

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kematian Maternal

1. Definisi

Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan (Saifuddin, 2010).

Kematian Ibu, menurut ICD 10 didefinisikan sebagai "Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah berakhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan".

Definisi tersebut secara eksplisit menjelaskan bahwa kematian ibu menunjukkan lingkup yang luas, tidak hanya terkait dengan kematian yang terjadi saat proses persalinan, tetapi mencakup kematian ibu yang sedang dalam masa hamil dan nifas (kemenkes, 2013).

2. Epidemiologi

Menurut WHO, setiap tahun kurang lebih terdapat 210 juta wanita hamil diseluruh dunia. Lebih dari 20 juta wanita mengalami kesakitan akibat dari kehamilannya, beberapa diantaranya bersifat menetap. Kehidupan 8 juta wanita diseluruh dunia menjadi terancam dan setiap tahun diperkirakan terdapat 529.000 wanita meninggal sebagai akibat

komplikasi yang timbul karena kehamilan dan persalinan, dimana sebagian besar dari kematian ini sebenarnya dapat dicegah. Angka kematian maternal di seluruh dunia diperkirakan sebesar 400 per 100.000 KH dan 98% terjadi di negara – negara berkembang. Angka kematian maternal di negara berkembang 20 kali lebih tinggi yaitu 440 per 100.000 KH dan di beberapa tempat dapat mencapai 1000 per 100.000 KH. Di wilayah Asia Tenggara diperkirakan terdapat 240.000 kematian maternal setiap tahunnya, sehingga diperoleh angka kematian maternal sebesar 210 per 100.000 KH.

Angka kematian maternal ini merupakan ukuran yang mencerminkan risiko obstetric yang dihadapi oleh seorang wanita setiap kali wanita tersebut menjadi hamil. Risiko ini semakin bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah kehamilan yang dialami. Tingginya angka kematian maternal di negara berkembang sebagian besar berkaitan dengan masalah politik dan sosial, khususnya masalah kemiskinan dan status wanita.

Sebagian besar kematian maternal terjadi di rumah, yang jauh dari jangkauan fasilitas kesehatan. Menurut data SKRT 2001, proporsi kematian maternal terhadap kematian usia reproduksi (15 – 49 tahun) di pedesaan hampir tiga kali lebih besar daripada di perkotaan. Angka kematian maternal di Indonesia masih cukup tinggi.

Menurut hasil SKRT tahun 1992 angka kematian ibu (AKI) di Indonesia 425 per 100.000 KH dan menurun menjadi 373 per 100.000 KH pada SKRT tahun 1995, sedangkan pada SKRT yang dilakukan pada

tahun 2001, angka kematian maternal kembali mengalami peningkatan menjadi sebesar 396 per 100.000 KH. Dari SDKI 2002 / 2003 angka kematian maternal menunjukkan angka sebesar 307 per 100.000 KH. Sedangkan hasil SDKI tahun 2007, AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan negara – negara anggota Asean seperti Brunei Darussalam (angka kematian maternal menurut estimasi WHO tahun 2000) : 37 per 100.000 KH dan Malaysia : 41 per 100.000 KH, angka kematian maternal di Indonesia masih sangat tinggi.

Menurut WHO, kurang lebih 80% kematian maternal merupakan akibat langsung dari komplikasi langsung selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian maternal terjadi akibat penyebab tidak langsung. Perdarahan, terutama perdarahan post partum, dengan onset yang tiba-tiba dan tidak dapat diprediksi sebelumnya, akan membahayakan nyawa ibu, terutama bila ibu tersebut menderita anemia (dinkes, 2013).

3. Penyebab kematian maternal

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu

kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Saifuddin, 2010).

Definisi kematian ibu mengindikasikan bahwa kematian ibu tidak hanya mencakup kematian yang disebabkan oleh persalinan tetapi mencakup kematian yang disebabkan oleh penyebab non-obstetri. Sebagai contoh adalah ibu hamil yang meninggal akibat penyakit Tuberkulosis, Anemia, Malaria, Penyakit Jantung, dll. Penyakit-penyakit tersebut dianggap dapat memperberat kehamilan meningkatkan risiko terjadinya kesakitan dan kematian (Kemenkes, 2013).

Kematian obstetri langsung (direct obstetric death) yaitu kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan, kelalaian, ketidaktepatan penanganan, atau dari rangkaian peristiwa yang timbul dari keadaan – keadaan tersebut di atas. Komplikasi – komplikasi tersebut meliputi perdarahan, baik perdarahan antepartum maupun postpartum, preeklamsia / eklamsia, infeksi, persalinan macet dan kematian pada kehamilan muda.

Kematian obstetri tidak langsung (indirect obstetric death) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan atau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan, sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk. Kematian obstetri tidak langsung ini disebabkan misalnya oleh karena hipertensi, penyakit jantung, diabetes,

hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, dan lain – lain (Dinkes, 2013).

4. Faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal yang dikelompokkan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) yang masih dipakai sampai sekarang adalah sebagai berikut :

a. Determinan dekat

Proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal (determinan dekat) yaitu kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas (komplikasi obstetri) yang berpengaruh langsung terhadap kematian maternal. (Dinkes, 2013)

Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal, yaitu : Perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester ketiga, persalinan dan pasca persalinan, infeksi, keracunan kehamilan, komplikasi akibat partus lama dan trauma persalinan (Dinkes, 2013).

1) Komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan adalah kondisi dimana nyawa ibu dan atau janin yang ia kandung terancam yang disebabkan oleh gangguan langsung saat persalinan. Komplikasi persalinan sering terjadi akibat dari keterlambatan penanganan persalinan, dan dianggap sebagai salah satu penyebab terjadinya kematian ibu bersalin. Faktor-faktor yang diduga ikut berhubungan dengan

kejadian komplikasi tersebut antara lain usia, pendidikan, status gizi dan status ekonomi ibu bersalin.

Komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi karena gangguan akibat (langsung) dari persalinan (Dinkes, 2008).

Komplikasi persalinan merupakan suatu kegawat daruratan obstetrik yang paling sering menyebabkan kematian pada ibu melahirkan. Banyak hal yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi persalinan yaitu status kesehatan ibu yang buruk, status kesehatan reproduksinya, akses ke pelayanan kesehatan, serta perilaku kesehatan yang kurang baik dari ibu itu sendiri. Selain itu kejadian komplikasi persalinan dapat di pengaruhi juga oleh status wanita dalam keluarga dan masyarakat dan status keluarga dalam masyarakat (Misar dkk, 2012).

2) Komplikasi kehamilan

Kehamilan merupakan suatu hal yang sangat diharapkan oleh seorang ibu. Pada umumnya 80-90% kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12% kehamilan yang disertai dengan penyulit dan komplikasi. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada masa kehamilan yaitu perdarahan, pre eklampsia, nyeri hebat didaerah abdominopelvikum, hyperemisis gravidarum, disuria, ketuban pecah dini, pertumbuhan janin terhambat, polihidramnion,

makrosomia, dan lain-lain. Komplikasi-komplikasi yang terjadi pada kehamilan tersebut merupakan risiko tinggi bila terjadi pada ibu hamil (Saifuddin AB, 2010).

3) Komplikasi masa nifas

Pengertian Nifas Nifas merupakan masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai enam minggu berikutnya disertai pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2009). Infeksi masa nifas : beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi pasca persalinan, infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI). Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari, payudara, dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari suhu, pembengkakan, takikardia dan malaise. Gejala lokalnya berupa uterus lembek, kemerahan, rasa nyeri pada payudara, atau adanya disuria (Bahiyatun, 2009).

Infeksi juga merupakan penyebab penting kematian dan kesakitan ibu. Insidensi infeksi nifas sangat berhubungan dengan praktik tidak bersih pada waktu persalinan dan nifas (saifuddin, 2010).

b. Determinan antara

Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yaitu status kesehatan ibu, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, perilaku perawatan kesehatan / penggunaan pelayanan kesehatan dan faktor – faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga (Dinkes, 2013).

1) Status kesehatan ibu

Status kesehatan ibu terdiri dari status gizi, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan penyakit penyerta/riwayat penyakit ibu (jantung dll).

a) Status gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu hamil selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan antara gizi ibu hamil dengan faktor ekonomi, sosial, atau keadaan lain yang meningkatkan kebutuhan gizi ibu hamil dengan penyakit infeksi tertentu termasuk juga persiapan fisik untuk masa persalinan. Kebutuhan ibu hamil secara garis besar adalah asam folat, energi, protein, zat besi (Fe), kalsium, pemberian suplemen vitamin D terutama pada kelompok berisiko penyakit seksual (IMS) dan dinegara dengan musim dingin yang panjang dan

pemberian yodium pada daerah yang endemik kretinisme (Kusmiyati, 2008).

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin (Ojofeitimi, 2008).

b) Status anemia

Ibu hamil yang anemia karena Hbnya rendah bukan hanya membahayakan jiwa ibu tetapi juga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan serta membahayakan jiwa janin. Hal ini disebabkan karena kurangnya suplai nutrisi dan oksigen pada placenta yang akan berpengaruh pada fungsi placenta terhadap janin.

