

Analisis Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cirebon

By desti nataria

Analisis Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cirebon

Pendahuluan

Angka kematian ibu/maternal merupakan indikator yang menggambarkan status kesehatan maternal, terutama risiko kematian mater¹ pada saat hamil dan melahirkan. Kematian maternal dapat terjadi pada saat hamil, bersalin, dan nifas, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh kondisi yang berhubungan dengan kehamilan atau yang diperberat oleh kehamilan atau karena penanganannya dan bukan disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan.^{1,2} Kematia² maternal di negara berkembang jauh lebih tinggi dari pada negara maju, di mana pada tahun 2015 AKI di negara berkembang sebesar 239/100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12/100.000 kelahiran hidup. Sebagian besar (tiga perempat) kematian maternal merupakan kematian yang dapat dicegah dan 37–90% nya terjadi di negara 6 rkembang. Salah satu negara berkembang dengan AKI yang masih tinggi adalah Indonesia. Berdasarkan Survei Dem⁴ografi Kesehatan Indonesia (SDKI) AKI Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2007–2012, yaitu dari 228/100.000 kelahiran hidup menjadi 359/100.000 kelahiran hidup.^{2,3} Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu penyumbang kematian maternal terbesar di Indonesia. Pada tahun 2012, jumlah kasus kematian maternalnya sebesar 804 kasus dari 931.906 kelahiran hidup dan pada tahun 2014 jumlah kematian maternalnya sebesar 748 kasus.⁴

Secara global penyebab kematian maternal adalah perdarahan, preeklampsia dan eklampsia, penyebab tidak langsung, karakteristik ibu dan perilaku ibu hamil, abortus, sepsis, dan emboli. Sedangkan di Indonesia penyebab kematian maternal adalah perdarahan, preeklampsia dan eklampsia, serta penyebab lain-lain.⁵⁻⁷

Kematian maternal dapat dicegah jika kematian tersebut dapat diprediksi berdasarkan faktor risiko yang ada dan ibu mendapatkan pertolongan atau datang ke fasilitas pelayanan kesehatan pada saat yang tepat sehingga mendapatkan pertolongan secara profesional dengan sarana yang memadai. Kematian maternal tidak dapat dicegah jika ibu tidak memiliki faktor risiko dan telah dilakukan tindakan penanganan sesuai dengan prosedur sehingga kematian tersebut tidak dapat diprediksi. Beberapa literatur menyebutkan bahwa terjadinya kematian maternal yang dapat dicegah dikarenakan pengetahuan pasien/keluarga kurang, status ekonomi rendah, sarana dan prasarana yang tidak lengkap, ketersediaan dan kualitas sumber daya tenaga kesehatan yang kurang, budaya yang terkait dengan kematian maternal, dan hambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan, serta keterlambatan dalam rujukan. Faktor-faktor tersebut dapat diklasifikasikan menjadi faktor tenaga kesehatan, faktor pasien, faktor sarana prasarana, dan faktor rujukan.⁸ Pengkajian terhadap penyebab kematian maternal membutuhkan laporan kematian yang lengkap. Namun sistem pencatatan dan pelaporan kematian maternal di negara berkembang belum berjalan baik, perbedaan format yang digunakan, data yang tidak sinkron antara instansi kesehatan terkait serta terdapat beberapa data yang hilang, bahkan masih terdapat kematian yang belum tercatat dan dilaporkan.⁹

Penelitian ini merupakan penelitian tim yang menganalisis penyebab kematian maternal dan perinatal di Provinsi Jawa Barat. Penelitian dilakukan di 11 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, pemilihan tempat penelitian dilakukan secara *random* berdasarkan pada pemetaan kondisi geografis Provinsi Jawa Barat yang terdiri dari dataran tinggi dan rendah. Salah satu daerah yang terpilih adalah Kabupaten Cirebon yang sebagian besar daerahnya berupa dataran rendah. Berdasarkan survei awal yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon diketahui bahwa terdapat 49 kasus kematian maternal pada tahun 2014, jumlah ini meningkat pada tahun 2015 menjadi 53 kasus. Kabupaten ini menempati urutan keempat dari 10 kabupaten/kota dengan kasus kematian maternal terbanyak di Provinsi Jawa Barat.¹⁰ Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab kematian maternal di Kabupaten Cirebon dengan menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah, penganalisis faktor-faktor yang menyebabkan hambatan dalam rujukan, dan mengkaji sistem pencatatan dan pelaporan kematian maternal.

Metode

Desain penelitian ini adalah ³*sequential explanatory mixed method* yang dilakukan melalui dua tahap. Pada tahap pertama dilakukan penelitian kuantitatif dengan studi *cross sectional* menggunakan metode penelitian deskriptif analitik. Pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi data otopsi verbal

maternal dan rekapitulasi laporan kematian maternal di Kabupaten Cirebon tahun 2015. Data yang diperoleh diklarifikasi ke dinas kependudukan dan catatan sipil/dinas pemakaman setempat dengan mencocokkan jumlah kema⁵n dan identitas ibu yang mengalami kematian. Pada tahap kedua dilakukan penelitian secara kualitatif. Data yang digunakan adalah data primer yang dikumpulkan melalui *in depth interview*. Penelitian ini dilakukan pada Bulan Oktober-November 2016 di Kabupaten Cirebon.

Sampel pada penelitian kuantitatif adalah data kematian maternal berupa OVM, RMM, dan RMMP, serta rekapitulasi laporan kematian maternal di Kabupaten Cirebon tahun 2015 yang berjumlah 53 kematian. Sedangkan sampel pada penelitian kualitatif adalah keluarga (suami/ibu/orang tua/mertua/saudara kandung perempuan) dari ibu yang mengalami kematian, tenaga kesehatan yang terkait dengan kematian maternal, dan penanggungjawab pencatatan dan pelaporan kematian maternal di dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kependudukan dan catatan sipil/dinas pemakaman/kelurahan di Kabupaten Cirebon tahun 2015. Pengambilan sampel kualitatif dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu partisipan yang menjadi sampel kualitatif adalah yang tinggal di kecamatan dengan jumlah kematian maternal tertinggi dan terendah yaitu partisipan tinggal di Kecamatan Jamblang, Waled, Babakan, dan Arjawinangun.

Kriteria Inklusi dan Eksklus

a. Tahap penelitian kuantitatif

Kriteria inklusi pada tahap penelitian kuantitatif adalah data kematian maternal berupa OVM, RMM, dan RMMP, serta rekapitulasi laporan kematian maternal yang memiliki data yang lengkap dan sesuai dengan kebutuhan peneliti

b. 8 tahap penelitian kualitatif

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu keluarga yang mengetahui kronologi kematian maternal dan masih tinggal di Wilayah Kabupaten Cirebon sesuai dengan alamat yang tertulis dalam data OVM/RMM/RMMP, tenaga kesehatan yang di wilayah binaannya terdapat kematian maternal dan terlibat langsung dalam kematian maternal, penanggungjawab pencatatan dan pelaporan orang yang bertanggungjawab langsung terhadap pencatatan dan pelaporan kematian maternal di dinas kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kependudukan dan catatan sipil/dinas pemakaman/kelurahan.

2. Kriteria Eksklus

Kriteria eksklusi yang digunakan yaitu keluarga yang pada saat proses penelitian berlangsung terlihat mengalami trauma atau gangguan psikologis yang berat akibat kematian maternal dan informan yang tidak berada di tempat saat proses penelitian berlangsung.

Hasil Penelitian

Hasil penelitian kuantitatif diperoleh dari 53 kasus kematian maternal yang terdapat pada dokumen OVM/RMM/RMMP dan rekapitulasi kematian maternal. Sedangkan hasil penelitian kualitatif diperoleh dari *in depth interview* yang dilakukan pada 5 keluarga dari ibu yang mengalami kematian dan 11 tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan koordinator dan bidan desa yang terlibat langsung dalam kematian maternal, bidan di rumah sakit, serta bidan yang bertanggung jawab dalam pencatatan dan pelaporan kematian maternal.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kematian Maternal di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

Kematian Maternal	Jumlah	%
Tidak dapat dicegah	5	9,4
Dapat dicegah	48	90,6
Total	53	100

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar kematian maternal dapat dicegah di mana 43,3% terjadi pada masa nifas, 34% pada saat bersalin, dan 22,6% pada masa kehamilan.

1

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Penyebab Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

Penyebab Kematian Maternal	Jumlah	%
Preeklampsia/eklampsia	20	41,7
Perdarahan	14	29,2
Penyakit jantung	7	14,6
Infeksi	5	10,4
Lain-lain	2	4,1
Total	48	100

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa penyebab utama kematian maternal yang dapat dicegah adalah preeklampsia/eklampsia. Hasil ini diperkuat dengan pernyataan responden berikut

“..ada sih yang perdarahan postpartum, tapi kebanyakannya yang biasanya eklampsia, PEB itu” (R 01-indepth).

