

STUDI KASUS KONTROL: PENGARUH FAKTOR PERILAKU LAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL TEHADAP KEMATIAN IBU DI EMPAT KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI SUMATERA SELATAN

Ekowati Retnaningsih

Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Selatan

CASE CONTROL STUDY: INFLUENCE HEALTH SEEKING BEHAVIOR OF WOMEN PRAGNANCY TO MATERNAL MORTALITY IN 4 DISTRICTS IN SOUTH SUMATERA PROVINCE

Abstract. *International Indicator of healthy mother in a country is maternal mortality rate (MMR). In the year 2004, MMR of South Sumatra Province was 467 per 100,000 live births. That condition is lower than the target of Healthy South Sumatra 2008 and Healthy Indonesia 2010, that both MMR target are 175 each 100,000 live birth. Based on Blum paradigm, behavior factor has strong influence on the community health status. The objective of this research is to get information on the relationship between behavior factors and maternal mortality. This is a case control study. Locations of research are 4 districts in South Sumatra Province, e.g Musi Banyu Asin, Muara Enim, Ogan Ilir, and Palembang in 2007. Respondents of case group were husband of dead mother and respondents of control group were mothers who were alive. Total sample were 78 mothers, from case group were 26 mothers and control group were 52 mothers. Results of the research were: 1) Odd Ratio (OR) antenatal care (ANC) behavior was 3.5 (1.2 – 10.1), and 2) Odd Ratio (OR) birth attendant was 4.5 (1.4 – 14.1). Conclusions of the research were: 1) Frequency of ANC influences maternal mortality. Pregnant women without ANC or with frequency of ANC < 4 have odd ratio of maternal mortality 3.5 times than pregnant women with frequency ANC > 4, and 2) Health behavior to choose the kind of partum provider influence maternal mortality. Mother with health behavior to choose non-health provider as birth attendant have odd ratio of maternal mortality 4.5 times than mother with health behavior to choose health provider as birth attendant.*

Key Words: *case control, maternal mortality, ANC, birth attendant.*

PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan milenium (*Millenium Development Goals, MDGs*) terdiri dari 8 hal, yaitu: 1) pengurangan kemiskinan dan kelaparan, 2) peningkatan pendidikan dasar yang universal, 3) keadilan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) peningkatan kesehatan ibu, 5) penurunan kematian anak, 6) pemberantasan TB, malaria dan HIV/AIDS, 7) Kesenjangan lingkungan yang berkelanjutan, dan

8) Kemitraan global dalam pembangunan⁽¹⁾.

Memperhatikan tujuan MDGs tampak jelas bahwa peningkatan kesehatan ibu telah menjadi salah satu komitmen negara-negara di dunia. Salah satu indikator untuk menggambarkan tingkat kesehatan ibu di suatu wilayah adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Data SDKI 2002/2003 menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia tahun 2003 sebesar 307 per

100.000 kelahiran hidup. AKI Sumatera Selatan tahun 2003 jauh dari angka nasional, yaitu sebesar 472 per 100.000 kelahiran hidup, yang turun menjadi 467 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 ⁽²⁾. Keadaan tersebut jauh di bawah target Indonesia Sehat 2010 dan Sumatera Selatan Sehat 2008, yang menargetkan penurunan AKI menjadi 175 per 100.000 kelahiran hidup.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kematian ibu yaitu; 1) determinan langsung (variabel medis) penyebab kematian, 2) determinan antara (status kesehatan, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan, perilaku terhadap pelayanan kesehatan) dan 3) determinan jauh (status sosial ekonomi) ⁽³⁾. Untuk merencanakan program penurunan kasus kematian ibu di Sumatera Selatan, maka harus diketahui penyebab atau faktor yang mempengaruhi kematian ibu di wilayah Sumatera Selatan. Berdasar paradigma Blum, faktor perilaku mempunyai pengaruh sangat besar terhadap derajat kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut, dilakukan penelitian tentang pengaruh faktor perilaku (determinan antara) terhadap kematian ibu di Sumatera Selatan. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh faktor perilaku (perilaku pemeriksaan kehamilan dan perilaku pemilihan penolong persalinan) terhadap kematian ibu di Sumatera Selatan.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian kasus kontrol. Kerangka Konsep Penelitian tampak pada bagan 1.

