

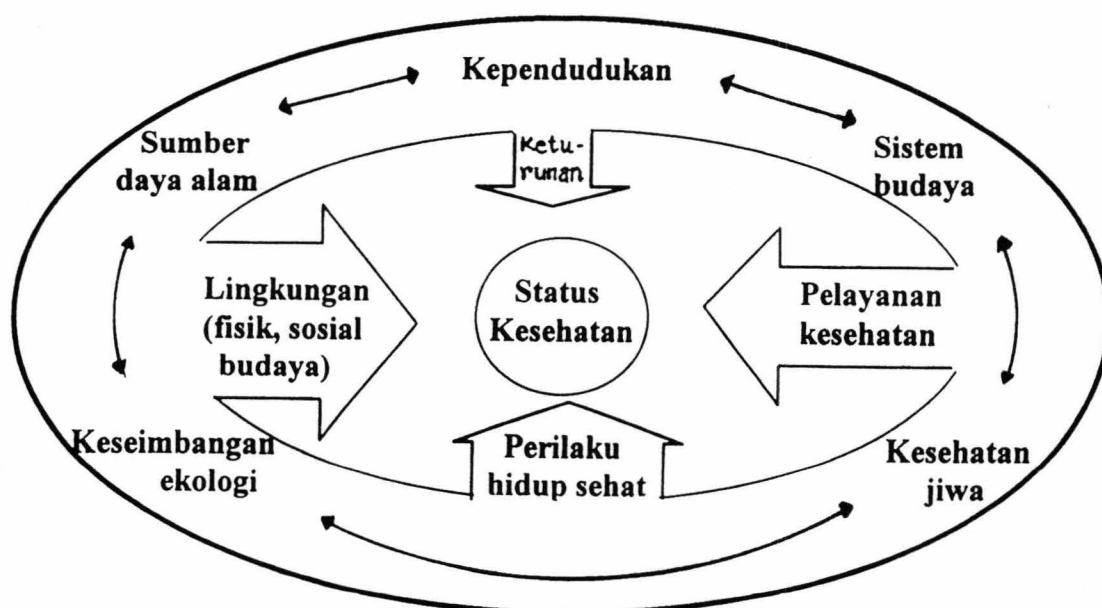
## BAB 2

## TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1. Derajat Kesehatan

Blum (1981) mengatakan bahwa derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor herediter (keturunan), perilaku, pelayanan kesehatan dan kondisi lingkungan (fisik, sosial dan budaya). Dengan perkataan lain, status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku dan faktor di luar perilaku (non behaviours) seperti ketersediaan pelayanan kesehatan, keturunan dan lingkungan. Derajat kesehatan ini dapat dinilai dengan satu indikator antara lain angka kesakitan dan kematian.

Faktor-faktor yang menentukan derajat kesehatan (kesakitan, kematian) secara proporsional dapat digambarkan dalam bagan berikut :



Gambar 2.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan (diterjemahkan dari Blum, 1981)

Faktor yang terbesar mempengaruhi derajat kesehatan adalah faktor lingkungan, termasuk lingkungan fisik, baik alamiah maupun buatan manusia, sosial budaya termasuk pendidikan dan pekerjaan dan disusul oleh faktor perilaku, kemudian faktor pelayanan kesehatan (pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi) dan faktor keturunan (genetik).

## 2.2. Kematian Maternal

### 2.2.1. Pengertian Kematian Maternal

#### Definisi

Kematian maternal menurut International Classification of Disease revisi tahun 1975 (ICD IX) maupun ICD X adalah :

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

Kematian maternal adalah kematian wanita yang sedang hamil, melahirkan atau dalam periode 42 hari setelah terminasi kehamilannya, tanpa memandang lama dan lokasi kehamilan. Kematian tersebut disebabkan oleh berbagai penyebab yang berhubungan dengan kehamilan atau diperburuk oleh kehamilan atau penatalaksanaannya tetapi bukan akibat kecelakaan atau secara kebetulan.

Kematian maternal dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok, yaitu :

1. Kematian langsung adalah kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh intervensi, kegagalan, pengobatan yang tidak tepat atau rangkaian semua peristiwa tersebut diatas.

2. Kematian tidak langsung adalah kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang timbul sebelum atau selama kehamilan dan tidak disebabkan langsung oleh penyebab kebidanan, akan tetapi diperburuk oleh kehamilan yang fisiologis.

Selanjutnya kematian maternal dibedakan lagi menjadi tiga kelompok, yaitu kematian kebidanan langsung (*direct obstetric*), kematian kebidanan tak langsung (*indirect obstetric*) dan kematian akibat kecelakaan atau faktor kebetulan yaitu kematian yang penyebabnya bukan kebidanan dan tidak diperburuk oleh keadaan kebidanan. Dalam kenyataan informasi tentang ketiga kategori ini sulit dibedakan atau sering tidak tersedia. Kelompok kerja organisasi kesehatan dunia pada pertemuan mengenai statistik kesehatan di Jenewa tahun 1974, menetapkan untuk mencatat semua kematian ibu hamil, bersalin atau selama 42 hari setelah melahirkan sebagai kematian maternal, tanpa membedakan sebab-sebab kematian (Royston, 1989).

