

362.198

SNP

P

ca

**POLA PENGAMBILAN KEPUTUSAN KELUARGA
DAN PENOLONG PERSALINAN DALAM
MEMUTUSKAN MERUJUK IBU BERSALIN
KE RUMAH SAKIT
PADA KASUS KEMATIAN IBU BERSALIN
DI KABUPATEN SEMARANG
TAHUN 2000**

Tesis

**Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk mencapai Gelas Magister Kesehatan dengan
Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan**



Diajukan Oleh :

RINI SUSILOWATI

E4A099025

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2001**

TESIS

POLA PENGAMBILAN KEPUTUSAN KELUARGA DAN PENOLONG PERSALINAN DALAM MEMUTUSKAN MERUJUK IBU BERSALIN KE RUMAH SAKIT PADA KASUS KEMATIAN IBU BERSALIN DI KABUPATEN SEMARANG TAHUN 2000

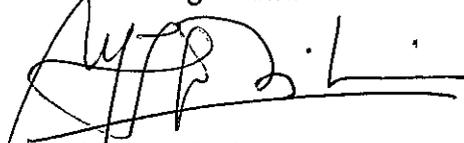
Dipersiapkan dan disusun oleh

RINI SUSILOWATI
E4A099025

Telah dipertahankan didepan Dewan penguji
Pada tanggal 20 Desember 2001

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Utama



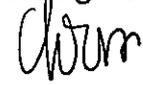
dr. Harbandinah, SKM

Anggota Dewan Penguji Lain



dr. Sudiro, MPH, Dr (PH)

Pembimbing Pendamping



Dra. Chriswardani, MKes



Dra. Tinuk Istiarti, M.Kes

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan
Ketua program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



dr. Sudiro, MPH, Dr (PH)
NIP. 130252965

SERTIKAT

Saya, Rini Susilowati, yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini ataupun program lainnya. Karya ini adalah milik saya, karena itu pertanggungjawabannya sepenuhnya berada di pundak saya

Rini Susilowati

20 Desember 2001

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis dengan judul

“ Pola Pengambilan Keputusan Keluarga dan Penolong Persalinan dalam Memutuskan Merujuk Ibu Bersalin ke Rumah Sakit pada kasus Kematian Ibu Bersalin di Kabupaten Semarang tahun 2000 “. Disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana S2 Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Dr. Harbandinah, SKM dan Ibu Dra.Chriswardani, M Kes, yang dengan penuh perhatian serta kesabaran memberikan bimbingan dan arahan mulai dari persiapan proposal sampai dengan akhir penulisan tesis ini.

Terselesaikannya penyusunan tesis ini, juga tidak terlepas dari bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu ucapan terima kasih penulis sampaikan pula kepada :

1. Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dan segenap jajarannya yang telah memberikan ijin penulis untuk mengikuti Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.

3. Direktur RSUD Ungaran yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan selama penulis menyelesaikan pendidikan.
4. Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Semarang yang telah memberikan ijin penulis untuk melakukan penelitian.
5. Ibu Dra Ayun Sriatmi, M Kes, sebagai perefview yang telah banyak memberi arahan dalam penyempurnaan penyelesaian tesis.
6. Seluruh dosen dan staf pengajar Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, yang telah memberikan bimbingan, fasilitas dan dukungan kepada penulis selama belajar dan menyelesaikan tesis.
7. Dr. Eka Candra Herlina SPOG, yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
8. Mbak Nungki, Mbak Triana, Mbak Yuni dan Mas Basari yang telah banyak membantu kelancaran persyaratan administrasi kepada penulis.
9. Secara khusus penulis menyampaikan terima kasih kepada Ibu, Suami, Diandra dan Indi atas segala dukungan baik moral maupun material, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, sehingga kritik dan saran perbaikan sangat penulis harapkan, sehingga dapat lebih berguna dan memberi manfaat bagi pihak terkait.

Ungaran, Desember 2001

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
Abstrak	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
I. Latar Belakang Masalah	1
II. Perumusan Masalah	8
III. Tujuan Penelitian	8
IV. Manfaat Penelitian	9
V. Keaslian penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
I. Pendapat Tentang Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga	12
II. Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	13
III. Kematian Ibu	18
IV. Pelayanan Antenatal, Persalinan dan Pasca Persalinan	27
a. Pelayanan Antenatal	27
b. Pelayanan Persalinan	31
c. Pelayanan Pasca Persalinan	33

V.	Penolong Persalinan	34
a.	Bidan di Desa	34
b.	Dukun Bayi	36
VI.	Audit Maternal Perinatal	37
a.	Pengertian	37
b.	Otopsi Verbal	38
	Kerangka Teori	39
	Kerangka Konsep Penelitian	42
BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	43
I.	Jenis Penelitian	43
II.	Lokasi Penelitian	44
III.	Subyek Penelitian	44
IV.	Cara Pengambilan Data	45
V.	Analisis Data	45
VI.	Definisi Operasional	45
BAB IV	HASIL PENELITIAN	50
I.	Kesulitan Dalam Penelitian	50
II.	Karakteristik Responden	51
1.	Umur Ibu Bersalin pada saat Persalinan Terakhir	51
2.	Pendidikan Ibu Bersalin	51
3.	Jenis Pekerjaan Ibu Bersalin dan Suami	52
4.	Penghasilan Keluarga	52
5.	Biaya Persalinan	53

III.	Riwayat Kesehatan Reproduksi Responden	53
	1. Umur Ibu Bersalin Saat Perkawinan Pertama Kali	53
	2. Umur Ibu Bersalin Pada Saat Melahirkan Pertama Kali	54
	3. Paritas Ibu Bersalin	54
	4. Jarak Antar Kehamilan	55
	5. Riwayat kehamilan	55
IV.	Riwayat Persalinan	58
	1. Tempat Persalinan	58
	2. Penolong Persalinan Pertama	58
	3. Alasan memilih Penolong Persalinan Pertama	59
	4. Penentu Pemilihan Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin	60
V.	Penentu Utama Dalam Pengambilan Keputusan Rumah Tangga	62
VI.	Pengaruh Keluarga dalam Mengambil Keputusan Masalah Persalinan	63
VII.	Kecepatan Dalam Mengambil Keputusan Menghadapi Masalah Persalinan	63
VIII.	Aksesibilitas Pertolong Persalinan	64
IX.	Masalah Medis Selama Persalinan	65
X.	Peran yang dilakukan suami, keluarga dan penolong persalinan dalam menghadapi masalah medis persalinan	66
XI.	Pelayanan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	72

BAB V	PEMBAHASAN	78
	I. Karakteristik Responden	78
	II. Riwayat Kesehatan Reproduksi	81
	III. Riwayat Persalinan	85
	IV. Penentu Tenaga Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin	86
	V. Penentu Utama Dalam Pengambilan Keputusan Rumah Tangga	87
	VI. Aksesibilitas Pertolongan Persalinan	88
	VII. Pola Pengambilan Keputusan Suami dan Keluarga dalam Mengambil Keputusan Merujuk Ibu Bersalin ke Rumah Sakit	90
	VIII. Pola Pengambilan Keputusan Penolong Persalinan dalam Memutuskan Merujuk Ibu ke Rumah Sakit	91
	IX. Pelayanan Persalinan	94
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	97
	I. Kesimpulan	97
	II. Saran	98
	DAFTAR PUSTAKA	100
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 : Distribusi Ibu Bersalin Menurut Umur	51
Tabel 2 : Pendidikan Ibu Bersalin dan Suami	52
Tabel 3 : Jenis Pekerjaan Ibu dan Suami	52
Tabel 4 : Penghasilan Ibu dan Suami	53
Tabel 5 : Biaya Persalinan	53
Tabel 6 : Umur Ibu Bersalin Pada Saat Perkawinan Pertama Kali	54
Tabel 7 : Umur Ibu Bersalin Pada Saat Melahirkan Pertama Kali	54
Tabel 8 : Paritas dari Responden	54
Tabel 9 : Jarak antar Kehamilan	55
Tabel 10 : Jumlah Periksa Ibu Hamil	55
Tabel 11 : Tempat Periksa Kehamilan	56
Tabel 12 : Riwayat Kehamilan dan persalinan Sebelumnya	57
Tabel 13 : Riwayat Penyakit Penyerta Kehamilan	57
Tabel 14 : Tempat Bersalin	58
Tabel 15 : Penolong Persalinan Pertama	59
Tabel 16 : Penentu Memilih Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin	61
Tabel 17 : Penentu Utama dalam Pengambilan Keputusan	62
Tabel 18 : Pengaruh Keluarga dalam pengambilan Keputusan	63
Tabel 19 : Kecepatan Dalam Pengambilan Keputusan	63
Tabel 20 : Waktu yang Dibutuhkan untuk sampai ke rumah sakit	64
Tabel 21 : Jarak Rumah Ibu Bersalin ke Rumah Sakit	65
Tabel 22 : Cara Memperoleh Transportasi	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Adersen	16
Gambar 2: Model Teori Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan dari Green	17
Gambar 3: Determinan Kematian Ibu Oleh Mc Carthy and Mine	25
Gambar 4: Kerangka Teori	41
Gambar 5: Kerangka Konsep Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

1. Ringkasan kasus kematian ibu bersalin yang dirujuk ke rumah sakit tanpa memanggil atau mencari pertolongan persalinan kedua
2. Ringkasan kasus kematian ibu bersalin yang sebelum dirujuk, berusaha mencari penolong persalinan yang lain

ABSTRAK

Rini Susilowati

Pola Pengambilan Keputusan Keluarga dan Penolong Persalinan dalam Memutuskan Merujuk Ibu Bersalin ke Rumah Sakit pada Kasus Kematian Ibu Bersalin di Kabupaten Semarang Tahun 2000

Penurunan angka kematian ibu bersalin dan bayi sangat lambat, karena penanganan kehamilan ibu dan kelahiran bayi yang kurang memadai, khususnya di daerah pedesaan. Angka kematian ibu mencerminkan risiko ibu selama kehamilan dan melahirkan. Keterlambatan merujuk, ketersediaan transportasi dan biaya dapat menjadi kendala dalam upaya menyelamatkan ibu bersalin. Faktor kematian dapat dipengaruhi oleh faktor kesehatan maupun diluar kesehatan. Telah terjadi peningkatan jumlah kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang pada tahun 2000 dibandingkan tahun 1998 dan tahun 1999. Pengambilan keputusan oleh keluarga dan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit, merupakan salah satu keputusan awal yang dapat mempengaruhi kematian ibu bersalin.

Penelitian ini dilakukan secara diskriptif, dengan menggunakan rancangan kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian disajikan tanpa menganalisis dengan uji statistik, sehingga tidak perlu adanya hipotesis. Kejadian kematian ibu bersalin ditelusuri ke belakang (*Retrospektif*) terutama untuk melihat mengenai pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit. Jumlah kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang pada tahun 2000 yang tercatat di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang sebanyak 18 kasus.

Sebagian besar ibu hamil berumur antara 20 – 35 tahun (81,25 %). Tingkat pendidikan 43,75 % lulusan Sekolah Dasar, 50 % berstatus sebagai ibu rumah tangga dan dalam pengambilan keputusan sehari-hari suami dominan. Namun dalam mengambil keputusan merujuk ibu bersalin 56,25 % dipengaruhi keluarga. Suami, keluarga dan penolong persalinan dalam menghadapi masalah medis persalinan sebanyak 37,5 % langsung merujuk ibu ke rumah sakit, 43,75 % masih berusaha mencari penolong lain. Terdapat 12,5 % jarak tempat tinggal ibu bersalin ke rumah sakit lebih dari 20 km, 18,75 % kesulitan mendapatkan alat transportasi.

Pola pengambilan keputusan rumah tangga sehari-hari suami dominan, tetapi dalam penentuan penolong persalinan dan tempat bersalin ada yang turut campur, dari pihak keluarga yaitu orang tua dan mertua, dari penolong persalinan yaitu bidan. Pada saat menghadapi masalah medis persalinan masih diperlukan musyawarah keluarga untuk merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

Perlu adanya peningkatan ketrampilan bidan dalam penanganan kegawatan obstetri neonatal. Petugas penyuluhan ditingkat Puskesmas agar lebih aktif mengadakan penyuluhan kesehatan ibu dan anak. Kegiatan Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (KPKIA) perlu diaktifkan kembali.

Kata Kunci: Pola pengambilan keputusan, kematian ibu bersalin,
Kepustakaan 45
Halaman 102

ABSTRACT

Rini Susilowati

The decision making pattern of family and birth attendant in referring mother to the hospital as the case of maternal mortality at District of Semarang at period 2000.

The slow decline in maternal and perinatal mortality are due to the improper maintenance of pregnancy and delivery process especially in the rural areas. Maternal mortality rate reflects the amount of the risk that a mother should face during the pregnancy and delivery time. The delay in referring mother to hospital, lack of transportation and financial problems are some aspects that may influence the safety of mothers during delivery process. Thus, mortality factor can be influenced by internal and external health condition factors.

There has been an increase in the number of maternal mortality at District of Semarang at period 2000 compared to that of 1998 and 1999. A decision made by family and birth attendant in referring mother to the hospital is one of the initial decisions that might significantly influence maternal mortality.

This research is a descriptive assessment by using qualitative and quantitative analysis. The results of this research is presented without conducting a statistical test, therefore, a need to propose hypotheses is not necessary. Maternal mortality incident is traced back (retrospective), especially to find out the pattern of decision making by family and birth attendant in referring mother to the hospital. The numbers of maternal mortality at District of Semarang at period 2000, as listed at District Health Office of Semarang are 18 cases.

Most of the age of pregnant mother ranged between 20-35 years old (81,25%). Most of them were graduated from elementary school (43,775%). Fifty percent (50%) of them are housewives in which their husband plays a dominant role in making daily decisions. However, the decision in referring mother to the hospital is 56,25% influenced by the family. As much as 37,5% of husband, family, and birth attendant in dealing with medical delivering matters are directly referring mother to the hospital, while 43,75% of them are trying to obtain other helps. Twelve point five percent (12,5%) the distance between mother's home and hospital are more than 20 km and 18,75% mother felt difficult in searching for transportation means.

Generally, husbands have a dominant position as a decision-maker, but in deciding delivery attendance and delivery site there are several interventions from family member i.e. parents and parents in law, and also from birth attendant (midwives). In the occasion where medical problems in delivery process arise, family discussion remains necessary in referring a pregnant mother to the hospital.

There is a great importance in improving midwife skills in obstetric-neonatal emergency care. Health education staff in Puskesmas need to be more active in conducting mother and child healthcare education. Besides, the programs of "Gerakan Sayang Ibu (GSI)" and "Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (KPKIA)" need to be strengthened.

Keyword: decision making pattern, maternal mortality

Reference 45

Page 102

BAB I

PENDAHULUAN

I. LATAR BELAKANG

Tujuan Pembangunan kesehatan adalah tercapainya kesadaran kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Dep. Kes. RI, 1982). Rencana Pembangunan lima tahun ke enam yang merupakan tahapan pertama PJP II, Pembangunan kesehatan diarahkan untuk makin meningkatkan kualitas dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan melalui percepatan penurunan angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI), dengan cara mendorong peran aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan, meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat dan bersih yang kesemuanya di dukung oleh sumber daya kesehatan yang memadai (Bappenas, 1994).

Penurunan angka kematian ibu bersalin dan bayi dirasakan sangat lambat. Untuk angka kematian ibu bersalin dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 421 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992. Pada akhir Pelita VI diharapkan angka tersebut menurun menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan angka kematian bayi dari 63 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 58 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1993, serta diharapkan pada akhir pelita VI menjadi 52 per 1000 kelahiran hidup (Dep. Kes RI, 1998). Besarnya angka kematian ibu tersebut diatas selain karena faktor keadaan kesehatan dan gizi secara umum, juga disebabkan karena penanganan kehamilan ibu dan kelahiran bayi yang kurang memadai, khususnya di daerah pedesaan. Kematian ibu berkaitan erat dengan fungsi reproduksi wanita dan akan mempengaruhi kualitas generasi penerus yang dilahirkan.

Angka kematian ibu mencerminkan risiko ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh keadaan kesehatan dan sosial ekonomi yang kurang baik selama kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan kebidanan yang belum memadai (Dep. Kes RI, 1994). Dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi pada Pelita V Pemerintah menetapkan kebijaksanaan penempatan bidan di desa, dengan tujuan utama untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan pelayanan antenatal dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, angka kematian bayi, serta berperan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam berperilaku hidup sehat dan bersih (Dep. Kes RI, 1991).

Jumlah penduduk di Kabupaten Semarang tahun 2000 adalah 788.149 jiwa, dengan kepadatan penduduk 8294 jiwa per km². Upaya pelayanan kesehatan di Kabupaten Semarang dilaksanakan melalui sarana kesehatan milik Pemerintah yang terdiri dari dua buah Rumah Sakit Daerah, yaitu RSUD Ungaran dan RSUD Ambarawa. Puskesmas sebanyak 25 buah, Puskesmas pembantu (Pustu) sebanyak 62 buah, Polindes sebanyak 144 buah dan jumlah posyandu sebanyak 1514 buah. Untuk tenaga kesehatan yang terdiri dari 54 dokter, berarti setiap dokter melayani 14.595 jiwa, sedang jumlah bidan Puskesmas sebanyak 55 bidan dan 192 bidan desa, sehingga setiap bidan melayani kurang lebih 3.190 jiwa.

Adanya Posyandu di setiap desa yang mempunyai kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, perbaikan gizi dan penanggulangan diare dapat dimanfaatkan secara maksimal oleh masyarakat. Tetapi pada kenyataannya belum dapat dilaksanakan dengan baik, oleh karena itu perlu diupayakan peningkatan pelayanan kesehatan bagi ibu. Salah satu upaya tersebut adalah pelayanan di pondok bersalin (Polindes). Dengan adanya pondok bersalin diharapkan akan meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan antenatal dan

persalinan normal bagi ibu – ibu ditingkat desa, meningkatkan pembinaan terhadap dukun, dan untuk konsultasi ibu beserta keluarganya (Erlie, 1998).

Hasil analisa data kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Semarang pada tahun 2000 didapatkan data sebagai berikut : Presentase cakupan kunjungan K1 sebesar : 81,7 % hal ini menunjukkan adanya kenaikan cakupan dari tahun 1998 sebesar 80,5 % dan 81,26 % pada tahun 1999. Angka cakupan K1 pada tahun 2000 masih belum memenuhi target sebesar 90 % (Dinkes Kab. Smg, 2000).

Cakupan K1 menunjukkan keterjangkauan pelayanan antenatal, karena hasil cakupan K1 belum memenuhi target sehingga dapat dikatakan bahwa keterjangkauan pelayanan antenatal belum baik. Presentase cakupan K4 pada tahun 2000 sebesar : 67,4 %. Hasil ini ternyata ada penurunan cakupan dibandingkan pada tahun 1999 yang mempunyai hasil 69,40 %, tetapi terjadi peningkatan cakupan dibandingkan pada tahun 1998 yang mempunyai hasil 65,8 %. Hasil cakupan tahun 2000 masih jauh dibawah target sebesar 80 %, karena K4 menggambarkan kesempatan untuk mendeteksi dan menangani risiko tinggi, sehingga dapat dikatakan bahwa kesempatan untuk mendeteksi dan menangani risiko tinggi di Kabupaten Semarang belum baik (Dinkes Kab. Smg , 2000).

Hasil cakupan deteksi risiko tinggi oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Semarang pada tahun 2000 sebesar 13,2 %. Hasil cakupan ini terjadi penurunan dibandingkan hasil cakupan pada tahun 1999 sebesar 15 % dan tahun 1998 sebesar 15,5 %. Sedang hasil cakupan deteksi risiko tinggi oleh masyarakat pada tahun 2000 sebesar 5,35 %, hasil cakupan ini turun dibandingkan hasil pada tahun 1998 sebesar 7,2 % dan tahun 1999 sebesar 6,14 %. Target deteksi risiko tinggi tenaga kesehatan 20 % sedang oleh masyarakat 10 % (Dinkes Kab. Smg, 2000).

Persalinan tenaga kesehatan mempunyai target 65 %. Hasil persalinan tenaga kesehatan pada tahun 2000 walaupun belum memenuhi target, tetapi hasil yang diperoleh ada kenaikan dibandingkan dua tahun sebelumnya. Hasil cakupan tahun 2000 sebesar 62,5 %, tahun 1999 sebesar 59 % dan pada tahun 1998 sebesar 55,52 %. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menggambarkan besarnya persentase persalinan yang bersih dan aman, karena bila ibu mengalami komplikasi persalinan maka penanganan atau pertolongan pertama pada rujukan dapat segera dilakukan (Dinkes Kab. Smg , 2000).

Persalinan yang ditolong oleh dukun terlatih pada tahun 2000 sebesar 11,3 % menurun bila dibandingkan pada tahun 1999 sebesar 12,35 % dan tahun 1998 sebesar 12,5 %, hal ini dapat terjadi kemungkinan karena sudah banyaknya bidan desa yang ditempatkan sehingga ibu memilih bersalin dengan bidan. Target pertolongan persalinan oleh dukun terlatih adalah 35 % (Dinkes Kab. Smg , 2000).

Kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang dalam 3 tahun terakhir belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Pada tahun 2000 terjadi kematian ibu sebanyak 18 orang, hal ini meningkat dibandingkan pada tahun 1998 sebanyak 12 orang dan pada tahun 1999 sebanyak 11 orang. Penyebab kematian terbanyak oleh karena perdarahan sebanyak 9 kasus, kemudian diikuti oleh eklamsia sebanyak 5 kasus, infeksi / sepsis sebanyak 1 kasus dan kasus – kasus yang lain sebanyak 3 kasus. Walaupun pada tahun 2000 hasil cakupan persalinan tenaga kesehatan terjadi peningkatan dibanding 2 tahun sebelumnya, bukan berarti akan terjadi penurunan kematian maternal. Karena faktor – faktor yang mempengaruhi kematian maternal sangat banyak (Dinkes Kab. Smg , 2000).

Hasil *Assessment Safe Motherhood* di Indonesia pada tahun 1990 / 1991, menyebutkan beberapa informasi penting antara lain (Depkes R.I , 1999) :

1. Perdarahan terjadi 10 kali lebih sering pada saat persalinan dibandingkan pada masa kehamilan.
2. Faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu antara lain yaitu :
 - Derajat kesehatan ibu dan kesiapannya untuk hamil.
 - Pemeriksaan antenatal yang diperoleh.
 - Pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan.
3. Kualitas pelayanan antenatal masih rendah dan dukun bayi belum sepenuhnya mampu melaksanakan deteksi risiko tinggi pada ibu, sehingga belum sepenuhnya menjamin terdeteksinya ibu risiko tinggi sendiri mungkin.
4. Belum semuanya Rumah Sakit Kabupaten, sebagai tempat rujukan primer dari Puskesmas, mempunyai staf dan peralatan yang cukup untuk melakukan pelayanan obstetri emergensi komprehensif.
5. Kematian ibu sangat berkaitan dengan kelemahan dalam mata rantai rujukan, baik dimasyarakat, fasilitas kesehatan di tingkat masyarakat, maupun di Rumah Sakit.

Fasilitas rujukan primer yaitu RS Kabupaten, diperkirakan baru 30 – 40 % yang mempunyai tenaga ahli kebidanan dan kandungan. Belum semua RS Kabupaten yang telah mempunyai tenaga spesialis tersebut mampu melakukan pelayanan obstetri emergensi komprehensif secara purna waktu. Selain itu kendala geografis di lapangan mengakibatkan RS rujukan tak dapat dicapai dalam waktu 2 jam yaitu waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu yang mengalami perdarahan pasca-persalinan (Dep Kes RI, 1999).

Mekanisme rujukan belum dilaksanakan secara optimal sehingga masih sering ditemukan kasus yang terlambat dirujuk. Masalah ketersediaan transportasi dan biaya juga masih merupakan kendala dalam upaya menyelamatkan ibu yang

harus dirujuk di RS, sehingga pemanfaatan fasilitas rujukan primer ini masih rendah, dengan *bed occupancy rate* (BOR) sekitar 40 – 60 %. Demikian pula halnya dengan Puskesmas ruang rawat inap, yang mempunyai BOR lebih rendah lagi. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor sosiobudaya, ketidaktahuan dan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan (Depkes RI, 1999).

