

KONTRIBUSI PEMILIHAN PENOLONG PERSALINAN UNTUK MENCEGAH KEMATIAN IBU DI PROVINSI SUMATERA SELATAN

Ekowati Retnaningsih¹

Abstract

In the year 2004, maternal mortality rate (MMR) of South Sumatra Province was 467 per 100,000 live births. Target of Healthy South Sumatra 2008 are 175 each 100.000 live births. Based on Blum concept, health seeking behavior factor has strong influence the community health status, including mortality rate.

The research objective is to get information about contribution of health seeking behavior factors, specialty birth attendant to prevent maternal mortality. This is 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 husbands of dead mother and respondent of control group were mothers who were a live. Total sample were 78 mothers, from case group were 26 mothers and control group were 52 mothers.

Results of the research were 1) Attributable Fraction Effect (AFE) was 0.78 and 2) Attributable Fraction Effect of Population (AFP) was 0.35. Conclusion of the researches was health behavior to choose kind of birth attendant influence maternal mortality. The choice of health provider as birth attendant has contribution 78% to prevent maternal mortality at group of mother who were choose non-health providers as birth attendant and has contribution 35% to prevent maternal mortality in population. A recommendation of further research is to do qualitative research to get information about cause of pregnancy women choose non-health provider as birth attendant.

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

PENDAHULUAN

Pembangunan milenium mempunyai tujuan (*Millenium Development Goals, MDGs*): 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) Keserasian lingkungan yang

berkelanjutan, dan 8) Kemitraan global dalam pembangunan⁽¹⁾.

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 SKDI 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, turun

¹ Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Selatan
Jl Demang Lebar Daun No 4868 Palembang, Telp 0711 374456, Fax 0711 350077
Email: litbangda_sumsel@yahoo.com atau Eko_promkes2003@yahoo.com

menjadi 467 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 ⁽²⁾. Keadaan tersebut jauh dibawah target 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 konsep Blum, faktor perilaku mempunyai pengaruh sangat besar terhadap derajat kesehatan. Perilaku pencarian pertolongan kesehatan saat ibu hamil melahirkan amatlah erat hubungannya dengan kematian ibu. Pemerintah telah membuat kebijakan tentang persalinan yaitu bahwa semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terampil. Tahun 1998 telah diterbitkan Permenkes nomer 572/1996 yang isinya menyebutkan bahwa bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertentu.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui kontribusi perilaku pemilihan penolong persalinan terhadap kematian ibu di Sumatera Selatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan paradigma penelitian kuantitatif, rancangan penelitian kasus kontrol. Dengan demikian, segala kelemahan yang dimiliki rancangan kasus kontrol menjadi kelemahan penelitian ini. Populasi penelitian adalah ibu dengan kelahiran hidup pada 4 kabupaten (Musi Banyu Asin, Muara Enim, Ogan Ilir dan Palembang) di Sumatera Selatan. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara purposif berdasar ranking jumlah kematian ibu terbesar yang tercatat di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2007 kelengkapan data pendukung antara lain alamat ibu meninggal ⁽⁴⁾.

Kelompok kasus adalah ibu yang meninggal dan keluarganya 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. Pemilihan kelompok kontrol (ibu yang selamat) dilakukan dengan cara komulatif sampling berpasangan.

Jumlah sampel dihitung berdasar rumus Iwan Ariawan⁽⁵⁾:

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

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

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P1(1-p1) + P2(1-p2)})^2}{(p1 - p2)^2}$$

Data OR perilaku pelayanan kesehatan berdasar beberapa penelitian terdahulu rata-rata OR 5,25. Proporsi subyek terpajan pada kelompok kontrol (P2) diasumsikan sebesar 0,5%, sehingga hasil perhitungan proporsi subyek terpajan pada kelompok kasus (P1) sebesar 84%, didapatkan hasil perhitungan proporsi rata-rata terpajan pada kedua kelompok (P) sebesar 67 %. Didapatkan jumlah sampel minimal adalah $n1=n2= 37$ orang, sehingga total sampel minimal 74 orang.

Dalam penelitian ini perbandingan sampel kasus dan kontrol digunakan desain kasus kontrol dengan 2 kontrol per kasus, sehingga didapatkan jumlah sampel: 1) Kelompok kasus: 26 orang ibu meninggal, 2) Kelompok kontrol: 52 orang

ibu yang selamat . Penentuan jumlah sampel pada setiap lokasi dilakukan berdasar *probability proporsional 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. Analisa data dilakukan secara bivariat untuk menghitung AFE. Penelitian dilaksanakan pada tahun 2008.