Definisi Kematian ibu yang digunakan pada penelitian ini berdasarkan revisi ke 10 klasifikasi internasional untuk penyakit (*International Classification of*

Diseases/ICD-10), adalah “kematian seorang perempuan pada saat hamil atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa mempertimbangkan lama dan letak kehamilan, dari semua penyebab yang berhubungan atau diperberat oleh kehamilan dan penatalaksanaannya tetapi bukan karena penyebab kecelakaan atau insiden”⁽¹⁾.

Populasi penelitian adalah ibu yang hidup dan ibu meninggal dengan kelahiran hidup di 4 kabupaten (Musi Banyu Asin, Muara Enim, Ogan Ilir dan Palembang) di Sumatera Selatan. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara purposif berdasar peringkat jumlah kematian ibu terbesar yang tercatat di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007 dengan kelengkapan data pendukung antara lain alamat ibu meninggal ⁽⁴⁾.

Kelompok kasus adalah ibu yang meninggal sedangkan kelompok kontrol adalah ibu hamil yang selamat. Responden pada kelompok kasus adalah keluarga dari ibu yang meninggal sedangkan responden kelompok kontrol adalah ibu hamil yang selamat. Dilakukan matching untuk variabel jarak rumah ke tempat fasilitas kesehatan sehingga tempat tinggal kasus dan kontrol berdekatan (bertetangga). Pengambilan sampel untuk kelompok kasus dilaksanakan secara random menggunakan kerangka sampel data kematian ibu yang tercatat di Dinas Kesehatan 4 kabupaten/kota terpilih. Jumlah ibu yang meninggal pada tahun 2007 di 4 kabupaten/kota tersebut adalah 54 orang. Pemilihan kelompok kontrol (ibu yang selamat) dilakukan dengan cara kumulatif sampling berpasangan. Kontrol diambil dari tetangga kasus yang mempunyai status sosial dan ekonomi hampir sama yaitu dilihat dari kondisi rumah dan isinya serta pekerjaan suami. Pada saat wawancara

dengan keluarga kasus, langsung diambil 2 responden kontrol di sekitar rumah kasus

Jumlah sampel dihitung berdasar rumus 1 di bawah.⁽⁵⁾: Data OR determinan antara dan proporsi determinan antara tidak tersedia, sehingga digunakan asumsi OR 5,25 hasil diskusi dengan para ahli Himpunan Obgen Sosial Sumatera Selatan berdasar pengalaman di lapangan. Proporsi subyek terpajan pada kelompok kontrol (P2) diasumsikan sebesar 50%, sehingga proporsi subyek terpajan pada kelompok kasus (P1) sebesar 84%, dan proporsi rata-rata terpajan pada kedua kelompok (P) sebesar 67 %. Jumlah sampel minimal adalah $n_1=n_2= 37$ orang, sehingga total sampel minimal 74 orang.

Dalam penelitian ini perbandingan besar sampel kasus dan kontrol adalah 2 kontrol per kasus, sehingga didapatkan besar sampel: 1) Kelompok kasus: 26 orang ibu meninggal, 2) Kelompok kontrol: 52 orang ibu yang selamat. Penentuan besar sampel kelompok kasus pada setiap kabupaten/kota dilakukan berdasar *probability proportional to size* (PPS).

- 1) kabupaten Musi Banyu Asin, jumlah kasus 4 orang, kontrol 8 orang
- 2) kabupaten Muara Enim, jumlah kasus 10 orang, kontrol 20 orang
- 3) kota Palembang, jumlah kasus 9 orang, kontrol 18 orang
- 4) kabupaten Ogan Ilir, jumlah kasus 3 orang, kontrol 6 orang.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner oleh tim peneliti dan enumerator yang telah dilatih. Kriteria enumerator adalah lulusan D3 politeknik kesehatan. Kuesioner disusun oleh peneliti. Analisa data dilakukan secara bivariat untuk menghitung Odd Rasio. Penelitian dilaksanakan pada tahun 2008.

