

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Seperti telah dikemukakan di depan, bahwa penelitian ini tidak akan menghitung angka kematian maternal di suatu daerah karena ada teknik/cara tersendiri untuk mengestimasi angka tersebut baik secara langsung atau tidak langsung. Sejak akhir 1980-an, upaya penyelamatan ibu hamil dan bersalin telah dimasukkan dalam berbagai strategi pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Tetapi angka kematian maternal ini tidak banyak mengalami penurunan pada Pelita V (1989-1994). Juga telah dikemukakan di depan, penelitian ini mempelajari faktor-faktor yang relevan dan terkait dengan kematian maternal atau lebih tepatnya disebut sebagai faktor determinan, kemudian interaksinya atau secara menyeluruh adalah model determinan kematian maternal.

Hasil penelitian menunjukkan terutama dengan menggunakan wawancara mendalam, sebagian besar responden dan anggota keluarga lainnya (untuk keluarga korban/kasus) menganggap kehamilan sebagai peristiwa yang tidak berisiko pada awalnya atau sebagai suatu hal yang wajar bagi seorang ibu, karena ada anggapan yang demikian ini kemungkinan ibu menyikapinya juga tidak terlalu berlebihan seperti tindakan-tindakan yang ia lakukan untuk merawatnya. Apalagi bila proses kehamilan atau persalinan ini berakhir tragis bagi ibunya yang berupa suatu kematian. Banyak anggota keluarga korban menganggap sebagai takdir/nasib apalagi kalau para anggota keluarga merasa sudah berupaya maksimal.

Penyebab klasik atau penyebab langsung kematian maternal dikenal dengan trias klasik seperti perdarahan, infeksi nifas, dan hipertensi kehamilan yang berakhir dengan eklamsia. Hasil penelitian menunjukkan urutan penyebab langsung kematian di 3 (tiga) daerah penelitian mempunyai pola sama yaitu perdarahan (43%), infeksi nifas (32%), partus macet (14%), dan eklamsia (13%). Tempat meninggalnya lebih separoh terjadi di rumah dan ditolong oleh dukun. Kalau melihat fakta ini dapat diartikan penyebab terbesar ada di luar rumah sakit. Apalagi kalau ditelusuri lebih lanjut lebih 70% kasus mengaku tidak mempunyai riwayat obstetri jelek dan umur pada kurun reproduksi sehat. Kualifikasi dukun bersalin sebagai penolong saat ibu meninggal hampir 50% di Manggarai adalah oleh dukun tidak terlatih (DTT), sedangkan di Lombok Timur 42% dan di Jawa Timur 29%. Mungkin karena geografis Manggarai yang pegunungan dan transportasi dari rumah ke fasilitas kesehatan yang sulit menyebabkan penduduk lebih banyak memanfaatkan dukun bersalin yang tidak terlatih (DTT). Bidan di desa sudah ada tetapi karena sebagian besar tidak tinggal di desa (hanya pada jam kerja) sebagai salah satu sebab penduduk mencari pertolongan kedaruratan persalinan ke dukun bersalin.

Bidan di desa yang usianya relatif masih muda, baru lulus, biasanya pendatang langsung dihadapkan pada masalah kebidanan yang begitu kompleks baik faktor medis dan faktor non medis tentunya akan berpengaruh pada kinerjanya. Apalagi dalam menjalankan tugasnya seolah-olah langsung dilepas tanpa mengalami pembinaan dari atasannya. Hal ini yang menyebabkan ia tambah tidak kerasan, sehingga penduduk masih tetap mencari pertolongan pada dukun

