawatan terakhir kali subjek penelitian di rumah sakit. Berdasarkan data yang didapat diketahui pada kelompok kasus sebagian besar perawatan akhir terjadi di luar rumah sakit, yaitu 10 kasus (66.7%) sedangkan pada kelompok kontrol hanya ditemukan pada 2 kasus (13.3%). Analisis statistik dengan *chi square* memperlihatkan perbedaan yang bermakna terkait dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kontrol dan perlakuan ($p = 0.003$). Analisis risiko memperlihatkan nilai *odd ratio* adalah 13.00 dengan 95% CI antara 2.074 – 81.479.

7. PENGARUH JENIS TINDAKAN PERSALINAN TERHADAP KEMATIAN IBU

1. Jenis tindakan



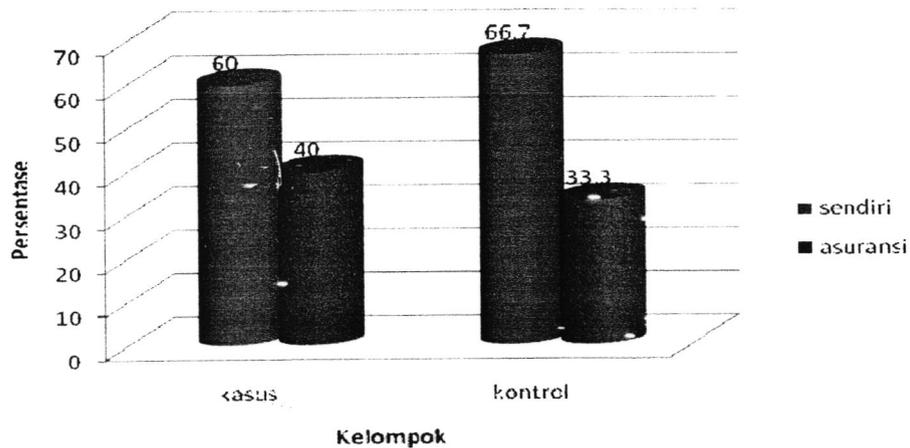
Gambar 10. Distribusi jenis persalinan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Pada penelitian ini didapatkan 3 (tiga) jenis prosedur persalinan, yaitu persalinan spontan pervaginam, persalinan tindakan pervaginam bantu kala II dengan vakum ekstraksi (VE) atau forsep ekstraksi (FE) dan persalinan perabdominam seksio sesaria (SC). Pada kelompok kasus persalinan pervaginam 66.7%, persalinan tindakan 8,3% dan persalinan tindakan perabdominam 25%. Pada kontrol persalinan pervaginam 20%, persalinan tindakan 20% dan persalinan tindakan perabdominam 60%.

Untuk mengetahui adanya pengaruh jenis persalinan terhadap kematian ibu, maka jenis persalinan dijadikan dikotom, yaitu ada persalinan dengan tindakan baik pervaginam ataupun perabdominam (SC/FE/VE) dan persalinan spontan pervaginam. Analisis statistik memperlihatkan tidak terdapat perbedaan antara prosedur persalinan pada kelompok kontrol dan kelompok kasus ($p = 0.055$).

8. PENGARUH FAKTOR PEMBIAYAAN TERHADAP KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN

1. Pembiayaan



Gambar. Distribusi model pembiayaan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol

Pada penelitian ini diketahui bahwa 10 kasus (60.0%) membiayai sendiri pelayanannya pada kelompok kasus dan 11 kasus (66.7%) membiayai sendiri pelayanannya pada kelompok kontrol. Tidak ada perbedaan yang bermakna pada kedua kelompok ($p = 485$).

9. PENGARUH JARAK DAN WAKTU TERHADAP KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN KEMATIAN IBU

1. Jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan

Tabel 6. Rerata jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan kelompok teliti

<i>Katagori</i>	<i>Kelompok</i>	Mean	± SD	P
Jarak Yankes (km)	kasus	0.9	0.2	0.192
	kontrol	1.5	0.8	
Waktu tempuh (menit)	kasus	7.0	5.2	0.745
	kontrol	7.7	3.1	

Pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak ada perbedaan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol (0.9 ± 0.2 km vs 1.5 ± 0.8 km, $p = 0.192$). Hasil yang sama juga ditemukan pada waktu bahwa tidak ada perbedaan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol (7.0 ± 5.2 menit vs 7.7 ± 3.1 menit, $p = 0.745$).

BAB V PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan di kota Padang pada tingkat pelayanan dasar yang didapatkan ibu terhadap kejadian kematian ibu seiama tahun 2008. Untuk mengetahui masalah tersebut didesain sebuah penelitian *case control study* dengan menggunakan ibu hamil yang telah meninggal sebagai kelompok kasus. Semua informasi didapatkan berdasarkan *recall memory*. Pada penelitian ini berhasil didapatkan data dari 15 orang ibu yang meninggal dan sebagai pembandingan digunakan 15 orang ibu melahirkan yang hidup kelompok kontrol dengan pengambilan kontrol secara *matching* dengan kasus.

Kemungkinan masih ada kejadian kematian ibu diluar data yang didapat karena sesuai dengan konsep fenomena gunung es seperti yang diungkapkan oleh WHO Regional Asia Tenggara (WHO-SEARO, 2000), bahwa angka nasional dari AKI hanya merupakan puncak dari gunung es karena kematian ibu seringkali tidak dilaporkan karena tidak adanya sistem pendataan yang memadai ataupun klasifikasi kematian yang salah. Hasnah, 2003; UNFPA, 2003; Cross, 2007; WHO, 2007; CRR, 2008; Depkes RI, 2008

Kemungkinan adanya kejadian kematian ibu di kota Padang pada tahun 2008 diluar data yang ada dimungkinkan karena seperti data yang didapatkan dari studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten-Kota se propinsi Sumatera Barat yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 2007, didapatkan di kota Padang ratio kematian sebesar 181,2 per 100.000 KH yaitu 22 kematian ibu dari 12.142 bayi lahir hidup sedangkan berdasarkan data Dinas Kesehatan kota Padang tahun 2008 ratio kematian sebesar 95,5 per 100.000 KH yaitu 15 kematian ibu dari 19.658 bayi lahir yang berarti telah terjadi penurunan AKI di kota Padang 146,6% dalam jangka waktu 1 tahun. Penurunan yang sangat tajam ini perlu diteliti kebenarannya karena data ini akan bisa dipercaya jika sistem pendataan yang memadai ataupun klasifikasi kematian sudah benar yang merupakan suatu kelemahan pada negara berkembang. Penurunan yang sangat tajam dari AKI di kota Padang ini juga bisa dijelaskan dengan perbedaan dalam pengumpulan data dimana data Profil Kesehatan kota Padang dikumpulkan dari

data sekunder laporan Puskesmas di kota Padang sedangkan data yang didapatkan dari studi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan kabupaten-kota se propinsi Sumatera Barat yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 2007 adalah merupakan data primer yang didapatkan langsung dari survei ke masyarakat.

