

**PEMANTAUAN KEMATIAN IBU DAN KEMATIAN BAYI BARU LAHIR
MELALUI SISTIM RUJUKAN TERENCANA
DI KABUPATEN NGANJUK, PROBOLINGGO, DAN TRENGGALEK –
JAWA TIMUR**

Rochjati P¹, Anondo D², Wijono S.B.³, Santoso⁴, Sugito T⁵

**MONITORING OF MATERNAL AND INFANT MORTALITY
THROUGH PLANNED REFERRAL SYSTEM IN NGANJUK, PROBOLINGGO AND
TRENGGALEK DISTRICTS - EAST JAVA.**

Abstract.

Background: *the results of National Sosio-economic Survey or Susenas conducted in 2000 indicated that there was still significantly high Maternal Mortality Rate (MMR) in East Java province 168.2/100,000 Live Birth (LB), while the National rate for Indonesia was from 347/100,000 LB in 2000 to 307/ 100,000 LB in 2003. Based upon the results from other studies conducted at Dr. Soetomo Hospital in Surabaya, prior to Susenas, in 1976, 1979 and 1980, a Score-Card for problem identification was developed. The Score-Card has 5 functions: 1) problem identification, 2) monitoring during the pregnancy, 3) provide information education and empowering the pregnant women, husbands and their families for a safe delivery, 4) recording and reporting, and 5) data validation. This card was further simplified, resulting in early detection of 20 risk factors and was used by Family Welfare Movement (PKK) in a field study in 1985 at neighboring sub-district of Sidoarjo to expedite safe pregnancy and delivery referral. Following this study, a scaled up study was conducted for referral of pregnant mothers with identified problem during pregnancy in Probolinggo district(1993). Based upon these studies, a Problem-based Family-based Maternal Health Care System was developed with Planned Referral within the District Comprehensive Integrated Referral System. In 1994 this system was adopted as a part of the Maternal Child Health Program for the Provincial and District Health Service, and was replicated to 29 districts and 9 municipalities in East Java Province.*

Objective: *to reduce maternal and neonatal mortality to save mother and the newborns.*

Method: *monitoring the maternal health care with planned referral system that was conducted in three district: Nganjuk (1997-2000), Probolinggo (1998-2002) and Trenggalek (1998-2002) through collection of the Score-cards from village midwives, Village Health Centers, District Health Centers and Provincial Health Service in these district with total 52,252, 60,718, and 38,486 cards respectively that represent more than 60% from the annual total number of deliveries. The score-card were finally brought to Safe Motherhood Centre in Dr. Soetomo Hospital for data entry and data analysis.*

Result: *There was significant decline in MMR in these districts: Nganjuk from 112.6 to 93.9/ 100,000 LB, Probolinggo from 177.9 to 64.4/ 100,000 LB and Trenggalek from 95.2 to 62.,7/ 100,000 LB. There was also decline in IMR as well, in Nganjuk from 8.3 to 5.9/ 1,000 LB, Probolinggo from 25.7 to 8.9/ 1,000 LB and 9.4 to 7.1/ 1,000 LB.*

Keyword: *Referral Score-card, Planned Referral, MMR and IMR.*

¹ Pusat Safe Motherhood RSU Dr. Soetomo/Fakultas
Kedokteran Unair

² Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

³ Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk.

⁴ Dinas Kesehatan Kabupaten Probolinggo

⁵ Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek

PENDAHULUAN

Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) tahun 2000 mendapatkan Angka Kematian Ibu/AKI di Indonesia 347/100.000 KH (Kelahiran Hidup) dan di Jawa Timur 168,2/100.000 KH⁽¹⁾. AKI di Jawa Timur dari tahun 1998-2004 cenderung menurun bermakna berturut-turut: 106,5; 92,8; 98,3; 72,0; 75,0 dan 69,0/100.000 KH pada $p < 0,05$ dengan 'Lifetime Risk' (satu kematian ibu dalam sejumlah persalinan) membaik dari 1:939; 1:1078; 1:1118; 1:1065; 1:1391; 1:1391; 1:1336 menjadi 1:1445. Survei Demografi Kesehatan Indonesia mendapatkan AKI 307/100.000 KH pada tahun 2003.

Setiap ibu hamil mempunyai Potensi Risiko mengalami komplikasi persalinan dengan dampak kematian/kesakitan/kecacatan/ketidaknyamanan dan ketidakpuasan pada ibu dan atau bayi baru lahir⁽²⁾. Penelitian di RSUD Dr. Soetomo sebagai RS rujukan di tahun 1988-1992 terhadap dua kelompok sasaran: ibu terdaftar dan ibu tidak terdaftar (kasus rujukan) menunjukkan AKI berturut-turut 100/100.000 KH dan 600/100.000 KH dan AKP (Angka Kematian Perinatal yaitu jumlah bayi lahir mati dan mati kemudian umur 7 hari atau kurang) 35,9/1000 KH dan 119,3/1000 KH yang beda bermakna pada $p < 0,05$. Sebagian besar ibu datang di Rumah Sakit sebagai rujukan terlambat⁽³⁾.