Di negara yang AKM-nya rendah dan biasanya pada negara-negara yang registrasi kematiannya sudah baik, maka tidak ada kesulitan dalam memisahkan ketiga komponen tersebut. Di negara ini perkiraan kematian maternal yang menyertakan penyebab-penyebab di luar kebidanan, kurang bermanfaat bagi perencanaan dan pemantauan. Sebaliknya di negara yang AKM-nya tinggi, bias yang terjadi akibat dimasukkannya penyebab di luar kebidanan umumnya sangat rendah dan biasanya digunakan untuk memperbaiki perkiraan secara keseluruhan.

## Angka Kematian Maternal (AKM)

Kematian maternal dapat diukur melalui dua cara :

### 1. Maternal Mortality Rate (MMR)

$$= \frac{\text{Jumlah Kematian Maternal dalam 1 Tahun}}{\text{Jumlah Wanita Usia Reproduksi dalam 1 Tahun}} \times 100.000$$

### 2. Maternal Mortality Ratio (MM Ratio)

$$= \frac{\text{Jumlah Kematian Maternal dalam 1 Tahun}}{\text{Jumlah Kelahiran Hidup dalam 1 Tahun}} \times 100.000$$

MM Ratio mencerminkan besarnya risiko dari suatu kehamilan, sedangkan MM Rate memberikan gambaran yang lebih tepat derajat kematian maternal di suatu daerah, karena di samping mencerminkan risiko komplikasi kehamilan juga memberikan gambaran tentang besarnya jumlah wanita usia subur yang terpapar terhadap komplikasi kehamilan (*frequency of exposure*).

Selain kedua jenis angka tersebut dikenal pula risiko kematian seorang wanita selama hidupnya yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan atau risiko kematian maternal per jumlah wanita usia subur selama hidupnya (*life time risk of maternal death*).

Angka kematian maternal yang sering digunakan termasuk di Indonesia adalah MM Ratio karena sulitnya atau tidak tersedianya data jumlah wanita usia subur yang terpapar kepada kehamilan atau persalinan di lapangan. Selain itu jumlah kehamilan hidup diperkirakan mewakili jumlah ibu hamil.

## Perkiraan Angka Kematian Maternal

Ada dua cara, yakni cara langsung (*direct estimate*) dan cara tidak langsung (*indirect estimate*) (Royson, 1989; WHO, 1991).

Cara langsung dilakukan dengan menanyakan langsung kepada responden tentang ada tidaknya kematian ibu hamil atau bersalin selama kurun waktu tertentu. Kasus-kasus kematian tersebut dapat dicari secara retrospektif atau prospektif melalui registrasi vital, pencatatan pelaporan di rumah sakit, survei atau sensus penduduk. Perkiraan AKM (rasio atau rate) dengan cara ini memerlukan sampel besar. Dengan cara langsung dapat dicari sifat atau faktor spesifik dan sebab-sebab kematian maternal .

Cara tidak langsung dibedakan atas tiga cara :

1. Metode anak yatim (*orphanhood method*)

Mencari riwayat kematian ibu dari para anak yatim.

2. Metode duda (*widowhood method*)

Mencari riwayat kematian istri dari para duda.

3. Metode saudara kandung (*sibling method*)

Mencari riwayat kematian saudara kandung. Metode ini kemudian dimodifikasi menjadi metode saudara kandung perempuan (*sisterhood method*) untuk mendapatkan riwayat kematian dari saudara kandung perempuan. (Graham W., 1986).

Prinsip pokok perbedaan cara langsung dan cara tidak langsung adalah cara langsung memperkirakan pembilang (jumlah kematian maternal) dan penyebut (jumlah kelahiran hidup), sedangkan cara tidak langsung dilakukan

dengan mencari ukuran-ukuran yang memberi petunjuk yang mendekati angka kematian ibu.

Cara tidak langsung tidak memerlukan sampel yang besar. Pengumpulan data dapat dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan sensus, survei penduduk antar sensus (SUPAS) atau survei penduduk lainnya. Dari 3 metode perkiraan ini, metode saudara kandung adalah yang paling tepat.

Beberapa pertanyaan pokok yang diajukan kepada responden laki-laki dan perempuan dewasa dari cara saudara kandung perempuan sebagai berikut :

1. Berapa jumlah saudara kandung perempuan dari satu ibu yang pernah kawin ?
2. Berapa yang masih hidup ?
3. Berapa yang sudah meninggal ?
4. Berapa di antara yang meninggal dalam keadaan hamil atau melahirkan atau dalam masa 42 hari setelah melahirkan ?

