

**PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN IBU, PADA KASUS
KEMATIAN IBU DI INDONESIA : STUDI TINDAK LANJUT DATA SENSUS
PENDUDUK 2010 UNTUK MENDAPAT PENYEBAB KEMATIAN IBU**

*Care Seeking Behavior Among Maternal Death Cases In Indonesia: Follow Up Study
of Pregnancy Related Death of The 2010 Indonesian Population Census*

Ika Saptarini, Tin Afifah, Novianti

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes

Email : ika_med@yahoo.co.id

Abstract

Background: Indonesian maternal mortality rate is still high compared with others ASEAN State. One of the factor that influence maternal mortality rate is a factor of maternal health care seeking behavior.

Objective: To describe maternal health services in the cases of maternal mortality.

Methods: The population is a case of pregnancy-related death (death of a woman during pregnancy or 60 days after termination of pregnancy, irrespective of the cause of death) of the 2010 Population Census (SP 2010). The samples are 4167 of 8484 cases. This follow-up study using verbal autopsy instrument officer Central Statistics Agency (BPS).

Results: The results of the analysis of more than 60 percent of maternal deaths reported getting good antenatal care (K4). There are 27 percent of maternal deaths assisted by trained health workers and 40 percent still give birth at home. Postnatal care in Indonesia is 79,9 percent and Java Bali Region is the highest than the other regions.

Conclusions: In cases of maternal deaths who received maternal health services are more than those not received. This study recommends that to reduce maternal mortality required quality of maternal health services in addition to high service coverage.

Keywords: maternal mortality, maternal health services, pregnancy related death, population census

Abstrak

Pendahuluan: Angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi jika dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya. Salah satu faktor yang mempengaruhi angka kematian ibu adalah faktor perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu.

Tujuan: Mendeskripsikan pelayanan kesehatan ibu yang diterima pada kasus kematian ibu.

Metode: Populasi adalah kasus *pregnancy related death* (Kematian seorang wanita selama kehamilan atau 60 hari setelah terminasi kehamilan, tanpa mempedulikan penyebab kematiannya) dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP 2010). Sampel yang digunakan sebanyak 4167 dari 8484 kasus. Studi tindak lanjut ini menggunakan instrument verbal autopsi oleh petugas Badan Pusat Statistik (BPS). Hasil analisis lebih dari 60 persen kematian ibu yang dilaporkan mendapatkan K4. Terdapat 27 persen kematian ibu ditolong oleh tenaga non nakes dan 40 persen masih melahirkan di rumah.

Hasil: Hasil pemeriksaan Postnatal care di Indonesia sebanyak 79,9 persen dan tertinggi terdapat di Daerah Jawa Bali sebanyak 85,2 persen .

Kesimpulan: Pada kasus kematian maternal di Indonesia pada tiap region lebih banyak kasus yang mendapatkan pelayanan kesehatan ibu daripada yang tidak mendapat. Penelitian ini merekomendasikan bahwa untuk menurunkan angka kematian ibu diperlukan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas disamping cakupan pelayanan yang tinggi.

Kata kunci: Kematian ibu, Pelayanan kesehatan ibu, *Pregnancy related death*, Sensus Penduduk.

PENDAHULUAN

WHO menyatakan bahwa setiap menit seorang perempuan meninggal karena kematian ibu. Hal ini berarti setiap tahun ada kurang lebih 529.000 wanita yang meninggal karena hal ini dan terutama terjadi di negara-negara berkembang. Salah satu faktor yang turut andil dalam tingginya angka kematian ibu ini adalah keterlambatan dalam mengakses perawatan di fasilitas kesehatan selama terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa.^{1,2}

Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan menurunkan tiga per empat Angka Kematian Ibu (AKI) dari tahun 1990 – 2015, namun AKI di Indonesia masih tinggi bila dibandingkan negara lain di kawasan Asia Tenggara. WHO menyatakan bahwa AKI di Indonesia menduduki lima besar tertinggi di ASEAN bersama dengan Negara Kamboja, Myanmar dan Laos.³

Menurut *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)* WHO mendefinisikan kematian ibu adalah kematian wanita yang terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan atau 42 hari setelah persalinan tanpa tergantung dari lama dan kondisi kehamilan disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan atau penyakit yang diperberat dengan kehamilan atau penanganannya, namun tidak disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan⁴.

Berbagai faktor determinan turut andil dalam kejadian kematian ibu. Determinan yang memegang peranan penting dalam kematian ibu meliputi faktor pelayanan kesehatan, termasuk kualitas perawatan ibu, aksesibilitas dan ketersediaan pelayanan kesehatan preventif dan kuratif, faktor reproduksi, seperti paritas, status kesehatan, usia, dan faktor-faktor sosial-ekonomi, termasuk tempat tinggal (daerah perkotaan / pedesaan), pendidikan, pendapatan, status, serta faktor budaya⁵.

Selain menurunkan AKI, target MDGs 5 lainnya adalah mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua (*universal access*) pada tahun 2015. Namun terpenuhinya pemeriksaan dan perawatan ini juga dapat dipengaruhi oleh adanya faktor lainnya seperti masalah pembiayaan, keadaan

demografi, ketersediaan nakes, kelengkapan peralatan medis.

Pada tahun 2011 telah dilakukan suatu studi tindak lanjut data sensus penduduk 2010 (SP 2010) untuk mendapat penyebab kematian ibu. Pada instrumen yang digunakan dikumpulkan juga informasi mengenai pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*), riwayat persalinan serta pemeriksaan ibu pasca melahirkan (*postnatal care*). Informasi tentang perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu dapat menjadi masukan bagi perencanaan program pelayanan kesehatan ibu dalam upaya pencapaian target MDGs 5.

Makalah ini menggambarkan bagaimana perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu pada kejadian kematian ibu yang merupakan tindak lanjut data SP 2010. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan ibu yang digambarkan disini adalah mengenai antenatal care, pertolongan pada saat persalinan, serta *postnatal care*.

METODE

Sumber Data

Penelitian ini menggunakan informasi kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal pada saat hamil, atau saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan dari data Sensus penduduk 2010 dengan pengumpulan data menggunakan teknik autopsi verbal.

Populasi

Populasi adalah seluruh kematian perempuan yang dilaporkan terjadi saat kehamilan, melahirkan sampai dengan 2 bulan setelah melahirkan, dari 1 Januari 2009 sampai dengan saat dilakukannya pencacahan Sensus penduduk 2010 yang disebut *pregnancy related death*. Hasil validasi SP 2010 diperoleh sebanyak 8464 kasus *pregnancy related death*.

Sampel

Unit penelitian adalah rumah tangga yang melaporkan kejadian kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal saat hamil atau pada saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan. Sejak 1 Januari 2009 sampai saat pelaksanaan sensus.

Kriteria inklusi apabila kasus kematian perempuan usia 10 tahun ke atas pada saat hamil, atau saat bersalin atau 2 bulan setelah melahirkan dan terjadi pada periode referensi (1 Januari 2009 sampai pada saat pelaksanaan sensus).

Kriteria eksklusi apabila kasus kematian ternyata bukan kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang meninggal pada saat hamil, atau saat bersalin atau 2 bulan setelah melahirkan dan terjadi di luar periode referensi (1 Januari 2009 atau setelah pelaksanaan SP 2010)

Cara Penarikan Sampel

Cakupan penelitian ini adalah seluruh kasus kematian perempuan usia 10 tahun ke atas yang dilaporkan meninggal pada saat hamil atau saat persalinan atau 2 bulan setelah melahirkan (*pregnancy related death*) dari data SP 2010 di Kabupaten/ Kota yang terpilih.

Cara pemilihan Kab/Kota untuk studi penyebab kematian maternal dilakukan

- 1) Sumatera; seluruh provinsi di pulau Sumatera
- 2) Jawa-Bali; seluruh provinsi di pulau Jawa dan provinsi Bali,
- 3) Kalimantan; meliputi seluruh provinsi di pulau Kalimantan
- 4) Sulawesi; meliputi seluruh provinsi di gugusan pulau Sulawesi
- 5) IBT/Lainnya; meliputi provinsi Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Papua.