Penelitian di RSUD Dr. Soetomo (1976, 1979)^(4,5) telah menghasilkan kartu skor untuk pengenalan dini masalah atau faktor risiko/FR pada ibu hamil, dengan tujuan meningkatkan rujukan terencana dalam menurunkan kematian ibu dan bayi baru lahir⁽⁶⁾. Dalam penelitian di Kabupaten Sidoarjo (1985, 1989)^(7,8), kartu skor ini juga digunakan untuk melakukan pengenalan FR dan pemantauan terhadap ibu hamil di masyarakat pedesaan yang jauh dari akses rujukan^(9,10), yang selanjutnya

disebut Hulu, kartu skor disederhanakan dengan gambar untuk tiap FR agar mudah digunakan oleh ibu PKK untuk memberi Komunikasi Informasi Edukasi/ KIE dalam pemberdayaan ibu hamil, suami dan keluarga, dan merujuk ibu RisikoTinggi masih sehat ke Rumah Sakit/RS Kabupaten, yang selanjutnya disebut Hilir. Pada tahun 1993 penelitian mengenai Rujukan Terencana dilakukan di Kabupaten Probolinggo^(10,11).

Dari pengalaman penelitian di dalam dan di luar RS telah dikembangkan Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu Berbasis-masalah dan Berbasis-keluarga dengan Rujukan Terencana dalam Sistem Rujukan Paripurna Terpadu Kabupaten/Kota. Sebagai kebijakan Kantor Wilayah dan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, sejak tahun 1994 sistem tersebut dimasukkan dalam program KIA dari Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten dan di replikasi di 29 Kabupaten dan 9 kota.

BAHAN DAN CARA

Pemantauan kematian ibu dan bayi dalam Pelayanan Kesehatan Ibu Berbasis-masalah dan Berbasis-keluarga telah dilaksanakan dalam kurun waktu yang kurang lebih sama di dataran rendah dan pegunungan di kabupaten Nganjuk (1997-2000), Probolinggo (1998-2002) dan Trenggalek (1998-2002) dengan estimasi jumlah persalinan berturut-turut 77.046, 91.820 dan 51.724. Jumlah penduduk berturut-turut 1.013.103, 969.593 dan 674.226 dengan mata pencaharian terbanyak petani. Pelayanan kesehatan ibu dan pemantauan kematian dan bayi baru lahir di pedesaan dilakukan oleh bidan di desa dengan menggunakan kartu skor. Ketiga kabupaten tersebut telah mengumpulkan kartu skor secara berjenjang dan kontinyu dari bidan di desa, Puskesmas,

Dinas Kesehatan kabupaten, Dinas Kesehatan Propinsi dan terkumpul di Pusat Safe Motherhood RSUD Dr. Soetomo/Fakultas Kedokteran Unair untuk dilakukan entri dan analisa data jumlah kartu skor terkumpul sebanyak 60% lebih dari sasaran yaitu : Nganjuk 52.252 (67,8%), Probolinggo 60.718 (66,5%) dan Trenggalek 38.486 (74,0%).

Sistim Pelayanan Kesehatan Ibu Berbasis-masalah dan Berbasis-keluarga dilaksanakan dengan enam kegiatan pokok yaitu: 1) deteksi/pengenalan dini masalah/faktor risiko/FR, 2) prediksi adanya risiko/bahaya komplikasi persalinan, 3) Komunikasi Informasi Edukasi mengenai FR dan persalinan aman dalam pemberdayaan kepada ibu hamil, suami dan keluarga, 4) Prevensi pro-aktif terhadap komplikasi dan kematian/kesakitan/kecacatan/ketidakpuasan/ketidak-nyamanan (5K), 5) antisipasi terhadap komplikasi dan 5K melalui rujukan terencana dan 6) intervensi, penanganan adekuat di RS Rujukan.

Kartu Skor yang dikembangkan mempunyai 5 fungsi yaitu: 1) pengenalan dini FR, 2) pemantauan selama kehamilan, persalinan dan nifas 3) pedoman KIE persalinan aman dan Rujukan Terencana, 4) pencatatan/pelaporan dan 5) validasi data mengenai kematian ibu/ janin dan bayi baru lahir.

- Dalam kartu skor ada 20 macam FR dengan gambar. FR terbagi dalam 3 kelompok, yaitu: 1) Kelompok FR. I: Ada-Potensi-Gawat-Obstetrik (APGO) dengan 10 FR (7 Terlalu yaitu: terlalu muda, umur ≤ 16 tahun hamil I; terlalu lama kawin, 4 tahun lebih baru hamil I; terlalu lama hamil lagi anak terkecil ≥ 10 tahun; terlalu cepat hamil lagi < 2 tahun; terlalu tua, umur ≥ 35 tahun; terlalu banyak anak ≥ 4 ; terlalu pendek, tinggi badan/ TB ≤ 145 cm dan 3 Pernah, yaitu: pernah operasi sesar; pernah mengalami kegagalan kehamilan;

pernah melahirkan dengan tindakan pervaginam; pernah mengalami perdarahan pasca persalinan dan uri manuil. FR ini mudah ditemukan dalam trimester I oleh siapapun, ibu hamil sehat tanpa keluhan, namun dalam persalinan harus di awasi dan di waspadi adanya bahaya komplikasi dini, 2) Kelompok FR.II: Ada-Gawat-Obstetrik (AGO) terdiri dari 8 FR, pada ibu yang sudah ada keluhan dan kelainan pada kehamilan lebih lanjut, yaitu ibu dengan penyakit; pre-eklampsia ringan; hamil kembar; kembar air; bayi mati dalam kandungan; kehamilan lebih bulan; letak sungsang letak lintang dan 3) Kelompok FR.III Ada – Gawat – Darurat - Obstetrik (AGDO) terdiri dari 2 FR yaitu perdarahan antepartum dan eklamsi. Tiap FR diberi skor 4. Untuk bekas seksio, letak sungsang, letak lintang, perdarahan ante-partum dan eklamsi diberi skor 8.