1. Penyebab dan periode kematian ibu.

Pada penelitian ini informasi dugaan penyebab kematian didasarkan atas keluhan yang dialami pasien sebelum meninggal. Pada penelitian ini diketahui 6 kasus (40%) ditemukan pada masa persalinan, 3 kasus (20%) ditemukan pada masa kehamilan dan 6 kasus (40%) nifas.

Penyebab kematian pada penelitian ini sebagian besar kematian disebabkan oleh perdarahan dan preeklampsia, masing-masing 40% kasus dan disebabkan oleh infeksi pada 13.3% kasus. Hasil ini hampir sama dengan yang ditemukan pada Profil Kesehatan Indonesia 2007 yang menemukan penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 28%, eklampsia 24%, infeksi 11%.^{Depkes RI, 2008}

Pada penelitian ini juga didapatkan penyebab kematian karena penyakit asma bronkial yang juga sesuai dengan penyebab kematian tidak langsung menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah akibat dari adanya penyakit sebelumnya atau bertambah beratnya penyakit tersebut selama kehamilan antara lain penyakit hepatitis, malaria, asma bronkial, tuberkulosis, anemia, penyakit jantung, *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS), tetanus dan infeksi.^{Depkes RI, 2008}

2. Pengaruh faktor risiko umur dan paritas terhadap kematian ibu.

Didapatkan usia rerata menikah kelompok kasus 25.5 ± 2.5 dan didapatkan data bahwa kematian pada kelompok kasus terjadi pada usia rerata 27.9 ± 2.5 . Didapatkan usia rerata menikah kelompok kasus 25.5 ± 2.5 dan didapatkan data bahwa kematian pada kelompok kasus terjadi pada usia rerata 27.9 ± 2.5 dan berdasarkan kelompok usia kehamilan diketahui sebagian besar kehamilan terjadi pada kelompok usia 20 – 35 tahun, yaitu 73.3%.

Pada penelitian ini didapatkan usia kehamilan dibawah 20 tahun 3 kasus dan usia kehamilan diatas 35 tahun 1 kasus yang sesuai dengan kepustakaan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kematian ibu, dimana ibu mempunyai risiko tinggi untuk mengalami berbagai komplikasi. Namun didapatkan pada penelitian ini usia terbanyak terjadinya kematian ibu pada rentang usia 20 tahun sampai 35 tahun.

Pada penelitian ini kejadian kematian terjadi 7 kasus dengan paritas kurang dari 3 anak dan 8 kasus dengan paritas lebih dari 3 anak yang sesuai dengan penelitian yang dilakukan Permata tahun 2002, Ulvi, dkk pada tahun 2007 dan hasil riset Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2007 yang mendapatkan bahwa AKI pada kelompok ibu dengan paritas lebih dari 3 anak hampir 3 kali lebih tinggi dibandingkan ibu dengan paritas kurang dari 3 anak. ^{Permata SP.2002; BPPK Depkes RI,2007; Ulvi,dkk,2008}

Pada penelitian ini didapatkan 5 kasus dengan tingkat pendidikan rendah dan 10 kasus dengan pendidikan menengah yang sesuai dengan kepustakaan bahwa pendidikan mempengaruhi kesadaran terhadap pentingnya kesehatan sehingga mendorong permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Pendidikan yang rendah membuat kurangnya pengetahuan tentang resiko yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Hasil ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Permata tahun 2002, Ulvi, dkk pada tahun 2007 yang menunjukkan hampir 60% kematian ibu terjadi pada kelompok ibu berpendidikan rendah. ^{Permata, 2002; Ulvi,dkk,2008}

3. Keterjangkauan pelayanan asuhan antenatal yang didapatkan ibu dan hubungannya dengan kematian ibu.

Analisis tentang cakupan layanan kesehatan meliputi asuhan antenatal, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, sistem rujukan, penolong persalinan dan tindakan untuk persalinan. Pada penelitian ini diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang terjadi antara kelompok kasus dan kelompok kontrol terkait dengan

asuhan antenatal. Didapatkan bahwa asuhan antenatal pada kelompok kasus tidak baik yang secara operasional menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan *World Health Organization* asuhan antenatal yang tidak memenuhi standar pelayanan minimal kesehatan kebidanan belum dianggap sebagai asuhan antenatal. ^{Depkes RI,2004; WHO,2007}

Keadaan ini sesuai dengan hasil penelitian yang dikutip oleh *United Nations Found of Population Activity* (UNFPA) tahun 2003 bahwa secara umum telah diamati bahwa sebagian besar kematian ibu saat persalinan terjadi pada kasus-kasus yang sebelumnya tidak mendapatkan pelayanan kesehatan apapun. Kutipan penelitian yang diambil oleh *United Nations Found of Population Activity* (UNFPA) tahun 2003 bahwa pada suatu penelitian di Zaire Barat Laut tahun 1981-1983, dari 3.413 ibu yang bersalin di rumah sakit pedesaan ditemukan bahwa risiko kematian di kalangan ibu yang tidak mendapatkan asuhan antenatal meningkat 15 kali dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan asuhan antenatal. Penelitian di Chili dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan kebidanan menemukan bahwa AKI yang tinggi berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang rendah. ^{UNFPA, 2003}

Namun dalam penelitian ini juga didapatkan hasil asuhan antenatal pada kelompok kontrol juga tidak baik yang menggambarkan masih rendahnya kesadaran ibu untuk dalam memahami pentingnya asuhan antenatal untuk Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). ^{Depkes RI, 2004; Depkes RI, 2008}

i. Sistem rujukan dan hubungannya dengan kematian ibu.

Analisis terhadap kematian memperlihatkan bahwa sebagian besar waktu kematian terjadi pada saat melahirkan dan nifas dengan proporsi yang sama banyak, masing-masing 40% dan 20% kasus kematian yang terjadi pada saat kehamilan. Kejadian kematian di luar rumah sakit 66.7%. Data yang ada mencatat bahwa 3 (tiga) kematian terjadi di perjalanan, dan 2 (dua) kematian terjadi beberapa saat setelah sampai di rumah sakit dalam waktu kurang dari 1 jam perawatan di rumah sakit. Analisis terhadap tempat kematian kasus ini adalah bahwa sebagian besar kelompok kasus dirujuk ke rumah sakit dalam keadaan terminal. Berdasarkan

kondisi ini terlihat bahwa kematian sangat berkaitan dengan keterlambatan rujukan yang menimbulkan keterlambatan penanganan di rumah sakit. Perbandingan dengan kelompok kontrol yang mempunyai pola komplikasi kehamilan yang mirip namun dengan perawatan rumah sakit yang lebih besar memperlihatkan bahwa perawatan rumah sakit akan memperkecil risiko kematian pada ibu dengan komplikasi kehamilan. Analisis *Odds Ratio* memperlihatkan bahwa tidak adanya rujukan yang menyebabkan tidak adanya penanganan di rumah sakit dan diikuti tidak adanya penanganan yang tepat oleh dokter akan memberikan risiko kematian 13 kali lebih besar.