Dari 8464 kasus *pregnancy related death* hasil verifikasi data SP 2010 maka terpilih 4167 kasus sebagai sampel yang berlokasi pada 134 Kab/Kota yang terpilih di 27 Provinsi. Dari sampel terpilih didapatkan 3741 kasus yang memenuhi kriteria inklusi.

Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada Bulan November – Desember 2011 menggunakan instrumen yang AVKM2011-Individu. Petugas pelaksana pengumpul data adalah mitra/petugas BPS yang direkrut oleh BPS Provinsi di bawah koordinasi BPS Pusat. Pengumpulan data dilakukan oleh pencacah dengan kriteria berpendidikan minimal D3, berpengalaman dengan survei kesehatan atau

dengan latar belakang pendidikan kesehatan diutamakan perawat atau bidan.

Manajemen Analisis Data

Hasil kunjungan lapangan adalah terdapat 3984 yang selesai diwawancarai dan kuesioner terisi lengkap, sisanya kuesioner tidak terisi lengkap. Analisis data dilakukan terhadap kasus yang sesuai kriteria inklusi sebanyak 3741 kasus.

Dari data yang dikumpulkan dengan menggunakan AVKM2011-Individu dipilih variabel mengenai latar belakang demografi yaitu umur almarhumah, daerah desa/ kota, tingkat pendidikan almarhumah serta variabel perilaku dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yaitu *antenatal care* selama kehamilan, penolong persalinan, tempat persalinan serta *postnatal care*.

Studi ini juga memiliki kelemahan informasi yang didapat hanya berdasarkan pengakuan responden yang kadang tidak terlalu mengerti tentang kejadian yang dialami almarhumah sebelum meninggal.

HASIL

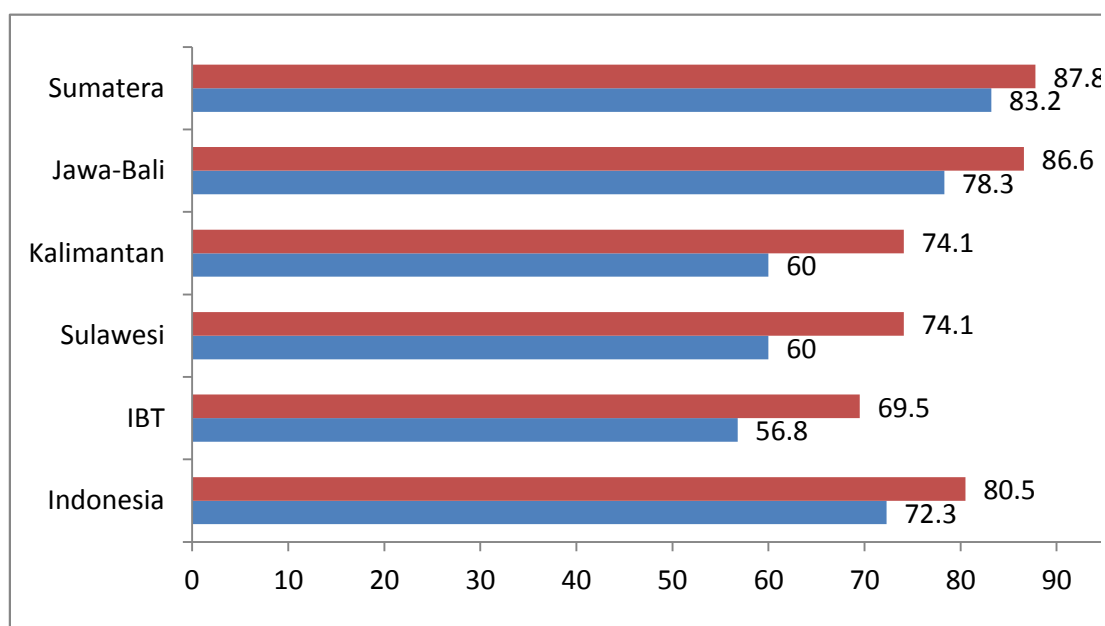
Antenatal Care

Antenatal care merupakan suatu variabel yang mampu menggambarkan perilaku sehat pada masa kehamilan. Pada studi ini ditanyakan mengenai riwayat *antenatal care* almarhumah pada kehamilan terakhir menjelang meninggal menurut sepengetahuan responden yang ditemui. Tabel 1 menggambarkan distribusi kematian ibu menurut perilaku pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) serta pola ANC di tiap region dan menurut tipe daerah

