

# Gambaran Penyebab Kematian Maternal di Rumah Sakit

## (Studi di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005)

Rukmini, LK. Wiludjeng

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Surabaya

### ABSTRAK

Kematian maternal di Indonesia termasuk yang tertinggi di Asia Tenggara dan paling banyak terjadi di rumah sakit. Tulisan ini akan membahas penyebab kematian ibu yang terjadi di rumah sakit yaitu dengan mempertimbangkan faktor reproduksi ibu, sosioekonomi, akses terhadap pelayanan kesehatan, komplikasi obstetrik penyebab kematian ibu dan saat kematian ibu. Data dikumpulkan dari catatan medis kematian maternal, di lima rumahsakit: RSUD Pesisir Selatan dan RSUD Padang Pariaman di Sumatra Barat, RSUD Sikka dan RSUD Larantuka di NTT dan RSUD Serang di Banten. Data kematian maternal yang diteliti adalah yang terjadi dalam kurun  $\pm$  satu tahun yaitu dari bulan Maret 2005 sampai April 2006. Hasil menunjukkan, kematian ibu paling banyak terjadi pada usia reproduksi yaitu usia 20-30 tahun dengan kondisi sosioekonomi rendah. Akses pelayanan kesehatan pada ibu masih sangat rendah, dilihat dari rendahnya pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan masih didominasi oleh dukun dan banyak persalinan masih dilakukan di rumah. Perdarahan, eklampsia dan infeksi masih merupakan penyebab kematian maternal yang terbanyak. Kematian maternal lebih banyak terjadi setelah persalinan, tepatnya dalam 24 jam post partum.

*Key words* : kematian maternal, pemeriksaan antenatal, persalinan, perdarahan, eklampsia, infeksi.

### PENDAHULUAN

Kematian maternal adalah kematian wanita saat hamil, melahirkan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan. Tingkat kematian maternal (*maternal mortality rate*) atau Angka Kematian Ibu (AKI) didefinisikan sebagai jumlah kematian maternal selama satu tahun dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tertinggi di ASEAN, sebesar 307/100.000 kelahiran hidup [Survei Demografi Kesehatan Indonesia SDKI 2002 - 2003]; artinya lebih dari 18.000 ibu tiap tahun atau dua ibu tiap jam meninggal oleh sebab yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas.<sup>[1]</sup>

Kematian ibu berpengaruh besar terhadap kesejahteraan keluarga dan masyarakat dengan implikasi sosial dan ekonomi yang bermakna karena satu atau lebih anak menjadi piatu, penghasilan keluarga berkurang atau hilang sama sekali. Saat ini jumlah perempuan yang bekerja makin banyak sehingga kontribusi mereka terhadap kesejahteraan keluarga juga meningkat. Setiap tahun diperkirakan 1 juta anak meninggal menyusul kematian ibu mereka. Anak

- anak yang ibunya meninggal kurang mendapat perhatian dan perawatan dibandingkan dengan yang memiliki ibu yang masih hidup.<sup>[2]</sup>

Penyebab kematian ibu cukup kompleks, dapat digolongkan atas faktor- faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan dan sosio-ekonomi. Penyebab komplikasi obstetrik langsung telah banyak diketahui dan dapat ditangani, meskipun pencegahannya terbukti sulit. Menurut SKRT 2001, penyebab obstetrik langsung sebesar 90%, sebagian besar perdarahan [28%], eklampsia [24%] dan infeksi [11%]. Penyebab tak langsung kematian ibu berupa kondisi kesehatan yang dideritanya misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) 37%, anemia (Hb < 11 g%) 40% dan penyakit kardiovaskuler.<sup>[1,3]</sup>

Akses ke pelayanan kesehatan mempunyai korelasi kuat dengan kematian ibu, makin tinggi proporsi masyarakat yang sulit ke pelayanan kesehatan makin tinggi AKI. Juga terdapat hubungan kuat antara tempat melahirkan dan penolong persalinan dengan kematian maternal; makin tinggi proporsi ibu melahirkan di fasilitas non kesehatan

dan persalinan yang ditolong oleh dukun (non nakes), makin tinggi risiko kematian maternal. <sup>(4)</sup>

Tingginya kematian ibu sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu. Keterlambatan merujuk disebabkan berbagai faktor seperti masalah keuangan, transportasi dsb. Berdasarkan Surkesnas 2001, kematian ibu yang terjadi di rumah sakit 44%, lebih besar bila dibandingkan dengan yang meninggal di rumah (41 %). Pada tahun 2004, angka kematian ibu di rumah sakit 10,5%, meningkat dibandingkan pada tahun 2001 sebesar 8,5%.<sup>(1,5)</sup>

Tulisan ini bertujuan untuk menggambarkan penyebab kematian maternal yang terjadi di rumah sakit dengan melihat faktor – faktor penyebab kematian maternal yaitu faktor reproduksi ibu, sosioekonomi, akses terhadap pelayanan kesehatan, komplikasi obstetrik penyebab kematian ibu dan waktu kejadian kematian ibu.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan memanfaatkan data sekunder dari catatan medis kematian maternal, di RSUD Pesisir Selatan dan RSUD Padang Pariaman di Sumatra Barat, RSUD Sikka dan RSUD Larantuka di NTT dan RSUD Serang di Banten. Data kematian maternal yang diteliti adalah yang terjadi dalam kurun ± satu tahun yaitu dari bulan Maret tahun 2005 sampai April 2006.

Data sekunder yang diperoleh diolah dan dianalisis secara deskriptif, disajikan dalam bentuk narasi dan tabel sesuai dengan tujuan penelitian.

**HASIL**

Jumlah kasus kematian maternal yang ditemukan pada studi ini adalah masing dua kasus di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka dan RSUD Larantuka. Kasus terbanyak ditemukan di RSUD Serang sebanyak empat kasus kematian maternal, sehingga keseluruhan ada 12 kasus.

**Faktor-faktor reproduksi ibu**

**Tabel 1. Persentase kematian maternal berdasarkan faktor-faktor reproduksi ibu di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Faktor reproduksi	Kategori	Jumlah (%)
Umur ibu	< 20 thn	0 (0%)
	20 – 30 thn	8 (66,7%)
	>30 thn	4 (33,3%)
Paritas	≤1	2 (16,7%)
	2 – 3	4 (33,3%)
	>3	6 (50%)

Pada tabel 1 terlihat bahwa dari 12 kasus kematian maternal di rumah sakit yang diteliti paling banyak pada kelompok umur 20-30 thn sebesar 66,7 % dan jumlah paritas lebih dari tiga orang sebesar 50%.

**Tabel 2. Persentase kematian maternal berdasarkan faktor-faktor sosioekonomi di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Faktor sosioekonomi	Kategori	Jumlah (%)
Pendidikan ibu	Tidak sekolah	1 (8,3%)
	SD	9 (75%)
	SMP	4 (16,7%)
Pekerjaan	Bekerja	0 (0%)
	Tidak bekerja	12 (100%)
Pekerjaan suami	Buruh	4 (33,3%)
	Tani,nelayan	6 (50%)
	Swasta	2 (16,7%)

**Faktor-faktor sosioekonomi**

Faktor-faktor sosioekonomi yang dilihat adalah pendidikan ibu, pekerjaan/ penghasilan ibu dan pekerjaan suami. Semua ibu tidak ada yang bekerja (berpenghasilan), sebagian besar ibu hanya berpendidikan SD (75%). Sedangkan pekerjaan suaminya kebanyakan hanya petani dan buruh.

**Akses Pelayanan Kesehatan**

Akses terhadap pelayanan kesehatan dinilai berdasarkan riwayat pemeriksaan antenatal, tempat pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan dan tempat melahirkan.

Kebanyakan ibu tidak pernah melakukan pemeriksaan antenatal (ANC) - 66,7%, dan ibu yang pernah melakukan ANC, terbanyak antara 1-3 kali (25%) , hanya satu orang yang > 4 kali.

**Tabel 3. Persentase kematian maternal berdasarkan pemeriksaan ANC di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

ANC	Jumlah (%)
Tidak Pernah	8 (66,7%)
Pernah 1 – 3 x ≥ 4 x	3 (25%)
	1 (8,3%)
<b>Total</b>	12 (100%)

Dari empat kasus yang melakukan pemeriksaan kehamilan, dua kasus memeriksakan kehamilannya di posyandu dan dua kasus di bidan praktek.

**Tabel 4. Persentase kematian maternal berdasarkan penolong pertama persalinan dan tempat melahirkan di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Penolong pertama persalinan	Tempat Melahirkan		Jumlah
	Rumah	RSUD	
Dukun	9	0	9
Bidan	0	1	1
Dokter Umum	0	1	1
Dokter Obgin	0	1	1
<b>Total</b>	9	3	12

Akses ibu terhadap penolong persalinan dan tempat melahirkan ditunjukkan pada **tabel 4**. Sebagian besar ibu mencari pertolongan pertama persalinan di dukun dan memilih rumah untuk tempat melahirkan (9 kasus - 75%).

#### Komplikasi Obsterik Penyebab Kematian Ibu

Penyebab kematian ibu terutama adalah eklampsia dan perdarahan, masing-masing 5 kasus (41,7%) (**tabel 5**).

**Tabel 5. Persentase Kematian Maternal berdasarkan Penyebab Kematian di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Diagnosis Penyebab Kematian	J u m l a h kasus	%
Eklampsia		
• antepartum	1	8,3%
• postpartum	4	33,3%
Perdarahan		
• antepartum *	1	8,3%
• post partum **	4	33,3%
Infeksi	1	8,3%
D e k o m p e n s a s i kordis	1	8,3%
<b>Total</b>	12	100%

\* Perdarahan antepartum : 1 kasus solusio plasenta

\*\* Perdarahan postpartum : 2 kasus ruptur uteri  
1 kasus late HPP (penyebab tidak jelas)

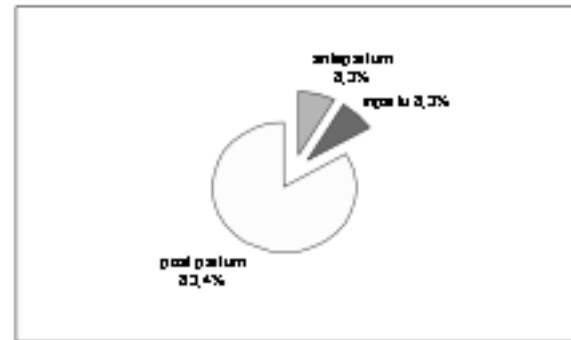
Kematian ibu karena perdarahan dan eklampsia yang terbanyak adalah pada jumlah paritas lebih dari tiga, masing-masing tiga kasus (**tabel 6**).

**Tabel 6. Persentase kematian ibu berdasarkan penyebab dan jumlah paritas di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Penyebab Kematian	Jumlah paritas			Total
	≤1	2-3	>3	
Eklampsia	1	1	3	5
Perdarahan	0	2	3	5
Decompensasi cordis	1	0	0	1
Infeksi	0	1	0	1
<b>Total</b>	2	4	6	12

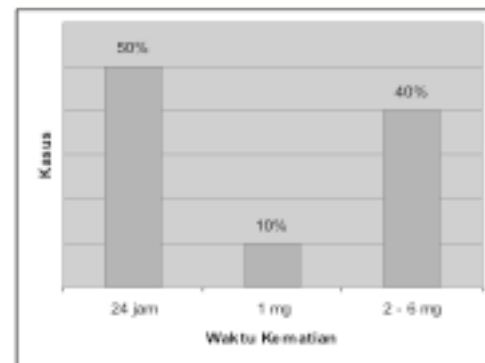
#### Saat Kematian

Saat kematian ibu dibedakan atas kematian yang terjadi sebelum persalinan (antepartum), selama persalinan (inpartu) dan sesudah persalinan (post partum); paling banyak ditemukan setelah persalinan (10 kasus - 83,3 %) (**Grafik 1**).



**Grafik 1. Persentase kematian maternal berdasarkan saat persalinan di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

Dari 10 kasus kematian ibu setelah melahirkan (post partum), terbanyak terjadi pada 24 jam pertama sebanyak 5 kasus (50%) (**grafik 2**).



**Grafik 2. Persentase kematian maternal setelah persalinan (post partum) di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005.**

#### PEMBAHASAN

Setiap kehamilan dan persalinan mempunyai risiko meskipun bagi perempuan yang tidak mempunyai masalah kesehatan sebelumnya, kira - kira 40 % ibu hamil mempunyai masalah kesehatan yang berkaitan dengan masalah kehamilan dan 15 % ibu hamil menderita komplikasi jangka panjang.<sup>(6)</sup> Oleh karena itu pada usia reproduksi, banyaknya kehamilan akan meningkatkan risiko perempuan untuk mendapatkan masalah kesehatan. Studi ini menunjukkan kematian ibu paling banyak terjadi pada usia antara 20 sampai 30 tahun, usia paling produktif untuk hamil dan melahirkan sehingga berisiko menderita penyakit baik akibat langsung dari kehamilan maupun tidak langsung karena penyakit yang

dideritanya.

Berdasarkan status pendidikan, kebanyakan ibu hanya sampai sekolah dasar, bahkan ada yang tidak bersekolah. Rendahnya pendidikan ibu akan berdampak pada rendahnya pengetahuan ibu yang berpengaruh pada keputusan ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Makin rendah pengetahuan ibu, makin sedikit keinginannya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pendidikan ibu adalah faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap pencarian pertolongan persalinan di pedesaan di samping faktor jarak ke tempat pelayanan kesehatan dan status ekonomi.<sup>(7)</sup>

Semua ibu pada kasus ini tidak ada yang bekerja (tidak berpenghasilan), sehingga pendapatan keluarga hanya bertumpu pada suami, apalagi sebagian besar pekerjaan suami ibu hanya buruh dan tani. Padahal perempuan yang bekerja (mempunyai penghasilan) memberikan kontribusi besar pada kesejahteraan keluarga karena perempuan cenderung memanfaatkan penghasilannya untuk perawatan kesehatan, membeli makanan tambahan, peralatan sekolah dan pakaian untuk anak - anaknya.<sup>(8)</sup>

Kurangnya pendapatan keluarga menyebabkan berkurangnya alokasi dana untuk pembelian makanan sehari-hari sehingga mengurangi jumlah dan kualitas makanan ibu perhari yang berdampak pada penurunan status gizi. Gangguan gizi yang umum pada perempuan adalah anemia, karena secara fisiologis mengalami menstruasi tiap bulan. Sumber makanan yang diperlukan untuk mencegah anemia umumnya berasal dari sumber protein yang lebih mahal, dan sulit terjangkau oleh mereka yang berpenghasilan rendah. Kekurangan tersebut memperbesar risiko anemia pada remaja dan ibu hamil serta memperberat risiko kesakitan pada ibu dan bayi baru lahir.<sup>(9)</sup>

Hanya empat ibu yang melaksanakan pemeriksaan antenatal dan frekuensinya hanya berkisar 1-3 kali (3 kasus) dan 4 kali (1 kasus) dilakukan di posyandu dan bidan. Pemeriksaan antenatal penting untuk deteksi dini komplikasi kehamilan dan pendidikan tentang kehamilan. Di Republik Demokrasi Kongo, pelayanan antenatal terbukti berkontribusi pada penurunan kematian ibu melalui penurunan anemia berat dan kasus persalinan macet.<sup>(3)</sup> Namun masih menjadi pertanyaan apakah pemeriksaan antenatal sudah mampu mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil, apalagi jika hanya dilakukan satu, dua atau empat kali.

