

# **Rujukan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas Dari Faskes Primer**

**Prof. Dr. dr. Sarma Nursani L. Raja, M.Ked(OG), Sp.OG. Subsp. K.Fm**

**Prof. Drs. Heru Santosa, MS. Ph.D**

**Prof. Drs. Mahyuddin, M.IT., Ph.D**

**Prof. Dr. Ir. Evawany Yunita Aritonang, M.Si**

**Dr. rer. medic., dr. M. Ichwan, M.Sc**

**Fatwa Imelda, S.Kep, Ners, M.Biomed**



## **PRAKATA**

Puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa berkat rahmat dan karunianya-Nya penulis telah dapat menyelesaikan buku dengan judul Rujukan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas dari Faskes Primer. Buku ini ditulis sebagai bahan referensi bagi Mahasiswa, Dosen dan Profesi Bidang Kesehatan lainnya.

Buku ini merupakan hasil karya tulis yang diperkaya dengan berbagai sumber literatur lainnya termasuk hasil-hasil penelitian sebelumnya, sehingga pembaca dapat memahami pengetahuan tentang rujukan ibu hamil bersalin dan nifas. Sekiranya ada sumber bacaan yang diambil belum tercantumkan didaftar pustaka bukan kesengajaan, tetapi karena kekhilafan penulis. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca semua.

## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB 1 KEMATIAN IBU .....	1
A. Definisi Kematian Ibu .....	1
B. Penyebab Kematian Ibu.....	3
C. Upaya Menurunkan Kematian Ibu .....	21
D. Indikator dan Indeks.....	26
E. Faktor yang Memengaruhi Angka Kematian Ibu.....	27
BAB 2 SISTEM RUJUKAN .....	30
A. Definisi Sistem Rujukan.....	30
B. Jenis-jenis Rujukan .....	32
C. Program Rujukan Kesehatan.....	35
D. Petugas Kesehatan Penolong Persalinan.....	40
BAB 3 KOMPETENSI BIDAN.....	44
A. Definisi Kompetensi .....	44
B. Kompetensi Bidan.....	45
C. Lingkup Kompetensi Bidan.....	59
BAB 4 SISTEM RUJUKAN ONLINE.....	63
A. Definisi Sistem Rujukan Online .....	63
B. Pelaksanaan Sistem Rujukan Online .....	64
C. Sistem Rujukan Konsultasi Online .....	66
BAB 5 APLIKASI SIKOMAT.....	68
DAFTAR PUSTAKA .....	72
LAMPIRAN .....	77

# BAB 1

---

## KEMATIAN IBU

### **Tujuan Umum :**

Untuk mengidentifikasi kematian pada ibu

### **Tujuan Khusus :**

- Untuk mengetahui definisi kematian ibu
- Untuk mengetahui apa saja penyebab kematian ibu
- Untuk mengetahui apa saja upaya pencegahan kematian ibu
- Untuk mengetahui indikator dan indeks kematian ibu

### **A. Definisi Kematian Ibu**

Menurut WHO, kematian ibu didefinisikan sebagai kematian pada wanita akibat sebab apapun yang berkaitan dengan atau diperparah oleh kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk penyebab kecelakaan atau insidental) selama kehamilan dan persalinan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan (*World Health Organization, 2023*).

Hingga saat ini, angka kematian ibu masih sangat tinggi. WHO melaporkan sekitar 295.000 wanita meninggal dunia ketika mengandung dan melahirkan pada tahun 2017. Mayoritas kematian ibu atau sekitar 94% terjadi di negara berpenghasilan rendah dengan penyebab kematian yang sebenarnya dapat dicegah. Asia Selatan dan Afrika Sub-Sahara menyumbang sekitar 86% atau 254.000 angka kematian ibu pada tahun 2017. Afrika Sub-Sahara sendiri menyumbang dua pertiga atau 196.000 kasus kematian ibu, sedangkan Asia Selatan menyumbang hampir seperlima atau 58.000 kasus kematian ibu. Pada saat yang sama, antara tahun 2000 dan 2017, Asia Selatan mampu meraih penurunan angka kematian ibu terbesar di

dunia; penurunan hampir 60%. Secara keseluruhan, rasio kematian maternal di negara berkembang menurun hampir 50% (*World Health Organization, 2019*).

Tingginya angka kematian ibu di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketidaksetaraan akses ke layanan kesehatan berkualitas dan menyoroti kesenjangan antara kaya dan miskin. Angka kematian ibu di negara berpendapatan rendah pada tahun 2017 adalah 462 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 11 per 100.000 kelahiran hidup di negara berpendapatan tinggi (*World Health Organization, 2019*).

Kematian ibu menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD-X)* adalah kematian seorang wanita yang terjadi pada saat kehamilan sampai dengan 42 hari setelah kehamilan berakhir, tidak tergantung dari lama dan tempat terjadi kehamilan, yang disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan (Syafudin dan Hamidah, 2009).

Kematian ibu dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian yang langsung sebagai akibat komplikasi obstetri pada kehamilan, persalinan dan nifas atau kematian disebabkan tindakan atau yang terjadi selama proses tindakan selama kehamilan, bersalin dan nifas (Syafudin dan Hamidah, 2009).
2. Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit bukan komplikasi obstetri, yang diperberat dengan adanya kehamilan atau persalinan (Syafudin dan Hamidah, 2009).

Risiko kematian ibu tertinggi terjadi pada remaja putri di bawah usia 15 tahun dan komplikasi kehamilan dan persalinan lebih tinggi pada remaja putri usia 10–19 tahun (dibandingkan wanita usia 20–24 tahun) (Althabe, 2015). Angka kehamilan wanita di negara kurang berkembang rata-rata lebih banyak dibandingkan

dengan negara maju, dan risiko kematian akibat kehamilan seumur hidup mereka lebih tinggi. Risiko kematian maternal seumur hidup seorang wanita adalah probabilitas bahwa seorang wanita berusia 15 tahun meninggal karena penyebab maternal. Di negara berpendapatan tinggi, angka ini berkisar 1 dari 5400, dibandingkan 1 dari 45 di negara berpendapatan rendah (Althabe, 2015).