Rumus 1. Perhitungan Besar Sampel

$$P1 = \frac{(OR)P}{(OR)P2 + (1-P2)}$$

$$P = \frac{(P1 + P2)}{2}$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P1(1-P1) + P2(1-P2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan:

P = proporsi rata-rata terpajan pada kedua kelompok

P1= proporsi subyek terpajan pada kelompok kasus

P2= proporsi subyek terpajan pada kelompok kontrol

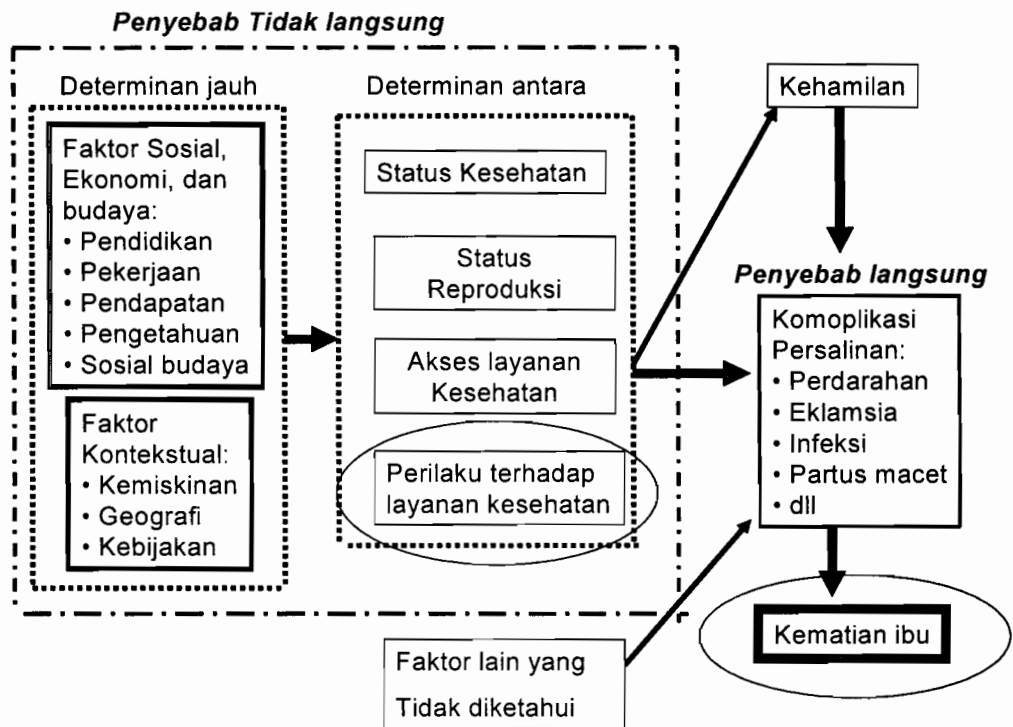
HASIL

1. Karakteristik Ibu

Karakteristik ibu dilihat dari variabel umur saat kehamilan terakhir, tingkat pendidikan, jumlah kehamilan, dan jumlah persalinan. Pada kelompok kasus dan kelompok kontrol, sebagian besar umur ibu pada saat kehamilan terakhir adalah 18 – 34 tahun dan pendidikan di bawah SLTP. Jumlah kehamilan pada kelompok kasus sebagian besar > 3 dan jumlah persalinan juga > 2 sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar jumlah kehamilan ≤ 3 dan jumlah kehamilan 1-2 seperti terlihat pada Tabel 1.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi frekuensi status reproduksi ibu sebagai determinan antara penyebab kematian ibu pada kelompok kasus (almarhumah) adalah: 30,8% kasus pada kehamilan terakhir berumur < 18 tahun atau > 34 tahun; 69,2 % kasus mempunyai tingkat pendidikan $\leq$ SLTP; 53,8% kasus dengan jumlah kehamilan > 3 kali; 61,5% kasus dengan jumlah persalinan > 2 kali

Bagan 1. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan. Variabel yang diteliti dalam lingkaran

Tabel 1. Karakteristik Ibu hamil

Karakteristik	Kasus	Kontrol
Umur Saat Kehamilan Terakhir:		
a. < 18 tahun, > 34 tahun	8 orang (30,8%)	8 orang (15,4%)
b. 18 - 34 tahun	18 orang (69,2%)	44 orang (84,6%)
Total	26 orang (100%)	52 orang (100%)
Tingkat Pendidikan		
a. ≤ SLTP	18 orang (69,2%)	27 orang (51,9%)
b. ≥ SLTA	8 orang (30,8%)	25 orang (48,1%)
Total	26 orang (100 %)	52 orang (100%)
Jumlah Kehamilan:		
≥ 3	14 orang (53,8%)	24 orang (46,2%)
1-3	12 orang (46,2%)	28 orang (53,8%)
Total	26 orang (100%)	52 orang (100%)
Jumlah Persalinan:		
> 2	16 orang (61,5%)	19 orang (36,5%)
1-2	10 orang (38,5%)	33 orang (63,5%)
Total	26 orang (100%)	52 orang (100%)

