

**KEMATIAN IBU DI INDONESIA
(Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 1994-2007)**

¹Syahmida S. Arsyad

¹Puslitbang Keluarga Sejahtera dan Peningkatan Kualitas Perempuan, BKKBN

ABSTRACT

**MATERNAL MORTALITY IN INDONESIA
(AN ANALYSIS OF THE 1994-2007 IDHS DATA)**

Maternal mortality is one of the main indicators of a community's health status. It also reflects the performance of a country's health system. Almost 90 percents of maternal mortality can be prevented by, among others, maternal health care programs, nutrition improvement programs, family planning programs, and increasing women's education level. This paper has two objectives. The first objective is to describe maternal mortality ratios and its trend which are obtained from the 1994, 1997, 2002-2003 and 2007 Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) results. The second objective is to analyze factors influencing maternal mortality ratios in Indonesia. This information would be useful for policy makers to improve maternal health care programs. The 1994 IDHS used both direct and indirect methods, known as "sisterhood method", while the 1997, 2002-2003, and 2007 IDHS used only direct method to estimate maternal mortality rates and ratios. The surveys' results show a declining trend in maternal mortality for the five-year period prior to the surveys. The maternal mortality ratios according to the 1994, 1997, 2002/03 and 2007 IDHS are 390, 334, 307, and 228 per 100,000 live births respectively. However, due to high sampling errors, it is difficult to conclude whether a decline in maternal mortality ratios has occurred during the last 20 years. The 1994, 1997, 2002-2003 and 2007 IDHS results also demonstrate the effects of maternal health care programs on maternal mortality ratios. Therefore, this paper concludes that the quality of maternal health care programs need to be improved, which include antenatal, delivery and postnatal care, and also family planning programs.

Keywords: Maternal mortality rate and ratio, Indonesia Demographic and Health Survey, maternal health care programs.

PENDAHULUAN

Kematian ibu merupakan salah satu indikator utama yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat di suatu negara. Selain itu, kematian ibu juga terkait dengan kematian bayi serta dapat menunjukkan kinerja sistem kesehatan di suatu negara. Kematian ibu merupakan masalah yang penting karena, **pertama:** tingkat variasi angkanya sangat berbeda antar negara menurut beberapa sumber, **kedua:** perbedaan yang sangat mencolok antara negara yang sedang berkembang dengan negara industri. World Health Organization (WHO) memperkirakan tiap tahun terjadi 500.000 kematian ibu, yang sebagian besar (lebih dari 98 %) terdapat di negara yang sedang berkembang. Diperkirakan angka kematian ibu (AKI) di

negara yang sedang berkembang terjadi 100-200 kali lebih tinggi dibandingkan negara maju (industri). Perbedaan kematian ibu antara negara maju dengan negara yang sedang berkembang jauh lebih besar dari perbedaan angka kematian bayi¹, **ketiga:** kematian ibu (maternal) kurang lebih sepertiga hingga setengah nya berusia 15-49 tahun dari total kematian ibu, **keempat:** sekitar 88-98 % kematian ibu dapat dicegah, antara lain dengan peningkatan gizi, dan kombinasi antara pendidikan dan status pernikahan pada wanita, serta perbaikan pelayanan keluarga berencana. Tersedianya alat kontrasepsi, dan kemudahan untuk memperoleh pelayanan Keluarga Berencana (KB) mempunyai dampak yang besar pada penurunan AKI. Indikator kematian ibu yang diwakili oleh AKI (*rate* atau rasio) dipakai sebagai gambaran keberhasilan upaya

peningkatan kesehatan ibu.

Definisi kematian ibu menurut WHO² adalah kematian yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan oleh sebab apapun, tetapi bukan karena kematian yang disebabkan kecelakaan atau kelalaian, dan terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah melahirkan (masa nifas), serta tidak tergantung umur maupun letak kehamilan.

Hingga saat ini, AKI di Indonesia masih relatif tinggi, bahkan tertinggi di Asia Tenggara. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1986, rasio AKI sebesar 450 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun menjadi 421 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992³. Kematian ibu dapat dibagi dalam dua kelompok, **pertama**: kematian obstetrik langsung sebagai kematian akibat komplikasi pada waktu kehamilan (termasuk kehamilan, melahirkan, dan masa nifas) dari perlakuan-perlakuan yang diberikan, gejala risiko tinggi yang tidak terdeteksi, dan kesalahan penanganan, atau serangkaian kejadian yang diakibatkan oleh satu atau lebih diantara ketiga faktor tersebut, **kedua**: kematian obstetrik tidak langsung, yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang diderita sebelum kehamilan atau penyakit yang berkembang selama kehamilan, bukan karena sebab obstetrik langsung, tetapi yang diperburuk oleh efek fisiologi kehamilan⁴.