Berdasarkan data dari *International Conference on Indonesia Family Planning and Reproductive Health (ICIFPRH)*, hingga tahun 2019, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Padahal, target AKI Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyatakan bahwa tingginya AKI merupakan salah satu tantangan yang harus dihadapi Indonesia sehingga menjadi salah satu komitmen prioritas nasional, yaitu mengakhiri kematian ibu saat hamil dan melahirkan (Susiana, 2021)

Data dari program kesehatan keluarga Kementerian Kesehatan melaporkan jumlah kematian ibu sebanyak 7.389 pada tahun 2021. Jumlah tersebut melonjak 59,69% dibanding tahun 2020 akibat tingginya lonjakan COVID-19 pada tahun 2021. Jawa Timur merupakan provinsi dengan jumlah kematian ibu terbesar pada 2021, yakni mencapai 1.279 jiwa (17,31%), diikuti Jawa Barat sebanyak 1.204 jiwa (16,29%) dan Jawa Tengah sebanyak 976 jiwa (13,21%). Penyebab terbanyak kematian ibu di Indonesia pada tahun 2021 adalah Covid-19 (2.982 jiwa), diikuti dengan perdarahan (1.320 jiwa), lain-lain (1.309 jiwa), hipertensi dalam kehamilan (1.077 jiwa), penyakit jantung (335 jiwa), gangguan metabolik (80 jiwa), gangguan sistem peredaran darah (65 jiwa), dan abortus (14 jiwa) (Kusnandar, 2022)

## **B. Penyebab Kematian Ibu**

Sebagian besar kematian ibu tidak diketahui penyebab yang pasti. Namun demikian, dengan menggunakan data yang

tersedia, hampir 73% dari semua kematian ibu antara tahun 2003 dan 2009 disebabkan oleh penyebab obstetrik langsung; kematian karena penyebab tidak langsung menyumbang 27,5 persen dari semua kematian. Penyebab utama kematian ibu adalah sebagai berikut: (Black et al, 2016).

- Perdarahan (27,1%); lebih dari 72,6% kematian akibat perdarahan diklasifikasikan sebagai perdarahan postpartum
- Hipertensi (14%)
- Sepsis (10,7%)
- Abortus (7,9%)
- Emboli dan penyebab langsung lainnya (12,8%)

Sekitar 7,9% dari semua kematian ibu disebabkan oleh abortus, termasuk aborsi spontan atau induksi dan kehamilan ektopik. Angka ini lebih rendah dari penilaian sebelumnya, yang memperkirakan kematian akibat aborsi yang tidak aman sebesar 13% (Black et al, 2016).

Meskipun kehamilan ektopik dapat menimbulkan konsekuensi kematian yang sangat serius, dan telah dilaporkan adanya peningkatan insidensi, kejadian ini tetap jarang terjadi dengan kurang dari 2 per 100 persalinan. Kondisi ini memiliki tingkat fatalitas kasus yang tinggi dimana perawatan bedah mendesak tidak tersedia (Black et al, 2016).

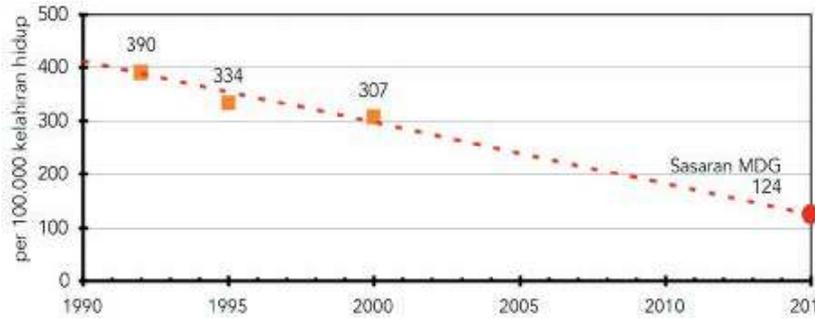
Dalam mengklasifikasikan kematian ibu akibat aborsi, dan lebih khusus lagi aborsi yang tidak aman, yang didefinisikan sebagai penghentian kehamilan yang tidak diinginkan “dilakukan oleh orang yang tidak memiliki keterampilan yang diperlukan atau dalam lingkungan yang tidak sesuai dengan standar klinis minimal, atau keduanya”, ada risiko kesalahan klasifikasi yang dapat menyebabkan pelaporan yang kurang. ICD-10 tidak memiliki kode khusus untuk aborsi yang tidak aman; oleh karena itu, kematian yang dikaitkan dengan aborsi yang tidak aman seringkali didokumentasikan dalam studi khusus. Bahkan ketika aborsi yang diinduksi adalah legal, nilai-nilai agama dan budaya

di banyak negara dapat berarti bahwa perempuan tidak mengungkapkan upaya aborsi, dan kerabat atau profesional perawatan kesehatan tidak melaporkan kematian ini. Kurangnya pendaftaran kematian mungkin merupakan hasil dari stigmatisasi aborsi, yang dapat mengakibatkan kesalahan klasifikasi yang disengaja oleh penyedia layanan di mana aborsi dilarang (Black et al, 2016).

Persalinan terhambat umumnya dianggap atau didiagnosis sebagai penyebab klinis kematian ibu. Namun, sebagai klasifikasi kematian, mungkin sulit untuk ditangkap karena kematian terjadi setelah persalinan macet dan konsekuensinya dapat dikodekan dalam perdarahan atau sepsis. Praktik ini khususnya menjadi masalah di tempat di mana otopsi verbal digunakan untuk menentukan penyebab kematian, karena metode otopsi verbal berbeda-beda; kurangnya definisi kasus yang konsisten dan kebingungan mengenai penugasan hierarki penyebab memengaruhi validitas data penelitian. Secara total, komplikasi persalinan menyumbang 2,8% dan persalinan macet menyumbang 2,8% dari semua kematian ibu secara global, keduanya dilaporkan dalam "langsung lainnya" kategori, yang berjumlah 9,6% (Black et al, 2016).

Penyebab tidak langsung kematian ibu, bila digabungkan, merupakan penyebab paling umum kematian ibu. Rincian kematian karena penyebab tidak langsung menunjukkan bahwa lebih dari 70% berasal dari kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, termasuk HIV/AIDS, yang diperparah oleh kehamilan. Namun, perkiraan ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, mengingat fenomena misatribusi penyebab kematian ibu tidak langsung (Black et al, 2016).