- Pemberian skor: skor awal 2 untuk umur dan paritas pada setiap ibu hamil, ditambah skor dari FR yang ditemukan pada tiap kontak. Berdasarkan jumlah skor ibu hamil terbagi dalam 3 Kelompok Risiko: Kehamilan Risiko Rendah/KRR tanpa FR dengan skor 2, kode warna hijau, Kehamilan RisikoTinggi/KRT jumlah skor 6-10, kode warna kuning dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/ KRST jumlah skor ≥ 12 , kode warna merah.

- Manfaat FR dengan gambar, jumlah skor dan kode warna, adalah sebagai berikut: 1) bagi ibu hamil, suami, keluarga - sebagai sarana KIE, karena kode warna mudah dimengerti dan diterima untuk persiapan/perencanaan persalinan aman dan pengambilan keputusan Rujukan Terencana, 2) bagi tenaga kesehatan/bidan di desa merupakan tanda peringatan dini ('*Early Warning Sign*') agar waspada terhadap tanda komplikasi persalinan dini.

Rujukan Terencana: sejak awal kehamilan telah disiapkan/direncanakan

rujukan ke rumah sakit sebagai upaya inovatif dan pencegahan pro-aktif terhadap komplikasi persalinan. Rujukan Terencana ada 2 macam yaitu: 1a) *Rujukan Dini Berencana/RDB* bagi ibu Gawat-Obstetrik (GO), 1b) *Rujukan Dalam Rahim/RDR* untuk janin Gawat Obstetrik, misalnya pada ibu bekas operasi sesar, Riwayat Obstetrik jelek, TB rendah, letak lintang. RDB/RDR dilakukan pada ibu Risti sehat⁽¹³⁾ dengan FR-APGO dan AGO, dan 2) *Rujukan Tepat Waktu/RTW bagi ibu/ janin dengan gawat-darurat-obstetrik (GDO)* yaitu pada ibu dengan perdarahan antepartum, eklamsi dan komplikasi dalam persalinan dengan partus lama dan perdarahan pasca persalinan.

Kerangka konsep mengenai pemanfaatan kematian ibu dan bayi dapat dilihat pada Gambar 1.

HASIL

Pemantauan kematian ibu dan bayi dengan alat bantu kartu skor yang terkumpul lebih dari 60% yaitu di Nganjuk 52.252 (67,8%), Probolinggo 60.718 (66,5%), dan Trenggalek 38.486 (74,0%), dengan hasil sebagai berikut:

Masukan: di kabupaten Nganjuk, Probolinggo dan Trenggalek berturut-turut didapatkan rata-rata umur ibu 26 tahun dan paritas 1,7. Lama pendidikan ≥ 4 th (masih dapat baca tulis untuk penerimaan KIE) pada ibu dan suami 99,2%. Pekerjaan ibu hamil sebagai ibu Rumah Tangga (65%). Pekerjaan suami dengan pendapatan tetap sebagai pegawai/ABRI di Kabupaten Nganjuk dan Trenggalek 25%, sedang di Probolinggo lebih rendah 12,5% (Tabel 1).

Proses: *perawatan kehamilan* pada tenaga kesehatan/bidan di desa dengan K I Murni 89,0% yang menunjukkan ada cukup waktu untuk melakukan KIE untuk per-

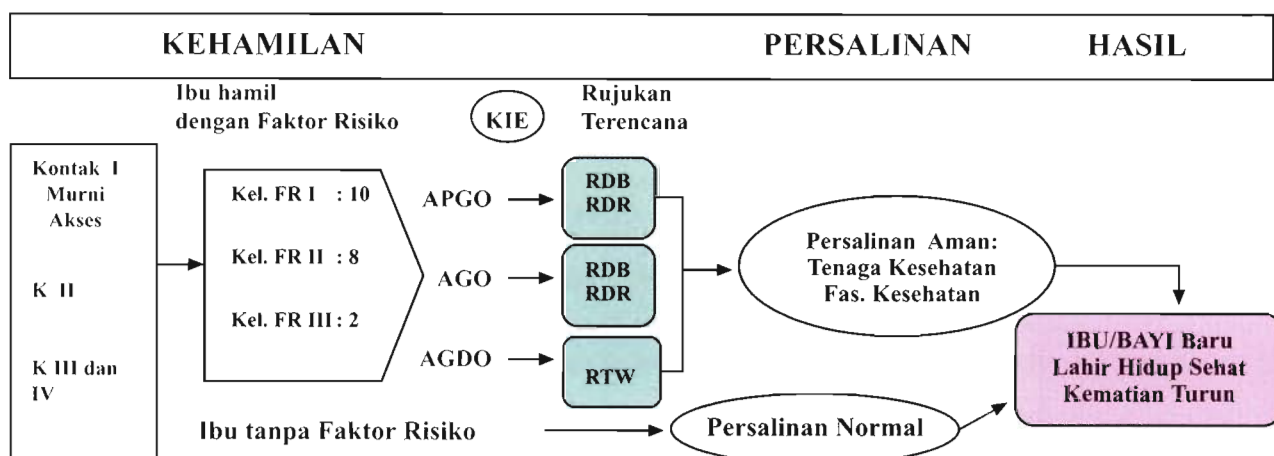
siapan/perencanaan persalinan aman dan bila perlu rujukan terencana, K I Akses 97%, sedangkan K IV 78,5% (Tabel 2)

