

**SKRIPSI
NOVEMBER 2012**

**KORELASI ANTARA GERAKAN SAYANG IBU DENGAN PENURUNAN
ANGKA KEMATIAN IBU DI SULAWESI SELATAN**



**OLEH :
ANDI SUWASTI
C 111 07 211**

**PEMBIMBING :
DR.dr. H. A. Armyn Nurdin. M.Sc**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

PANITIA SIDANG UJIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

Skripsi dengan judul “**KORELASI ANTARA GERAKAN SAYANG IBU (GSI) DENGAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) DI SULAWESI SELATAN**”, telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 30 November 2012

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

Ketua Tim Penguji,

Dr.dr. H.A.Armyr Nurdin, M,Sc

Anggota Tim Penguji,

dr. Sri Ramadhany, M.Kes

dr. M. Rum Rahim, M.Kes

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU KEDOKTERAN
KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi:

**“KORELASI ANTARA GERAKAN SAYANG IBU (GSI) DENGAN
PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) DI SULAWESI SELATAN”**

Makassar, November 2012

Pembimbing,

Dr.dr.H.A.Armyrn Nurdin,M,Sc

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan Judul : “ KORELASI ANTARA GERAKAN SAYANG IBU
DENGAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DI SULAWESI SELATAN”

OLEH Nama : ANDI SUWASTI

Stambuk :C111 07 211

Telah disetujui untuk dibacakan pada Seminar Hasil di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Dan Ilmu Kedokteran Komunitas fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, pada :

HARI/ TANGGAL : Jumat, 30 November 2012

PUKUL :13.00 WITA

TEMPAT : Ruang Seminar PB.622 IKM dan IKK FK UNHAS

Makassar, November 2012

Mengetahui
Pembimbing,

DR.dr. H. A. Armyn Nurdin. M.Sc

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Dan Ilmu Kedokteran Komunitas
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Skripsi, November 2012**

ABSTRAK

Andi Suwasti (C11107211)

”Korelasi Hubungan Gerakan Sayang Ibu (GSI) Dengan Angka Kematian Ibu (AKI) Di Sulawesi Selatan”

Kematian maternal adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan. Angka kematian ibu berperan besar dalam mewujudkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi dan diperkirakan tidak mencapai target MDGs 2015. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa pada tahun 2011 angka kematian ibu masih sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup dengan demikian diperkirakan bahwa tidak akan mencapai target MDGs seperti yang direncanakan. Dalam rangka untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), pemerintah melaksanakan program yang diberi nama Gerakan Sayang Ibu (GSI). GSI merupakan suatu gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat, bekerjasama dengan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan, terutama mempercepat penurunan angka kematian maternal karena hamil, melahirkan dan nifas serta penurunan angka kematian bayi. Komponen dari Gerakan Sayang Ibu (GSI) antara lain : kemitraan bidan dan dukun, jampersal, kader GSI, rumah singgah, tim GSI, ulama GSI dan ambulans desa.

Kata Kunci : Gerakan Sayang Ibu (GSI), Angka Kematian Ibu (AKI).

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya jualah penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas kepaniteraan klinik pada Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Terima kasih dengan tulus ikhlas kepada ayahanda Ir. H. Andi Amin Manggabarani dan ibunda Ir. Hj. Andi Bau Aidar, beserta saudara-saudaraku tersayang, Andi Risiko Amalia, Andi Berkah, Andi Ifad dan Andi Usman yang telah dengan sabar, tabah dan penuh kasih sayang serta selalu memanjatkan doa dan dukungannya selama masa studi penulis sekalipun terpisah oleh jarak.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan terima kasih yang mendalam kepada Bapak DR.dr. H. A. Armyn Nurdin. M.Sc, selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dengan tekun dan sabar memberikan arahan, koreksi dan bimbingannya tahap demi tahap penyusunan skripsi ini. Waktu yang beliau berikan merupakan kesempatan berharga bagi penulis untuk belajar.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya, juga penulis sampaikan kepada:

1. Ketua bagian dan seluruh staf dosen Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar.
2. Pimpinan dan staf-staf Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar.

3. Gubernur Sulawesi Selatan cq. Kepala Balitbangda Propinsi Sulawesi Selatan.
4. Seluruh keluarga dan dosen-dosen penulis yang juga telah memberikan dorongan dan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Moh. Rifandy Wahyu Nugraha Dwi Laksono Maksom buat doa dan dukungan serta bantuannya selama ini.
6. Teman-teman seminggu penulis di Bagian IKM-IKK
7. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari yang diharapkan, untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis menerima kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Namun demikian, dengan segala keterbatasan yang ada mudah-mudahan skripsi ini ada manfaatnya. Akhirnya penulis hanya dapat berdoa semoga Allah SWT memberikan imbalan yang setimpal kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Amin.

Makassar, 29-11-2012

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
BAB III. KERANGKA KONSEP.....	49
3.1 Kerangka Konsep.....	49
3.2 Hipotesis.....	50
3.3 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	50
BAB IV. METODE PENELITIAN.....	54
4.1 Jenis Penelitian.....	54

4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	54
4.3 Populasi dan Sampel.....	54
4.4 Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	56
BAB V GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	57
5.1 Kabupaten Bantaeng.....	57
5.2 Kabupaten Bulukumba	58
5.3 Kota Palopo.....	59
5.4 Kabupaten Enrekang.....	59
5.5 Kabupaten Pangkep.....	60
5.6 Kabupeten Sidrap.....	60
BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.....	62
6.1 Hasil Penelitian.....	62
6.2 Pembahasan Penelitian.....	78
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	88
7.1 Kesimpulan.....	88
7.2 Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1 Data Cakupan Kia Gsi Kelurahan Bonto Langkasa.....	64
Tabel 6.2 Data Ambulans Kelurahan Bonto Langkasa.....	64
Tabel 6.3 Data Dasar KIA GSI Kecamatan Rilau Ale Tahun 2011 Kabupaten Bulukumba.....	68
Tabel 6.4 Data Dasar KIA GSI Kecamatan Rilau Ale Tahun 2012 Kabupaten Bulukumba.....	69
Tabel 6.5 Tabel Pemantauan wilayah Setempat (PWA-KIA) Gerakan Sayang Ibu (GSI) tahun 2010.....	70
Tabel 6.6 Tabel Pemantauan wilayah Setempat (PWA-KIA) Gerakan Sayang Ibu (GSI) tahun 2011.....	70
Tabel 6.7 Komponen GSI Kecamatan Baroko.....	71
Tabel 6.8 Komponen GSI Desa Tongko.....	71
Tabel 6.9 Komponen Gsi Desa Baroko.....	71
Tabel 6.10 Komponen GSI Desa Patongloan.....	72
Tabel 6.11 Data Cakupan K1,K2,Pn,Kn1,Kn2,Kn Desa Tongko Tahun 2011.....	72
Tabel 6.12 Data Cakupan K1,K2,Pn,Kn1,Kn2,Kn Desa Tongko Tahun 2012.....	72
Tabel 6.13 Data Kegiatan Kebidanan Dan Perinatologi Rsu Massenrempulu Enrekang Tahun 2011.....	73
Tabel 6.14 Luaran (Output) Dan Dampaknya.....	77

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Undangan seminar proposal skripsi mahasiswa
- Lampiran 2 Surat izin melakukan penelitian
- Lampiran 3 Surat keterangan melakukan penelitian
- Lampiran 4 Undangan ujian skripsi mahasiswa
- Lampiran 5 Riwayat hidup penulis
- Lampiran 6 Prosedur tetap
- Lampiran 7 Data

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Angka kematian ibu berperan besar dalam mewujudkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi dan diperkirakan tidak mencapai target MDGs 2015. Angka kematian ibu pada tahun 1999 adalah 390 per 100.000 kelahiran dan harus diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 sesuai dengan target MDGs. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa pada tahun 2011 angka kematian ibu masih sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup dengan demikian diperkirakan bahwa tidak akan mencapai target MDGs seperti yang direncanakan. Tingginya angka kematian ibu disebabkan oleh berbagai macam faktor berdasarkan teori Bloom angka kematian ibu disebabkan oleh 4 faktor utama yaitu :

1. Faktor lingkungan
2. Faktor genetik
3. Faktor pelayanan kesehatan
4. Faktor perilaku, disamping faktor dari ibu itu sendiri.

Dari faktor ibu penyebab langsung kematian ibu hamil adalah perdarahan, infeksi, eklamsia, partus lama. Dan penyebab tidak langsung adalah keadaan sosial

ekonomi dan kesehatan menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, serta tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetric. Terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan.