**Gambar 1 Angka Kematian Ibu di Indonesia**



Sumber data : SDKI 1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kematian ibu dapat terjadi antara lain (MDG) :

a. Aborsi

Aborsi yang tidak aman, bertanggung jawab terhadap 11 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 13 persen). Kematian ini sebenarnya dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi serta perawatan terhadap komplikasi aborsi. Data dari SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa 7,2 persen kelahiran tidak diinginkan.

b. Sepsis

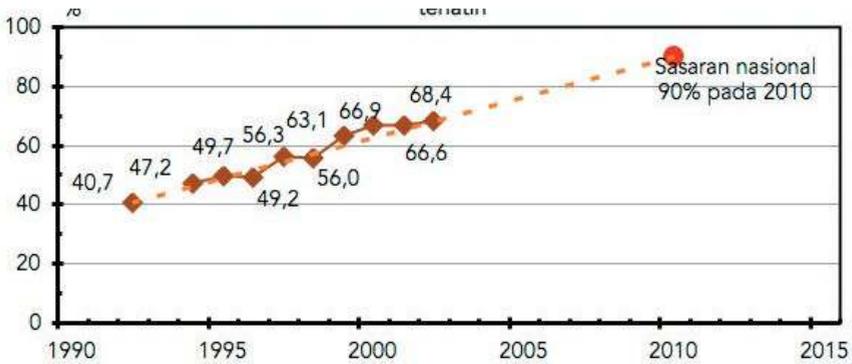
Sepsis sebagai faktor penting lain penyebab kematian ibu sering terjadi karena kebersihan (*hygiene*) yang buruk pada saat persalinan atau karena penyakit menular akibat hubungan seks yang tidak diobati. Sepsis ini berkontribusi pada 10 persen kematian ibu (rata-rata dunia 15 persen). Deteksi dini terhadap infeksi selama kehamilan, persalinan yang bersih, dan perawatan semasa nifas yang benar dapat menanggulangi masalah ini. Partus lama, yang berkontribusi bagi sembilan persen kematian ibu (rata-rata dunia 8 persen), sering disebabkan oleh disproporsi *cephalopelvic*, kelainan letak, dan gangguan kontraksi uterus.

c. Penolong persalinan

Pola penyebab kematian di atas menunjukkan bahwa pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh

tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Walaupun sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat.

**Gambar 2 Proporsi Kelahiran yang Dibantu Oleh Tenaga Kesehatan Terlatih**

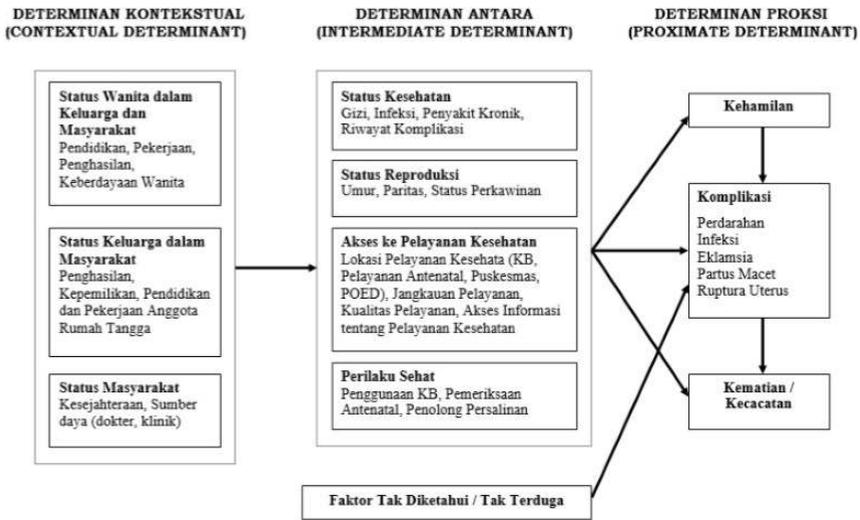


Sumber data : Susenas

Menurut Saifudin (2015) kematian ibu dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

- a. Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang timbul akibat tindakan atau kelalaian dalam penanganan. Komplikasi yang dimaksud antara lain perdarahan antepartum dan postpartum, preeklamsia/eklamsia, infeksi, persalinan macet, dan kematian pada kehamilan muda.
- b. Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) adalah kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan yang berkembang dan bertambah berat yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung. Kematian obstetri tidak langsung ini misalnya disebabkan oleh penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, anemia, tuberkulosis, HIV/AIDS, diabetes dan lain-lain.

**Gambar 3 Penyebab Kematian Ibu Menurut Mc Carthy dan Maine**



Penjabaran dari kerangka tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Determinan dekat**

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, yang meliputi kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Tiap wanita hamil memiliki risiko komplikasi tersebut, tetapi dibedakan menjadi ibu hamil resiko rendah, dan ibu hamil resiko tinggi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

1) Perdarahan

Perdarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain adalah perdarahan karena abortus, perdarahan ektojik terganggu, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum. Perdarahan karena abortus dapat disebabkan karena abortus yang tidak lengkap atau cedera pada organ panggul atau usus. Abortus sendiri berarti kadaan berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, atau keluarnya janin dengan berat kurnag dari 500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Kehamilan ektojik merupakan kehamilan yang terjadi dan tumbuh di luar endometrium cavum uteri. Janin yang semakin membesar akan menyebabkan organ tidak memadai dan akhirnya *rupture* (biasanya pada tuba fallopi), hal tersebut

menyebabkan perdarahan yang terkumpul dalam rongga perut dan menyebabkan rasa nyeri setempat atau menyeluruh yang berat, disertai pingsan dan syok. Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pervaginam yang terjadi pada umur kehamilan antara 28 minggu sampai sebelum bayi lahir. Perdarahan antepartum yang sering terjadi adalah solusio plasenta, plasenta previa, dan vasa previa. Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi setelah anak lahir dan beratnya lebih dari 500 gram, dapat terjadi sebelum maupun sesudah plasenta lahir.

