

Karakteristik Kematian Maternal di Kabupaten Timor Tengah Utara, 1997

Sutrisno*, Lisa Andriani

*Rumah Sakit Marsudi Waluyo Singosari, Malang/
* Mantan Kepala Puskesmas Maubesi, Insana, TTU, NTT*

ABSTRAK

Tujuan : Mencari karakteristik, latar belakang dan penyebab kematian dari kasus-kasus kematian maternal di Timor Tengah Utara, Nusa Tenggara Timur.

Lokasi : Kabupaten Timor Tengah Utara, Nusa Tenggara Timur.

Waktu studi : 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997.

Bahan dan cara : Penelitian dilakukan secara retrospektif terhadap kasus-kasus kematian maternal di TTU periode 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997 dengan menggunakan instrumen formulir AMP Departemen Kesehatan RI ditambah dengan pemeriksaan hapusan darah dan tetes tebal untuk mengidentifikasi spesies Plasmodium. Kemudian dilakukan pembahasan bersama antara pengelola KIA tingkat puskesmas dan Dinas Kesehatan TTU serta para dokter kepala puskesmas dan dokter di RS Kefamenanu untuk memperoleh kesamaan persepsi dan mencari jalan keluar terhadap semua masalah yang timbul.

Hasil : Dalam periode 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997 didapatkan 28 kasus kematian maternal. Dari 28 kasus kematian maternal, usia terendah 19 tahun dan tertinggi 39 tahun. Puskesmas kota dan puskesmas sangat terpencil mempunyai peringkat tertinggi angka kematian maternalnya. 53,6% kematian maternal melakukan ANC di fasilitas kesehatan akan tetapi 75% kematian maternal bersalin di rumah dengan pertolongan dukun tidak terlatih dan keluarga (46,4%) dan dukun terlatih (25%). 50% kematian maternal mempunyai paritas 3 atau lebih. Sebagian besar pekerjaan penderita adalah petani (67,9%). Rata-rata usia kehamilan saat meninggal adalah 35,036 minggu dengan 1 kasus abortus yang meninggal karena sepsis. Dari 28 kasus, hanya 1 orang yang mempunyai riwayat komplikasi obstetri (retensio plasenta) pada kehamilan sebelumnya. Riwayat adanya trauma didapatkan pada dua kasus (7,2%) yaitu dipukul oleh suami. Diagnosis penyebab kematian dari 28 kasus kematian maternal adalah pendarahan (60,7%), malaria serebral (17,9%), sepsis (14,3%), eklamsi (3,6%) dan KP yang diperberat kehamilan (3,6%).

LATAR BELAKANG

Sampai saat ini kematian maternal di negara berkembang masih tetap menjadi masalah kesehatan utama dan belum terpecahkan. Walaupun data yang akurat mengenai jumlah yang pasti dari kematian maternal tidak diketahui, namun dapat

diperkirakan sekitar 500.000 wanita di negara-negara berkembang meninggal karena sebab kehamilan, persalinan dan abortus setiap tahunnya⁽¹⁾. Di beberapa negara berkembang, kematian maternal merupakan penyebab kematian utama bagi wanita usia reproduksi⁽²⁾. Dalam konteks ini, yang dimaksud

kematian maternal adalah kematian wanita yang disebabkan oleh kehamilan, terminasi kehamilan, persalinan dan kontrasepsi⁽⁵⁾.

Laporan-laporan statistik kesehatan menunjukkan bahwa angka kematian maternal antara negara maju dan negara berkembang memperlihatkan perbedaan yang tajam⁽⁴⁾. Seorang wanita di negara-negara berkembang rata-rata mempunyai risiko untuk meninggal karena penyebab yang berhubungan dengan kehamilan antara 1 : 15 sampai 1 : 150, dibandingkan dengan wanita di negara maju yang berkisar antara 1 : 4.000 sampai 1 : 10.000⁽¹⁾. Masyarakat miskin di negara berkembang terkesan menerima kematian maternal sebagai kemauan takdir yang tak dapat dihindarkan, sementara ketidakpedulian politik tetap mengabaikan kepentingan wanita di beberapa negara berkembang hingga saat ini.