Pada sistem rujukan ditemukan bahwa 66.7% kasus tidak mendapatkan sistem rujukan atau dirujuk dengan kondisi terminal sedangkan pada kelompok kontrol 86.7% mendapatkan sistem dirujuk. Secara statistik perbedaan ini bermakna ($p < 0.05$). Analisis terhadap nilai *Odds Ratio* memperlihatkan faktor rujukan merupakan faktor risiko yang menentukan kematian ibu (OR = 13.00 dengan 95% CI antara 2.074 – 81.479). Besarnya kasus yang tidak dirujuk pada kelompok kasus serta keadaan sebaliknya pada kelompok kontrol memperlihatkan pemahaman tenaga kesehatan di tingkat dasar, seperti bidan dan lainnya masih kurang tentang sistem rujukan padahal 14 kasus (93,3 %) yang mengalami kematian mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan di tingkat pelayanan dasar. Kecilnya rujukan pada kelompok kasus diduga berkaitan dengan banyaknya pertimbangan dari pihak keluarga dan tenaga kesehatan di tingkat dasar yang masih memaksakan pelayanan. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa faktor terlambat pertama dan kedua bukan merupakan dasar utama penyebab kematian ibu. Kajian terhadap faktor terlambat ketiga, yaitu bagaimana proses setelah ibu masuk ke rumah sakit, bagaimana keadaan awal ibu dan lain sebagainya memperlihatkan bahwa faktor ini juga tidak berkaitan dengan kematian ibu. Hal ini dibuktikan dengan keberadaan kelompok kontrol yang mempunyai komplikasi yang hampir sama dengan kelompok kasus, namun tanpa kematian.

Keadaan ini berarti telah terdapat pelayanan kesehatan rujukan yang baik di kota Padang, dimana keadaan ini memungkinkan dengan adanya rumah sakit

umum daerah 1 buah, rumah sakit swasta 22 buah, rumah sakit pemerintah 4 buah. Dinas Kesehatan Kota Padang, 2008

Penelitian ini mengidentifikasi kemungkinan adanya faktor diluar model 3 keterlambatan / *the three of delays model* yang terkait dengan kematian ibu, yaitu faktor tenaga kesehatan di tingkat dasar dalam mengembangkan sistem rujukan kepada ibu yang mengalami komplikasi kebidanan. Kemampuan tenaga kesehatan di tingkat dasar untuk mengembangkan sistem rujukan tersebut diduga menjadi faktor utama kematian ibu dalam penelitian ini. Ito, 2001; Hasnah, 2003; UNFPA, 2003; UNICEF, 2004; Agustini, 2005; Rochjati, 2005; Roeshadi, 2006; WHO, 2007; Depkes RI, 2008

5. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan hubungannya dengan kematian ibu.

Sebagian besar kelompok kontrol dalam penelitian ini ditangani oleh dokter, yaitu 13 kasus (86.7%), sedangkan pada kelompok kasus sebagian besar ditolong oleh tenaga kesehatan selain dokter, yaitu 10 kasus (66.7%). Analisis statistik memperlihatkan terdapat perbedaan yang bermakna terkait dengan penolong diantara kedua kelompok ($p = 0.003$) dengan *Odds Ratio* = 13.0 (95% CI 2.074 – 81.479). Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan profesional mempengaruhi AKI. Hasil penelitian ini sesuai dengan alternatif pemecahan masalah yang diusulkan oleh Agustini tahun 2005 dan Roeshadi pada 2006 dan direncanakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah yaitu diadakannya audit maternal perinatal (AMP) setiap ada kasus kematian ibu, setiap persalinan ditolong dengan 4 tangan (2 orang tenaga kesehatan), sistim rujukan yang benar, pelatihan bagi tenaga kesehatan di desa dan revitalisasi tenaga dokter dan bidan di Puskesmas PONEK/K. Depkes RI, 2004; Agustini,2005; Roeshadi,2006

6. Pengaruh tempat persalinan terhadap kematian ibu.

Didapatkan dari hasil penelitian ini, sebagian besar tempat kematian kasus di perjalanan atau kurang dari 1 (satu) jam dalam perawatan rumah sakit, yaitu 8

kasus (53.3%), 5 kasus (33.3%) kematian di rumah sakit dan 2 kasus (13.4%) kematian di rumah.

Analisis terhadap 2 kasus yang tempat kematiannya di rumah diketahui penyebab kematiannya adalah asma bronkial dan eklampsia. Pada kedua kasus tersebut kematian terjadi pada masa kehamilan. Pemanfaatan fasilitas kesehatan dinilai berdasarkan adanya perawatan terakhir kali subjek penelitian di rumah sakit. Berdasarkan data yang didapat diketahui pada kelompok kasus sebagian besar perawatan akhir terjadi di luar rumah sakit, yaitu 10 kasus (66.7%) sedangkan pada kelompok kontrol hanya ditemukan pada 2 kasus (13.3%). Analisis statistik dengan *chi square* memperlihatkan perbedaan yang bermakna terkait dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kontrol dan perlakuan ($p = 0.003$). Analisis risiko memperlihatkan nilai *Odd Ratio* adalah 13.00 dengan 95% CI antara 2.074 – 81.479.

Keadaan ini sesuai dengan penyebab kematian pendukung untuk menjelaskan faktor di luar masalah medis yang bertanggung jawab terhadap kematian ibu, yaitu terlambat dalam memutuskan mencari pertolongan kasus komplikasi kebidanan akibat terlambatnya mengenal adanya masalah, ketakutan terhadap pusat pelayanan kesehatan, alasan ekonomi dan karena tidak adanya orang yang harus membuat keputusan dan terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Ito, 2001; Hasnah, 2003; UNFPA, 2003; UNICEF, 2004; Agustini, 2005; Rochjati, 2005; Roeshadi, 2006; WHO, 2007; Depkes RI, 2008

Pengaruh jenis tindakan persalinan terhadap kematian ibu.