Dari empat kasus ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal, pada riwayat pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda komplikasi kehamilan. Hal ini menunjukkan bahwa pemeriksaan antenatal yang dilakukan tidak mampu mendeteksi komplikasi kehamilan dan persalinan yang akan terjadi. Keadaan ini mungkin karena frekuensi pemeriksaan antenatal yang sangat sedikit sehingga tidak mampu mendeteksi komplikasi kehamilan yang bisa terjadi setiap saat.

Dampak pelayanan antenatal terhadap kematian ibu masih simpang siur. Studi di Gambia dan Tanzania tidak menunjukkan pengaruh kunjungan antenatal atas kematian ibu. Pada umumnya, pelayanan antenatal saja tidak menghasilkan penurunan kematian ibu yang bermakna. Pada Proyek Kasongo (Republik Demokrasi Kongo), 90% kasus rujukan rumah sakit dengan riwayat obstetrik buruk (risiko tinggi persalinan macet) ternyata tidak mengalami persalinan macet. Penjaringan risiko pada pemeriksaan antenatal menurut umur, tinggi badan, paritas dan riwayat obstetri secara umum tidak terbukti efektif. Kematian ibu tidak hanya ditentukan oleh faktor medis saja tetapi juga dilatarbelakangi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik kompleks yang tidak mudah diatasi.<sup>(3)</sup>

Isi pelayanan antenatal di berbagai negara sangat bervariasi. Di Indonesia pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat bidan) pada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang sesuai dengan standar pelayanan minimal pelayanan antenatal meliputi 5 T yaitu *Timbang* berat badan dan ukur tinggi badan, ukur *Tekanan darah*, imunisasi *TT*, ukur *Tinggi fundus uteri* dan pemberian *Tablet besi* minimal 90 tablet selama kehamilan. Dengan demikian secara operasional pelayanan antenatal yang tidak memenuhi 5 T belum dianggap pelayanan antenatal. Ditetapkan pula frekuensi pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali pada triwulan pertama dan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga.<sup>(1)</sup> Pelayanan antenatal seharusnya mencakup berbagai jenis pelayanan ; komponen penting yang harus ada yaitu : 1) Skrining dan pengobatan penyakit anemia, malaria dan penyakit menular seksual, 2) Deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak (malpresentasi), hipertensi, edema, dan preklampsia, 3) Penyuluhan tentang komplikasi esensial, kapan dan bagaimana cara mendapatkan pelayanan rujukan.<sup>(3)</sup> Sebaiknya standar tersebut lebih ditingkatkan, agar mampu memberikan pelayanan terbaik pada ibu hamil agar melahirkan dengan selamat.

Melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun masih merupakan pilihan utama pada studi kasus ini. Setelah dukun tidak mampu mengatasi komplikasi yang terjadi, ibu dirujuk ke rumah sakit. Kondisi ini berkaitan dengan faktor ekonomi, karena sebagian besar ibu tidak berpenghasilan dan rata - rata pekerjaan suami yang hanya buruh dan tani. Selama ini pertolongan persalinan oleh non nakes lebih tinggi di daerah pedesaan daripada perkotaan dan lebih tinggi di Indonesia bagian Timur dibandingkan dengan di Sumatra, Jawa dan Bali.<sup>(10)</sup> Umumnya masyarakat lebih memilih melahirkan di rumah daripada di pondok bersalin karena alasan tradisi, keterbatasan bidan di desa, dan alasan jarak ke tempat pelayanan. Pemanfaatan pondok bersalin hanya terbatas pada pelayanan KIA (antenatal, imunisasi, dll) dan pengobatan.<sup>(11)</sup>

Kenyataan membuktikan masih banyak ibu yang

memanfaatkan dukun untuk pelayanan kehamilan dan persalinan dan besarnya risiko jika terjadi komplikasi persalinan yang ditangani oleh dukun tak terlatih. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mengatasi hal tersebut yaitu dengan melakukan kemitraan dengan dukun, kader dan masyarakat terutama dalam upaya peningkatan rujukan oleh tenaga nonprofesional, melatih dukun dan kader untuk meningkatkan pengetahuan tentang persalinan yang bersih dan mampu mendeteksi risiko tinggi, dan pendampingan persalinan dukun oleh tenaga kesehatan.<sup>[12]</sup> Penyebab kematian utama maternal pada studi ini masih didominasi (91,7 %) oleh kematian obstetrik langsung (komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas) yaitu perdarahan, eklampsia dan infeksi. Penyebab kematian lain adalah kasus dekompensasi kordis yang merupakan kematian obstetrik tidak langsung (akibat penyakit yang telah diderita atau yang timbul saat hamil). Trias klasik penyebab kematian ibu yaitu perdarahan, eklampsia dan infeksi masih merupakan masalah utama.

Kasus kematian ibu karena perdarahan sebesar 41,7% terdiri dari perdarahan antepartum (kasus solusio plasenta) dan perdarahan post partum (kasus ruptur uteri, *late* HPP dan retensi plasenta). Kasus perdarahan meningkat dengan bertambahnya jumlah paritas.

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari uterus sebelum janin lahir, merupakan salah satu penyebab perdarahan antepartum (perdarahan setelah kehamilan 22 minggu), di samping plasenta previa. Pada kasus ini umur kehamilan ibu adalah 39 minggu.

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 ml yang terjadi setelah persalinan; terbagi dua yaitu 1) Perdarahan post partum dini (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan 2) Perdarahan post partum lanjut (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam anak lahir; biasanya hari ke 5-15 post partum.<sup>[6]</sup>

Kematian karena perdarahan postpartum dini pada kasus ini disebabkan ruptur uteri (kasus pertama: kematian 4 jam post partum, kasus 2: kematian 15 jam post partum) dan retensi plasenta: terjadi 1 jam setelah persalinan. Pada kasus *late* HPP tidak jelas penyebab perdarahannya, kematian terjadi setelah 40 hari persalinan.

Sebab paling umum perdarahan post partum dini yang berat adalah atonia uteri, retensi plasenta, uterus dan vagina yang terkoyak, dan uterus yang turun (inversi). Sedangkan perdarahan post partum lanjut sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik atau sisa plasenta.<sup>[6]</sup>

Selain perdarahan, penyebab terbesar kematian ibu pada studi ini disebabkan oleh eklampsia (41,7%). Posisi sosioekonomi rendah dan kurangnya akses pelayanan kesehatan meningkatkan risiko eklampsia. Preeklampsia-eklampsia merupakan penyakit kehamilan sistemik yang banyak dijumpai di daerah-daerah di luar jangkauan rumah

sakit yang mempunyai fasilitas memadai dan pada umumnya diderita oleh golongan sosio ekonomi lemah.<sup>[13]</sup> Di Indonesia kematian ibu akibat eklampsia cukup tinggi, berkisar 24% (SKRT 2001),<sup>[1]</sup> biasanya disebabkan oleh perdarahan otak, dekompensasi kordis dengan edema paru, payah ginjal, dan aspirasi saluran pernapasan saat kejang.<sup>[14]</sup>

Kematian ibu paling banyak terjadi pada 24 jam pertama post partum, terbanyak adalah kasus perdarahan. Hal ini sesuai dengan data WHO. Perdarahan postpartum umumnya terjadi selama persalinan kala tiga. Pada kasus ini, persalinan ibu ditolong oleh dukun padahal penanganan saat jam-jam pertama pasca persalinan sangat penting untuk pencegahan, diagnosis dan penanganan perdarahan. Ketidakmampuan penolong persalinan untuk mencegah dan menangani perdarahan pasca persalinan dapat berakibat fatal pada ibu. Kondisi ini banyak terjadi di negara berkembang dimana wanita lebih sering mendapatkan perawatan antenatal atau perawatan sebelum melahirkan dibandingkan dengan perawatan kebidanan yang seharusnya diterima saat persalinan dan pasca persalinan.<sup>[6]</sup> ■

## KESIMPULAN

1. Kematian ibu paling banyak terjadi pada usia reproduksi yaitu umur 20- 30 thn dan dengan bertambahnya paritas.
2. Ibu yang mengalami kematian, mempunyai status ekonomi yang rendah.
3. Akses pelayanan kesehatan pada ibu masih sangat rendah, dilihat dari rendahnya pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan masih didominasi oleh dukun dan banyak persalinan masih dilakukan di rumah.
4. Perdarahan, eklampsia dan infeksi masih merupakan penyebab kematian maternal yang terbanyak.
5. Kejadian kematian maternal karena eklampsia dan perdarahan meningkat dengan bertambahnya paritas.
6. Kematian maternal lebih banyak terjadi dalam waktu 24 jam post partum.

## SARAN

1. Meningkatkan akses terhadap penolong persalinan dan petugas terlatih perawatan pasca melahirkan
2. Meningkatkan penyuluhan oleh petugas kesehatan dan kader kepada ibu hamil mengenai penyakit dan komplikasi yang dapat timbul selama kehamilan khususnya kepada ibu hamil dengan sosioekonomi rendah yang tidak berkujung ke fasilitas kesehatan dengan melakukan kunjungan rumah di wilayah kerjanya.
3. Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan

dalam pelayanan obstetri emergensi dasar dan pelayanan obstetri emergensi komprehensif

4. Memberi motivasi ibu untuk mengikuti program KB dengan meningkatkan akses terhadap pelayanan KB yang bermutu.

#### KEPUSTAKAAN

1. Depkes RI, Dirjen Binkesmas. Prinsip Pengelolaan Program KIA. Dalam: Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). 2004. Hal. 1-11.
2. Coeytaux, Leonard A, Bloomer C, Aborsi. Dalam: Koblinsky M, Timyan J, Gay J eds. Kesehatan Wanita sebuah Perspektif Global, Gajah Mada University Press. 1997. Hal. 193-207.
3. Keselamatan ibu : Keberhasilan dan Tantangan. Outlook 1999; 16(Jan.).
4. Soemantri S dkk. Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia, Badan Litbangkes, Depkes, RI. 2004.
5. Depkes RI, Dirjen Yanmedik. Derajat Kesehatan. Dalam : Morbiditas dan Mortalitas. 2005.
6. Mencegah Perdarahan Pasca Persalinan : Menangani persalinan Kala Tiga. Outlook. 2002 ; 19(Jun).
7. Agus Suprpto, Julianto Pradono, Dwi Hapsari. Determinan Sosial Ekonomi pada Pertolongan Persalinan di Indonesia. Maj. Kes. Perkotaan 2002;11(2) : 18-29.
8. Koblinsky M, Timyan J, Gay J. Akses Pelayanan Bukan Hanya Sekedar Jarak. Dalam Kesehatan Wanita Sebuah Perspektif Global. Gajah Mada University Press. Yogyakarta ; hal.331 - 354.
9. Iskandar B, Meiwita. Dampak Krisis Moneter dan Bencana Alam terhadap Kesehatan dan Gizi Wanita. Dalam Lokakarya Nasional Dampak Krisis Ekonomi terhadap Kesehatan Masyarakat Rentan. Pusat Komunikasi Kesehatan Berperspektif Jender dan Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia dan Ford Foundation. 1999. Hal. 47 -48.
10. Depkes RI, Badan Litbangkes. Pelayanan Kesehatan ibu dan Anak. Dalam: Susenas, Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat, dan Kesehatan Lingkungan. Jakarta. 2004 Hal. 52-53.
11. Handayani, Lestari, dkk. Model Pelayanan Persalinan Dukun Bayi-Bidan, Tinjauan Aspek Sosiobudaya untuk Rancangan Intervensi. Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjahmada, Yogyakarta. 1994. hal. 59
12. Depkes RI, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Paket Informasi Program Safe Motherhood di Indonesia, Jakarta. 2002. hal. 41
13. Lutan D (ed). Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi & Obstetri Patologi. Jilid I ed 2. Jakarta : EGC. 1998. hal. 298-306.
14. Rambulangi J. Penanganan Pendahuluan Prarujukan Penderita Preeklampsia Berat dan Eklampsia. Cermin Dunia Kedokt. 2003 ;139 :16-18.