### **2.2.2. Faktor Penyebab Kematian Maternal**

Pada umumnya penyebab kematian maternal ibu dikelompokkan pada tiga kelompok, yaitu penyebab obstetrik langsung, tidak langsung dan penyebab yang bersifat kebetulan. Penyebab obstetrik langsung meliputi perdarahan antepartum/postpartum, penyakit hipertensi pada kehamilan atau pre-eklamsia/eklamsia (*toxemia*), persalinan macet, kehamilan ektopik, aborsi dan sepsis (infeksi) nifas atau sepsis abortus. Selanjutnya, penyebab tidak langsung meliputi antara lain anemia, penyakit kardiovaskuler, diabetes melitus dan

hemoglobinopati (penyakit sel darah merah). Terakhir penyebab yang bersifat kebetulan contohnya yang khas adalah kematian akibat kecelakaan lalu lintas. (Royson, 1989; WHO, 1991). Berdasarkan hasil penelitian di berbagai negara berkembang, sebagian besar (lebih dari 60%) kematian maternal terjadi karena penyebab obstetrik langsung (Chi et al., 1981; Bhatia, 1986; Fauveau, et al., 1988).

Faktor-faktor penyebab kematian maternal adalah sangat kompleks, biasanya melibatkan aspek medik, pelayanan kesehatan, faktor reproduksi, kondisi-kondisi sosial, ekonomi, demografi dan kultural (WHO, 1986; Kwast, 1988; Fauveau et al, 1988).

Penyebab-penyebab ini diperjelas oleh teori M. Fathalla dalam "*The Road to Maternal Death*" (WHO, 1990).

*The final cause of death is just the last step on the road. Each death has its roots in a complex interplay of economic, social, cultural factors. Maternal mortality is intimately tied up with a country stage on development.*

Ini menunjukkan bahwa, peristiwa kematian maternal bukanlah merupakan fenomena biomedik belaka, namun merupakan pula fenomena sosial. Faktor biomedik dilatarbelakangi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi dan demografi (*underlying factor*). Masalah kesehatan tidak dapat ditangani secara lintas program dan multi sektoral, seperti apa yang dinyatakan oleh WHO.

*It is clear that health service alone cannot bring health to people.*

#### a. Faktor Medis

Adapun penyebab medik yang utama dan sekaligus merupakan penyebab langsung adalah perdarahan (postpartum, antepartum, abortus dan kehamilan

ektopik), infeksi (abortus sepsis, partus lama, sepsis) dan toxemia/keracunan kehamilan/hipertensi (Kasonde, 1978; Dawn et al, 1978; Chi et al, 1981; Sanches-Torres, 1974; Williams, 1973; Wiekramasuriya, 1983; Bavadra et al, 1978; Schaffner et al, 1977). Penyebab medik ini dikenal juga dengan istilah “*Hit triad*” (hemorrhage, infection and toxemia) atau trias klasik.

Di Indonesia sebagian besar penyebab kematian karena perdarahan (67%), kemudian disusul oleh infeksi (8%), toxemia (7%) dan abortus (10%). Gambaran penyebab Trias klasik bila dibandingkan dengan beberapa negara berkembang lainnya sebagai berikut :

Tabel 2.1. Penyebab Medik Kematian Maternal (dalam %)

Negara	Perdarahan	Infeksi	Toxemia	Abortus Provocatus	Distosia
Bangladesh	22	3	19	31	9
Columbia	22	-	34	39	-
Cuba	6	19	12	15	-
Mesir	54	18	10	7	-
Ethiopia	12	4	12	54	-
Indonesia	67	6	7	10	-

Sumber : Rosenfield dan Fathalla MF, 1990.

Perdarahan ini terutama disebabkan oleh ruptura uteri dan perdarahan pasca persalinan. Dari evaluasi beberapa rumah sakit di Indonesia ternyata trias klasik ini disebabkan oleh terlambatnya penderita untuk dirujuk yang disebabkan karena faktor non medis yaitu masalah biaya, transportasi, jarak dan rasa takut.

Secara medis seorang ibu hamil sebaiknya memeriksakan kehamilannya sejak dini menurut prosedur yang dianjurkan oleh petugas kesehatan. Setiap kehamilan diharapkan paling sedikit 4 kali oleh tenaga kesehatan terdidik,



maksudnya oleh bidan, dokter umum ataupun dokter spesialis kebidanan (Pedoman Puskesmas, 1990).

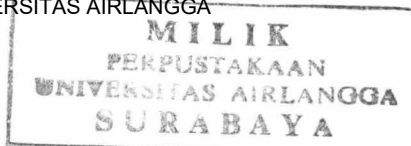
Pemeriksaan sedini mungkin ini bertujuan untuk mencegah dan mendeteksi adanya komplikasi kehamilan. Ibu hamil dikategorikan ber-risiko tinggi bila :

1. Primi muda (hamil pertama dengan umur 16 tahun atau kurang)
2. Primi tua (ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih)
3. Primi tua sekunder (ibu sedang hamil dengan anak terkecil umur 10 tahun atau lebih)
4. Hamil 35 tahun atau lebih
5. Hamil dan telah pernah hamil/melahirkan anak keempat atau lebih
6. Tinggi badan ibu hamil 145 cm atau kurang
7. Riwayat obstetri jelek, lahir mati, lahir hidup lalu bayi mati umur kurang 7 hari.