Pengenalan Faktor Risiko: didapatkan ibu dengan FR 22%: ibu dengan FR tunggal 16,1%, ibu dengan FR ganda 2 menurun 4,7%, ibu dengan FR ganda 3 dan lebih berkurang 1,2%. Bila dirinci, ibu hamil dengan FR tunggal dengan kejadian $\geq 1\%$ di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo, Trenggalek: pada kelompok FR.I APGO: primi tua sekunder (anak terkecil umur ≥ 10 th), anak terkecil ≤ 2 tahun, umur ≥ 35 tahun TB ≤ 145 cm, riwayat obstetrik jelek, pada kelompok FR. II AGO- ibu hamil dengan penyakit, sedang pada kelompok FR.III AGDO kejadian FR didapatkan sangat rendah diantara 0,1%-0,2% (Tabel 3).

Kelompok Risiko: Ibu hamil dengan FR sebagai Kehamilan Risiko Tinggi/KRT 20,2% dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KRST 1,8%, yang membutuhkan tempat dan penolong untuk persalinan aman sesuai dengan kondisi ibu dan janin, dapat dilihat pada Tabel 4.

Rujukan Terencana: dalam pelayanan kesehatan ibu berbasis-masalah berbasis-keluarga berawal dari pengenalan dini adanya masalah/FR diikuti KIE mengenai prakiraan terjadinya komplikasi dalam persalinan. Dari tahun ke tahun cenderung meningkat bermakna di Kabupaten Nganjuk (1997-2000) dari 4,7% menjadi 7,1%; di Probolinggo (1998-2002) dari 1,9% menjadi 5,1% dan Trenggalek (1998-2002) dari 4,1% menjadi 8,6% pada $p < 0,05$, dapat dilihat pada Grafik 1.

Persalinan: *tempat persalinan* di rumah ibu hamil masih tinggi 68,1%. Namun sebagian besar *penolong persalinan* oleh tenaga kesehatan 84,8%, dapat dilihat pada Tabel 5.



Gambar 1. Kerangka Konsep: Pemantauan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir

Tabel 1. Karakteristik Ibu Hamil dan Suami, di kabupaten Nganjuk, Probolinggo, Trenggalek.

Jumlah Persalinan		Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Ibu	: Umur ibu/ tahun, rata-rata	26	24	27	26
	Paritas, rata - rata	1,9	1,6	1,7	1,7
	Pendidikan < 4 th (%)	0,7	1,1	0,8	0,9
	Pekerjaan ibu RT	63,7	66,8	48,8	61,2
Suami	: Pendidikan < 4 th (%)	0,9	0,8	0,6	0,8
	Pekerjaan = Pegawai/ABRI	26,5	12,5	23,5	20,22

Tabel 2. Perawatan kehamilan di Fasilitas Kesehatan, KI murni dan K IV

Riwayat Kehamilan	Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Perawatan Kehamilan/ ANC	%	%	%	%
Tempat ANC				
Fas. Kesehatan	93,5	98,2	98,7	97,0
Non Kesehatan	6,5	1,8	1,3	3,0
Kunjungan : KI Akses	93,5	98,2	98,7	97,0
KI Murni	86,5	89,8	91,4	89,0
K IV	79,5	81,8	74,1	78,5

Tabel 3. Pengenalan Faktor Risiko

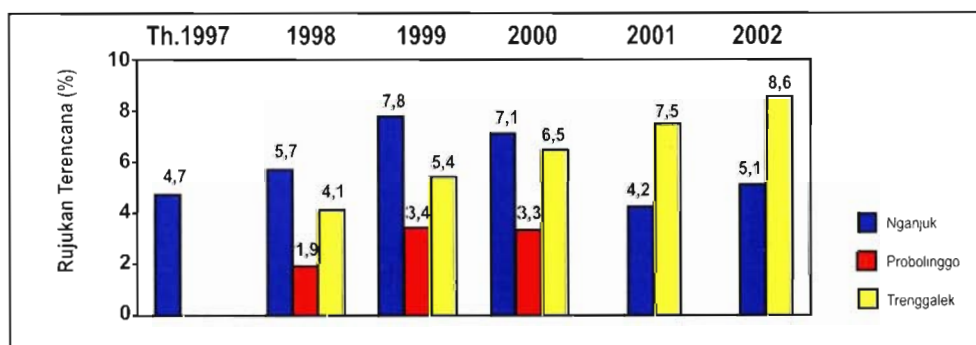
	Nganjuk n : 52.252		Probolinggo n : 60.718		Trenggalek n : 38.486		Seluruh n : 151.456	
Pengenalan FR:								
Ibu Tanpa Faktor Risiko	76,1		81,0		75,9		78,0	
Dengan Faktor Risiko:	23,9		19,0		24,1		22,0	
Tunggal	16,3		14,9		17,6		16,1	
Ganda 2	5,9		3,3		5,3		4,7	
Ganda 3 lebih	1,7		0,8		1,2		1,2	
Ibu dengan Faktor Risiko Tunggal	8.522	16,3	9.093	14,9	6.761	17,6	24.376	16,1
Kel. I. Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO	6.311	12,1	7.153	11,8	5.351	13,9	18.815	12,4
Primi Muda	0,3		2,0		0,3		1,0	
Primi Tua	0,2		0,2		0,2		0,2	
Primi Tua Sekunder	1,5		1,6		2,9		1,9	
Anak terkecil ≤ 2 tahun	2,7		2,4		2,9		2,6	
Granda Multi	1,0		0,4		0,3		0,6	
Usia ≥ 35 tahun	3,3		2,3		3,9		3,1	
Tinggi Badan ≤ 145 Cm	1,2		0,8		1,4		1,1	
Riwayat Obstetrik Jelek	1,4		1,8		1,6		1,6	
Persalinan yang lalu dengan tindakan	1,4		0,2		0,2		0,3	
Bekas Operasi Sesar	0,2		0,1		0,2		0,1	
Kel. II. Ada Gawat Obstetrik/ AGO	2.103	4,0	1.764	2,9	1.298	3,4	5.165	3,4
Penyakit Ibu	1,6		1,3		0,8		1,3	
Preeklampsia ringan	0,4		0,4		0,3		0,4	
Hamil Kembar	0,3		0,2		0,3		0,2	
Kembar Air	0,1		0,0		0,6		0,2	
Bayi mati dlm Kandungan	0,1		0,1		0,1		0,1	
Kehamilan Lebih Bulan	0,8		0,2		0,4		0,5	
Letak Sungsang	0,6		0,5		0,8		0,6	
Letak Lintang	0,1		0,1		0,1		0,1	
Kel. III. Ada Gawat Darurat Obstetrik/ AGDO	108	0,2	176	0,3	112	0,3	396	0,2
Perdarahan Antepartum	0,1		0,1		0,2		0,1	
Preeklampsia Berat/ Eklampsia	0,1		0,2		0,1		0,1	