Dari 3741 responden yang memenuhi kriteria inklusi, terdapat 3132 responden yang menjawab melakukan ANC atau tidak lainnya menjawab tidak tahu dan kasus yang tidak berlaku. Tidak berlaku adalah kasus kematian yang terjadi sebelum umur kehamilan memasuki usia trimester ketiga. Pada kasus kematian maternal, terdapat 64,2 persen kasus yang melakukan *antenatal care* sesuai pola yang dianjurkan dan terdapat 7,5 persen kasus yang tidak melakukan *antenatal care*.

Tabel 1. Persentase Kematian Ibu Menurut Pola ANC dan Region.

ANC 1-1-2	402	1416	70	332	185	2405
Tdk 1-1-2	82	233	20	76	44	455
Tidak ANC	41	88	13	68	62	272
Tidak Berlaku	90	284	21	58	30	483
Tidak Tahu	24	42	3	19	19	107
Total	639	2063	127	553	340	3722
Persentase						
REGION	Sumatera	Jabal	Kalimantan	Sulawesi	IBT	Indonesia
ANC 1-1-2	63.7	69.6	56.0	60.6	53.6	64.2
Tdk 1-1-2	12.1	10.0	13.7	14.1	14.7	11.9
Tidak ANC	6.9	3.8	11.0	11.3	16.5	7.5
Tidak Berlaku	13.8	14.3	16.2	10.2	8.7	13.1
Tidak Tahu	3.5	2.3	3.0	3.9	6.4	3.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



Gambar 1. Persentase Kematian Maternal Menurut Penolong Persalinan oleh Nakes dan Region.

Penolong Persalinan

Proporsi pola penolong persalinan pada kasus kematian ibu yang meninggal pada saat persalinan dan masa nifas sebanyak 2418 kasus disajikan pada Gambar 1.

Tenaga kesehatan (nakes) adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan, dokter umum dan bidan. Dari kasus kematian yang meninggal pada saat bersalin dan masa nifas terdapat 72,3 persen penolong persalinan

Pada kasus kematian maternal, ibu yang mendapatkan *postnatal care* lebih banyak daripada yang tidak mendapat. Region Jawa Bali adalah daerah yang melakukan *postnatal care* tertinggi.

PEMBAHASAN

Faktor pelayanan kesehatan ibu dapat meliputi pelayanan kesehatan pada saat hamil, persalinan dan pada masa nifas. Oleh karena itu pengetahuan dan ketanggapan ibu dan keluarganya mengenai hal tersebut sangat berpengaruh pada angka kesakitan dan kematian ibu. Pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah pemeriksaan *antenatal care*, persalinan sampai dengan pemeriksaan *postnatal care*. Pemantauan ini dimulai dari masa kehamilan dengan adanya ANC sesuai anjuran. ANC ini juga berfungsi sebagai pemantauan kesehatan ibu serta deteksi dini adanya komplikasi kehamilan. ANC juga dijadikan sarana kontak ibu dan nakes untuk memberikan edukasi pelayanan kesehatan ibu yang harus dilaksanakan selanjutnya yaitu persalinan dengan tenaga kesehatan dan kunjungan masa nifas (pasca persalinan).⁶