Pada umumnya, baik di negara berkembang maupun negara maju, pencatatan dan pelaporan kematian ibu selalu di bawah angka yang seharusnya atau selalu *under reported*. Di negara maju, *under reporting* terjadi akibat kesalahan dalam mengklasifikasi sebab kematian, terutama pada kasus kematian akibat obstetrik tidak langsung yang terjadi pada masa hamil muda. Sedangkan di negara berkembang, *under reporting* terjadi karena registrasi vital belum berjalan baik. Umumnya kematian akibat maternal tidak diketahui, kecuali apabila terjadi pada kehamilan tua, atau terjadi pada waktu persalinan. Dengan demikian, sampai saat ini belum ada suatu cara yang tepat untuk menilai masalah

kesehatan maternal melalui kematian maternal.

Tulisan ini mempunyai dua tujuan, *pertama*, menyajikan AKI dan kecenderungannya dari hasil SDKI tahun 1994, 1997, 2002-2003, dan 2007, *kedua*, mencoba menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi AKI di Indonesia. Informasi ini diharapkan dapat bermanfaat bagi para penentu kebijakan, pengambil keputusan, dan pengelola program kesehatan dan program KB, khususnya dalam peningkatan upaya kesehatan ibu dan anak.

BAHAN DAN CARA

Angka kematian ibu (AKI) yang juga dikenal sebagai *Maternal Mortality Ratio* (MMRatio) telah diketahui sebagai salah satu indikator utama kesehatan ibu. Ukuran lain yang dapat juga dijadikan sebagai indikator kesehatan ibu adalah: *Maternal Mortality Rate* (MMR), *Life Time Risk* (LTR), dan *Proportion Maternal of Death of Females of reproductive age* (PMDF). Ada empat jenis data yang dibutuhkan dalam menghitung kematian maternal menurut kematian maternal tersebut, yaitu: 1). Jumlah kematian maternal di masyarakat; 2). Jumlah kematian semua sebab pada wanita berumur 15-49 tahun; 3). Angka kelahiran (kasar dan total), dan 4). Jumlah penduduk (total dan wanita umur reproduksi)⁵.

Menurut Soemantri S⁵, kemampuan pengukuran mendapatkan pembilang, dan penyebut yang dipakai untuk menghitung AKI mempengaruhi ketepatan perhitungan AKI untuk Indonesia yang datanya diperoleh dari hasil suatu survei. Adanya perbedaan dalam kelengkapan melaporkan pembilang, dan penyebut untuk mengukur AKI adalah sebagai akibat perbedaan dalam menentukan pelaporan kematian termasuk kematian maternal, dan kelahiran hidup. Oleh karena itu, perhitungan AKI dengan cara langsung dari survei potong lintang akan memberikan estimasi AKI yang cenderung lebih rendah dari sesungguhnya.

Salah satu data yang memungkinkan untuk menghitung angka kematian dewasa, dan kematian maternal dengan

menggunakan prosedur estimasi langsung telah dikumpulkan sejak Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994. SDKI mengumpulkan keterangan kelangsungan hidup dari semua anak lahir hidup ibu kandung dari responden yaitu saudara laki-laki, dan wanita responden. Pendekatan langsung untuk mengukur kematian dewasa, dan kematian maternal, memaksimalkan penggunaan data yang tersedia. Data tersebut mencakup keterangan umur saudara kandung yang masih hidup, umur saudara kandung saat meninggal, dan keterangan kapan saat saudara kandung meninggal. Hal ini memungkinkan data diagregasikan untuk menentukan jumlah tahun hidup orang terpapar pada risiko kematian, dan jumlah kematian saudara kandung yang terjadi dalam satu periode tertentu. Angka kematian maternal, dan kematian dewasa diperoleh dengan membagi kematian maternal (atau kematian wanita atau pria dewasa) dengan jumlah tahun orang terpapar (Rutenberg dan Sullivan, 1991)⁶. Ada juga ukuran kematian maternal yang lebih sederhana yaitu proporsi kematian maternal terhadap semua kematian pada wanita usia reproduktif atau *proportion of deaths of all women of reproductive age due to maternal causes* (PMDF). PMDF mengukur kontribusi dari kematian maternal terhadap semua kematian dari semua sebab pada wanita usia reproduktif. Selain itu, PMDF dipercaya dapat dicatat lebih akurat dari kematian maternal (Hill, Kenneth et.al., 2007)⁷. PMDF juga diukur secara langsung dengan membagi kematian maternal dengan kematian wanita usia reproduktif.

Kuesioner SDKI mencakup pertanyaan sejarah kelangsungan hidup saudara kandung dalam rangka untuk memperoleh data kematian maternal dan kematian dewasa. Sejarah kelangsungan hidup saudara kandung mencatat secara lengkap sejarah kelangsungan hidup semua anak kandung lahir hidup dari ibu responden (saudara kandung satu ibu responden). Sebelum SDKI 2007 sejarah kelangsungan hidup saudara kandung hanya ditanyakan kepada responden wanita. Pada SDKI 2007 responden laki-laki juga ditanyakan

pertanyaan yang sama dengan maksud meningkatkan cakupan untuk perhitungan angka kematian⁸.

Dalam rangka mendapatkan data sejarah kelangsungan hidup saudara kandung, pertama-tama kepada setiap responden diminta memberikan keterangan jumlah kelahiran hidup ibu kandungnya secara total. Kemudian responden diminta memberikan daftar semua anak yang dilahirkan ibu kandung yang dimulai dari anak lahir hidup pertama. Dari setiap saudara kandung ditanyakan apakah masih hidup pada saat pencacahan. Selanjutnya untuk saudara kandung yang masih hidup, ditanyakan umurnya; dan untuk saudara kandung yang sudah meninggal, ditanyakan umur saat meninggal, dan tahun saat meninggal. Apabila responden kurang mampu memberikan keterangan umur meninggal, atau tahun meninggal, pewawancara diinstruksikan untuk menerima jawaban perkiraan. Sementara itu, jika ada saudara kandung perempuan yang meninggal pada umur 10 tahun atau lebih, tiga pertanyaan diajukan untuk menentukan apakah kematiannya berhubungan dengan kematian maternal: "Apakah [sebutkan NAMA SAUDARA PEREMPUAN] sedang hamil saat meninggal?", dan jika tidak, "Apakah meninggal saat melahirkan?", dan jika tidak, "Apakah dia meninggal dalam masa nifas atau 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan?". Kalau salah satu jawaban ya lebih lanjut ditanyakan "Apakah [sebutkan NAMA SAUDARA PEREMPUAN] meninggal karena komplikasi kehamilan atau melahirkan?". Disamping itu, untuk saudara kandung yang masih hidup atau meninggal ditanyakan juga apakah mereka pernah kawin⁹.

Estimasi kematian dewasa, dan kematian maternal membutuhkan laporan yang akurat dari jumlah saudara kandung perempuan atau laki-laki yang dipunyai responden, jumlah yang meninggal, dan jumlah saudara perempuan meninggal yang berhubungan dengan sebab-sebab kematian maternal (untuk kematian maternal). Tidak ada prosedur tetap untuk menetapkan kelengkapan dan akurasi data kelangsungan

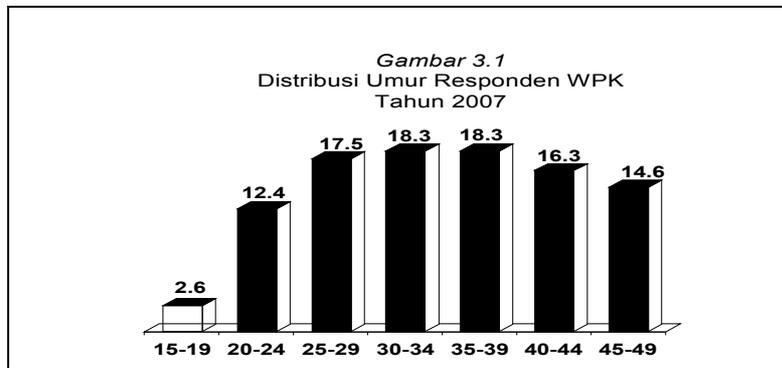
hidup saudara kandung. Tabel 1 berikut ini sebagai contoh yang menunjukkan beberapa indikator kualitas data kelangsungan hidup saudara kandung dari SDKI 2007 yang mencakup kelengkapan melaporkan kelangsungan hidup saudara kandung, pelaporan umur saudara kandung yang masih hidup, dan untuk saudara kandung yang meninggal kelengkapan umur saat meninggal dan kapan meninggalnya saudara kandung⁸.

HASIL

Karakteristik Responden

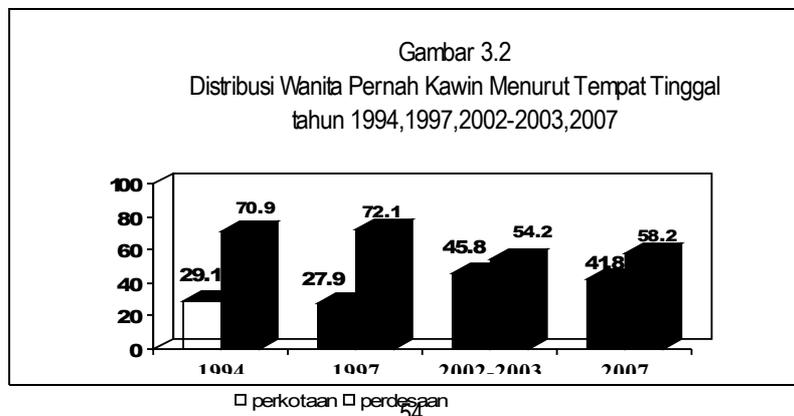
Data dasar yang dipakai untuk angka kematian ibu adalah wanita pernah kawin

(WPK) berumur 15-49 tahun. Wanita yang berhasil diwawancarai pada SDKI 2007 berjumlah 32.895 orang. Distribusi responden menurut umur menunjukkan mengelompok besar pada kelompok umur relatif muda yaitu 30-34 tahun dan 35-39 tahun, masing-masing sebesar 18,3 %. Umur responden yang relatif muda ini dapat menjelaskan ada keterkaitan umur responden dengan daya ingat mereka tentang saudara kandungnya yang sudah meninggal. Cukup banyak responden yang mengetahui umur dan tahun meninggal saudara kandung mereka. Distribusi responden menurut umur, dapat dilihat pada Gambar 3.1.