Angka kematian maternal di Indonesia sebesar 421/100.000 kelahiran hidup⁽⁶⁾ dan terakhir diperkirakan 350/100.000 kelahiran hidup⁽⁷⁾. Angka ini 50 kali lebih tinggi dari negara maju dan 3 kali lebih tinggi dari negara-negara Asean^(7,10). Menurut BKFENFIN tahun 1987, penyebab kematian maternal di Indonesia adalah perdarahan (52,17%), toksemia (30,34%) dan sepsis (17,39%)⁽⁵⁾.

Permasalahan kesehatan di Propinsi Nusa Tenggara Timur bersifat spesifik dan kompleks. Angka kematian maternal sebesar 1350/100.000 kh⁽⁵⁾. Di Kabupaten Timor Tengah Utara pada tahun 1995, angka kematian maternalnya sebesar 1246/100.000 kh (Sutrisno, 1995). Angka kecacatan di Propinsi NTT tertinggi di Indonesia⁽⁵⁾. Insiden sumbing bibir dan langit-langit di NTT berkisar antara 5-9 per 1000 kelahiran hidup⁽⁶⁾. Defisiensi mikronutrien zinc dalam serum ibu hamil sebesar 75% dari seluruh ibu hamil di pulau Timor dan ini berkaitan dengan rendahnya sumber zinc dalam diet dan menyebabkan tingginya komplikasi obstetri dan malaria. Dengan demikian NTT menghadapi masalah kesehatan yang dilatarbelakangi masalah sosial ekonomi, ekologi dan kultural. Oleh karena itu dalam rangka memacu pertumbuhan pembangunan di NTT, Pemerintah Daerah setempat mencanangkan tujuh program strategis yang akan dicapai Pemda NTT bersama masyarakat NTT dengan program utama berupa peningkatan kualitas sumber daya manusia⁽¹²⁾.

Kematian maternal hingga saat ini merupakan masalah yang sulit dipecahkan di NTT. Kematian maternal sesungguhnya bukan hanya masalah kesehatan semata, tetapi dilatarbelakangi masalah sosioekonomi, ekologi dan budaya. Berikut akan dilaporkan karakteristik kematian maternal yang terjadi di Kabupaten Timor Tengah Utara pada tenggang waktu antara Januari 1997 sampai dengan Agustus 1997.

TUJUAN

Mencari karakteristik, latar belakang dan penyebab kematian dari kasus-kasus kematian maternal di Kabupaten Timor Tengah Utara, Nusa Tenggara Timur.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini dilakukan secara restropektif terhadap kematian maternal yang terjadi di Kabupaten Timor Tengah

Utara, Nusa Tenggara Timur mulai 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997. Sumber data kematian maternal diambil dari catatan KIA dan formulir kematian maternal yang rutin diisi dan dilaporkan bidan desa setiap bulan. Dengan menggunakan formulir Audit Maternal Perinatal (AMP) dari Departemen Kesehatan yang telah ditambah dengan beberapa pertanyaan yang mempunyai relevansi dengan kondisi setempat, dilakukan penggalan riwayat dari kematian maternal lewat suami dan atau keluarga terdekat (dilakukan verbal autopsi). Penggalan riwayat dilakukan sedetail mungkin dengan memanfaatkan banyak sumber informasi, agar informasi yang didapat cukup valid, representatif dan berkualitas untuk mencari penyebab kematian dari si ibu. Wawancara dilakukan di desa, kemudian hasil wawancara didiskusikan dengan bidan pengelola KIA dan dokter puskesmas di puskesmas induk. Agar penyebab kematian dan permasalahan lain yang mendasari dapat diketahui lebih jelas, hasil autopsi verbal dari puskesmas dibahas ulang di tingkat kabupaten oleh tim AMP tingkat kabupaten yang terdiri dari dokter rumah sakit, Dinas Kesehatan, dokter puskesmas dan pengelola KIA tingkat puskesmas. Khusus untuk malaria serebral, diagnosa ditegakkan atas dasar gejala klinik, hapusan darah dan tetes tebal yang diambil pada saat sakit berat atau saat menderita dirawat di rumah sakit.