Menurut Depkes RI (2008), batasan anemia adalah:

- (1) Laki-laki Dewasa > 13 gram %
- (2) Wanita Dewasa > 12 gram %
- (3) Anak-anak > 11 gram %
- (4) Ibu Hamil > 11 gram %

Jika kehamilan terjadi pada seorang ibu yang telah menderita anemia, maka perdarahan pasca persalinan dapat

memperberat keadaan anemia dan berakibat fatal (saifuddin, 2010).

c) Riwayat persalinan sebelumnya

Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti keguguran, melahirkan bayi prematur, lahir mati, persalinan sebelumnya dengan tindakan ekstraksi vakum atau forsep dan dengan seksio sesaria merupakan risiko untuk persalinan berikutnya (Kusumawati, 2006).

d) Riwayat penyakit ibu

Seorang wanita yang mempunyai penyakit-penyakit kronik sebelum kehamilan, seperti jantung, paru, ginjal, diabetes melitus, malaria dan lainnya akan sangat mempengaruhi proses kehamilan dan memperburuk keadaan pada saat proses persalinan serta berpengaruh secara timbal balik antara ibu dan bayi, sehingga dapat mengurangi kesempatan hidup wanita tersebut. Ibu yang hamil dengan kondisi terdapat penyakit ini termasuk dalam kehamilan risiko tinggi (Kusumawati, Y. 2006).

e) Riwayat komplikasi kehamilan

Seorang ibu yang pernah mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan seperti keguguran, melahirkan bayi prematur, lahir mati, persalinan sebelumnya dengan tindakan

dengan ekstraksi vakum atau forseps dan dengan seksio sesaria merupakan risiko untuk persalinan berikutnya (Kusumawati, 2006). Banyak faktor yang menyebabkan komplikasi obstetri yaitu status gizi ibu, yaitu ibu yang KEK mempunyai risiko 7,9 kali melahirkan BBLR, kemudian ibu yang mempunyai penyakit kronis berhubungan secara bermakna dengan kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan. Ibu dengan riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya juga akan berisiko mengalami komplikasi obstetri 1,79 kali lebih besar daripada ibu yang tanpa riwayat komplikasi. Tenaga kesehatan juga berperan penting, karena ibu yang persalinannya tidak ditolong oleh tenaga kesehatan berisiko 4,32 kali lebih besar untuk mengalami komplikasi obstetri (Gitta, 2007).

2) Status reproduksi

Status reproduksi terdiri dari umur ibu, paritas dan jarak kehamilan.

a) Usia ibu

Umur ibu saat hamil Usia ibu yang berisiko untuk terjadinya kematian maternal adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 3,4 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20 – 35 tahun (Fibriana, 2007).

b) Paritas

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan. Pada ibu yang primipara (melahirkan bayi hidup) pertama kali, karena pengalaman melahirkan belum pernah, maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his (*power*), jalan lahir (*passage*), dan kondisi janin (*passenger*). Informasi yang kurang tentang persalinan dapat pula mempengaruhi proses persalinan (Kusumawati, 2006).

c) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan (jarak kehamilan < 2 tahun dan > 10 tahun merupakan faktor risiko untuk terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan) Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian maternal. Persalinan dengan interval kurang dari 24 bulan (terlalu sering) secara nasional sebesar 15%, dan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu. Jarak antar kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi. Penelitian

yang dilakukan di tiga rumah sakit di Bangkok pada tahun 1973 sampai 1977 memperlihatkan bahwa wanita dengan interval kehamilan kurang dari dua tahun memiliki risiko dua setengah kali lebih besar untuk meninggal dibandingkan dengan wanita yang memiliki jarak kehamilan lebih lama (Fibriana, 2007).

3) Akses terhadap pelayanan kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari ketersediaan dan keterjangkauan. Ketersediaan meliputi tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan (sarana dan tenaga) dengan jumlah, mutu memadai dengan ketersediaan informasi yang dibutuhkan baik berupa penyuluhan, konseling maupun poster tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta informasi lain yang dibutuhkan. Sedangkan keterjangkauan meliputi jarak, waktu, letak geografis dan transportasi (semakin jauh, lama dan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit, semakin kecil akses ibu hamil untuk mencapainya), serta biaya (semakin mahal biaya, maka akan semakin kecil kemampuan ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan). Akses sarana pelayanan kesehatan merupakan faktor penentu dalam kematian ibu. Komplikasi obstetrik dan kondisi kesehatan lain yang mengakibatkan kematian ibu, memerlukan tenaga kesehatan yang sangat terampil dan terlatih (Hernandez, 2010).

a) Tempat persalinan

Menurut Depkes RI (2009), tujuan persiapan persalinan aman adalah agar ibu hamil dan keluarga tergerak merencanakan tempat dan penolong persalinan yang aman, yang mana menurut Kemenkes RI (2011) persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan.

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 mencatat cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih baru mencapai 82,3% (Depkes, 2010). Dari data Riskesdas tersebut, sebanyak 43,2 % ibu hamil melahirkan di rumahnya sendiri, dimana hanya 2,1 % yang mendapat pertolongan oleh dokter, 5,9 % oleh bidan dan 1,4 % oleh tenaga medis lainnya, sisanya sebesar 4 % ditolong keluarga dan yang paling banyak 40,2 % ditolong dukun beranak (Pramudiarja, 2011). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010, persalinan bukan di fasilitas kesehatan di Jawa Barat mencapai 41,5%, dan persalinan oleh dukun.