Dari teori Bloom diketahui bahwa faktor lingkungan sosial budaya termasuk peran serta masyarakat berperan sangat signifikan dalam terjadinya kematian ibu. Peranan pemerintah tingkat kecamatan dan kelurahan, yang berperan di dalam partisipasi masyarakat untuk mendukung ibu hamil sangat dibutuhkan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu. Peranan kader GSI yang melakukan pembinaan kepada ibu hamil dan bayi serta memberikan pelayanan non medis sangat berpengaruh terhadap penurunan angka kematian ibu. Sejauh ini diketahui bahwa penyebab utama kematian ibu yang terkait dengan faktor sosial budaya adalah dikenal dengan istilah 4 terlambat yaitu : pertama, terlambat bila mengetahui apakah ibu hamil mengalami resiko tinggi atau tidak. Masyarakat tidak mengetahui kapan seharusnya ibu hamil tersebut dirujuk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Kedua, terlambat didalam mengambil keputusan apakah ibu hamil tersebut dirujuk atau tidak. Keputusan biasanya ditentukan oleh suami atau orang tua dari ibu hamil tersebut dan dibutuhkan diskusi yang panjang dalam menetapkan dirujuk atau tidaknya ibu hamil. Beberapa budaya lokal berpengaruh negative terhadap kesehatan

ibu hamil seperti adanya pantangan untuk membawa ibu hamil ke sarana kesehatan. Hal ini juga dipengaruhi oleh dukun bersalin yang masih sangat didengar pendapatnya oleh keluarga. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk ini mengakibatkan banyak ibu hamil yang meninggal dirumah akibat pendarahan atau penyebab lainnya. Dan keterlambatan yang ketiga adalah keterlambatan di dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang komperhensif pada saat ibu hamil tersebut dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit. Dengan demikian apabila pihak keluarga telah memutuskan ibu hamil tersebut yang sudah dalam keadaan emergency untuk dirujuk dan kadangkala rujukan tidak dapat berjalan oleh karena tidak adanya transportasi untuk membawa ibu hamil ke sarana pelayanan kesehatan dan apabila ibu hamil tersebut telah tiba di pelayanan kesehatan maka sangat sering terjadi keterlambatan di dalam memberikan pelayanan emergency obstetric yang disebabkan oleh karena tidak adanya tenaga kesehatan professional seperti dokter atau dokter ahli obstetric dan ginekologi pada saat ibu hamil telah tiba dirumah sakit. Kalaupun tenaga kesehatan berada di sarana pelayanan kesehatan pada saat ibu hamil tiba di rumah sakit atau puskesmas sering kali terkendala oleh fasilitas rumah sakit seperti tidak tersedianya sarana untuk melakukan seksio sesar pada ibu hamil yang mengalami pendarahan akibat plasenta previa atau letak janin yang tidak normal serta kesulitan dalam persalinan lainnya.

Intinya, terlambat mendiagnosa kalau resiko tinggi, terlambat mengambil keputusan persetujuan keluarga, keterlambatan transportasi dan keterlambatan sarana prasarana.

Semua faktor keterlambatan tersebut sesungguhnya dapat diatasi dengan melakukan pendekatan kedokteran keluarga. Apabila ibu hamil memiliki dokter keluarga maka dokter akan membina ibu hamil tersebut tidak saja dari aspek medis tetapi juga dari aspek non medis seperti aspek lingkungan sosial, lingkungan, budaya dan aspek lain yang dapat mengatasi adanya 4 terlambat diatas. Seorang dokter keluarga akan melakukan pemeriksaan rutin kepada ibu hamil dan akan mendeteksi secara dini apakah ibu hamil tersebut memiliki resiko tinggi atau ibu hamil normal. Hasil diagnosis ini merupakan bahan untuk dokter keluarga untuk melakukan konseling kepada ibu hamil, suami, orang tua dari ibu hamil, mertua dan dukun bersalin. Konseling ini sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil dan seluruh keluarganya tentang resiko yang akan dihadapi oleh ibu hamil tersebut dan solusi yang dibutuhkan. Dokter keluarga akan melakukan diskusi dengan seluruh anggota keluarga untuk memutuskan bahwa ibu hamil tersebut harus dirujuk ke rumah sakit menjelang persalinan sesuai berdasarkan taksiran partus yang telah dihitung oleh dokter keluarga. Dengan demikian keputusan untuk dirujuk sudah dapat diambil jauh hari sebelum kegawatdaruratan terjadi. Untuk memonitoring ibu hamil apakah telah mengalami kejadian emergency maka dokter keluarga akan melatih suami dan ibu hamil dijadikan sebagai suami siaga yang merupakan singkatan dari

suami siap antar jaga. Artinya suami tersebut harus senantiasa mendampingi istrinya dan mengenali tanda-tanda emergency yang sebagaimana diajari oleh dokter keluarga (suami siap) . Selanjutnya apabila telah terjadi tanda-tanda awal emergency maka suami harus segera menghubungi pemilik kendaraan baik secara langsung maupun melalui tim bantuan komunikasi (bankom GSI). Dengan demikian suami berperan sebagai suami antar dan suami harus mendampingi istri serta bidan dan dukun untuk secara bersama-sama dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit dan menjaga istri untuk sewaktu waktu memberikan bantuan apabila diperlukan (suami jaga). Itulah yang dimaksud dengan suami siaga atau suami siap antar jaga. Namun demikian kadang kala setelah tiba di sarana pelayanan kesehatan ibu hamil tersebut masih membutuhkan waktu yang lama untuk inpartu atau untuk bersalin dan apabila di antar balik kerumah itu membutuhkan waktu yang lama dan berisiko untuk terjadinya keterlambatan dalam merujuk. Dengan demikian dibutuhkan rumah singgah yang berada disekitar rumah sakit. Rumah singgah ini merupakan rumah pribadi dari masyarakat yang merelakan salah satu kamarnya dijadikan tempat persinggahan bagi ibu hamil sebelum masuk ke rumah sakit.

Selama puluhan tahun, bahkan ratusan tahun belakangan ini peranan dukun bersalin terutama di pedesaan sangatlah tinggi. Masyarakat sangat mempercayai dukun dibandingkan petugas kesehatan. Hal ini disebabkan karena sang ibu hamil tersebut dilahirkan oleh dukun serta dipelihara oleh dukun mulai dari bayi sampai saat dia hamil sekarang, bahkan suami dan ibu hamil serta keluarga lainnya itu

ditolong oleh dukun tersebut pada saat dilahirkan. Bidan desa yang ditempatkan di pedesaan apalagi yang berasal dari luar desa tersebut akan mendapatkan penolakan yang keras dari masyarakat. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO ternyata bahwa angka kematian ibu dan bayi sangat tinggi di daerah dimana dukun bersalin berperan sangat besar di dalam melakukan penolong persalinan dibandingkan dengan desa yang memiliki tenaga kesehatan atau bidan yang melakukan pertolongan persalinan. Oleh karena itu melalui pendekatan dokter keluarga maka dilakukanlah program kemitraan antara bidan desa dengan dukun bersalin. Kemitraan itu dapat digambarkan sebagai kerjasama antara bidan dan dukun di dalam menolong persalinan dimana dukun yang menolong persalinan harus didampingi oleh bidan. Program ini pada awalnya mendapat tentangan karena peranan dukun akan bergeser atau berkurang termasuk penghasilan bagi dukun yang biasanya dibayar penuh oleh masyarakat yang ditolong oleh dukun tersebut. Disamping itu akan menurunkan citra dukun dimata masyarakat. Dokter keluarga dapat membantu memfasilitasi hal ini dengan cara memberikan pemahaman kepada dukun dan bidan bahwa mereka bekerja dengan pembagian tugas yang jelas yaitu mereka hanya boleh melakukan pertolongan persalinan yang normal berdasarkan hasil diagnosis dokter keluarga dan untuk ibu hamil yang beresiko tinggi dukun, bidan ,dan suami ibu hamil harus sepakat bahwa ibu hamil tersebut harus dirujuk ke rumah sakit atau puskesmas apabila sudah tiba waktu persalinan. Untuk mengatasi masalah income atau pendapatan dukun bersalin maka dokter keluarga yang umumnya adalah dokter puskesmas menetapkan kebijakan bahwa anggaran jampersal atau jaminan persalinan juga diberikan kepada

dukun sebagai reward yaitu apabila dukun menemukan ibu hamil dan melaporkan ke bidan maka dukun mendapatkan reward sebesar lima puluh ribu rupiah (bervariasi tergantung kondisi setempat) dan apabila dukun mengantar ibu hamil untuk antenatal care yang lengkap yaitu K1 (kunjungan pertama pada triwulan pertama) sampai dengan K4 (kunjungan keempat pada triwulan ketiga) maka dukun mendapatkan reward sebesar seratus ribu rupiah, serta apabila dukun mendampingi bidan dalam persalinan maka dukun mendapatkan reward sebesar dua ratus ribu rupiah, disamping pemberian dari keluarga ibu hamil secara sukarela oleh karena dukun berperan di dalam membersihkan pakaian dan upacara penanaman plasenta atau ari-ari. Dengan kebijakan dokter keluarga ini maka penghasilan dukun tidak akan terganggu dengan kebijakan jaminan peralihan.