HASIL

Dalam kurun waktu antara 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997 didapatkan 28 kasus kematian maternal. (Tabel 1)

Tabel 1. Disiribusi usia kematian maternal.

No	Usia (tahun)	Persentase N=28
1	< 20	3,6
2	20 - 25	25
3	26 - 30	32,2
4	31 - 35	14,4
5	> 35	25
	Jumlah	100

Total kasus sebanyak 28 kasus, dengan usia termuda 19 tahun dan usia tertua 39 tahun.

Bila ditinjau dari asal puskesmas, tampak dalam tabel 2.

Tabel 2. Kematian maternal per puskesmas.

No	Puskesmas	Persentase N=28
1	Eban	7,1
2	Oelolok	3,6
3	Lurasik	3,6
4	Manufui	7,1
5	Maubesi	7,1
6	Noemuti	3,6
7	Nunpene	3,6
8	Oemeu	3,6
9	Sasi	28,6
10	Wini	28,6
	Total	100

Dari riwayat *antenatal care*, dari 28 kasus kematian mater-

nal sebanyak 53,6% mengaku melakukan *antenatal care* dan 46,4% mengaku tidak melakukan *antenatal care* walaupun di desanya terdapat polindes dan ada bidan desa yang tinggal di polindes tersebut. Mengenai paritas dari kasus kematian maternal, didapatkan data sebagai berikut (**Tabel 3**) :

Tabel 3. Paritas kasus kematian maternal.

No	Paritas	Persentase N=28
1	1	35,6
2	2	14,3
3	3	21,4
4	5	14,3
5	6	7,2
6	8	3,6
7	9	3,6
	Total	100

Dari 28 kasus kematian maternal latar belakang pekerjaannya adalah pegawai (3,6%), ibu rumah tangga (28,6% dan petani (67,9%).

Usia kehamilan saat meninggal, dari anamnesa dan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil sebagai berikut (**Tabel 4**) :

Tabel 4. Usia kehamilan dari kasus kematian maternal

No	Usia kehamilan (minggu)	Persentase N = 28
1	16	3,6
2	24	3,6
3	28	10,7
4	32	3,6
5	34	3,6
6	Aterm	74,9
	Total	100

Dari penggalan riwayat komplikasi kehamilan. persalinan dan nifas pada kehamilan sebelumnya, didapatkan data sebanyak 96,4% kasus kematian maternal tidak ada riwayat komplikasi dan 3,6% mempunyai riwayat retensio plasenta berulang sebanyak 2 kali.

Masyarakat Timor Tengah Utara pada umumnya tinggal diperdesaan serta mereka mempunyai kebiasaan tinggal di rumah kebun yang jauh dari perkampungan permukiman. Dari wawancara dengan keluarga, tempat bersalin kasus kematian maternal adalah di kebun (3,6%), di rumah sendiri (75%) dan sisanya (21,4%) melahirkan di fasilitas kesehatan baik polindes, puskesmas maupun rumah sakit kabupaten. Dari 28 kasus kematian maternal; penolong persalinan adalah bidan (28,6%), dukun terlatih (25%) dan dukun tidak terlatih dan keluarga (46,4%).

Di Nusa Tenggara Timur, masih sering terjadi kasus-kasus tindak kekerasan suami terhadap isterinya. Dari 28 kasus kematian maternal, bila ditinjau dari riwayat tindak kekerasan yang dilakukan suami yang bersangkutan, didapatkan 2 kasus (7,2%) pemukulan yang terjadi dalam kurun waktu 1 minggu sebelum meninggal.

Dengan cara kesepekatan lewat diskusi dalam forum AMP, berdasarkan riwayat dan data-data yang berkumpul dan lapang-

an dan data laboratorium seta berdasarkan buku-buku acuan yang relevan, penyebab kematian dari 28 kasus kematian maternal di Timor Tengah Utara, terpampang dalam **tabel 5**.

Tabel 5. Penyebab kematian maternal.

No	Penyebab kematian	Persentase N=28
1	Pedarahan	60,7
2	Malaria serebral	17,9
3	Sepsis	14,3
4	Eklamsia	3,6
5	KP diperberat kehamilan	3,6
	Jumlah	100

DISKUSI

Puskesmas Sasi adalah puskesmas kota Timor Tengah Utara (TTU), sedangkan puskesmas Wini adalah salah satu puskesmas terjauh (sangat terpencil) di TTU tetapi di kedua puskesmas tersebut didapatkan jumlah kematian maternal yang sama. Infrastruktur kesehatan di kota sudah cukup memadai karena terdapat satu rumah sakit daerah tipe C dan beberapa poliklinik swasta ditambah dengan beberapa orang dokter swasta, sehingga akses ke pelayanan kesehatan cukup baik. Sedangkan di Wini, puskesmasnya tidak ada dokternya dan situasi alamnya sulit. Namun ternyata di kedua daerah ini didapatkan jumlah kumulatif kematian maternal yang sama. Data ini menunjukkan bahwa kematian maternal tidak hanya semata-mata ditentukan oleh variabel fasilitas kesehatan (dan tenaga kesehatan) tetapi oleh banyak faktor dominan lainnya yang saling berinteraksi.

Di antara 28 kasus kematian maternal, 53,6% melakukan *antenatal care* ke petugas kesehatan, tetapi saat persalinan mereka lebih suka bersalin di rumah (75%) bahkan ada yang bersalin di kebun (3,6%) dengan penolong dukun terlatih (25%) dan dukun tidak terlatih/keluarga (46,4%), dan sisanya (28,6%) yang minta pertolongan ke petugas kesehatan. Di masyarakat Timor, kebiasaan memeriksakan kehamilan sudah menjadi kegiatan rutin, terutama di posyandu, akan tetapi belum dimengerti dengan baik tujuan dari *antenatal care* sehingga yang pada saat hamil sebagian besar memeriksakan diri ke petugas kesehatan akan tetapi pada saat bersalin mereka memilih dukun. Keterikatan mereka pada adat kebiasaan sangat besar Ibu-ibu hamil di Timor lebih mempercayai perkataan dukun daripada petugas kesehatan. Bila dukun menganjurkan ibu hamil untuk minum sopi (alkohol lokal) untuk memperkuat kandungan, maka ibu hamil langsung meminumnya tanpa banyak pertanyaan. Demikian juga bila dianjurkan untuk makan sejenis tanah tertentu agar anaknya tumbuh sehat, maka ibu hamil langsung memakannya juga. Akan tetapi bila ibu bidan menganjurkan agar ibu hamil minum tablet tambah darah dan kalsium secara teratur, ibu hamil banyak yang tidak meminumnya bahkan ada yang dibuang di jalan, agar tidak dimarahi ibu bidan bila diketahui tablet besinya masih sisa. Hal ini diperkuat oleh tingginya angka KI (80%) dan rendahnya persalinan tenaga kesehatan (23%)⁽⁸⁾. Di TTU aparat formal menaruh perhatian yang besar dalam hal ini terbukti bila ada posyandu perangkat desa berkeliling menabuh gong memanggil

ibu hamil dan ibu yang mempunyai anak balita agar datang ke posyandu. Sering petugas keamanan (babinsa/babinkamtibmas) turun ke desa dalam rangka posyandu ini, namun secara kualitatif hasilnya belum menggembirakan. Para suami secara umum mengerti permasalahan kesehatan ibu dan anak, tetapi sulit mengambil keputusan sebab dalam proses pengambilan keputusan dalam keluarga peran orang tua dan tua-tua adat (dukun) sangat dominan⁽⁸⁾.

Dalam hal jumlah persalinan ternyata dari kematian maternal yang ada 35,7% merupakan persalinan pertama, dan persalinan ketiga dan seterusnya 50. Hal ini sesuai dengan yang ditulis Royston bahwa risiko kematian maternal meningkat seiring jumlah persalinan, walaupun tidak setajam pernyataan Royston. Sementara Fortney JA menemukan bahwa 2/3 kematian maternal terjadi pada usia diatas 30 tahun atau paritas 3 atau lebih (Fortney JA, 1988).