4) Perilaku terhadap pelayanan kesehatan

Perilaku terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari riwayat KB, asuhan antenatal, penolong pertama persalinan, pelaksanaan rujukan keterlambatan rujukan dan cara persalinan.

a) Riwayat penggunaan KB

Keluarga berencana (KB) menyelamatkan kehidupan perempuan dan mencegah 1 dari 3 kematian ibu dengan menunda kehamilan, memberi jarak kelahiran, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi serta memiliki 2 anak saja (smith dkk., 2009).

Selain itu masih terdapat masalah dalam penggunaan kontrasepsi. Menurut data SDKI Tahun 2007, angka unmet-need 9,1%. Kondisi ini merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu (Kemenkes, 2010).

b) Pemeriksaan antenatal

Menurut Kemenkes RI (2010), pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan. Pengertian antenatal care adalah perawatan kehamilan. Pelayanan perawatan kehamilan merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal care yang sudah ditetapkan. Sedangkan tujuan pelaksanaan pelayanan antenatal antara lain : memantau

kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu serta janin, mengenali secara dini kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, mempersiapkan persalinan cukup bulan; melahirkan dengan selamat dan mengurangi sekecil mungkin terjadinya trauma pada ibu dan bayi, mempersiapkan ibu untuk menjalani masa nifas dan mempersiapkan pemberian asi eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran dan tumbuh kembang bayi.

Pemeriksaan antenatal dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu 1 kali saat trimester 1, 1 kali saat trimester 2, dan 2 kali saat trimester 3. Saat melakukan ANC setidaknya ada 7 standar yang harus dilakukan yaitu “7T” : Timbang berat badan, Ukur (Tekanan) darah, Ukur (Tinggi) fundus, Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid) TT lengkap, Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan, Tes terhadap Penyakit Menular Seksual, Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

c) Pelaksanaan rujukan

Sebagian besar komplikasi obstetri terjadi pada saat persalinan berlangsung. Untuk itu diperlukan tenaga profesional yang dapat secara cepat mengenali adanya

komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan sekaligus melakukan penanganan tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu. Angka kematian maternal akan dapat diturunkan secara adekuat apabila 15% kelahiran ditangani oleh dokter dan 85% ditangani oleh bidan. Rasio ini paling efektif bila bidan dapat menangani persalinan normal, dan dapat secara efektif merujuk 15% persalinan yang mengalami komplikasi kepada dokter (Fibriana, 2007).

d) Cara persalinan

persalinan *sectio caesarea* Hampir setiap wanita akan mengalami proses persalinan. Kodratnya wanita dapat melahirkan secara normal yaitu persalinan melalui vagina atau jalan lahir biasa (Siswosuharjo dan Chakrawati, 2010). Apabila wanita tidak dapat melahirkan secara normal maka tenaga medis akan melakukan persalinan alternatif untuk membantu pengeluaran janin (Bobak, et.al, 2005). Oleh karena itu ada satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu.

Persalinan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut dan dinding uterus. Persalinan *sectio caesarea* harus dipahami sebagai salah satu jalan untuk menolong persalinan jika persalinan normal tidak dapat dilakukan dengan tujuan tercapai bayi lahir sehat dan ibu juga selamat. Pertimbangan medis dilakukannya persalinan

caesar antara lain karena faktor dari ibu hamil dan faktor janin. Faktor ibu antara lain ibu berpenyakit jantung, paru, ginjal, atau tekanan darah tinggi atau pada ibu dengan komplikasi pre-eklampsia / eklampsia atau ibu dengan kelelahan saat persalinan. Selain itu keadaan yang mendesak kehamilan dengan pendarahan, perjalanan persalinan yang terhambat, kesempitan panggul, kelainan letak janin dalam rahim, kelainan posisi kepala di jalan lahir dan persalinan lama merupakan alasan yang dibenarkan secara medis untuk dilakukan persalinan sectio caesarea. Faktor janin antara lain gawat janin akibat air ketuban kurang, posisi bayi sungsang, pertumbuhan janin kurang baik, dan kematian janin dalam rahim (Manuaba, dkk., 2009).

Persalinan sectio caesarea, yang adalah jalan keluar jika persalinan pervaginam (normal) tidak memungkinkan ternyata juga memiliki kelemahan. Kelemahan tersebut bersumber dari risiko kematian dan infeksi yang lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam. Hasil penelitian oleh Sadiman dan Ridwan (2009) menyatakan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan persalinan sectio caesarea sebesar 40-80 setiap 100.000 kelahiran hidup, sementara risiko kematian ibu pada persalinan section caesarea meningkat 25 kali dan risiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam.

e) Penolong pertama persalinan

Pemilihan penolong persalinan merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mencari pertolongan dalam menghadapi proses persalinan. Adapun tenaga penolong persalinan yakni orang-orang yang biasa memeriksa wanita hamil atau memberikan pertolongan selama persalinan dan nifas.