#### b. Faktor Reproduksi

Bila dilihat dari aspek reproduksi ternyata tingginya kematian maternal ada kaitannya dengan usia, paritas dan jarak kelahiran. Hasil penelitian menunjukkan bila usia melahirkan kurang atau lebih besar dari usia reproduksi sehat (20-29 tahun), ternyata angka kematian lebih tinggi. Pada penelitian yang dilakukan oleh BKS-Perfin (Badan Kerjasama Penelitian Fertilitas Indonesia) di 12 Rumah Sakit pendidikan di Indonesia menunjukkan angka kematian ibu tinggi pada usia di bawah 20 tahun, menurun pada umur 20-29 tahun, kemudian meningkat pada umur di atas 35 tahun.

Paritas ibu dilaporkan oleh WHO tahun 1976 berdasarkan studi di beberapa



negara berkembang menunjukkan kematian ibu pada kehamilan pertama cukup tinggi, akan tetapi menurun pada kehamilan kedua dan ketiga dan mulai meningkat kembali pada kehamilan keempat dan mencapai puncaknya pada kehamilan di atas lima. Di Indonesia diperoleh angka kematian ibu yang meningkat pada kehamilan pertama lalu menurun pada kehamilan kedua dan meninggi pada kehamilan ketiga dan naik dengan bertambahnya kehamilan (Bernard, 1976). Demikian juga makin pendek jarak kelahiran, makin besar risikonya. Melahirkan sebaiknya dibatasi 2 kali saja, sedang jarak yang terbaik adalah di atas 2 tahun. Keluarga Berencana merupakan salah satu cara untuk mengatasi kematian tersebut di atas karena dapat menunda kehamilan pada usia yang terlalu muda, mencegah frekuensi melahirkan yang terlalu sering, maupun jarak kelahiran yang terlalu dekat. Winikoff dan kawan-kawan (1986) menyebutkan bahwa program KB-KIA tidak secara langsung meningkatkan keselamatan ibu selama hamil, saat melahirkan hingga masa nifas tetapi hanya terbatas pada membatasi jumlah kehamilan, sehingga mengurangi risiko kematian ibu.

Perilaku reproduksi merupakan bagian penting dari kehidupan berkeluarga. Pola kehidupan reproduksi modern yang ditandai dengan melembaganya norma baru, yakni penundaan usia kawin yang lebih didasari oleh prinsip pertimbangan ekonomi. Pasangan baru akan memasuki kehidupan perkawinan setelah mereka benar-benar yakin akan kemantapan masa depan perekonomian mereka. Selain itu berlaku pula norma mengenai jumlah anak yang selayaknya dibesarkan sebagai penerus harkat keluarga. Dalam hal ini diharapkan agar

norma dua anak sebagai kondisi ideal saat ini akan menjadi pedoman nasional keluarga-keluarga di Indonesia.

Pendidikan merupakan faktor yang ikut menentukan perilaku reproduksi. Hubungan perilaku reproduksi dan pendidikan menunjukkan bahwa wanita yang lebih berpendidikan memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit. Dengan kata lain wanita yang lebih berpendidikan memiliki perilaku reproduksi yang lebih baik dibandingkan dengan wanita yang kurang berpendidikan (Siti Harijati Hatmadji, 1995).

Faktor reproduksi ini merupakan bagian dari konsep kesehatan reproduksi. Konsep ini bermula dari pendekatan kesehatan masyarakat yakni kesehatan ibu dan anak (Fathalla MF, 1992). Namun dengan semakin luasnya masalah dan implikasi kesehatan ibu dan anak, maka kesehatan reproduksi menjadi salah satu bagian dari kesehatan ibu dan anak. WHO mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai :

*A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or disorder of the reproductive process.*

Hal ini berarti ibu atau wanita pada umumnya, harus mampu mengatur kelahiran (keluarga berencana), tanpa menimbulkan risiko pada kesehatan, aman dalam kehidupan seksual dan terbebas dari beban sakit.

Selanjutnya definisi kesehatan reproduksi menurut International Conference of Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo.

*A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease infirmity, in all matter relating the reproductive system and to its functions and processes (ICPD 1994, Chapter VII).*

Reproduksi sehat adalah keadaan sehat jasmani, rohani, sosial dan bukan

hanya ketidakhadiran penyakit atau kecacatan dalam kaitan dengan sistem reproduksi fungsi dan proses reproduksi. Melihat kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor risiko yang menghalangi tercapainya kehidupan reproduksi yang sehat bersifat multifaktor, dapat berbentuk masalah sosial, ekonomi, budaya, perilaku lingkungan yang tidak sehat dan ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu mengatasi gangguan jasmani dan rohani di wilayah tersebut. Dapat ditambahkan tidak adanya akses tentang informasi yang menyebabkan keadaan kurang paham mengenai risiko-risiko kesehatan reproduksi juga merupakan faktor tersendiri.

c. Faktor Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan

Penyediaan pelayanan antenatal, natal dan post natal merupakan hal yang penting dalam program *safe motherhood*. Pelayanan di sini seharusnya merupakan kombinasi dari berbagai unsur termasuk penyediaan informasi bagi ibu (pendidikan/penyuluhan), penanganan atas penyakit yang ada, mengobati komplikasi serta penapisan faktor risiko. Yang masih menjadi masalah adalah keterbatasan jangkauan pelayanan serta kualitas pelayanan. Pelayanan harus mampu melayani mereka yang lebih membutuhkan misalnya ibu miskin di pedesaan, terisolasi karena geografis maupun mereka yang tinggal di daerah kumuh perkotaan. Pemerintah telah mengatasi masalah ini dengan memperbaiki pelayanan kesehatan ibu mencakup penyediaan polindes, penyediaan bidan di desa, pelatihan dukun bayi untuk merujuk ibu hamil yang mengalami komplikasi.