Pada faktor prosedur persalinan yang digunakan terlihat bahwa sebagian besar kelompok kontrol menjalani persalinan dengan tindakan, sebaliknya sebagian besar kelompok kasus menjalani persalinan per vaginam, namun analisis statistik memperlihatkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna tentang prosedur persalinan tersebut ($p < 0.05$).

Pilihan jenis persalinan sangat ditentukan oleh hasil pemeriksaan keadaan kehamilan ibu yang dilakukan oleh dokter sebagai tenaga kesehatan profesional dan dipilih berdasarkan indikasi dari hasil pemeriksaan kehamilan tersebut. Pilihan jenis

persalinan yang sebagian besar adalah persalinan perabdominam seksio sesaria pada penelitian ini dilakukan adalah atas indikasi keadaan ibu saat diperiksa bukan karena pilihan persalinan perabdominam seksio sesaria lebih baik dibandingkan dengan persalinan pervaginam.

8. Pengaruh faktor pembiayaan terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan.

Pada penelitian ini juga dianalisis faktor faktor ekonomi faktor jarak dan waktu ke fasilitas layanan kesehatan. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa sekitar 40% kelompok kasus dan kelompok kontrol mendapatkan perlindungan asuransi dalam pembiayaan kesehatan atau tidak ditemukan perbedaan model pembiayaan ($p > 0.05$).

Dari hasil ini didapatkan bahwa kematian ibu di kota Padang tidak berhubungan dengan faktor pembiayaan karena walaupun terdapat 38.099 RT miskin di kota Padang keadaan pembiayaan kesehatannya sebagian besar telah dipenuhi melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pemerintah berupa subsidi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Kota Padang.

9. Pengaruh jarak dan waktu terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan kebidanan dan hubungannya dengan kematian ibu.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak ada perbedaan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol (0.9 ± 0.2 km vs 1.5 ± 0.8 km, $p = 0.192$). Dari hasil penelitian ini didapatkan jarak tempuh ≤ 1 Km yang merupakan kelompok jarak terdekat dari pembagian jarak tempuh pada penelitian ini.

Hasil yang sama juga ditemukan pada waktu bahwa tidak ada perbedaan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan antara kelompok kasus dan kelompok Pengarkontrol (7.0 ± 5.2 menit vs 7.7 ± 3.1 menit, $p = 0.745$). Dari hasil penelitian ini didapatkan waktu tempuh ≤ 15 menit yang merupakan kelompok waktu terdekat dari pembagian waktu tempuh pada penelitian ini.

Dari hasil ini didapatkan bahwa kematian ibu di kota Padang tidak berhubungan dengan faktor jarak dan waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai hasil riset Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2007 bahwa di kota Padang jarak rumah tangga 1-5 km ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan 57,2 %. Dari segi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan di kota Padang dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu < 15 menit juga 73,3 %.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan hal berikut, yaitu :

1. Penyebab utama kematian ibu hamil adalah perdarahan, preeklampsia dan infeksi, serta sebagian besar kematian terjadi saat persalinan dan nifas.
2. Kematian ibu paling banyak terjadi pada usia reproduksi yaitu usia 20 tahun - 35 tahun dan dengan paritas lebih dari 3 anak.
3. Kematian ibu paling banyak terjadi pada tingkat pendidikan rendah dan tingkat pendidikan sedang.
4. Asuhan antenatal pada kelompok kasus tidak baik yang secara operasional menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan *World Health Organization* asuhan antenatal yang tidak memenuhi standar pelayanan minimal kesehatan kebidanan belum dianggap sebagai asuhan antenatal.
5. Sebagian besar waktu kematian terjadi pada saat melahirkan dan nifas.
6. Sebagian besar kejadian kematian terjadi di luar rumah sakit.
7. Kemampuan tenaga kesehatan di tingkat dasar untuk mengembangkan sistem rujukan tersebut diduga menjadi faktor utama kematian ibu.
8. Sebagian besar kejadian kematian ditolong oleh tenaga kesehatan selain dokter.
9. Sebagian ibu yang mengalami kejadian kematian ibu mendapatkan perlindungan asuransi dalam pembiayaan kesehatan.

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disarankan hal berikut, yaitu :

1. Meningkatkan penyuluhan oleh tenaga kesehatan dan kader kepada ibu hamil mengenai penyakit dan komplikasi yang dapat timbul selama kehamilan khususnya kepada ibu hamil dengan sosioekonomi rendah yang tidak

berkunjung ke fasilitas kesehatan dengan melakukan kunjungan rumah ibu hamil di wilayah kerjanya.

2. Meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).
3. Meningkatkan pembinaan bagi tenaga kesehatan di tingkat pelayanan dasar tentang sistim rujukan terutama rujukan pasien dengan komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriaansz G. Periode Kritis dalam Rentang Kehamilan, Persalinan dan Nifas dan Penyediaan Berbagai Jenjang Pelayanan Bagi Upaya Penurunan Kematian Ibu, Bayi dan Anak. Health Service Program–USAID. Diakses dari : [http://www.pkmi-online.com/download/Periode Kritis dan Jenjang Pelayanan KIA-George.pdf](http://www.pkmi-online.com/download/Periode%20Kritis%20dan%20Jenjang%20Pelayanan%20KIA-George.pdf)
- Agustini, Erni. 2005. Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah, hal. 89-110
- Azhari. 2002. Masalah Abortus dan Reproduksi pada Perempuan. Seminar Kelahiran Tidak Diinginkan dalam Kesejahteraan Reproduksi Remaja. Palembang.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (BPPK Depkes RI). 2007. Hasil Riset Kesehatan Dasar Propinsi Sumatera Barat, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (BPPK Depkes RI). 2007. Pedoman Pengisian Kuesioner Riset Kesehatan Dasar Propinsi Sumatera Barat, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (BPPK Depkes RI). 2007. Pedoman Pengawas Pengisian Kuesioner Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat, Jakarta.
- Center for Reproductive Rights (CRR). 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 (CDCP). 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.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). 2004. Sistem Kesehatan Nasional. Cetakan Keempat. Direktur Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Prinsip Pengelolaan Program KIA. Dalam: Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Jakarta. Hal. 1-11.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). 2008. Profil Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2008. Profil Dinas Kesehatan Kesehatan Kota Padang. Padang.