Menurut Prawirohardjo (2009) bahwa tenaga yang dapat memberikan pertolongan selama persalinan dapat dibedakan menjadi dua yaitu tenaga kesehatan yakni mereka yang mendapatkan pendidikan formal seperti; dokter spesialis, dokter umum bidan dan perawat, sedangkan yang bukan tenaga kesehatan yaitu dukun bayi, baik yang terlatih maupun yang tidak terlatih.

f) Keterlambatan rujukan

Sesuai pernyataan (Manuaba, dkk., 2008). rujukan harus dilakukan pada keadaan ibu dan anak masih baik dan rujukan yang dilakukan seharusnya pada saat kehamilan bukan saat persalinan, sehingga tujuan sistem rujukan tercapai. Selain itu, menurut (Bossyns, dkk., 2006) dinyatakan pula tujuan utama sistem rujukan obstetri yaitu memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan ibu hamil, sehingga kesehatan ibu hamil dan bersalin mencapai tingkat optimal.

5) Faktor lain yang tidak diketahui atau tidak diperkirakan

Keadaan yang terjadi secara tiba-tiba dan tak terduga yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi selama hamil / melahirkan seperti : kontraksi uterus yang tidak adekuat, ketuban pecah dini dan persalinan kasep.

c. Determinan jauh

Di lain pihak, terdapat juga determinan jauh yang akan mempengaruhi kejadian kematian maternal melalui pengaruhnya terhadap determinan antara, yang meliputi faktor sosio-kultural dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat (dinkes, 2013).

1) Tingkat pendidikan ibu

Pendidikan yang ditempuh oleh seseorang merupakan salah satu faktor demografi yang sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan individu maupun masyarakat. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi, akan mudah menerima informasi-informasi kesehatan dari berbagai media dan biasanya ingin selalu berusaha untuk mencari informasi tentang hal hal yang berhubungan dengan kesehatan yang belum diketahuinya. Informasi kesehatan yang cukup terutama pada ibu-ibu hamil, terutama masalah kehamilan dan persalinan diharapkan akan dapat

merubah perilaku hidup sehat termasuk dalam perilaku pemeriksaan kehamilan atau Antenatal Care (Kusumawati, 2006).

2) Status pekerjaan

Status pekerjaan perempuan dan suami mendukung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun, pada penelitian yang dilakukan di Indonesia membuktikan bahwa status perempuan yang berkerja dan pekerjaan suami tidak mempunyai dampak signifikan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan pada fasilitas pelayan kesehatan (Kristiana, 2009).

3) Wilayah tempat tinggal

Letak geografis sangat menentukan terhadap pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan antenatal care. Ibu hamil yang tinggal ditempat yang terpencil umumnya desa-desa yang masih terisolisir dan transportasi yang sulit terjangkau, sehingga untuk menempuh perjalanan ke tempat pelayanan kesehatan akan memerlukan waktu yang lama, sementara ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya (Meilani,dkk, 2009).

Jarak yang mudah terjangkau dan tersedianya fasilitas yang memadai akan memberi kemudahan bagi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dan bisa melaksanakan antenatal care sehingga jika terdapat keadaan gawat darurat dapat segera ditangani (Yeyeh, 2009).

5. Upaya menurunkan kematian ibu

Derajat kesehatan masyarakat di Indonesia dapat ditinjau dari AKI dan AKB. Salah satu faktor yang memengaruhi AKB adalah tenaga penolong persalinan. Meskipun banyak ibu hamil yang pernah memeriksakan kehamilannya ke tenaga medis, namun masih banyak persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis, khususnya yang terjadi di pedesaan. Untuk dapat menekan AKB dan AKI perlu digerakkan upaya Gerakan Sayang Ibu (GSI), kelangsungan hidup, perkembangan serta perlindungan ibu dan anak, Gerakan Keluarga Reproduksi Sehat (GKRS), Safe Motherhood, dan penempatan bidan di desa - desa (Depkes RI, 2009; Kusmiran, 2011).

Upaya Safe Motherhood merupakan upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinan dapat dilalui dengan sehat dan aman, serta menghasilkan bayi yang sehat. Di Indonesia, upaya Safe Motherhood diterjemahkan sebagai upaya kesejahteraan/ keselamatan ibu. Kesejahteraan ibu menunjukkan ruang lingkup yang luas, meliputi hal - hal di luar kesehatan, sedangkan keselamatan ibu berorientasi khusus pada aspek kesehatan. Safe Motherhood memiliki Empat Pilar Utama yaitu; 1) Keluarga berencana, 2) Pelayanan Antenatal Care (ANC), 3) Persalinan yang aman, 4) Pelayanan obstetric essensi/emergensi. Pilar yang kedua yaitu pelayanan antenatal care yang bertujuan utamanya mencegah komplikasi obstetri dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, 2010).

6. Pengukuran kematian maternal

Jumlah kematian maternal pada dasarnya ditentukan oleh dua faktor, yaitu: risiko kematian yang berhubungan dengan kehamilan atau persalinan itu sendiri, dan jumlah kehamilan atau persalinan yang dialami oleh wanita usia reproduktif (WHO, 2007).