## 2) Infeksi

Infeksi pada kehamilan adalah infeksi jalan lahir yang terjadi pada kehamilan muda dan tua. Infeksi pada kehamilan muda adalah infeksi jalan lahir yang terjadi pada kehamilan kurang dari 20 sampai 22 minggu yang disebabkan adanya abortus yang terinfeksi. Sedangkan infeksi jalan lahir pada kehamilan pada kehamilan tua adalah infeksi yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga. Infeksi jalan lahir ini dapat terjadi akibat ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi saluran kencing misalnya sistitis, nefritis atau akibat penyakit sistemik seperti: malaria, demam tifoid, hepatitis dan lain-lain. Keadaan ini berbahaya karena dapat menyebabkan terjadinya sepsis yang dapat menyumbang kematian ibu sebesar 15% (WHO, 2015).

## 3) Preeklamsia dan Eklamsia

Pre-eklamsia adalah suatu kondisi yang bisa dialami oleh setiap wanita hamil. Penyakit ini ditandai dengan meningkatnya tekanan darah yang diikuti oleh peningkatan kadar protein di dalam urine. Wanita hamil dengan preeklampsia juga akan mengalami pembengkakan pada kaki dan tangan. Preeklampsia umumnya muncul pada pertengahan umur kehamilan, meskipun pada beberapa kasus ada yang ditemukan pada awal masa kehamilan.

Preeklamsia dibagi dalam dua bagian yaitu preeklamsia ringan dan preeklamsia berat. Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur

kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Gejala ini timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu pada penyakit trofoblas. Sedangkan Pre-eklamsia berat adalah komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Rahmawati, 2011).

Eklamsia merupakan kondisi lanjutan dari preeklamsia yang tidak teratasi dengan baik. Selain mengalami gejala preeklamsia, pada wanita yang terkena eklamsia juga sering mengalami kejang kejang. Eklamsia dapat menyebabkan koma atau bahkan kematian baik sebelum, saat atau setelah melahirkan. Penyebab pasti dari kelainan ini masih belum diketahui, namun beberapa penelitian menyebutkan ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya preeklamsia dan eklamsia. Faktor-faktor tersebut antara lain, gizi buruk, kegemukan dan gangguan aliran darah ke rahim.

Faktor resiko terjadinya preeklamsia antara lain: pada umumnya terjadi pada kehamilan yang pertama kali, kehamilan di usia remaja dan kehamilan pada wanita diatas 40 tahun. Faktor resiko yang lain adalah : riwayat tekanan darah tinggi yang kronis sebelum kehamilan, riwayat mengalami preeklamsia sebelumnya, riwayat preeklamsia pada ibu atau saudara perempuan, kegemukan, mengandung lebih dari satu orang bayi, riwayat kencing manis, kelainan ginjal, lupus atau rematoid arthritis.

#### 4) Partus Macet

Partus macet atau partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam sejak inpartu. Keadaan ini dapat membahayakan jiwa janin dan ibu.

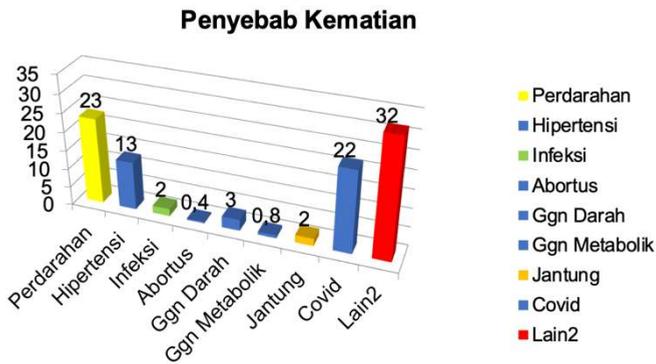
#### 5) Ruptur Uteri

Ruptura uterus adalah sobeknya uterus atau rahim. Ruptura uterus dapat terjadi secara komplet yaitu robekan terjadi pada semua lapisan miometrium termasuk peritoneum (janin sudah berada dalam cavum abdomen dalam keadaan mati), maupun

ruptura uterus inkomplet, yaitu robekan rahim secara parsial dan peritoneum masih utuh.

Di Provinsi Sumatera Utara dilaporkan bahwa penyumbang kematian dapat kita lihat dari gambar di bawah ini. Dan Di Indonesia penyumbang kematian ibu tidak jauh berbeda dengan provinsi Sumatera Utara.

**Gambar 4 Penyebab Kematian Maternal**



Sumber data : Riskesdas, 2018

**b. Determinan Antara**

Determinan antara merupakan determinan yang akan memengaruhi determinan dekat sehingga dapat menyebabkan kematian ibu, yang termasuk ke dalam determinan antara yaitu:

1) Status Kesehatan Ibu

Status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian maternal meliputi status gizi, anemia, penyakit yang diderita ibu, dan riwayat komplikasi pada kehamilan dan persalinan sebelumnya.

2) Status Reproduksi

Status reproduksi yang berperan penting terhadap kejadian kematian maternal adalah usia ibu hamil, jumlah kelahiran, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu.

### 3) Status Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11 g% (g/dl) sebagai dasarnya (Manuaba, 2010).

Ibu hamil dianggap anemia bila kadar hemoglobinnya < 11 g%. Anemia yang paling banyak terjadi adalah anemia akibat defisiensi zat besi dan asam folat. Keluhan anemia meliputi letih, lemah, pucat, pusing, sakit kepala, anoreksia, stomatitis, sensitif terhadap rasa dingin (Lailiyana, Noor dan Suryatni, 2010). Ibu dengan anemia tidak dapat menoleransi kehilangan darah seperti perempuan sehat tanpa anemia. Pada waktu persalinan terjadi kehilangan darah 1000 ml tidak akan mengakibatkan kematian ibu sehat, tetapi sebaliknya pada ibu dengan anemia kehilangan darah kurang dari itu dapat berakibat fatal dan meningkatkan risiko operasi atau penyembuhan luka lama dan lukan dapat terbuka seluruhnya (Saifuddin, 2009).

### 4) Riwayat Penyakit yang diderita Ibu

Penyebab kematian ibu tidak langsung adalah malaria, hepatitis, HIV/AIDS, diabetes melitus, bronkopneumonia. Riwayat obstetri yang buruk seperti persalinan dengan tindakan, perdarahan, partus lama, bekas seksio sesaria akan memengaruhi kematian ibu (Saifuddin, 2009). Penyakit jantung akan menjadi lebih berat pada saat kehamilan, karena dapat memengaruhi gangguan pada pertumbuhan janin. Keluhan utama yang dirasakan seperti cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak napas disertai kebiruan, edema tungkai dan mengeluh tentang bertambahnya besar rahim yang tidak sesuai (Manuaba, 2010).