Pekerjaan umum dari ibu-ibu yang meninggal adalah petani (67,9%) dan ibu rumah tangga (28,6%). Ini membuktikan bahwa ibu-ibu dari kalangan sosial ekonomi rendah kurang beruntung karena rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan oleh karena berbagai sebab. Ketidakterdayaan ibu-ibu terhadap akses pelayanan kesehatan yang baik antara lain karena sebab ekonomi menyebabkan peningkatan risiko mendapat komplikasi akibat kehamilan dan persalinan^(1,2).

Satu kasus di antara 28 kasus mempunyai riwayat retensio plasenta, 27 kasus dari 28 kasus kematian, posisi anak normal. Hal ini yang mendorong ibu-ibu bersalin ke dukun karena terbukti sebelumnya (dianggap) tidak menghadapi masalah dalam kehamilan dan persalinan. Di sisi lain para dukun cukup gencar mempromosikan dirinya dengan disertai bahasa-bahasa adat sehingga ibu-ibu hamil yang rata-rata berpendidikan rendah lebih tertarik ke dukun.

Dua di antara 28 kasus mempunyai riwayat trauma dipukul suami. Keduanya mengalami pendarahan setelah dipukul suami dan terlambat mendapatkan patolongan dengan baik. Secara umum terdapat pandangan bahwa kaum ibu adalah nomor dua setelah suami. Banyak kasus-kasus kekerasan terhadap istri yang dilakukan oleh suami-suami mereka dan biasanya sampai pada urusan polisi walaupun akhirnya berdamai secara adat.

Perdarahan menduduki tempat pertama sebagai penyebab kematian (60%), disusul malaria sarebral (17,9%), sepsis (14,3%) kemudian eklamsia (3,6%) dan KP yang diperberat kehamilan (3,6%). Ibu-ibu bersalin di NTT lebih mudah mengalami perdarahan oleh karena kurang gizi, anemia dan sebab lainnya. Kasus malaria masih sangat tinggi yang mempunyai insiden 100-150 per 1000, termasuk didalamnya malaria pada ibu hamil. Fakta lainnya adalah malaria pada ibu hamil lebih resisten terhadap klorokuin sehingga potensi menjadi malaria berat (Sutrisno et al, 1988).

Tuberkulosis sangat prevalen di NTT, namun menghadapi kendala besar dalam hal pengobatan. Sepsis post partum berkaitan erat dengan pertolongan persalinan oleh dukun yang tidak higienis. Biasanya dukun memakai alat tradisional yang tidak steril, dan luka pada ibu dan anak diberi ramu-ramuan tradisional yang tidak higienis.

Faktor-faktor nonmedis mempunyai kontribusi yang besar pada kasus-kasus kematian maternal⁽¹³⁾, sehingga pemecahan

masalah secara komprehensif dengan memberi penekanan faktor sosioekonomi menjadi keharusan bila ingin menyelesaikan masalah kematian maternal dengan baik⁽¹³⁾.

Di beberapa negara Afrika, yang mempunyai masalah serupa dengan Indonesia, telah dikembangkan beberapa strategi untuk mengatasi masalah kematian maternal ini. Di suatu distrik Ghana, pada tahun 1993 sampai dengan 1994, kamar operasi dan bank darah disediakan dengan baik, fasilitas kesehatan ibu dan alternatif sumber dana dipermudah. Kemudian dokter ditempatkan secara menetap dan dilatih ilmu obstetri dasar dan bidan dilatih *lifesaving* untuk tindakan persalinan. Kemudian kebutuhan air dicukupi, serta di masyarakat dilakukan intervensi berupa penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran agar secepatnya mencari pertolongan ke tenaga kesehatan bila menghadapi masalah persalinan. Dengan usaha ini, wanita yang datang ke fasilitas tersebut karena komplikasi obstetri meningkat tiga kali serta kasus rujukan ke rumah sakit lebih besar menjadi berkurang. Bidan menjadi lebih trampil dan berani melakukan tindakan dasar kebidanan seperti manual plasenta, vakum ekstraksi dan episiotomi⁽¹⁷⁾.