Untuk mengatasi keterlambatan dalam memperoleh sarana transportasi maka dokter keluarga bekerja sama dengan camat dan lurah serta tokoh masyarakat lainnya untuk membentuk ambulans desa yaitu kendaraan atau angkutan umum milik salah satu warga di lingkungan tersebut akan dijadikan sebagai ambulans desa untuk merujuk ibu hamil tersebut. Dengan demikian ibu hamil dan pemilik kendaraan sudah saling mengetahui dan sepakat untuk menggunakan kendaraan tersebut apabila dibutuhkan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang pemikiran di atas, maka diperlukan suatu penelitian untuk mengetahui korelasi antara pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu (GSI) dengan penurunan angka kematian ibu di Sulawesi Selatan.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Umum :

Untuk mengetahui efektifitas Gerakan Sayang Ibu dalam menurunkan angka kematian ibu.

1.3.2 Khusus :

1. Mengetahui efektifitas kemitraaan bidan dan dukun dalam menurunkan angka kematian ibu.
2. Mengetahui efektifitas pembiayaan berbasis jampersal (jaminan persalinan) dalam menurunkan angka kematian ibu.
3. Mengetahui efektifitas peranan kader GSI dalam menurunkan angka kematian ibu.
4. Mengetahui efektifitas bantuan komunikasi GSI dalam menurunkan angka kematian ibu.
5. Mengetahui efektifitas rumah singgah dalam menurunkan angka kematian ibu.

6. Mengetahui efektifitas tim GSI tingkat kecamatan dalam menurunkan angka kematian ibu.
7. Mengetahui efektifitas tim GSI tingkat kelurahan dalam menurunkan angka kematian ibu.
8. Mengetahui efektifitas peranan ulama GSI dalam menurunkan angka kematian ibu.
9. Mengetahui efektifitas ambulans desa dalam menurunkan angka kematian ibu.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah :

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan dan memicu penelitian lainnya
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi instansi terkait dalam menentukan arah kebijakan kesehatan di masa akan datang.
- c. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi berharga untuk meningkatkan pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak.
- d. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan ilmu dan pengalaman yang berharga bagi peneliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Batasan Kematian Maternal

Kematian maternal menurut batasan dari The Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD – 10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan.^{1,2,3}

Batasan 42 hari ini dapat berubah, karena seperti telah diketahui bahwa dengan adanya prosedur – prosedur dan teknologi baru maka terjadinya kematian dapat diperlama dan ditunda, sehingga ICD – 10 juga memasukkan suatu kategori baru yang disebut kematian maternal lambat (late maternal death) yaitu kematian wanita akibat penyebab obstetrik langsung atau tidak langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari satu tahun setelah berakhirnya kehamilan.^{1,2}

Kematian – kematian yang terjadi akibat kecelakaan atau kebetulan tidak dimasukkan ke dalam kematian maternal. Meskipun demikian, dalam praktiknya, perbedaan antara kematian yang terjadi karena kebetulan dan kematian karena sebab tidak langsung sulit dilakukan. Untuk memudahkan identifikasi kematian maternal

pada keadaan – keadaan dimana sebab – sebab yang dihubungkan dengan kematian tersebut tidak adekuat, maka ICD – 10 memperkenalkan kategori baru yang disebut pregnancy – related death (kematian yang dihubungkan dengan kehamilan) yaitu kematian wanita selama hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari penyebab kematian.^{1,3}

Kematian maternal dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:^{1,3}

1. Kematian obstetri langsung (direct obstetric death) yaitu kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan, kelalaian, ketidaktepatan penanganan, atau dari rangkaian peristiwa yang timbul dari keadaan – keadaan tersebut di atas. Komplikasi – komplikasi tersebut meliputi perdarahan, baik perdarahan antepartum maupun postpartum, preeklamsia / eklamsia, infeksi, persalinan macet dan kematian pada kehamilan muda.
2. Kematian obstetri tidak langsung (indirect obstetric death) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan atau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan, sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk. Kematian obstetri tidak langsung ini disebabkan misalnya oleh karena hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, dan lain – lain.

2.2 Epidemiologi Kematian Maternal

Menurut WHO, setiap tahun kurang lebih terdapat 210 juta wanita hamil di seluruh dunia. Lebih dari 20 juta wanita mengalami kesakitan akibat dari kehamilannya, beberapa diantaranya bersifat menetap. Kehidupan 8 juta wanita di seluruh dunia menjadi terancam dan setiap tahun diperkirakan terdapat 529.000 wanita meninggal sebagai akibat komplikasi yang timbul karena kehamilan dan persalinan, dimana sebagian besar dari kematian ini sebenarnya dapat dicegah.¹

Angka kematian maternal di seluruh dunia diperkirakan sebesar 400 per 100.000 KH dan 98% terjadi di negara – negara berkembang. Kematian maternal ini hampir 95% terjadi di Afrika (251.000 kematian maternal) dan Asia (253.000 kematian maternal) dan hanya 4% (22.000 kematian maternal) terjadi di Amerika Latin dan Karibia, serta kurang dari 1% (2500 kematian maternal) terjadi di negara – negara yang lebih maju.¹

Angka kematian maternal di negara – negara maju menurut estimasi WHO tahun 2000 yaitu 20 per 100.000 KH. Penurunan angka kematian maternal yang signifikan di negara – negara maju berkaitan dengan adanya kemajuan di bidang perawatan kesehatan maternal, termasuk di dalamnya adalah kemajuan dalam pengendalian sepsis, tersedianya transfusi darah, antibiotika, akses terhadap tindakan seksio sesaria dan tindakan aborsi yang aman.¹

Angka kematian maternal di negara berkembang 20 kali lebih tinggi yaitu 440 per 100.000 KH dan di beberapa tempat dapat mencapai 1000 per 100.000 KH. Di wilayah Asia Tenggara diperkirakan terdapat 240.000 kematian maternal setiap

tahunnya, sehingga diperoleh angka kematian maternal sebesar 210 per 100.000 KH.^{1,3,4,5}

Angka kematian maternal ini merupakan ukuran yang mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi oleh seorang wanita setiap kali wanita tersebut menjadi hamil. Risiko ini semakin bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah kehamilan yang dialami. Tingginya angka kematian maternal di negara berkembang sebagian besar berkaitan dengan masalah politik dan sosial, khususnya masalah kemiskinan dan status wanita.¹

Sebagian besar kematian maternal terjadi di rumah, yang jauh dari jangkauan fasilitas kesehatan. Menurut data SKRT 2001, proporsi kematian maternal terhadap kematian usia reproduksi (15 – 49 tahun) di pedesaan hampir tiga kali lebih besar daripada di perkotaan. Angka kematian maternal di Indonesia masih cukup tinggi. Menurut hasil SKRT tahun 1992 angka kematian ibu (AKI) di Indonesia 425 per 100.000 KH dan menurun menjadi 373 per 100.000 KH pada SKRT tahun 1995, sedangkan pada SKRT yang dilakukan pada tahun 2001, angka kematian maternal kembali mengalami peningkatan menjadi sebesar 396 per 100.000 KH.^{1,3,4,5}

Dari SDKI 2002 / 2003 angka kematian maternal menunjukkan angka sebesar 307 per 100.000 KH. Bila dibandingkan dengan negara–negara anggota Asean seperti Brunei Darussalam (angka kematian maternal menurut estimasi WHO tahun 2000 : 37 per 100.000 KH dan Malaysia : 41 per 100.000 KH) maka angka kematian maternal di Indonesia masih sangat tinggi.¹

Menurut WHO, kurang lebih 80% kematian maternal merupakan akibat langsung dari komplikasi langsung selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian maternal terjadi akibat penyebab tidak langsung. Perdarahan, terutama perdarahan post partum, dengan onset yang tiba – tiba dan tidak dapat diprediksi sebelumnya, akan membahayakan nyawa ibu, terutama bila ibu tersebut menderita anemia. Pada umumnya, 25% kematian maternal terjadi akibat perdarahan hebat, sebagian besar terjadi saat post partum. Sepsis / infeksi memberikan kontribusi 15% terhadap kematian maternal, yang pada umumnya merupakan akibat dari rendahnya higiene saat proses persalinan atau akibat penyakit menular seksual yang tidak diobati sebelumnya. Infeksi dapat dicegah secara efektif dengan melakukan asuhan persalinan yang bersih dan deteksi serta manajemen penyakit menular selama kehamilan. Perawatan postpartum secara sistematis akan menjamin deteksi penyakit infeksi secara cepat dan dapat memberikan manajemen antibiotika secara tepat. Hipertensi selama kehamilan, khususnya eklamsia memberikan kontribusi 12% terhadap kematian maternal. Kematian ini dapat dicegah dengan melakukan monitoring selama kehamilan dan dengan pemberian terapi antikonvulsan, seperti magnesium sulfat. Abortus tidak aman (unsafe abortion) memberikan kontribusi 13% terhadap kematian maternal, hal ini berkaitan dengan komplikasi yang ditimbulkan, berupa sepsis, perdarahan, perlukaan uterus dan keracunan obat – obatan. Di beberapa belahan dunia, sepertiga atau lebih kematian maternal berhubungan dengan abortus tidak aman. Kematian ini dapat dicegah apabila para ibu memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan keluarga berencana, dan apabila abortus tidak

dilarang secara hukum, maka abortus dapat dilakukan dengan pemberian pelayanan abortus secara aman. Partus lama atau partus macet menyebabkan kurang lebih 8% kematian maternal. Keadaan ini sering merupakan akibat dari disproporsi sefalopelvik (bila kepala janin tidak dapat melewati pelvis ibu) atau akibat letak abnormal (bila janin tidak dalam posisi yang benar untuk dapat melalui jalan lahir ibu).^{1,2,3}