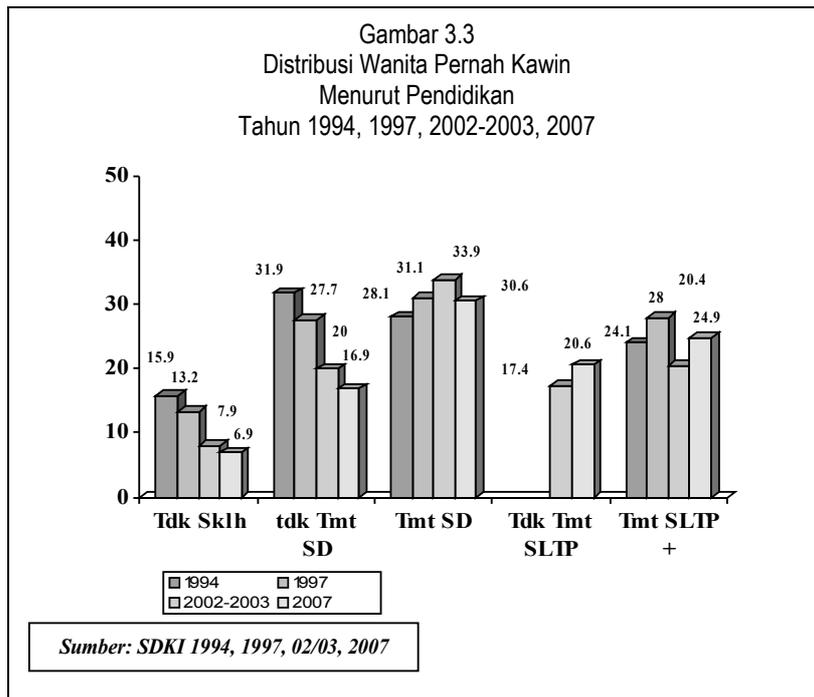
Nampaknya distribusi responden menurut tempat tinggal menunjukkan pola yang sama dalam kurun waktu 1994 sampai dengan 2007 berdasarkan SDKI 1994⁹, 1997¹⁰, 2002-2003¹¹, dan 2007. Lebih dari separuh responden wanita pernah kawin

bertempat tinggal di pedesaan. Pada tahun 2007, terlihat ada pergeseran, wanita yang tinggal di pedesaan lebih banyak dibandingkan dengan tahun 2002-2003, sementara yang bertempat tinggal di perkotaan menurun (Gambar 3.2).



Pendidikan wanita pernah kawin (15-49 tahun) tahun 2007 cukup meningkat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Hampir 25 % wanita pernah kawin telah tamat SLTP+ dibandingkan dengan 20,6 % pada tahun 2002-2003 (SDKI 2002-2003). Kondisi lain yang membaik adalah persentase wanita pernah kawin yang tidak sekolah semakin berkurang, hampir 7 %

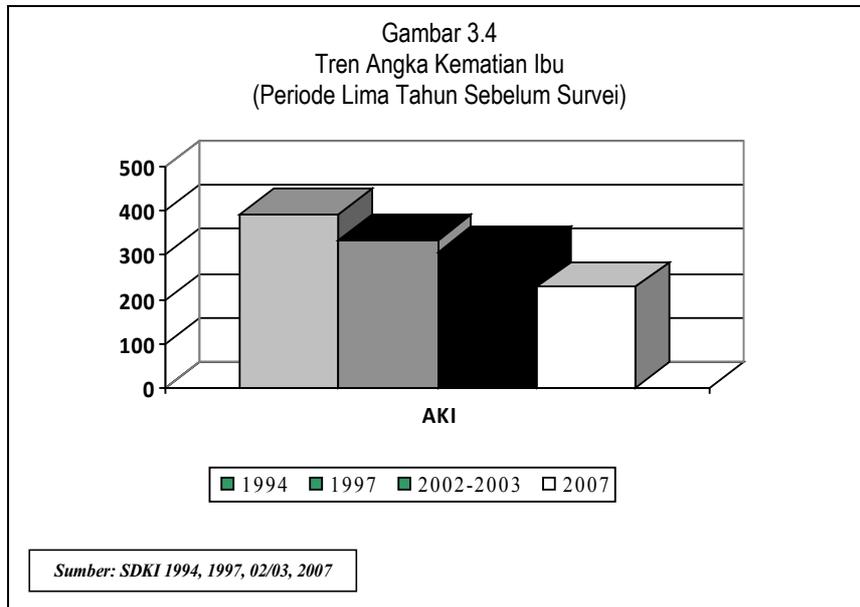
tahun 2007 dibandingkan dengan hampir 8 % pada tahun 2002-2003 (SDKI 2002-2003), 13,2 % tahun 1997 (SDKI 1997), dan hampir 16% tahun 1994 (SDKI 1994). Selain itu, persentase wanita yang tidak tamat SD menurun dalam kurun waktu tahun 1994 sampai dengan 2007, yaitu mulai hampir 32 % menjadi hampir 17 % (Gambar 3.3).