Komplikasi kehamilan / persalinan dan risiko tinggi diperkirakan terjadi pada 15 – 20 % ibu hamil. Namun belum semuanya terdeteksi secara dini, dan yang terdeteksi belum semuanya ditangani secara tepat waktu dan adekuat. Dengan terlambatnya deteksi dan penanganan keadaan yang mengancam kehidupan ibu dan janinnya, rendahnya pertolongan persalinan yang dilakukan atau didampingi oleh tenaga kesehatan (sekitar 40 % pada tahun 1994), serta kurang siapnya RS Dati II sebagai tempat rujukan primer, maka risiko kematian ibu akan tetap mengancam. (Dep Kes RI, 1998)

Menurut Stoner dalam Rodhiyah (1999) pengambilan keputusan menggambarkan proses yang digunakan untuk memilih suatu tindakan sebagai cara pemecahan masalah. Pengambilan keputusan tergantung situasi dan kondisi sehingga dibedakan menjadi keputusan terprogram dan keputusan tak terprogram. Keputusan terprogram ialah keputusan yang diambil berdasarkan kebiasaan, masalah tidak rumit, unsur-unsur dapat ditentukan, diramalkan dan dianalisis misalnya kehamilan sampai proses persalinan tidak ada keluhan atau masalah, sehingga dapat diputuskan dan direncanakan tempat persalinan. Sebaliknya keputusan yang tidak terprogram ialah keputusan untuk menghadapi masalah yang unik atau khusus dan masalah tidak cukup sering terjadi dan demikian pentingnya sehingga memerlukan perlakuan khusus. Misalnya terjadi persalinan yang bermasalah sehingga perlu diputuskan secara cepat untuk mendapat penanganan yang lengkap secara medis.

Kematian maternal selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan, juga dipengaruhi oleh faktor-faktor diluar kesehatan. Faktor-faktor tersebut antara lain :

1. Faktor Penderita

Kemiskinan atau sosial ekonomi yang rendah, buta huruf / pendidikan rendah dan ketidaktahuan. (Amstrong, 1994)

2. Faktor Keterlambatan

Terlambat dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan (merujuk) dan mengenal risiko tinggi, terlambat membawa ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu dan terlambat menangani kasus emergensi di faslilitas kesehatan. (DepKes RI, 1999)

Penelitian yang dilakukan Rodhiyah (1999) di Kodia Semarang didapatkan hasil peran suami atau keluarga dalam merujuk ke rumah sakit atau klinik bersalin baru 50 % yang mempunyai tindakan tepat yaitu langsung membawa atau memutuskan ke Rumah Sakit Dr. Kariadi.

Dari hasil penelitian Ismail Joko Sutresno (1997) didapatkan hasil suami, orang tua, mertua merupakan kelompok yang paling dominan untuk menentukan tempat dan tenaga persalinan, meskipun sebagian besar ibu tidak memerlukan kelompok referensi untuk membuat keputusan tersebut.

Keterlambatan dalam mengambil keputusan di tingkat keluarga dalam merujuk ibu bersalin dipengaruhi oleh banyak hal, misalnya ketidakmampuan ibu/keluarganya untuk mengenali tanda bahaya, ketidaktahuan ke mana mencari pertolongan, faktor budaya, keputusan tergantung pada suami, ketakutan akan besarnya biaya yang perlu dibayar untuk transportasi dan perawatan di rumah sakit, serta ketidakpercayaan akan kualitas pelayanan kesehatan. Karena keterlambatan mengambil keputusan adalah keterlambatan yang sangat mendasar, maka atas dasar itulah penelitian ini dilakukan untuk melihat bagaimanakah pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit dari 18 kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang pada tahun 2000.

II. PERUMUSAN MASALAH

Adanya peningkatan jumlah kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang pada tahun 2000 dibandingkan tahun 1998 dan tahun 1999, dimana salah satu penyebab kematian tersebut diduga oleh karena keterlambatan memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit. Sehingga yang menjadi pertanyaan adalah : Bagaimana pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit pada kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang Tahun 2000.

III. TUJUAN

A. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit pada kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang tahun 2000.

B. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik sosial ekonomi, budaya dan demografi dari ibu yang meninggal karena bersalin.
2. Untuk mengetahui karakteristik sosial ekonomi, budaya dan demografi dari suami.
3. Untuk mengetahui pola pengambilan keputusan keluarga dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.
4. Untuk mengetahui pola pengambilan keputusan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

IV. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang Seksi Kesehatan Ibu dan Anak hasil penelitian dapat digunakan untuk dasar menyusun rencana dan pelaksanaan upaya akselerasi penurunan angka kematian ibu yaitu dengan meningkatkan dan memperbaiki kemampuan pengambilan keputusan di masyarakat dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke Rumah Sakit.
2. Bagi penelitian lain yang tertarik dengan penelitian serupa, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya dengan metode yang berbeda.

V. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang salah satu faktor yang mempengaruhi kematian ibu bersalin yaitu tentang pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam keputusan merujuk ke Rumah Sakit di Kabupaten Semarang, sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan. Penelitian ini fokusnya adalah menelusuri kebelakang (*Restrospektif*) tentang pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin ke Rumah Sakit dari seluruh kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang pada tahun 2000. Penelitian sejenis yang pernah dilakukan ialah :

1. Peran suami dan anggota keluarga lain dalam keputusan perujukan persalinan oleh Rodhiyah dkk (1999). Jenis penelitian adalah penelitian penjelasan dengan pendekatan cross sectional dengan pengumpulan data bersifat kualitatif dan kuantitatif. Populasi penelitian adalah semua ibu dengan persalinan bermasalah, tetapi tidak sampai meninggal dunia yang melahirkan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang yang dirujuk baik oleh dokter / bidan dan dukun pada kurun waktu

sejak bulan Oktober 1998 sampai dengan bulan Desember 1998. Jumlah sampel 30 orang yang diambil secara purposif dengan kriteria representatif mewakili jumlah sampel yang tersebar di 15 kecamatan di Kodia Semarang. Hasil penelitian adalah sebagai berikut peran suami atau keluarga dalam merujuk ibu ke rumah sakit atau klinik bersalin baru 50 % yang mempunyai tindakan yang tepat yaitu langsung membawa atau memutuskan ke Rumah Sakit Dr. Kariadi. Dengan faktor-faktor penghambat adalah menunggu suami atau keluarga untuk mengantar ke rumah sakit. Tenaga Medis berupaya semaksimal mungkin dengan cara melakukan pemeriksaan pasien, difus, maupun disuntik, sedangkan untuk pasien yang dianggap gawat langsung dirujuk ke RS Dr. Kariadi.

2. Kualitas pelayanan persalinan di Jawa Tengah studi di kotamadia Semarang, oleh S. Fatimah Muis dkk (1996), penelitian ini bertujuan untuk menilai kualitas pelayanan persalinan yang diberikan dukun, bidan, dan dokter baik dari pandang kesehatan dan maupun sudut pandang klien, alasan pemilihan terhadap tiap jenis pelayanan dan pemahaman para ibu mengenai kehamilan dan persalinan, termasuk didalamnya pemahaman tentang bahaya – bahayanya. studi Penelitiannya merupakan eksploratif dan eksplanatori dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Desainnya adalah studi longitudinal dengan pengumpulan data bersifat prospektif dan retrospektif. Disini riwayat antenatal digali kebelakang dan diikuti hingga persalinan di masa nifas. Hasil penelitian adalah para orang tua / mertua sangat berperan dalam menentukan menasehati dan menyarankan ibu untuk periksa hamil pada bidan.
3. Persepsi perilaku ibu hamil dan masyarakat terhadap risiko kehamilan - persalinan di Kabupaten Purworejo oleh Ismail Joko Sutresno (1997). Fokus penelitiannya tentang masalah pendekatan kehamilan risiko tinggi di masyarakat dengan menggunakan metode diskusi kelompok terfokus yang dipadu dengan

penelitian kuantitatif. Subyek penelitian adalah ibu hamil, keluarga yang pernah mengalami kematian perinatal atau maternal dan para tokoh masyarakat baik tokoh formal maupun non formal yang ada di setiap kecamatan dan ikut berpartisipasi atau berpengaruh terhadap budaya atau kebiasaan masyarakat setempat. Hasil penelitian suami, orang tua dan mertua adalah anggota kelompok referensi yang paling sering memberikan anjuran memilih tenaga penolong persalinan, meskipun sebagian besar ibu tidak memerlukan kelompok referensi untuk membuat keputusan tersebut. Sebagian besar ibu senang melahirkan di rumah dengan alasan tenang, aman, ditunggu keluarga dan murah. Mahalnya biaya persalinan menyebabkan ibu-ibu cenderung untuk memilih persalinan ditolong oleh dukun bayi.

4. Analisis faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan antenatal oleh suku Dani di Kecamatan Kurulu Kabupaten Jayawijaya oleh Susana Sрни (1999). Fokus penelitiannya adalah faktor – faktor dari masyarakat yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan dan kecukupan kunjungan pelayanan antenatal. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional dengan rancangan cross sectional. Sumber data yang diperoleh dengan wawancara (*Retrospektif*) dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur. Pada penelitian kualitatif pengumpulan data dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*). Subyek penelitian adalah ibu – ibu yang memiliki bayi berusia 1 tahun kebawah. Hasil dari penelitian adalah faktor-faktor predisposing dan enabling mempunyai asosiasi bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan dan kecukupan kunjungan untuk pelayanan antenatal adalah tingkat pendidikan ibu, status sosial ibu dalam masyarakat, tipe perkawinan, tingkat pendidikan suami, status sosial suami, pekerjaan suami dan jarak ke tempat pelayanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KELUARGA

Kehamilan termasuk salah satu periode krisis dalam kehidupan seorang wanita. Tak dapat dielak kehamilan menimbulkan perubahan drastis, bukan hanya fisik tetapi juga psikologis. Dalam aspek psikologis, timbul pengharapan yang disertai kecemasan menyambut persiapan kedatangan bayi. Semua itu ikut mewarnai interaksi antara anggota dalam keluarga. Sikap dan reaksi seseorang ayah pada fase kehamilan berbeda pada setiap suku, bangsa dan lebih tergantung pada adat dan kebudayaan setempat, (Dagun, 1990).

Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah, tinggal didaerah pedesaan dan dengan status sosial ekonomi rendah, lebih banyak yang cenderung menerima konsep peranan pria / wanita secara tradisional dimana dalam pembuatan keputusan – keputusan keluarga, suamilah yang paling banyak berbicara dan sebagai pembuat keputusan terakhir (Mappiare, 1983).

Pembuatan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan. Dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik (Terry, 1999)

Keluarga inti atau keluarga nuklir (*Nuclear family*) yaitu kelompok yang terdiri dari ayah, ibu dan anak – anak. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga batih atau keluarga besar terdiri dari orang tua / mertua, Bapak, ibu, anak, menantu, dan cucu – cucunya (Herskovits, 1952).

Lingkungan keluarga baik keluarga inti maupun keluarga batih akan mempengaruhi pengambilan keputusan khususnya tentang tempat pelayanan kesehatan dan keputusan perujukan persalinan (Rodhiyah,1999).

Pada masyarakat Jawa yang menganut pola garis keturunan patrilinear, maka dalam adat kebiasaan keluarga peranan sang ayah sangat berpengaruh. Ayah sebagai kepala keluarga adalah perantara dalam penentuan nasib termasuk yang menguasai sumber – sumber ekonomi keluarga (Herkovits, 1980).

Fatimah Muis (1996) dalam penelitiannya melaporkan bahwa para orang tua / mertua sangat berperan dalam menentukan menasehati dan menyarankan para ibu untuk periksa hamil pada bidan. Kemudian mereka pulalah yang sangat mempengaruhi putusan ibu atau keluarga untuk memilih dukun sebagai penolong persalinan. Hasil penelitian dari Sutresno (1997) dalam penelitiannya di Kabupaten Purworejo menyebutkan bahwa suami, orang tua dan mertua adalah anggota kelompok referensi yang paling sering memberikan anjuran memilih tenaga penolong persalinan. Dari sisi petugas kesehatan, kader kesehatan dan dukun merupakan kelompok yang sering memberikan anjuran dalam pemilihan tenaga penolong persalinan.

II. TEORI PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

Akses atau pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh seseorang dipengaruhi oleh banyak hal. Pemanfaatan pelayanan merupakan proses yang sangat kompleks yang melibatkan keputusan individual, sosial dan pengaruh dari profesional kesehatan.

Beberapa penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut : salah satu pertimbangan yang

menentukan sikap individu memilih sumber perawatan adalah jarak yang ditempuh dari tempat tinggal mereka sampai ketempat sumber perawatan (Kasnyiah, 1983). Slack (1981) menyatakan bahwa keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan mencerminkan kombinasi kebutuhan normatif (normative need) dan kebutuhan yang dirasakan (felt need). Akibatnya keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, para konsumen sering bergantung pada informasi yang disediakan oleh provider dengan preferensinya dan keinginan individu yang dilatarbelakangi dengan kemampuan untuk membayarnya.

Seseorang yang menderita suatu penyakit akan mengambil keputusan untuk mencari pengobatan yang disebabkan adanya beberapa faktor pendorong, yang menurut Jong (1981) terdiri dari lima faktor yang dapat terjadi secara sendiri – sendiri atau secara bersama – sama, tergantung dari nilai dan kepercayaan dan sikap orang tersebut, yaitu :

1. Interpersonal krisis, yaitu tingkat keparahan penyakit yang dirasakan oleh seseorang, sehingga dia sadar akan gejala penyakitnya dan mencari pengobatan untuk mengatasinya.
2. Interaksi sosial, yaitu keadaan seseorang yang merasa gejala penyakitnya akan mengganggu aktivitas sosialnya.
3. Adanya orang lain yang menganjurkan untuk mencari pengobatan.
4. Adanya persepsi bahwa gejala itu mempengaruhi aktivitas fisiknya.
5. Seseorang memutuskan mencari pengobatan, bila gejalanya tidak berkurang dalam waktu tertentu.

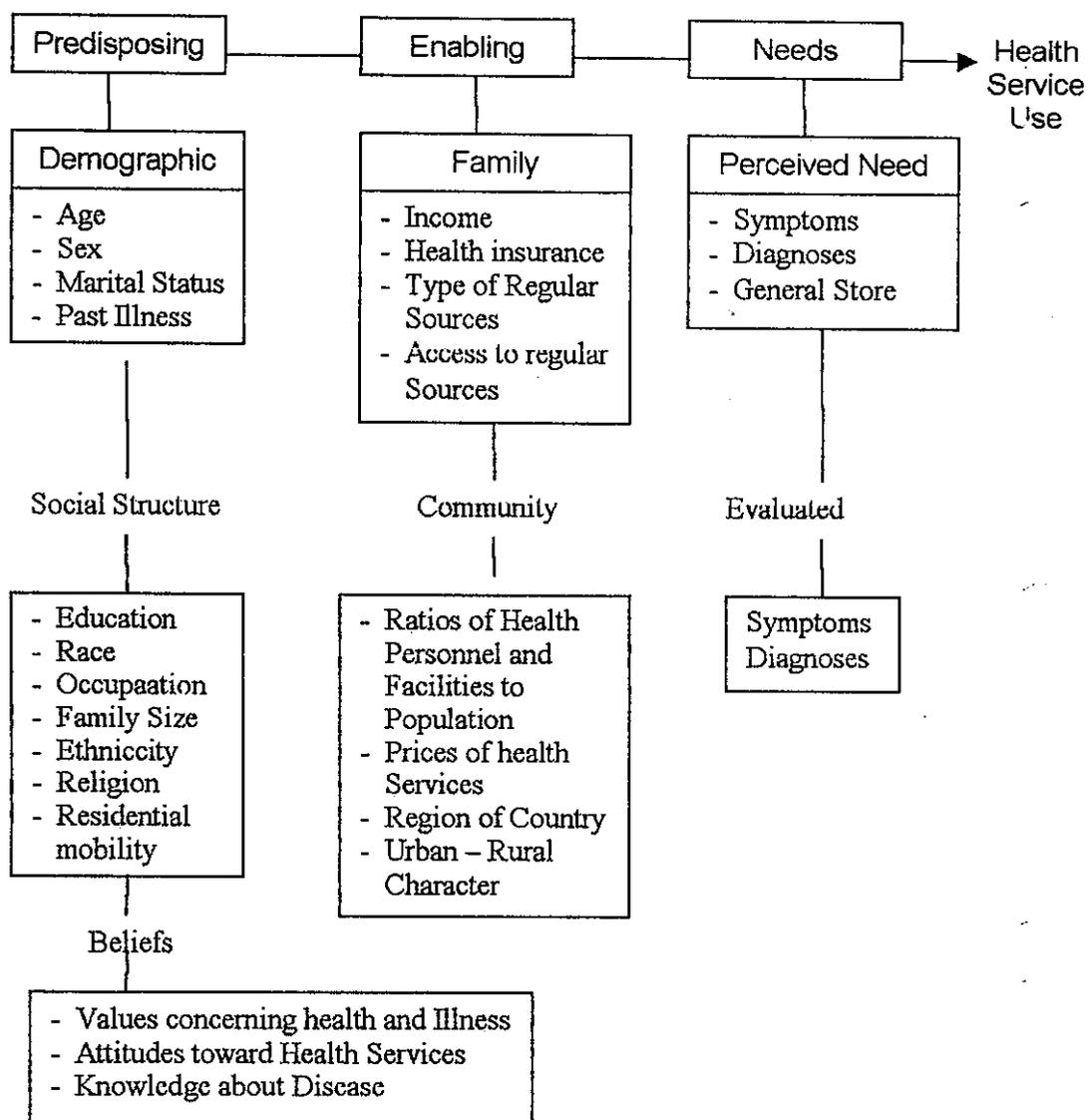
Rosenthal (1994) membuat suatu model utilisasi dari pelayanan kesehatan yaitu kombinasi antara sosio demografi dan ekonomi. Di dalam sosio demografi terdiri dari umur, status, perkawinan dan jenis kelamin, tingkat urbanisasi, ras pendidikan dan kepadatan penduduk. Variabel ekonomi meliputi harga pelayanan dan

4

keikutsertaannya dalam asuransi kesehatan. Dalam teori Andersen (1974) dijelaskan bahwa hal – hal yang mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan meliputi banyak faktor yang dapat digolongkan menjadi 3 bagian yaitu faktor predisposisi (*predisposing*), faktor pemungkin (*enabling*) dan kebutuhan (*need*). Komponen predisposisi merupakan faktor – faktor yang menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Komponen predisposisi ini terdiri dari :

1. Demografi, seperti : umur, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, status perkawinan.
2. Struktur sosial, meliputi : suku, ras, status sosial, kebudayaan, pendidikan, jenis pekerjaan.
3. Kepercayaan tentang kesehatan, misalnya kepercayaan terhadap penyakit, dokter, petugas kesehatan dan lainnya.

Faktor enabling atau komponen pendukung, yaitu kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Termasuk dalam komponen ini adalah sumber daya yang dimiliki keluarga maupun masyarakat, misalnya tingkat pendapatan (status ekonomi), keikutsertaan dalam program asuransi kesehatan yang ada, ketersediaan petugas yang dapat memberikan pelayanan. Komponen kebutuhan akan pelayanan kesehatan, orang akan melakukan atau mencari upaya pelayanan kesehatan bila di dalam dirinya ada kebutuhan yang di rasakan akan pelayanan kesehatan tersebut. Keadaan status kesehatan seseorang menimbulkan suatu kebutuhan yang dirasakan dan membuat seseorang mengambil keputusan untuk mencari pertolongan atau tidak.

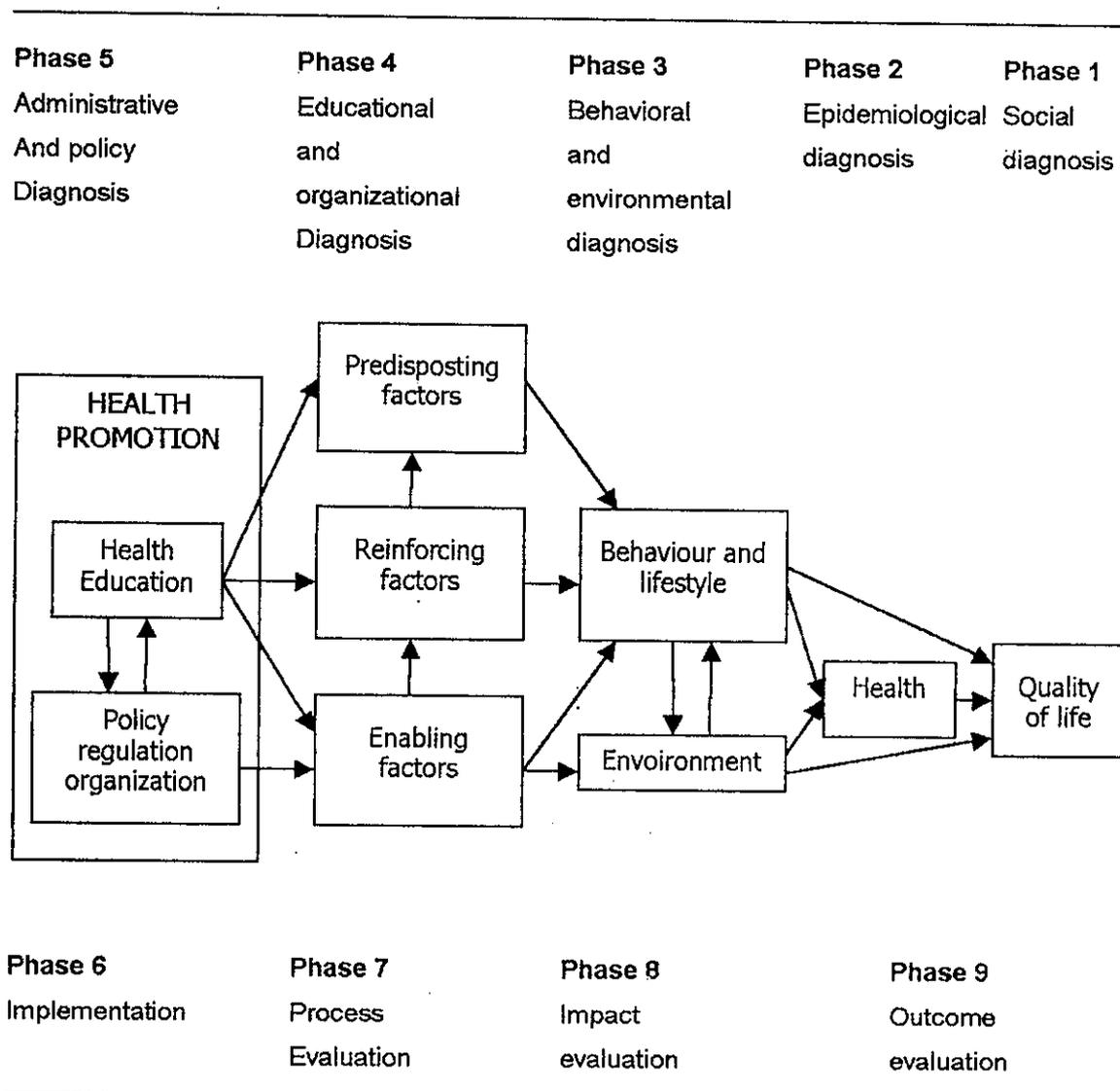


MODEL PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN OLEH ANDERSEN (1974)

Green (1991), menyebutkan faktor – faktor yang berpengaruh dan menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok sebagai berikut : Faktor predisposing (sikap, nilai, kepercayaan, norma – norma sosial, kebudayaan dan pengetahuan); faktor enabling (adalah faktor – faktor pendukung seperti tersedianya sarana, sumber daya, ketrampilan, yang dapat mendukung perilaku tersebut); faktor reinforcing (adalah faktor – faktor yang mendorong terjadinya

perubahan tingkah laku berkaitan dengan kesehatan tersebut, seperti guru, petugas kesehatan, orang tua dll).

Model teori faktor – faktor yang mempengaruhi dan menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok tersebut menurut Green (1991) digambarkan sebagai berikut :



Model teori faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dari Green (1991)

Budiarto (1996) dalam penelitiannya mengatakan bahwa jika Puskesmas di koordinasi dengan pelayanan paramedis privat secara baik akan memberikan hasil guna yang lebih tinggi. Hal tersebut dapat dilihat dari hubungan kerja sama yang baik antara pelayanan kesehatan dengan bidan di desa yang praktik pribadi, ternyata memberikan pengaruh terhadap peningkatan cakupan Puskesmas dan perubahan perilaku masyarakat dalam kesehatan.

III. KEMATIAN IBU

Pengelompokan menurut *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Edition X (ICD – X)*, kematian ibu adalah : kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan.

Kematian ibu dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu : (Dep Kes RI, 1999)

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

Lima penyebab kematian ibu adalah : (Dep. Kes RI, 1994)

- Perdarahan.
- Sepsis

- Hipertensi dalam kehamilan (Toksimia Gravidarum).
- Partus lama dan
- Abortus terinfeksi (Abortus Provokatus).

Kebanyakan kematian ini dapat dicegah melalui :

- Upaya perbaikan gizi
- Keluarga berencana (Penjarangan kelahiran).
- Pencegahan abortus provokatus.
- Pelayanan obstetrik berkualitas tinggi (kehamilan, persalinan dan pasca persalinan).
- Transportasi dan komunikasi yang baik.
- Penyediaan darah yang cepat dan aman.
- Peningkatan pendidikan wanita dan
- Perbaikan status wanita dalam lingkungan sosial budayanya.

Faktor – faktor yang mempengaruhi kematian ibu dapat dibagi menjadi : (Dep Kes RI 1994)

1. Faktor medik

Beberapa faktor medik yang melatar belakangi kematian ibu adalah faktor risiko, antara lain :

- a. Usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun).
- b. Tinggi badan kurang dari 145 cm.
- c. Anak lebih dari 4.
- d. Jarak antar kehamilan kurang dari 2 tahun.
- e. Riwayat obsterti jelek.
- f. Berat badan kurang dari 38 kg, atau LILA kurang 23,5 cm.
- g. Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Selain itu, beberapa komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas merupakan penyebab langsung kematian ibu yaitu :

- a. Perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester ketiga, persalinan dan pasca persalinan.
- b. Infeksi.
- c. Keracunan kehamilan.
- d. Komplikasi akibat partus lama.
- e. Trauma persalinan.

Beberapa keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil yang berperan dalam meningkatkan kematian ibu antara lain :

- a. Kekurangan gizi.
- b. Anemia.

2. Faktor non medik

Faktor – faktor sosial yang dapat membantu identifikasi wanita dalam masa hamil dan mempunyai risiko tinggi adalah : golongan sosial ekonomi rendah, pendidikan rendah, tempat tinggal yang terpencil sehingga jauh dari fasilitas kesehatan, kehamilan diluar nikah dan ibu yang memperoleh pelayanan kebidanan dari tenaga yang tidak terdidik atau terlatih.

3. Faktor pelayanan kesehatan

Faktor pelayanan kesehatan yang belum mendukung upaya penurunan kematian ibu yang berkaitan dengan cakupan pelayanan KIA, yaitu :

- a. Belum mantapnya jangkauan pelayanan KIA dan penanganan kelompok berisiko.
- b. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih rendah. (kurang lebih 30 %).

- c. Masih seringnya pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah oleh dukun bayi yang tidak mengetahui tanda – tanda bahaya persalinan (70 – 80 %).

Faktor pelayanan kesehatan yang merupakan faktor penghambat yang berkaitan dengan ketrampilan pemberi pelayanan antara lain : (Dep. Kes RI 1994)

- a. Belum ditetapkannya prosedur tetap penanganan kasus gawat darurat kebidanan secara konsisten.
- b. Kurangnya pengalaman bidan di desa yang baru di tempatkan dalam mendeteksi dan menangani ibu risiko tinggi.
- c. Kurang mantapnya ketrampilan dokter Puskesmas, dalam menangani kegawat daruratan kebidanan.
- d. Kurang mantapnya ketrampilan bidan di Puskesmas dan bidan praktek swasta untuk ikut aktif dalam jaringan sistem rujukan.
- e. Kurangnya upaya alih teknologi tepat guna dari dokter spesialis kandungan RSUD Kabupaten kepada Dokter / bidan Puskesmas.

Kualitas dan kuantitas cakupan pelayanan kesehatan dan peran serta masyarakat sangat mempengaruhi kesejahteraan dan keamanan kehamilan dan persalinan. 94 % kematian adalah akibat obstetri langsung, 75 – 85 % kematian disebabkan oleh trias klasik yaitu toksemia, perdarahan dan infeksi. Ironisnya 90 % dari kematian ini dapat dicegah (Soejoenoes, 1991).

Wahdi (1998) melaporkan kematian maternal di RSUD Dr Kariadi Semarang tahun 1996 – 1998 sebanyak 21 kasus kematian maternal terbanyak adalah preeklamsia / eklamsia yaitu 10 kasus (48 %) diikuti perdarahan 5 kasus (24 %) dan infeksi 3 kasus (14 %) dan penyakit Jantung 3 kasus (14 %).

Bila pelayanan obstetri yang tepat guna / memadai tersedia, belumlah menjadi jaminan pemanfaatannya. Masyarakat yang membutuhkan seringkali tidak

dapat menjangkau akibat hambatan jarak, biaya dan budaya. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam pengenalan tanda bahaya dan pencarian pertolongan profesional seringkali belum memadai. Di banyak negara berkembang masih sering ditemukan hambatan lain berupa ketidakberdayaan wanita dalam pengambilan keputusan, sementara peran suami dan mertua sangat dominan dan banyak faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam rujukan, namun dapat dikategorikan dalam tiga jenis keterlambatan sebagai berikut : (Dep.Kes RI, 1999)

1. Keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk merujuk.

Pengambilan keputusan untuk merujuk merupakan langkah pertama dalam menyelamatkan ibu yang mengalami komplikasi obstetri.

2. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan

Bila keputusan untuk merujuk telah diambil, ibu akan menuju ke fasilitas pelayanan kedaruratan obstetri. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan dapat dipengaruhi oleh jarak, ketersediaan dan efisiensi sarana transportasi, serta biaya.

3. Keterlambatan dalam memperoleh pertolongan difasilitas kesehatan.

Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, misalnya jumlah dan ketrampilan tenaga kesehatan, ketersediaan alat, obat, transfusi darah dan bahan habis pakai, manajemen serta kondisi fasilitas pelayanan.

Wisnuwardhani (1998) membagi masalah gawat darurat obstetri menjadi 4 terlambat yaitu :

1. Terlambat mengenali risiko atau bahaya.

Contoh : Ibu yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan, tidak mengetahui bahwa ia menderita gejala pre-eklamsi, tidak mengetahui bahwa panggulnya sempit atau bayinya ada kelainan letak dan lain – lain.

2. Terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan.

Contoh : keputusan untuk mencari pertolongan pada tenaga kesehatan harus menunggu suami atau orang tua yang sedang tidak ada di tempat.

3. Terlambat mendapatkan transportasi untuk membawa ke fasilitas yang lebih mampu.

Contoh : Rumah sakit rujukan jauh dan membutuhkan kendaraan dengan biaya yang tidak terjangkau oleh penghasilan keluarga .

4. Terlambat mendapatkan pertolongan di rumah sakit.

Contoh : karena dokter tidak ada ditempat atau karena tenaga kesehatan yang menjadi anggota tim tindakan operasi tinggal jauh dari rumah sakit, pertolongan terlambat diberikan.

Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa masalah kesakitan dan kematian ibu tidak dapat diatasi hanya oleh sektor kesehatan saja. Banyak sekali sektor yang terkait dengan masalah ini. Menurut Carthy and Maine (1992) dalam kerangka konsepnya membagi penyebab kesakitan dan kematian ibu menjadi determinan jauh, determinan antara dan determinan dekat yang menjadi penentu kematian ibu.

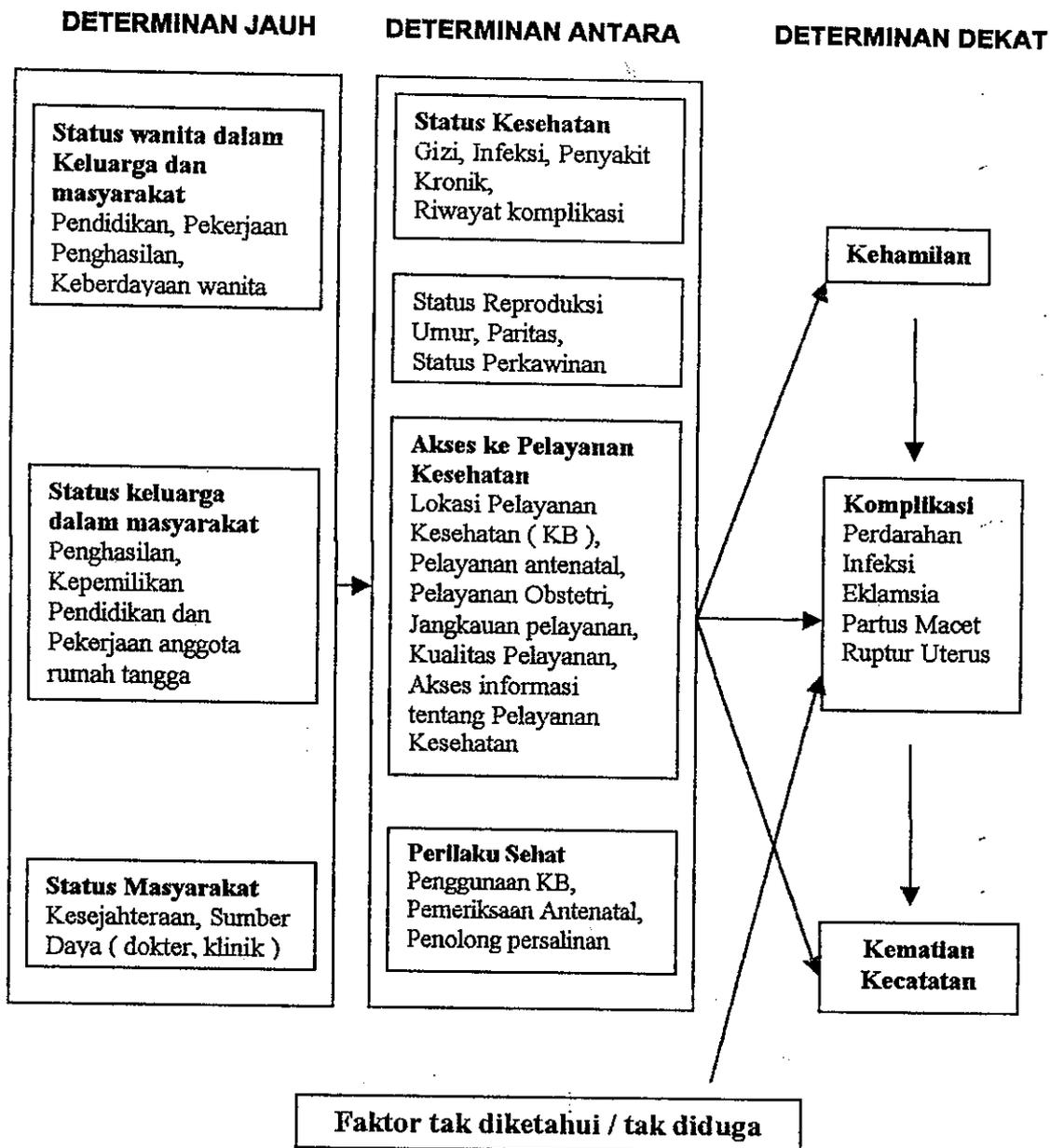
Determinan jauh meliputi determinan sosial, ekonomi, dan budaya termasuk status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat. Status tersebut antara lain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan, serta faktor sosiobudaya. Determinan jauh ini pada umumnya melatarbelakangi kejadian kematian ibu penyebab langsung.

Determinan antara dipengaruhi oleh determinan jauh seperti dikemukakan diatas, dan meliputi status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku sehat. Hal – hal tersebut tidak langsung menyebabkan

kematian ibu, namun merupakan keadaan atau kondisi yang menempatkan ibu kedalam risiko mengalami kesakitan.

Determinan dekat dipengaruhi oleh determinan antara dan meliputi kehamilan dan komplikasi obstetri yang ditimbulkannya. Komplikasi obstetri merupakan penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan, infeksi, eklamsia, partus lama dan abortus. Intervensi yang ditujukan untuk mengatasi komplikasi obstetri tersebut merupakan intervensi jangka pendek, yang hasilnya akan dapat segera terlihat dalam bentuk penurunan AKI. Namun intervensi hanya pada penyebab langsung saja tidak akan menyelesaikan masalah kematian ibu secara tuntas dan lestari.

Dari uraian diatas maka dapat dipahami bahwa wanita hamil memiliki risiko morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan wanita tidak hamil.



Gambar : Determinan kematian ibu oleh MC Carthy and Maine (1992)

Upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya dapat dilalui dengan sehat dan aman, WHO mengembangkan konsep " *Four Pillar of Safe Motherhood* " untuk menggambarkan ruang lingkup upaya penyelamatan ibu dan bayi (Dep Kes, 1999). Empat pilar dalam upaya safe motherhood tersebut adalah :

1. Keluarga Berencana

Konseling dan pelayanan keluarga berencana harus tersedia untuk semua pasangan dan individu. Dengan demikian pelayanan keluarga berencana harus menyediakan informasi dan konseling yang lengkap dan juga pilihan metode kontrasepsi yang memadai, termasuk kontrasepsi emergensi, dan pelayanan ini harus merupakan bagian dari program komprehensif pelayanan kesehatan reproduksi. Program keluarga berencana memiliki peranan dalam menurunkan risiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan.

2. Asuhan Antenatal

Dalam masa kehamilan, petugas kesehatan harus memberi pendidikan pada ibu hamil tentang cara menjaga diri agar tetap sehat dalam masa tersebut, membantu wanita hamil serta keluarganya untuk mempersiapkan kelahiran bayi, meningkatkan kesadaran mereka tentang kemungkinan adanya risiko tinggi atau terjadinya komplikasi dalam kehamilan / persalinan dan cara mengenali komplikasi tersebut secara dini. Petugas kesehatan diharapkan mampu mengidentifikasi dan melakukan penanganan risiko tinggi / komplikasi secara dini serta meningkatkan status kesehatan wanita hamil.

3. Persalinan Bersih dan Aman

Dalam persalinan, wanita harus ditolong oleh tenaga kesehatan profesional yang memahami cara menolong persalinan secara bersih dan aman. Tenaga kesehatan juga harus mampu mengenali secara dini gejala dan tanda komplikasi persalinan serta mampu melakukan penatalaksanaan dasar terhadap gejala dan tanda tersebut. Selain itu, mereka juga harus siap untuk melakukan rujukan komplikasi persalinan yang tidak bisa diatasinya ke tingkat pelayanan yang lebih mampu.

4. Pelayanan Obstetri Esensial

Pelayanan obstetri esensial bagi ibu yang mengalami kehamilan risiko tinggi atau komplikasi diupayakan agar berada dalam jangkauan setiap ibu hamil. Pelayanan obstetri esensial meliputi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi risiko tinggi dan komplikasi kehamilan / persalinan.

Secara keseluruhan, keempat tonggak tersebut merupakan bagian dari Pelayanan Kesehatan Primer. Dua diantaranya, yaitu : Asuhan Antenatal dan Persalinan Bersih dan Aman merupakan bagian dari Pelayanan Kebidanan Dasar. Sebagai dasar / fondasi yang dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan upaya ini adalah pemberdayaan wanita.

IV. PELAYANAN ANTENATAL, PERSALINAN DAN PASCA PERSALINAN

A. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan janin selama kehamilan yang dilakukan secara berkala, yang diikuti upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta menghasilkan bayi yang sehat. Sebagai pelaksana pelayanan antenatal adalah tenaga profesional yaitu bidan, dokter dan atau perawat yang sudah dilatih antenatal (Dep. Kes RI, 1994).

Pelayanan antenatal mencakup banyak hal yang meliputi Anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai risiko yang ada). Dalam

penerapan operasionalnya dikenal standar minimal " 5 T " pelayanan antenatal yang terdiri atas :

- a. Timbang berat badan, ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) lengkap
- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Dengan demikian secara operasional apabila pelayanan antenatal yang tidak memenuhi standar minimal " 5 T " maka belum dianggap suatu pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga profesional dan tidak dapat dilakukan oleh dukun bayi.

Frekuensi pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada triwulan pertama
- b. Minimal 1 kali pada triwulan kedua
- c. Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan, khususnya dalam memberi kesempatan yang cukup dalam menangani kasus risiko tinggi yang ditemukan (Depkes RI, 1998).

Menurut Poedji (1992), pemeriksaan antenatal penting disamping untuk skrining atau deteksi adanya faktor risiko juga perencanaan persalinan untuk mendapat pertolongan persalinan yang aman. Hal yang sama dilaporkan Soejoenoes A (1991) pemeriksaan antenatal yang teratur memberikan kesempatan untuk dapat mendiagnosis masalah yang dapat menyulitkan kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat dilakukan rujukan dini.

Syamsudin (1999) melaporkan kasus kematian ibu di RSUD Dr. M Hoesin Palembang tahun 1995 – 1998 dari keseluruhan kasus kematian ibu (59 kasus kematian ibu), didapatkan hasil 52,54 % tidak pernah melakukan ANC, 35,59% melakukan ANC kurang dari 4 kali., sedang yang melakukan ANC lebih dari 4 kali, sebanyak 11,87 %. Dari penderita yang tidak pernah melakukan ANC selama kehamilan sebanyak 77,42 % adalah dari tingkat pendidikan SD dan tidak pernah sekolah. Sedangkan yang berpendidikan SMP atau lebih tinggi hanya 22,58 %. Dari beberapa penelitian terdapat hubungan bermakna antara pemeriksaan antenatal dengan tingginya kematian ibu dan perinatal.

Penilaian keberhasilan program pelayanan antenatal yang dilakukan oleh tenaga profesional dalam hal ini yang dilakukan oleh para bidan di desa merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil selama kehamilannya sesuai dengan standar dalam kaidah medis. Beberapa indikator pelayanan antenatal program KIA adalah sebagai berikut : (Dep Kes RI, 1994)

1. Kunjungan baru ibu hamil (K1)

Adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Indikator ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dan menggerakkan masyarakat. Rumus yang digunakan adalah jumlah kunjungan (K1) ibu hamil dibagi dengan jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun dikalikan 100 %. Dengan mendapat pelayanan antenatal ibu hamil akan memperoleh standar minimal 5 T untuk pelayanan antenatal yang terdiri dari timbang berat, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian imunisasi TT lengkap, ukur tinggi fundus uteri dan pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

2. K4

Frekuensi pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan (K4) dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali kontak pada triwulan pertama
- b. Minimal 1 kali kontak pada triwulan kedua
- c. Minimal 2 kali kontak pada triwulan ketiga.

Presentase cakupan K4 menggambarkan efektifitas program KIA.

3. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan.

4. Penjaringan deteksi dini kehamilan berisiko

Kegiatan ini bertujuan menemukan ibu hamil berisiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan. Kegiatan penjaringan dibagi 2 yaitu :

- a. penjaringan ibu hamil berisiko oleh masyarakat
- b. Penjaringan ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan.

5. Kunjungan Neonatal

Adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun diluar gedung Puskesmas, dengan ketentuan :

- a) Kunjungan pertama kali pada hari pertama sampai dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
- b) Kunjungan kedua kali pada hari ke 8 sampai hari ke 28
- c) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.

Standar pelayanan antenatal meliputi kegiatan :

- a. Anamnesis yang meliputi identitas, riwayat kehamilan, dan persalinan dahulu, riwayat kehamilan sekarang.
- b. Pemeriksaan umum yang meliputi tingkat kesadaran, vital sign, pemeriksaan fisik diagnostik.
- c. Pemeriksaan kebidanan luar meliputi pemeriksaan uterus, parasat leopold, gerak janin, taksiran berat badan janin, dan denyut jantung janin.
- d. Pemeriksaan kebidanan dalam jika diperlukan.
- e. Pemberian imunisasi tetanus toxoid, tablet, Fe, calsium, vitamin dan pemeriksaan Hemoglobin.
- f. Penyuluhan tentang gizi, kebersihan, senam hamil, pekerjaan dan perilaku sehari – hari, pentingnya perawatan payudara, pemberian dan manfaat dari ASI, tanda – tanda risiko tinggi ibu hamil, pentingnya pemeriksaan kehamilan selanjutnya, pentingnya meminta pertolongan persalinan pada tenaga kesehatan yang terlatih, perawatan bayi baru lahir dan pentingnya pemakaian kontrasepsi setelah melahirkan (Dep. Kes RI, 1993).

B. Pelayanan persalinan

Persalinan merupakan suatu proses alami yang ditandai oleh terbukanya serviks, diikuti dengan lahirnya bayi dan placenta melalui jalan lahir. Penolong persalinan perlu memantau keadaan ibu dan janin untuk mewaspadaai secara dini terjadinya komplikasi. Disamping itu penolong persalinan juga berkewajiban untuk memberikan dukungan moril dan rasa nyaman kepada ibu yang sedang bersalin. Ketika mulai menolong persalinan, perlu dilihat kembali catatan pelayanan antenatal untuk mempelajari kembali keadaan ibu dan janin selama kehamilan.

Selain menggunakan kartu ibu untuk mencatat pertolongan persalinan, diperlukan pula partograf untuk memantau kemajuan persalinan (Dep. Kes RI 1998).

Partograf merupakan alat pencatatan perkembangan dan kemajuan persalinan serta pemantauan keadaan ibu dan janin. Perkembangan dan kemajuan persalinan dipantau dengan pencatatan dari waktu ke waktu tentang pembukaan serviks, turunnya kepala janin dan his. Pemantauan keadaan janin dan ibu dilakukan melalui pencatatan denyut jantung janin, keadaan cairan ketuban, suhu tubuh ibu, nadi dan tekanan darahnya. Dengan demikian partograf merupakan alat pencatatan yang sangat berguna dalam pengelolaan persalinan. Namun, partograf hanyalah suatu alat untuk mengelola persalinan, tetapi tidak merupakan alat untuk mengidentifikasi penyulit / komplikasi yang telah ada sebelum persalinan serta tak dapat menggantikan pentingnya perawatan yang baik selama persalinan.

Menurut Gunawan (1996) umumnya kasus yang terlambat dirujuk karena keterlambatan deteksi dini risiko tinggi, keterlambatan mengambil keputusan untuk dirujuk dan terlambat mencapai fasilitas rujukan dengan sarana yang memadai. Sedangkan Soebarjono (1998) dalam penelitiannya, faktor lama pertolongan, asal rujukan, penolong pertama, tempat pertolongan pertama besar pengaruhnya terhadap kematian maternal pada kasus rujukan.

Pribakti (1997) pada penelitiannya di RSUD dr. Soetomo surabaya, terjadinya kematian ibu dengan komplikasi post partum (77,9 %) lebih sering menyebabkan kematian maternal dari pada komplikasi ante partum (7,79 %) . Dengan hasil sebagai berikut : prosentase kasus kematian infeksi / sepsis 40 %, eklamsia / preeklamsia 20 %, penyakit jantung / kardiovaskular (23,3 %), perdarahan 10 % dan hepatitis (6,7 %).

C. Pelayanan Pasca persalinan

Masa nifas yang berlangsung selama enam minggu setelah persalinan, merupakan masa kritis dalam kehidupan ibu maupun bayi. Sekitar 60 % kematian ibu terjadi segera setelah lahir dan hampir 50 % dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan. Hal ini tidak berbeda pada bayi. Dua pertiga kematian bayi terjadi dalam empat minggu pertama setelah kelahirannya, dan lebih dari 65 % dari kematian tersebut terjadi dalam minggu pertama setelah kelahiran. Pemantauan ketat, perawatan ibu dan bayi, serta konseling oleh bidan akan sangat membantu dalam mencegah kematian tersebut.

Semua ibu nifas perlu dikunjungi di rumahnya, walaupun persalinannya dibantu oleh dukun bayi atau keluarganya. Walaupun persalinannya ditolong oleh dukun bayi, seharusnya bidan dengan berbagai upaya sebelumnya berusaha mendampingi dukun, sehingga dapat memeriksa keadaan ibu dan bayi setelah persalinan. Pemeriksaan pertama dilaksanakan segera sampai 6 jam pertama setelah persalinan. Selanjutnya diperlukan 3 kali pemeriksaan nifas, yaitu pada hari ke-3, ke-14, ke-40 setelah persalinan. Selain memberikan pelayanan, pelaksana pelayanan KIA juga memberitahu tanda bahaya yang mungkin timbul dan apa yang perlu dilakukan bila hal tersebut timbul (Dep. Kes RI, 1998)

Perdarahan dalam empat jam pertama setelah persalinan merupakan penyebab utama kematian ibu. Penyebab utama perdarahan pada jam pertama setelah persalinan adalah atonia uteri dan retensio plasenta. Semua ibu dan neonatus perlu memperoleh pelayanan aktif dalam 6 jam pertama setelah persalinan (Dep. Kes RI, 1998)

Keadaan ibu dan bayi perlu diketahui segera setelah persalinan termasuk persalinan yang ditolong atau didampingi oleh bidan. Segera setelah diketahui adanya persalinan seperti itu, maka bidan perlu mengunjungi ibu dan bayi di

rumah, menjelaskan tujuan kedatangannya dan meminta izin untuk memeriksa keduanya. Bila persalinan tidak ditolong atau didampingi oleh bidan maka perlu ditanyakan proses persalinan. Hal ini penting untuk mengenali adanya penyulit yang mungkin timbul.

V. PENOLONG PERSALINAN

A. BIDAN DI DESA

Perhatian pemerintah terhadap peristiwa kehamilan dan persalinan perlu dilakukan sejak dini menyangkut kualitas sumber daya manusia. Telah dilakukan berbagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil, dan bersalin sehingga melahirkan bayi yang sehat, seperti pelayanan kesehatan ibu, anak dan gizi (KIA / gizi) sampai ke pelosok desa terpencil yaitu dengan telah disebarkan bidan di desa di 50.000 desa oleh pemerintah diseluruh tanah air. Nantinya diharapkan gerakan itu mampu menurunkan angka kematian ibu dan bayi, serta berperan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat berperilaku hidup sehat dan bersih. Peranan bidan dalam menurunkan angka kematian ibu sangat besar oleh karena bidan baik diperkotaan maupun di desa mudah menjangkau ibu hamil. Di sebagian besar masyarakat, bidan mempunyai kedudukan yang terhormat dan berpengetahuan sehingga memudahkan dalam memberikan pengaruh yang positif dan kuat pada masyarakat terutama di kalangan wanita.

Di dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 363 / Menkes /Per /IX / 1980 disebutkan bahwa, bidan adalah seseorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan program bidan yang telah diakui Pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Siswa yang dapat mengikuti

pendidikan bidan adalah siswa yang telah lulus Sekolah Perawat Kesehatan (SPK). Tata cara masuk agar dapat mengikuti program pendidikan bidan tersebut, peraturannya mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer : 386 / MenKes / SK / VII / 1985 tanggal 2 juli 1985 tentang tata cara penyelenggaraan program pendidikan bidan (Dep Kes RI, 1996).

Departemen Kesehatan RI dalam paduan bidan di tingkat desa tahun 1996 . menyebutkan bahwa, bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya yang meliputi satu sampai dua desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas setempat dan bekerjasama dengan perangkat desa (Dep Kes RI, 1996).

Tugas pokok bidan di desa adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1996) :

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan KB.
- b. Mengelola program KIA di wilayah kerjanya dan memantau pelayanan KIA di wilayah desa berdasarkan data riil sasaran, dengan menggunakan PWS – KIA.
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan kader. Pembinaan wahana / forum peran serta masyarakat yang terkait melalui pendekatan kepada pamong dan tokoh setempat.

Fungsi bidan di desa adalah sebagai berikut :(Dep Kes RI, 1996)

- a. Memberikan pelayanan kesehatan ibu.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan balita.

- c. Memberikan pertolongan pertama atau pengobatan lanjutan pada kesakitan yang sering ditemukan atau menjadi masalah kesehatan setempat terutama pada ibu, dan balita, misalnya ISPA, diare, kecacingan, malaria, di daerah endemis, pencegahan gondok di daerah endemis, dan lain – lain.
- d. Mengelola pelayanan KIA dan upaya pendukungnya yang meliputi : perencanaan, pelaksanaan dan penilain hasil.
- e. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA.
- f. Membantu sasaran / individu dan keluarganya untuk meningkatkan hidup sehat secara mandiri.

B. DUKUN BAYI

Dukun bayi adalah tenaga kesehatan tradisional yang selama ini telah dibina oleh Departemen Kesehatan melalui ujung tombak pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas. Pada awal program yang diutamakan adalah mendidik dukun bayi untuk menolong persalinan secara higienik, agar tidak menjadi kasus – kasus tetanus neonatorum. Dengan berkembangnya program, dan munculnya prioritas – prioritas baru, para dukun bayi juga dianjurkan untuk menolong persalinan " Normal " saja, dukun bayi diminta segera merujuk persalinan yang bermasalah seperti letak sungsang, letak lintang, ibu dalam kondisi sakit seperti sangat pucat, bengkak, sesak dan ari – ari yang tidak keluar setelah ditunggu 15 menit sampai 20 menit pasca persalinan. Tanda – tanda kehamilan dan persalinan yang tidak ditolong oleh dukun bayi secara rutin diberikan dalam pembinaan Puskesmas kepada para dukun bayi.

Fatimah Muis (1996) dalam penelitiannya para dukun dipilih para ibu karena mempunyai reputasi yang baik dalam menolong persalinan – persalinan

selama ini, memberikan pelayanan paripurna, ekonomis, tidak bersikap menakut – nakuti dan pada ibu dapat bersalin di rumah. Dengan demikian para dukun dianggap memenuhi unsur keterjangkauan biaya, adanya interaksi yang baik, kesinambungan pelayanan dan kemampuan merujuk bila tidak dapat menangani persalinan.

VI. AUDIT MATERNAL – PERINATAL

A. Pengertian

Audit Maternal Perinatal (AMP) merupakan suatu kegiatan untuk menelusuri kembali sebab kesakitan dan kematian ibu dan perinatal dengan maksud mencegah kematian dan kesakitan di masa yang akan datang. Penelusuran ini memungkinkan petugas kesehatan menentukan hubungan antara faktor penyebab yang dapat dicegah dan kesakitan atau kematian yang terjadi. Dengan kata lain Istilah Audit Maternal – Perinatal merupakan kegiatan *Death and case Follow-up*.

AMP ini akan membantu petugas kesehatan untuk menentukan pengaruh keadaan dan kejadian yang mendahului kesakitan / kematian. Dari kegiatan ini dapat ditentukan :

- Sebab dan faktor – faktor terkait dalam kesakitan / kematian ibu dan perinatal.
- Dimana dan mengapa berbagai sistem dan program gagal dalam mencegah kematian.
- Jenis intervensi yang diperlukan.

Audit Maternal – Perinatal juga dapat berfungsi sebagai alat pemantauan dan evaluasi sistem rujukan. Agar fungsi ini dapat berjalan dengan baik, maka dibutuhkan :

- Pengisian rekam medis yang lengkap dan benar disemua tingkat pelayanan kesehatan.
- Pelacakan kematian yang dilakukan petugas Puskesmas dengan cara otopsi verbal (Dirjen Yanmed dan Dirjen PKM, 1994).

B. Otopsi Verbal

Yaitu wawancara kepada keluarga atau orang lain yang mengetahui riwayat penyakit, atau gejala sebelum penderita meninggal, sehingga dapat diketahui perkiraan sebab kematian. Informasi tentang sebab kematian digunakan untuk menentukan prioritas kesehatan masyarakat, pola penyakit, trend penyakit dan untuk evaluasi dampak upaya preventif maupun promotif. Sering kali ditemukan kematian dimasyarakat dan dilaporkan sesudah terjadinya kematian. Dengan demikian sebab kematian hanya dapat diperkirakan melalui wawancara gejala penyakit dari keluarga.

Tujuan otopsi verbal adalah untuk menentukan jenis penyakit dengan menggunakan informasi dari gejala penyakit melalui wawancara keluarga dari penderita yang meninggal. Berbeda dengan diagnosis oleh dokter, otopsi verbal tidak dapat menentukan diagnosis secara pasti karena tidak adanya informasi dari pemeriksaan fisik, laboratorium atau pemeriksaan penunjang lainnya. Oleh karena dari otopsi verbal selalu ada unsur ketidak – tetapan diagnosis, namun setidaknya hasilnya dapat memberi gambaran mengenai kemungkinan sebab kematian.

Bila terjadi kematian di masyarakat, pada saat dirawat di Puskesmas atau dalam perjalanan rujukan ke Puskesmas / Rumah Sakit, kematian tersebut perlu

diketahui penyebabnya. Kematian tersebut dilaporkan ke Puskesmas akan mendatangi rumah keluarga yang meninggal untuk melakukan otopsi verbal.

KERANGKA TEORI

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Teori Green (1980)

Yang menyebutkan tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.

2. Wisnuwardhani (1998)

Penyebab kematian ibu hamil dan bersalin di Rumah Sakit rujukan umumnya terkait dengan masalah gawat darurat obsterti yang mengalami 4 terlambat yaitu:

- Terlambat mengenali risiko atau bahaya
- Terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan.
- Terlambat mendapatkan transportasi untuk membawa ke fasilitas yang lebih mampu.
- Terlambat mendapatkan pertolongan di Rumah Sakit.

3. DepKes RI (1999) penyebab keterlambatan rujukan dikategorikan dalam 3 jenis keterlambatan yaitu sebagai berikut :

1. Keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk merujuk.
2. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan.
3. Keterlambatan dalam memperoleh pertolongan di fasilitas kesehatan.

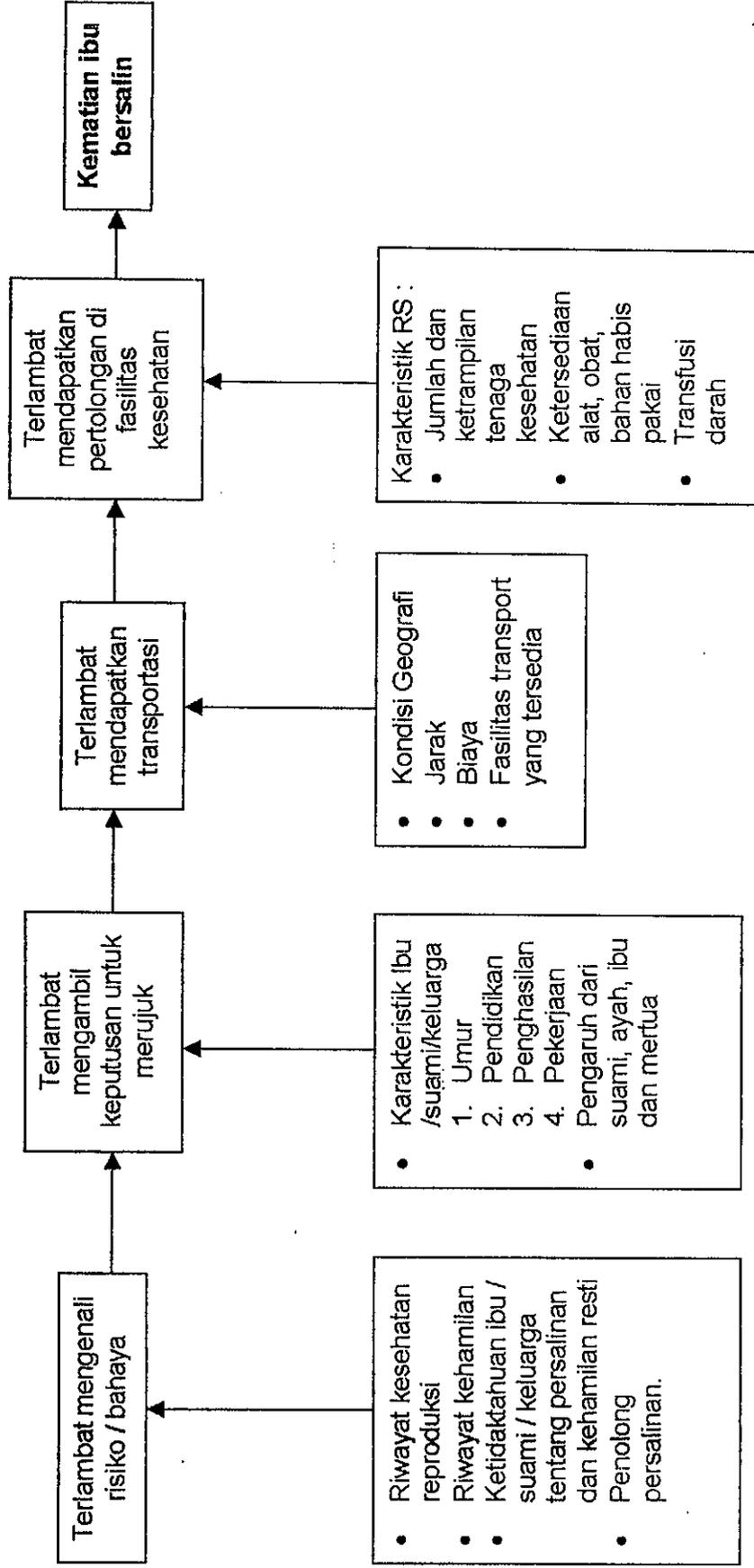
4. Carthy and Maine (1992)

Faktor penyebab kematian maternal, yang terdiri dari faktor determinan jauh, determinan antara dan determinan dekat. Determinan jauh meliputi status wanita dalam keluarga dan status keluarga dalam lingkungannya serta status

lingkungan. Sedang Determinan antara meliputi status kesehatan, status reproduksi, fasilitas kesehatan, perilaku kesehatan / penggunaan fasilitas kesehatan dan faktor yang tidak diketahui. Determinan dekat meliputi kehamilan dan komplikasi obstetri yang ditimbulkan.

Dengan menggabungkan beberapa kerangka teori diatas maka dapatlah dibuat suatu kerangka teori baru sebagai berikut :

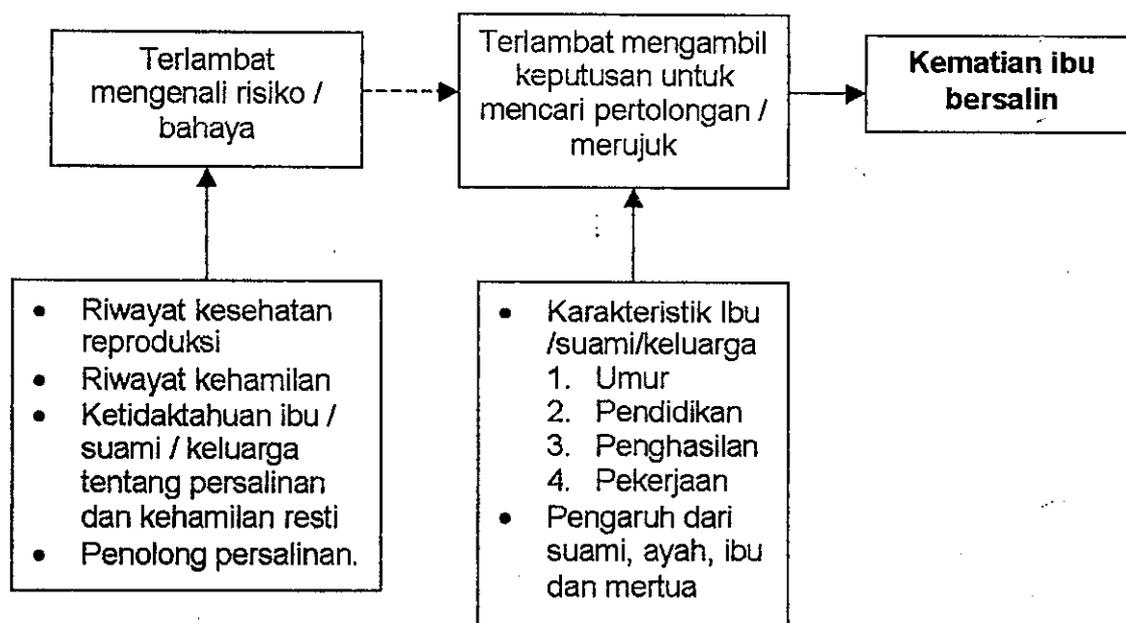
KERANGKA TEORI



Sumber : Green (1980), Wisnuwardhani (1998), DepKes RI (1999) dan Carthy and maine (1992)

Kerangka konsep dalam penelitian mengambil terlambat yang dianggap paling mendasar yaitu terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan atau merujuk. Terlambat ini bisa dipengaruhi oleh terlambat mengenali risiko tinggi kehamilan dan bahaya persalinan, karena dari ciri epidemiologik seperti umur, riwayat kesehatan reproduksi, riwayat kehamilan, penyakit penyerta dan gizi secara biologik mempengaruhi hasil akhir suatu kehamilan dan persalinan. Belum lagi faktor lain seperti pendidikan, sosio ekonomi dan budaya. Kualitas dan kuantitas cakupan pelayanan kesehatan dan peran serta masyarakat sangat mempengaruhi kesejahteraan dan keamanan dari kehamilan dan persalinan (Dep Kes RI, 1999). Keadaan ini yang penulis pakai untuk penelitian karena dari hasil ini akan dapat mempengaruhi terjadinya keterlambatan dalam mendapatkan transportasi dan penanganan mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan yang lebih atas.

KERANGKA KONSEP PENELITIAN



BAB III

METODOLOGI, PENELITIAN

I. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif, menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan baik faktor risiko (pemaparan), efek (keluaran) maupun hasil. Hasil penelitian disajikan tanpa menganalisis dengan uji statistik bagaimana dan mengapa fenomena tersebut dapat terjadi sehingga tidak perlu adanya hipotesis (Noer Pramana, 1999). Manfaat penelitian deskriptif sebagai teknis analisis adalah memberi alternatif kepada peneliti agar dapat memaparkan hasil penelitiannya secara visual dan lebih mudah dipahami (Arikunto, 1998).

Metode kuantitatif diperlukan untuk mendapatkan deskripsi frekuensi faktor risiko yang terjadi pada sampel. Disini data kuantitatif dihitung tidak dengan arahan pembuktian bagi suatu prediksi, tetapi digunakan sebagai fenomena pendukung analisis kualitatif bagi kemantapan kesimpulan akhir penelitian. Data kuantitatif dikumpulkan dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah disusun dan bersifat tertutup.

Penelitian kualitatif dilandasi strategi pikir fenomenologis yang bersifat lentur dan terbuka dengan menekankan analisis induktif yang meletakkan data penelitian bukan sebagai alat dasar pembuktian, tetapi sebagai modal dasar bagi pemahaman, proses pengumpulan data penelitian kualitatif merupakan kegiatan yang dinamis, agar peneliti dapat memperoleh jawaban yang mendalam (Sutopo, 1996). Responden disini adalah suami, keluarga lain dari ibu yang meninggal saat bersalin dan pernolong persalinan (dukun/bidan). Pada teknik wawancara

perorangan memungkinkan peneliti melihat hubungan antara kelompok perilaku dan keputusan tindakan masyarakat tertentu (Sutopo, 1996). Data kualitatif dikumpulkan dengan cara *indepth interview* (interview mendalam) dengan menyusun pedoman wawancara mendalam.

Data diperoleh dari keluarga ibu bersalin yang meninggal dengan cara menelusuri ke belakang (retrospektif) untuk mengetahui faktor-faktor pengambil keputusan keluarga (suami dan anggota keluarga lain) serta penolong persalinan dalam upaya merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

II. LOKASI PENELITIAN

Lokasi penelitian di Kabupaten Semarang, di Kecamatan yang wilayahnya terjadi kematian ibu bersalin, yaitu Kecamatan Tenganan, Kecamatan Susukan, Kecamatan Bringin, Kecamatan Bergas, Kecamatan Tuntang, Kecamatan Jambu, Kecamatan Bawen, Kecamatan Sumowono, Kecamatan Banyubiru, Kecamatan Ambarawa dan Kecamatan Ungaran.

III. SUBYEK PENELITIAN

Subyek penelitian adalah keluarga dan penolong persalinan dari kasus kematian ibu bersalin yang tercatat di Seksi Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang pada tahun 2000 (Januari 2000 - Desember 2000) yaitu sebanyak 18 kasus kematian ibu bersalin.

Responden adalah suami dan keluarga dari ibu bersalin yang telah meninggal serta penolong persalinannya. Anggota keluarga di sini ibu, bapak, mertua atau keluarga lain yang dekat dengan ibu bersalin yang meninggal. Sedang penolong persalinan adalah dukun bayi, bidan dan penolong persalinan yang lain yang membantu proses persalinan ibu.

IV. CARA PENGAMBILAN DATA

Data kuantitatif dikumpulkan dengan menggunakan daftar pertanyaan yang sudah terstruktur yaitu pertanyaan tentang karakteristik sosial, ekonomi dan demografi responden.

Data kualitatif dikumpulkan dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah disusun dengan cara *indepth interview* (interview mendalam) dengan mempergunakan pedoman wawancara mendalam.

V. ANALISIS DATA

Semua informasi yang diperoleh disusun berdasarkan topik. Analisis yang dipakai adalah analisis Fenomenologis dari tiap topik bahasan dengan mengkaitkan pada topik pokok yakni pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit. Analisis Fenomenologis adalah usaha untuk memahami makna dari berbagai peristiwa dan interaksi manusia di dalam situasi yang khusus (Sutopo, 1996).

NO	UNIT ANALISIS	INDIKATOR UTAMA	SUMBER INFORMASI	METODE	ALAT PENELITIAN	TUJUAN UNTUK MENGETAHUI
1.	Karakteristik sosial, ekonomi ibu bersalin yang meninggal, suami dan penolong persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Usia • Agama • Pendidikan • Pekerjaan • Penghasilan 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga • Penolong persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara terstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuisisioner 	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor non medik dari ibu bersalin yang termasuk risiko tinggi
2.	Riwayat kesehatan ibu bersalin yang meninggal	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit yang pernah diderita ibu 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara terstruktur • Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuisisioner • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu bersalin termasuk risiko tinggi atau tidak
3.	Riwayat kesehatan reproduksi ibu bersalin yang meninggal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cara persalinan sebelumnya • Jumlah anak hidup/mati • Jarak kehamilan • Usia ibu waktu menikah • Usia ibu waktu hamil I • Usia ibu waktu meninggal • Status perkawinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara terstruktur • Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuisisioner • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor medik yang melatar belakangi kematian ibu bersalin
4.	Riwayat ANC pada kehamilan terakhir	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil ANC • Jumlah periksa • Tempat periksa • Tenaga pemeriksa 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga • Penolong Persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara terstruktur • Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuisisioner • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu bersalin termasuk risiko tinggi atau tidak

NO	UNIT ANALISIS	INDIKATOR UTAMA	SUMBER INFORMASI	METODE	ALAT PENELITIAN	TUJUAN UNTUK MENGETAHUI
5.	Riwayat persalinan terakhir	<ul style="list-style-type: none"> • Cara persalinan terakhir • Penolong persalinan • Tempat bersalin • Proses pemilihan penolong persalinan • Penentu utama untuk merujuk ibu ke RS • Masalah-masalah yang terjadi di RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga • Penolong persalinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara terstruktur • Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuisioner • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Proses persalinan dan tindakan yang dilakukan oleh keluarga dan penolong persalinan dalam menghadapi masalah medis persalinan
6.	Pengambilan keputusan	<ul style="list-style-type: none"> • Penentu utama pengambilan keputusan sehari-hari • Penentu utama pengambilan keputusan dalam masalah kesehatan dan persalinan • Cepat/lambat dalam pengambilan keputusan • Penentu utama dalam memilih tenaga penolong persalinan • Penentu utama dalam memutuskan merujuk ibu ke Rumah Sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Suami • Keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan

VI. DEFINISI OPERASIONAL

- a. Pola pengambilan keputusan suami, orang tua, mertua dan penolong persalinan adalah bentuk pengambilan keputusan yang menggambarkan proses untuk memilih suatu tindakan sebagai cara pemecahan masalah. Pengambilan keputusan tergantung situasi dan kondisi, sehingga dibedakan menjadi keputusan terprogram dan keputusan tak terprogram (mendadak). Keputusan terprogram ialah keputusan yang diambil berdasarkan kebiasaan, masalah tidak rumit, unsur-unsur dapat ditentukan, diramalkan dan di analisis, misalnya kehamilan sampai proses persalinan tidak ada keluhan atau masalah, sehingga dapat di putuskan dan direncanakan tempat persalinan. Sebaliknya keputusan yang tidak terprogram ialah keputusan untuk menghadapi masalah yang unik atau khusus dan masalah tidak cukup sering terjadi dan demikian pentingnya sehingga memerlukan perlakuan khusus. Misalnya terjadi persalinan yang bermasalah sehingga diputuskan secara cepat untuk mendapat penanganan yang lengkap secara medis.
- b. Penolong Persalinan : seseorang yang membantu proses persalinan dari ibu bersalin. Persalinan ibu dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu dokter, bidan, pembantu bidan perawat atau oleh dukun bayi.
- c. Merujuk ibu bersalin : memindahkan ibu bersalin ke tempat pelayanan persalinan yang lebih lengkap peralatan dan tenaga penolong persalinan yang lebih ahli. Biasanya tempat rujukan yang dituju adalah rumah sakit atau rumah bersalin, sebab merujuk biasanya karena ada masalah medis dalam proses persalinan.
- d. Kematian Ibu Bersalin : kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhimya kehamilan, yang

disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan.

- e. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Definisi keluarga tersebut merupakan keluarga inti (Nuclear Family). Sedangkan ada sebagian keluarga yang hidup dalam keluarga batih atau keluarga besar yang terdiri dari orang tua / mertua (bapak, ibu, anak, menantu dan cucu-cucunya). Pada penelitian ini yang akan dipakai adalah keluarga batih.
- f. Waktu merujuk : lama waktu yang dibutuhkan oleh keluarga ibu bersalin mulai dari waktu keputusan untuk dirujuk sampai mendapatkan pertolongan dari pernolong persalinan yang lain dan yang lebih ahli. Cepat apabila waktu yang dibutuhkan kurang dari 0,5 jam, sedang apabila waktu yang dibutuhkan antara 0,5 jam sampai dengan 1 jam dan lambat apabila lebih dari 1 jam.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

I. KESULITAN DALAM PENELITIAN

- 1.1. Karena penelitian yang dilakukan adalah peristiwa yang terjadi pada tahun 2000 dan data yang dikumpulkan adalah secara retrospektif sehingga mempunyai kelemahan pada daya ingat responden, baik karena responden lupa atau karena responden enggan mengingat peristiwa menyedihkan yang telah terjadi. Sehingga dalam melakukan wawancara kepada keluarga dibutuhkan waktu untuk pendekatan setelah didapatkan suasana yang menyenangkan, secara bertahap ditanyakan mengenai peristiwa kematian ibu bersalin. Hal ini dilakukan juga ke dukun bayi dan bidan. Jumlah responden yang diwawancarai adalah suami 16 orang, orang tua ibu bersalin 4 orang, mertua ibu bersalin 2 orang, bidan 11 orang, pembantu bidan 1 orang dan dukun bayi 5 orang.
- 1.2. Lokasi Penelitian : lokasi penelitian di 11 Kecamatan Kabupaten Semarang. Ada beberapa desa yang masih kurang sarana transportasinya. Pada saat menemui responden juga sulit, karena ada responden yang ketika didatangi tidak ada di tempat, sehingga harus dikunjungi ulang.
- 1.3. Dari 18 kasus kematian ibu bersalin, ternyata hanya didapatkan 16 kasus yang keluarganya dapat ditemui. Keluarga dari 2 kasus sudah tidak dapat dilacak, karena pindah ke Surabaya dan Salatiga yang alamatnya tidak dapat diketahui. Sehingga hanya 16 kasus kematian ibu bersalin yang dapat dilakukan penelitian.

II. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Responden bertempat tinggal di 11 Kecamatan di Kabupaten Semarang dengan kriteria ibu bersalin yang meninggal pada tahun 2000. Kasus kematian ibu bersalin sebanyak 18 kasus, tetapi hanya 16 kasus yang dapat dicari datanya langsung ke keluarganya, sedangkan 2 kasus kesulitan dilacak karena telah pindah ke Surabaya dan Salatiga, sehingga tidak dapat diberikan kuesioner.

2.1. Umur Ibu Bersalin Pada Saat Persalinan Terakhir

Distribusi ibu bersalin menurut umur terdiri dari berumur kurang dari 20 tahun 1 responden (6,25 %), dan berumur lebih dari 35 tahun 2 responden (12,50 %). Tabel berikut menggambarkan umur ibu bersalin menurut umur.

Tabel 1: Distribusi Ibu Bersalin Menurut Umur.

No	Umur Ibu	Jumlah	(%)
1.	Kurang 20 tahun	1	6,25
2.	20 – 35 tahun	13	81,25
3.	Lebih 35 tahun	2	12,50
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

2.2. Pendidikan Ibu Bersalin

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil yang sama atau sejajar antara tingkat pendidikan ibu bersalin dan suami. Masing – masing diperoleh hasil sebagai berikut : tidak lulus SD 1 responden (6,25 %), lulus SD 7 responden (43,75 %) dan yang berpendidikan hingga Perguruan Tinggi sebanyak 1 responden (6,25 %). Tabel berikut menggambarkan pendidikan ibu bersalin dan suami.

Tabel 2: Pendidikan Ibu Bersalin dan Suami

No	Tingkat Pendidikan	Responden			
		Ibu		Suami	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Tidak lulus SD	1	6,25	1	6,25
2	Lulus SD	7	43,75	7	43,75
3	Lulus SLTP	6	37,5	6	37,5
4	Lulus SLTA	1	6,25	1	6,25
5	Perguruan Tinggi	1	6,25	1	6,25
	Jumlah	16	100,0	16	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

2.3. Jenis Pekerjaan Ibu Bersalin dan Suami

Dari 16 ibu bersalin didapatkan hasil : Ibu rumah tangga 8 responden (50 %).

Pekerjaan suami sebagian besar sebagai buruh 10 responden (62,50 %).

Tabel 3 : Jenis Pekerjaan Ibu dan Suami

No	Jenis Pekerjaan	Responden		Jenis Pekerjaan	Responden	
		Ibu			Suami	
		Jml	%		Jml	%
1	Ibu Rumah Tangga	8	50,0	Tidak bekerja	-	-
2	Buruh	4	25	Buruh	10	62,50
3	Petani	-	-	Petani	1	6,25
4	Pedagang	2	12,5	Pedagang	1	6,25
5	Swasta	2	12,5	Swasta	6	25
	Jumlah	16	100,0		16	100,0

Sumber : Data primer, Agustus 2001

2.4. Penghasilan Keluarga

Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Semarang tahun 2000 sebesar Rp. 185.000,-. Apabila dibandingkan dengan data penelitian maka penghasilan keluarga semuanya telah diatas UMR.

Distribusi penghasilan keluarga dibandingkan dengan UMR, dapat digambarkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4: Penghasilan Keluarga dibandingkan dengan Upah Minimum Regional Tahun 2000 (Rp. 185.000)

No	Penghasilan Keluarga (UMR thn 2000 sebesar Rp. 185.000)	Jumlah	(%)
1	Tidak Berpenghasilan	-	-
2	Lebih kecil UMR	-	-
3	Lebih besar UMR	16	100
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

2.5. Biaya Persalinan

Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut : seorang responden (6,25 %) yang mengeluarkan biaya persalinan kurang dari Rp. 75.000,-, 4 responden (25 %) yang dibebaskan dari biaya persalinan.

Tabel 5 : Biaya Persalinan

No	Biaya	Jumlah	(%)
1.	Kurang dari Rp. 75.000	1	6,25
2.	Rp. 75.000 - Rp. 100.000	5	31,25
3.	Lebih dari Rp. 100.000	6	37,50
4.	Tidak membayar	4	25,00
	Jumlah	16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

III. Riwayat Kesehatan Reproduksi Responden

3. 1. Umur Ibu Bersalin Saat Perkawinan Pertama Kali

Dari hasil penelitian masih ditemukan umur perkawinan muda, yaitu ibu bersalin yang menikah pertama kali pada saat berumur kurang dari 20 tahun sebanyak 6 ibu bersalin (37,5 %).

Tabel 6 : Umur Ibu Bersalin Pada Saat Perkawinan Pertama Kali

No	Umur Responden	Jumlah	(%)
1.	Kurang 20 tahun	6	37,5
2.	20 – 35 tahun	10	62,5
3.	Lebih dari 35 tahun	0	0
	Jumlah	16	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

3.2. Umur Ibu Bersalin Pada Saat Melahirkan pertama Kali.

Yang melahirkan pertama kali berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 4 ibu bersalin (25 %). Tidak ada responden yang melahirkan pertama kali setelah berumur lebih dari 35 tahun.

Tabel 7 : Umur Ibu Bersalin Pada Saat Melahirkan Pertama Kali

No	Umur Ibu Bersalin	Jumlah	(%)
1.	Kurang 20 tahun	4	25
2.	20 – 35 tahun	12	75
3.	Lebih dari 35 tahun	0	0
	Jumlah	16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

3.3. Paritas Ibu Bersalin

Paritas adalah jumlah persalinan dari seorang ibu diatas kehamilan 20 minggu. Dari penelitian ini didapatkan hasil, tidak ada paritas lebih dari 4, dimana paritas lebih dari 4 termasuk risiko tinggi

Tabel 8 : Paritas dari Responden

No	Paritas	Jumlah	(%)
1.	0 (bayi belum lahir)	1	6,25
2.	1	5	31,25
3.	2	4	25
4.	3	3	18,75
5.	4	3	18,75
6	Lebih dari 4	0	0
	Jumlah	16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

3.4. Jarak antar Kehamilan

Responden dengan jarak antar kehamilan kurang dari 2 tahun sebanyak 2 ibu bersalin (12,5 %) dan responden yang baru mempunyai anak pertama sebanyak 4 ibu bersalin (25 %). Jarak antar kehamilan responden seperti terlihat pada tabel berikut :

Tabel 9: Jarak antar Kehamilan

No	Umur Ibu Bersalin	Jumlah	(%)
1.	Anak pertama	4	25
2.	Kurang dari 2 tahun	2	12,5
3.	Lebih dari 2 tahun	10	62,5
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

3.5. Riwayat kehamilan

3.5.a. Pemeriksaan Kehamilan

3.5.a.1. Jumlah Periksa

Dari hasil penelitian didapatkan seorang ibu bersalin yang tidak pernah melakukan pemeriksaan dan yang melakukan pemeriksaan kehamilan dengan frekuensi periksa kurang dari 4 kali sebanyak 3 ibu bersalin (16,6 %)

Data dari jumlah pemeriksaan kehamilan dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10 : Jumlah Periksa Ibu Hamil

No	Jumlah periksa	Jumlah	(%)
1.	Tidak pernah periksa	1	6,25
2.	Kurang dari 4 kali	3	18,75
3.	Lebih dari 4 kali	12	75
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

Untuk ilustrasi mengenai informasi yang diberikan oleh responden yang berkaitan dengan hal itu dapat di lihat pada kotak 1.

Kotak 1

..... Priksan nggih perlu, kangge kesehatan estri kula lan bayine
 (..... Periksa perlu, untuk kesehatan istri saya dan bayi)
 (Suami Responden 13)

..... Istri saya masih hamil muda, sehingga belum perlu periksa
 (Suami Responden 9)

..... Kulo mboten ngerti kenapa estri kulo mboten preksan hamil
 (..... Saya tidak tahu kenapa istri saya tidak rajin periksa)
 (Suami Responden 2)

3.5.a.2. Tempat Periksa Kehamilan

Tempat pemeriksaan kehamilan terbanyak di Puskesmas yaitu sebanyak 6 responden (37,5 %), dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11 : Tempat Periksa Kehamilan

No	Tempat Periksa	Jumlah	(%)
1.	Tidak ANC	1	6,25
2.	Puskesmas	6	37,5
3.	Bidan di Desa	5	31,25
4.	Praktek Dokter Spesialis Kandungan	2	12,5
5.	Bidan praktek swasta	1	6,25
6.	Posyandu	1	6,25
	Jumlah	16	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

Ilustrasi mengenai tempat periksa kehamilan dapat dilihat pada kotak 2

Kotak 2

..... nggih menawi priksan ingkang paling kepenak ting Puskesmas, ora akeh duit, menawi Bojo kulo wonten masalah kesehatan sanese nggih saget ditangani

(..... kalau periksa paling enak di Puskesmas, tidak butuh biaya banyak, kalau istri saya ada masalah kesehatan yang lain bisa ditangani)
 (Suami Responden 9)

3.5.a.3. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Ibu hamil dengan riwayat *obstetri* ibu baik sebanyak 212 responden (75 %), pernah mengalami *abortus* 3 responden (18,75 %). Tabel berikut menggambarkan riwayat kehamilan dan persalinan responden.

Tabel 12 : Riwayat Kehamilan dan persalinan sebelumnya

No	Riwayat Kehamilan dan persalinan Sebelumnya	Jumlah	%
1.	Riwayat <i>obstetri</i> baik	12	75
2.	Abortus	3	18,75
3.	Perdarahan	1	6,25
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

3.5.a.4. Riwayat Penyakit Penyerta Kehamilan

Riwayat kehamilan dengan penyakit penyerta ibu pada kehamilan terakhir didapatkan data sebagai berikut : 9 orang ibu bersalin tidak mengidap penyakit penyerta 56,25 %. Penyakit penyerta meliputi: *Anemi* 5,6 %, *hipertensi* 31,25%, sesak nafas 5,6 %. Secara keseluruhan terdapat 7 responden (43,75 %) yang mengidap penyakit penyerta, atau ibu yang kehamilannya termasuk risiko tinggi. Tabel berikut ini menggambarkan penyakit penyerta ibu hamil.

Tabel 13 : Riwayat Penyakit Penyerta Kehamilan

No	Penyakit Penyerta	Jumlah	%
1.	Tidak ada penyakit penyerta	9	56,25
2.	Hipertensi	5	31,25
3.	Anemi	1	6,25
4.	Sesak nafas	1	6,25
	Jumlah	16	100

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

IV. Riwayat Persalinan

4.1. Tempat Persalinan

Dari 18 ibu bersalin, yang bersalin dirumah sendiri sebanyak 4 ibu bersalin (25 %), dan di Rumah Sakit 7 ibu bersalin (43,75 %). Persalinan di rumah dirasakan tidak repot dan tetap dapat melakukan tugas sehari-hari. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 14 : Tempat Bersalin

No	Tempat Bersalin	Jumlah	%
1.	Rumah Ibu Bersalin	4	25
2.	Rumah Bidan	4	25
3.	Rumah Sakit	7	43,75
4.	Rumah Bersalin	1	6,25
Jumlah		16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

ladapun alasan responden seperti yang dituturkan beberapa responden berikut ini :

Kotak 3

..... babaran dateng nggriyo langkung irit, caket lan mboten repot, teras nggih saget ngerjani padamelan ingkang biasane

(..... melahirkan di rumah lebih irit, dekat dan tidak repot, terus bisa menjalankan tugas seperti biasanya)

(Suami Repsonden 10)

..... menawi dateng rumah sakit mboten saget ngerjani padamelan nggriyo

(..... kalau melahirkan di rumah sakit tidak bisa mengerjakan pekerjaan rumah)

(Suami Responden 14)

4.2. Penolong Persalinan Pertama

Dari hasil penelitian didapatkan adanya penolong persalinan pertama yang ditolong oleh dukun bayi sebanyak 5 ibu bersalin (31,75 %), seorang ibu bersalin (6,25 %) persalinannya ditolong oleh paramedis terlatih atau pembantu bidan, dan seorang ibu bersalin (6,35 %) yang tidak ada pertolongan sama sekali .

Tabel 15 : Penolong Persalinan Pertama

No	Penolong Persalinan Pertama	Jumlah	%
1.	Tidak ada penolong	1	6,25
2.	Dukun	5	31,25
3.	Bidan	6	37,5
4.	Dokter Spesialis Kandungan	3	18,75
5.	Perawat / Pembantu bidan	1	6,25
	Jumlah	16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

4.3. Alasan dan Pendidikan Ibu Bersalin yang Memilih Penolong Persalinan Pertama

Alasan yang diberikan suami dan keluarga dalam menentukan penolong persalinan, sebagai berikut :

- 4.3.1. **Penolong persalinan oleh dukun bayi** : Dari 5 orang responden persalinannya ditolong dukun bayi dengan alasannya sebagai berikut : Jarak rumah dekat, bisa dipanggil setiap saat, biayanya murah, kebiasaan keluarga, mampu melakukan upacara tradisi, adanya hubungan keluarga, bersedia membantu pekerjaan rumah tangga, dan perawatan bayi setelah persalinan. Adapun pendidikan ibu bersalin adalah 3 ibu bersalin lulus SD dan 2 ibu bersalin lulus SLTP.
- 4.3.2. **Penolong persalinan oleh bidan dan paramedis terlatih (pembantu bidan)** : Terdapat 7 responden kasus persalinan ditolong bidan dan paramedis terlatih, dengan alasan sebagai berikut : keselamatan dan keamanan persalinan, lebih berpengalaman, lebih berpendidikan, peralatan lengkap, obatan – obatan lengkap, jarak rumah dekat, bisa dihubungi setiap saat, kebiasaan keluarga dan perawatan bayi setelah persalinan. Adapun pendidikan dari ibu bersalin sebagai berikut seorang ibu bersalin tidak lulus SD, 4 ibu bersalin lulus SD dan 2 ibu bersalin lulus SLTP.

4.3.3. **Penolong persalinan oleh dokter spesialis kandungan:** Terdapat 3 reponden yang persalinannya ditolong oleh dokter spesialis kandungan, dengan alasan yang diberikan sebagai berikut : keselamatan dan keamanan persalinan, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, peralatan dan obat – obatan lengkap, sudah diberitahu oleh bidan bahwa harus melahirkan ke dokter spesialis kandungan. Adapun pendidikan dari ibu bersalin adalah lulus SLTP, lulus SLTA dan lulus Perguruan Tinggi.

Hasil wawancara mendalam mengenai alasan memilih penolong persalinan pertama dapat dilihat pada kotak 4.

Kotak 4

..... alasan pemilihan pertolongan persalinan, karena anak pertama saya juga ditolong oleh Mbah dukun. Selain biayanya murah, rumah dekat, Mbah dukun bisa dadah (memijat) istri dan anak saya dan bisa datang setiap saat.

(Responden 5)

..... istri saya ingin persalinan ini ditolong oleh Bu bidan, karena lebih berpengalaman, punya obat-obatan suntik. Biaya tidak begitu mahal dan rumahnya dekat. Anak saya yang pertama juga ditolong Bu bidan.

(Responden 13)

..... Istri saya yang menghendaki persalinan ditolong oleh dokter spesialis kandungan, karena memang kebiasaan pertolongan persalinan keuda anak saya yang terdahulu oleh dokter spesialis kandungan. Sebenarnya saya tidak ingin ditolong oleh dokter ini, tapi karena dokter yang terdahulu sedang sakit maka keinginan dari istri, saya turuti.

(Responden 8)

4.4. Penentu Pemilihan Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin

Didapatkan hasil penentu pemilihan penolong persalinan dan tempat bersalin yaitu 4 responden (25 %) yang menentukan adalah suami dan istri. Sedangkan 5

responden (31,25 %) yang menentukan adalah istri. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 16.

Tabel 16 : Penentu Memilih Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin

No	Penentu	Jumlah	%
1.	Istri	5	31,25
2.	Suami dan Istri	4	25,00
3.	Bidan	2	12,50
4.	Suami dan orang tua	2	12,50
5.	Orang tua dan Mertua	2	12,50
6.	Tidak menentukan	1	6,250
Jumlah		16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

Gambaran responden dalam pemilihan penolong persalinan dapat dilihat pada kotak 5.

Kotak 5

..... naliko sampun kraos badhe nglairaken Mbok wedok nggih kulo tari, badhe dateng mbah dukun menopo panggene bu bidan. Lajeng kulo musyawarahaken kalih mak-e lare-lare

(... ketika sudah terasa akan melahirkan ... istri saya juga saya mintai pertimbangan, akan ke Dukun atau tempatnya bu bidan. Kemudian saya musyawarahkan dengan istri saya ...

(suami Responden 3)

... kraosipun ndalu ... kulo lajeng enggal-enggal mlajar dateng panggenanipun mbak dukun bayi Panggenanipun mboten tebih ... namun kilen mriku mawon .. biasane keluarga kulo ditulung mbah-e

(... terasanya malam ... saya terus cepat-cepat pergi ke tempat mbak dukun bayi Tempatnya tidak jauh ... disebelah barat ... biasanya keluarga saya ditolong mbah Dukun..)

(Suami Responden 13)

... Ketika saya periksa ternyata kakinya bengkak dan berwarna kuning. Yang bersangkutan mempunyai riwayat penyakit liver. Kemudian saya rujuk ke rumah sakit. Keluarganya membawa ke sini terlambat.

(Bidan penolong Responden 6)

..... menawi tiyang sepuh kulo nganjurke Bojo kulo babaran wonten Bu bidan kemawon, sebab celak lan biayane terjangkau

(..... kalau Ibu saya menganjurkan istri saya agar istri saya melahirkan di bidan sebab dekat dan murah)

(Suami Responden 1)

VIII. Aksesibilitas Pertolongan Persalinan

8.1. Waktu Yang Dibutuhkan Ibu Bersalin Ke Rumah Sakit / Rumah Bersalin

Dari 16 responden ternyata 10 responden (62,50 %) responden, yang membutuhkan waktu kurang dari 0,5 jam untuk menuju ke rumah sakit. Yang membutuhkan waktu antara 0,5 jam sampai 1 jam sebanyak 5 responden (31,25 %). Yang belum sempat dirujuk ke Rumah sakit, karena sudah meninggal di rumah seorang responden (6,25 %). Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel sebagai berikut

Tabel 20 : Waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke Rumah Sakit / Rumah Bidan

No	Waktu Yang Dibutuhkan	Jumlah	%
1.	Kurang 0,5 jam	10	62,50
2.	0,5 jam – 1 jam	5	31,25
3.	Tidak sempat dirujuk	1	6,25
	Jumlah	16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

8. 2. Jarak Rumah Ke Rumah Sakit

Data jarak rumah ibu bersalin ke Rumah Sakit didapatkan hasil sebagai berikut : yang mempunyai jarak kurang 5 Km seorang responde (6,25 %), dan jarak lebih 20 Km sebanyak 2 responden (12,5 %).

Yang mempunyai jarak lebih 20 Km sebanyak dua responden, dengan keadaan seorang responden mudah mendapatkan transportasi, sedangkan seorang responden dirujuk ke Rumah Sakit di Semarang pada malam hari (jam 23.00), sehingga lalu lintas tidak begitu ramai dan hanya dibutuhkan waktu 0,5 jam dengan menggunakan mobil Puskesmas. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 21 : Jarak Rumah Ibu Bersalin ke Rumah Sakit / Rumah Bidan

No	Jarak	Jumlah	%
1.	kurang 5 Km	1	6,25
2.	5 Km – 10 Km	5	31,25
3.	10 Km – 20 Km	7	43,75
4.	Lebih 20 Km	2	12,5
5.	Tidak ke Rumah sakit	1	6,25
Jumlah		16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

8.3. Kemudahan Alat Transportasi Ke Rumah Sakit

Sebanyak tiga responden (18,75 %), yang kesulitan mendapatkan alat transportasi untuk ke rumah sakit.

Tabel 22 : Cara Memperoleh Transportasi

No	Keterangan	Jumlah	%
1.	Mudah	12	75
2.	Sulit	3	18,75
3.	Tidak menggunakan alat transportasi	1	6,25
Jumlah		16	100,00

Sumber : Data Primer, Agustus 2001

IX. Masalah Medis Selama Persalinan

Masalah – masalah yang muncul menjelang saat persalinan beraneka ragam. Dari 16 orang responden yang mengalami perdarahan (50 %), sedang sisanya 50 % tidak perdarahan. Sebanyak 50 % diantara yang mengalami perdarahan, perdarahan terjadi sebelum melahirkan sebanyak 25 % dan setelah melahirkan 25 %.

Tanda – tanda lain yang muncul sebelum persalinan, yang bisa dikategorikan faktor risiko tinggi yaitu kaki bengkak sebanyak 31,25 %, dari jumlah ini (18,75 %) kemudian mengalami kejang – kejang.

Tanda ketuban pecah dini yang kemudian diikuti dengan panas tinggi sebanyak (5,6 %). Pada kasus ini ibu sudah ditunggu oleh dukun bayi selama 2 hari, setelah tidak ada kemajuan dan panas ibu tinggi baru dirujuk ke bidan senior, oleh

bidan langsung dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah, kemudian dilakukan operasi oleh dokter spesialis kandungan, bayi lahir dengan selamat, tetapi ibu meninggal setelah 7 hari *post partum*.

X. Pola pengambilan keputusan suami, keluarga dan penolong persalinan dalam menghadapi masalah medis persalinan

Pengambilan keputusan suami, keluarga dan penolong persalinan dalam menghadapi masalah medis persalinan terdapat 6 ibu bersalin (37,5 %), begitu persalinannya ada masalah langsung mengambil keputusan merujuk ke Rumah Sakit tanpa mencari pertolongan dari penolong persalinan ke dua, sedangkan 7 ibu bersalin (43,75 %) masih diusahakan mencari pertolongan dari penolong persalinan kedua, sebelum akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit. Terdapat 2 ibu bersalin (12,50 %) memang sudah mempunyai niat untuk langsung bersalin ke Rumah Sakit dengan ditolong oleh dokter spesialis kandungan. Seorang ibu (6,25 %) yang sama sekali tidak mendapatkan pertolongan persalinan, karena sudah meninggal ketika bidan dan dokter datang. Adapun hasil penelitian sebagai berikut:

A. Terdapat 6 ibu bersalin dirujuk ke rumah sakit tanpa memanggil penolong persalinan kedua

A.1. Seorang responden yang menentukan dirujuk ke Rumah Sakit adalah bidan, karena adanya penyakit penyerta yaitu :

Kotak 8

Pre Eklamsia

..... Sejak hamil 16 minggu, sudah saya beri rujukan ke Rumah Sakit untuk kontrol. Karena badan sudah bengkak semua ibu tidak kontrol dengan alasan tidak mempunyai biaya. Pada saat kehamilan 8 bulan, ibu sudah ada tanda-tanda akan bersalin. Pada saat akan saya rujuk, karena menunggu musyawarah keluarga kesadaran ibu mulai menurun. Ibu meninggal dalam keadaan masih hamil.....

(Bidan 11)

A.2. Seorang orang ibu bersalin yang menentukan dirujuk ke Rumah Sakit adalah bidan, karena setelah ditolong persalinan oleh bidan terjadi perdarahan, dengan kasus sebagai berikut :

Kotak 9

Perdarahan karena Atonia Uteri

..... Keluarga sudah saya beri tahu bahwa persalinan macet, sehingga ibu harus segera dirujuk ke Rumah Sakit. Suami tidak segera menyetujui, karena harus musyawarah dulu dengan keluarga yang lain untuk mencari biaya. Karena lama menunggu persetujuan keluarga, sampai di rumah sakit, ibu bersalin kesadarannya menurun dan tak berapa lama kemudian meninggal dunia dalam keadaan masih hamil.....

(Bidan 6)

A.3. Dua orang ibu bersalin datang ke bidan langsung dirujuk tanpa mendapatkan pertolongan persalinan dari bidan.

Kotak 10

.....Ibu datang ke tempat saya dengan perdarahan, tekanan darah 100/70 mmHg. Terdapat ada tanda-tanda *pre syok*, kemudian langsung dirujuk ke RSUD. Bayi dapat lahir dengan selamat, lewat persalinan operasi *sectio caesaria*, ibu tidak tertolong. Sebab kematian adalah karena *Atonia Uteri* (perdarahan).

(Bidan 16)

..... Setelah saya periksa ternyata dijumpai adanya denyut jantung janin yang tidak normal (*Fetall distres*), kemudian langsung saya antar ke RSUD bayi dapat lahir dtolong oleh dokter spesialis kandungan dengan *vaccum ekstrasi*. Bayi lahir mati, terdapat perdarahan pada ibu yang telah berwarna hitam. *Diagnosa* dokter spesialis kandungan adalah *solutio placenta*. Setelah persalinan, tidak lama kemudian ibu tidak sadar, kemudian meninggal dunia.....

(Bidan 8)

- A.4. Dua orang ibu bersalin yang menentukan tempat persalinan adalah suami dan orang tua.

Kotak 11

..... Pada saat hamil, istri saya periksa ke Bu bidan, oleh Bu bidan istri saya diberi tahu bahwa anak saya kembar, darah tinggi dan kaki bengkak. Oleh Bu bidan istri saya disarankan kontrol dan bersalin ke RSUD yang nantinya ditolong oleh dokter spesialis kandungan. Waktu istri saya akan melahirkan langsung saya antar ke RSUD tempat biasanya istri saya kontrol, tetapi hingga dua hari istri saya belum melahirkan, dari rumah sakit langsung dirujuk ke Rumah Sakit Swasta di Semarang. Setelah melahirkan dengan cara di disedot (vakum ekstraksi) istri saya kejang-kejang dan tidak sadar, kemudian meninggal dunia, sedangkan anak saya dua-duanya lahir dengan selamat

(Responden 10)

..... istri saya sudah diberi tahu oleh bidan bahwa pada saat persalinan harus ke RS karena darah tinggi dan kaki bengkak. Tetapi saya tidak punya biaya, sehingga saya panggil mbah dukun. Pada saat persalinan ditolong mbah dukun, istri saya kejang dan tidak sadar. Kemudian saya dan orang tua saya membawa ke Rumah Sakit sampai di Rumah sakit istri saya dioperasi, bayi dapat lahir selamat, tetapi istri saya meninggal dunia

(Responden 8)

- B. Terdapat 7 ibu bersalin memanggil penolong persalinan ke dua sebelum dirujuk ke rumah sakit atau ke rumah bidan.

- B.1. Empat ibu bersalin penolong persalinan pertama adalah dukun, karena persalinan bermasalah kemudian berusaha mencari penolong persalinan kedua yaitu bidan.

Kotak 12

Perdarahan akibat *retensio placenta*

..... persalinan sebelumnya ditolong oleh dukun karena ada perdarahan, kemudian memanggil saya, tetapi saya tidak bisa datang karena sedang sakit. Bayi lahir selamat melalui persalinan normal. Setelah ada perdarahan banyak, keadaan umum ibu turun diputuskan oleh suami dirujuk ke RSUD. Tapi keputusan yang diambil terlambat, karena menunggu musyawarah keluarga untuk mencari biaya ibu meninggal di perjalanan.....

(Bidan 5)

Perdarahan karena *Atonia uteri* dan *ekslamsia*.

.....Ibu bersalin datang ke tempat saya dalam keadaan pembukaan lengkap dan telah mengejan terus. Akan saya rujuk, ibu dan keluarga tidak mau karena ibu sudah akan melahirkan. Setelah selesai persalinan dan bayi telah lahir dengan selamat, karena ada tanda-tanda *pre eklamsia* dan perdarahan, saya paksa rujuk ke Rumah Sakit. Sampai Rumah Sakit penderita pucat, tekanan darah 40/0 mmHg, tidak berapa lama kemudian ibu meninggal dunia. Sebelum ke ke tempat saya, keluarga telah berusaha memanggil dukun. Tetapi dukun menolak menolong (disuruh ke bidan).....

(Bidan 12)

Kulit ketuban pecah dini.

..... Ibu sudah ditunggu oleh dukun selama dua hari, karena tidak ada kemajuan, oleh dukun dikirim ke saya. Setelah saya periksa ternyata ibu sudah mengeluarkan air ketuban dan panas, langsung saya kirim ke Rumah bersalin. Bayi dapat lahir dengan selamat lewat operasi *sectio caesaria*. Lima hari *post partum* ibu meninggal dunia. Sebab kematian diduga oleh karena *sepsis*. Penentu mengambil keputusan merujuk ke rumah bersalin adalah saya

(Bidan 14)

Perdarahan akibat *ruptura uteri totalis*

..... Pertolongan persalinan pertama oleh dukun, pada saat dipimpin mengejan, kesadaran ibu menurun, berkunang – kunang dan kesakitan pada perut. Kemudian diputuskan oleh suami dan orang tua ibu, untuk memanggil saya kemudian saya rujuk ke RSUD, tetapi menemui hambatan karena menunggu musyawarah keluarga untuk mengumpulkan biaya dan menunggu mencari alat transportasi yang sulit. Ibu yang belum sempat melahirkan akhirnya meninggal dunia.....

(Bidan 13)

B.2. Tiga kasus persalinan yang ditangani bidan dan pembantu bidan.

- B.2.1. Karena ada masalah dalam persalinan, kedua bidan memanggil sesama bidan yang terdekat.

Kotak 13

Perdarahan karena *atonia uteri*.

..... Bayi dapat lahir selamat lewat persalinan normal, karena ada perdarahan banyak saya memanggil bidan desa yang terdekat, karena perarahan tambah banyak saya rujuk ke RSUD, tetapi karena suami keberatan karena pada saat persalinan tidak ada keluarga sehingga suami meminta menunggu dulu keluarganya. Karena RSUD tidak ada dokter spesialis kandungan (malam hari), maka langsung di bawa ke Rumah Sakit Kariadi Semarang. Sepuluh jam setelah persalinan ibu meninggal dunia.....

(Bidan 1)

Penyakit sesak nafas

..... Ibu datang ke bidan pertama dalam keadaan sesak nafas, kemudian saya rujuk ke bidan yang lebih senior, bayi lahir mati. Dalam perkembangannya ibu bertambah sesak nafasnya, oleh bidan kemudian merujuk ke RSUD, tetapi tidak berapa lama setelah mendapat oksigen ibu meninggal.

(Bidan 17)

B.2.2. Seorang ibu bersalin penolong persalinannya pembantu bidan, karena ada perdarahan dari persalinan yang ditolong, pembantu bidan memanggil perawat.

Kotak 14

.... Ketika saya datang, bayi telah lahir, kelahirannya ditolong oleh suami ibu, bayi lahir selamat. Ibu mengalami perdarahan kemudian saya memanggil perawat wanita untuk membantu mengatasi perdarahan. Karena perdarahan tidak berhenti, *uterus* tidak *kontraksi*, oleh perawat diputuskan dirujuk ke RSUD. Keluarga tidak langsung menyetujui, tetapi mencari air dan doa dulu dari orang pintar. Hambatan yang muncul kemudian adalah tidak tersediannya alat transportasi, sehingga perlu waktu tambahan untuk mencari kendaraan. Keadaan ibu sampai di Rumah Sakit tidak tertolong.

.....

(Bidan 2)

- C. Dua orang ibu bersalin meninggal di RS setelah ditolong oleh Dokter Spesialis Kandungan, dengan keadaan sebagai berikut :

Kotak 15

Seorang ibu bersalin karena ada penyakit penyerta.

..... selama kehamilan ibu selalu kontrol ke dokter spesialis kandungan, karena mengidap darah tinggi. Pada waktu akan bersalin langsung ke Rumah Sakit untuk bersalin. Tidak ada hambatan berarti, karena ibu ini termasuk keluarga mampu. Ibu meninggal karena *eclamsia*. Bayi dapat lahir dengan selamat lewat persalinan normal.....

(Bidan 3)

Seorang ibu bersalin meninggal setelah operasi *sectio caesaria*

..... indikasi operasi, karena ada perdarahan sebelum melahirkan. Bayi dapat lahir dengan selamat. *Atonia Uteri* terjadi setelah operasi selesai. Ibu meninggal, karena perdarahan yang banyak.

(Bidan 6)

- D. Seorang ibu bersalin meninggal dalam keadaan masih hamil kurang lebih 16 minggu, tanpa mendapat pertolongan persalinan.

Kotak 16

..... Ibu sudah mengalami perdarahan, oleh orang tua yang mengetahui keadaan anaknya diminta untuk segera memanggil saya, tetapi oleh suami tidak boleh karena hal tersebut hanya dianggap menstruasi biasa. Setelah kesadaran ibu menurun dan pucat, atas desakan orang tua dan tetangga untuk memanggil dokter dan saya. Ketika dokter dan saya datang ibu sudah meninggal dengan tanda-tanda perdarahan.....

(Bidan 8)

Ringkasan Kasus Kematian Ibu Bersalin, dapat dilihat pada lampiran.

XI. Pelayanan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

Bidan yang dijadikan responden dalam penelitian ini 11 orang ditambah 1 orang pembantu bidan. Dari 11 orang bidan ini, 1 orang adalah bidan yang bekerja di Rumah Bersalin Swasta. Selebihnya adalah bidan yang bekerja di Puskesmas. Baik sebagai bidan Puskesmas maupun bidan di Desa. Mereka adalah bidan yang sudah punya pengalaman cukup lama, dan bertugas sebagai bidan berkisar antara 6 sampai dengan 24 tahun. Pelayanan kehamilan dan persalinan oleh ke 11 bidan telah dilakukan sesuai prosedur tetap (protap) yang telah ditentukan.

11.1. Pelayanan Kehamilan dan Persalinan Oleh Bidan

a. Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (Antenatal)

Bidan yang melakukan pemeriksaan kehamilan baik di Puskesmas, dirumah (ditempat praktek pribadi) maupun di Posyandu, pada waktu memeriksa ibu hamil yang pertama kali datang untuk periksa kehamilan, pada tahap pertama menanyakan hal-hal yang perlu diisi di KMS Bumil (Kartu Menuju Sehat Ibu Hamil) yaitu meliputi :

- a. Identitas dan latar belakang keluarga
- b. Riwayat kehamilan / persalinan terdahulu
- c. Riwayat kehamilan sekarang yaitu menanyakan mengenai :
 - ◆ Hari pertama haid terakhir (HPHT) yang akan digunakan untuk memperkirakan tanggal persalinan
 - ◆ Keluhan-keluhan yang dialami
- d. Riwayat penyakit yang pernah dan sedang diderita
- e. Penolong persalinan sebelumnya
- f. Jumlah anak yang hidup dan mati

Tahap kedua melakukan pemeriksaan fisik, dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan Umum . inspeksi untuk melihat, apakah ibu pucat, badan bengkak-bengkak, cacat fisik, sesak nafas, tampak kesakitan, dan lain-lain
- 2) Pemeriksaan Fisik, dengan tahapan :
 - a. Pemeriksaan 5 T (ukur tinggi badan, tekanan darah, timbang BB, ukur tinggi Fundus Uteri, pemberian imunisasi TT).
 - b. Pemeriksaan Fundus Uteri, kehamilan, letak / posisi janin, denyut jantung janin, jumlah janin dan lain-lain.
 - c. Tidak ada satu orang bidan pun yang melakukan pemeriksaan dalam (pemeriksaan melalui jalan lahir)

Pada saat ibu hamil kontrol, bidan melakukan pemeriksaan fisik, menanyakan keluhan-keluhan yang dialami dan memberikan nasehat atau penyuluhan. Nasehat atau penyuluhan yang diberikan bidan pada umumnya hampir sama, yaitu mengenai :

- 1) Kontrol yang teratur.
- 2) Makan makanan yang bergizi, minum susu dan menambah jumlah makanan
- 3) Bersalin dengan tenaga kesehatan
- 4) Mengurangi aktivitas dan kerja berat
- 5) Tanda-tanda awal dari persalinan
- 6) Tanda-tanda kehamilan risiko tinggi
- 7) Bahaya-bahaya yang dapat muncul pada persalinan
- 8) Perawatan payudara yang harus dilakukan.

Untuk nasehat ini ternyata hanya dilakukan oleh bidan yang sudah senior, yaitu sebanyak 7 orang bidan.

b. Pelayanan Persalinan

Tindakan yang dilakukan 11 orang bidan dan seorang Pembantu bidan pada saat akan melakukan pertolongan persalinan, melakukan tahapan-tahapan :

- a. *Anamnesa* (pertanyaan) dengan mengajukan pertanyaan sebagai berikut:
 - Mulai jam berapa merasa perut kenceng-kenceng (nyeri), teratur atau tidak
 - Sudah mengeluarkan apa dari jalan lahir yang ditanyakan adalah mengenai air ketuban, darah dan lendir
- b. Pemeriksaan Fisik, dengan melakukan pemeriksaan:
 - Memeriksa tekanan darah
 - Memeriksa perut ibu untuk mengetahui letak / posisi janin, denyut jantung janin
 - Memeriksa bagian luar jalan lahir, untuk melihat apakah ada kelainan (misal *varices vagina*) dan tanda-tanda in partu (tanda-tanda akan melahirkan)
 - Dengan menggunakan sarung tangan, bidan akan memeriksa bagian dalam jalan lahir, untuk mengetahui luasnya pembukaan jalan lahir, sehingga dapat diperkirakan jam berapa lahir.
- c. Pada saat berlangsung persalinan bidan akan membimbing cara mengejan yang benar dan tepat yaitu mengejan bersamaan timbul rasa sakit dan perut kencang (*berkontraksi*). Pengguntingan daerah perineum tidak semua melakukan, hanya perlu saja misalnya bagian jalan lahir yang kaku.
- d. Setelah bayi lahir, semua bidan akan membersihkan muka bayi dari lendir-lendir yang ada dengan menggunakan kain kasa. Lendir yang berada di mulut bayi akan dikeluarkan / disedot dengan menggunakan pipa karet.
- e. Tahap selanjutnya bidan akan mengeluarkan uri dengan jalan meremas-remas rahim ibu, agar uri segera keluar. Dengan gunting yang telah disterilkan, para bidan akan menggunting tali pusat, tali pusat dirawat dengan Betadine. Selanjutnya memeriksa apakah uri lengkap. Setelah uri dicuci bersih kemudian

diserahkan kepada keluarga ibu untuk dibawa pulang. Bila ada robekan jalan lahir bidan akan melakukan penjahitan. Bila *kontraksi uterus* (rahim) ibu kurang kuat, bidan akan memberikan suntikan metergin.

- f. Obat-obat yang diberikan kepada ibu adalah antibiotika selama 3 hari vitamin dan tambah darah.
- g. Nasehat-nasehat yang diberikan kepada ibu, saat ibu hamil yaitu:
 1. Imunisasi lengkap untuk bayi
 2. Memberikan ASI sampai 2 tahun
 3. Tidak memberi makan bayi sampai umur 4 bulan
 4. Ibu segera ikut KB
 5. Menganjurkan makan banyak, agar ASI dapat banyak dan lancar

11.2. Pelayanan Persalinan Oleh Dukun Bayi

Masih didapatkannya 5 pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun bayi. Dari ke 5 dukun bayi, hanya seorang dukun bayi yang menolak menolong ibu bersalin. Dukun ini sudah mengetahui bahwa ibu yang akan ditolong mempunyai tanda-tanda risiko tinggi (tanda preeklamsia). Dari ke 5 dukun bayi, seorang adalah Pria. Dukun bayi pria ini cukup banyak menolong persalinan dan cukup rajin mendatangi ke rumah ibu-ibu yang telah ditolong persalinannya, untuk memijat ibu dan bayi. Selain itu banyak juga ibu hamil dan ibu bersalin yang mendatangi ke rumah dukun bayi pria untuk minta dipijat.

Keadaan umum dukun bayi dan peristiwa persalinan yang ditolong dukun bayi, sebagai berikut :

1. Dukun Bayi Pertama

.... Dukun dipanggil untuk menolong ibu bersalin yang sudah di diagnosa *preklamsia* oleh bidan dan dokter spesialis kandungan. Ibu bersalin sudah dianjurkan untuk bersalin di Rumah Sakit. Dukun bayi melihat keadaan ibu, tidak langsung merujuk. Setelah kesadaran ibu menurun dan kejang baru dirujuk ke

Rumah Sakit. Penentu pengambilan keputusan merujuk adalah suami dan orang tua. Umur dukun 60 tahun, sudah 15 tahun menolong persalinan dan pernah mengikuti kursus dukun di Puskesmas, tetapi tidak rajin. Dukun tersebut belum mempunyai sertifikat dukun terlatih. Dalam satu bulan menolong 5 – 10 persalinan, dan sebelumnya belum pernah menolong ibu bersalin sampai meninggal. Dukun belum mengetahui semua tanda – tanda ibu risiko tinggi yang tidak boleh di tolong dukun. Yang diketahui dukun untuk tidak boleh ditolong hanya tanda – tanda perdarahan, *placenta* tidak bisa keluar dan persalinan yang sudah lama. Dukun ini tidak mengetahui tanda – tanda *pre eklamsia*.

2. Dukun Bayi Kedua

..... Dukun bayi ini adalah seorang pria yang berumur 56 tahun, sudah menolong persalinan selama 20 tahun (sejak 1972), rajin mengikuti kursus dukun di Puskesmas, Sertifikat dukun terlatih diperoleh pada tahun 1975 dengan mengikuti ujian di RSUD. Pada tahun 1986 pernah menolong ibu bersalin yang meninggal dunia. Dukun bayi ini pengetahuan mengenai ibu risiko tinggi dan cara persalinan yang benar cukup dikuasai. Satu bulan menolong 10 persalinan. Pada kasus ibu bersalin ini, ibu dikirim ke bidan, setelah ada tanda – tanda persalinan selama 2 hari, air ketuban sudah keluar. Tidak segera dirujuk karena masih ada tali persaudaran dengan ibu bersalin, sehingga diharapkan dapat menolong persalinannya.

3. Dukun Bayi Ketiga

..... Dukun bayi ini berumur 45 tahun, sudah menolong persalinan selama 12 tahun, ikut kursus Dukun di Puskesmas dan sudah memperoleh Sertifikat dukun bayi terlatih. Dukun ini tahu mengenai tanda ibu risiko tinggi yang tidak boleh ditolong dukun, dan cara menolong persalinan dengan benar. Rata – rata dalam 1 bulan menolong 3 persalinan, sedianya dukun bayi ini diminta menolong persalinan, tetapi karena mengetahui bahwa ibu yang akan ditolong termasuk risiko tinggi yaitu mempunyai tanda – tanda kaki bengkak, dukun bayi ini menolak ibu bersalin dianjurkan bersalin ke rumah bidan.....

4. Dukun Bayi Keempat

..... Dukun bayi ini berumur 65 tahun, sudah menolong persalinan selama 40 tahun. Sejak 4 tahun sudah tidak aktif lagi mengikuti kursus dukun di Puskesmas. Belum mempunyai sertifikat dukun terlatih, dalam 1 bulan menolong persalinan rata-rata 5 persalinan. Selama menolong persalinan belum pernah ada ibu yang ditolong sampai meninggal dunia. Pengetahuan mengenai ibu risiko tinggi yang tidak boleh ditolong dan cara persalinan yang benar kurang dikuasai. Pada persalinan yang ditolong ini, ibu bersalin pada saat mengejan merasa berkunang – kunang kemudian tidak sadar. Dukun bayi ini berusaha menolong persalinan ibu selama 5 jam. Bidan dipanggil, ibu segera dirujuk ke Rumah Sakit. Sebab meninggal karena *Ruptura uteri totalis*.....