Penyebab tidak langsung dari kematian maternal memberikan kontribusi sebesar 20% terhadap kematian maternal. Penyebab tidak langsung dari kematian maternal ini terjadi akibat penyakit ibu yang telah diderita sebelumnya atau diperberat dengan keadaan kehamilan atau penanganannya. Contoh penyebab kematian maternal tidak langsung adalah anemia, infeksi hepatitis, malaria, tuberkulosis, penyakit jantung dan infeksi HIV/AIDS.^{1,3}

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia, seperti halnya dengan negara lain adalah perdarahan, infeksi dan eklamsia. Ke dalam perdarahan dan infeksi sebagai penyebab kematian, tercakup pula kematian akibat abortus terinfeksi dan partus lama. Hanya sekitar 5% kematian ibu disebabkan oleh penyakit yang memburuk akibat kehamilan, misalnya penyakit jantung dan infeksi kronis.^{1,2,3}

Keadaan ibu pra – hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya. Penyebab tidak langsung kematian maternal ini antara lain adalah anemia, kurang energi kronis (KEK) dan keadaan “4 terlalu” (terlalu muda / tua, terlalu sering dan terlalu banyak). Depkes RI membagi faktor – faktor yang mempengaruhi kematian maternal sebagai berikut :^{1,2,3}

1. Faktor medik

a. Faktor empat terlalu, yaitu :

- Usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun)
- Usia ibu pada waktu hamil terlalu tua (lebih dari 35 tahun)
- Jumlah anak terlalu banyak (lebih dari 4 orang)
- Jarak antar kehamilan terlalu dekat (kurang dari 2 tahun)

b. Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal, yaitu :

-Perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester ketiga, persalinan dan pasca persalinan.

- Infeksi.
- Keracunan kehamilan.
- Komplikasi akibat partus lama.
- Trauma persalinan.

c. Beberapa keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil, antara lain :

- Kekurangan gizi dan anemia.
- Bekerja (fisik) berat selama kehamilan.

2. Faktor non medik

Faktor non medik yang berkaitan dengan ibu, dan menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal adalah :

- Kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan pelayanan antenatal.

- Terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan risiko tinggi.
- Ketidak – berdayaan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk.
- Ketidakmampuan sebagian ibu hamil untuk membayar biaya transport dan perawatan di rumah sakit.

3. Faktor pelayanan kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan yang belum mendukung upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal antara lain berkaitan dengan cakupan pelayanan KIA, yaitu :

- Belum mantapnya jangkauan pelayanan KIA dan penanganan kelompok berisiko.
- Masih rendahnya (kurang lebih 30%) cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- Masih seringnya (70 – 80%) pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah, oleh dukun bayi yang tidak mengetahui tanda – tanda bahaya.

Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada seorang ibu hamil, maka semakin tinggi risiko kehamilannya. Tingginya angka kematian maternal di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih mampu. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi.¹

McCarthy dan Maine (1992) mengemukakan adanya 3 faktor yang berpengaruh terhadap proses terjadinya kematian maternal. Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal (determinan dekat) yaitu kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas (komplikasi obstetri). Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yaitu status kesehatan ibu, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, perilaku perawatan kesehatan / penggunaan pelayanan kesehatan dan faktor – faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga. Di lain pihak, terdapat juga determinan jauh yang akan mempengaruhi kejadian kematian maternal melalui pengaruhnya terhadap determinan antara, yang meliputi faktor sosio – kultural dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.¹

2.3 Faktor – Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal, yang dikelompokkan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) adalah sebagai berikut :^{1,2,3}

1. Determinan dekat

Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal adalah kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Wanita yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, baik komplikasi kehamilan maupun persalinan, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut.

a. Komplikasi kehamilan

Komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu perdarahan, preeklamsia / eklamsia, dan infeksi.

- Perdarahan : sebab – sebab perdarahan yang berperan penting dalam menyebabkan kematian maternal selama kehamilan adalah perdarahan, baik yang terjadi pada usia kehamilan muda / trimester pertama, yaitu perdarahan karena abortus (termasuk di dalamnya adalah abortus provokatus karena kehamilan yang tidak diinginkan) dan perdarahan karena kehamilan ektopik terganggu (KET), maupun perdarahan yang terjadi pada kehamilan lanjut akibat perdarahan antepartum. Penyebab perdarahan antepartum pada umumnya adalah plasenta previa dan solusio plasenta.

a. Perdarahan karena abortus

Abortus adalah keadaan dimana terjadi berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, atau keluarnya janin dengan berat kurang dari 500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Abortus spontan diperkirakan terjadi pada 15% dari keseluruhan kehamilan, dan kasus – kasus kematian yang ada disebabkan oleh upaya – upaya mengakhiri kehamilan secara paksa. Pada negara – negara tertentu, abortus mempunyai kontribusi sekitar 50% dari keseluruhan kematian ibu yang

berkaitan dengan kehamilan dan dari hasil laporan WHO, angka kematian maternal karena abortus di seluruh dunia adalah 15%.

Menurut perkiraan WHO, terdapat 20 juta kasus abortus tak aman / berisiko (unsafe abortion) di seluruh dunia pertahun. Setiap tahun terjadi 70.000 kematian maternal akibat abortus berisiko, dan satu dari 8 kematian yang berkaitan dengan kehamilan, diakibatkan oleh abortus berisiko. Hampir 90% abortus berisiko terjadi di negara berkembang. Kematian maternal akibat abortus berisiko di negara berkembang 15 kali lebih banyak dari negara industri. Abortus berisiko sulit untuk dilacak dan data yang pasti tentang abortus ini sangat sulit diperoleh.

Komplikasi dari aborsi yang tidak aman bertanggung jawab terhadap 13% proporsi kematian maternal. Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi uterus, infeksi, syok hemoragik dan syok septik.

Komplikasi fatal juga dapat terjadi akibat bendungan sistem pembuluh darah oleh bekuan darah, gelembung udara atau cairan, gangguan mekanisme pembekuan darah yang berat (koagulasi intravaskuler diseminata) dan keracunan obat – obat abortif yang menimbulkan gagal ginjal.

Perdarahan pada abortus dapat disebabkan oleh abortus yang tidak lengkap atau cedera pada organ panggul atau usus.

Perdarahan yang berat atau perdarahan yang bersifat persisten selama terjadinya abortus atau yang mengikuti kejadian abortus dapat mengancam jiwa ibu. Semakin bertambah usia kehamilan, semakin besar kemungkinan terjadinya kehilangan darah yang berat.

Kematian maternal akibat perdarahan karena abortus pada umumnya diakibatkan oleh tidak tersedianya darah atau fasilitas transfusi di rumah sakit. Insidensi abortus dipengaruhi oleh usia ibu dan sejumlah faktor yang terkait dengan kehamilan, termasuk riwayat jumlah persalinan normal sebelumnya, jumlah abortus spontan yang terjadi sebelumnya, apakah pernah terjadi lahir mati (stillbirth).

Selain itu, risiko ini dipengaruhi juga oleh ada atau tidaknya fasilitas kesehatan yang mampu memberikan pelayanan maternal yang memadai, kemiskinan, keterbelakangan dan sikap kurang peduli, sehingga dapat menambah angka kejadian abortus (abortus tidak aman). Komplikasi medis dari ibu juga dapat mempengaruhi angka abortus spontan.

b. Perdarahan karena kehamilan ektopik terganggu

Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang terjadi dan tumbuh di luar endometrium cavum uteri. Pada kehamilan ektopik, sel telur yang telah dibuahi tertanam, tumbuh dan berkembang di

luar uterus. Lebih dari 95% implantasi hasil konsepsi pada kehamilan ektopik terjadi pada tuba fallopii.

Kehamilan ektopik merupakan penyebab perdarahan berat yang penting. Kehamilan ektopik ini sebagian berkaitan dengan semakin tingginya insidensi salpingitis / penyakit menular seksual yang menginfeksi tuba, peningkatan induksi ovulasi, peningkatan penggunaan metode kontrasepsi yang mencegah kehamilan intrauterin akan tetapi tidak mencegah kehamilan ekstrauterin, kegagalan sterilisasi tuba, induksi aborsi yang diikuti dengan infeksi, meningkatnya usia ibu, dan operasi pelvis sebelumnya, termasuk salpingotomi karena kehamilan ektopik pada kehamilan sebelumnya.