Tabel 4. Kejadian Kelompok Risiko: Kehamilan Risiko Rendah/ KRR, Kehamilan Risiko Tinggi/ KRT dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/ KRST

Kelompok Risiko	Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Kehamilan Risiko Rendah/ KRR	76,1	81,0	75,9	78,0
Kehamilan Risiko Tinggi / KRT	21,5	17,8	22,2	20,2
Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KRST	2,4	1,2	1,8	1,8

Tabel 5. Tempat, Penolong dan Cara Persalinan Ibu Hamil di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo dan Trenggalek

Proses Persalinan	Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Tempat : Rumah Bumil	62,9%	75,5%	63,0%	68,1%
Fasilitas Kesehatan	37,1	24,5	37,0	31,9
Penolong : Dukun	9,3	21,5	13,5	15,2
Tenaga Kesehatan	90,7	78,5	86,5	84,8
Cara persalinan : Spontan	96,9	97,9	95,4	96,9
Tindakan Pervag.	1,6	1,0	1,8	1,4
Operasi Sesar/ OS	1,6	1,1	2,8	1,7

Grafik 1. Rujukan Terencana di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo, Trenggalek

Persalinan spontan 96,9% dengan Operasi Sesar 1,7%, dengan tertinggi di Trenggalek 2,8%.

Luaran : jenis komplikasi persalinan dan rujukan

Kejadian total komplikasi persalinan di Kabupaten Nganjuk 2877 (5,5%), di Probolinggo 2.861 (4,7%) dan di Trenggalek 2.294 (6,0%) dengan pengenalan dini komplikasi persalinan tertinggi pada partus lama 3,5% (sebagai hasil pelatihan Acuan Persalinan Normal/ APN dalam penggunaan Partograf) sehingga cukup waktu untuk memberi KIE dan melakukan RTW, sedang kejadian perdarahan pasca persalinan/PPP 1,5% lebih rendah, yang

membutuhkan keterampilan bidan di desa untuk melakukan pertolongan pertama dan bila perlu me-lakukan RTW, serta infeksi 0,4% (Tabel 6)

Rujukan Persalinan: dari semua persalinan 151.456 didapatkan yang tidak membutuhkan rujukan 142.627 (94,2%). Rujukan Terencana 7.776 (5,3%) dengan rincian RDB/ RDR 2.804 (1,9%) dan RTW 4.972 (3,4%). Rujukan terlambat 1.019 (0,7%), dapat dilihat pada Tabel 7.

Kejadian rujukan terlambat di tiga kabupaten masih ada, walau kurang dari 1% dengan kemungkinan penyebab faktor medik dan non-medik yaitu kesiapan mental, biaya dan transportasi.

Dampak : jumlah ibu mati, AKI, *Lifetime Risk* dari seluruh persalinan 151.456 di tiga kabupaten berturut-turut 151, 99,7/100.000 KH dan 1: 1003, sedang di Kabupaten Nganjuk: 58, 112,8/100.000 KH dan 1: 901; di Kabupaten Probolinggo : 63, 105,9/ 100 000 KH dan 1: 964; dan di kabupaten Trenggalek: 30, 78,6/ 100.000 KH dan 1: 1.283 (Tabel 8).

Penyebab dan tempat kematian Ibu: dari seluruh jumlah kematian ibu di tiga kabupaten berturut-turut adalah 58, 63 dan 30 dengan penyebab kematian ibu yang tertinggi adalah perdarahan pasca persalinan di Nganjuk 20 (34,5%), Probolinggo 23 (36,6%) dan Trenggalek 10 (33,3%) *Tempat kematian ibu* di rumah ibu hamil dan RS berturut-turut untuk Nganjuk 32,8% dan 58,6%, Probolinggo 52,4% dan 38,1%, Trenggalek 26,7% dan 60,0%. Tidak ada kematian ibu dalam perjalanan. Kematian ibu di rumah bumil masih tinggi 39,7%, di rumah sakit juga tinggi 50,3% berarti rujukan terencana masih perlu ditingkatkan terus.