HASIL

1. Karakteristik Responden

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 dibawah SLTP. Pada kelompok kasus sebagian besar jumlah persalinan > 2 sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar jumlah persalinan 1-2 seperti terlihat pada tabel 1 berikut.

Tabel 1
Karakteristik Responden Penelitian di Empat Kabupaten/Kota Di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2008

Karakteristik	Kasus	Kontrol
Umur Saat Kehamilan Terakhir:		
a. < 18 tahun, > 34 tahun		
b. 18 – 34 tahun	8 orang (30,8%) 18 orang (69,2%)	8 orang (15,4%) 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 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%)

Untuk mengetahui adanya perbedaan uji bivariat. Hasilnya dapat dilihat pada bermakna secara statistik tentang tabel 2 berikut.
karakteristik responden maka dilakukan

Tabel 2
Odd Rasio Karakteristik Responden Terhadap Kematian Ibu di Empat Kabupaten/Kota Di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2008

Karakteristik	Odd Rasio (OR)	Attributable Fraction Effect (AFE) dan Attributable Fraction Population (AFP)
Umur Saat Kehamilan Terakhir	OR: CI 95%: 0,795 – 7,514	-
Tingkat Pendidikan	OR: CI 95%: 0,77 – 5,63	-
Jumlah Persalinan	OR:2,8 95% CI:1,52– 7,34*	AFE: 0,64 AFP: 0,39

*Bermakna

Pada tabel 2 diatas dapat dilihat bahwa umur responden saat kehamilan terakhir dan tingkat pendidikan tidak ada perbedaan bermakna secara statistik. Terdapat perbedaan bermakna secara statistik pada variabel jumlah persalinan. Sebagian besar responden pada kelompok kasus mempunyai jumlah persalinan lebih dari 2 persalinan. Artinya, kelompok kasus mempunyai resiko kematian lebih besar dibandingkan kelompok kontrol, ditinjau dari aspek jumlah persalinan. Berdasar nilai Odd Ratio, membuktikan bahwa kelompok responden dengan jumlah persalinan > 2 mempunyai odd kematian ibu 2,8 kali dibandingkan kelompok responden dengan jumlah persalinan 1-2. Sementara itu, nilai *Attributable Fraction Effect* (AFE) adalah 0.64. Artinya secara statistik menunjukkan bahwa 64 % kematian ibu tidak akan terjadi pada kelompok responden dengan persalinan > 2, apabila jumlah persalinan mereka 1-2.

Nilai *Attributable Fraction Population* (AFP) adalah 0,39 artinya 39 % kematian ibu tidak akan terjadi pada populasi, apabila mereka mempunyai jumlah persalinan 1-2.

2. Perilaku Pemilihan 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 table 6 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.

Tabel 6
Distribusi Responden Berdasar Penolong Persalinan
Pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol di Empat Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2008

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%)

Selanjutnya dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu persalinan ditolong oleh tenaga non-kesehatan dan kelompok ditolong oleh tenaga kesehatan. Pada table 7 terlihat bahwa pada kelompok kasus sebagian besar responden memilih tenaga persalinan adalah tenaga kesehatan, yaitu 54,5% sedangkan pada kelompok control sebagian besar responden juga memilih penolong persalinan tenaga kesehatan yaitu 84,6% seperti pada table berikut. Namun demikian, tampak bahwa proporsi responden yang memilih penolong persalinan tenaga kesehatan lebih besar pada kelompok control dibandingkan kelompok kasus.

Untuk mengetahui pengaruh perilaku pemilihan penolong persalinan terhadap kematian ibu maka dilakukan perhitungan Odd Ratio (OR). Hasilnya menunjukkan bahwa secara statistic terbukti ada pengaruh perilaku pemilihan penolong persalinan terhadap kematian ibu (OR:4,5 ; OR 95% CI: 1,4– 14,1).

Dapat disimpulkan bahwa kelompok ibu hamil yang memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan mempunyai odd kematian ibu 4,5 kali kelompok ibu hamil yang memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan. Sementara itu, nilai AFE (0,78) menunjukkan secara statistik, bahwa 78 % kematian ibu tidak akan terjadi pada kelompok responden yang memilih

Tabel 7
Distribusi Responden Berdasar Penolong Persalinan Pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol di Empat Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2008

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%)

OR:4,5 ; 95% CI: 1,4– 14,1

AFE: 0,78

AFP: 0,35

penolong persalinan bukan tenaga kesehatan, apabila mereka memilih penolong persalinan tenaga kesehatan. Nilai AFP adalah 0,35 artinya 35% kematian ibu tidak akan terjadi di populasi, apabila mereka memilih penolong persalinan tenaga kesehatan.

PEMBAHASAN

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⁾.