Kehamilan ektopik merupakan penyebab penting dari kesakitan dan kematian maternal, karena tempat tumbuh janin yang abnormal ini mudah mengakibatkan gangguan berupa ruptur tuba, karena janin semakin membesar di tempat yang tidak memadai (biasanya terjadi pada kehamilan 6 – 10 minggu). Hal ini akan mengakibatkan perdarahan yang terkumpul dalam rongga perut dan menimbulkan rasa nyeri setempat atau menyeluruh yang berat, disertai pingsan dan syok. Tanpa pengobatan, kehamilan ektopik dapat menjadi fatal hanya dalam waktu beberapa jam, sehingga mengancam kehidupan ibu.

Menurut CDC 1995, kehamilan ektopik terganggu merupakan penyebab utama kematian yang berhubungan dengan kehamilan pada trimester pertama dan merupakan 9 - 10% penyebab kematian maternal akibat komplikasi kehamilan.

c. Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi pada kehamilan antara 28 minggu sampai sebelum bayi lahir. Perdarahan antepartum merupakan komplikasi kehamilan dengan frekuensi sekitar 5 – 10%.

Perdarahan antepartum merupakan keadaan gawat darurat kebidanan yang dapat mengakibatkan kematian pada ibu maupun janin dalam waktu singkat. Penyebab perdarahan antepartum yang berbahaya pada umumnya bersumber pada kelainan plasenta, yaitu plasenta previa dan solusio plasenta, sedangkan perdarahan antepartum yang tidak bersumber pada kelainan plasenta, misalnya perdarahan akibat kelainan pada serviks uteri dan vagina (trauma, erosio parsionis uteri, polipus servisis uteri, varises vulva) pada umumnya tidak seberapa berbahaya, karena kehilangan darah yang terjadi relatif sedikit dan tidak membahayakan nyawa ibu dan janin, kecuali perdarahan akibat karsinoma invasif cervisis uteri.

Pada setiap perdarahan antepartum, pertama kali harus dicurigai bahwa penyebabnya adalah plasenta previa sampai

kemudian ternyata dugaan itu salah. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta terletak abnormal yaitu pada segmen bawah uterus, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

Keadaan ini mengakibatkan perdarahan pervaginam pada kehamilan 28 minggu atau lebih, karena segmen bawah uterus telah terbentuk, dan dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar dan serviks mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks akan menyebabkan terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus, sehingga mengakibatkan perdarahan. Perdarahan ini tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan. Perdarahan yang terjadi tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Perdarahan yang terjadi pertama kali pada umumnya sangat ringan dan segera berhenti, yang disusul dengan perdarahan berikutnya, dan biasanya terjadi semakin berat. Darah berwarna merah segar, berlainan dengan perdarahan pada solusio plasenta yang berwarna kehitaman. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi.

Insidensi plasenta previa meningkat dengan semakin bertambahnya usia ibu, paritas yang tinggi, abortus yang diinduksi,

dan riwayat seksio sesaria pada kehamilan sebelumnya. Kematian maternal terjadi akibat perdarahan dan syok hipovolemik, dan juga akibat trauma operatif, infeksi atau akibat embolisme.

Ketersediaan darah sebagai obat untuk mengatasi perdarahan yang belum selalu ada atau cukup tersedia di rumah sakit, kurangnya kesadaran akan bahaya perdarahan atau sukarnya pengangkutan cepat ke rumah sakit mengakibatkan keterlambatan pertolongan penderita, sehingga penanggulangan menjadi tidak berhasil.

Angka kematian maternal dapat diturunkan menjadi kurang dari 1% dengan melaksanakan manajemen persalinan yang baik, antara lain dengan segera mengirim penderita ke rumah sakit yang memiliki fasilitas transfusi darah dan fasilitas operasi.

Solusio plasenta merupakan keadaan terlepasnya plasenta dari tempat insersinya yang normal, diantara usia kehamilan 28 minggu sampai sebelum janin lahir. Perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau pembuluh darah uterus yang akan membentuk hematoma, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Pada umumnya perdarahan akan berlangsung terus – menerus, oleh karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan tidak mampu untuk lebih berkontraksi untuk menghentikan perdarahan.

Perdarahan antepartum dan intrapartum tidak dapat dicegah, kecuali dengan menyelesaikan persalinan dengan segera. Akibat solusio plasenta, juga dapat terjadi perdarahan post partum karena kontraksi uterus yang tidak adekuat untuk menghentikan perdarahan pada kala III.

Perfusi ginjal akan terganggu karena terjadi syok hipovolemia, penyempitan pembuluh darah ginjal akibat perdarahan yang banyak dan karena terjadinya kelainan pembekuan darah. Etiologi pasti dari solusio plasenta belum diketahui dengan pasti. Insidensi solusio plasenta meningkat sesuai dengan penambahan usia ibu, multiparitas, riwayat solusio plasenta pada kehamilan sebelumnya, penyakit hipertensi menahun, preeklamsia, trauma eksternal, distensi uterus misal pada kehamilan multipel atau hidramnion, mioma uteri, dan tali pusat pendek.

Angka kematian maternal akibat solusio plasenta bervariasi antara 0,5% - 5%. Sebagian besar ibu meninggal akibat perdarahan, baik perdarahan segera atau tertunda atau akibat gagal jantung dan gagal ginjal.

- Preeklamsia / eklamsia

Kehamilan dapat menyebabkan terjadinya hipertensi pada wanita yang sebelum kehamilannya memiliki tekanan darah normal (normotensi) atau dapat memperberat keadaan hipertensi

yang sebelumnya telah ada. Hipertensi pada kehamilan merupakan keadaan pada masa kehamilan yang ditandai dengan terjadinya kenaikan tekanan darah lebih dari 140 / 90 mmHg atau kenaikan tekanan darah sistolik lebih dari 30 mmHg dan atau diastolik lebih dari 15 mmHg. Hipertensi pada kehamilan yang sering dijumpai adalah preeklamsia dan eklamsia.

Preeklamsia berat dan khususnya eklamsia merupakan keadaan gawat karena dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin. Preeklamsia ringan dapat mudah berubah menjadi preeklamsia berat, dan preeklamsia berat mudah menjadi eklamsia dengan timbulnya kejang.

Tanda khas preeklamsia adalah tekanan darah yang tinggi, ditemukannya protein dalam urin dan pembengkakan jaringan (edema) selama trimester kedua kehamilan. Pada beberapa kasus, keadaan tetap ringan sepanjang kehamilan, akan tetapi pada kasus yang lain, dengan meningkatnya tekanan darah dan jumlah protein urin, keadaan dapat menjadi berat. Terjadi nyeri kepala, muntah, gangguan penglihatan, dan kemudian anuria. Pada stadium akhir dan paling berat terjadi eklamsia, pasien akan mengalami kejang. Jika preeklamsia / eklamsia tidak ditangani secara cepat, akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian maternal karena

kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak.

Faktor predisposisi preeklamsia dan eklamsia adalah nullipara, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, status ekonomi kurang, kehamilan kembar, diabetes melitus, hipertensi kronis dan penyakit ginjal sebelumnya. Kematian maternal akibat hipertensi pada kehamilan sering terjadi (merupakan 12% dari seluruh penyebab kematian maternal) dan membentuk satu dari tiga trias penyebab utama kematian maternal, yaitu perdarahan dan infeksi.

Menurut perkiraan, di seluruh dunia kurang lebih 50.000 wanita meninggal setiap tahun akibat preeklamsia. Menurut Depkes RI tahun 2004, kematian maternal akibat hipertensi pada kehamilan sebesar 14,5% - 24%.

- Infeksi

Infeksi pada kehamilan Infeksi pada kehamilan adalah infeksi jalan lahir pada masa kehamilan, baik pada kehamilan muda maupun tua. Infeksi dapat terjadi oleh sebab langsung yang berkaitan dengan kehamilan, atau akibat infeksi lain di sekitar jalan lahir. Infeksi pada kehamilan muda adalah infeksi jalan lahir yang terjadi pada kehamilan kurang dari 20 – 22 minggu. Penyebab yang paling sering terjadi adalah abortus yang terinfeksi.

Infeksi jalan lahir pada kehamilan tua adalah infeksi yang terjadi pada kehamilan trimester II dan III. Infeksi jalan lahir ini dapat terjadi akibat ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi saluran kencing, misalnya sistitis, nefritis atau akibat penyakit sistemik, seperti malaria, demam tifoid, hepatitis, dan lain – lain.

Infeksi jalan lahir dapat juga terjadi selama persalinan (intrapartum) atau sesudah persalinan (postpartum). Keadaan ini berbahaya karena dapat mengakibatkan sepsis, yang mungkin menyebabkan kematian ibu. Sepsis menyebabkan kematian maternal sebesar 15%.