Kecenderungan Angka Kematian Maternal

Analisis hasil SDKI tahun 1994 menunjukkan bahwa angka kematian ibu untuk periode lima tahun sebelum survei (1989-1994) adalah 390 kematian per 100.000 kelahiran. Sementara itu, hasil analisis SDKI 1997 menunjukkan sedikit penurunan menjadi 334 kematian per 100.000 kelahiran selama periode 1993-1997. Namun, karena angka kematian ibu berhubungan dengan kesalahan sampling

yang tinggi, selang kepercayaan kedua angka tersebut saling tumpang tindih sehingga sulit untuk menyimpulkan telah terjadi penurunan. Angka kematian ibu sebesar 307 (SDKI 2002-2003), dan 228 (SDKI 2007) sepertinya menambah gambaran terjadinya penurunan kematian maternal. Gambar 3.4 menunjukkan tren angka kematian ibu menurut SDKI 1994, 1997, 2002-2003, dan 2007.



BAHASAN

Sampai saat ini perkiraan angka kematian ibu di Indonesia diperoleh dari berbagai penelitian dengan angka yang berbeda-beda. Perkiraan langsung dari SKRT 1986 (*cross sectional survey*) memberikan angka 450 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini berbeda dengan hasil SDKI 1991 yang menggunakan perkiraan langsung dalam periode 0-6 tahun sebelum survei (sekitar tahun 1985-1991), yaitu 409 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil SKRT 1992³ menunjukkan angka kematian ibu adalah 425 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini cukup tinggi dibandingkan data SDKI 1994 yang diperoleh dengan cara langsung (untuk periode tahun 1989-1994), yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup. Selanjutnya, berdasarkan analisis hasil SDKI tahun 1997, angka kematian ibu adalah 334 per 100.000 kelahiran hidup pada periode lima tahun sebelum survei (1993-1997). Walaupun angka kematian ibu masih tinggi, namun hasil SDKI 2002-2003 dan 2007 menunjukkan kecenderungan menurun, yaitu 307 dan 228 per 100.000 kelahiran hidup (masing-masing untuk periode lima tahun

sebelum survei). Hasil berbagai survei tersebut menunjukkan angka kematian ibu di Indonesia masih relatif tinggi, bahkan tertinggi di Asia Tenggara.

Penyebab kematian ibu cukup kompleks, dapat digolongkan atas faktor-faktor reproduksi, komplikasi obstetrik, pelayanan kesehatan, dan sosio ekonomi. Penyebab komplikasi obstetrik langsung telah banyak diketahui dan dapat ditangani, walaupun pencegahannya masih sulit. Menurut SKRT 2001, penyebab obstetrik langsung sebesar 90%, sebagian besar perdarahan (28%), eklampsia (24%), dan infeksi (11%). Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu berupa kondisi kesehatan yang dideritanya, misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) 37 %, anemia ($Hb < 11 \text{ g\%}$) 40 %, dan penyakit kardiovaskuler¹².

Beberapa ahli mengatakan bahwa angka kematian ibu mengukur prevalensi kehamilan (*birth/women*), dan risiko kematian karena kehamilan. Angka kematian ibu sangat dipengaruhi oleh penurunan jumlah kelahiran, dalam hal ini dipengaruhi oleh keberhasilan program KB. Menurut Fortney¹³, program KB berpengaruh

terhadap "rate" atau angka kematian ibu melalui: 1) Menunda kehamilan sampai umur 20 tahun atau lebih; 2) Memberi peluang untuk menghentikan kehamilan pada umur 35 tahun atau lebih; 3) Memperkecil jumlah paritas kehamilan sampai kurang dari 4 (empat); 4) Memperpanjang jarak dari satu kehamilan ke kehamilan berikutnya minimal dua tahun; 5) Mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancies*) sehingga dapat mengurangi aborsi.

Maine et al.¹⁴, dengan menggunakan data "World Fertility Survey", menyatakan bahwa mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan (yang biasanya terjadi pada kelompok risiko tinggi) dapat menurunkan rasio kematian ibu sebesar 5% di Ivory Coast dan 62% di Bangladesh. Menurunnya "rate" atau angka kematian ibu dalam periode mendekati survei, sekitar 4 tahun terakhir, kemungkinan besar karena keberhasilan meningkatnya pemakaian kontrasepsi yang menunjang faktor-faktor yang dapat menurunkan angka kematian ibu.

Umur persalinan pertama di Indonesia cenderung meningkat walaupun tidak terlalu besar. Hal ini ditunjukkan oleh median umur persalinan pertama wanita berumur 25-49 tahun, yaitu 20,3 tahun (SDKI 1994)⁹, 20,8 tahun (SDKI 1997)¹⁰, 21 (SDKI 2002-2003)¹¹, dan sedikit naik menjadi 21,5 tahun (SDKI 2007)⁸. Hasil SDKI 1994, 1997, 2002-2003 dan 2007 juga menunjukkan umur persalinan pertama wanita yang tinggal di perkotaan dan yang berpendidikan tinggi lebih tinggi dibandingkan dengan wanita di perdesaan dan berpendidikan rendah.