WHO merekomendasikan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali kunjungan dengan selang waktu tertentu selama kehamilan. Kementerian Kesehatan RI kemudian mengembangkan menjadi pola *antenatal care* 1-1-2 yang berarti minimal satu kali kunjungan pada trimester pertama, minimal satu kali kunjungan pada trimester kedua dan minimal dua kali kunjungan pada trimester ketiga. Pada kasus kematian maternal, persentase yang melakukan ANC sesuai prosedur anjuran kementerian kesehatan (K4) sebanyak 64,2 persen. Pada penelitian yang dilakukan oleh Toan K Tran dan kawan-kawan yang dilakukan pada tahun 2008 sampai dengan tahun 2009 di Vietnam menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan cakupan antenatal antara lain akses ke fasilitas kesehatan dan tipe daerah⁷. Dari hasil studi ini *menemukan* bahwa daerah Jawa Bali mempunyai cakupan K4 yang tertinggi dan daerah Indonesia bagian Timur memiliki cakupan K4 terendah. Hal ini didukung hasil Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011

menemukan bahwa provinsi-provinsi di Daerah Jawa Bali mempunyai jumlah Fasilitas Kesehatan yang lebih banyak di bandingkan pulau pulau lainnya. Hal ini dimungkinkan juga dimungkinkan karena di wilayah Indonesia masih terdapat tempat-tempat dengan akses ke pelayanan kesehatan yang sulit terutama di Indonesia Bagian Timur serta adanya daerah perbatasan yang belum mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.⁸

Antenatal care merupakan suatu pemeriksaan pada masa kehamilan yang bersifat individual dan mengedepankan *preventive care*. Pada studi yang dilakukan di Jawa Barat kesulitan keuangan muncul sebagai isu utama di kalangan perempuan yang tidak melakukan persyaratan minimal empat pelayanan antenatal. Hal ini juga terkait dengan biaya pelayanan kesehatan, biaya transportasi, atau keduanya. Di daerah-daerah terpencil, terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan juga masalah, terutama jika tenaga kesehatan terutama bidan desa sering bepergian keluar dari desa. Jarak dari fasilitas kesehatan, selain kondisi jalan yang buruk adalah keprihatinan utama, khususnya bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya layanan ini juga masih menjadi kendala⁹. Selain cakupan K4 harus dilihat juga kualitas ANC yang didapat. Dari studi ini cakupan K4 pada kejadian kasus kematian ibu sudah cukup tinggi, namun dari studi ini tidak dapat terlihat kualitas ANC yang diterima oleh almarhumah pada saat hamil terakhir. Sedangkan untuk dapat menurunkan angka kematian ibu juga dibutuhkan pelayanan antenatal care yang berkualitas disamping besarnya cakupan pelayanan¹⁰. Kementerian Kesehatan RI membuat prosedur tetap untuk menjaga kualitas antenatal care yaitu dengan 10T yaitu :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur tekanan darah.
3. Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.⁶

Dari hasil kajian determinan kematian maternal didapatkan bahwa penyebab kematian terbesar adalah kelompok hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan perdarahan post partum (PPP) yang berkaitan erat dengan kualitas pelayanan kesehatan ibu pada masa kehamilan. Hasil kajian ini juga mendapatkan bahwa proporsi tenaga kesehatan yang tidak memeriksa urin pada kasus HDK sebanyak 53,3 persen dan terdapat 62,2 persen nakes tidak melakukan pemeriksaan darah pada kasus ibu dengan PPP tidak melakukan pemeriksaan darah pada saat kunjungan ANC.¹¹

Pada kasus kejadian kematian ibu didapatkan penolong persalinan pertama oleh tenaga kesehatan sebesar 72,3 persen dan naik menjadi 80,5 persen pada penolong persalinan terakhir. Kenaikan penolong persalinan oleh nakes pada penolong persalinan terakhir dapat dimungkinkan karena adanya rujukan ke penolong persalinan yang lebih tinggi. Dari hasil ini juga menyiratkan bahwa penolong persalinan oleh non nakes masih cukup tinggi sebanyak 27,7 persen pada penolong persalinan pertama dan turun menjadi 19,5 persen pada penolong persalinan terakhir. Pada studi yang dilakukan oleh Jerome K. Kabakyenga dan kawan-kawan tentang keputusan dalam menentukan penolong persalinan di Uganda Barat Daya ditentukan oleh faktor-faktor seperti riwayat pemeriksaan kehamilan (antenatal care), paritas, tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, jenis tempat tinggal (urban rural) serta pembuat keputusan dalam pemilihan penolong persalinan¹². Daerah Sumatera serta Jawa Bali memiliki cakupan persalinan oleh nakes tertinggi. Hal ini juga didukung dari Riset Fasilitas Kesehatan 2011 yang

menemukan bahwa di daerah ini memiliki jumlah rata-rata Bidan, Dokter Umum dan Spesialis Kebidanan dan Kandungan di daerah ini lebih tinggi dibandingkan daerah-daerah lainnya.⁸