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; dan 61,5% kasus dengan jumlah persalinan > 2 kali.

Ada beberapa status reproduksi (umur, paritas, status marital) yang dikenal sebagai faktor resiko terjadinya kematian ibu 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 diatas 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 memenuhi kriteria 3 terlalui dari 4 terlalui kriteria diatas, yaitu: 1) terlalu muda, 2) terlalu tua, dan 3) terlalu

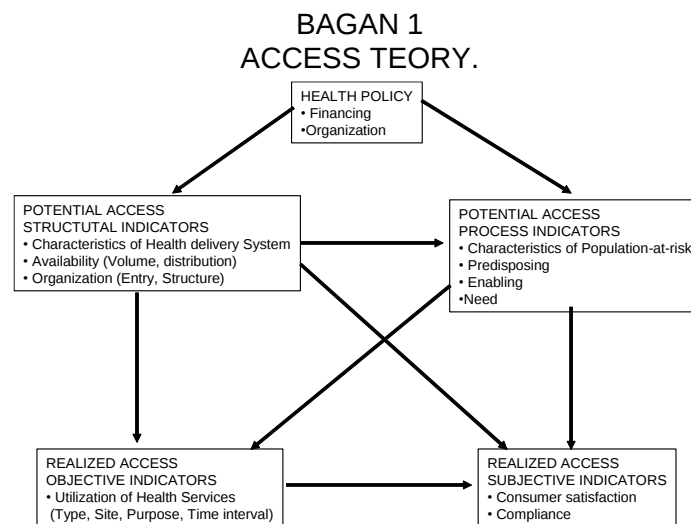
banyak. Keadaan tersebut merupakan faktor resiko terjadinya kematian ibu, karena kondisi kesehatan reproduksi perempuan belum siap untuk mengalami kehamilan dan persalinan pada ibu berumur kurang dari 18 tahun, atau kehamilan dan persalinan yang terjadi pada interval waktu kurang 2 tahun. Demikian sebaliknya, 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.

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 18 tahun mempunyai resiko 2 sampai 5 kali resiko kematian dibandingkan ibu hamil yang berumur 18 sampai 25 tahun⁽⁶⁾. Data SDKI tahun 2002-2003 menunjukkan bahwa sebesar 22,4 % kematian ibu di Indonesia disebabkan faktor resiko “4 terlalu” yaitu: 1) Terlalu muda 4,1 %, 2) Terlalu tua 3,8 % , 3) Terlalu sering 5,2%, dan 4) Terlalu banyak 9,3% ⁽⁷⁾

Kuantitas dan kualitas akses terhadap pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Akses dapat digunakan sebagai alat ukur pemerataan layanan kesehatan melalui: 1) akses potensial indikator proses (*Potensial access process indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik populasi beresiko, 2) akses potensial indikator struktural (*Potensial*

access structural indicators) yang dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada, 3) akses nyata indikator obyektif (*Realized access objective indicators*) dapat dilihat dari pemanfaatan/uitilisasi layanan kesehatan, dan 4) akses nyata indikator subyektif

(*Realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari kepuasan konsumen⁽⁸⁾. Hubungan beberapa komponen yang saling mempengaruhi, berdasar teori akses Aday dapat dilihat pada bagan berikut.



Sumber: Aday,L.A., Andersen,R., Fleming,G.V., 1980 (*Health Care in The US, Equitable for Whom?*)

Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu hamil merupakan gambaran akses nyata indikator obyektif (*realized access objective indicator*). Pada kelompok kasus penelitian ini menunjukkan bahwa 45,5% ibu hamil melakukan persalinan dengan pertolongan bukan tenaga kesehatan. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh akses potensial indikator struktural dan akses potensial indikator proses.

Akses potensial indikator struktural menggambarkan karakteristik sistem layanan kesehatan yang dilihat dari dua

aspek, yaitu aspek ketersediaan dan aspek organisasi. Dua hal tersebut telah disetarakan dalam penelitian ini karena pemilihan kontrol dilakukan berpasangan berdasar letak geografis. Dengan demikian, hasil penelitian ini lebih dipengaruhi oleh faktor akses potensial indikator proses yang menggambarkan karakteristik masyarakat yang dilihat dari tiga aspek yaitu aspek predisposisi, aspek pemungkin, dan aspek kebutuhan.

Variabel yang kemungkinan mempengaruhi kematian ibu pada penelitian ini: 1) aspek predisposisi antara

lain; pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan manfaat umum yang dirasakan terhadap layanan kesehatan, 2) aspek pemungkin antara lain; tingkat pendapatan keluarga, kepesertaan asuransi kesehatan, 3) aspek kebutuhan berdasar persepsi pasien (*perceived need*) dan kebutuhan berdasar kriteria medis (*evaluated need*).