### 5) Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi keterjangkauan lokasi pelayanan kesehatan, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia, serta keterjangkauan informasi. Di negara berkembang

seperti Indonesia, umumnya berhubungan dengan tiga keterlambatan (*The Three Delay Models*) yaitu:

a) Terlambat mengambil Keputusan

Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena masalah tradisi atau kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya; keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu; tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan/atau mengidentifikasi komplikasi secara dini; dan tenaga kesehatan tidak mampu mengadvokasi pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tepat waktu agar jiwa ibu dan bayi selamat.

b) Terlambat mencapai Rumah Sakit Rujukan dan Rujukan tidak Efektif

Keterlambatan kedua ini dapat disebabkan oleh hal berikut, masalah geografis, ketersediaan transportasi, stabilisasi pasien komplikasi tidak dilakukan atau tidak efektif, serta monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindak lanjuti.

c) Terlambat mendapat pertolongan adekuat di Rumah Sakit rujukan Terlambat mendapat pertolongan adekuat di RS merupakan keterlambatan ketiga yang sering terjadi, hal tersebut dapat disebabkan karena sistem administratif RS tidak efektif, tenaga kesehatan yang dibutuhkan tidak tersedia, tenaga kesehatan yang kurang terampil, sarana dan prasarana tidak lengkap atau tidak tersedia, darah tidak segera tersedia, pasien tiba di RS dengan 'kondisi medis yang sulit diselamatkan', kurang jelasnya pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif, serta kurangnya informasi di masyarakat mengenai kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.

#### d) Perilaku Sehat

Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi perilaku penggunaan alat kontrasepsi, dimana ibu yang mengikuti program keluarga berencana (KB) akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber KB, perilaku pemeriksaan antenatal secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya, penolong persalinan, dimana ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan, serta tempat persalinan, dimana persalinan yang dilakukan di rumah akan menghambat akses untuk mendapatkan pelayanan rujukan secara cepat apabila sewaktu-waktu dibutuhkan (Syafrudin dan Hamidah, 2009).

#### Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat) seperti mengukur berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, imunisasi tetanus toxoid (TT) serta pemberian tablet besi pada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan K1 dan K4. Rendahnya cakupan K4 menunjukkan bahwa masih banyak ibu hamil yang tidak melanjutkan melakukan kunjungan ke 4 pada triwulan ke 3 sehingga kehamilannya lepas dari pemantauan petugas kesehatan. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kematian pada ibu melahirkan dan bayi yang dikandungnya (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2010).

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trisemester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trisemester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai

persalinan). Standar waktu pelayanan dianjurkan dapat menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini (faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas 10T yaitu:

- a) Penimbangan berat badan dan tinggi badan;
- b) Pengukuran tekanan darah;
- c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- e) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- f) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- g) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- h) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- i) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- j) Tatalaksana kasus

Namun sejak tahun 2020 kunjungan ibu hamil dilakukan enam kali dengan satu kali pada trimester satu yang dilakukan oleh dokter untuk skrining dan pengobatan jika dijumpai penyakit-penyakit tertentu kalau perlu melakukan rujukan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan. Dilakukan juga pemeriksaan ultrasonografi obstetric terbatas yang dilakukan oleh dokter yang telah mengikuti pelatihan pemeriksaan USG Obstetri terbatas.

Pada trimester dua dilakukan pemeriksaan dua kali. Pada trimester tiga dilakukan kunjungan antenatal tiga kali dimana pada kunjungan kelima (kedua kali pada trimester tiga) pemeriksaan kembali dilakukan oleh dokter untuk skrining dimana akan dilakukan persalinan. Pada kunjungan kelima ini juga dilakukan pemeriksaan USG obstetric terbatas.

Pada usia kehamilan dibawah 20 minggu dilakukan skrining faktor risiko preeklampsia disebutkan pada buku KIA tersebut dimana ada Sembilan faktor resiko sedang di tandai dengan warna kuning dan tujuh faktor resiko tinggi yang ditandai dengan warna merah. Jika dijumpai dua faktor risiko sedang dan atau satu faktor risiko tinggi pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan untuk pemeriksaan antenatal bersalin dan nifas di rumah sakit rujukan tersebut.

Sekarang telah disosialisasikan pemakaian buku KIA tahun 2022 dimana frekuensi dan 10T masih sama seperti buku KIA 2020 namun pada buku KIA 2022 ditambahkan pemeriksaan laboratorium kadar gula darah setelah diperiksa pada trimester satu kembali diperiksa pada usia kehamilan 24-28 minggu untuk menyingkirkan kemungkinan diabetes melitus gestational.

### Gambar 5 Skrining Diabetes Melitus Gestational

Skrining Diabetes Melitus Gestasional pada Usia Kehamilan 24-28 Minggu		
Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Gula darah puasa	mg/ dl	
Gula darah 2 jam post prandial	mg/ dl	

Dokter Pemeriksa,  
( ..... )

Perbedaan yang lain adalah hal sebagai berikut yang dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

**Gambar 6 Daftar Porsi Makan dan Minum Ibu Hamil**

**IBU HAMIL**

**PORSI MAKAN DAN MINUM IBU HAMIL UNTUK KEBUTUHAN SEHARI**

Bahan Makanan	Ibu Hamil Trimester 1	Ibu Hamil Trimester 2 dan 3	Keterangan
Nasi atau Makanan Pokok	5 porsi 	6 porsi 	1 porsi = 100 g atau $\frac{3}{4}$ gelas nasi 1 porsi = 125 g atau 3 buah jagung ukuran sedang 1 porsi = 210 g atau 2 kentang ukuran sedang 1 porsi = 120 g atau 1 $\frac{1}{2}$ potong singkong 1 porsi = 70 g atau 3 iris roti putih 1 porsi = 200 g atau 2 gelas mie basah
Protein hewani seperti: ikan, telur, ayam, dan lainnya	4 porsi 	4 porsi 	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan 1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur Ayam
Protein nabati seperti: tempe, tahu, dan lainnya	4 porsi 	4 porsi 	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe 1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu
Sayur-sayuran	4 porsi 	4 porsi 	1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah
Buah-buahan	4 porsi 	4 porsi 	1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang 1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya
Minyak/lemak	5 porsi Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan	5 porsi Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan	1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh, bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya
Gula	2 porsi 	2 porsi 	1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya

Batasi konsumsi garam(hingga 1 sendok teh/ hari dan minum air putih 8 - 12 gelas per hari)

Sumber: Buku KIA, 2022



### **c. Determinan Jauh**

Meskipun determinan ini tidak secara langsung memengaruhi kematian ibu, tetapi juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu. Faktor yang termasuk kedalam determinan jauh antara lain status wanita dalam keluarga dan masyarakat yang termasuk didalamnya pendidikan dan pekerjaan ibu. Wanita yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sehingga dapat mengambil keputusan tentang keadaan dirinya dan cepat mencari pertolongan di pelayanan kesehatan.