Di Kumasi Ghana, dokter, bidan, perawat dan pembantu perawat dilatih pencatatan, komplikasi dan analisa data. Monitoring dan supervisi dilakukan secara rutin. Dengan metode ini kualitas hasil pencatatan meningkat, koleksi data dan analisa data dilakukan secara rutin dan tetap. Dokter menggunakan datayang ada untuk laporan pagi. Bidan dan perawat bisa mengkompilasi data dan membuat klasifikasi bulanan. Daerah lain mulai mengadopsi pola ini dan banyak yang berhasil⁽¹⁷⁾.

Di Ekpoma, Nigeria, setelah fasilitas kesehatan secara memadai, kemudian pinjaman dana untuk emergensi obstetri dipermudah dan dikelola secara mandiri oleh anggota klan, dibawah pengawasan dan supervisi dari pemerintah, usaha ini mendatangkan hasil berupa berhasilnya 12 klan dari 13 klan yang dibina. Setiap orang dipinjami US\$ 7 - US\$ 15, dan 93% pinjaman dapat dikembalikan secara penuh⁽¹⁶⁾.

Di Pakro Ghana, 1991, sebuah rumah bekas dilengkapi dengan almari es, air, obat-obatan dan perlengkapan lainnya, kemudian ditempatkan seorang perawat secara menetap oleh depkes, lalu difungsikan sebagai klinik kesehatan ibu anak dan keluarga berencana. Kemudian bidan senior ditempatkan secara permanen dan memberi pelayanan obstetri secara baik. Periode selanjutnya dievaluasi dan hasilnya menggembirakan⁽¹⁹⁾.

Di Sierra Leone, motivator (*community motivator*) dilatih dan diberi sepeda. Tugas mereka adalah mendidik masyarakat, membentuk suatu kelompok masyarakat mengatasi emergensi obstetri dan mencari transportasi ke fasilitas rujukan. Hasilnya dievaluasi dan ternyata kasus-kasus kegawatan obstetri cepat mendapatkan pertolongan⁽¹⁹⁾. Di Afrika Barat strategi untuk mengatasi tingginya kematian maternal adalah membantu mendapatkan pinjaman dana, pelayanan obstetri secara cepat dan tepat (24 jam) serta meningkatkan perilaku dan etos kerja dari para staf. Pengalaman di Afrika Barat menunjukkan diperlukannya pendekatan multidisipliner untuk menanganai masalah yang multiaspek, juga kolaborasi di antara tim untuk meningkatkan kemampuan dan pengalaman, bantuan teknis jangka panjang dan sistematis, pengadaan sumber daya manusia

dan material secara baik, serta pembentukan strategi yang tepat sesuai kondisi lapangan.

Di Anambra State, Nigeria, *Community contact person* dibentuk dan mempunyai tugas meningkatkan kesadaran masyarakat akan komplikasi obstetri, memfasilitasi rujukan bagi yang terkena komplikasi obstetri dan mempunyai jalinan kerja sama yang baik dengan ibu hamil, alat transportasi dan alternatif sumber donor darah. Setelah beberapa tahun hasilnya mengembirakan⁽¹⁶⁾.

Di Kabupaten TTU dan Belu telah dilakukan uji coba pembinaan desa secara berkelanjutan yang didanai oleh proyek kesehatan wanita dan keluarga berencana dari Ausaid. Dari 7 puskesmas tempat uji coba, pola pembinaan berkelanjutan lewat *on the job training* hasilnya cukup mengembirakan. Karena dianggap berhasil, proyek ini akan diperluas ke kabupaten lainnya⁽¹⁸⁾.