5. Dukun Bayi Kelima

..... Dukun bayi ini berumur 65 tahun, telah 30 tahun menolong persalinan. Baru 2 tahun mengikuti kursus dukun bayi, belum memperoleh sertifikat dukun terlatih. Setiap bulan rata – rata menolong 2 persalinan. Pengetahuan mengenai ibu risiko tinggi yang tidak boleh ditolong dan cara persalinan yang benar cukup dikuasai. Pada persalinan yang ditolong kali ini, timbul perdarahan banyak sebab uri belum keluar (*Retensio placenta*), berusaha memanggil bidan desa, bidan desa tidak bisa datang karena sakit, kemudian ibu bersalin di rujuk ke Rumah Sakit, tetapi karena perdarahan yang banyak ibu meninggal diperjalanan menuju ke Rumah Sakit.

BAB V

PEMBAHASAN

I. Karakteristik Responden

Faktor medik yang melatar belakangi kematian ibu adalah faktor risiko, salah satunya adalah umur ibu. Dimana umur ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) merupakan umur yang dapat digolongkan ke risiko tinggi untuk terjadinya kematian ibu bersalin. Sebagian besar responden 81,25 % dari kelompok umur 20 – 35 tahun yang merupakan umur optimal bagi ibu untuk melahirkan, sedangkan kelompok umur berisiko untuk kelompok umur kurang 20 tahun sebesar 6,25 % dan kelompok umur lebih dari 35 tahun sebesar 12,50 %.

Usia 20 sampai 30 tahun merupakan kurun reproduksi sehat, yaitu usia aman untuk kehamilan dan persalinan. Kematian *maternal* pada usia di bawah 20 tahun terdapat 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal pada usia 20 sampai 29 tahun. Kehamilan yang terjadi di bawah 20 tahun, dimungkinkan karena terjadinya perkawinan dini. Seperti halnya Angka kematian ibu hamil dan bersalin di Kota dan Kab. Sukabumi berdasarkan hasil penelitian WHO (World Healty Organisation) merupakan daerah yang memiliki paling tinggi dibanding dengan daerah lain di Jawa Barat. Faktor utama penyebab kematian ibu hamil dan bersalin akibat perkawinan pada usia dini (Molly, 2001) .

Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun (Wiknyo Sastro H, 1994). Departemen Kesehatan sendiri menggolongkan umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan umur yang yang digolongkan berisiko tinggi untuk kehamilan dan persalinan (Depkes RI, 1994).

Hasil studi yang dilakukan pada wanita dari kasta Patel di Rajasthan, membuktikan bahwa wanita menikah pada umur sekitar 14 tahun tidak mempunyai

kesempatan mengambil keputusan di dalam keluarga. Karena dianggap bahwa wanita tersebut belum mempunyai banyak pengalaman dan pembelajaran dalam mengambil keputusan. Sehingga kesempatan untuk merencanakan keluarga praktis tidak ada (Royston, 1994).

Pendidikan merupakan faktor penting kesiapan bagi para ibu dan suami untuk menerima dan memahami informasi baru. Pendidikan baik ibu maupun suami didapatkan hasil yang sama. Responden yang mengenyam pendidikan hingga lulus sekolah dasar saja (43,75 %). Hanya sebagian kecil saja (6,25 %) Ibu dan suami yang kurang mendapat pendidikan yang cukup yaitu SD tidak lulus. Hal ini menunjukkan ibu dan suami sama-sama memiliki kesiapan yang cukup untuk menerima informasi-informasi baru namun tentu saja dengan pendekatan yang sesuai mengingat jenjang pendidikan yang dicapai sebagian besar adalah sekolah dasar. Tingkat pendidikan banyak berpengaruh pada pemahaman dan kesadaran ibu hamil dan suami akan pentingnya arti kesehatan secara umum ataupun pada saat kehamilan dan persalinan. Klien dan Karten dalam Syamsudin KA (1999), menyatakan bahwa pendidikan dan sosial ekonomi rendah merupakan masalah yang perlu yang perlu diatasi untuk menurunkan kematian ibu bersalin, karena hal tersebut ada hubungannya dengan keterlambatan mencari pengobatan, akibat kurangnya pengetahuan. Menurut Tinkes dan Koblinsky dalam Sutrisno (1997), tingkat pendidikan ibu mempunyai efek yang signifikan terhadap kesehatan wanita dan perilaku reproduksi. Tingkat pendidikan ibu berpengaruh pada umur kehamilan, penggunaan pelayanan kesehatan dan kontrasepsi, serta pengenalan risiko atau tanda-tanda bahaya persalinan. Ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi, lebih mudah memperoleh informasi tentang kesehatan, sehingga pengetahuan ibu tentang kesehatan lebih meningkat.

Jenis pekerjaan ibu dan suami dikategorikan berdasarkan tingkat interaksi ibu atau suami dengan orang yang berasal dari tempat lain. Pedagang, pegawai swasta, PNS/ABRI diasumsikan mempunyai tingkat interaksi yang lebih tinggi di bandingkan

ibu rumah tangga (tidak bekerja), buruh tani, petani dan buruh. Terdapat 62,5 % suami memiliki jenis pekerjaan dengan tingkat interaksi rendah yaitu buruh. Rendahnya tingkat interaksi ini sejalan dengan rendahnya kesempatan untuk bertukar pendapat atau memperoleh informasi tambahan dari pihak lain (Sutresno, 1997).

Menurut Kloos, Newacheck et. Al, Bebak et.al dalam Susana Sрни (1999). Status ekonomi suatu kelompok masyarakat berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakatnya. Status ekonomi yang rendah akan tercermin dalam status kesehatan yang dimiliki masyarakat seperti angka kematian dan kesakitan yang tinggi, kondisi malnutrisi dan aksesibilitas terhadap pemeliharaan kesehatan yang rendah.

Upah Minium Regional (UMR) Kabupaten Semarang tahun 2000 sebesar Rp. 185.000,-. Ternyata sebagian besar responden berpenghasilan diatas UMR Kabupaten Semarang. Dengan berpedoman pada UMR, dari data tersebut menunjukkan bahwa responden termasuk mampu dalam memenuhi kebutuhan rumah tangganya termasuk dalam memeriksakan kehamilan dan pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan, meskipun terdapat seorang Ibu yang tidak melakukan ANC dan lima orang ibu yang pertolongan persalinan masih ditolong oleh dukun bayi.

Menurut Zaidi dalam Susana Sрни (1999) pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor determinan terhadap akses pelayanan kesehatan. Kemampuan finansial keluarga mempengaruhi apakah keluarga tersebut dapat membayar pelayanan kesehatan seperti membeli obat, membayar pelayanan kesehatan seperti membeli obat, membayar biaya pelayanan, membayar biaya transportasi ke tempat pelayanan, membeli bahan makanan yang menunjang keperluan nutrisi dan perlengkapan kesehatan yang lain. Akibat kemiskinan pada wanita dan kurangnya kontrol terhadap pendapatan rumah tangga di sebagian negara berkembang berpengaruh terhadap permintaan wanita terhadap pelayanan kesehatan.

Informasi biaya ini untuk mengetahui sampai sejauh mana kemampuan dari ibu bersalin mempunyai dana untuk persiapan melahirkan. Ternyata terdapat seorang responden (6,25 %) yang mengeluarkan biaya persalinan Rp. 75.000, dimana persalinannya ditolong oleh dukun bayi dengan sebab kematian ibu *Ruptura Uteri*. Adapun yang mengeluarkan biaya antara Rp. 75.000,- - Rp. 100.000,- sebanyak 5 responden (31,25 %), yaitu persalinan yang ditolong oleh tiga orang dukun bayi dan dua orang bidan. Sedangkan yang mengeluarkan biaya lebih dari Rp. 100.000,- merupakan kasus-kasus yang pertolongan persalinannya dilakukan di rumah sakit, yaitu sebanyak 6 responden (37,50 %). Pembebasan biayanya pertolongan (gratis) sebanyak 4 responden (25 %).

II. Riwayat Kesehatan Reproduksi

Hasil dari penelitian ini masih ditemukannya umur perkawinan muda, dimana yang menikah pertama kali berumur kurang dari 20 tahun sebanyak 6 responden (37,5 %). Perkawinan di bawah umur akan mengakibatkan kehamilan dan persalinan yang mempunyai risiko tinggi, baik untuk kematian perinatal maupun kematian maternal karena secara biologis dan psikologis belum terdapat kesiapan yang baik dari tubuh untuk mempertahankan kehamilan dan mempersiapkan persalinan yang cukup aman bagi ibu dan janin. Menurut Chen dalam Royston (1994), usia terlalu muda meningkatkan secara bermakna risiko persalinan di seluruh dunia. World Fertility Survey memperlihatkan bahwa perkawinan remaja terjadi secara luas di negara-negara berkembang. Insiden tertinggi tercatat di Bangladesh, 90 % wanita menikah sebelum berumur 18 tahun. Didapatkan hasil bahwa wanita yang berumur 10 – 14 tahun mempunyai angka kematian ibu lima kali lebih besar dibandingkan wanita yang berumur 20 – 24 tahun. Untuk yang berumur 15 – 19 tahun, angka tersebut dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang berumur 20 – 24 tahun.

Jumlah paritas responden berkisar antara 1 – 4 sebanyak 100 %, sedangkan yang mempunyai paritas lebih dari 4, atau yang mempunyai risiko kehamilan tidak ada (0 %). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1994) risiko kehamilan banyak terjadi pada ibu yang mempunyai paritas lebih dari 4. Hasil ini sesuai dengan yang didapatkan oleh Rachimbadi (1992) bahwa paritas 2 – 3 merupakan paritas paling aman bila ditinjau dari sudut kematian maternal. Sedangkan Soejoenoes, dalam penelitiannya di Jawa Tengah (tahun 1989 – 1990), melaporkan paritas sama dengan 5 atau lebih risiko kematian lebih tinggi daripada paritas kurang dari 5.

Jarak kehamilan berikutnya, seorang ibu hamil memerlukan waktu 2 sampai 3 tahun agar ibu dapat pulih secara fisiologik dari persalinan semakin kecil jarak antara 2 kelahiran semakin besar risiko dalam melahirkan bayinya. Jarak antar kehamilan kurang dari 2 tahun termasuk risiko yang melatarbelakangi kematian ibu (Departemen Kesehatan RI, 1994). Menurut Soejoenoes (1997), kenyataan menunjukkan bahwa gizi dan pelayanan kesehatan yang baik, kurun reproduksi yang sehat dan paritas yang rendahpun, tidak dapat mengurangi dan mengimbangi komplikasi yang terjadi bila jarak antara 2 persalinan itu kurang dari 2 tahun. Ada 2 faktor yang menjadi penyebab terjadinya interval yang pendek ini, yaitu memendeknya pemberian ASI dan kurang cukupnya pelayanan kontrasepsi. Pada penelitian ini didapatkan 2 ibu hamil (12,5 %) yang termasuk risiko tinggi, karena jarak kehamilan kurang dari dua tahun. Terdapat jarak kehamilan lebih dari dua tahun sebanyak 10 responden (62,5 %) dan yang baru mempunyai anak pertama sebanyak 4 responden (25 %). Draper dalam Royston (1994), mengatakan bahwa penelitian kematian Ibu yang terjadi di 3 rumah sakit di Bangkok pada tahun 1973 sampai 1977, wanita dengan maternal kelahiran sebelumnya kurang dari 2 tahun mempunyai risiko

dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang mempunyai interval kelahiran lebih lama.

Departemen Kesehatan RI mendefinisikan pemeriksaan antenatal sebagai pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga yang terlatih dan terdidik di bidang kebidanan, seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan, dan perawat yang sudah terlatih. Pemeriksaan ibu hamil diyakini sebagai salah satu unsur penting dalam upaya penurunan angka kematian maternal. Melalui pelayanan antenatal dapat dideteksi kehamilan risiko tinggi seperti anemia berat, riwayat obstetri buruk, kelainan letak janin, kehamilan ganda dan komplikasi obstetri seperti eklamsia yang semuanya termasuk dalam penyebab langsung kematian ibu.

Terdapat seorang ibu (6,25 %) yang sama sekali tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan, dengan alasan bahwa kehamilan kali ini tidak dikehendaki karena sudah mempunyai anak hidup tiga orang. Sebanyak 3 responden (18,75 %) pemeriksaan kehamilan kurang dari empat kali, sehingga belum memenuhi standar kecukupan kunjungan yang diukur melalui ketentuan K4. Dari penelitian yang dilakukan oleh Syamsudin (1999) di RSUUP Dr. Moh. Hoesien Palembang selama 4 tahun (1995 – 1998) dari keseluruhan kasus kematian ibu (59 kasus), didapatkan hasil 52,54 % tidak pernah melakukan ANC, yang melakukan ANC kurang dari 4 kali sebanyak 35,59 %. Dari penderita yang tidak pernah melakukan ANC sebanyak 77,42 % adalah dari tingkat pendidikan SMP dan tidak pernah sekolah. Dari beberapa penelitian terdapat hubungan bermakna antara pemeriksaan Antenatal dengan tingginya kematian ibu dan Perinatal.

Apabila dikaitkan dengan tempat pemeriksaan maka didapatkan hasil 15 ibu (93,75 %) telah memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan, satu orang ibu (6,25 %) tidak pernah periksa kehamilan.

Riwayat obstetri jelek adalah riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya diantaranya adalah sebagai berikut : riwayat operasi pada waktu melahirkan, perdarahan, abortus, janin mati, kejang – kejang, letak sungsang, dan adanya penyakit penyerta. Riwayat obstetri jelek merupakan faktor risiko terjadinya kematian ibu bersalin, menurut Departemen Kesehatan RI (1998) ibu yang mempunyai riwayat *obstetri* jelek dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan.

Dari hasil penelitian didapatkan 6 responden (75 %) riwayat *obstetri* ibu baik, sedang sisanya riwayat obstetrinya jelek. Dalam proses persalinan, ibu dengan riwayat obstetri baik dan tidak ada penyakit penyerta selama kehamilan, dapat pula terjadi kematian. Hal ini bisa akibat kesalahan atau kegagalan dari penolong persalinan dalam membantu persalinan ibu misal pada kasus *ruptura uteri*. Dapat pula terjadi kematian ibu bersalin yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya, misal pada kasus *emboli* air ketuban.

Riwayat kehamilan dengan penyakit penyerta ibu pada kehamilan terakhir didapatkan keadaan sebagai berikut : 56,25% ibu tidak mengidap penyakit penyerta (sebelumnya sehat). Penyakit penyerta meliputi: 6,25 % *Anemi*, 31,25% *hypertensi*, 6,25 % sesak nafas. Secara keseluruhan terdapat 43,75 % ibu hamil yang mengidap penyakit penyerta, atau ibu yang kehamilannya termasuk risiko tinggi.

III. Riwayat Persalinan

Terdapat 25 % yang bersalin dirumah sendiri, 25 % di rumah bidan, 43,75 % di Rumah Sakit dan 6,25 % di rumah bersalin. Untuk persalinan yang dirumah sendiri, ada seorang ibu persalinannya ditolong oleh dukun, setelah bayi lahir, uri (*placenta*) tidak dapat lahir (*Retensio Placenta*), kemudian memanggil bidan desa, tetapi bidan desa tidak dapat hadir karena sakit. Akibat perdarahan yang banyak ibu meninggal di perjalanan ke Rumah Sakit.

Penolong persalinan pertama yang ditolong oleh dukun bayi sebanyak 31,25%. Terdapat 37,5 % persalinan ditolong oleh bidan dan 18,75 % persalinan ditolong oleh dokter spesialis kandungan. Kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sangat erat kaitannya dengan penolong persalinan. Dari hasil penelitian di 97 negara, terdapat korelasi antara cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan angka kematian ibu. Semakin tinggi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, maka semakin rendah angka kematian ibu (Dep Kes 1999)

Penelitian yang dilakukan oleh Istiarti (1997), bahwa tokoh masyarakat selalu menganjurkan kepada masyarakat agar selama hamil memeriksakan kehamilannya ke bidan, namun tokoh masyarakat tidak pernah memberikan anjuran dalam pemilihan tenaga penolong persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya persepsi bahwa dukun dianggap mempunyai kesabaran dan dapat memberikan kekuatan ibu yang akan melahirkan. Dukun bayi dianggap lebih memahami adat istiadat, dan pelaksanaan upacara tradisi (Trisnawati, 1995). Kuatnya tradisi di masyarakat pedesaan menyebabkan mereka tidak berani meninggalkan tradisi, naluri, khususnya yang berkaitan dengan persalinan (Mukti AG, 1994). Selain itu, hingga saat ini pemerintah masih tetap mengakui keberadaan dukun bayi sebagai penolong persalinan (Depkes RI, 1992).

Alasan yang diberikan suami dan keluarga dalam menentukan penolong persalinan, sebagai berikut :

Terdapat 31,25 % penolong persalinan oleh dukun bayi, dengan alasan: jarak rumah dekat, bisa dipanggil setiap saat, biayanya murah, kebiasaan keluarga, mampu melakukan upacara tradisi, adanya hubungan keluarga, bersedia membantu pekerjaan rumah tangga, perawatan bayi setelah persalinan.

Sedangkan penolong persalinan yang dilakukan oleh bidan dan paramedis terlatih (pembantu bidan) terdapat 50 % kasus persalinan dengan alasan: keselamatan dan keamanan persalinan, lebih berpengalaman, lebih berpendidikan, peralatan lengkap, obatan – obatan lengkap, jarak rumah dekat, bisa dihubungi setiap saat, kebiasaan keluarga, perawatan bayi setelah persalinan

Penolong persalinan oleh dokter spesialis kandungan sebanyak 16,67% kasus persalinan dengan alasan yang diberikan : keselamatan dan keamanan persalinan, lebih berpendidikan, lebih berpengalaman, peralatan dan obat – obatan lengkap, sudah diberitahu oleh bidan bahwa harus melahirkan ke dokter spesialis kandungan

IV. Penentu Tenaga Penolong Persalinan dan Tempat Bersalin.

Perilaku ibu hamil dalam menentukan tenaga dan penolong persalinan dipengaruhi antara lain oleh latar belakang sosial, ekonomi, budaya, kepercayaan dan adanya anjuran atau cetusan dari orang lain. Anjuran dapat berasal dari petugas kesehatan, orang tua, suami atau teman. Faktor ekonomi berperan dalam menentukan pemilihan tempat pemeriksaan dan persalinan. Bagi yang kondisi ekonominya lemah, maka Posyandu dan Puskesmas merupakan tempat untuk periksa hamil. Dukun masih merupakan salah satu pilihan bagi golongan ekonomi

lemah untuk bersalin. Alisyahbana Kartareja dalam Rondhiyah (1999), mengatakan sikap dan persepsi para ibu terhadap kehamilan dan kualitas pada petugas kesehatan berperan terhadap pemilihan, kepercayaan dan kepuasan mereka. Dipihak lain sikap dan persepsi para ibu sangat pula dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial – budaya serta pengalaman-pengalaman kehamilan terdahulu mereka dan anggota keluarga lain.

Diperoleh jumlah yang menentukan memilih tenaga penolong persalinan dan tempat bersalin yaitu suami dan istri 31,25 % dan istri 25 %. Sedang yang menentukan suami dan orang tua 12,50 %, orang tua dan mertua 12,50 % dan yang menentukan bidan 12,50 %. Terdapat 6,25 % responden tidak bisa menentukan karena kehamilan kali ini tidak dikehendaki.

Dari hasil penelitian sebagian ibu tidak memerlukan referensi dari orang lain dalam menentukan tenaga penolong persalinan dan tempat bersalin. Sedang yang sering memberikan anjuran untuk memilih tenaga penolong persalinan dan tempat bersalin adalah suami, orang tua dan mertua. Dari sini petugas kesehatan, bidan merupakan orang yang sering memberikan anjuran dalam pemilihan tenaga penolong persalinan. Peran bidan di sini karena bidan telah menemukan bahwa ibu hamil yang dianjurkan adalah ibu hamil risiko tinggi.

V. Penentu Utama Dalam Pengambilan Keputusan Rumah Tangga

Pengambilan keputusan berkaitan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan, dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau penyelesaian konflik.

Penentu utama dalam pengambilan keputusan sehari-hari dalam rumah tangga ternyata suami lebih banyak berperan (81,25 %), dan yang melakukan musyawarah antara suami dan istri 6,25 %. Sedangkan peran istri yang menonjol

dalam pengambilan keputusan dalam keluarga sehari-hari hanya 6,25 %. Dominasi suami tersebut sesuai dengan keadaan dari masyarakat Jawa yang menganut garis keturunan Patrilinear, dimana peranan dari suami sangat berpengaruh, sebagai mana penelitian Herkovits (1980).

Pengambilan keputusan berkaitan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan. Dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik (Terry, 1979).

VI. Aksesibilitas Pertolongan Persalinan

Perjalanan dari rumah ibu bersalin sampai ke rumah sakit sebanyak 62,5% membutuhkan waktu kurang dari 30 menit untuk menuju ke rumah sakit, dan yang membutuhkan waktu antara 30 menit sampai 60 menit ada 31,25 %. Sedang yang belum sempat dirujuk ke Rumah sakit, karena sudah meninggal di rumah 6,25 %.

Melihat kebutuhan waktu yang dibutuhkan untuk sampai Rumah sakit, maka 17 responden belum bisa dikatakan terlambat, karena tidak ada yang membutuhkan waktu lebih dari satu jam untuk menuju ke Rumah Sakit. Menurut Departemen kesehatan RI (1999) waktu 2 jam untuk menuju Rumah sakit merupakan waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu yang mengalami perdarahan pasca persalinan. Hubungan antara waktu yang dibutuhkan untuk perjalanan ke rumah sakit dengan waktu yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit, maka masih memungkinkan terlambat, karena terungkap ada 9 kasus ibu bersalin yang memerlukan musyawarah keluarga dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit. Hal ini tentunya akan menambah waktu lebih lama lagi ibu bersalin sampai ke rumah sakit. Sehingga bisa dikatakan terlambat.

Hasil penelitian dari jarak rumah ibu ke Rumah Sakit maka yang mempunyai jarak kurang 5 Km sebanyak 6,25 %, jarak 5 Km – 10 Km sebanyak 31,25 %, jarak 10 Km – 20 Km sebanyak 43,75 %, jarak lebih 20 Km sebanyak 12,5 %, sedang yang tidak ke Rumah Sakit 6,25 %. Yang mempunyai jarak lebih 20 Km sebanyak 3 responden, 2 responden mudah mendapatkan transportasi, sedangkan 1 orang responden dirujuk ke Rumah Sakit Semarang pada malam hari (jam 23.00) karena di RSUD pada saat itu tidak ada dokter ahli kandungan, sehingga lalu lintas tidak begitu ramai dan hanya dibutuhkan waktu 30 menit dengan menggunakan mobil Puskesmas. Salah satu yang dapat menurunkan angka kematian ibu adalah tersedianya fasilitas rujukan bagi risiko tinggi di Rumah Sakit Umum Daerah (Kabupaten) diperkirakan baru 30 – 50 % yang mempunyai tenaga ahli kebidanan dan kandungan. Belum semua RSUD yang telah mempunyai tenaga ahli tersebut mampu melakukan pelayanan obstetri emergensi komprehensif secara purna waktu (dep Kes RI, 1999).

Alat transportasi yang dipakai ke Rumah Sakit, 18,75 % responden yang kesulitan mendapatkan alat transportasi, dan 75 % responden mudah mendapatkan transportasi. Seorang responden tidak memerlukan alat transportasi, karena sudah meninggal dirumah. Dari penelitian mortalitas dan morbiditas ibu di dunia ketiga, sering ditemukan bahwa tidak terjangkaunya fasilitas pelayanan gawat darurat kebidanan, merupakan kegagalan yang paling kritis dalam sistem kesehatan ibu. Di negara-negara yang kematian ibunya rendah, garis pertahanan terakhir tersebut tersedia secara luas dan berfungsi dengan baik. Sebaliknya, dinegara-negara yang angka kematian ibunya tinggi, pelayan tersebut tidak tersedia secara memadai, tidak terjangkau atau tidak berfungsi dengan baik (Royston, 1994).