#### **1. Pendidikan**

Meskipun determinan ini tidak secara langsung memengaruhi kematian ibu, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor-faktor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu (Syafudin dan Hamidah, 2009).

Termasuk dalam determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, dimana wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Menurut Hernandez, *et al* (2013) menyatakan bahwa pendidikan memengaruhi meningkatnya kesehatan ibu, dimana ibu menjadi mempunyai kesadaran pada masalah kesehatan dan pengobatan, serta meningkat kebutuhan akan penggunaan alat kontrasepsi dan pemeriksaan kehamilan. Pendidikan dapat menurunkan angka kematian ibu, karena dengan pendidikan yang tinggi mendorong seorang wanita untuk lebih peduli dan sadar terhadap permasalahan kesehatan yang berhubungan pada meningkatnya kematian ibu.

#### **2. Pekerjaan**

Pekerjaan ibu, dimana keadaan hamil tidak berarti mengubah

pola aktivitas bekerja ibu hamil sehari-hari. Hal tersebut terkait dengan keadaan ekonomi keluarga, pengetahuan ibu sendiri yang kurang atau faktor kebiasaan setempat.

Kemiskinan dapat menjadi sebab rendahnya peran serta masyarakat pada upaya kesehatan. Kematian ibu sering terjadi pada kelompok miskin, tidak berpendidikan, tinggal di tempat terpencil, dan mereka tidak memiliki kemampuan untuk memperjuangkan kehidupannya sendiri. Wanita-wanita dari keluarga dengan pendapatan rendah (kurang dari US\$ 1 perhari) memiliki risiko kurang lebih 300 kali untuk menderita kesakitan dan kematian ibu bila dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendapatan yang lebih baik.

Menurut Depkes dalam Fibriana (2007), faktor-faktor yang memengaruhi kematian ibu adalah faktor medik, faktor non medik, dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor medik, meliputi faktor empat terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, dan terlalu dekat), komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal (meliputi perdarahan, infeksi, keracunan kehamilan, komplikasi akibat partus lama, trauma persalinan), keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil (kekurangan gizi, anemia, bekerja fisik berat selama kehamilan).

Faktor non medik yang berkaitan dengan ibu dan menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal, meliputi terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan resiko tinggi, ketidakberdayaan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk, ketidakmampuan sebagian ibu hamil untuk membayar biaya transport dan perawatan di RS. Faktor pelayanan kesehatan yang belum mendukung upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal antara lain berkaitan dengan cakupan pelayanan KIA, yang meliputi belum mantapnya jangkauan pelayanan KIA dan penanganan kelompok berisiko, rendahnya cakupan ANC dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah oleh dukun bayi yang tidak

mengetahui tanda-tanda kehamilan. Hal itu semua berkaitan dengan terlambat mengambil keputusan merujuk, mencapai RS rujukan, mendapatkan pertolongan di RS rujukan, dan penolong persalinan bukan tenaga kesehatan. Penanganan kelompok berisiko seringkali mengalami kematian yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, disebabkan oleh 3 (tiga) faktor keterlambatan, yang dikenal dengan faktor "3T" yaitu:

1. Terlambat mengambil keputusan untuk merujuk
2. Terlambat mencapai RS rujukan
3. Terlambat mendapatkan pertolongan di RS rujukan.

### **C. Upaya Menurunkan Kematian Ibu**

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kematian ibu. Pada tahun 1987, untuk pertama kalinya di tingkat internasional diadakan konferensi tentang kematian ibu di Nairobi, Kenya. Kemudian pada tahun 1990 dilakukan *World Summit for Children* di New York, Amerika Serikat, yang menghasilkan tujuh tujuan utama, diantaranya menurunkan angka kematian ibu menjadi separuh pada tahun 2000. Tahun 1994 diadakan *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo, Mesir, yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan ibu yang berupaya agar setiap ibu hamil dapat melalui kehamilan dan persalinannya dengan selamat. Tahun 1995 di Beijing, Cina diadakan *Fourth World Conference on Women*, kemudian pada tahun 1997 di Colombo, yang menekankan perlu dipercepatnya penurunan angka kematian ibu pada tahun 2000 (Syafudin dan hamidah,2009). Konferensi yang terakhir, yaitu *The Millenium Summit in 2000*, dimana semua anggota PBB berkomitmen pada *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan tiga perempat angka kematian pada tahun 2015 dan untuk membangun upaya yang telah dilakukan dalam MDGs, WHO mencanangkan agenda baru yakni *Sustainabel Development Goals* (SDGs) berupa pembangunan berkelanjutan dengan salah satu targetnya menurunkan AKI dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup hingga tahun 2030 (WHO, 2015).

Indonesia telah mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010 pada 12 Oktober 2000, sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Tujuan dari *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang seharusnya tidak perlu terjadi. MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan pelayanan kesehatan. MPS dilaksanakan pada upaya - upaya yang sudah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta, keluarga dan anggota masyarakat (Martadisoebrota, Sastrawinata dan Saifuddin, 2011).

