

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Salah satu kesenjangan terbesar tingkat kesehatan antara negara maju dan negara berkembang dapat dilihat pada tingkat kematian maternal, kematian wanita dalam masa kehamilan dan melahirkan (WHO,1986a). Dicontohkan bahwa lebih banyak kematian maternal yang terjadi selama seminggu di India dari pada kematian maternal dalam satu tahun di seluruh negara di benua Eropa. Diperkirakan tiap tahun di dunia 500.000 ibu meninggal karena kehamilan, persalinan dan masa nifasnya. Ini berarti hampir setiap menit terjadi kematian ibu. Selanjutnya 99% atau 494.000 dari kematian maternal terjadi di negara-negara berkembang. Risiko kematian seorang wanita selama hidupnya, karena kehamilan atau persalinan adalah 1 per 4000 – 10000 di negara maju. Selanjutnya dikatakan oleh Mahler, mantan Direktur Jendral Organisasi Kesehatan di Dunia bahwa tidak ada negara yang dapat menyatakan dirinya maju bila angka kematian maternal masih tinggi (Mahler, 1987).

Dari pertemuan Executive Board Unicef tahun 1990 dan ditegaskan lagi pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan tahun 1994 di Kairo di mana pemerintah Indonesia ikut hadir diputuskan bahwa angka kematian maternal untuk masing-masing negara diharapkan turun sebesar 50% pada tahun 2000 (kesehatan bagi semua pada tahun 2000) dan dalam tahun 2015 turun lagi menjadi seperempat dari angka 1980.

Kematian maternal (*maternal mortality*) menurut the International Classification of Diseases revisi tahun 1975 (ICD IX), adalah kematian wanita pada waktu hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang umur maupun letak kehamilan di dalam ataupun di luar kandungan, yang disebabkan atau dipersulit oleh semua sebab yang berkaitan dengan kehamilan atau penanganan persalinan, tetapi bukan karena sebab kecelakaan (*accidental*) atau kebetulan (*incidental*).

A maternal death is defined as the death of women while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and the site pregnancy or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes (WHO,1977; ICD IX,1975).

Hampir 75 % kematian ibu usia reproduksi (15-49 tahun) di negara berkembang ada kaitannya dengan proses kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan angka kematian maternal (*maternal mortality rate*) adalah rasio jumlah kematian maternal terhadap 100.000 kelahiran hidup (WHO, 1986b). Angka ini merupakan indikator penting status kesehatan ibu dan salah satu indikator dalam upaya mencapai kesehatan bagi semua pada tahun 2000 (WHO, 1986a).

1.2. Identifikasi Masalah

Pada saat ini, masalah kesehatan pokok yang dihadapi oleh bangsa Indonesia adalah masalah kesehatan yang terjadi pada kelompok ibu dan anak yang ditandai antara lain oleh masih tingginya angka kematian maternal dan angka kematian bayi (Dirjen Binkesmas Depkes, 1990). Kematian seorang ibu pada waktu melahirkan merupakan musibah besar dalam kehidupan keluarga dan

sangat mempengaruhi kelangsungan hidup bayinya atau seluruh keluarga. Anehnya, kematian yang terjadi dianggap sebagai takdir/nasib akibat komplikasi yang tidak terduga biarpun para anggota keluarga merasa sudah menyelamatkan ibu (Iskandar et al.,1995 ; Soeyono H., 1996).

Dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986 menunjukkan Angka Kematian Maternal (AKM) di Indonesia adalah sebesar 450 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini tergolong tinggi di dunia, bahkan paling tinggi diantara negara ASEAN dan lebih tinggi dari negara-negara di luar ASEAN yang GNP-nya lebih rendah seperti Srilanka, India dan Myanmar. Untuk lebih jelasnya 10 kali lipat dari RRC, 9 kali dari Srilanka, 5 kali dari Myanmar, 1,5 kali dari India bahkan 45 kali dari Singapura dan setaraf dengan Bangladesh. Di samping tingginya AKM, ternyata angka ini bervariasi cukup besar menurut daerah. AKM terendah di Daerah Istimewa Yogyakarta (150 per 100.000 kh) dan tertinggi di provinsi Nusa Tenggara Timur (1.340 per 100.000 kh). Untuk beberapa daerah pedesaan di pulau Jawa bervariasi antara 360 sampai dengan 650 per 100.000 kelahiran hidup (Bappenas dan Unicef, 1994). Variasi ini mencerminkan adanya kesenjangan status kesehatan ibu menurut tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan), antara propinsi dan status sosial ekonomi.