Di Ghana biaya yang digunakan sebesar US\$30.000, 40% dari proyek, 36% dari LSM, 15% dari pemerintah dan sisanya 9% dari masyarakat. Hal ini merupakan model yang menarik karena ada kerja sama antara pemerintah, LSM dan masyarakat dalam memecahkan masalah kematian ibu dan anak. Di Kumasi Ghana dana yang digunakan untuk memperbaiki pencatatan 10 fasilitas kesehatan sebesar US\$ 2543, 85% dana dari proyek. Di Ekpoma biaya yang disediakan proyek sebesar US\$ 1360. Di Pakro, Ghana, biaya yang diperlukan US\$ 12.550, 47% dari masyarakat, 43% dari LSM 7% dari proyek dan 3% dari depkes. Dalam aspek pembiayaan pengalaman negara-negara Afrika menunjukkan bahwa diperlukan biaya yang besar untuk memperbaiki infrastruktur pelayanan obstetri dasar serta diperlukan kerja sama yang baik antara pemerintah, proyek, LSM dan masyarakat secara swadaya. Di Nusa Tenggara Barat dikembangkan suatu model dengan menitik beratkan jalinan kerja sama antara puskesmas dan rumah sakit rujukan dan hasilnya dilaporkan cukup berhasil⁽²⁰⁾.

Sebenarnya di Desa Bannae Kecamatan Insana TTU, ada sekelompok masyarakat satu suku, yang mencoba mengembangkan pola kerja sama secara mandiri dengan cara iuran sejumlah uang secara rutin untuk bisa dipakai sewaktu waktu bila ada anggota keluarga yang bersalin dan memerlukan biaya. Usaha ini bisa berlangsung dalam waktu yang lama dan hasilnya bisa dirasakan membantu oleh para anggotanya. Tetapi pengelolaan dana tersebut masih sangat tradisional. Ketika ditanya mengapa tidak mengikutsertakan masyarakat lainnya dalam jumlah yang lebih besar, mereka mengakui masih mudah curiga terhadap pengelola keuangan, tetapi mereka juga belum siap menerima kehadiran pihak ketiga, orang yang profesional, untuk mengelola keuangan mereka. Kondisi semacam ini hampir merata di Timor sehingga kreatifitas warga untuk meringankan beban mereka sendiri, hilang oleh besarnya rasa ketidakpercayaan, walaupun secara umum masyarakat menyadari bahwa biaya kesehatan termasuk kesehatan ibu dan anak menjadi tanggung jawab mereka sendiri.

Dalam kenyataannya strategi mengatasi kematian memerlukan pendekatan yang komprehensif, multidisipliner, sistematis, berkelanjutan dan berjangka panjang. Pengalaman di Afrika Barat menunjukkan bahwa pendekatan multidisipliner

berguna untuk menangani masalah yang multiaspek, kolaborasi antar tim berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman, sistematis, berkelanjutan dan berjangka panjang berguna menjaga kelangsungan program dan strategi yang telah ditetapkan.

KESIMPULAN

Telah dilakukan penelitian mengenai kematian maternal di Kabupaten Timor Tengah Utara, Nusa Tenggara Timur. Dalam periode 1 Januari 1997 sampai dengan 31 Agustus 1997 didapatkan 28 kasus kematian maternal. Dari 28 kasus kematian maternal usia terendah 19 tahun dan tertinggi 39 tahun. Puskesmas kota dan Puskesmas sangat terpencil mempunyai peringkat tertinggi angka kematian maternalnya. 53,6% kematian maternal melakukan ANC ke fasilitas kesehatan akan tetapi 75% bersalin di rumah dengan pertolongan dukun tidak terlatih atau keluarga (46,4%) dan dukun terlatih (25%). 50% kematian maternal mempunyai paritas 3 atau lebih. Sebagian besar pekerjaannya adalah sebagai petani (67,9%). Rata-rata usia kehamilan saat meninggal adalah 35,036 minggu dengan 1 kasus abortus yang meninggal karena sepsis. Dari 28 kasus kematian maternal, hanya 1 kasus yang mempunyai riwayat komplikasi obstetri sebelumnya. Riwayat adanya trauma karena dipukul suami didapatkan 2 kasus (7,2%). Diagnosa penyebab kematian dari 28 kasus kematian maternal adalah perdarahan (60,7%), malaria serebral (17,9%), sepsis (14,3%), eklamsia (3,6%) dan KP yang diperberat kehamilan (3,6%).