Menurut Green (1991), 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*). Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kemungkinan lain dikarenakan tempat tinggalnya jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan (*enabling factor*). Kemungkinan sebab lain ialah karena para tokoh masyarakat belum terlalu 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 pemilihan penolong persalinan di Indonesia. Dapat ditarik kesimpulan bahwa, walaupun kondisi determinan yang lain dalam kondisi baik, tetapi apabila perilaku pelayanan kesehatan yaitu perilaku pemilihan penolong persalinan buruk maka dapat mempengaruhi terjadinya kematian ibu.

Upaya penurunan AKI melalui intervensi determinan antara telah diprogramkan oleh pemerintah sejak beberapa tahun silam melalui model yang dikenal dengan Upaya *Safe Motherhood*.

Upaya *safe motherhood* merupakan bentuk intervensi terhadap beberapa determinan kematian ibu 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 1 ⁽¹¹⁾.

Pilar KB bertujuan untuk memastikan agar setiap pasangan usia subur mendapat informasi dan pelayanan tentang waktu, jumlah, dan jarak kehamilan yang sebaik-baiknya. Intervensi dilakukan melalui program KB untuk menanggulangi terjadinya “4 terlalu” sebagai faktor resiko kematian ibu. 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⁾. Berdasar data SUSENAS tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi KB di Sumatera Selatan pada kelompok wanita umur 15-49 tahun adalah 55,59% pernah ber-KB dan 44,41% tidak pernah ber-KB ⁽¹²⁾.

Pilar Asuhan antenatal 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 kehamilan 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⁾. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan (ANC) di Indonesia adalah 84,5% sementara di provinsi Sumatera Selatan adalah 69,6%. Dibuktikan bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu hamil dan tingkat pendapatan keluarga melalui proksi pengeluaran keluarga ⁽¹³⁾.

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. Berdasar data SUSENAS tahun 2007 menunjukkan bahwa cakupan penolong persalinan di Sumatera Selatan adalah 73,48% ditolong tenaga kesehatan, 25,16% ditolong dukun, 1,11% ditolong keluarga⁽¹²⁾.

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). Yang menjadi pertanyaan kita apakah sumber daya manusia pelaksana pelayanan obstetri telah cukup dan terdistribusi merata? Tanpa memperhatikan hal tersebut, maka sulit untuk mengharapkan PONEK dan PONED berjalan optimal.

Menyempurnakan program *Safe Motherhood*, maka pada tanggal 12 Oktober 2000 telah dilakukan pencaangan *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, dan 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, dan 4) Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin

penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ⁽¹¹⁾.

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,

surveilans 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/kedaruratan 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 pemilihan penolong persalinan mempengaruhi kematian ibu. Pemilihan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan mempunyai kontribusi 78 % untuk mencegah kematian pada kelompok ibu yang memilih bukan tenaga kesehatan. Pemilihan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan mempunyai kontribusi 35 % untuk mencegah

kematian ibu pada populasi ibu dengan kelahiran hidup.

Disarankan ada penelitian lanjutan berupa penelitian kualitatif untuk menggali fenomena mengapa masih banyak ibu hamil yang memilih penolong persalinan bukan tenaga kesehatan. Saran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, agar menempatkan bidan pada seluruh desa atau kelurahan di wilayahnya untuk mendekatkan pelayanan ibu kepada masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Ketua Himpunan Dokter Obgen 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 Pembangunan Manusia.

DAFTAR PUSTAKA

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. Martaadisoebrata D, et.al., Martaadisoebrata D. Et.al. (editor). Strategi Pendekatan Resiko; 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 Peskesmas 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, Martaadisoebrata 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. et.al. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, Dep.Kes; Jakarta, 2005.
8. Aday, L.A., Andersen,R., Fleming,G.V., 1980. *Health Care in the US, Equitable for Whom?* London: Sage Publications, Beverly Hills.
9. Green, L.W. & Kreuter, M.W.,1991. *Health Promoting Planning: An Educational and Environmental Approach*. Second Edition, Mayfield Publishing Company, Mountain View Toronto London.
10. Retnaningsih, Ekowati.,Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu di Sumatera Selatan. Makalah Bebas Kongres Nasional Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (KONAS IAKMI) Tahun 2007 di Palembang
11. Saifuddin B, Martaadisoebrata D, et.al. (editor). Upaya Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
12. Badan Pusat Statistik. Statistik Kesejahteraan Rakyat Sumatera Selatan. Palembang, 2008.
13. Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2007. Jakarta, 2008.
14. Departemen Kesehatan. Pedoman Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa, Departemen Kesehatan; Jakarta, 2006.