Sumber: Hasil Pengumpulan Data

2. Perilaku Pemeriksaan Kehamilan

Pada Tabel 2 terlihat bahwa pada kelompok kasus sebagian besar responden melaksanakan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali, yaitu 57,7% sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden juga melaksanakan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali yaitu 82,7%. Namun demikian, tampak bahwa proporsi responden yang memeriksakan kehamilan ≥ 4 kali lebih besar pada kelompok kontrol dibandingkan kelompok kasus.

Odd Rasio pengaruh perilaku ANC terhadap kematian ibu adalah 3,5 (95% CI: 1,2 – 10,1). Dapat disimpulkan bahwa odd kematian ibu pada kelompok ibu yang tidak pernah atau kurang dari 4 kali memeriksakan kehamilan (ANC) adalah 3,5 kali ibu yang memeriksakan kehamilan ≥ 4 kali. Selanjutnya dicoba untuk melihat pengaruh pemeriksaan kehamilan terhadap pemilihan penolong persalinan. Pada Tabel

3 terlihat bahwa pada kelompok yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan sebagian besar responden yaitu 85,7% melaksanakan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali. Pada kelompok yang memilih bukan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan, sebagian besar responden tidak pernah melaksanakan pemeriksaan kehamilan, dan yang pernah tetapi < 4 kali 55,6% seperti pada Tabel 3 berikut.

Odd Rasio pengaruh perilaku ANC terhadap pemilihan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan adalah 7,5 (95% CI: 2,2 – 24,7).

Dapat disimpulkan bahwa kelompok ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan kehamilan atau hanya periksa < 4 kali mempunyai odd rasio maka untuk memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan 7,5 kali kelompok ibu hamil yang periksa kehamilan ≥ 4 kali.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasar Perilaku Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol

Frekuensi ANC	Kelompok Responden	
	Kasus	Kontrol
0 – 3 kali	11 (42,3%)	9 (17,3%)
≥ 4 kali	15 (57,7%)	43 (82,7%)
Total	26 (100%)	52 (100%)

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasar Perilaku Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Pada Kelompok Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan dan Bukan Tenaga Kesehatan

Frekuensi ANC	Tenaga Penolong Persalinan	
	Non-nakes	Nakes
0 – 3 kali	10 (55,6%)	8 (14,3%)
≥ 4 kali	8 (44,4%)	48 (85,7%)
Total	18 (100%)	52 (100%)

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasar Penolong Persalinan Pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol

Penolong Persalinan	Kelompok Responden	
	Kasus	Kontrol
Bidan	9 (40,9%)	37 (71,2%)
Dokter umum	3 (13,6%)	2 (3,8%)
Dokter spesialis	0	3 (5,8%)
Perawat	0	2 (3,8%)
Dukun	6 (27,3%)	8 15,4%)
Keluarga	3 (13,6%)	0
Sendiri	1 (4,5%)	0
Total	22 (100%)	52 (100%)

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasar Penolong Persalinan Pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol

Penolong Persalinan	Tenaga Penolong Persalinan	
	Kasus	Kontrol
Non-Nakes	10 orang (45,5%)	8 orang (15,4%)
Nakes	12 orang (54,5%)	44 orang (84,6%)
Total	22 orang (100%)	52 orang (100%)

3. Perilaku Penolong Persalinan

Kelompok kasus yang meninggal saat melahirkan atau masa nifas berjumlah 22 orang karena 4 orang ibu hamil meninggal pada saat hamil atau janin masih dalam kandungan. Pada Tabel 4 terlihat bahwa pada kelompok kasus sebagai penolong persalinan terdiri dari dukun, keluarga, sendiri, bidan dan dokter. Penolong persalinan pada kelompok kontrol adalah dukun, perawat, bidan, dokter dan dokter spesialis. Tampak bahwa 13,6 % ibu hamil pada kelompok kasus ditolong persalinannya oleh keluarga, bahkan terdapat 4,5 % ditolong diri sendiri. Selanjutnya persalinan dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu persalinan ditolong oleh

tenaga non-kesehatan dan kelompok ditolong oleh tenaga kesehatan. Pada Tabel 5 terlihat bahwa pada kelompok kasus sebagian besar responden memilih tenaga persalinan tenaga kesehatan, yaitu 54,5%, namun lebih kecil dari kelompok kontrol yaitu 84,6% penolong persalinan tenaga kesehatan. Odd Rasio perilaku memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan terhadap kematian ibu 4,5 (95% CI: 1,4–14,1).

PEMBAHASAN

Ada beberapa status reproduksi (umur, paritas, status marital) yang dikenal sebagai faktor resiko terjadinya AKI yaitu “4 terlalu”:

- Terlalu muda, yaitu kehamilan terjadi pada ibu yang berumur kurang dari 18 tahun.
- Terlalu tua, yaitu kehamilan terjadi pada ibu yang berumur di atas 34 tahun.
- Terlalu sering, yaitu persalinan terjadi pada interval waktu kurang dari 2 tahun.
- Terlalu banyak, yaitu ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari 3.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kondisi kelompok kasus sesuai 3 dari 4 kriteria diatas, yaitu: 1) terlalu muda, 2) terlalu tua, dan 3) terlalu banyak. Keadaan tersebut merupakan faktor resiko terjadinya kematian ibu, karena kondisi kesehatan reproduksi perempuan belum siap untuk mengalami kehamilan dan persalinan pada ibu berumur kurang dari 18 tahun, atau kehamilan dan persalinan yang terjadi dalam interval waktu kurang 2 tahun. Demikian sebaliknya, kondisi kesehatan reproduksi perempuan sudah tidak optimal untuk mengalami kehamilan dan persalinan pada ibu yang berumur diatas 34 tahun atau mempunyai paritas lebih dari 3 ⁽⁶⁾.

Data SDKI tahun 2003 menunjukkan bahwa 22,4 % kematian ibu di Indonesia disebabkan faktor resiko "4 terlalu" yaitu:

- Terlalu muda 4,1 %
- Terlalu tua 3,8 %
- Terlalu sering 5,2%
- Terlalu banyak 9,3% ⁽⁷⁾

Kuantitas dan kualitas akses terhadap pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap AKI. Menurut Model McGarthy dalam Saifuddin (2005), akses terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lokasi dan kondisi geografis, jenis pelayanan

yang tersedia, kualitas pelayanan, transportasi, dan akses terhadap informasi ⁽⁸⁾.

Gambaran perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan pada kelompok kasus penelitian ini menunjukkan bahwa masih ada ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan kehamilan, masih banyak ibu hamil yang memeriksakan kehamilan tetapi kurang dari 4 kali serta masih banyak ibu hamil yang memilih penolong persalinan bukan oleh tenaga kesehatan.

Green (1991) mengatakan bahwa perilaku terbentuk karena kombinasi dari tiga faktor utama ⁽⁹⁾:

- 1) faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor pendahulu, yang terwujud di antaranya dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dll.
- 2) faktor pendukung (*enabling factors*), diantaranya terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan termasuk kemampuan membayar jasa layanan kesehatan.
- 3) faktor pendorong (*reinforcing factors*); hal ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas layanan kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dengan teori tersebut dapat dianalisis mengapa masih banyak ibu hamil yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan yang ada? Hal tersebut dapat disebabkan oleh masyarakat belum mengetahui tentang pemeliharaan kehamilan dan bahaya persalinan yang tidak aman (*predisposing factor*). Namun, kemungkinan juga karena tempat tinggalnya jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan (*enabling factor*). Kemungkinan sebab lain ialah karena para tokoh masyarakat belum

peduli terhadap keselamatan ibu hamil dan bersalin atau petugas kesehatan belum maksimal memberikan layanan kepada masyarakat (*reinforcing factor*). Dengan demikian akses informasi dan akses pelayanan kesehatan menjadi penting untuk menurunkan kematian ibu ⁽¹⁰⁾.