Kejadian kematian ibu lebih banyak yang melahirkan di fasilitas kesehatan. 58,6 persen pada tempat persalinan pertama dan naik menjadi 65,4 persen pada tempat persalinan terakhir. Dari hasil Rifaskes didapatkan bahwa di Indonesia hanya 13 persen kota yang memiliki minimal 4 Puskesmas PONEK dan 61 persen kabupaten yang minimal memiliki 4 Puskesmas PONEK.⁸ Pada kasus kematian ibu masih terdapat 40 persen lebih kejadian kematian ibu masih melakukan persalinan di rumah. Hasil ini bertolak belakang dengan anjuran WHO dalam usaha menurunkan angka kematian ibu. Salah satu pilar dalam menurunkan angka kematian ibu menurut WHO adalah dengan persalinan yang aman dan bersih (*clean and safe delivery*). Pada studi yang dilakukan oleh Alemayehu Shimeka Teferra dan kawan-kawan di Ethiopia juga masih banyak kasus kematian ibu yang memilih melakukan persalinan tidak di fasilitas kesehatan.¹³ Hasil ini juga tidak berbeda jauh dengan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010 yang mendapatkan 43 persen ibu melahirkan di rumah atau lainnya (non faskes).¹⁴

Dalam sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Christiana R. Titaley dan kawan-kawan di Jawa Barat tentang alasan mengapa perempuan masih memilih melakukan persalinan di rumah, yang menjadi alasan utama mereka adalah alasan ekonomi, kebutuhan, akses ke pelayanan dan alasan kenyamanan¹⁵.

Postnatal care atau Kunjungan Nifas (KN) adalah pemeriksaan yang dilakukan setelah persalinan (pada masa nifas). *Postnatal care* bertujuan untuk mendeteksi secara dini komplikasi yang dapat terjadi pada ibu hamil pada masa nifas serta pemberian KB pasca salin. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membuat program kunjungan nifas dilakukan minimal tiga kali kunjungan yaitu:

- Kunjungan Nifas 1 (KN1) dalam 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan

- Kunjungan Nifas 2 (KF2) dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari)
- Kunjungan Nifas 3 (KF3) dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari)

Dari hasil studi ini didapatkan bahwa pada kejadian kematian ibu yang meninggal pada saat masa nifas terdapat 79,9 persen kasus kematian ibu yang melakukan kunjungan nifas. Jika dibandingkan menurut daerah maka Daerah Jawa Bali mempunyai cakupan kunjungan nifas tertinggi (85,2%) dan Daerah Sulawesi memiliki cakupan terendah (68,8%). Dalam kunjungan nifas dilakukan pemeriksaan tanda vital ibu (keadaan umum, tekanan darah, suhu, respiratory rate, nadi), pemeriksaan involusi uteri, pemeriksaan payudara dan pemberian ASI, pemberian kapsul vitamin A dan pelayanan KB pasca salin. Dengan adanya postnatal care diharapkan kesehatan ibu pasca melahirkan dapat dipantau dengan baik.⁶ Namun kualitas kunjungan nifas yang diterima almarhumah tidak dapat terlihat pada studi ini.

Hasil studi determinan kematian maternal di lima region di Indonesia mendapatkan bahwa kematian ibu terbesar ada di masa nifas dan penyebab terbesar masih berkaitan dengan penyebab komplikasi obstetrik yaitu kelompok HDK dan perdarahan dimana hal ini memerlukan deteksi dan penanganan segera untuk menghindari terjadinya kematian ibu.¹¹ Antisipasi dalam menanggulangi adanya komplikasi yang tidak terduga, Departemen Kesehatan membuat program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan penempelan stiker di pintu rumah. Stiker ini berisi catatan penting yang harus dipersiapkan sebelum persalinan. Dengan adanya persiapan ini diharapkan dapat memberi bantuan kepada para pengambilan keputusan untuk bertindak dengan cepat dan tepat bila secara tiba-tiba terjadi komplikasi.¹⁶ Namun dari hasil analisis implementasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak menyatakan bahwa masyarakat masih kurang mengerti dan merasa perlu mendapatkan pengarahan kembali mengenai