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah, karena solusi perawatan kesehatan untuk mencegah atau menangani komplikasi sudah diketahui dengan baik. Kesehatan ibu dan kesehatan bayi baru lahir sangat erat kaitannya. Untuk meningkatkan kesehatan ibu, hambatan yang membatasi akses ke layanan kesehatan ibu yang berkualitas harus diidentifikasi dan diatasi baik di tingkat sistem kesehatan maupun keluarga dan masyarakat. Beberapa kebijakan yang dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu adalah sebagai berikut (Gliozheni, 2020):

- **Penolong persalinan yang terampil**

Dua tantangan penting untuk mencapai penurunan angka kematian ibu yang signifikan adalah layanan yang terampil dari penolong persalinan saat persalinan dan akses ke tingkat perawatan kebidanan yang lebih tinggi jika terjadi komplikasi. Untuk memenuhi tantangan ini, dibutuhkan profesional kesehatan yang kompeten serta lingkungan di mana mereka dapat bekerja secara efektif. Ada perbedaan besar di seluruh dunia dan di antara negara-negara berkembang dalam proporsi

persalinan dengan penolong terlatih, kualitas penolong, proporsi persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan, dan kualitas layanan. dalam fasilitas tersebut. Ada juga perbedaan penting dalam risiko kematian ibu dan bayi baru lahir di tempat yang berbeda. Di beberapa daerah perkotaan di negara berkembang dan di semua negara maju, sebagian besar persalinan dilakukan di rumah sakit yang didampingi oleh dokter atau bidan. Di daerah pedesaan di negara berkembang, sebagian besar persalinan dilakukan di rumah, umumnya tanpa bidan terlatih dan seringkali dengan akses perawatan medis yang buruk (Gliozheni, 2020).

Setiap persalinan, termasuk yang dilakukan di rumah, harus dibantu oleh bidan, dokter, atau perawat yang telah terlatih dalam teknik dasar persalinan yang bersih dan aman, dengan pengenalan dan pengelolaan persalinan lama, infeksi, dan perdarahan. Bila perlu, penolong persalinan juga harus bersiap untuk menstabilkan dan segera merujuk ibu ke fasilitas yang menyediakan perawatan kebidanan esensial. Dokter, bidan, atau perawat harus secara rutin dididik atau dilatih untuk mengenali dan menanggapi tanda-tanda peringatan dini keadaan darurat. Perawatan terampil sebelum, selama, dan setelah melahirkan dapat membuat perbedaan antara hidup dan mati bagi ibu maupun bayinya (Gliozheni, 2020).

- **Perawatan Kebidanan Esensial harus Dapat Diakses**

Perawatan kebidanan esensial harus dapat diakses untuk mengatasi komplikasi persalinan dan ini membutuhkan jaringan fasilitas perawatan esensial berkualitas baik yang memberikan perawatan kebidanan esensial dasar: pemberian obat antibiotik, oksitosin, dan antikonvulsan; pengangkatan plasenta secara manual; pembuangan sisa hasil konsepsi; dan membantu persalinan pervaginam dan juga operasi dan transfusi darah. Akses untuk sebagian besar penduduk ke tingkat perawatan yang sesuai juga memerlukan sistem rujukan yang kuat yang mencakup komunikasi dengan, dan transportasi ke, fasilitas rujukan. Penting untuk meningkatkan akses ke perawatan yang

berpusat pada pasien dan komprehensif untuk wanita sebelum, selama, dan setelah kehamilan, terutama di pedesaan dan daerah tertinggal. Semua wanita membutuhkan akses ke perawatan berkualitas baik selama kehamilan, persalinan, dan setelah melahirkan (Gliozheni, 2020).

- **Peningkatan Kualitas Layanan**

Peningkatan kualitas pelayanan melalui upaya seperti pemanfaatan protokol keselamatan di semua fasilitas persalinan dan memberikan kesinambungan perawatan sebelum, selama, dan setelah kehamilan. Sehubungan dengan kematian ibu, pengumpulan informasi tentang kematian dengan maksud untuk menemukan mengapa kematian terjadi, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegahnya, merupakan kunci dari strategi penjaminan mutu. Hal ini dapat berupa otopsi verbal di masyarakat, tinjauan kematian ibu berbasis fasilitas, penyelidikan rahasia, peninjauan kasus morbiditas berat ibu, dan audit klinis berdasarkan kriteria komplikasi yang mengancam jiwa. Metodologi ini sangat didukung oleh pendapat ahli dan telah menerima pengesahan baru-baru ini dari WHO (Gliozheni, 2020).

- **Perawatan Antenatal yang Memadai**

Perawatan antenatal yang memadai menawarkan banyak manfaat tidak hanya untuk janin dan neonatus, tetapi melalui intervensi prakonsepsi dan antenatal tertentu yang dapat secara signifikan mengurangi mortalitas dan morbiditas ibu. Alasan pengenalan ANC secara luas adalah keyakinan bahwa tanda-tanda awal, atau faktor risiko, morbiditas dan mortalitas dapat dideteksi dan bahwa intervensi yang efektif dapat dilakukan. Kunjungan antenatal dapat membantu kita dalam deteksi dan pengobatan kehamilan- komplikasi terkait. Meskipun tidak ada bukti kuat tentang keefektifan konten, frekuensi, dan waktu kunjungan dalam program ANC, ANC menawarkan kesempatan untuk mengingatkan wanita tersebut akan risiko yang terkait dengan kehamilan dan untuk mendiskusikan serta merencanakan pilihannya untuk perawatan profesional. ANC

masih memiliki kepentingan sebagai instrumen yang berpotensi efektif untuk memastikan penggunaan layanan kebidanan yang lebih baik (Gliozheni, 2020).

Intervensi antenatal efektif dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu. Intervensi ini termasuk pengenalan dan pengobatan penyakit hipertensi kehamilan, diabetes gestasional, anemia, pengobatan dini malaria, deteksi dan pengobatan bakteriuria asimtomatik, dan versi sefalik eksternal (untuk mencegah persalinan macet). Selain potensi untuk mengurangi penyebab spesifik morbiditas dan mortalitas ibu, ANC juga dapat mendorong kesiapsiagaan persalinan dan penggunaan bantuan tenaga terampil dalam persalinan. Intervensi penting untuk perawatan selama persalinan dan kelahiran harus mencakup pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf, menggunakan praktik aseptik, menghindari episiotomi medis kecuali jika ada indikasi khusus, dan mencegah perdarahan postpartum melalui manajemen aktif kala tiga persalinan (Gliozheni, 2020).