Pendekatan Pengukuran Kematian Maternal :

Kesulitan untuk mengukur kematian maternal secara akurat masih ditemui, meskipun menggunakan definisi standard. Untuk mendapatkan angka yang akurat, maka dilakukan beberapa pendekatan pengukuran, yaitu: Civil registration systems, household surveys, sisterhood methods, reproductive-age mortality studies (RAMOS), verbal autopsies, dan censuses (WHO, 2007).

a. Civil registration systems (Catatan Sipil)

Pendekatan ini melibatkan catatan kelahiran dan kematian. Idealnya, statistik kematian ibu diperoleh dari data catatan sipil. Namun, penyebab dari semua kematian diidentifikasi berdasarkan sertifikat medis standar, dengan tidak adanya penemuan kasus, kematian ibu mungkin terlewatkan atau terjadi kesalahan klasifikasi (WHO, 2007).

b. Household surveys (Survei Rumah Tangga)

Jika data dari catatan sipil tidak tersedia, maka survei rumah tangga menyediakan alternatif. Keterbatasan dari survei ini adalah:

- 1) Mengidentifikasi kematian yang berhubungan dengan kehamilan, bukan kematian maternal
- 2) Memakan biaya besar karena untuk mendapatkan estimasi statistik yang reliabel, dibutuhkan ukuran sampel yang besar
- 3) Bahkan dengan ukuran sampel yang besar, perkiraan masih diperoleh confidence interval yang lebar, sehingga sulit untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu.

c. Sisterhood methods

Metode Sisterhood memperoleh informasi dengan mewawancarai wali sampel responden tentang kelangsungan hidup saudara perempuan dewasa mereka untuk menentukan jumlah saudara perempuan yang sudah menikah, berapa banyak yang hidup, berapa banyak yang meninggal, dan berapa banyak yang meninggal selama masa kehamilan, persalinan, atau dalam waktu enam minggu kehamilan (WHO, 2007).

d. Reproductive-age mortality studies (RAMOS)

Pendekatan ini meliputi identifikasi dan investigasi penyebab semua kematian wanita usia reproduktif pada suatu area populasi dengan menggunakan sumber data yang beragam. Data tersebut diperoleh dari wawancara anggota keluarga, registrasi vital, rekam medik, surat pemakaman, pelayanan persalinan tradisional, dan memenuhi beberapa kriteria tertentu (WHO, 2007).

e. Verbal autopsies (Otopsi Verbal)

Pendekatan ini menentukan penyebab kematian melalui wawancara dengan anggota keluarga atau anggota masyarakat, jika sertifikasi medis yang memuat penyebab kematian tidak tersedia. Catatan kelahiran dan kematian yang dikumpulkan secara berkala, termasuk populasi kecil (biasanya di kabupaten), berada di bawah sistem pengawasan demografis yang dikelola oleh lembaga penelitian di negara berkembang (WHO, 2007).

f. Censuses (Sensus)

Sensus nasional dengan penambahan sejumlah pertanyaan yang bisa menghasilkan perkiraan kematian ibu. Pendekatan ini juga mengeliminasi sampling errors, karena semua wanita dimasukkan menjadi sampel sehingga memungkinkan analisis trend. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi kematian di rumah tangga dalam relatif singkat, dalam kurun waktu 1-2 tahun, sehingga didapatkan estimasi kematian maternal terbaru, tetapi dilakukan dengan interval 10 tahun, sehingga membatasi pencatatan kematian maternal. Pelatihan pencacah sangat penting karena kegiatan sensus mengumpulkan informasi tentang berbagai topik lain yang tidak berhubungan dengan kematian ibu. Hasil harus disesuaikan dengan karakteristik seperti kelengkapan statistik kematian dan kelahiran, dan struktur populasi agar didapatkan estimasi yang reliabel (WHO, 2007).

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka disusun sebuah kerangka teori mengenai faktor risiko kematian maternal yang diambil dari kerangka analisis faktor – faktor risiko kematian maternal oleh James McCarthy dan Deborah Maine, sebagai berikut :

Faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal dibagi menjadi 3 yaitu: faktor–faktor determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh. Determinan dekat merupakan faktor yang terjadi selama kehamilan, seperti partus lama, preeklamsi/eklamsi, pendarahan, infeksi dan ruptura uterus merupakan risiko yang dapat terjadi pada wanita hamil dan berpengaruh terhadap kejadian maternal.