kegunaan dan pelaksanaan program ini.¹⁷ Pada dasarnya telah terdapat program pelayanan kesehatan ibu yang bertujuan untuk mencegah kematian ibu, namun kualitas pelayanan ini masih perlu ditingkatkan disamping tingginya cakupan pelayanan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pada kasus kematian maternal di Indonesia pada tiap region lebih banyak kasus yang mendapatkan pelayanan kesehatan ibu daripada yang tidak mendapat. Region Sumatera serta Jawa Bali memiliki persentase tertinggi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini dimungkinkan karena akses dan ketersediaan fasilitas serta tenaga kesehatan di daerah ini lebih baik dibandingkan daerah lainnya.

Saran

Untuk mencegah kematian ibu perlu pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas dan hal ini masih perlu ditingkatkan kembali di Indonesia. Penyebab terbesar kematian ibu di Indonesia masih berkaitan erat dengan komplikasi obstetrik yaitu HDK dan perdarahan sehingga diperlukan prosedur pemeriksaan urin dan darah yang mudah, murah dan tepat serta perbaikan regulasi ketersediaan bank darah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada pihak yang telah terlibat dalam penelitian ini yaitu Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes dan Badan Pusat Statistik RI. Ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada semua pakar yang telah memberikan masukan terhadap penelitian ini, khususnya kepada Bapak Soeharsono Soemantri, Ph.D yang telah mendampingi penelitian ini dari awal bahkan sampai setelah penelitian ini berakhir.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO, UNFPA and The World Bank Estimates. 2012. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.

2. UNFPA. 2004. Maternal Mortality Update 2004.
3. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trend in Maternal Mortality 1990 – 2010. Geneva, WHO. 2012.
4. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 2009. Canadian Institute for Health Information
5. McCarthy J and Maine D. A Framework for Analyzing The Determinants of Maternal Mortality. 2012. Studies in Family Planning 23(1): 23-33.
6. Depkes. 2009. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Departemen Kesehatan RI.
7. Tran et al. Factors Associated with Antenatal Care Adequacy in Rural and Urban Contexts-Results from Two Health and Demographic Surveillance Sites in Vietnam. BMC Health Services Research 2012, 12:40.
8. Badan Litbangkes Kemenkes RI. 2012. Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011. Jakarta : Kementerian Kesehatan
9. Titaley CR et al. Why don't Some Women Attend Antenatal and Postnatal Care Services?: A Qualitative Study of Community Members' Perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis Districts of West Java Province, Indonesia. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:61.
10. Nikiema L et al. Quality of Antenatal Care and Obstetrical Coverage in Rural Burkina Faso. J Health Popul Nutr 2010 Feb;28(1):67-75 ISSN 1606-0997.
11. Depkes dan UNFPA. 2012. Kajian Determinan Kematian Maternal di Lima Region Indonesia. Jakarta. UNFPA Indonesia
12. Kabakyenga, JK. Influence of Birth Preparedness, Decision-Making on Location of Birth and Assistance by Skilled Birth Attendants among Women in South-Western Uganda.
13. Teferra AS et al. Institutional Delivery Service Utilization and Associated Factors Among Mothers who Gave Birth in The Last 12 Months in Sekela District, North West of Ethiopia: A community - based cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:74
14. Badan Litbangkes Kemenke RI. 2011. Laporan Akhir Riset Kesehatan dasar Tahun 2010. Jakarta. Kemkes RI
15. Titaley CR et al. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:43
16. Depkes RI. 2009. Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker Dalam Rangka Mempercepat Penurunan AKI. Jakarta : Kemenkes RI.
17. Dwijayanti P. Analisis Implementasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak. Jurnal Kesehatan Masyarakat Volume 2, Nomor 1, Tahun 2013.