tradisional yang dekat dengan rumah, siap memberikan pertolongan yang dianggap oleh penduduk sifat pertolongannya tuntas dan tanpa pamrih atau tidak menentukan tarif. Suatu hal yang semestinya tidak perlu terjadi, dijumpai 2 (dua) kasus di Lombok Timur dan 3 (tiga) kasus di Manggarai yang meninggal tanpa adanya pertolongan. Bila dikaji lebih lanjut mengenai perawatan antenatal yang pernah ia lakukan lebih 90% mereka mengaku pernah periksa. Untuk ibu di Jawa Timur dan Lombok Timur kebanyakan periksa ke fasilitas kesehatan, sedangkan ibu di Manggarai ke dukun bersalin. Frekuensi perawatan antenatal (ANC) yang ia lakukan relatif cukup (periksa > 4 kali sekitar 90%) untuk ibu yang bertempat tinggal di daerah dengan AKM sedang (Lombok Timur) dan AKM rendah (Jawa Timur), sedangkan kasus yang bertempat tinggal di daerah AKM tinggi (Manggarai) yang periksa lebih 4 kali hanya 41%. Hal ini kemungkinan karena faktor geografis dan transportasi. Ibu-ibu kalau mau periksa harus jalan kaki pada daerah yang berpegunungan dan terisolir, padahal jaraknya hanya 2 km tetapi memerlukan waktu yang lebih dari setengah jam.

Mengenai faktor determinan reproduksi yang lain, lebih separoh kasus jumlah anaknya masih sedikit ( $\leq 2$  anak). Jarak persalinan kurang dari 2 tahun yang merupakan risiko terjadinya perdarahan pada persalinan dan masa nifas. Risiko tersebut akan meningkat apabila persalinan berlangsung lebih lama lagi (Rahadjeng E, 1997). Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh WHO (1989) bahwa persalinan yang berlangsung berturut-turut dalam waktu yang singkat akan menyebabkan organ reproduksi menjadi fibrotik yang akhirnya akan mengganggu kontraksi uterus dan berakibat perdarahan persalinan berikutnya.

Mereka menganggap jumlah anak yang masih sedikit, merasa belum pernah melakukan penjarangan kelahiran atau gerakan keluarga berencana. Terbukti lebih separoh kasus tidak ikut keluarga berencana. Ada yang patut diperhatikan untuk kasus di Lombok Timur dan Manggarai, bahwa ada 5 (lima) korban di Lombok Timur, dan 8 (delapan) korban di Manggarai yang jumlah anaknya lebih dari 5 (lima).

Terakhir faktor determinan sosial ekonomi dari kasus, sebagian besar dari kasus berpendidikan Sekolah Dasar, demikian juga suaminya dan tergolong keluarga miskin (> 60% keluarga kasus pengeluaran per bulan untuk kebutuhan pangan) dan suaminya kebanyakan bekerja di sektor pertanian. Walaupun demikian status gizi kasus yang diukur dengan BMI dan pola makan pada waktu trimester terakhir kehamilan, hasilnya relatif baik. Namun sayang data tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas (Lila) datanya kurang lengkap. Sebagian besar kasus atau responden tidak mempunyai data tinggi badan, berat badan, atau keduanya, maupun Lila. Data tinggi badan masih bisa diatasi yaitu diukur pada waktu wawancara dengan asumsi pertumbuhan badan sudah stabil. Yang menjadi permasalahan adalah berat badan atau Lila pada waktu hamil trimester terakhir karena kriteria sampel adalah ibu yang hamil 1 tahun yang lalu. Dicoba ditanyakan KMS ibu hamil, sebagian besar ibu menjawab tidak mempunyainya. Dicoba dilakukan pemeriksaan silang ke Posyandu/Puskesmas sebagian besar KMS (kartu menuju sehat) ibu hamil sudah tidak disimpan karena yang bersangkutan sudah meninggal atau tidak ada program KMS ibu hamil. Ibu-ibu yang berpendidikan lebih tinggi saja yang masih ingat data berat badan waktu hamil trimester terakhir.