WHO atau organisasi kesehatan sedunia telah memberikan rekomendasi

pelayanan obstetri dasar pada rujukan tingkat pertama untuk menurunkan kematian maternal. Rujukan tingkat pertama didefinisikan sebagai “rumah sakit kabupaten, kecamatan atau Puskesmas tempat seorang ibu dapat ditolong bila mengalami keadaan gawat darurat obstetri/perinatal”.

Pelayanan obstetri dasar ini mencakup kemampuan untuk :

1. Tindakan seksio sasaria
2. Pelayanan anastesi
3. Pemberian transfusi darah
4. Tindakan ekstraksi vakum
5. Pengeluaran plasenta secara manual
6. Tindakan kuretase untuk abortus inkomplit
7. Pelayanan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) dan
8. Pelayanan kontrasepsi mantap (vasektomi, tubektomi)

Pelayanan ini umumnya hanya dimiliki di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit kabupaten yang memiliki spesialis namun jauh dari mereka yang memerlukan pelayanan ini. Tindakan gawat darurat ini yang paling sering tidak tersedia sehingga kematian maternal tetap terjadi.

Dari segi masyarakat (pengguna pelayanan) juga dijumpai hambatan berupa kurang dapat diterimanya (*acceptable*) pelayanan obstetri yang diberikan atau tersedia (*avaiable*) pelayanan tersebut tetapi ibu hamil tidak mau menggunakan karena ketidaktahuan, faktor biaya, faktor jarak, faktor transportasi, serta faktor kesibukan atau waktu.

#### d. Faktor Lingkungan dan Gizi

Faktor lingkungan di sini yang lebih tepat adalah prasarana seperti letak geografis (jarak) yang jauh dari sarana kesehatan, sarana transportasi yang sulit, serta tempat tinggal ibu apa di pedesaan atau perkotaan yang kumuh.

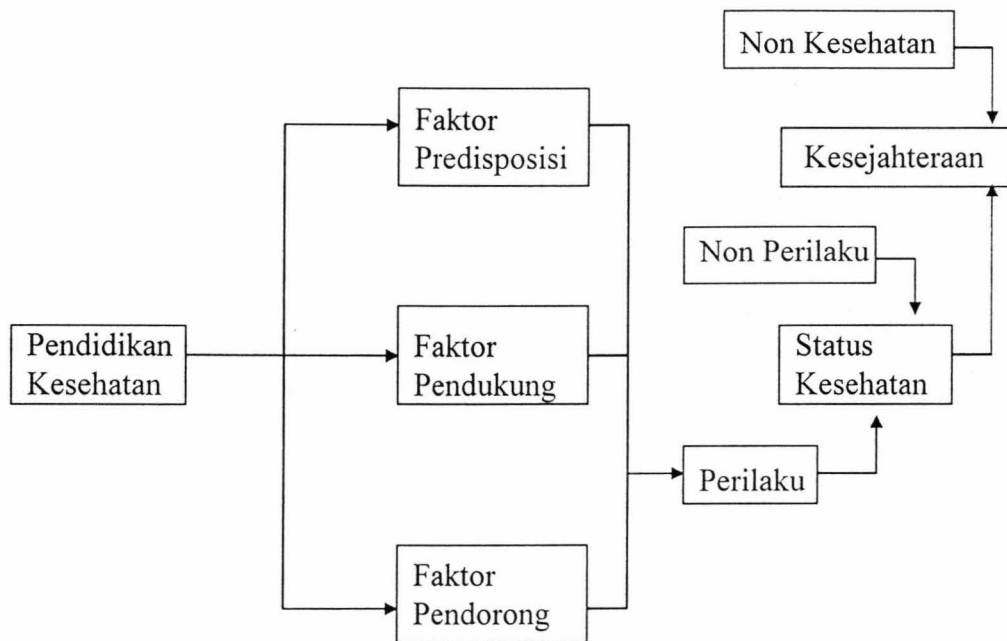
Mengenai status gizi ibu hamil juga merupakan faktor risiko terjadinya komplikasi perdarahan pada waktu persalinan seperti anemia gizi (Royston E. dan Armstrong S., WHO 1989).

#### e. Faktor Sosio Medik

Kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor-faktor di luar perilaku (non perilaku = non behaviours). Selanjutnya faktor-faktor perilaku ini ditentukan oleh tiga kelompok faktor :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat.
2. Faktor pendukung (*enabling factors*) ialah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk tercapainya.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan (Green, 1986). Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga kelompok faktor tersebut sehingga menimbulkan perilaku positif di bidang kesehatan.