- Djaya S, Surjadi C, Susilawati C (Editor). 2002. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi : Panduan untuk anggota Legislatif dan Partai Politik di Jakarta, Bandung, Surabaya dan Mataram. Jaringan Epidemiologi Nasional bekerjasama dengan Ford Foundation. Jakarta. hal. 281-301.
- Hasnah, Triratnawati A. 2003. Penelusuran Kasus-kasus Kegawatdaruratan Obstetrik yang Berakibat Kematian Maternal. Studi Kasus di RSUD Purworejo, Jawa Tengah. Makara Kesehatan 7(2), hal. 38-47.
- Ito M. 2001. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia. Kasus Kematian Ibu Hamil di Sulawesi Selatan. Analisis Tahunan (II)3, hal. 129-49.
- Lawn J, et.all. 2002. The Healthy Newborn, CDC, CCHI, The Health Unit Care.
- Lingmei Z, Hui D. 1988. Analisis of the Cause of Maternal Death in China. Bulletin of World Health Organization 66(3), page 387-90.
- 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, hal.100-4.
- Roeshadi RH, 2006. Upaya Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Ibu pada Penderita Preeklamsia dan Eklamsia. Diakses dari: <http://www.usu-repository.com>
- Rochjati P. 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, hal. 258-75.
- Royston E, Armstrong S (Editor). 1994. Pencegahan Kematian Ibu Hamil. Jakarta : Binarupa Aksara.
- 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, hal. 221-42.
- Soemantri S, dkk. 2004. Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Surjaningrat S. 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, hal. 199-220.

Tobing BL. Luaran ibu dan Anak pada Persalinan Terdaftar dan Tidak Terdaftar di RSUP H. Adam Malik dan RS. Dr. Pirngadi Medan. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Medan. Diakses dari : <http://www.library.usu.ac.id/download/fk/obstetri-bonar.pdf>

United Nations Found of Population Activity (UNFPA). 2003. Maternal Mortality Update 2002 a Focus on Emergency Obstetric Care. New York : UNFPA

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2004. Surviving Childbirth and Pregnancy in South Asia.

Ulvi, dkk, 2008. Studi Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007. Faktor Determinan dan Masalahnya. Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se Sumatera Barat bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan Politeknik Kesehatan Padang. Padang.

United Nations Found of Population Activity (UNFPA). 2006. Maternal Mortality Update 2006, Investing in Midwives and Others with Midwifery Skill. New York : UNFPA.

World Health Organization (WHO). 2007. Maternal Mortality in 2005. Switzerland : WHO Press.

LAMPIRAN 1

PEDOMAN PENGUMPULAN DATA

PENELITIAN PENGARUH KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN (KEBIDANAN) DI KOTA PADANG PADA TINGKAT PELAYANAN DASAR YANG DIDAPATKAN IBU TERHADAP KEJADIAN KEMATIAN IBU SELAMA TAHUN 2008

I. Entri penelitian

Pewawancara melapor ke kantor pemerintahan setempat (Kecamatan/ Kelurahan/Desa) untuk mendapat petunjuk rumah tangga sampel dan jika diperlukan dapat meminta bantuan staf puskesmas setempat atau kader kesehatan untuk memandu dalam mencari lokasi rumah tangga sampel untuk memperlancar pelaksanaan pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara terstruktur yang bertujuan mengumpulkan informasi dengan cara bertanya secara langsung kepada responden menggunakan kuesioner terstruktur.

II. Persiapan sebelum kunjungan lapangan

- Kartu identitas, surat tugas, surat ijin penelitian dan surat pemberitahuan pelaksanaan pengumpulan data.
- Kuesioner lengkap dan pedoman pengisian kuesioner.
- *Informed consent*
- Interviewer kit: alat tulis (pensil 2B, karet penghapus, rautan), tas.

III. Pelaksanaan kunjungan lapangan.

- Jika anggota rumah tangga pindah ke alamat lain tetapi masih terjangkau, maka RT tersebut tetap diambil sebagai sampel.
- Rumah dari anggota rumah tangga sampel tertutup dan tetangga mengatakan bahwa mereka pergi untuk jangka waktu yang lama (lebih dari 1 bulan) atau telah dilakukan 3 kali kunjungan tidak dapat ditemui, maka tidak perlu ada penggantian sampel rumah tangga.
- Pada alamat tidak ditemukan rumah tangga sampel dan tetangga mengatakan bangunan telah terkena bencana, sedangkan rumah tangga tersebut pindah ke alamat yang masih terjangkau maka rumah tangga tersebut tetap diwawancarai. Jika rumah tangga sampel tersebut tinggal di luar jangkauan, maka dituliskan hal

ini pada kolom catatan dan dimintakan pengesahan dari pamong/pejabat setempat.

- Pada saat wawancara akan dilakukan jika ART menyatakan tidak bersedia diwawancarai. Ditanyakan kepada ART kapan bersedia diwawancarai dan diusahakan sampai ART bersedia dengan membuat jadwal kunjungan ulang. Jika ART tetap menolak, dicatat alasan penolakan dan mintakan pengesahan dari pamong/ pejabat setempat.
- ART cacat/sakit sehingga tidak dapat diwawancarai, wawancara dapat diwakilkan pada ART lain yang paling mengetahui kondisi responden. Dituliskan alasan mengapa diwakilkan, dan dicatat nama ART yang mewakili.

IV. Pengendalian mutu hasil wawancara

Pengendalian mutu dicapai dengan cara hasil wawancara dilakukan *editing* segera setelah selesai pengumpulan data dan diteliti kelengkapan dan konsistensi jawaban dari kuesioner yang telah diisi, segera setelah dilakukan wawancara.

V. Etika wawancara dalam pengumpulan data

- Pewawancara harus menghormati norma sosial setempat.
- Menerangkan secara jelas tujuan wawancara sehingga responden dapat memahami tujuan pelaksanaan penelitian. Diminta persetujuan dari ART atau yang mewakili bahwa mereka tidak keberatan atau secara sukarela setuju untuk diwawancarai. Bila setuju, ART atau yang mewakili menandatangani/cap jempol pada lembar persetujuan (*informed consent*).
- Menciptakan suasana yang baik, memperhatikan dan bersikap netral terhadap respon dari ART, tidak memberi kesan memaksa, tidak emosi, tidak mengarahkan, menghindari percakapan yang menyimpang dan meminta maaf sebelumnya untuk pertanyaan yang sensitif serta setelah selesai melakukan wawancara mengucapkan terima kasih saat berpamitan.

VI. Penjelasan Kuesioner

- Riwayat kehamilan ibu didapatkan dari wawancara atau dari buku kesehatan ibu dan anak (KIA) yang dimiliki ibu.
- Kadar hemoglobin didapatkan dari buku KIA yang dimiliki ibu.
- Pelayanan kebidanan yang diterima ibu didapatkan dari wawancara atau dari buku KIA yang dimiliki ibu.

- Kepala rumah tangga (KRT) yang mempunyai tempat tinggal lebih dari satu, hanya dicatat di salah satu tempat tinggalnya di mana ia berada paling lama. Khusus untuk kepala rumah tangga yang mempunyai kegiatan/usaha di tempat lain dan pulang ke rumah istri dan anak-anaknya secara berkala (setiap minggu, setiap bulan, setiap 3 bulan) tetapi kurang dari 6 bulan, tetap dicatat sebagai KRT di rumah istri dan anak-anaknya. Jika KRT pulang ke rumah istri 6 bulan atau lebih, maka KRT diganti oleh salah satu ART yang berfungsi sebagai KRT (istri/ mertua/ orang tua/ anak yang sudah dewasa).
- Anggota rumah tangga (ART) yang telah bepergian 6 bulan atau lebih, dan ART yang bepergian kurang dari 6 bulan tetapi dengan tujuan pindah/akan meninggalkan rumah tangga 6 bulan atau lebih tidak dianggap sebagai ART. Orang yang telah tinggal di rumah tangga 6 bulan atau lebih atau yang telah tinggal di rumah tangga kurang dari 6 bulan tetapi berniat tinggal di rumah tangga tersebut 6 bulan atau lebih dianggap sebagai ART.
- Jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat diisikan berapa kilometer jarak rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.
- Waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat diisikan berapa lama (hitungan dalam menit atau jam) waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, baik menggunakan maupun tidak menggunakan kendaraan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat tersebut.
- Jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes) diisikan berapa kilometer/ meter jarak rumah dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.
- Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (Posyandu, Poskesdes, Polindes) diisikan berapa lama (hitung dalam menit atau jam) waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (UKBM), baik menggunakan maupun tidak menggunakan kendaraan ke fasilitas pelayanan kesehatan UKBM terdekat tersebut. (Posyandu, Poskesdes, Polindes)
- Memanfaatkan pelayanan Posyandu/Poskesdes adalah menggunakan Posyandu/ Poskesdes sebagai pengguna (bukan sebagai petugas/ *provider*), untuk pelayanan. Contoh, bila responden adalah kader Posyandu/ Poskesdes, maka sebagai pengguna, kader tersebut memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes

untuk pemeriksaan pada dirinya sendiri dan atau anggota keluarganya, bukan memanfaatkan sebagai *provider*. Lingkari satu kode jawaban sesuai jawaban responden : Ya atau Tidak.

- Jika Ya, jenis pelayanan apa saja yang diterima?
 - Penimbangan: ibu pernah ditimbang di Posyandu/ Poskesdes.
 - Penyuluhan: Ibu menerima penyuluhan saat memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes. Penyuluhan bias berkaitan dengan gizi, , imunisasi, keluarga berencana.
 - Imunisasi: Ibu hamil memperoleh imunisasi saat berkunjung ke Posyandu/ Poskesdes.
 - Pelayanan KIA: ibu memperoleh layanan KIA, yaitu layanan pada ibu hamil, bersalin dan nifas.
 - KB: ibu memperoleh layanan KB, yang meliputi pelayanan dan distribusi kontrasepsi, pemeriksaan KB dan konseling KB.
 - Suplementasi gizi (Fe): ibu memperoleh tablet besi (Fe)
 - Konsultasi risiko penyakit: ibu ikut dalam kegiatan Posyandu/ Poskesdes untuk berkonsultasi risiko penyakit yang berhubungan dengan kehamilannya dan persalinan.
- Jika tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/ Poskesdes, apakah alasan utamanya? Tidak memanfaatkan berarti tidak pernah menggunakan Posyandu/ Poskesdes untuk pelayanan kebidanan selama kehamilannya. Alasan utama (jawaban hanya satu) ibu tidak memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes, sesuai dengan yang dinyatakan oleh responden.
- Memanfaatkan adalah menggunakan Polindes sebagai pengguna (bukan sebagai petugas/provider), untuk pelayanan kesehatan. Contoh, bila responden adalah tenaga kesehatan di desa atau tenaga yang bekerja di Polindes, maka sebagai pengguna, tenaga kesehatan tersebut memanfaatkan Polindes untuk pemeriksaan pada dirinya sendiri, bukan memanfaatkan sebagai provider.
- Jika tidak memanfaatkan pelayanan Polindes apakah alasan utamanya? Tidak memanfaatkan berarti ibu tidak pernah menggunakan Polindes. Alasan utama (jawaban hanya satu) tidak memanfaatkan Polindes sesuai dengan yang dinyatakan oleh responden.

LAMPIRAN 2

NASKAH PENJELASAN

PENELITIAN PENGARUH KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN DI KOTA PADANG PADA TINGKAT PELAYANAN DASAR YANG DIDAPATKAN IBU TERHADAP KEJADIAN KEMATIAN IBU SELAMA TAHUN 2008

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelayanan kebidanan yang didapatkan ibu terhadap kematian ibu di Kota Padang tahun 2008 dengan sasaran adalah rumah tangga dan anggota rumah tangga yang mengalami kejadian kematian ibu. Akan dilakukan wawancara, pada kepala rumah tangga atau anggota rumah tangga. Wawancara meliputi keterangan diri, riwayat kematian ibu dalam rumah tangga, riwayat kehamilan sekarang, akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku terhadap pelayanan kesehatan.

Semua informasi dan hasil pemeriksaan yang berkaitan dengan keadaan kesehatan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan dirahasiakan dan disimpan di Bagian/SMF Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RS.Dr.M.Djamil Padang dan hanya digunakan untuk pengembangan kebijakan program kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Bila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian ini, dapat menghubungi Bagian/SMF Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RS.Dr.M.Djamil Padang dengan kontak personal Dr. H. Ariadi, SpOG.

Keterangan:

Naskah Penjelasan hanya diberikan 1 (satu) setiap rumah tangga yang diwawancarai dan dapat dibacakan beberapa kali untuk masing-masing responden.

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP) / (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

.....

Setelah mendapat penjelasan dan memahami penelitian **Pengaruh Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Kebidanan di Kota Padang Pada Tingkat Pelayanan Dasar Yang Didapatkan Ibu Terhadap Kejadian Kematian Ibu Selama Tahun 2008**, Saya mengerti bahwa partisipasi Saya dilakukan secara sukarela dan dapat menolak atau mengundurkan diri sewaktu- waktu tanpa sanksi apapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran serta tanpa tekanan dari pihak manapun.

Padang,20...

Peneliti,
(Dr. H. Ariadi, SpOG)

Saya yang menyatakan,
(.....)

Saksi-saksi,

1. (.....)

2. (.....)

Keterangan:

- PSP dibuat 2 rangkap, untuk: responden 1 lembar dan pewawancara 1 lembar
- Diluar pewawancara, bisa hadir orang yang mempunyai hubungan keluarga, tetangga atau kader kesehatan.