Untuk ibu yang 'survive', umur mediannya (26 tahun) lebih rendah daripada ibu kasus, pendidikan sebagian besar SD (kecuali Jawa Timur sekitar 50% berpendidikan SMP), tidak bekerja dan berasal dari keluarga miskin. Gambaran tingkat sosial ekonomi ini relatif sama dengan keluarga kasus.

Tempat melahirkan sebagian besar responden juga di rumah (93% di Manggarai, 73% Lombok Timur dan 42% di Jawa Timur) dengan alasan merasa aman, dan dekat keluarga padahal belum tentu higienis. Petugas penolong saat melahirkan yang menjadi favorit masih tetap dukun bersalin (76%), kecuali responden di Jawa Timur sudah bergeser ke tenaga kesehatan (71%). Ini menunjukkan masih pentingnya peranan dukun bersalin dan bidan sebagai penolong persalinan. Alasan memilih dukun karena dekat rumah, murah (tarif tidak menentukan), sebelumnya sudah biasa melahirkan dengan dukun, dan pelayanan yang diberikan dia dianggap paripurna sampai ke kegiatan ritual. Hal ini sesuai dengan penelitian Charles Suryadi dan Herawati Arif tahun 1995 di Jakarta Utara.

Sebagian besar ibu (98%) melakukan perawatan antenatal semasa kehamilannya yang terakhir tetapi sayangnya pada saat melahirkan kembali memilih dukun bersalin, walaupun ada 31% ibu di Manggarai yang melakukan perawatan ke dukun.

Frekuensi perawatan antenatal pada umumnya cukup baik, sebab ada 90% ibu yang melakukannya 4 kali atau lebih semasa kehamilannya, kecuali di Manggarai masih 42% sebagian besar memeriksakannya ke fasilitas kesehatan. Gambaran ini menunjukkan kelebihan dari ibu 'survive' dibandingkan kasus.

Determinan pola reproduksi, umur median saat ibu hamil relatif lebih rendah (25,5 tahun) dibandingkan ibu kasus (27 tahun). Sedangkan gambaran jumlah anak dan interval kelahiran relatif sama dengan ibu kasus. Tentang keikutsertaan ber-KB, 50% ibu-ibu pernah ikut sebelum kehamilan ini dengan alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah suntik dibandingkan ibu kasus yang menggunakan pil. Persentase akseptor yang relatif sedang dimungkinkan karena jumlah anaknya masih sedikit.

Mengenai status gizi gambarannya hampir sama dengan kelompok kasus. Di sini data antropometrinya juga kurang lengkap di 3 wilayah penelitian. Data gizi yang jawabannya lengkap adalah mengenai pola makan, tetapi untuk mencerminkan betul status gizi ibu hamil pada saat trimester terakhir jawabannya dinilai terlalu subyektif. Apabila data pola makan ini dianggap sebagai '*gold standard*', kemudian dilakukan analisis korelasi dengan data BMI. Bila hasilnya signifikan, berarti ada hubungan BMI dengan pola makan, maka data BMI bisa digunakan untuk analisis selanjutnya dalam pengembangan model. Hasil analisis korelasi sederhana menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antar kedua variabel tersebut. Berdasarkan pertimbangan ini, data gizi untuk seterusnya tidak dimasukkan dalam analisis model.

Dalam rangka pengembangan model determinan kematian maternal, model kualitatif atau model teoritis setelah dicocokkan dengan data di lapangan (3 daerah penelitian) dengan menggunakan analisis jalur yang hasil ringkasnya seperti tertuang di gambar 5.1 untuk model Jawa Timur, gambar 5.4 untuk model Lombok Timur, dan gambar 5.7 untuk model Manggarai.