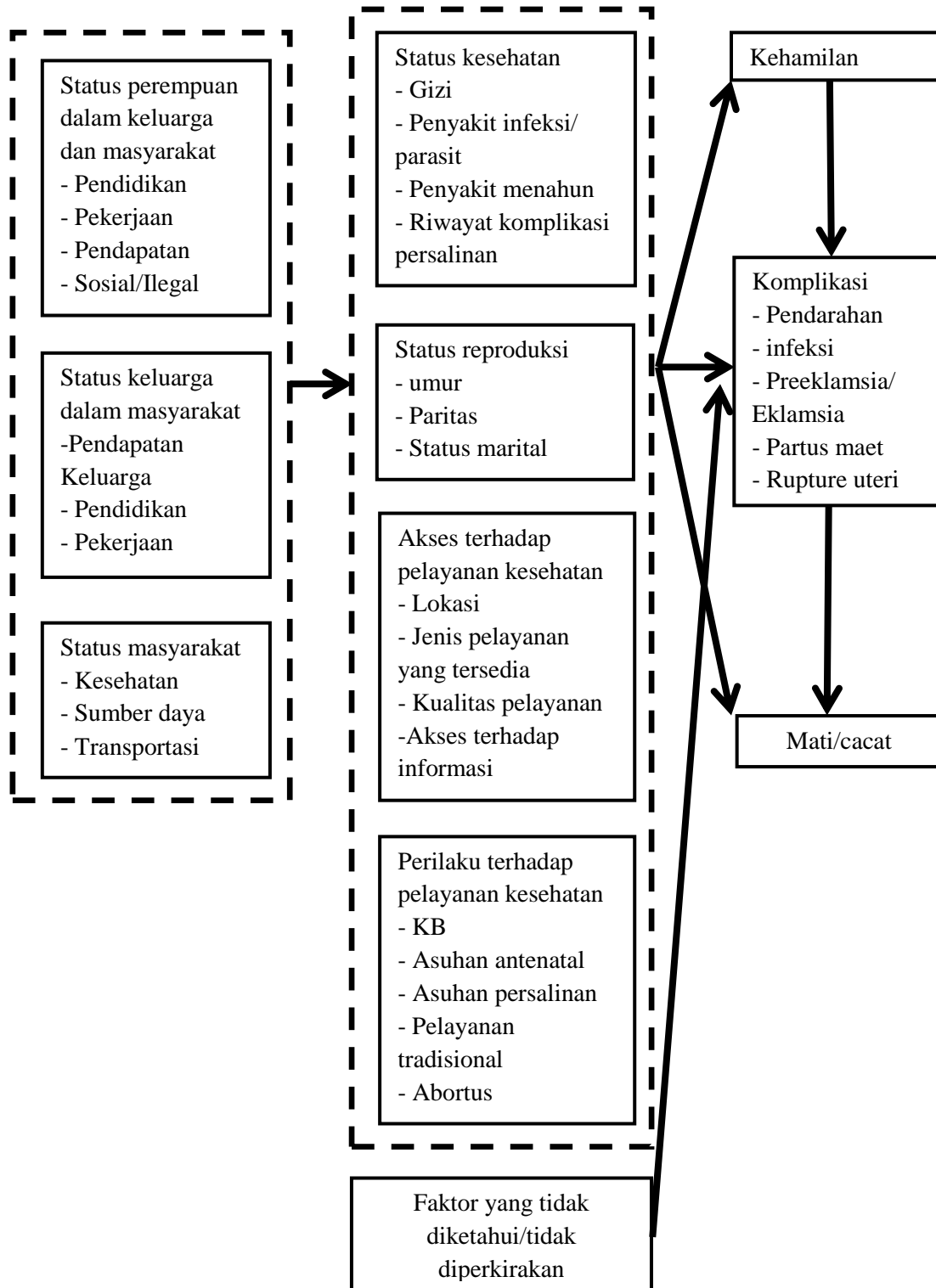
Determinan antara secara langsung mempengaruhi kehamilan dimana risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan dapat berakibat kematian pada ibu hamil, yaitu meliputi status kesehatan ibu (status gizi, riwayat penyakit, riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya, riwayat persalinan sebelumnya), status reproduksi (usia, paritas, jarak kehamilan, status perkawinan), akses ke pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan : KB, pelayanan antenatal, pelayanan obstetri emergensi, jangkauan pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, akses informasi tentang pelayanan kesehatan), perilaku terhadap pelayanan kesehatan (perilaku KB, pemeriksaan antenatal, penolong persalinan, tempat persalinan, pelaksanaan aborsi yang tidak aman, penggunaan fasilitas kesehatan ketika terjadi masalah kesehatan).

Determinan jauh secara langsung mempengaruhi determinan antara dan secara tidak langsung mempengaruhi determinan dekat. Beberapa diantaranya status wanita dalam keluarga dan masyarakat (pendidikan, pekerjaan, pendapatan), status keluarga dalam masyarakat (pendapatan keluarga, tempat tinggal, pendidikan anggota keluarga, pekerjaan anggota keluarga) dan status masyarakat (kesejahteraan, sumber daya dan transportasi di masyarakat).

Kerangka teori klasik yang sampai sekarang masih digunakan dalam membahas determinan kematian maternal adalah yang dipresentasikan oleh McCarthy and Maine (1992) di bawah ini.