Model dari teori Green dapat digambarkan dalam skema berikut ini :



Gambar 2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku (Green)

Selanjutnya Talcott Parsons membedakan pengertian aksi (*action*) dan perilaku (*behaviour*).

Aksi merupakan tanggapan/respons mekanis terhadap suatu stimulus, sedangkan perilaku adalah suatu proses mental yang aktif dan kreatif, yang utama bukanlah tindakan individual, melainkan norma-norma dan nilai-nilai sosial yang menuntun dan mengatur perilaku.

Rendahnya penggunaan fasilitas kesehatan, kesalahan atau penyebabnya sering dilemparkan kepada jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat tersebut terlalu jauh, biaya yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Sering dilupakan faktor persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit.

Pada kenyataan, di dalam masyarakat itu sendiri terdapat beraneka ragam

konsep sehat-sakit, yang tidak sejalan dan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan. Perbedaan ini disebabkan karena persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider. Dengan kata lain adanya perbedaan yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan rasa sakit (*illness*).

Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis, terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Ini suatu fenomena yang obyektif yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan rasa sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit tersebut dalam arti pengalaman dia langsung.

Hal ini adalah suatu fenomena yang subyektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*).

Dari dua batasan yang berbeda ini akan menimbulkan permasalahan tentang konsep sehat-sakit di dalam masyarakat, mulai secara obyektif terkena penyakit tetapi tidak dirasakan sakit sampai seseorang merasakan sakit tetapi pemeriksaan klinis tidak terdapat bukti bahwa ia sakit. Tetapi bila ia terkena penyakit dan juga dirasakan sakit, maka akan menimbulkan berbagai macam perilaku dan usaha.

1. Tidak bertindak apa-apa (*no action*) karena kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari atau dianggap simptomnya akan hilang sendirinya.
2. Bertindak mengobati sendiri (*self treatment*) dengan alasan sama seperti di atas dan berdasarkan pengalaman yang lampau sudah mendatangkan kesembuhan.



3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan pengobatan ini masih menduduki tempat teratas. Pada masyarakat yang masih sederhana masalah sakit-sakit adalah lebih bersifat budaya, dari pada gangguan fisik.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) termasuk tukang jamu.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau swasta.
6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private modern medicine*).

Perlu ditambahkan perilaku ini dibedakan dalam perilaku sehat dan perilaku sakit.

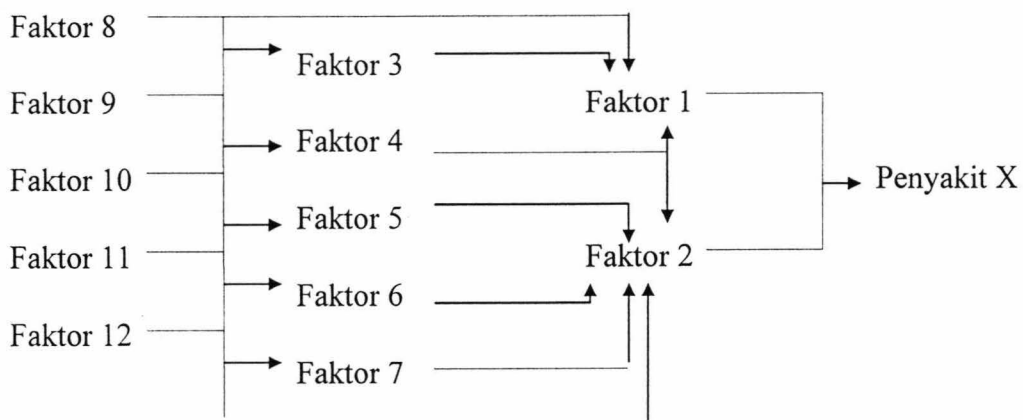
Perilaku sakit (*illness behaviour*) adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit dan mencari cara pengobatannya, sedangkan perilaku sehat (*health behaviour*) adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini ditunjukkan oleh individu-individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu betul-betul sehat. Perilaku sehat seseorang ini dipengaruhi oleh tata nilai (*value system*) yang inheren dalam sistem sosial budaya dimana ia berada.

#### f. Faktor Sosial, Budaya dan Ekonomi

Terakhir sebagai penyebab dasar kematian maternal adalah faktor sosial, budaya dan ekonomi. Semakin rendah status sosial ekonomi keluarga semakin tinggi kematian maternalnya. Termasuk dalam komponen faktor sosial, budaya dan ekonomi adalah pendidikan, pengetahuan, pendapat, norma, nilai ibu, kebiasaan maupun kepercayaan. Faktor ini semua akan mempengaruhi status gizi, perilaku kesehatan termasuk askes pelayanan kesehatan dan perilaku reproduksi.

### 2.3. Konsep Dasar Timbulnya Suatu Problem Kesehatan Atau Penyakit

Dalam konsep epidemiologi timbulnya suatu problem kesehatan atau penyakit dapat dijelaskan dengan model jaring-jaring sebab akibat ( *the Web of Causation* ). Suatu penyakit tidak bergantung pada suatu sebab yang berdiri sendiri melainkan sebagai akibat dari berbagai faktor yang merupakan serangkaian proses sebab dan akibat.