Angka Kematian Ibu/AKI dalam pemantauan pelayanan kesehatan ibu hamil dari tahun ke tahun di Nganjuk 1997-2000, Probolinggo 1998-2002 dan Trenggalek 1998-2002, dapat dilihat pada Grafik 2.

AKI menurun selama 4 tahun di kabupaten Nganjuk didapatkan dari 112,6 menjadi 93,9/100.000 KH, serta 5 tahun di Probolinggo dari 177,9 menjadi 64,4/

100.000 KH, dan 5 tahun di Trenggalek dari 95,2 menjadi 62,7/ 100.000 KH yang bermakna pada $p < 0,05$. *Lifetime Risk* didapatkan membaik: Nganjuk dari 1:903, menjadi 1:1.077, Probolinggo dari 1:579 menjadi 1:1.576, Trenggalek dari 1:1.060 menjadi 1:1.606 yang bermakna pada $p < 0,05$.

Dengan peningkatan Kelompok Risiko, AKI meningkat bermakna. *Lifetime Risk* pada KRR didapatkan paling tinggi/ paling baik: kab. Nganjuk 1: 3312, Probolinggo 1: 3.277, Trenggalek 1: 2436 (Tabel 9).

Kematian Bayi Baru Lahir

Pemantauan terhadap bayi baru lahir melalui pelayanan kesehatan ibu dari tahun ke tahun di kab Nganjuk (1997-2000), Probolinggo (1998-2002) dan Trenggalek (1998-2002) pada Tabel 10, Grafik 3. *Jumlah bayi baru lahir mati, AKB, Lifetime Risk* berturut- turut: Nganjuk 411, 7,9/1.000 KH dan 1: 26, di Probolinggo 851, 14,0/1.000 KH dan 1:70; di Trenggalek 315, 8,2/ 1.000 KH dan 1:121. Secara keseluruhan tempat kematian bayi: di rumah ibu hamil masih tinggi 53,4% dan di rumah sakit 34,5%. Dalam persalinan di rumah ibu hamil adanya pengenalan dini kondisi gawat-darurat-janin dalam persalinan dengan RTWnya sangat perlu ditingkatkan.

Tabel 6. Komplikasi Persalinan di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo dan Trenggalek

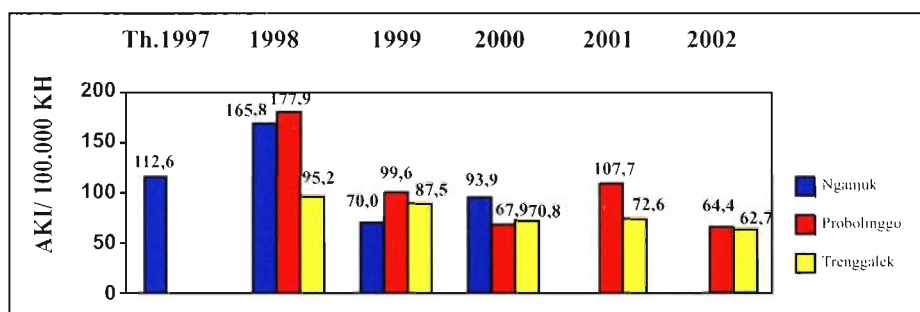
Komplikasi Persalinan:	Nganjuk		Probolinggo		Trenggalek		Seluruh	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Perdarahan Pasca Pers. /PPP	990	1,9	743	1,2	516	1,4	2.249	1,4
Partus Lama	1.755	3,4	1.978	3,3	1.538	4,0	5.271	3,5
Infeksi	132	0,3	140	0,2	240	0,6	512	0,4
Jumlah	2.877	5,5	2.861	4,7	2.294	6,0	8.032	5,4

Tabel 7. Distribusi Jenis Rujukan Persalinan

Jenis Rujukan Persalinan	Nganjuk 52.252 %		Probolinggo 60.718 %		Trenggalek 38.486 %		Seluruh 151.456 %	
Tidak di rujuk	48.587	93,0	58.251	95,9	35.823	93,0	142.661	94,2
Rujukan Terencana	3.238	6,2	2.124	3,5	2.414	6,3	7.776	5,3
RDB/ RDR	1.175	2,2	800	1,3	829	2,2	2.804	1,9
RTW	2.063	3,9	1.324	2,2	1.585	4,1	4.972	3,4
Rujukan Terlambat	427	0,8	343	0,6	249	0,7	1.019	0,7

Tabel 8. Jumlah Kematian Ibu, AKI, *Lifetime Risk*, Penyebab dan Tempat Kematian Ibu di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo, dan Trenggalek

Jumlah Persalinan		Nganjuk n : 52.252		Probolinggo n : 60.718		Trenggalek n : 38.486		Seluruh n : 151.456	
Kematian Ibu: Jumlah Ibu Mati		58		63		30		151	
AKI / 100.000 KH		112,8		105,9		78,6		99,7	
<i>Lifetime Risk</i>		1 : 901		1 : 964		1 : 1.283		1 : 1.003	
Penyebab:		n	%	n	%	n	%	n	%
Perdarahan ante partum		5	8,6	13	19,1	2	6,7	20	13,2
Perdarahan Post partum		20	34,5	23	36,6	10	33,3	53	35,1
Perdarahan pp/ Ret. Plac		1	1,7	6	9,5	-	-	7	4,6
Pre eklamsi berat/Eklamsi		12	20,7	8	12,7	3	10,0	23	15,2
Infeksi		15	25,9	4	6,3	5	23,3	24	16,0
Partus Lama		-	-	4	6,3	7	16,7	11	7,3
Penyakit ibu		5	8,6	5	9,5	3	10,0	13	8,6
Tempat:									
Rumah Bumil		19	32,8	33	52,4	8	26,7	60	39,7
Rumah Bidan/ Polindes		4	6,9	6	9,5	4	13,3	14	9,3
Puskesmas		1	1,7	-	-	-	-	1	0,7
Rumah Sakit		34	58,6	24	38,1	18	60,0	76	50,3
Perjalanan		-	-	-	-	-	-	-	-

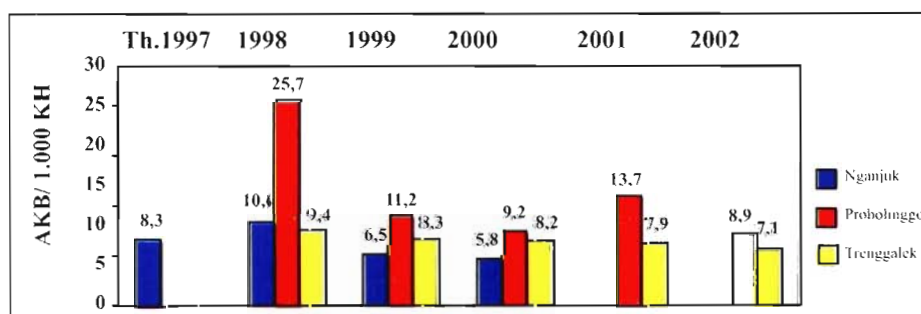
Grafik 2. Angka Kematian Ibu di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo, Trenggalek

Tabel 9. Kematian Ibu pada Kelompok Risiko

Kelompok Risiko	Nganjuk				Probolinggo				Trenggalek			
	Jml Pers.	Jml Ibu Mati	AKI/ 100.000 KH	Lifetime Risk	Jml Pers.	Jml Ibu Mati	AKI/ 100.000 KH	Lifetime Risk	Jml Pers.	Jml Ibu Mati	AKI/ 100.000 KH	Lifetime Risk
KRR	39747	12	30,2	1 : 3312	49169	15	30,5	1 : 3277	29226	12	41,1	1 : 2436
KRT	11252	20	177,7	1 : 563	10843	29	267,5	1 : 374	8557	13	151,9	1 : 658
KRST	1253	26	2075,0	1 : 48	706	19	2691,2	1 : 37	703	5	711,2	1 : 141

Tabel 10. Kematian Bayi Baru Lahir, Jumlah, AKB, Lifetime Risk dan Tempat Kematian

Jenis Rujukan Persalinan	Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Kematian Bayi Baru Lahir :				
Juml. Bayi mati	411	851	315	1.577
AKB / 1000 KH	7,9	14,0	8,2	10,4
Lifetime Risk	1 : 126	1 : 70	1 : 121	1 : 95
Tempat: Rumah Bumil	35,8	64,1	47,3	53,4
Rumah Bidan/ Polindes	12,9	7,2	9,9	9,3
Puskesmas	3,4	2,0	4,4	2,8
Rumah Sakit	47,9	26,7	38,4	34,5

Grafik 3. Angka Kematian Bayi di Kabupaten Nganjuk, Probolinggo, dan Trenggalek

AKB di tiga kabupaten tiap tahun menurun, di kabupaten Nganjuk dari 8,3 menjadi 5,8/1.000 KH; di Probolinggo dari 25,7 menjadi 8,9/1000 KH, dan di Trenggalek dari 9,4 menjadi 7,1/1.000 KH, yang

bermakna pada $p < 0,05$. *Lifetime Risk* membaik berturut-turut: di Kabupaten Nganjuk 1:123, 1:96, 1:157 dan 1:173; di Probolinggo 1: 40, 1: 89, 1: 111, 1:73 dan 1:112, di Trenggalek 1:107, 1:122, 1:122,

Tabel 11. Kejadian Kematian Bayi Baru Lahir pada Kelompok Risiko

Kelompok Risiko	Nganjuk				Probolinggo				Trenggalek			
	Jml Pers.	Jml Bayi Mati	AKI/ 1.000	Lifetime Risk	Jml Pers.	Jml Bayi Mati	AKI/ 1.000 KH	Lifetime Risk	Jml Pers.	Jml Bayi Mati	AKI/ 1.000 KH	Lifetime Risk
KRR	39747	138	3,5	1 : 288	49169	414	8,4	1 : 118	29226	131	4,5	1 : 223
KRT	11252	173	15,4	1 : 65	10843	345	31,8	1 : 32	8557	147	17,2	1 : 58
KRST	1253	100	79,8	1 : 13	706	92	130,3	1 : 8	703	37	52,6	1 : 19

Tabel 12. Berat Badan Lahir Bayi dan Berat Badan Lahir Rendah

	Nganjuk n : 52.252	Probolinggo n : 60.718	Trenggalek n : 38.486	Seluruh n : 151.456
Berat Badan Lahir Bayi: ≥ 2500 gram	50.673	57.740	36.996	145.409-96%
Berat Badan Lahir, rata-2/ gram	3.114,8	3.063,3	3.212,4	3.130,2
BBL Rendah < 2500 gram	2,6 %	3,6 %	2,7 %	3,1 %
BBL Besar ≥ 3750 gram	5,8 %	3,5 %	7,3 %	5,3 %

1: 126 dan 1: 143, yang bermakna pada $p < 0,05$.