**PENGARUH KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN
DI KOTA PADANG PADA TINGKAT PELAYANAN DASAR
YANG DIDAPATKAN IBU TERHADAP KEJADIAN KEMATIAN IBU SELAMA TAHUN 2008**

Rahasia

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

LAMPIRAN 3

Kasus

Kontrol

No. Kasus :

I. IDENTITAS								
IDENTITAS IBU								
Nama Ibu								
Umur saat meninggal								
Tanggal/Jam/Bulan Meninggal								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan	Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>							
Umur saat menikah								
IDENTITAS KEPALA RUMAH TANGGA								
Nama								
Umur								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan	Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>							
Pendapatan per bulan								
Hubungan dengan Ibu								
IDENTITAS RESPONDEN								
Nama								
Umur								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan	Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>							
Hubungan dengan Ibu								
II. RIWAYAT KEHAMILAN IBU								
A. STATUS UMUM								
1	Status Gizi	Berat Badan :				LILA :		
		Tinggi Badan :						
B. STATUS REPRODUKSI								
2	Umur saat hamil	< 20 tahun <input type="checkbox"/>		20-35 tahun <input type="checkbox"/>		> 35 tahun <input type="checkbox"/>		
3	Riwayat menggunakan alat kontrasepsi	Pil	Suntik	AKDR	Susuk	Senggama terputus dan/atau kontrasepsi pasca senggama	Pantang berkala	Tidak Ada
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. RIWAYAT PERKAWINAN DAN KEHAMILAN								
4	Usia pertama kali melahirkan:	a. < 20 tahun <input type="checkbox"/>		b. 20-35 tahun <input type="checkbox"/>		c. ≥ 35 tahun <input type="checkbox"/>		
5	Paritas:	a. ≤ 2 orang <input type="checkbox"/>		b. 2-4 orang <input type="checkbox"/>		c. ≥ 5 orang <input type="checkbox"/>		
6	Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya (jika melahirkan lebih dari 1 kali):	a. > 2 tahun <input type="checkbox"/>			b. < 2 tahun <input type="checkbox"/>			
D. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG								

**PENGARUH KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN
DI KOTA PADANG PADA TINGKAT PELAYANAN DASAR
YANG DIDAPATKAN IBU TERHADAP KEJADIAN KEMATIAN IBU SELAMA TAHUN 2008**

Rahasia

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN

LAMPIRAN 3

Kasus

Kontrol

No. Kasus :

I. IDENTITAS								
IDENTITAS IBU								
Nama Ibu								
Umur saat meninggal								
Tanggal/Jam/Bulan Meninggal								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan		Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>						
Umur saat menikah								
IDENTITAS KEPALA RUMAH TANGGA								
Nama								
Umur								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan		Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>						
Pendapatan per buian								
Hubungan dengan Ibu								
IDENTITAS RESPONDEN								
Nama								
Umur								
Alamat								
Pekerjaan								
Pendidikan		Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/>						
Hubungan dengan Ibu								
II RIWAYAT KEHAMILAN IBU								
A. STATUS UMUM								
1	Status Gizi	Berat Badan :				LILA :		
		Tinggi Badan :						
B. STATUS REPRODUKSI								
2	Umur saat hamil	< 20 tahun <input type="checkbox"/>		20-35 tahun <input type="checkbox"/>		> 35 tahun <input type="checkbox"/>		
3	Riwayat menggunakan alat kontrasepsi	Pil	Suntik	AKDR	Susuk	Senggama terputus dan/atau kontrasepsi pasca senggama	Pantang berkala	Tidak Ada
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. RIWAYAT PERKAWINAN DAN KEHAMILAN								
4	Usia pertama kali melahirkan:	a. < 20 tahun <input type="checkbox"/>		b. 20-35 tahun <input type="checkbox"/>		c. ≥ 35 tahun <input type="checkbox"/>		
5	Paritas:	a. ≤ 2 orang <input type="checkbox"/>		b. 2-4 orang <input type="checkbox"/>		c. ≥ 5 orang <input type="checkbox"/>		
6	Jarak kehamilan dengan persalinan sebelumnya (jika melahirkan lebih dari 1 kali):	a. > 2 tahun <input type="checkbox"/>			b. < 2 tahun <input type="checkbox"/>			
D. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG								

7	Usia kehamilan:	a. < 28 minggu	<input type="checkbox"/>	c. 37 minggu - 42 minggu	<input type="checkbox"/>
		b. 28 minggu - 37 minggu	<input type="checkbox"/>	d. > 42 minggu	<input type="checkbox"/>
8	Kadar Haemoglobin (Hb) saat hamil:	a. < 11 mg/dl	<input type="checkbox"/>	b. > 11 mg/dl	<input type="checkbox"/>
9	Riwayat penyakit penyerta:				
	a. Tekanan darah tinggi	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Diabetes mellitus	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Jantung	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Ginjal	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Tidak ada				<input type="checkbox"/>
10	Penyakit infeksi kronis yang pernah diderita:	a. Kehilangan Kekebalan Tubuh (AIDS)	<input type="checkbox"/>	d. Penyakit parasit (Malaria)	<input type="checkbox"/>
		b. Tuberkulosis (TB)	<input type="checkbox"/>	e. Lainnya	
		c. Infeksi menular seksual	<input type="checkbox"/>	Tidak ada	
11	Saat kehamilan, apakah ibu mengalami komplikasi :				
	a. Tekanan darah tinggi	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Kejang	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Perdarahan	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Nyeri perut hebat	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Pusing, lemah, lesu	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Kurus	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Demam	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	h. Sesak nafas (asma)	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	i. Infeksi Paru	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	j. Kehamilan Lewat Bulan	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	k. Kehamilan Letak Sunsang	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	l. Kehamilan Letak Lintang	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
12	Saat persalinan, apakah ibu mengalami komplikasi :				
	a. Sulit ketika melahirkan	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Perdarahan	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Ketuban pecah dini	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Kejang	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Tekanan darah tinggi	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Nyeri perut hebat	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Demam	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	h. Sesak nafas (asma)	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	i. Kelainan jantung	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	j. Lainnya :				<input type="checkbox"/>
13	Setelah persalinan, apakah ibu mengalami komplikasi:				
	a. Perdarahan	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	b. Kejang	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Tekanan darah tinggi	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Nyeri perut hebat	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	e. Demam	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	f. Sesak nafas (asma)	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	g. Kelainan jantung	1. Ya	<input type="checkbox"/>	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
				3. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	h. Lainnya :				<input type="checkbox"/>

III. AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

14	Apakah suami mempergunakan kontrasepsi?	a. Ya	<input type="checkbox"/>	b. Tidak	<input type="checkbox"/>
15	Apakah ada persiapan anggaran khusus untuk biaya persalinan?	a. Ya	<input type="checkbox"/>	b. Tidak	<input type="checkbox"/>
16	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana kesehatan terdekat? (Puskesmas, Pustu, Balai Pengobatan)Kilometer			
17	Berapa waktu tempuh ke sarana kesehatan terdekat? (Puskesmas, Pustu, Balai Pengobatan) Menit			
18	Berapa jarak yang harus ditempuh ke sarana kesehatan terdekat?	Kilometer			