Pada model Jawa Timur, dari 5 model persamaan ternyata model kualitatif tidak didukung oleh model persamaan 1 dan model 4. Pada model 1, faktor sosial ekonomi, faktor sosiomedik dan faktor reproduksi tidak berpengaruh langsung pada kelangsungan hidup ibu. Apabila model teoritis tidak didukung oleh data atau model empiris/model kuantitatif ada beberapa kemungkinan. Pertama, fakta di lapangan memang demikian. Kedua, pengukuran datanya yang kurang akurat, atau ketiga teori yang digunakan kurang relevan. Andaikata kemungkinan pertama yang benar berarti model mengalami penyederhanaan. Sekarang pada model 4, faktor reproduksi tidak dipengaruhi langsung oleh faktor sosiomedik. Model 4 inipun juga mengalami penyederhanaan.

Selanjutnya apabila model empiris/kuantitatif seperti pada gambar 5.1 dianggap benar, kemudian diujikan pada daerah Lombok Timur dan Manggarai maka hasil diagram jalur tertuang seperti pada gambar 5.2 dan 5.3. Dari kedua gambar tersebut ternyata model empiris Jawa Timur didukung oleh fakta empiris di Lombok Timur dan Manggarai sehingga bisa disimpulkan Model empiris Jawa Timur dapat diterima.

Pada model Lombok Timur, dari 5 model persamaan yang diperoleh dari analisis jalur (model empiris) ternyata model 1, model 3 dan model 4 tidak mendukung model teoritis. Pada model 1 hanya 1 (satu) variabel yaitu faktor sosiomedik di Lombok tidak langsung mempengaruhi kelangsungan hidup ibu. Pada model 3, ada 2 (dua) faktor yang tidak berpengaruh langsung pada faktor aksesibilitas yaitu faktor sosial ekonomi keluarga dan faktor pola reproduksi. Sedangkan model 4, faktor reproduksi hanya dipengaruhi langsung oleh faktor

sosiomedik. Setelah mengalami penyederhanaan, diagram jalur model empiris seperti tertuang pada gambar 5.4. Dibandingkan dengan model empiris Jawa Timur tampak model Jawa Timur lebih sedikit mengalami penyederhanaan. Apabila menggunakan anggapan seperti yang digunakan di Jawa Timur yaitu fakta di lapangan memang demikian dan kemudian model empiris ini diujikan pada data di Jawa Timur dan Manggarai maka hasilnya seperti pada gambar 5.5 dan 5.6.

Hasil pengujian model empiris Lombok Timur di Jawa Timur menunjukkan 2 (dua) model yang tidak mendukung penuh yaitu model 1 dan model 4. Pada model 1, kelangsungan hidup ibu tidak dipengaruhi langsung oleh tingkat sosial ekonomi dan pola reproduksi. Sedangkan pada model 4, pola reproduksi tidak dipengaruhi oleh faktor sosiomedik. Sedangkan hasil pengujian model di Manggarai menunjukkan hanya 1 (satu) model yang tidak mendukung penuh, yaitu model 1 di mana faktor sosial ekonomi tidak berpengaruh langsung pada kelangsungan hidup ibu. Di antara 2 kesimpulan ini cenderung dipilih hasil pengujian di kabupaten Manggarai karena hasilnya yang paling mendekati model asli.

Pada model Manggarai, analisis jalur yang dilakukan pada 5 model persamaan diperoleh model 1 dengan faktor sosial ekonomi dan faktor biomedik serta model 2 dengan 1 faktor yaitu faktor aksesibilitas yang tidak mendukung model teoritis. Berdasarkan teori faktor sosial ekonomi tidak dapat langsung mempengaruhi kematian tetapi pengaruhnya melalui variabel antara atau faktor medis dahulu (Mosley, 1983). Diagram jalur Model Manggarai seperti pada gambar 5.7.

Hasil pengujian model empiris Manggarai di Jawa Timur menunjukkan model ini tidak didukung penuh oleh model 1, 2 dan 4. Pada model 1, kelangsungan hidup ibu tidak dipengaruhi oleh faktor sosiomedik dan faktor reproduksi. Pada model 2, faktor biomedik tidak dipengaruhi faktor reproduksi dan pada model 4, faktor reproduksi tidak dipengaruhi oleh faktor sosiomedik. Hasil lengkap model dapat dilihat pada gambar 5.8.