Gambar 2.3. Model jaring-jaring sebab akibat

Dengan demikian, maka timbulnya penyakit dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong rantai pada berbagai tingkatan atau titik. Model epidemiologi ini yang akan digunakan sebagai salah satu dasar pemikiran untuk mengembangkan model penyebab kematian maternal beserta penanggulangannya (Mousner dan Bahn, 1974).

#### 2.4. Pengembangan Model

Model adalah suatu obyek atau konsep yang digunakan untuk menyajikan sesuatu yang lain. Model merupakan suatu realitas dalam skala kecil dan dikonversi ke suatu bentuk yang dapat dipahami secara komprehensif (Meyer, J.W, 1990). Dengan perkataan lain model adalah simplifikasi dari suatu sistem, yang menggambarkan keadaan sebenarnya atau *the real world*. Sebagai contoh boneka atau mainan pesawat terbang adalah merupakan model dari manusia atau pesawat terbang sungguhan. Jika manusia dianggap sebagai satu sistem, maka di sini model manusia dalam bentuk boneka dibagi dalam empat subsistem yaitu badan, kepala, kedua tangan dan kedua kaki, yang masing-masing telah terwakilkan pada boneka. Dalam hal ini dikatakan bahwa antara model (boneka) dan manusia (keadaan sebenarnya) terdapat homomorfi. Jadi untuk menyusun model perlu lebih dahulu ditetapkan sistem dari obyek dan subsistem-subsistem yang menyusunnya (Rudy C.Tarumingkeng, 1994).

Berbagai kategori model yang umum dikenal adalah (Rudy C.Tarumingkeng, 1994) :

1. Menurut fungsi

Model deskriptif : misalnya bagan/ diagram

Model prediktif : grafik, persamaan yang bersifat prediktif (peramalan)

Model normatif : grafik, persamaan yang memberikan rekomendasi untuk tindakan tertentu.

2. Menurut struktur

Model Ikonis : misalnya maket, miniatur

Model Analog : misalnya grafik, peta

Model Simbolis : misalnya persamaan, rumus

3. Menurut ada/tidaknya faktor waktu

Model statis : perubahan tanpa memperhitungkan waktu

Model dinamis : perubahan dengan memperhitungkan waktu

4. Menurut metode yang digunakan

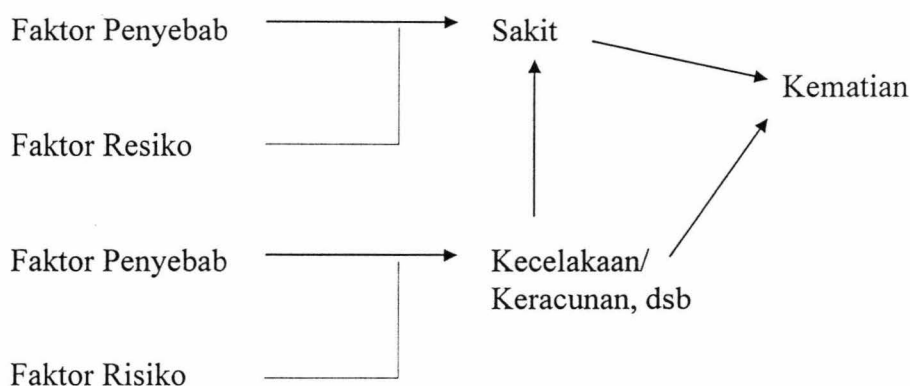
Model Probabilistik : perolehan data berdasarkan acak (random)

Model Stokastik (termasuk probabilistik) : misalnya model sistem biologik

Model Deterministik : memprediksi dengan pasti

Pengembangan model dapat dilakukan berdasarkan model kualitatif dan model kuantitatif. Model kualitatif dikembangkan melalui proses deduksi dari teori kematian maternal. Model ini disebut juga model teoritis yang menunjukkan pola atau bentuk hubungan antara faktor penentu dengan variabel terikat

berdasarkan landasan teoritis. Peristiwa kematian disebabkan oleh multifaktor, artinya faktor penentunya lebih dari satu. Secara umum/ garis besar faktor penentu ini terdiri dari dua kelompok yaitu faktor-faktor biomedik/ kesehatan dan faktor-faktor non medik/ non kesehatan (Mosley and Chen, 1983 dan I Gusti Agung Ngurah, 1995). Model kematian dalam bentuk yang paling sederhana disajikan dalam diagram berikut :



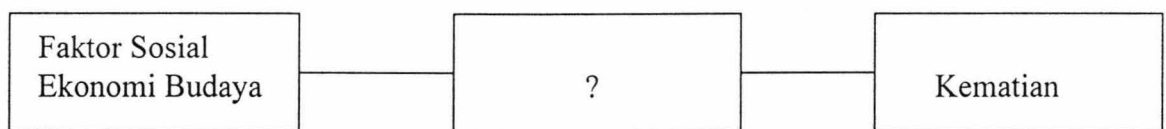
Gambar 2.4. Model kematian dalam bentuk sederhana

Pada peristiwa kematian maternal, ibu hamil dengan umur muda (di bawah 15 tahun) merupakan faktor risiko, bukan faktor penyebab, sedangkan hipertensi kehamilan/eklampsia merupakan faktor penyebab. Faktor risiko adalah suatu keadaan atau ciri tertentu dari seseorang atau suatu kelompok yang mempunyai hubungan dengan peluang terjadinya suatu penyakit, kecelakaan, cacat, atau kematian. Faktor risiko dapat berupa : (1) biologik, yaitu umur, paritas; (2) lingkungan hidup, misalnya kebersihan lingkungan, kepadatan penduduk; (3) sosio budaya, yaitu pendidikan, kemiskinan, agama ; (4) perilaku, misalnya kebiasaan makan; (5) pelayanan kesehatan baik kuantitas maupun kualitas pelayanan.