Kombinasi keadaan sosial budaya dan ekonomi masyarakat mempengaruhi pola asuhan antenatal dan asuhan persalinan. Kemampuan membayar pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain. Keadaan tersebut berpengaruh terhadap penolong persalinan di Indonesia. Dapat ditarik kesimpulan bahwa, walaupun kondisi determinan yang lain dalam kondisi baik, tetapi apabila perilaku ANC buruk dan persalinan ditolong oleh tenaga non-kesehatan maka dapat mempengaruhi terjadinya kematian ibu.

Upaya penurunan AKI melalui intervensi terhadap determinan antara telah diprogramkan oleh pemerintah sejak beberapa tahun silam melalui model yang dikenal dengan Upaya *Safe Motherhood* yang dikenal dengan 4 pilar yaitu 1) keluarga berencana (KB), 2) asuhan antenatal, 3) persalinan bersih dan aman, serta 4) pelayanan obstetri esensial. Empat pilar tersebut didukung oleh 2 kegiatan mendasar yaitu 1) pelayanan kesehatan primer dan 2) pemberdayaan perempuan, seperti dapat dilihat pada bagan 2 ⁽⁸⁾.

Pilar KB ini bertujuan untuk memastikan agar setiap individu perempuan maupun laki-laki atau pasangan usia subur mendapat informasi dan pelayanan tentang waktu, jumlah, dan jarak kehamilan yang sebaik-baiknya. Intervensi dilakukan melalui pengurangan kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil, dengan upaya KB. Kebijakan pemerintah tentang KB

difokuskan pada kehamilan 4 terlalu yang merupakan kelompok *the unmet needs* dalam masyarakat. Upaya untuk menanggulangi terjadinya "4 terlalu" sebagai faktor resiko kematian ibu, dapat dilakukan melalui program keluarga berencana (KB). Pemerintah saat ini telah mengembangkan berbagai program KB yang keberhasilannya dapat dilihat antara lain melalui angka TFR (*Total Fertility Rate*) dan CPR (*Contraceptive Prevalence Rate*).

Bila dibandingkan dengan beberapa negara di Asia, menurut data SDKI tahun 2003, secara nasional TFR Indonesia (2,6) lebih rendah dari Myanmar (2,8), Malaysia (2,9), Filipina (3,5), Kamboja (4,0) dan Laos (4,7). Bila ditinjau lebih dalam lagi, TFR di Indonesia bervariasi yaitu di pedesaan (2,7) lebih tinggi dibandingkan perkotaan (2,4) dan kelompok miskin (3,0) lebih tinggi dibandingkan kelompok kaya (2,2) ⁽⁶⁾. Hasil SDKI tahun 2007 menunjukkan bahwa TFR Indonesia tetap pada angka 2,6 sedangkan TFR Sumatera Selatan adalah 2,7, lebih tinggi dari angka nasional ⁽¹¹⁾.

Cakupan pelayanan KB (CPR) di Indonesia meningkat terus, pada tahun 1987 mencapai 48%, meningkat pada tahun 1997 menjadi 60,3% dan tahun 2003 menjadi 60,3%. Pengetahuan tentang KB khususnya metode kontrasepsi, telah cukup tinggi pada perempuan maupun laki-laki di Indonesia. Data SDKI tahun 2003 menunjukkan bahwa 99% perempuan kawin dan 96% laki-laki kawin, mengetahui paling sedikit 1 metode kontrasepsi modern. Metode yang paling dikenal adalah kontrasepsi suntik dan pil (97%) ⁽⁶⁾. Cakupan pelayanan KB (CPR) Indonesia walaupun terus meningkat tetapi peningkatannya sangat lambat. Hasil SDKI tahun 2007 menunjukkan bahwa

Bagan 2. Empat Pilar *Safe Motherhood*
(Saifudin, 2005)



CPR Indonesia adalah 61,4%, hanya naik 1,1% dibandingkan tahun 2003. Sumatera Selatan mempunyai angka CPR 64,8%, lebih tinggi dibandingkan angka nasional ⁽¹¹⁾.

Pilar Asuhan antenatal ini bertujuan untuk mencegah komplikasi serta memastikan agar setiap komplikasi kehamilan dapat dideteksi secara dini dan ditangani secara benar. Kegiatan intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal yang benar.

Pemerintah telah menetapkan kebijakan pelayanan antenatal, yaitu bahwa pelayanan antenatal harus diberikan di semua fasilitas kesehatan mulai di posyandu sampai di rumah sakit pemerintah maupun swasta. Pelayanan antenatal harus diberikan sesuai standar nasional, sekurang-kurangnya 4 kali selama ke-

hamilan yaitu 1 kali dalam trimester pertama, 1 kali dalam trimester ke dua dan 2 kali dalam trimester ke tiga. Secara nasional, persentase ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal minimal 1 kali sebesar 92% sedangkan persentase ibu hamil yang mengunjungi klinik antenatal 4 kali sesuai standar lebih rendah yaitu 81% ⁽⁷⁾. Berdasar hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan adalah 84,5% dan di Sumatera Selatan 69,6 %, lebih rendah dari angka nasional ⁽¹²⁾

Pilar persalinan bersih dan aman, bertujuan untuk memastikan bahwa setiap petugas kesehatan yang akan menolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk melaksanakan persalinan yang bersih dan aman. Intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi

dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

Pemerintah telah membuat kebijakan tentang persalinan yaitu bahwa semua persalinan harus ditolong oleh petugas kesehatan yang terampil. Sejak tahun 1996 melalui Permenkes 572/1996, bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertentu.

Pilar pelayanan obstetri esensial bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan esensial untuk kelompok resiko tinggi dan berkomplikasi tersedia untuk setiap perempuan, dimanapun dia berada. Kegiatan intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetri dan neonatal esensial dasar dan komprehensif.

Pelayanan obstetri esensial dilaksanakan oleh rumah sakit dan puskesmas. Pelayanan obstetri di semua rumah sakit kabupaten/kota dan provinsi yang mempunyai dokter spesialis obstetri dan ginekolog harus mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Puskesmas tempat tidur yang mempunyai dokter umum dan bidan, harus mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Kondisi saat ini menunjukkan kurangnya sumber daya manusia pelaksana pelayanan obstetri. Menurut Saifudin (2005) saat ini terjadi kekurangan sumber daya manusia di semua tingkat pelayanan kesehatan. Rumah sakit kabupaten/kota yang tidak memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekolog maupun dokter spesialis lainnya sebesar 30%. Dengan

kondisi seperti itu, sulit untuk mengharapkan PONEK dan PONED berjalan optimal⁽⁸⁾.

Untuk menyempurnakan program *Safe Motherhood*, maka pada tanggal 12 Oktober 2000 telah dilakukan penancangan *Making Pregnancy Safer* (MPS) sebagai bagian program *Safe Motherhood*, sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010. Tujuan Upaya *Safe Motherhood* dan MPS sama, yaitu untuk melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia serta pemberdayaan perempuan.

Tujuan global MPS sesuai dengan target internasional yaitu untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. MPS dilaksanakan berdasarkan upaya-upaya yang telah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta, keluarga dan anggota masyarakat. MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan pelayanan kesehatan. Belajar dari pengalaman pelaksanaan Upaya *Safe Motherhood*, maka pesan kunci MPS adalah:

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat
3. Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Telah ditentukan 4 strategi MPS untuk mencapai tujuan dan target yang telah ditetapkan, yaitu:

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan berkualitas bagi

ibu dan bayi baru lahir yang *cost-effective* dan berdasarkan bukti data.

2. Membangun kemitraan yang efektif untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya.
3. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan pengetahuan.
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Sistem Upaya *Safe Motherhood* yang terintegrasi dengan MPS secara skematis dapat dilihat pada Bagan 3 berikut⁽¹³⁾.

Untuk memperoleh hasil yang maksimal, pendekatan Upaya *Safe Motherhood* yang terintegrasi dengan MPS dapat diintegrasikan dengan pembentukan desa siaga sebagai upaya penurunan AKI di tingkat masyarakat. Pembentukan desa siaga mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No.564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Tujuan terbentuknya desa siaga adalah terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah kesehatan (termasuk kesehatan ibu). Kriteria desa siaga adalah: minimal memiliki 1 Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Poskesdes merupakan kerangka terwujudnya desa sehat. Prinsip pengorganisasian Poskesdes adalah dikelola oleh masyarakat (kader) dengan bimbingan tenaga kesehatan. Salah satu alternatif

pembentukan Poskesdes adalah mengembangkan Polindes yang ada di desa. Pelayanan Poskesdes harus dilaksanakan secara rutin setiap hari berupa pelayanan :

1. Promotif, kegiatannya antara lain penyuluhan kesehatan, pertemuan dengan tokoh masyarakat, dan advokasi kepada penentu kebijakan, penyandang dana, dan lain-lain.
2. Preventif, kegiatannya antara lain surveilan penyakit secara sederhana, surveilan gizi, kesiapsiagaan menghadapi kegawatdaruratan kesehatan dan bencana, pemeriksaan berkala/penjaringan kesehatan termasuk pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan nifas, imunisasi, penyehatan lingkungan, dan pemberantasan nyamuk dan tempat perindukannya.
3. Kuratif dan rehabilitatif, kegiatannya antara lain pengobatan, pertolongan persalinan, penanganan masalah kesehatan akibat bencana/keedaruratan kesehatan, rujukan kasus ke puskesmas, dan asuhan keperawatan melalui kunjungan rumah untuk perawatan tindak lanjut⁽¹⁴⁾.

Dengan demikian, Upaya *safe motherhood* terintegrasi MPS dapat dilaksanakan menggunakan kerangka desa siaga sehingga hasilnya diharapkan lebih optimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan penelitian ini adalah 1) Ibu yang tidak pernah atau kurang dari 4 kali memeriksakan kehamilan (ANC) mempunyai odd kematian ibu 3,5 kali ibu yang memeriksakan kehamilan ≥ 4 kali, dan 2) Ibu yang memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan mempunyai odd kematian ibu 4,5 kali ibu yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan.

Disarankan ada penelitian lanjutan berupa penelitian kualitatif untuk menggali fenomena mengapa masih banyak ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan atau periksa kehamilan tetapi kurang dari 4 kali serta masih banyak ibu hamil yang memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Ketua Himpunan Dokter Obgyn Sosial Sumatera Selatan yaitu Prof. dr Syakroni Daud Rusydi, SpOG(K) yang telah banyak memberikan masukan berharga. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada pemerintah Provinsi Sumatera Selatan melalui Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sumatera Selatan yang telah membiayai penelitian ini dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk menggunakan datanya pada publikasi jurnal.

DAFTAR RUJUKAN

1. UNFPA. Ringkasan Program Aksi Konperensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, UNFPA: Jakarta.
2. UNFPA dan BPS. Laporan Indikator Data Base 2004, BPS dan UNFPA; Jakarta, 2005.
3. Martaadisoebrota D, et.al., Martaadisoebrota D. Et.al. (editor). Strategi Pendekatan Risiko; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan , Laporan Kematian Ibu dan Anak di Puskesmas dan Rumah Sakit Tahun 2007, Palembang, 2008.
5. Ariawan, Iwan. Perhitungan Besar Sampel Pada Penelitian Kesehatan, Jurusan Biostatistik FKM Universitas Indonesia, Depok.
6. Sujaningrat A, Martaadisoebrota D, et.al. (editor). Keluarga Berencana dalam kesehatan Reproduksi manusia; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
7. Departemen Kesehatan. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, Dep.Kes; Jakarta, 2005.
8. Saifuddin B, Martaadisoebrota D, et.al. (editor). Upaya Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
9. Green, L.W. & Kreuter, M.W. Health Promoting Planning: An Educational and Environmental Approach. Second Edition, Mayfield Publishing Company, Mountain View Toronto London 1991.
10. Retnaningsih, Ekowati., Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu di Sumatera Selatan. Makalah Bebas KONAS IAKMI Tahun 2007 di Palembang
11. BPS. Makalah pada Desiminasi Hasil SDKI 2007. 17 Desember 2008; Hotel Bida Kara Jakarta.
12. Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS INDONESIA Tahun 2007. Departemen Kesehatan; Jakarta, 2008.
13. Retnaningsih, Ekowati., Studi Ekologi: Determinan Antara Yang Berhubungan Dengan Kematian Ibu di Sumatera Selatan. Jurnal Kesehatan dan Kedokteran Fakultas Kedokteran UNSRI, edisi november 2006.
14. Departemen Kesehatan. Pedoman Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa, Departemen Kesehatan; Jakarta, 2006