Pada abortus yang tidak lengkap (abortus inkomplitus), dimana sebagian hasil konsepsi masih tertinggal dalam uterus, dan pada abortus buatan yang dilakukan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis, sering mengakibatkan komplikasi berupa infeksi (abortus infeksius). Jika infeksi tidak diatasi, dapat terjadi infeksi yang menyeluruh (terjadi penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum) sehingga menimbulkan abortus septik. Pada abortus septik, virulensi bakteri tinggi, dan infeksi menyebar ke miometrium, tuba, parametrium, dan peritoneum. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, dapat terjadi peritonitis umum atau sepsis, pasien dapat mengalami syok septik.

Kematian maternal akibat abortus septik sangat tinggi di negara – negara berkembang, dimana tidak terdapat akses terhadap abortus yang diinduksi dan hal tersebut merupakan hal yang ilegal.

Risiko kematian maternal akibat abortus septik meningkat pada wanita – wanita yang tidak menikah, wanita usia muda, dan pada mereka yang melakukan prosedur aborsi yang tidak secara langsung mengeluarkan hasil konsepsi dari dalam uterus. Infeksi pada kehamilan trimester II dan III dapat mengakibatkan korioamnionitis. Korioamnionitis merupakan komplikasi serius yang dapat mengancam jiwa ibu dan janinnya.

Mikroorganisme penyebab pada umumnya adalah streptococcus B dan D dan bakteri anaerob. Tanda dari infeksi ini adalah cairan amnion kotor dan berbau busuk, demam, leukositosis, uterus melunak, dan takikardi.

b. Komplikasi persalinan dan nifas

Komplikasi yang timbul pada persalinan dan masa nifas merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi yang terjadi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan terutama adalah perdarahan, partus macet atau partus lama dan infeksi akibat trauma pada persalinan.

- Perdarahan

Perdarahan, terutama perdarahan postpartum memberikan kontribusi 25% pada kematian maternal, khususnya bila ibu menderita anemia akibat

keadaan kurang gizi atau adanya infeksi malaria. Insidensi perdarahan postpartum berkisar antara 5 – 8%.

Perdarahan ini berlangsung tiba – tiba dan kehilangan darah dapat dengan cepat menjadi kematian pada keadaan dimana tidak terdapat perawatan awal untuk mengendalikan perdarahan, baik berupa obat, tindakan pemijatan uterus untuk merangsang kontraksi, dan transfusi darah bila diperlukan.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah anak lahir dan jumlahnya melebihi 500 ml. Perdarahan dapat terjadi sebelum, saat atau setelah plasenta keluar. Hal – hal yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta, dan kadang – kadang perdarahan juga disebabkan oleh kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia yang terjadi akibat solusio plasenta, retensi janin mati dalam uterus dan emboli air ketuban.

- Partus Lama

Partus lama dapat membahayakan jiwa janin dan ibu. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam sejak in partu. Partus lama ataupun partus macet menyebabkan 8% kematian maternal. Keadaan ini sering disebabkan oleh disproporsi sefalopelvik (bila kepala janin tidak dapat melewati rongga pelvis) atau pada letak tak normal (bila terjadi kesalahan letak janin untuk melewati jalan lahir).

Disproporsi lebih sering terjadi bila terdapat keadaan endemis kurang gizi, terutama pada populasi yang masih menganut pantangan dan tradisi yang mengatur soal makanan pada para gadis dan wanita dewasa. Keadaan ini diperburuk lagi bila gadis – gadis menikah muda dan diharapkan untuk segera memiliki anak, sedangkan pertumbuhan mereka belum optimal.

Pada keadaan disproporsi sefalopelvik, persalinan yang dipaksakan dapat mengakibatkan ruptura uteri. Ruptura uteri merupakan keadaan dimana terjadi robekan pada uterus karena sebab tertentu.

Ruptura uteri menyebabkan kematian maternal sebesar 10 – 40%. Robekasn uterus akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat disertai nyeri tekan, diikuti dengan perdarahan hebat dari pembuluh darah uterus yang robek dan kematian dapat timbul dalam 24 jam sebagai akibat perdarahan dan syok, atau akibat infeksi yang timbul kemudian.

- Infeksi Nifas

Infeksi nifas merupakan keadaan yang mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman - kuman ke dalam alat genital pada waktu persalinan dan nifas. Kuman penyebab infeksi dapat masuk ke dalam saluran genital dengan berbagai cara, misal melalui tangan penolong persalinan yang tidak bersih atau penggunaan instrumen yang kotor. Mula – mula infeksi terbatas pada uterus, dimana terdapat rasa nyeri dan nyeri tekan pada perut bagian bawah, dengan cairan vagina yang berbau busuk. Demam, nyeri perut yang bertambah, muntah, nyeri kepala dan kehilangan nafsu

makan menandakan terjadinya penyebaran infeksi ke tempat lain. Selanjutnya dapat terjadi abses di tuba fallopii, panggul dan diafragma bagian bawah. Pada kasus yang berat, infeksi dapat menyebar ke dalam aliran darah (septikemia), menimbulkan abses dalam otak, otot dan ginjal. Jika infeksi tidak dikendalikan, selanjutnya dapat terjadi gangguan mental dan koma.

Infeksi nifas menyebabkan morbiditas dan mortalitas bagi ibu pasca persalinan. Kematian terjadi karena berbagai komplikasi, termasuk syok, gagal ginjal, gagal hati, dan anemia. Di negara – negara sedang berkembang, dengan pelayanan kebidanan yang masih jauh dari sempurna, peranan infeksi nifas masih besar.

Insidensi infeksi nifas berkisar antara 2 – 8% dari seluruh wanita hamil dan memberikan kontribusi sebesar 8% terhadap kejadian kematian maternal setiap tahunnya. Beberapa faktor predisposisi infeksi nifas adalah keadaan kurang gizi, anemia, higiene persalinan yang buruk, kelelahan ibu, sosial ekonomi rendah, proses persalinan yang bermasalah, seperti partus lama / macet, korioamnionitis, persalinan traumatik, manipulasi yang berlebihan dan kurang baiknya proses pencegahan infeksi.

Anemia merupakan masalah penting yang harus diperhatikan selama kehamilan. Menurut WHO, seorang ibu hamil dikatakan menderita anemia jika kadar hemoglobin (Hb) kurang dari 11 g/dl. Anemia dapat disebabkan oleh berbagai sebab, yang dapat saling berkaitan, yaitu intake yang kurang adekuat, infestasi parasit, malaria, defisiensi zat besi, asam folat dan vitamin A.¹

Menurut WHO, 40% kematian ibu di negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan. Anemia defisiensi besi merupakan 95% penyebab anemia selama kehamilan. Kurang lebih 50% dari seluruh ibu hamil di seluruh dunia menderita anemia. Wanita yang menderita anemia berat akan lebih rentan terhadap infeksi selama kehamilan dan persalinan, akan meningkatkan risiko kematian akibat perdarahan dan akan memiliki risiko terjadinya komplikasi operatif bila dibutuhkan persalinan dengan seksio sesaria.^{1,3}

Anemia ibu hamil di Indonesia masih merupakan masalah nasional karena anemia mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Dari Studi Follow Up Ibu Hamil, SKRT 2001 ditemukan prevalensi ibu hamil dengan kadar Hb rendah (< 11,0 gram/ dl, WHO 2000) sebesar 40,1% dan diantaranya 0,3% memiliki kadar Hb < 7,0 gram/ dl. Anemia lebih banyak ditemukan pada ibu hamil di pedesaan (42%) daripada di perkotaan (38%).¹

Menurut Soejoenoes (1989) anemia memberikan risiko relatif 15,3 kali untuk terjadinya kematian maternal bila dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak menderita anemia. Pola penyakit yang mengakibatkan kematian secara umum di Indonesia telah mengalami perubahan, akibat adanya transisi epidemiologik.¹

Penyakit degeneratif lebih sering terjadi, sementara penyakit infeksi dan parasit juga masih memegang peranan. Penyakit tuberkulosis masih mendominasi, dan penyakit ini memberikan kontribusi kematian sebesar 8,6% (SKRT 1986) dan

9,8% (SKRT 1992). Kehamilan dengan penyakit tuberkulosis masih tinggi, akan tetapi memiliki prognosis baik bila diobati secara dini.¹

Penyakit jantung merupakan penyebab nonobstetrik penting yang menyebabkan kematian maternal, dan terjadi pada 0,4 – 4% kehamilan. Angka kematian maternal bervariasi dari 0,4% pada pasien – pasien dengan klasifikasi New York Heart Association (NYHA) I dan II dan 6,8% atau lebih pada pasien dengan NYHA III dan IV. Keadaan ini disebabkan oleh adanya peningkatan beban hemodinamik selama kehamilan dan persalinan, yang akan memperberat gejala dan mempercepat terjadinya komplikasi pada wanita yang sebelumnya telah menderita penyakit jantung. Prognosis bagi wanita hamil dengan penyakit jantung tergantung dari beratnya penyakit, usia penderita dan penyulit – penyulit lain yang tidak berasal dari jantung.¹

Penyebab kematian maternal tidak langsung lain yang penting meliputi malaria, hepatitis, HIV / AIDS, diabetes melitus, bronkopneumonia. Riwayat obstetri yang buruk seperti persalinan dengan tindakan, perdarahan, partus lama, bekas seksio sesaria akan mempengaruhi kematian maternal. 15% persalinan yang terjadi di negara berkembang merupakan persalinan dengan tindakan, dalam hal ini seksio sesaria paling sering dilakukan.¹

Semua persalinan dengan tindakan memiliki risiko, baik terhadap ibu maupun bayinya. Sebagian risiko timbul akibat sifat dari tindakan yang dilakukan, sebagian karena prosedur lain yang menyertai, seperti anestesi dan transfusi darah, dan sebagian lagi akibat komplikasi kehamilan, yang memaksa dilakukannya

tindakan. Disamping itu, dapat pula timbul komplikasi, termasuk perdarahan dan infeksi yang berat.¹

Kekurangan akses ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan kehamilan dan persalinan merupakan penyebab yang penting bagi terjadinya kematian maternal di usia muda. Keadaan ini diperburuk oleh kemiskinan dan kebuta – hurufan, ketidaksetaraan kedudukan antara pria dan wanita, pernikahan usia muda dan kehamilan yang tidak diinginkan.¹

Kehamilan di atas usia 35 tahun menyebabkan wanita terpapar pada komplikasi medik dan obstetrik, seperti risiko terjadinya hipertensi kehamilan, diabetes, penyakit kardiovaskuler, penyakit ginjal dan gangguan fungsi paru. Kejadian perdarahan pada usia kehamilan lanjut meningkat pada wanita yang hamil di usia > 35 tahun, dengan peningkatan insidensi perdarahan akibat solusio plasenta dan plasenta previa. Persalinan dengan seksio sesaria pada kehamilan di usia lebih dari 35 tahun juga meningkat, hal ini terjadi akibat banyak faktor, seperti hipertensi kehamilan, diabetes, persalinan prematur dan penyebab kelainan pada plasenta.¹

Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menyatakan bahwa kematian maternal akan meningkat 4 kali lipat pada ibu yang hamil pada usia 35 – 39 tahun bila dibanding wanita yang hamil pada usia 20 – 24 tahun. Usia kehamilan yang paling aman untuk melahirkan adalah usia 20 – 30 tahun.¹

Pada umumnya kematian maternal di negara – negara berkembang, berkaitan dengan setidaknya satu dari tiga keterlambatan (The Three Delay Models). Keterlambatan yang pertama adalah keterlambatan dalam mengambil keputusan

untuk mencari perawatan kesehatan apabila terjadi komplikasi obstetrik. Keadaan ini terjadi karena berbagai alasan, termasuk di dalamnya adalah keterlambatan dalam mengenali adanya masalah, ketakutan pada rumah sakit atau ketakutan terhadap biaya yang akan dibebankan di sana, atau karena tidak adanya pengambil keputusan, misalnya keputusan untuk mencari pertolongan pada tenaga kesehatan harus menunggu suami atau orang tua yang sedang tidak ada di tempat. Keterlambatan kedua terjadi setelah keputusan untuk mencari perawatan kesehatan diambil.^{1,6}

Keterlambatan ini terjadi akibat keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan dan pada umumnya terjadi akibat kesulitan transportasi. Beberapa desa memiliki pilihan transportasi yang sangat terbatas dan fasilitas jalan yang buruk. Kendala geografis di lapangan mengakibatkan banyak rumah sakit rujukan tidak dapat dicapai dalam waktu dua jam, yaitu merupakan waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu dengan perdarahan dari jalan lahir. Keterlambatan ketiga yaitu keterlambatan dalam memperoleh perawatan di fasilitas kesehatan. Seringkali para ibu harus menunggu selama beberapa jam di pusat kesehatan rujukan karena manajemen staf yang buruk, kebijakan pembayaran kesehatan di muka, atau kesulitan dalam memperoleh darah untuk keperluan transfusi, kurangnya peralatan dan juga kekurangan obat – obatan yang penting, atau ruangan untuk operasi. Pelaksanaan sistem pelayanan kebidanan yang baik didasarkan pada regionalisasi pelayanan perinatal, dimana ibu hamil harus mempunyai kesempatan pelayanan operatif dalam waktu tidak lebih dari satu jam dan bayi harus dapat segera dilahirkan.^{1,6}

Ketersediaan informasi, baik penyuluhan maupun konseling penting diberikan agar ibu – ibu mengetahui bahaya yang dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, serta upaya menghindari masalah itu. Keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk dirujuk pada saat terjadinya komplikasi obstetrik sering disebabkan oleh karena keterlambatan dalam mengenali risiko atau bahaya, sehingga berakibat keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan rujukan dan keterlambatan dalam memperoleh pertolongan medis di rumah sakit. Namun diidentifikasi masih kurangnya informasi dan konseling dari tenaga kesehatan kepada ibu. Kebanyakan petugas menitikberatkan pada pemberian informasi / penyuluhan, akan tetapi kurang melakukan konseling untuk membantu ibu memecahkan masalah. Hal ini disebabkan petugas pada umumnya merasa kurang memiliki waktu untuk melakukan konseling karena banyaknya ibu hamil yang dilayani. Selain itu pemberdayaan sarana komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang kesehatan ibu masih sangat kurang, desa – desa terpencil belum mengenal radio dan televisi.^{1,6}

Pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janinnya secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan terdidik dalam bidang kebidanan, yaitu bidan, dokter dan perawat yang sudah terlatih. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat. Pemeriksaan antenatal dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan sebelum 14 minggu), satu kali

selama trimester kedua (antara 14 sampai dengan 28 minggu), dan dua kali selama trimester ketiga (antara minggu 28 s/d 36 minggu dan setelah 36 minggu). Pemeriksaan antenatal dilakukan dengan standar '5 T' yang meliputi 1) timbang berat badan, 2) ukur tekanan darah, 3) ukur tinggi fundus uteri, 4) pemberian imunisasi tetanus toksoid, dan 5) pemberian tablet tambah darah 90 tablet selama hamil.¹

Hasil SKRT 2001 menunjukkan bahwa proporsi ibu hamil yang pernah melakukan pemeriksaan antenatal adalah sekitar 81%. Dilihat dari frekuensinya, mereka yang melakukan pemeriksaan antenatal > 3 kali lebih banyak di perkotaan (71%) dibandingkan di pedesaan (39%). Masih banyak ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal sesuai pola minimal 1 – 1 – 2, yaitu di Jawa sebesar 51%, di luar Jawa sebesar 67%.¹

Sebagian besar komplikasi obstetri terjadi pada saat persalinan berlangsung. Untuk itu diperlukan tenaga profesional yang dapat secara cepat mengenali adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan sekaligus melakukan penanganan tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu. Angka kematian maternal akan dapat diturunkan secara adekuat apabila 15% kelahiran ditangani oleh dokter dan 85% ditangani oleh bidan. Rasio ini paling efektif bila bidan dapat menangani persalinan normal, dan dapat secara efektif merujuk 15% persalinan yang mengalami komplikasi kepada dokter. Tenaga penolong persalinan yang terlatih merupakan salah satu teknik yang paling penting dalam menurunkan angka kematian maternal di negara – negara yang telah sukses menurunkan angka kematian maternal di negaranya.¹

Meskipun bukti telah menunjukkan bahwa penanganan persalinan oleh dokter, bidan dan perawat merupakan faktor penting dalam menurunkan angka kematian maternal, hanya 58% dari seluruh persalinan yang ditolong oleh tenaga yang terlatih. Di negara – negara sedang berkembang, hanya 53% wanita melahirkan dengan pertolongan tenaga kesehatan (bidan atau dokter) dan hanya 40% yang melahirkan di rumah sakit atau pusat kesehatan, dan diperkirakan 15% wanita hamil tersebut akan mengalami komplikasi yang mengancam kehidupan, yang membutuhkan pelayanan segera.^{1,6}

Terdapat banyak faktor yang mendasari keadaan tersebut, antara lain adalah kurangnya tenaga yang terlatih dan kurang terdistribusinya tenaga – tenaga tersebut di daerah – daerah. Hasil SKRT 2001 menunjukkan bahwa pilihan penolong persalinan ke tenaga kesehatan sebesar 72,9%, ibu yang meninggal di rumah sakit sebesar 44,4%, puskesmas 2,8% dan meninggal di rumah sebesar 41,7%.¹

Hasil Susenas 2001 memberikan gambaran angka persalinan oleh dukun di Indonesia adalah 38%. Sebanyak 42% ibu – ibu di Papua menyatakan lebih memilih bersalin tidak dengan tenaga kesehatan dengan alasan ibu merasa bahwa persalinan tidak perlu ke tenaga kesehatan, kecuali bila merasa ada gangguan / kelainan dengan kesehatannya.¹

Termasuk dalam determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, dimana wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian

mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Ibu – ibu terutama di daerah pedesaan atau daerah terpencil dengan pendidikan rendah, tingkat independensinya untuk mengambil keputusanpun rendah. Pengambilan keputusan masih berdasarkan pada budaya ‘berunding’ yang berakibat pada keterlambatan merujuk. Rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang tanda – tanda bahaya pada kehamilan mendasari pemanfaatan sistem rujukan yang masih kurang.¹

Juga ditemukan bahwa faktor yang berpengaruh paling penting dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan antenatal adalah pendidikan. Lebih dari 90% wanita yang berpendidikan minimal sekolah dasar telah mencari pelayanan kesehatan antenatal.¹

Pekerjaan ibu, dimana keadaan hamil tidak berarti mengubah pola aktivitas bekerja ibu hamil sehari – hari. Hal tersebut terkait dengan keadaan ekonomi keluarga, pengetahuan ibu sendiri yang kurang, atau faktor kebiasaan setempat.

Kemiskinan dapat menjadi sebab rendahnya peran serta masyarakat pada upaya kesehatan. Kematian maternal sering terjadi pada kelompok miskin, tidak berpendidikan, tinggal di tempat terpencil, dan mereka tidak memiliki kemampuan untuk memperjuangkan kehidupannya sendiri.¹

2.4 Upaya Menurunkan Angka Kematian Maternal

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kematian maternal. Pada tahun 1987, untuk pertama kalinya di tingkat internasional diadakan Konferensi tentang Kematian Ibu di Nairobi, Kenya. Kemudian pada tahun 1990 dilakukan

World Summit for Children di New York, Amerika Serikat, yang menghasilkan tujuh tujuan utama, diantaranya adalah menurunkan angka kematian maternal menjadi separuh pada tahun 2000. Tahun 1994 diadakan International Conference on Population and Development (ICPD) di Kairo Mesir, yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita sangat vital dalam pembangunan sosial dan pengembangan sumber daya manusia. Di dalamnya termasuk pelayanan kesehatan ibu yang berupaya agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat. Tahun 1995 di Beijing, Cina diadakan Fourth World Conference on Women, kemudian pada tahun 1997 di Colombo, Sri Lanka diselenggarakan Safe Motherhood Technical Consultation, yang menekankan perlu dipercepatnya penurunan angka kematian maternal pada tahun 2000.^{1,7}

Konferensi yang terakhir, yaitu The Millenium Summit in 2000, dimana semua anggota PBB berkomitmen pada Millenium Development Goals (MDGs) untuk menurunkan tiga perempat angka kematian maternal pada tahun 2015. Keinginan untuk mencapai target untuk menurunkan angka kematian maternal menjadi tiga perempat (75%) pada tahun 2015 dilakukan karena kesakitan maternal memberikan kontribusi terbesar bagi kesakitan yang menimpa wanita, terutama di negara – negara berkembang, dan karena intervensi yang dibutuhkan tidak membutuhkan biaya besar (kurang lebih 3 – 230 dolar untuk setiap kematian maternal).^{1,7}

WHO pada tahun 1999 memprakarsai program Making Pregnancy Safer (MPS), untuk mendukung negara – negara anggota dalam usaha untuk menurunkan

angka kematian dan kesakitan maternal akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. MPS merupakan komponen dari prakarsa Safe Motherhood yang dicanangkan pada tahun 1987 oleh WHO untuk menurunkan kematian maternal. Pada dasarnya, MPS meminta perhatian pemerintah dan masyarakat di setiap negara untuk menempatkan safe motherhood sebagai prioritas utama dalam rencana pembangunan nasional dan internasional; menyusun acuan nasional dan standar pelayanan kesehatan maternal dan neonatal; mengembangkan sistem yang menjamin pelaksanaan standar yang telah disusun; memperbaiki akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, keluarga berencana, aborsi legal; meningkatkan upaya kesehatan promotif dalam kesehatan maternal dan neonatal serta pengendalian fertilitas pada tingkat keluarga dan lingkungannya; memperbaiki sistem monitoring pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.^{1,7}

Intervensi strategis dalam upaya safe motherhood dinyatakan sebagai empat pilar safe motherhood, yaitu :^{1,7}

a. Keluarga berencana, yang memastikan bahwa setiap orang / pasangan memiliki akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak. Dengan demikian diharapkan tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan, yaitu kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu” (terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak).

- b. Pelayanan antenatal, untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.
- c. Persalinan yang aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan memiliki pengetahuan, ketrampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
- d. Pelayanan obstetri esensial, memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya.

Kebijakan Departemen Kesehatan RI dalam upaya mempercepat penurunan angka kematian maternal pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis ‘empat pilar safe motherhood’. Mengingat kira – kira 90% kematian maternal terjadi di sekitar persalinan dan kira – kira 95% penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diperkirakan sebelumnya, maka kebijaksanaan Depkes untuk mempercepat penurunan angka kematian maternal adalah mengupayakan agar : 1) setiap persalinan ditolong atau minimal didampingi oleh bidan, dan 2) pelayanan obstetri sedekat mungkin kepada semua ibu hamil. Dalam pelaksanaan operasional, sejak tahun 1994 diterapkan strategi sebagai berikut :

- a. Penggerakan tim di tingkat Kabupaten (dinas kesehatan dan seluruh jajarannya sampai ke tingkat kecamatan dan desa, RS Kabupaten dan pihak terkait) dalam upaya mempercepat penurunan angka kematian maternal sesuai dengan peran masing-masing.

b. Pembinaan daerah yang intensif di setiap kabupaten, sehingga pada akhir pelita

VII diharapkan :

- Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 80% atau lebih.
 - Cakupan penanganan kasus obstetri (risiko tinggi dan komplikasi obstetri) minimal meliputi 10% seluruh persalinan.
 - Bidan mampu memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan obstetri neonatal dan puskesmas sanggup memberikan pelayanan obstetri – neonatal esensial dasar (PONED), yang didukung RS Kabupaten sebagai fasilitas rujukan utama yang mampu menyediakan pelayanan obstetri – neonatal esensial komprehensif (PONEK) 24 jam; sehingga tercipta jaringan pelayanan obstetri yang mantap dengan bidan desa sebagai ujung tombaknya.
- c. Penerapan kendali mutu layanan kesehatan ibu, antara lain melalui penetapan standar pelayanan, prosedur tetap, penilaian kinerja, pelatihan klinis dan kegiatan audit maternal perinatal.
- d. Meningkatkan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk mendukung upaya percepatan penurunan angka kematian maternal.
- e. Pemantapan keikutsertaan masyarakat dalam berbagai kegiatan pendukung untuk mempercepat penurunan angka kematian maternal.

Beberapa bentuk intervensi yang berkaitan dengan program Safe Motherhood dilaksanakan secara bersama – sama antara sektor kesehatan dengan sektor terkait, antara lain melalui program Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera (GRKS).

GSI merupakan suatu gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat, bekerjasama dengan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan, terutama mempercepat penurunan angka kematian maternal karena hamil, melahirkan dan nifas serta penurunan angka kematian bayi. Dalam pelaksanaan operasionalnya, GSI melakukan promosi kegiatan yang berkaitan dengan Kecamatan Sayang Ibu dan Rumah Sakit Sayang Ibu, untuk mencegah tiga jenis keterlambatan, yaitu :^{1,7}

1. Keterlambatan di tingkat keluarga dalam mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk segera mencari pertolongan.
2. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Keterlambatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pertolongan yang dibutuhkan.

Kegiatan yang berkaitan dengan kecamatan sayang ibu berusaha untuk mencegah keterlambatan pertama dan kedua, sedangkan kegiatan yang berkaitan dengan rumah sakit sayang ibu berusaha mencegah keterlambatan ketiga.

Gerakan Sayang Ibu yang selanjutnya disebut GSI adalah gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat dan pemerintah untuk peningkatan kualitas hidup perempuan melalui berbagai kegiatan yang mempunyai dampak terhadap upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) karena hamil, bersalin dan nifas serta penurunan angka kematian bayi (AKB).

Upaya terobosan yang paling mutakhir adalah program Jampersal (Jaminan Persalinan) yang digulirkan sejak 2011. Program Jampersal ini diperuntukan bagi

seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Keberhasilan Jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga dukungan dari lintas sektor dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting.⁷

Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.^{1,7}

Mengacu pada hasil Survey Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan selama kurun waktu 1994-2007, AKI memang terus menunjukkan tren menurun. Hasil SDKI 2007 menunjukkan AKI sebesar 228 per 100.000. Namun, melihat tren penurunan AKI yang berlangsung lambat, dikhawatirkan sasaran MDG 5a tidak akan tercapai. Demikian juga dengan sasaran MDG 4, perlu upaya lebih keras agar penurunan AKI dan AKB melebihi tren yang ada sekarang. Tidak bisa lagi upaya itu dilakukan secara *business as usual*. Upaya-upaya inovasi yang memiliki daya ungkit yang tinggi harus segera dikedepankan.¹

Dari faktor ibu penyebab langsung kematian ibu hamil adalah perdarahan, infeksi, eklamsia, partus lama. Dan penyebab tidak langsung adalah keadaan sosial ekonomi dan kesehatan menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, serta tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan obstetric. Terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan.¹