Secara tradisional, penelitian ilmu sosial mengenai kematian maternal memfokuskan pada hubungan antara tingkat dan pola mortalitas penduduk dengan faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya. Faktor-faktor medis yang menyebabkan kematian sering dikesampingkan oleh peneliti ilmu-ilmu sosial.

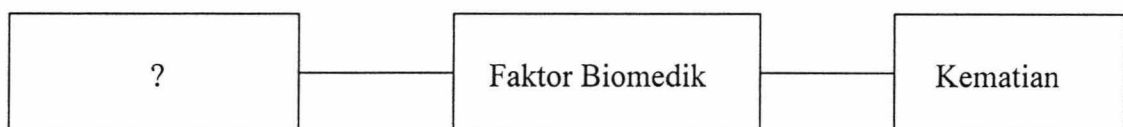
Pendekatan yang diajukan biasanya sebagai berikut :

#### **Pendekatan sosial**



Penelitian medis mengenai sebab-sebab kematian berbeda pendekatannya dengan penelitian sosial. Biasanya terfokus pada proses biologis yang menimbulkan penyakit atau bekerjanya faktor biomedis itu sendiri terhadap kematian dan mengabaikan determinan sosial ekonomi.

#### **Pendekatan Kedokteran**

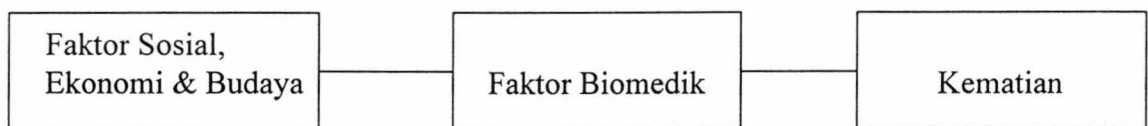


Akibatnya masing-masing penelitian menghasilkan rekomendasi kebijakan dan program yang hanya terbatas pada disiplin ilmunya sendiri. Studi medis mungkin mendorong timbulnya kesimpulan atau kebijakan yang mengutamakan intervensi teknologi kedokteran modern, tanpa memperhatikan dampak sosial ekonomi budaya dan demografi terhadap kematian. Demikian juga penelitian ilmu sosial karena mampu mengidentifikasi beberapa faktor kunci sosial ekonomi maka

akan memberikan rekomendasi kebijakan sosial tertentu saja.

Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas dikembangkan pendekatan baru dengan menggabungkan kedua paradigma tersebut. Model ini didasarkan atas anggapan bahwa semua faktor sosial, ekonomi, budaya dan demografi mempengaruhi kematian melalui variabel antara atau *each death has roots in a complex interplay of economic, social and cultural factors (WHO)*.

### Model “Baru” Yang Diajukan



Kemudian dilakukan identifikasi variabel-variabel penyebab kematian maternal yang termasuk dalam determinan sosial ekonomi dan sosial budaya, dan variabel antara (faktor biomedik). Dengan harapan model yang akan dikembangkan ini nanti dapat digunakan untuk merancang program pencegahan maupun program penanggulangan yang rasional, maka variabel antara dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok penyebab yang sifatnya segera atau mendesak untuk ditangani (*immediate causes*) atau variabel proksi (*proxy variable*). *Immediate causes* disini adalah faktor biomedik sendiri atau faktor obstetrik. Sedangkan kelompok kedua adalah serangkaian penyebab yang melatarbelakangi *immediate causes* dan dinamakan *underlying causes*. *Underlying causes* ini terdiri dari faktor gizi, faktor keterjangkauan pelayanan kesehatan dan perawatan antenatal yang dilakukan, faktor sosiomedik dan faktor pola reproduksi. *Underlying causes* ini tentunya akan dipengaruhi oleh penyebab dasar (*basic causes*) yaitu faktor sosial ekonomi maupun sosial budaya.

Rangkaian kumulatif faktor tersebut di atas akan mempengaruhi derajat kesehatan ibu hamil atau maternal (*web of causes*) dan tergantung berat ringannya faktor tersebut terhadap kondisi kesehatan, maka ada kemungkinan si ibu tersebut tetap 'survive' (sehat) atau mengalami komplikasi bahkan mungkin diakhiri dengan suatu kematian.



**BAB 3**  
**MODEL DETERMINAN**  
**KEMATIAN MATERNAL**  
**DAN HIPOTESIS**