Dengan peningkatan Kelompok Risiko, AKB pada KRR, KRT dan KRST meningkat bermakna. *Lifetime Risk* dari bayi pada KRR didapatkan berturut-turut paling tinggi/ paling baik: di kab. Nganjuk 1: 288, Trenggalek 1: 223 dan Probolinggo 1: 118, pada Tabel 11.

Berat Badan Lahir Bayi:

Jumlah bayi baru lahir dengan berat ≥ 2500 gram 145.409 (96,0%) dengan rata-rata berat badan lahir 3130,2 gram, sedang di tiap kabupaten: di Kabupaten Nganjuk 3114,8 gram, Probolinggo 3063,3 gram dan Trenggalek 3212,4 gram.

BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) < 2500 gram, dari semua bayi adalah 4610 (3,1%); sedang di Kabupaten Nganjuk

1371 (2,6%), Kabupaten Probolinggo 2.198 (3,6%), Kabupaten Trenggalek 1.041 (2,7%), pada Tabel 12.

Bayi besar (*overweight baby*) dengan berat badan lahir ≥ 3750 gram didapatkan 5,3%, di Kabupaten Nganjuk 5,8%; Kabupaten Probolinggo 3,5% dan Kabupaten Trenggalek 7,3 %.

PEMBAHASAN:

Umur ibu rata-rata 26 tahun masih dalam usia reproduksi sehat (20-34 tahun) dan paritas 1,7 lebih rendah dari 2 dalam NKKBS. Keluarga Berencana adalah pencegahan primer dalam upaya penurunan kematian Ibu/Bayi baru lahir. KB sangat perlu digalakkan terus, dapat menurunkan kelompok APGO.

Bidan di desa, mempunyai peran strategik dalam pemantauan kematian ibu

dan bayi baru lahir, tenaga kesehatan yang terdekat dengan ibu hamil, berawal dari pengenalan dini masalah APGO dan AGO dengan menggunakan alat bantu kartu skor, melakukan KIE dalam upaya pemberdayaan ibu hamil, suami dan keluarga mengenai persiapan/perencanaan tempat dan penolong persalinan aman sesuai dengan kondisi ibu/janin, bila perlu pengambilan keputusan untuk Rujukan Terencana ke Pusat Rujukan secara efisien. Di rumah sakit, ibu Risti sehat pada pratinjauan tidak membutuhkan stabilisasi, penanganan standar, obat generik, rawat - inap pendek dan perawatan dapat diteruskan di Puskesmas.

Rujukan Terencana, suatu pendekatan inovatif dengan dasar Paradigma Sehat⁽¹³⁾ dalam pencegahan pro-aktif terhadap komplikasi persalinan dengan kesiapan mental, biaya dan transportasi melalui koordinasi bantuan dari Gerakan Sayang Ibu⁽¹²⁾, terutama bagi ibu kurang mampu. Penanganan adekuat di rumah sakit dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir dengan biaya terkendali.

UCAPAN TERIMA KASIH:

Ucapan terima kasih di tujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dan Kepala Seki KIA dan seluruh staf yang memberikan kepercayaan kepada Pusat Safe Motherhood RSUD Dr. Soetomo/Fakultas Kedokteran Unair untuk melakukan entri, analisa data dan pembuatan laporan.

Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Probolinggo dan Trenggalek, yang telah mendukung pembuatan laporan ini, dan para bidan di desa, bidan dan dokter Puskesmas yang dengan tekun dan kontinyu telah melakukan pe-

ngumpulan kartu skor sebagai sumber data primer.

DAFTAR RUJUKAN:

1. Departemen Kesehatan RI. Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia. Jakarta, 2004.
2. WHO. Risk Approach for Maternal & Child Health Care. WHO Offset Public. No.39, 1978.
3. Soebarijono, Kusuma T. Pola Rujukan di RSUD Dr. Soetomo, Surabaya 1988
4. Rochjati P., Roekmihadi, Prabowo P. Penilaian Kehamilan Risiko Tinggi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Disampaikan pada KOGI ke III, Medan, 1976.
5. Rochjati P., Prabowo P., Soewondo H. Skor Prediktif di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Disampaikan pada KOGI ke IV, Yogyakarta, 1979.
6. WHO. Making Pregnancy Safer, a Health Sector Strategy for Reducing Maternal/ Perinatal Mortality, 1999.
7. WHO. Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model, Geneva 2002.
8. Rochjati, P. Strategi Pendekatan Risiko untuk Ibu Hamil oleh Ibu-ibu PKK dengan Menggunakan Skor Prakiraan di Kab. Sidoarjo. disertasi untuk gelar Doktor dalam Ilmu Kesehatan di Universitas Airlangga, Surabaya, 1990.
9. WHO. Alma-Ata Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.
10. Rochjati P. East Java Safe Motherhood Study Probolinggo District, East Java, Indonesia. Final Project Report, Probolinggo, 1993
11. Rochjati,P., R.Boedi, Irawan. MaternalCare in Reducing Maternal Mortality in East Java Prov., Indonesia. 5th World Congress of Perinatal Medicine, Barcelona, 2001. Monduzzi Editore.
12. Menteri Negara Peranan Wanita. Pedoman Gerakan Sayang Ibu. Jakarta, Februari, 1999
13. DepKes RI. Indonesia Sehat 2010: Visi Baru, Misi, Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan. Jakarta, 1999.