	(Posyandu, Poskesdes, Polindes) KILOMETER	
19	Berapa waktu tempuh ke sarana kesehatan terdekat? (Posyandu, Poskesdes, Polindes) Menit	
20	Siapakah yang memutuskan dalam rumah tangga ibu untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan?		
21	Apakah ibu pernah memanfaatkan pelayanan Posyandu/Poskesdes/Polindes dalam kehamilan? (kehamilan dalam kurun waktu tahun 2008)	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
22	Jika ya, jenis pelayanan kebidanan apa saja yang diterima? (berdasarkan Buku Kesehatan Ibu Anak/KIA)		
	a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Ukur tekanan darah	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	c. Skrining status imunisasi tetanus (pemberian imunisasi Tetanus Toksoid)	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	d. Ukur tinggi fundus uteri	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	e. Pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan)	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	f. Temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling)	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	g. Tes laboratorium sederhana dan penyakit menular seksual	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
	h. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ)	a. Ya <input type="checkbox"/>	b. Tidak <input type="checkbox"/>
23	Jumlah kunjungan <i>ante natal care</i> :	a. < 4 x kunjungan <input type="checkbox"/>	b. > 4 x Kunjungan <input type="checkbox"/>
		c. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
24	Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) selama kehamilan	a. 1x <input type="checkbox"/>	b. 2x <input type="checkbox"/>
		c. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
25	Jika tidak memanfaatkan pelayanan Posyandu/Poskesdes/Polindes, apakah alasan utamanya:		
	a. Letak Posyandu/Poskesdes/Polindes terlalu jauh	<input type="checkbox"/>	d. Tidak membutuhkan <input type="checkbox"/>
	b. Tidak ada Posyandu/Poskesdes/Polindes	<input type="checkbox"/>	e. Lainnya:
	c. Pelayanan Posyandu/Poskesdes/Polindes tidak lengkap	<input type="checkbox"/>	
26	Selama kehamilan sampai melahirkan dan setelah melahirkan, dimanakah ibu menjalani rawat inap terakhir?		
	a. Puskesmas <input type="checkbox"/>	c. Polindes <input type="checkbox"/>	e. Bidan praktek swasta <input type="checkbox"/>
	b. Pustu <input type="checkbox"/>	d. Balai pengobatan <input type="checkbox"/>	f. Pengobatan Tradisional <input type="checkbox"/>
			g. Lainnya:
27	Dari manakah sumber biaya untuk rawat inap tersebut?		
	a. Biaya sendiri <input type="checkbox"/>	c. JPKM/JAMKESMAS <input type="checkbox"/>	
	b. ASKES Pegawai Negri/FOLRI/TNI/swasta <input type="checkbox"/>	d. Sumber lainnya.....	
28	Siapakah yang menolong ibu ketika melahirkan?	a. Dokter <input type="checkbox"/>	d. Dukun <input type="checkbox"/>
		b. Bidan/Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan <input type="checkbox"/>	e. Keluarga <input type="checkbox"/>
		c. Perawat/Tenaga kesehatan yang tidak memiliki kompetensi kebidanan <input type="checkbox"/>	f. Lainnya :
29	Apakah persalinan ibu dirujuk?	a. Tidak dirujuk <input type="checkbox"/>	
		b. Dirujuk <input type="checkbox"/>	
30	Dimanakah Ibu melahirkan?	a. Rumah sakit <input type="checkbox"/>	f. Bidan praktek swasta <input type="checkbox"/>
		b. Puskesmas <input type="checkbox"/>	g. Ruman sendiri <input type="checkbox"/>
		c. Pustu <input type="checkbox"/>	h. Perjalanan <input type="checkbox"/>
		d. Polindes <input type="checkbox"/>	i. Lainnya :
		e. Balai Pengobatan <input type="checkbox"/>	
31	Jenis Persalinan:	a. Pervaginam dengan spontan <input type="checkbox"/>	d. Seksio sesaria <input type="checkbox"/>
		b. Pervaginam dengan barituan alat <input type="checkbox"/>	e. Kehamilan diluar rahim <input type="checkbox"/>
		c. Kuretase <input type="checkbox"/>	f. Tidak ada <input type="checkbox"/>
32	Dimanakah tempat meninggalnya ibu?	a. Rumah sakit <input type="checkbox"/>	f. Bidan praktek swasta <input type="checkbox"/>
		b. Puskesmas <input type="checkbox"/>	g. Ruman sendiri <input type="checkbox"/>
		c. Pustu <input type="checkbox"/>	h. Perjalanan <input type="checkbox"/>
		d. Polindes <input type="checkbox"/>	i. Lainnya :
		e. Balai Pengobatan <input type="checkbox"/>	

KETERANGAN MASTER TABEL

Persiapan biaya	Menggunakan pelayanan	Pelayanan kebidanan	Jumlah kunjungan	Imunisasi TT	Tidak menggunakan pelayanan	Rawat inap	Sumber biaya	Penolong
1 = Ya 2 = Tidak	1 = Ya 2 = Tidak	1 = Timbang 2 = Tekanan Darah 3 = Imunisasi 4 = Tinggi Fundus Uteri 5 = Zat besi 6 = Komunikasi 7 = Labor 8 = Denyut Jantung Janin	1 = < 4 2 = > 4 3 = Tidak ada	1 = 1 2 = 2 3 = Tidak ada	1 = Jauh 2 = Tidak ada 3 = Tidak lengkap 4 = Tidak perlu	1 = Puskesmas 2 = Polindes 3 = Puskesmas Pembantu 4 = Balai Pengobatan 5 = Bidan 6 = Tradisonal 7 = Rumah Sakit 8 = Rumah	1 = Sendiri 2 = Askes 3 = Dana sehat 4 = Askeskin	1 = Dokter 2 = Bidan 3 = Perawat 4 = Dukun 5 = Keluarga

Merujuk	Melahirkan	Jenis Persalinan	Meninggal
1 = Tidak dirujuk 2 = Dirujuk	1 = Rumah Sakit 2 = Puskesmas 3 = Pustu 4 = Polindes 5 = Balai Pengobatan 6 = Bidan 7 = Rumah 8 = Jalan	1 = Spontan 2 = Spontan + Alat 3 = Kuret 4 = Seksio sesaria 5 = KET 6 = Tidak ada	1 = Rumah Sakit 2 = Puskesmas 3 = Pustu 4 = Polindes 5 = Balai Pengobatan 6 = Bidan 7 = Rumah 8 = Jalan