Hasil pengujian model empiris Manggarai di Lombok Timur menunjukkan model ini juga tidak didukung 4 (empat) model persamaan yaitu model 1, 2, 3 dan 4. Pada model 1, faktor sosiomedik tidak berpengaruh langsung pada kelangsungan hidup ibu. Pada model 2, faktor reproduksi tidak berpengaruh pada faktor biomedik. Sedangkan pada model 3, faktor aksesibilitas dan perawatan kehamilan hanya dipengaruhi langsung oleh faktor sosiomedik. Pada model 4, faktor reproduksi tidak dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi keluarga. Hasil diagram jalur dapat dilihat di gambar 5.9. Diantara 2 (dua) hasil pengujian tersebut, hanya model 5 yang tidak mengalami penyederhanaan.

Kemudian dari 2 (dua) hasil pengujian ini, model mana yang dipilih/cocok untuk model Manggarai mengingat banyaknya penyederhanaan model ?. Menurut Agung 1995, penentuan model seharusnya didasarkan atas model teoritis dan bukan sebaliknya. Apalagi model empiris Manggarai sebelum pengujian lebih mendekati model teoritis.

Setelah proses pengujian model dilakukan, maka disimpulkan bahwa pengaruh langsung, tidak langsung dan pengaruh total dari masing-masing faktor determinan di masing-masing daerah dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 6.1. Estimasi pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung, dan pengaruh total masing-masing faktor determinan terhadap kelangsungan hidup ibu ( $X_7$ ) di Jawa Timur, tahun 1998

Faktor determinan	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung				Pengaruh Total
		lewat $X_2$ (biomedik)	$X_3$ (sosio medik)	$X_5$ (akses)	$X_6$ (reprod)	
$X_1$	-	0.030 (.3337x.09)	-	0.0115 (.1249x .092)	-	0.0415
$X_2$	0.09	-	-	-	-	0.09
$X_3$	-	0.0178 (.1982 x.09)	-	0.032 (.3565x .092)	-	0.032
$X_5$	0.092	0.010 (.1129x .09)	-	-	-	0.102
$X_6$	-	-	-	0.0486 (.0528x .92)	-	0.0486

Nampak dari tabel di atas, kelangsungan hidup ibu hamil di Jawa Timur di pengaruhi langsung oleh faktor biomedik ( $X_2$ ) dan faktor keterjangkauan ke tempat perawatan kehamilan dan ANC ( $X_5$ ) sebesar 0,09. Pengaruh tidak langsung faktor keterjangkauan dan ANC ini terhadap kelangsungan hidup ibu melalui faktor biomedik adalah sangat lemah ( $p=0,010$ ), sehingga pengaruh totalnya adalah sebesar 0,102. Sedangkan faktor determinan yang lain ( $X_1$ ,  $X_3$  dan  $X_6$ ) pengaruhnya terhadap kelangsungan hidup ibu adalah tidak langsung yang dapat melalui  $X_2$  (faktor reproduksi), atau  $X_3$  (faktor sosiomedik) dan atau  $X_5$  (faktor aksesibilitas) tetapi pengaruh totalnya sangat lemah ( $p$  kurang dari 0,05)

Tabel 6.2. Estimasi pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung, dan pengaruh total masing-masing faktor determinan terhadap kelangsungan hidup ibu ( $X_7$ ) di Lombok Timur, tahun 1998

Faktor determinan	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung				Pengaruh Total
		lewat $X_2$ (biomedik)	$X_3$ (sosio medik)	$X_5$ (akses)	$X_6$ (reprod)	
$X_1$	0,115	-0.030 (.2116x-.1561)	-	-	-	0.082
$X_2$	-0,1561	-	-	-	-	-0.1561
$X_3$	-	0,0150 (.1322x .1138)	-	0.0689 (.306x .2251)	0,0232 (.204x .1138)	0.1071
$X_5$	0.2251	0.0151 (.0969x-.1561)	-	-	-	0.21
$X_6$	0,1138	-	-	-	-	0.1138