Selama ini dalam program KB dikenal bahwa risiko tinggi melahirkan adalah wanita yang berumur kurang dari 18 tahun dan di atas 34 tahun, yang mempunyai jarak kelahiran kurang dari dua tahun, dan mempunyai paritas lebih dari tiga. Hasil SDKI menunjukkan risiko tinggi melahirkan di antara wanita status kawin dalam periode 5 tahun sebelum survei menurun dari 66,4 % (SDKI 1994), 64,8 % (SDKI 1997), dan menjadi 62,7 % pada tahun 2002 (SDKI 2002-2003). Namun angka ini meningkat menjadi 64,5 % menurut SDKI 2007. Alasan

belum dapat diketahui dengan pasti karena perlu dilakukan studi lebih mendalam terkait dengan faktor yang menyebabkan wanita status kawin melahirkan periode risiko tinggi. Namun perilaku wanita kawin yang melahirkan dalam risiko tinggi dapat dikaitkan dengan upaya KIE yang terkait dengan keluarga berencana dan kesehatan. Semakin sering akses terhadap KIE keluarga berencana khususnya penundaan usia perkawinan dapat menjadikan seorang wanita berstatus kawin mengatur umur perkawinan, melahirkan anak pertama kali, dan selang kelahiran antara satu anak dengan anak berikutnya.

Adapun selang kelahiran anak lebih kecil dari 24 bulan untuk risiko tinggi ganda diantara wanita berstatus kawin (*wanita hamil usia >35 tahun, dan jumlah anak lebih dari 3*) menurun dari 4,7 % (SDKI 1994), 3,7 % (SDKI 1997), 2,7 % (SDKI 2002-2003), menjadi 2,4 % (SDKI 2007). Selain itu, rata-rata jumlah anak yang dilahirkan hidup diantara wanita berstatus kawin juga menurun dari 3,06 anak (SDKI 1994), 2,82 anak (SDKI 1997), 2,66 anak (SDKI 2002-2003), dan menjadi 2,47 anak (SDKI 2007).

Keberhasilan program KB mulai dari tahun 1970-an sampai saat ini, melalui peningkatan pemakaian kontrasepsi, telah memberikan sumbangan yang cukup besar terhadap penurunan angka fertilitas total (TFR). Prevalensi pemakaian kontrasepsi di antara wanita kawin yang cenderung meningkat dari 26,0 (Sensus Penduduk 1980)¹⁵ menjadi 54,7 (SDKI 1994), 57,4 (SDKI 1997), 60,3 (SDKI 2002-2003) dan mencapai 61,4 (SDKI 2007), telah mendukung penurunan TFR dari 5,61 (Sensus Penduduk 1971) menjadi 2,9 (SDKI 1994), 2,8 (SDKI 1997), dan 2,6 (SDKI 2002-2003 dan 2007). Sumbangan keberhasilan program KB melalui pemakaian kontrasepsi cukup besar terhadap penurunan angka kematian ibu dengan memperkecil prevalensi kehamilan.

Seperti diketahui, angka kematian ibu digunakan untuk mengukur risiko kematian ibu yang ada kaitannya dengan kehamilan, persalinan dan masa nifas. Menurut Danel¹⁶, dua faktor yang dapat mempengaruhi risiko

kematian ibu adalah jumlah kehamilan yang dialaminya selama hidupnya dan risiko kematian selama kehamilan tersebut. Hasil penelitiannya di Nicaragua menunjukkan bahwa menurunnya risiko kematian ibu selama hidup berkaitan dengan fertilitas yang menurun pula.

Gambaran umum pemeriksaan kehamilan sudah cukup membaik dari waktu ke waktu. Hasil SDKI tahun 1994, 1997, 2002-2003, dan 2007 menunjukkan peningkatan persentase kelahiran hidup anak dari ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya kepada petugas kesehatan (bidan dan dokter). Ibu melahirkan yang mendapatkan perawatan antenatal oleh tenaga medis terlatih selama kehamilan cenderung meningkat dari 82,3% (SDKI 1994) menjadi, 89,4% (SDKI 1997), 91,5% (SDKI 2002-2003), dan 93% (SDKI 2007).

Ibu yang melahirkan dengan pertolongan dukun jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan selama kurun waktu 13 tahun ini (1989-2002) masih berbeda cukup besar. Menurut SDKI 1994, persentase kelahiran hidup anak yang ditolong oleh dukun adalah 59,5 %, turun 54,0 % (SDKI 1997), 31,5 % (SDKI 2002-2003), dan menjadi 24 % menurut SDKI 2007. Sementara itu, ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlihat meningkat dari 36,5 % (SDKI 1994), menjadi 43,2 % (SDKI 1997), 66,3 % (SDKI 2002-2003), dan mencapai 79,4 % menurut SDKI 2007. Menurut SDKI 2007, ibu dengan pendidikan tinggi cenderung melahirkan anak ditolong oleh tenaga kesehatan, demikian pula ibu dengan paritas lebih rendah, dan ibu yang tinggal di daerah perkotaan.

Satu hal yang perlu mendapat perhatian adalah pertolongan persalinan menurut umur saat ibu melahirkan. Menurut SDKI 1994, 1997, 2002-2003, dan 2007, persentase ibu yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan menunjukkan pola huruf U terbalik. Sebaliknya, ibu yang melahirkan ditolong oleh dukun memperlihatkan pola huruf U. Persentase tinggi di antara ibu yang melahirkan ditolong oleh dukun dijumpai pada ibu berumur kurang dari 20 tahun dan

di atas 35 tahun, masing-masing 74,2 % dan 56,3 % (SDKI 1994), 65,7 % dan 58,7 % (SDKI 1997), 40,2 % dan 39,9 % (SDKI 2002-2003), menjadi 33,6 % dan 25,1 % menurut SDKI 2007.

Data SDKI juga menunjukkan ibu-ibu di Indonesia lebih menyukai melahirkan di rumah dibandingkan di tempat pelayanan kesehatan. Persentase ibu yang melahirkan di rumah cukup tinggi walaupun cenderung menurun, yaitu 77 % (SDKI 1994), 68,3 % (SDKI 1997), 59 % (SDKI 2002-2003), dan 53 % (SDKI 2007). Dilihat dari umur ibu waktu melahirkan, ternyata dijumpai pola yang berbanding terbalik antara ibu yang melahirkan di tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, polindes, klinik) dengan yang melahirkan di rumah. Ibu yang melahirkan di tempat pelayanan kesehatan menunjukkan pola huruf U terbalik sementara ibu yang melahirkan di rumah mempunyai pola huruf U. Dengan demikian, ibu yang berisiko tinggi untuk melahirkan (umur kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun), umumnya melahirkan di rumah.

Pelayanan imunisasi tetanus toksoid kepada ibu hamil telah cukup baik, dapat dilihat antara lain dari persentase kelahiran hidup dari ibu hamil yang mendapat imunisasi tetanus, baik yang lengkap maupun tidak lengkap. Persentase kelahiran hidup dari ibu hamil yang mendapatkan imunisasi lengkap semula cenderung meningkat, dari 48,8 % (SDKI 1994) menjadi 53,4 % (SDKI 1997), namun kemudian turun menjadi 50,7 % (SDKI 2002-2003), dan 50 % (SDKI 2007). Sementara itu, persentase kelahiran hidup pada ibu hamil yang mendapat imunisasi tetanus satu kali meningkat dari 18,4 % pada tahun 1997 menjadi 21,5 % pada tahun 2002-2003, dan 22 % pada tahun 2007.

Berdasarkan penelusuran pelayanan kebidanan seperti: ANC/pemeriksaan kehamilan kepada ibu hamil, dan penolong persalinan selama kurun waktu 13 tahun (1989-2002), tidak mengherankan apabila masih dijumpai tingginya perkiraan angka angka kematian ibu dalam periode yang hampir sama. Walaupun sudah terjadi peningkatan persentase ibu hamil yang

memeriksa kehamilannya, namun sampai saat ini belum diketahui kualitas pemeriksaan tersebut.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Tulisan ini mencoba mengkaitkan gambaran keadaan pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan angka kematian ibu. Beberapa survei demografi dan kesehatan menunjukkan adanya pengaruh pelayanan kesehatan ibu, dan anak terhadap angka kematian ibu. Hasil SDKI yang dilaksanakan setiap 3 tahun sejak tahun 197, namun yang dibahas dalam tulisan mulai tahun 1994 menunjukkan bahwa angka kematian maternal (untuk periode lima tahun sebelum survei) cenderung menurun, yaitu dari 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 1994), menjadi 334 (SDKI 1997), 307 (SDKI 2002-2003), dan 228 (SDKI 2007). Namun demikian, angka ini masih sangat tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya.

Menurut hasil SDKI 1994 sampai dengan 2007, penolong persalinan oleh dukun menunjukkan pola huruf U. Dalam kurun waktu yang sama, persentase ibu melahirkan yang dibantu oleh dukun juga tinggi, terutama pada ibu berumur kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun. Demikian pula ibu yang melahirkan di rumah dalam kurun waktu sekitar tahun 1982 sampai dengan tahun 2007 menunjukkan pola seperti huruf U, yaitu ibu yang berisiko tinggi untuk melahirkan (umur kurang dari 20 tahun dan di atas 35 tahun) umumnya melahirkan di rumah. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pola angka kematian ibu sejalan dengan pola penolong persalinan oleh dukun dan juga pola tempat pertolongan persalinan di rumah dalam kurun waktu yang hampir sama.

Kondisi sosial, budaya, ekonomi, dan kesehatan wanita berkaitan dengan tingginya kematian ibu di Indonesia. Walaupun pendidikan wanita pernah kawin menunjukkan peningkatan, namun tingkat pendidikan wanita di perdesaan relatif masih

rendah. Masih banyaknya persalinan yang ditolong oleh dukun, terutama di perdesaan, tidak lepas dari pengaruh sosial budaya masyarakat perdesaan. Ibu di perdesaan lebih mempercayai dukun yang umumnya sudah merupakan bagian/anggota masyarakat di lingkungan mereka. Pribadi dukun yang bersifat mengayomi dan menyediakan waktu setiap saat untuk masyarakat yang menginginkan bantuannya sangat menunjang ibu-ibu memilih dukun dibanding tenaga kesehatan yang telah terdidik¹⁷.

Hal lainnya yang menjadi masalah adalah penurunan fertilitas yang sudah dicapai dari hasil upaya program KB belum sejalan dengan perkembangan upaya pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya penolong persalinan. Menurut Fortney⁽⁴⁾, menurunnya angka kematian ibu di negara maju disebabkan oleh baiknya pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan serta turunnya fertilitas. Pada negara berkembang seperti Indonesia, pelayanan kesehatan ibu dan anak telah mulai dikembangkan mendekati sasaran, walaupun belum maksimal. Hal ini ditunjukkan dengan adanya puskesmas pembantu, puskesmas desa, polindes, dan adanya bidan di desa. Begitu pula halnya dengan pelayanan KB sudah tersedia sampai ke daerah yang sukar dijangkau. Dengan demikian, sumbangan program KB dalam menurunkan angka kematian ibu dan angka kesakitan seharusnya sangat bermakna. Seperti telah dibahas sebelumnya, angka kematian ibu erat kaitan dengan prevalensi kehamilan (*birth/women*), dan risiko kematian karena kehamilan. Berdasarkan hasil beberapa SDKI, angka kematian ibu dengan cara langsung cenderung menurun mendekati tahun survei, yang mungkin sekali berhubungan dengan pengaruh pemakaian kontrasepsi yang dari tahun ke tahun semakin meningkat.

Saran

Pelayanan kesehatan ibu dan anak perlu mendapat perhatian yang lebih besar karena masih tingginya rasio angka kematian

ibu. Mengingat sebagian besar ibu melahirkan masih dibantu oleh bukan tenaga kesehatan dan masih banyak yang melahirkan di rumah, pemanfaatan bidan di desa, dan dokter mantan PTT perlu ditingkatkan dalam rangka perbaikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya di perdesaan.

Kualitas pemeriksaan kehamilan perlu ditinjau kembali. Ketepatan dalam melakukan deteksi dini gejala risiko tinggi pada masa kehamilan sangat diperlukan, sehingga pemeriksaan oleh tenaga kesehatan sangat penting. Selanjutnya, KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) yang berkaitan dengan keluarga berencana, dan kesehatan ibu serta anak, terutama kepada masyarakat di perdesaan, masih perlu ditingkatkan.

RUJUKAN

1. Rosenfield, A and Maine, D. Maternal Mortality "A Neglected Tragedy", Where is The Mortality in MCH, The Lancet, 1985, 2:83-85.
2. World Health Organization (WHO). Definitions. The World Health Assembly (Resolutions WHA 20.19 and WHA 43.24) under Article 23 of The Constitution of The World Health Organization.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, Jakarta: Departemen Kesehatan RI dan Biro Pusat Statistik (BPS), 1992.
4. Fortney, A Judith, dkk. Causes of Death to Women of Reproductive Age in Two Developing Countries, Population Research and Policy Review, 1987, 6: 137.
5. Soemantri, S. Besaran AKI dan AKA di Indonesia serta Kecenderungannya, Jakarta: n.n., 2005.
6. Rutenberg, Naomi and Jeremiah, Sullivan. "Direct and Indirect Estimates of Maternal Mortality from the Sisterhood Method", Paper Prepared for Presentation at The Demographic and Health Surveys World Conference, Washington D.C, August 5-7, 1991.
7. Hill, K., K. Thomas, C. C. Abouzahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue, E. Suzuki. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data (on behalf of Maternal Mortality Working Group). The Lancet, 2007, 370:1311-1319.
8. Badan Pusat Statistik (BPS). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta: BPS, 2007.
9. Biro Pusat Statistik. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta: BPS, 1995.
10. Biro Pusat Statistik. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta: BPS, 1998.
11. Biro Pusat Statistik. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta: BPS, 2003.
12. Depkes R.I: Survei Kesehatan Rumah Tangga Indonesia, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2001.
13. Fortney, A Judith. The Importance of Family Planning In Reducing Maternal Mortality, Study of Family Planning, 1987, 18 (2): 109-114.
14. Maine, Deborah, et al. Risks and Rights: The Use of Reproductive Health Data. Reproductive Health Matters, 1995, 6:40-51.
15. Biro Pusat Statistik. Ringkasan Hasil Sensus Penduduk 1980. Jakarta: BPS, 1981.
16. Danel, Isabella. Estimating The Magnitude of Maternal Mortality In Region I of Nicaragua Using The Sisterhood Method, 1993.
17. Evy Rachmawati. Turun Temurun Membantu Persalinan, MDGs News, 2008.