VII. Pola Pengambilan Keputusan Suami dan Keluarga dalam Mengambil Keputusan Merujuk Ibu Bersalin ke Rumah Sakit

Dalam pengambilan keputusan merujuk ternyata 56,25 % responden yang dipengaruhi oleh keluarga lain. Hasil ini sesuai dengan penelitian dari Rodhiyah (1999) yang mengatakan bahwa lingkungan keluarga baik keluarga inti maupun keluarga batih akan mempengaruhi pengambilan keputusan, khususnya tentang tempat pelayanan kesehatan dan keputusan perujukan persalinan.

Kecepatan dalam mengambil keputusan, suatu masalah sangat menentukan hasil akhir dari suatu masalah. Terdapat 37,5 % responden yang lambat dalam mengambil keputusan. Pengambilan keputusan untuk merujuk merupakan langkah pertama dalam menyelamatkan ibu yang mengalami komplikasi obstetri. Keterlambatan dalam mengambil keputusan di tingkat keluarga ini mungkin dipengaruhi oleh banyak hal, misalnya ketidakmampuan ibu / keluarganya untuk mengenali tanda bahaya persalinan, ketidaktahuan kemana mencari pertolongan, faktor budaya, keputusan tergantung kepada suami, ketakutan akan besarnya biaya yang perlu dibayar untuk transportasi dan perawatan di rumah sakit, serta ketidakpercayaan akan kualitas pelayanan kesehatan (Dep Kes RI, 1999).

Berdasarkan data terakhir WHO, satu dari setiap 41 persalinan di Indonesia berakhir dengan kematian atau bisa dikatakan bahwa setiap jam di Indonesia dilaporkan 2 ibu meninggal saat hamil atau bersalin. Memang secara klinis penyebab utama kematian pada ibu hamil adalah perdarahan. Tetapi ada penyebab lain, yang sepele dan tidak perlu terjadi bila suami mempunyai kepedulian terhadap keselamatan jiwa si istri. Penyebab itu disebut "tiga terlambat" (Thadeus dan Maine, 1994). Yang pertama adalah terlambat melihat tanda bahaya kehamilan sehingga terlambat pula dalam mengambil keputusan untuk merujuk. Akibatnya perdarahan yang sebenarnya bisa diatasi oleh petugas kesehatan berakhir fatal karena pasien

terlambat ditolong. Yang kedua adalah terlambat menyediakan transportasi pada saat ibu hamil akan melahirkan. Sedangkan yang ketiga adalah terlambat memperoleh pertolongan segera saat tiba di fasilitas kesehatan. Data menunjukkan, 15 % ibu hamil dan bersalin mengalami komplikasi, sehingga harus segera ditangani petugas kesehatan. Masalah ini tidak lepas dari kurang adanya kesetaraan jender di lingkungan keluarga maupun masyarakat. Ibu hamil, khususnya di daerah pedesaan, sering tidak mempunyai suara dalam mengambil keputusan saat diperlukan rujukan, meskipun ia sendiri yang merasakan saat menghadapi kesulitan persalinan. Keputusan ada di tangan suami, sesepuh atau orang tua. Sehingga pertolongan yang diperlukan ibu hamil sering terlambat datang (Pandawa, 2000).

VIII. Pola Pengambilan Keputusan Penolong Persalinan dalam Memutuskan Merujuk Ibu ke Rumah Sakit.

Kebanyakan penolong persalinan (37,5 %) mengambil keputusan begitu persalinannya ada masalah, yaitu langsung mengambil keputusan merujuk ke Rumah Sakit tanpa mencari pertolongan dari penolong persalinan ke dua. Terdapat 43,75 % penolong persalinan yang masih berusaha mencari pertolongan dari penolong persalinan kedua, sebelum akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit.

Dari penolong persalinan, terdapat 5 orang bidan yang langsung merujuk ibu bersalin, ketika mengetahui persalinan bermasalah. Tiga orang bidan tidak menangani sama sekali ibu bersalin, karena begitu diperiksa, mengetahui keadaan ibu bersalin terdapat masalah medis, yaitu kasus dengan tanda-tanda *pre eklamsia*, *pre syok* karena perdarahan sebelum melahirkan dan denyut janin tidak normal. bidan langsung memberikan surat rujukan ke rumah sakit.

Keputusan yang telah dilakukan diambil ketiga bidan tersebut di atas menunjukkan bahwa ketiga bidan tersebut telah betul-betul mengetahui ibu bersalin

risiko tinggi, dapat mengambil keputusan yang benar. Sedangkan dua kasus yang lain yaitu kematian akibat *Ruptura Uteri* dan perdarahan dengan *pre eklamsia*, karena terjadi keterlambatan merujuk ke rumah sakit. Kasus karena *Ruptura Uteri* (Rahim Robek), karena telah terjadi kesalahan penanganan persalinan pada Kala I, Kala II dan terjadi keterlambatan dari bidan untuk mengetahui tanda-tanda *Ruptura Uteri Imminens* (ancaman rahim robek). Tanda-tanda *Ruptura Uteri Imminens* adalah kesakitan pada bagian perut, nadi ibu cepat, urin berwarna merah dan adanya cekungan pada *segmen* bawah rahim. Pada kasus ini bidan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit karena *Partus* macet.

Kasus karena *Atonia Uteri* (perdarahan) ditambah dengan *pre eklamsia*, bidan sudah mengetahuinya dan segera merujuk ibu ke rumah sakit, tetapi ibu dan keluarga menolak dengan alasan bahwa bayi akan segera lahir. Setelah terjadi perdarahan banyak baru bersedia dirujuk ke rumah sakit, tetapi sudah sangat terlambat, sehingga ibu meninggal tidak beberapa lama di rumah sakit.

Kasus persalinan yang ditangani oleh dukun bayi sebanyak 5 responden. Ternyata dukun bayi III yang menolak menolong persalinan dengan alasan ibu bersalin sudah ada tanda-tanda *pre eklamsia* (badan bengkak-bengkak). Dukun ini adalah dukun yang paling muda (45 tahun) diantara 5 dukun yang lain. Dukun tersebut telah mempunyai sertifikat dukun terlatih dan rajin mengikuti kursus dukun di Puskesmas, sehingga pengetahuan mengenai ibu hamil risiko tinggi yang tidak boleh ditolong oleh dukun cukup baik.

Untuk dua kasus kematian ibu yang diduga karena *Sepsis (partus lama)* dan *Ruptura Uteri Totalis*, merupakan kesalahan penanganan persalinan yang dilakukan oleh dukun bayi karena ke dua ibu bersalin sebelumnya tidak ada tanda-tanda kehamilan risiko tinggi. Kematian ibu bersalin semestinya tidak perlu terjadi, apabila dukun bayi mengetahui dan mentaati cara-cara persalinan yang benar.

Pada kasus kematian seorang ibu bersalin karena *eklamsia*, mestinya juga tidak perlu terjadi, apabila dukun bayi mengetahui dengan baik tanda-tanda risiko tinggi. Kematian disebabkan karena dukun bayi tetap melakukan pertolongan, walaupun ibu bersalin sudah mempunyai tanda-tanda *preeklamsia*.

Untuk kasus *Retensio Placenta* (Dukun 5), dukun bayi segera memanggil bidan untuk membantu persalinan, namun bidan tidak dapat hadir karena sedang sakit. Pada kasus ini terjadi keterlambatan dalam merujuk karena tidak ada biaya dan menunggu musyawarah keluarga. Ibu bersalin meninggal di perjalanan, karena perdarahan yang banyak.

Dari lima kasus persalinan diatas, dapat pula disimpulkan bahwa kurangnya pengetahuan baik dari ibu hamil maupun keluarganya tentang kehamilan risiko tinggi dan kegawat daruratan persalinan. Untuk itu perlu dirancang suatu sistem rujukan sesuai dengan keterampilan dan kemampuan para penolong persalinan dalam mengidentifikasi faktor risiko dan mengambil keputusan untuk merujuk. Seorang penolong persalinan dengan kemampuan yang sangat terbatas tentu mempunyai keterampilan dan pengetahuan yang terbatas pula. Untuk itu diperlukan protokol rujukan yang berbeda dengan penolong persalinan yang mempunyai pengetahuan dan kemampuan mengambil keputusan yang lebih baik sehingga jika sistim rujukan bekerja dengan efisien, sebagian besar wanita dengan kehamilan risiko tinggi khususnya yang mendapat pemeriksaan kehamilannya akan dirujuk untuk bersalin di Rumah Sakit (Royston, 1994).

IX. Pelayanan Persalinan

9.1. Pelayanan Kehamilan Dan Persalinan Oleh Bidan

Keluarga golongan menengah kebawah sangat membutuhkan keberadaan bidan. Dari segi keuangan pasien nampaknya cukup terjangkau. Karena biaya periksa dan persalinan cukup ringan serta pembayarannya tidak kaku (bisa dicicil). Dari segi penanganan persalinan bidan lebih terampil, karena memiliki pengalaman yang cukup lama. Dalam perawatan setelah melahirkan, bidan dapat melakukan perawatan sampai bayi dan ibunya betul-betul sehat. Bahkan bila diperlukan bidan mau melakukan kunjungan rumah.

Bidan yang melakukan pemeriksaan kehamilan baik di Puskesmas, dirumah (ditempat praktek pribadi) maupun di Posyandu, semua melakukan prosedur yang sama waktu memeriksa ibu hamil yang pertama kali datang untuk periksa kehamilan.

Pada saat ibu hamil kontrol, bidan hanya melakukan pemeriksaan fisik, menanyakan keluhan-keluhan yang dialami dan memberikan nasehat atau penyuluhan. Nasehat atau penyuluhan yang diberikan bidan pada umumnya hampir sama, yaitu mengenai :

Terdapat lima orang bidan yang telah memberitahu kepada ibu hamil, bahwa kehamilannya termasuk risiko tinggi yaitu yang mempunyai penyakit penyerta liver, sesak nafas, 2 orang ibu yang mempunyai tanda-tanda preeklamsia dan seorang ibu dengan kehamilan kembar dan tanda hipertensi. Ke 5 orang ibu ini sudah diberi nasehat untuk bersalin dengan dokter spesialis kandungan di rumah sakit.

Tindakan yang biasanya dilakukan 11 bidan dan Pembantu bidan pada saat akan melakukan pertolongan persalinan, melakukan tahapan-tahapan yang sama yaitu : Anamnesa (pertanyaan), dan pemeriksaan Fisik sesuai protap yang telah ditetapkan.

Pada saat berlangsung persalinan bidan membimbing cara mengejan yang benar dan tepat yaitu mengejan bersamaan timbul rasa sakit dan perut kencang (berkontraksi). Pengguntingan daerah *perineum* tidak semua melakukan, hanya bila perlu saja misalnya bagian jalan lahir yang kaku. Setelah bayi lahir, semua bidan akan membersihkan muka bayi dari lendir-lendir yang ada dengan menggunakan kain kasa. Lendir yang berada di mulut bayi akan dikeluarkan / disedot dengan menggunakan pipa karet.

Tahap selanjutnya bidan mengeluarkan uri dengan jalan meremas-remas rahim ibu, agar uri segera keluar. Dengan gunting yang telah disterilkan, para bidan akan menggunting tali pusat, tali pusat dirawat dengan Betadine. Selanjutnya memeriksa apakah uri lengkap. Setelah uri dicuci bersih kemudian diserahkan kepada keluarga ibu untuk dibawa pulang. Bila ada robekan jalan lahir bidan akan melakukan penjahitan. Bila kontraksi uterus (rahim) ibu kurang kuat, bidan akan memberikan suntikan metergin.

Dari hasil wawancara terhadap 11 responden bidan dan Pembantu Bidan, dapat diambil kesimpulan bahwa bila melakukan pemeriksaan kehamilan dan menolong persalinan sudah sesuai dengan aturan-aturan yang telah ditetapkan. Tetapi dari 18 kasus kematian ibu bersalin ternyata masih dijumpai adanya kesalahan penanganan persalinan pada kasus *Ruptura Uteri*.

9.2. Pelayanan Kehamilan dan Persalinan Oleh Dukun

Dari 18 responden, tidak ada seorang ibu yang memeriksakan kehamilannya pada dukun bayi. Pada saat menolong persalinan 5 orang dukun melakukan tahapan-tahapan seperti yang diajarkan di Puskesmas. Yaitu dengan merebus alat-alat yang akan digunakan, menyiapkan betadin, dan alas yang bersih kemudian mencuci tangan.

Setelah persiapan selesai, dukun bayi mulai melihat tanda-tanda persalinan dari Ibu. Apabila dubur dan vagina mulai membuka dan Ibu ingin mengejan, maka dukun bayi akan membimbing Ibu untuk bersalin. Setelah bayi lahir, tali pusat dipotong, kemudian diikat dan diberi Betadin. Cara mengeluarkan uri (placenta) yaitu dengan meremas-remas perut Ibu pelan-pelan. Tahap berikutnya memandikan dan memakaikan baju bayi. Membersihkan dan memakaikan baju kepada Ibu bersalin setelah bayi beres.

Kelima dukun tahu apa yang tidak boleh dilakukan, yaitu memeriksa bagian dalam alat kelamin Ibu dan mendorong dorong perut Ibu.

Tanda-tanda risiko tinggi Ibu bersalin yang tidak boleh ditolong oleh dukun umumnya dukun tahu, seperti kaki bengkak, pucat, perdarahan sebelum melahirkan, panas dan pucat. Dukun bayi I belum mengetahui betul tanda preeklamsia sehingga tetap berusaha menolong. Untuk persalinan yang harus segera dirujuk sebagian dukun bayi mengetahui yaitu perdarahan, uri tidak keluar, persalinan lama, air ketuban berbau dan Ibu kesakitan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

I. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tingkat pendidikan ibu terbanyak lulusan Sekolah Dasar dan berstatus sebagai ibu rumah tangga. Ditemukannya ibu hamil berisiko tinggi yaitu umur ibu kurang 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, jarak kehamilan kurang dari 2 tahun. Ada yang riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu jelek serta adanya risiko akibat penyakit penyerta kehamilan. Walaupun sebagian besar dalam keadaan tidak risiko tinggi proses persalinan masih ada yang dirumah sendiri, ditolong oleh dukun bayi serta ada yang tidak ada penolong persalinannya. Suami dari ibu bersalin terbanyak berpendidikan lulus Sekolah Dasar dan bekerja sebagai buruh. Penghasilan keluarga semua telah diatas UMR Kabupaten Semarang tahun 2000 sebesar Rp. 185.000 / bulan.
2. Penyebab kematian ibu bersalin terbanyak karena perdarahan kemudian diikuti oleh karena eklamsia. Sebagian besar ibu bersalin riwayat obstetrinya baik dan tidak ada penyakit penyerta. Dijumpai 3 kasus persalinan yang dilaksanakan oleh bidan dan dukun terjadi kesalahan penanganan yang mengakibatkan kematian ibu.
3. Suami sangat dominan dalam pengambilan keputusan rumah tangga sehari-hari, tetapi dalam penentuan penolong persalinan dan tempat bersalin dari pihak anggota keluarga lain yaitu orang tua, mertua dan penolong persalinan ada yang turut campur. Pada saat menghadapi masalah medis persalinan

masih diperlukan musyawarah keluarga untuk merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

4. Pola pengambilan keputusan penolong persalinan dalam merujuk ibu bersalin sudah tepat yaitu langsung merujuk ibu ke rumah sakit, walaupun masih dijumpai penolong persalinan yang memanggil penolong persalinan yang lain sebelum akhirnya merujuk ibu ke rumah sakit.

II. SARAN

a. Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang

1. Meningkatkan ketrampilan Bidan sebagai penolong persalinan dalam pertolongan pertama atau penanganan kegawatan *obstetri* (baik ibu maupun anak), karena tanpa ketrampilan tersebut, Bidan tidak dapat memberikan pertolongan pada ibu yang mengalami komplikasi *obstetri / neonatal* yang terjadi mendadak dan tidak dapat diduga sebelumnya.
2. Petugas PSM (Peran Serta Masyarakat) dan bidan Puskesmas lebih sering mengadakan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil, suami dan keluarga dalam memperhatikan kesehatan ibu hamil. Serta memberikan alternatif dalam mengambil keputusan persalinan, dengan cara melibatkan suami pada waktu konsultasi maupun pemeriksaan kehamilan, sehingga apabila terjadi masalah dalam proses persalinan, dapat mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.
3. Perlu dikembangkan sistem *Reward* dan *Punishment* kepada bidan sebagai penolong persalinan. Disini *punishment* sangat penting, karena apabila bidan menolong persalinan sampai terjadi kesalahan yang mengakibatkan kematian ibu, maka ijin praktiknya sebaiknya dicabut.

4. Bagi pelaksana program kesehatan ibu dan anak di Dinas Kesehatan dan Sosial, beserta lintas sektor di tingkat Kecamatan perlu kiranya untuk mengaktifkan peran serta masyarakat, melalui program Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (KPKIA).

b. Untuk Rumah Sakit

Perlu adanya sistim umpan balik dari Rumah Sakit ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas mengenai kasus-kasus persalinan yang terlambat dirujuk oleh bidan, agar tidak terulang lagi kejadian yang berakhir dengan kematian maternal, yang kemudian ditindak lanjuti Audit Maternal Perinatal yang melibatkan petugas yang terkait yaitu bidan, kepala puskesmas, dokter ahli penyakit kandungan dan ahli anak, sehingga segera dapat diketahui penyebab kematian ibu bersalin.

- c. Untuk peneliti lain, perlu kiranya meneliti variabel-variabel diluar pola pengambilan keputusan yang dapat menurunkan Angka Kematian Ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen (1975), *Equity in health services, Empirical Analysis in Social Policy*, brige mass ballinger publishing co).
- Andi Mappiare (1983), *Untuk orang dewasa, usaha nasional*, Surabaya, 42 – 58.
- Arikunto. S (1998), *Manajemen penelitian*, Rineka cipta, Jakarta.
- Bappenas (1994), *Rencana Pembangunan Lima Tahun Ke Enam RI Buku IV*, Jakarta.
- Baskett TF (1985), *Essential management of obstetric emergencies – chicesster - New York – Brisbane – Toronto – Singapore : John wiley and Sons, : 1- 6.*
- Budiarto, W, (1996), *Faktor – faktor yang mempengaruhi permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar di pedesaan*, Berita kedokteran masyarakat (107).
- Departemen Kesehatan RI (1991), *Pedoman kerja Puskesmas*, jilid III, cetakan ke 4, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1993), *Pedoman pelayanan antenatal di wilayah Puskesmas*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1994), *Pedoman pelayanan antenatal di tingkat pelayanan dasar*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1996), *Paduan bidan di Tingkat desa*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1996), *Upaya akselerasi penurunan angka kematian ibu*, Dirjen pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- Departemen Kesehatan RI, (1998), *Pedoman pelayanan kebidanan dasar*. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI (1999), *Materi ajar modul safe mother hood*, kerjasama WHO – Dep. Kes. RI – FKMUI.
- Dirjen Yanmed dan Dirjen PKM (1994) *Pedoman teknis terpadu Audit Maternal – Perinatal di tingkat Dati II.*
- Djubaedi, Molly Mulyahati (2001), *Sukabumi tertinggi ibu hamil mati*, *Pikiran Rakyat*, <http://www.indonesia.com/pr>
- Erlin. H (1998), *Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh ibu hamil dan ibu menyusui di polindes Kabupaten Klaten*, Tesis, FK – UGM, Yogyakarta.

- Fatimah Muis dkk (1996), *Kualitas pelayanan persalinan di Jawa Tengah studi di Kotamadya Semarang*, Pusat penelitian kesehatan dan pusat studi wanita lembaga penelitian, Universitas Diponegoro.
- George R. Terry (1999) : dalam Djoko Wijono, *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*, Airlangga university perss, Surabaya, 379.
- Green, L.W, Kreuter, MM (1980), *Health promotion Planning an Education ang Environmental Approach*, mayfield publishing Co.
- Gunawan N (1996), *Kematian ibu di Indonesia dan peran obtetri*, KOGI X, Padang.
- Hadisaputro, H, *Kesiapan menanggulangi kedaruratan persalinan*. Sarasehan kesiapan Rumah Sakit dari Dr. Kariadi sebagai Rumah Sakit sayang ibu semarang, bagian kebidanan dan kandungan Fakultas Undip / RSUP Dr Kariadi, Oktober 1997.
- Ismail Joko Sutresno (1997), *Persepsi perilaku ibu hamil dan masyarakat terhadap risiko kehamilan, persalinan di Kabupaten Purworejo*, tesis dalam program pendidikan dokter spesialis bidang studi obstetri dan Ginekologi.
- Jong. A (1981), *Dental Health and community Denistry*, CV mosby and co, London.
- Kasnyiah, N (1983), *Pengambilan keputusan dalam pemeliharaan sistem pengobatan khususnya penanggulangan penyakit anak – anak pada masyarakat pedesaan jawa*, Tesis, Fakultas Pasca Sarjana, Universitas Indonesia, Jakarta.
- MC. Carthy and Maine (1992) *Dalam materi ajar modul safe motherhood*, kerjasama WHO – Departemen kesehatan RI – FKMUI 1999.
- Meluille j. Herskovits (1980), *Pokok – pokok antropologi budaya*, terjemahan T.O lhromi, 85 – 87.
- Noer Pramana (1999), *Pelatihan metodologi penelitian*, Clinical Epidemiologi and Biostatistics unit, Fak. Kedokteran Universitas Diponegoro / RSUP Dr kariadi Semarang.
- Pandawa (2000), Ibu hamil : tiga terlambat bisa gawat, *Intisari Online*, <http://www.indonesia.com/intisari/>
- Pribakti (1997), *Laporan penelitian kematian maternal di RSUD Dr Soetomo Surabaya selama 5 tahun (1 Januari – 31 Desember 1995)*.
- Poedji, R, (1992) : *Strategi pendekatan risiko sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan*, PTP POGI VIII, Bandung.
- Rachimhadi T, *Peran POGI dalam upaya menurunkan angka kematian maternal*, PTP POGI VIII Bandung, 1992.

- Rodhiyah dkk (1999), *Peran suami dan anggota keluarga lain dalam keputusan perujukan persalinan*, Pusat penelitian kesehatan, lembaga penelitian Universitas Diponegoro.
- Ronsenthal (1994), *The Demand for General Hospital Facilities and corporation*, P 75 – 84.
- Royston E. Armstrong S, *Pencegahan kematian ibu hamil*, Terjemahan RF. Maulouy (1994).
- Save M. Dagun (1990), *Untuk keluarga*, Rineka cipta, Jakarta, 21 – 42.
- Slack, G.L (1981), *Dental Public Health*, 2 nd ed, 138 – 158, John wright and Sons ltd, Bristol.
- Soebarjono (1988), *Pola rujukan di kamar bersalin RSUD Dr Soetomo*, Arsip bagian.
- Soejoenoes, A (1991), *Peran serta masyarakat dalam upaya menurunkan kematian maternal, pidato pengukuhan guru besar tetap ilmu kebidanan dan penyakit kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*.
- Soejoenoes A, Junaidi A, *Kematian Maternal di RSUD Dr. Kariadi Semarang tahun 1991 – 1995*, POGI X Padang, 1996.
- Sutopo (1996), *Metodologi Penelitian Kualitatif Metodologi Penelitian untuk Ilmu – Ilmu Sosial dan Budaya*, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Syamsudin, KA (1999), *Kematian maternal di RSUD dr. Muhammad Hoesin Palembang (1995 – 1998)*, makalah lengkap POGI cabang Palembang PIT XI, Semarang
- Trisnawati, A (1995), *Pendekatan Antropologi Dalam Penempatan Bidan di Desa*, *Jurnal: Jaringan Epidemiologi Nasional*, Vol 2
- Wahdi (1998), *Kematian maternal di RSUD Dr. Kariadi Semarang tahun 1996 – 1998*, Kumpulan makalah ilmiah residen obsgin Fak. Universitas Diponegoro.
- Wiknyosastro H, *Ilmu kebidanan*, Edisi 3, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo, 1994
- Wishnuwardhani (1998), *Kematian maternal di Indonesia (peran Rumah Sakit)*, Seminar sehari kematian dan interfilitas yang diselenggarakan oleh pusat kesehatan maternal dan perinatal, Fak. Kedokteran UGM, Yogyakarta.