Kelangsungan hidup ibu hamil di Lombok Timur dipengaruhi langsung oleh faktor sosial ekonomi, keterjangkauan ANC, faktor biomedik, dan faktor pola reproduksi yang besarnya pengaruh adalah sedang. Faktor sosial ekonomi selain pengaruhnya langsung, faktor ini dapat berpengaruh tidak langsung terhadap kelangsungan hidup ibu melalui faktor biomedik sehingga pengaruh total dari faktor ini sebesar 0,08. Demikian juga faktor aksesibilitas dan ANC dapat berpengaruh tidak langsung melalui faktor biomedik dan total pengaruhnya terhadap kelangsungan hidup ibu sebesar 0,21. Sedangkan faktor sosiomedik tidak dapat berpengaruh langsung terhadap kelangsungan hidup ibu, tetapi harus melalui faktor biomedik (0,015), atau faktor aksesibilitas dan ANC (0,0689), atau faktor reproduksi (0,,232) dahulu. Walaupun pengaruh tidak langsung dari masing-

masing faktor ini lemah tetapi secara keseluruhan pengaruh tidak langsung dari faktor sosiomedik ini cukup berarti ( $p=0,1071$ )

Tabel 6.3. Estimasi pengaruh langsung, pengaruh tidak langsung, dan pengaruh total masing-masing faktor determinan terhadap kelangsungan hidup ibu ( $X_7$ ) di Manggarai, tahun 1998

Faktor deter minan	Pengaruh langsung	Pengaruh tidak langsung				Pengaruh Total
		lewat $X_2$ (biomedik)	$X_3$ (sosio medik)	$X_5$ (akses)	$X_6$ (reprod)	
$X_1$	-	-	0.0142 (.1018x.14)	0.0189 (.14x .134)	0.0176 (.08x.22)	0.0507
$X_2$	-	-	-	-	-	-
$X_3$	0,14	-	-	0.059 (.4406x .134)	0.0215 (.0978x.22)	0.2205
$X_5$	0.134	-	-	-	-	0.134
$X_6$	0,22	-	-	0.0126 (.0943x .134)	-	0.2326

Nampak dari tabel di atas kelangsungan hidup ibu di Manggarai dipengaruhi langsung oleh faktor sosiomedik, keterjangkauan ke tempat perawatan kehamilan dan ANC, dan faktor pola reproduksinya. Untuk faktor sosiomedik selain berpengaruh langsung, juga dapat tidak langsung mempengaruhi kelangsungan hidup ibu melalui lebih dahulu faktor aksesibilitas dan ANC ( $p=0,06$ ), atau faktor pola reproduksi ( $p=0,02$ ) yang pengaruh keseluruhan dari faktor sosiomedik ini jadi meningkat ( $p=0,22$ ). Demikian juga faktor pola reproduksi, selain berpengaruh langsung, faktor ini dapat tidak langsung berpengaruh melalui faktor aksesibilitas dan ANC yang pengaruh total dari faktor ini sebesar 0,23 atau sedang. Sedangkan untuk faktor sosial ekonomi, faktor ini tidak dapat berpengaruh langsung terhadap kelangsungan hidup ibu tetapi harus melalui faktor sosiomedik ( $p=0,01$ ), atau faktor aksesibilitas

( $p=0,019$ ), atau faktor pola reproduksi ( $p=0,018$ ). Total pengaruh tidak langsung dari faktor sosial ekonomi terhadap kelangsungan hidup ibu cukup berarti yaitu sebesar 0,05.

**BAB 7**  
**KESIMPULAN**  
**DAN**  
**SARAN**