- **Perawatan pascapersalinan**

Perawatan pascapersalinan sangat penting selama jam-jam pertama setelah kelahiran dan penting sepanjang bulan pertama. Lebih dari 60% kematian ibu terjadi pada periode pascakelahiran dan survei terhadap wanita yang melahirkan di rumah pedesaan mengidentifikasi 43% morbiditas pascapersalinan. Sebagian besar kematian pascapersalinan terjadi pada hari pertama setelah kelahiran dan penatalaksanaannya berada dalam perawatan tenaga terampil atau strategi perawatan darurat. Untuk ibu, perawatan tersebut harus menekankan pencegahan, pengenalan tepat waktu, dan pengobatan infeksi; perdarahan pascapersalinan; dan komplikasi gangguan hipertensi kehamilan. Kunjungan nifas menawarkan kesempatan untuk mengatasi masalah kesehatan apa pun setelah melahirkan. Bukti menunjukkan pemantauan ketat dan perawatan tindak lanjut selama periode postpartum sangat penting (Gliozheni, 2020).

## D. Indikator dan Indeks

Sejumlah indikator berbeda telah dikembangkan untuk pengukuran angka kematian ibu. Empat paling indikator yang umum digunakan berupa (Hawkins, 2020):

### 1. *Maternal mortality ratio (MMRatio)*

Merupakan indikator yang paling sering digunakan yang dirumuskan sebagai:

$$\frac{\text{Jumlah kematian Ibu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}} \times 100.000 = \text{MMR}$$

Dengan merumuskan angka kematian ibu per kelahiran hidup, daripada per wanita usia reproduksi, rasio MMR dirancang untuk menggambarkan risiko kehamilan. Dimana rasio MMR dapat secara berlebihan menggambarkan risiko kehamilan dikarenakan pengecualian pada kelahiran yang tidak hidup, tetapi yang mungkin bertanggung jawab atas kematian ibu. Meskipun secara teori akan lebih baik untuk menyempurnakan MMRatio dengan memasukkan semua kehamilan dalam, tetapi pada praktiknya, data tentang kehamilan yang tidak menghasilkan kelahiran hidup jarang tersedia.

### 2. *Maternal mortality rate (MMRate)*

MMRate merupakan indikator risiko kematian ibu pada wanita usia subur. Ini setara dengan *cause-specific death rate*. Dimana dirumuskan sebagai:

$$\frac{\text{Jumlah kematian maternal}}{\text{Jumlah wanita usia 15 - 49}} \times 1000 = \text{MMRate}$$

### 3. *Proportion maternal*

*Proportion maternal* merupakan indikator proporsi kematian wanita dewasa karena penyebab maternal. *Proportion maternal* digambarkan dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kematian maternal}}{\text{Kematian wanita usia 15 - 49}} = \text{Proportion maternal}$$

### 4. *Lifetime risk (LTR) maternal death*

LTR mencerminkan kemungkinan seorang wanita meninggal

karena penyebab maternal selama 35 tahun masa reproduksi. Dengan demikian, ini memperhitungkan kemungkinan kematian karena penyebab maternal setiap kali seorang wanita mengalami kehamilan. Rumus yang umum digunakan untuk perkiraan LTR adalah:

$$LTR = 35 * MMRate$$

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tercatat sebesar 177 kematian per 100 ribu kelahiran hidup pada 2017. Rasio itu sudah lebih baik dari belasan tahun sebelumnya yang lebih dari 200 kematian per 100 ribu kelahiran hidup. Kendati demikian, AKI Indonesia masih ketiga tertinggi di Asia Tenggara (Melani, 2019).

Menurut Ketua Komite Ilmiah International Conference on Indonesia Family Planning and Reproductive Health (ICIFPRH), Meiwita Budhiansari, hingga tahun 2019 AKI Indonesia masih tetap tinggi, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup (Melani, 2019).

#### **E. Faktor yang Memengaruhi Angka Kematian Ibu**

Beberapa indikator yang memengaruhi angka kematian ibu (AKI) berupa (Awang, 2017):

1. Pemeriksaan ibu hamil bulan pertama
2. Pemeriksaan ibu hamil bulan keempat
3. Persalinan dengan di tolong tenaga kesehatan
4. Cakupan kunjungan nifas empat kali

Faktor risiko merupakan beberapa keadaan yang dimiliki oleh ibu tetapi tidak bermakna secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Faktor risiko tersebut dapat berupa umur ibu kurang dari 20 tahun dan atau lebih dari 35 tahun, jumlah anak lebih dari 4, jarak kehamilan terakhir kurang dari 2 tahun, riwayat penyakit sebelumnya dan lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm (Jayanti, 2016).

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia didominasi oleh pendarahan pasca persalinan, hipertensi/eklamsia, dan infeksi.

Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah masih banyaknya kasus 3 terlambat dan 4 terlalu (GKIA, 2016).

Kasus 3 terlambat, meliputi (GKIA, 2016):

1. Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan.
2. Terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan.
3. Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kasus 4 terlalu, meliputi (GKIA, 2016):

1. Terlalu tua hamil (diatas usia 35 tahun)
2. Terlalu muda hamil (dibawah usia 20 tahun)
3. Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4)
4. Terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun)

Keadaan ibu pra-hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya. Penyebab tidak langsung kematian maternal ini antara lain adalah anemia, kurang energi kronis (KEK) dan keadaan 4 terlalu (terlalu muda / tua, terlalu sering dan terlalu banyak) (Ulfah, 2019)

Kematian maternal dipengaruhi oleh 3 determinan, yaitu determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh yaitu (Cameron, 2019):

- Determinan dekat merupakan penyebab kematian ibu, yaitu kehamilan itu sendiri dan gangguan obstetrik yang berupa perdarahan, infeksi, eklampsia/preeklampsia, dan lainnya. Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara.

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, yang meliputi kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Tiap wanita hamil memiliki risiko komplikasi yang berbeda, dibedakan menjadi ibu hamil risiko rendah dan ibu hamil risiko tinggi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

- Perdarahan

- Infeksi
  - Pre-eklamsia dan eklamsia
  - Partus macet dan partus lama
  - Ruptur uterus
- Determinan antara merupakan keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu meliputi status kesehatan ibu, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku penggunaan pelayanan kesehatan.
  - Determinan jauh merupakan determinan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural, yaitu status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat.  
Determinan jauh tidak secara langsung memengaruhi kematian maternal, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, dan faktor-faktor lain juga perlu dipertimbangkan dalam kematian maternal.