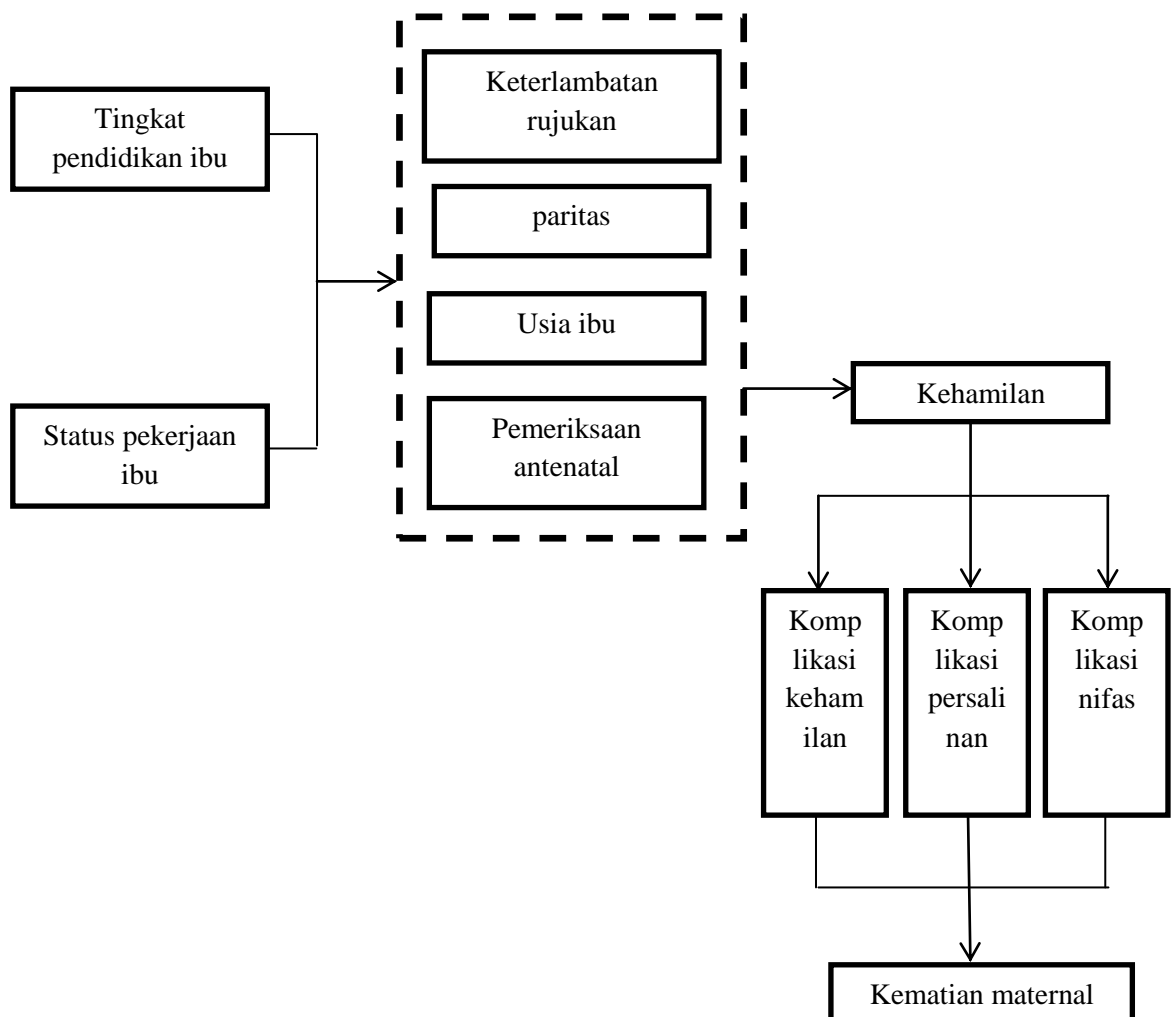
Kerangka teori kematian maternal menurut McCarthy and Maine (1992)

Determinan Jauh Determinan Antara Hasil.



C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep digunakan untuk menggambarkan variabel – variabel yang akan diukur atau teliti selama penelitian. Tidak semua variabel yang berada di dalam kerangka teori dimasukkan ke dalam kerangka konsep, karena keterbatasan peneliti dalam masalah, tenaga, dan waktu. Variabel yang akan diteliti pada determinan dekat adalah komplikasi persalinan, kehamilan dan nifas. Pada determinan antara yang akan diteliti adalah usia ibu, paritas, pemeriksaan antenatal, keterlambatan rujukan. Variabel yang akan diteliti pada determinan jauh adalah tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu.



D. Hipotesis

Faktor risiko determinan jauh, determinan antara, dan determinan dekat dalam faktor risiko kematian maternal secara sendiri sendiri atau bersamaan mempengaruhi kematian maternal di Kabupaten Bantul Tahun 2010-2014.