Strategi mengatasi masalah kematian maternal memerlukan pendekatan yang komprehensif, multidisipliner, sistematis, berkelanjutan dan berjangka panjang. Pendekatan multidisipliner berguna untuk mengatasi masalah yang multiaspek, kolaborasi antar tim berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman. Sistematis, berkelanjutan dan jangka panjang berguna menjaga kelangsungan program dan strategi yang telah ditetapkan.

KEPUSTAKAAN

1. Royston E et al. Preventing Maternal Death, WHO, 1980.
2. Sabitu K et al. The Effect of Maternity Service in Secondary Facility, Zaria, Nigeria. The Zaria PMM Team, Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov; Suppl 2; S99-S106.
3. Fortney JA et al. Reproductive Mortality in Two Developing Country. Am J Public Health 1986 Feb; 76(2): 134-8.
4. Chiwuzie J et al. Emergency Loan Fund to improve access to obstetric care in Ekpoma, Nigeria. The Benin PMM Team, Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov; 59 Suppl 2 ; 5231-6.
5. Hidajat A et al. Studi Suplementasi Zinc pada ibu hamil di Nusa Tenggara Timur. Fak. Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang, 1996.
6. Hidajat A et al. Zinc Supplementation During Pregnancy and its effect on the Incidence of Cleft Lip in Province of Nusa Tenggara Timur, Indonesia. The first of the study paper presented at the 8th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomaly, Singapura; 1997.
7. Sutrisno et al. Fokus Grup Diskusi Sebagai Sarana Penggalian Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Kecamatan Insana, Timor Tengah Utara, NTT. Cermin Dunia Kedokt, Jakarta, 1997.
8. Sutrisno et al. Program kesehatan Ibu dan Anak Tantangan Kesehatan Yang Menarik di Nusa Tenggara Timur, In press.

9. Sutrisno et al. Insiden Sumbing Bibir dan Langit-langit di Kecamatan Insana. Timor Tengah Utara Nusa Tenggara Timur. In press.
10. Sutrisno et al. Efek Pengobatan Malaria dengan Klorokuin pada ibu hamil di Timor Tengah Utara Nusa Tenggara Timur, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI (Risbinkes) Jakarta, 1998.
11. Sweet B et al. Midwifery in Indonesia a professional snapshot, Mod Midwife 1995 Jun; 5(6) : 8-13.
12. Tujuh Program Strategis Pemerintah Daerah NTT, Kupang, 1996.
13. Maine D. Lessons for Program Design from the PMM Project. Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov ; 59 Suppl 2 : S259-65.
14. Kandeh HB et al. Community Motivator Promote Use of emergency Obstetric service in Rural Sierra Leone. The Freetown/Makeni PMM Team .
15. Kamara A et al. Lesson Learn from The PMM Network Experience. Int J Gynaecol Obsetat 1997 Nov ; 59 suppl 2 : S253-8.
16. Nwankoby B et al. Community Contact Person Promote Utilization of Obstretic Service. Anambra State, Nigeria. The Unugu PMM Team. Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov ; 59 Suppl 2 : S219-24.
17. Opoku SA et al. Community Education to Improve Utilization to Emergency Obstretic Service in Ghana. The Kumasi PMM Team, Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov ; 59 Suppl 2 : S201-7.
18. Martin J et al. Teaching Village Midwife at Puskesmas Trial Conducted at 7 Puskesmas, Kabupaten TTU and Belo, NTT. Naskah dipresentasikan pada pertemuan Perinasia Manado, 1997.
19. Senah KA et al. From Abandoned Warehouse to Life Saving Facility. Pakro Ghana. The Accra PMM Team, Int J Gynaecol Obstet 1997 Nov ; 59 suppl 2 : S91-7.
20. Soesbandoro DSA. Experiences on Developing Basic Emergency Obstetric care in Health Center at West Nusa Tenggara.



Saula, lembu bertanduk raksasa di hutan rimba Vietnam..... sebagai 7 raksasa mamalia yang ditemukan abad ini !