Tabel 1.1. Perkiraan AKM di Indonesia (per 100.000 kelahiran hidup)

Lokasi	AKM	Jenis dan Tahun Studi	
Jawa Barat	510	Pedesaan, 1991	Budiarso
Jawa Tengah	360	BKKBN, 1990	
Jawa Barat	370	12 Rumah Sakit, 1981	Chil Cheng
Ujung Berung, Jabar	170	Pedesaan, 1983	Alisyahbana
Mojokerto, Jatim	367	1989	Soemantri
SKRT	150	7 Propinsi, 1980	Budiarso
Bali	720	Pedesaan	Susanti
Sumatera Selatan	570	Rumah Sakit, 1990	
Sukabumi, Jabar	470	Pedesaan, 1989	Monazer
SKRT	450	7 Propinsi, 1986	Budiarso
- Yogyakarta	130		
- Bali	230		
- Sulawesi Utara	210		
- Bengkulu	490		
- Kalimantan Barat	520		
- Maluku	490		
- NTB	780		
NTT	1340	Pedesaan, 1991	Tjitra
Jawa Tengah	340	Pedesaan, 1989	Agoestina
Tanjung Sari, Jabar	490	Pedesaan, 1990	Ngantung
Jawa Barat	490	Kabupaten, 1991	Budiarso

Sumber : Situation Analysis of Children and Women in Indonesia, Bappenas and Unicef, 1994.

Berbeda dengan angka kematian bayi (AKB), AKB menunjukkan penurunan yang cukup besar dalam dua puluh tahun terakhir. Dari sekitar 110 per 1000 kelahiran hidup pada akhir tahun 1975, kemudian turun menjadi 100 pada tahun 1980, 70 dan 68 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 dan tahun 1991 (Sumantri, 1992, SDKI, 1991). Sedangkan pencapaian penurunan AKM relatif lambat yaitu selama periode 6 tahun (1986 – 1992) baru turun 6,4 % menjadi 425 per 100.000 kh. Dan turun menjadi 390 per 100.000 kh pada periode 1989 sampai 1994 berdasarkan SDKI (Survei Demografi Kesehatan Indonesia) tahun 1994. Ini

berarti target penurunan separoh pada tahun 2000 (225 per 100.000 kh) kemungkinan besar tidak akan tercapai (Bappenas dan Unicef; 1994, Balitbangkes, 1992). Dibanding negara ASEAN lainnya, AKM Indonesia sampai sekarang masih tertinggi, Malaysia (59), Philipina (100), Thailand (50) dan Singapura (10) per 100.000 kh (F.A Moeloek, Surya 12 Juli 1999).

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mengatasi tingginya AKM ini antara lain gerakan keluarga berencana untuk mencegah frekuensi kehamilan yang tinggi maupun jarak kelahiran yang terlalu dekat, program penempatan dokter spesialis kandungan di semua rumah sakit tipe C (rumah sakit kabupaten) dan program penempatan bidan di desa sejak tahun 90-an beserta pendirian pondok bersalin desa (Polindes). Di samping itu mulai dilakukan studi dibidang kematian maternal oleh Departemen Kesehatan sendiri maupun oleh universitas. Kebanyakan penelitian mengarah pada teknik penghitungan AKM baik secara langsung (*direct method*) atau tidak langsung (*indirect method*) dan faktor-faktor medis yang mempengaruhi kematian maternal di beberapa rumah sakit (*hospital based*). Diduga AKM di Indonesia disebabkan oleh beberapa faktor dan saat ini masih sedikit penelitian yang mengungkapkan secara jelas faktor-faktor yang melatarbelakangi (*underlying factors*) kematian maternal yaitu faktor-faktor non kesehatan seperti sosial budaya, ekonomi, maupun demografi terutama yang didasarkan pada data langsung di masyarakat (*population based*), padahal untuk negara berkembang seperti Indonesia tak pelak lagi faktor ini merupakan penyumbang penting terhadap tingginya AKM.

Dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986 dan tahun

1992 memperlihatkan bahwa sebagian besar 80% dan 75% proses melahirkan berlangsung di rumah, yang umumnya (75% dan 65% masih ditolong secara tradisional oleh dukun bersalin (*traditional birth attendants*) dengan kondisi yang kurang higienis. Sedangkan hasil SDKI (Survei Demografi Kesehatan Indonesia) 1991 menunjukkan 63,9 % persalinan mereka ditolong oleh dukun, dan turun menjadi 59,5 % pada tahun 1994. Ini menunjukkan pilihan penolong persalinan yang relatif tetap dan menandakan kepercayaan yang tinggi masih kepada dukun. Demikian juga persentase mereka yang melahirkan di rumah relatif juga tidak berubah yaitu 76,6 % menurut SDKI 1991 dan 77 % menurut SDKI tahun 1994. Sementara itu, ibu hamil yang telah memeriksakan kandungannya selama kehamilan sebanyak 4 kali atau lebih seperti yang dianjurkan program masih rendah 38,3 %, karena faktor jarak dan menganggap tidak perlu (SDKI, 1991 dan SKRT, 1992). Ironisnya penyulit/komplikasi kehamilan/persalinan dapat terjadi pada kehamilan risiko rendah, sebanyak 50 % kematian ibu terjadi pada kehamilan risiko rendah (POGI, 1994).

Di Indonesia banyak ditemui bermacam perilaku perawatan kehamilan maupun pertolongan persalinan yang sesuai dengan budaya daerahnya. Kondisi ini tidak selamanya baik, karena ada beberapa perilaku perawatan kehamilan maupun pertolongan persalinan yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah kesehatan/medis, sehingga membawa pengaruh pada kesehatan ibu bahkan membawa kematian.

Hasil penelitian di 12 Rumah Sakit pendidikan oleh BKS Penfin (Badan Kerja Sama Penelitian Fertilitas Indonesia) tahun 1987 menunjukkan bahwa penyebab utama kematian maternal adalah trias klasik atau obstetrik yaitu

perdarahan, infeksi dan keracunan kehamilan (eklamsia) karena terlambat dirujuk ke rumah sakit. Kelambatan penanganan dapat terjadi dari pihak pasien, penolong pertama, transportasi dan juga pihak rumah sakit.

Banyak faktor yang terlibat sebagai penyebab kematian maternal tidak hanya faktor biomedis, tetapi juga faktor-faktor ekonomi, sosial, demografi dan budaya seperti apa yang telah dikemukakan oleh WHO :

Each death has roots in a complex interplay of economic, social and cultural factors. Maternal mortality is intimately tied up with a country stage on development.

1.3. Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut di atas, maka beberapa pertanyaan yang perlu dijawab dalam penelitian ini adalah :

1. Faktor-faktor apa saja yang diperkirakan sebagai determinan kematian maternal ?
2. Bagaimanakah interaksi antar faktor determinan (faktor sosial budaya, faktor sosial ekonomi, faktor sosial medik, faktor gizi, faktor pelayanan kesehatan, faktor pola reproduksi dan faktor biomedik) tersebut di atas ?

Atau kalau dilihat secara utuh bagaimana model determinan kematian maternal untuk masing-masing wilayah penelitian ?

3. Dari faktor-faktor tersebut, faktor apa saja yang dominan mempengaruhi kematian maternal di masing-masing daerah penelitian ?

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengembangkan model penentu/determinan (*model building dan model testing*) kematian maternal di masing-masing daerah penelitian (Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur).

Tujuan Khusus

1. Mempelajari profil faktor-faktor determinan terhadap kematian maternal berdasarkan landasan teoritis dan empiris :
 - a. Faktor biomedik
 - b. Faktor pola dan perilaku reproduksi
 - c. Faktor aksesibilitas ke tempat pelayanan kesehatan
 - d. Faktor gizi
 - e. Faktor sosio medik
 - f. Faktor sosial dan ekonomidi masing-masing daerah penelitian.
2. Mempelajari interaksi masing-masing faktor
3. Menguji model determinan kematian maternal yang diperoleh di daerah penelitian ke daerah penelitian yang lain. Misalnya, model Jawa Timur ke NTB dan NTT, demikian sebaliknya.
4. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dominan terhadap kematian maternal di Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur.

1.5. Manfaat Penelitian

Dengan diperolehnya gambaran secara menyeluruh atau model determinan kematian maternal diharapkan dapat digunakan sebagai kerangka analisis untuk studi kematian maternal dan merancang pencegahan atau program intervensi yang baik (rasional dan sesuai dengan kondisi daerah setempat) untuk menurunkan AKM.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA