

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Kematian maternal pada saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat penting. Tingginya angka kematian maternal mempunyai dampak yang besar terhadap kehidupan keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu angka kematian maternal dapat digunakan sebagai salah satu indikator kesejahteraan masyarakat, khususnya indikator kesehatan ibu (Budiarso,1996).

Di Indonesia, angka kematian maternal merupakan indikator utama untuk mengukur standar kesehatan masyarakat. Upaya untuk menurunkan angka kematian maternal telah dicanangkan sebagai prioritas utama dalam program-program pemerintah.

Angka kematian maternal yang pasti di Indonesia sangat sulit diperoleh karena administrasi belum teratur, pelaporan kelahiran kematian tidak lengkap, sistem pencatatan dan pelaporan yang belum baik mengakibatkan kurangnya bahan statistik sehingga angka kematian maternal yang diperoleh tidak dapat dipercaya sepenuhnya (Prawiroharjo,1981). Data-data yang ada hanyalah data-data rumah sakit, terutama rumah sakit yang dipakai untuk pendidikan, sedangkan seperti kita ketahui, 70-80 % dari penduduk Indonesia bermukim di daerah pedesaan dan tidak memakai fasilitas rumah sakit (Wowor,1986).

Sasaran pembangunan kesehatan, pembangunan jangka panjang II (PJP II) adalah terselenggaranya pelayanan yang makin bermutu dan merata, yang mampu

mempertahankan kesehatan yang tercapai sehat dan produktif. Dada al

upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat salah satu sasaran yang akan dicapai adalah angka kematian maternal sebesar 80 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 1993 angka kematian maternal sebesar 425 per 100.000 kelahiran hidup (Rencana Pembangunan Lima Tahun Keenam, 1993).

Dalam kurun waktu 25 tahun terakhir angka kematian maternal di Indonesia telah menunjukkan penurunan, tetapi bila di bandingkan dengan negara-negara tetangga di ASEAN, Indonesia masih paling tinggi. Dapat di lihat pada tabel I.1. di bawah ini.

Tabel I.1 Angka kematian maternal di Indonesia dibanding negara-negara di ASEAN.

Negara	AKM per 100.000 kelahiran hidup
Indonesia	425
Filipina	140
Thailand	50
Malaysia	35
Singapura	14

Sumber : Rencana Pembangunan Lima Tahun Keenam, 1993.

## 1.2. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah di atas penulis merumuskan masalah dalam karya tulis ini adalah sebagai berikut :

“Upaya-upaya apakah yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian maternal ?”.

## 1.3. TUJUAN PENULISAN

Untuk mengetahui dan menyimpulkan upaya-upaya yang dilakukan dalam

## 1.4. TINJAUAN PUSTAKA

### 1.4.1. Definisi Kematian Maternal

Menurut *WHO, FIGO* dan *American Colledge of obstetrian and gynecologist*. Kematian maternal ialah kematian seorang wanita yang terjadi pada waktu hamil sampai dengan 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung umur kehamilan dan tempat kehamilan, yang disebabkan oleh apapun atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan (*World Health Organization, 1989*).

Menurut *American Medical Association*, kematian maternal ialah setiap kematian yang terjadi pada wanita oleh sebab apapun dalam kehamilan, sampai 90 hari setelah berakhirnya kehamilan tanpa memandang umur kehamilan, saat terminasi dilakukan ataupun cara terminasi yang dipakai (Wowor, 1986).

Menurut *Guide For Maternal Death Studies*, kematian maternal ialah kematian wanita pada setiap saat sejak hari konsepsi sampai 90 hari sesudah terminasi kehamilan (Hardy, 1974).

Kematian maternal ialah setiap kematian ibu yang disebabkan oleh sebab apapun juga (baik obstetrik maupun non obstetrik) yang terjadi selama kehamilan, persalinan ataupun nifas, sejauh mana umur kehamilan sekurang-kurangnya telah mencapai 28 minggu, dihitung dari hari pertama haid normal yang terakhir (LIDMA) atau berat janin

pada saat dilahirkan sekurang-kurangnya 1000 g atau lebih (Tadjuluddin, 1968).

#### 1.4.2. Definisi Angka Kematian Maternal

Angka kematian maternal ialah banyaknya ibu mati sebagai akibat langsung maupun tidak langsung proses reproduksi (kehamilan, persalinan dan nifas) tiap 10000 persalinan hidup (Eastman et al, 1961).

Angka kematian maternal ialah jumlah kematian maternal yang diperhitungkan terhadap 1000 atau 10000 kelahiran hidup. Pada saat ini di beberapa negara angka kematian maternal diperhitungkan terhadap 100.000 kelahiran hidup. (Hutabarat, 1981).

*Maternal Mortality Ratio* yaitu alat ukur di mana sebagai pembilang adalah semua kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, komplikasi kehamilan dan nifas, dan sebagai penyebut adalah jumlah kelahiran hidup. Rasio kematian maternal banyak dipengaruhi oleh cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil serta pertolongan ibu bersalin dan nifas (*Obstetric care*). Di bawah ini beberapa indikasi untuk kematian maternal (Campbell, 1995).

#### ***Maternal Mortality Rate***

$$= \frac{\text{jumlah kematian maternal dalam 1 tahun} \times 100.000}{\text{Jumlah wanita usia reproduksi (15 – 49 th) pada pertengahan yang sama}}$$

#### ***Maternal Mortality Ratio***

$$= \frac{\text{jumlah kematian maternal dalam 1 tahun} \times 100.000}{\text{jumlah persalinan pada tahun yang sama}}$$

### *Life Time Risk*

$$= \frac{\text{jumlah kematian maternal}}{\text{Jumlah wanita usia reproduksi}}$$

Definisi angka kematian maternal bervariasi antara negara maju dengan negara berkembang. Perbedaan definisi kematian dan definisi angka kematian maternal menghasilkan angka kematian maternal yang berbeda pula. Di negara maju angka kematian maternal diperhitungkan terhadap 10000 atau 100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara berkembang masih diperhitungkan terhadap 1000 atau 10000 kelahiran hidup atau persalinan (Prawiroharjo, 1981).

Angka kematian maternal yang menggambarkan keadaan gizi, kesehatan ibu, tingkat pelayanan kesehatan ibu pada waktu hamil, melahirkan dan masa nifas serta kondisi kesehatan lingkungan, belum banyak data yang akurat (Monindja, 1993).

#### 1.4.3. Klasifikasi Kematian Maternal

Menurut Soeprono (1976) berdasarkan penyebabnya kematian maternal dapat dibedakan menjadi :

- a. Obstetrik langsung yaitu kematian akibat langsung dari kehamilan, persalinan atau akibat komplikasi pertolongan yang diberikan kepada wanita atau kelanjutan komplikasi tindakan pertolongan sampai 42 hari pasca persalinan, misalnya : perdarahan, preeklamsia, eklamsia, infeksi, gangguan vaskuler, emboli air ketuban tromboemboli anestesi

- b. Obstetrik tidak langsung yaitu kematian wanita akibat suatu penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan, persalinan dan nifas atau akibat penyakit yang timbul selama kehamilan itu, misalnya : visum kordis, diabetes mellitus, penyakit ginjal, pembuluh darah, tuberkulosis paru, hepatitis, lues, penyakit jiwa.
- c. Non obstetrik yaitu kematian maternal yang tidak ada hubungannya dengan kehamilan, persalinan atau nifas yang terjadi selama kehamilan sampai 90 hari pasca persalinan, misalnya kecelakaan, kebakaran, tenggelam, bunuh diri (Hasibuan, 1989).
- d. Tidak jelas (*undetermined death*) yaitu kematian ibu hamil, bersalin dan nifas yang penyebabnya tidak jelas dapat ditentukan.

#### 1.4.4. Penyebab Kematian Maternal

Faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kematian maternal (Soeprono, 1976) :

- a. Faktor penderita
  - i. Umur : Kematian maternal meningkat pada umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 30 tahun.
  - ii. Paritas : Kematian maternal meningkat pada kehamilan pertama dan paritas empat atau lebih (lihat tabel I.2).

Tabel I.2. Kematian Maternal menurut paritas.

Paritas	Jumlah	Persentase
1	3	14.3
2 – 3	4	19.0
3 – 4	6	28.6
6 ke atas	8	38.1

- iii. Perawatan masa hamil : Kematian maternal meningkat pada wanita yang tidak teratur melakukan perawatan masa hamil.
- iv. Pendidikan dan sosial ekonomi : Kematian maternal meningkat pada wanita dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang rendah.
- v. Tempat tinggal : Kematian maternal meningkat pada wanita pedesaan dibanding dengan wanita perkotaan. Ini berhubungan dengan fasilitas yang ada.

b. Faktor Penolong

Kematian maternal tergantung siapa penolongnya, dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat, dukun terlatih atau dukun tidak terlatih (lihat tabel I.3).

Tabel I.3. Kematian maternal akibat pertolongan dukun sebelumnya dari tahun 1973 – 1977.

	Jumlah	Persentase
Bukan dukun	65	45.7
Dengan dukun	77	53.3

Sumber : Adiyono dan Noerpramana, 1979.

c. Fasilitas

Di luar rumah sakit : Penyediaan darah, transportasi, obat atau perawatan biasanya kurang adekuat atau optimal.

Di dalam rumah sakit : Penyediaan darah, obat, perawatan, laboratorium, komunikasi dan konsultasi biasanya lebih baik.

Menurut Wower (1986) faktor-faktor yang mempengaruhi angka

a. Umur dan paritas

Umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun, serta paritas empat ke atas memperbesar angka kematian maternal.

b. Pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal care*

Pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal care* dapat menurunkan angka kematian maternal, begitupun sebaliknya jika ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal care* maka hal ini dapat meningkatkan angka kematian maternal (lihat tabel I.4).

Tabel I.4..Pebandingan kematian dengan *antenatal care* dan tanpa *antenatal care*, 1973-1977.

	Jumlah	Persentase
Dengan Antenatal care	32	22
Tanpa Antenatal care	110	77

Sumber : Adiyono dan Noerpramana, 1979.

c. Faktor Sosio-ekonomi

Keadaan sosio-ekonomi mempengaruhi kematian ibu. Keadaan menjadi bukti, bahwa negara yang maju dan makmur memiliki angka kematian maternal rendah. Usaha pemerintah Indonesia menggalakkan pembangunan disegala bidang memberikan harapan ke arah itu.

d. Pendidikan

Faktor pendidikan berkaitan erat dengan faktor sosio-ekonomi. Diharapkan pula di Pelita-pelita berikutnya jumlah penduduk Indonesia termasuk kaum wanitanya lebih banyak yang berkesempatan bersekolah.

e. Keadaan kesehatan dan higiene

Merupakan kenyataan bahwa tuberkolosa dan malaria masih meminta korban kematian ibu dalam proses reproduksi.

f. Transportasi

Pada umumnya sistem transportasi mempengaruhi AKM. Jika transportasi sulit, maka pengangkutan pasien yang sudah parah dan sudah terlambat mencari pertolongan akan berhasil menambah kasus-kasus darurat.

g. Keadaan Rumah Sakit, Personil dan Peralatan

Keadaan rumah sakit, personil dan peralatan belum begitu memuaskan, mungkin hanya beberapa rumah sakit saja yang dapat dikatakan mempunyai personil dan peralatan yang memadai.

h. Keluarga Berencana

Komplikasi-komplikasi yang terjadi akibat dari pemakaian alat kontrasepsi dapat meningkatkan angka kematian maternal.

Faktor penyebab kematian dapat dituangkan dalam kerangka analisis menurut Mc. Carthy & Maine (1992) yaitu :

a. Faktor jauh (*Distant Determinant*)

Faktor jauh meliputi status wanita dalam keluarga dan lingkungannya, status keluarga dalam lingkungannya serta status lingkungannya. Status wanita dalam keluarga dan lingkungannya meliputi ; pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan kemandirian sosial. Status keluarga dalam lingkungannya meliputi ;

keluarga, pendidikan dan pekerjaan saudaranya. Status lingkungan meliputi ; kekayaan, sumber daya lingkungannya yaitu adanya klinik, dokter, ambulan.

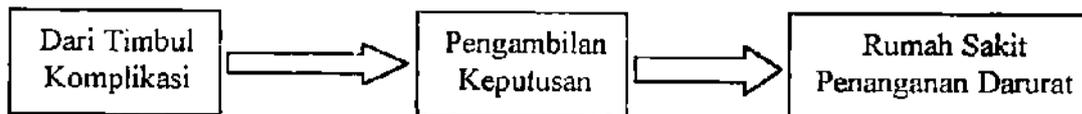
b. Faktor Menengah

Faktor menengah meliputi ; status kesehatan, status reproduksi, fasilitas kesehatan, perilaku kesehatan atau penggunaan fasilitas kesehatan dan faktor yang tidak diketahui. Status kesehatan meliputi ; nutrisi (anemia, berat badan, tinggi badan), penyakit infeksi dan farasit, riwayat obstetrik jelek. Status reproduksi meliputi ; umur ibu, paritas, perkawinan. Fasilitas kesehatan meliputi lokasi atau jarak yang harus ditempuh menuju fasilitas kesehatan, jadwal buka klinik, kualitas pelayanan, tahu tidaknya tentang kasus penyakit yang dapat disembuhkan. Perilaku kesehatan atau penggunaan fasilitas kesehatan meliputi keluarga berencana, perawatan antenatal, mengikuti perawatan modern atau kebiasaan tradisional yang berbahaya, abortus provokatus.

c. Hasil (*Out Come*)

Hasilnya adalah komplikasi kehamilan, persalinan antara lain ; perdarahan, infeksi, preeklamsia atau eklamsia, persalinan macet, muntah uteri yang selanjutnya dapat terjadi kramatan atau sesak

Tiga tingkat keterlambatan yang berperan dalam kematian maternal (Thaddeus, 1990).



Keterlambatan Tingkat Pertama. Keterlambatan dalam mengambil keputusan merujuk ke rumah sakit oleh pasien atau keluarganya atau keduanya. pengambilan keputusan bisa pasien itu sendiri, suami atau keluarga. Dalam mengambil keputusan ini dipengaruhi oleh kedudukan atau status istri, keadaan penyakitnya, jarak antara tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan, keadaan keuangan, pengalaman pelayanan kesehatan yang diberikan sebelumnya dan kualitas pelayanan.

Keterlambatan Tingkat Kedua. Keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan yang memadai. Hal ini dipengaruhi oleh pemerataan pengadaan fasilitas kesehatan, waktu yang diperlukan untuk mencapai fasilitas kesehatan, sarana dan biaya transportasi serta kondisi jalan untuk mencapai fasilitas kesehatan.

Keterlambatan Tingkat Ketiga. Keterlambatannya memperoleh penanganan adekuat di fasilitas kesehatan atau rumah sakit. Faktor yang berkaitan erat dengan keterlambatan ini adalah sistem rujukan yang adekuat, kekurangan peralatan, kekurangan obat-obatan, kekurangan tenaga terlatih serta kurangnya dan kemampuan personalia