Kematian maternal yang dapat dicegah tidak disebabkan oleh faktor tunggal tapi disebabkan oleh beberapa faktor yang saling berkaitan sebagaimana yang ditampilkan pada tabel di bawah ini

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

Faktor penyebab	Jumlah	%
Sarana, rujukan	3	6,3
Tenaga kesehatan, rujukan	4	8,3
Pasien, tenaga kesehatan	14	29,2
Pasien, tenaga kesehatan, rujukan	18	37,5
Pasien, sarana prasarana, rujukan	7	14,5
Pasien, tenaga kesehatan, sarana, rujukan	2	4,2
Total	48	100

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa sebagian besar kematian maternal yang dapat dicegah disebabkan oleh kombinasi dari faktor pasien, tenaga kesehatan, dan rujukan.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Faktor Pasien pada Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

No	Faktor Risiko	Jumlah	%
1	Umur		
	Berisiko	12	25
	Tidak Berisiko	36	75
2	Paritas		
	Berisiko	22	45,8
	Tidak Berisiko	26	54,2
3	Jarak Kelahiran		
	< 2 Tahun	22	45,8
	≥ 2 Tahun	26	54,2
4	Penyakit Penyerta		
	Ada	30	62,5
	Tidak Ada	18	37,5
5	Kunjungan ANC		
	< 4 Kali	4	8,3
	≥ 4 Kali	44	91,7
6	Pendidikan		
	Dasar	38	79,2
	Tinggi	10	20,8

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa kematian maternal yang dapat dicegah sebagian besar terjadi pada ibu dengan umur tidak berisiko, ibu dengan penyakit penyerta, ibu dengan kunjungan ANC ≥ 4 kali, dan ibu dengan tingkat pendidikan dasar. Sedangkan dari segi paritas, jumlah ibu yang mengalami kematian maternal yang dapat dicegah dengan paritas berisiko dengan tidak berisiko hampir sama, begitu juga dengan jarak kelahiran.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Faktor Tenaga Kesehatan pada Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

Penolong pertama	Jumlah	%
Obgyn	28	58,3
Bidan	19	39,7
Paraji	1	2
Total	48	100

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar penolong pertama dari kematian maternal yang dapat dicegah adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan/obgyn. Kematian maternal dengan obgyn dan bidan sebagai penolong pertama sebagian besarnya mengalami keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk sehingga saat sampai di tempat rujukan ibu sudah dalam kondisi yang kritis, meskipun ibu telah ditolong tenaga kesehatan yang tepat namun kondisi ibu yang semakin buruk akan memperkecil peluang ibu untuk dapat selamat.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Faktor Sarana Prasarana pada Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

No	Faktor Risiko	Jumlah	%
1	Bahan dan obat		
	Tidak mencukupi	4	8,3
	Mencukupi	44	91,7
2	Tenaga kesehatan		
	Tidak tersedia	6	12,5
	Tersedia	42	87,5
3	Fasilitas kesehatan		
	Tidak tersedia	1	2,1
	Tersedia	47	97,1
4	Pelayanan kesehatan		
	Tidak tersedia	6	12,5
	Tersedia	42	87,5
5	Administrasi		
	Mengalami kesulitan	3	6,3
	Tidak mengalami kesulitan	45	93,7

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar kematian maternal yang dapat dicegah terjadi pada ibu yang mendapatkan penanganan pada sarana prasarana yang tersedia dan hanya sebagian kecilnya terjadi pada ibu yang ditangani pada sarana prasarana yang tidak tersedia. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa masih terdapat keterbatasan pada beberapa sarana prasarana seperti bahan dan obat khususnya persediaan darah seperti yang terungkap dalam wawancara dengan responden berikut

“Kalau darah emang gitu stoknya sering kehabisan, sekarang aja bank darahnya kosong terus jadi pasien harus ke PMI langsung ke sana.” (R 02-indepth).

“...kendalanya sering kosong bank darahnya...” (R 03-indepth).

Selain itu, juga terdapat keterbatasan pada beberapa peralatan medis seperti alat USG, Doppler, dan EKG, seperti yang terungkap dalam wawancara dengan responden berikut

"...kayak USG sudah ada, walaupun adanya di ruang kebidanan jadi kalau mau USG kita ke sana..." (R 03-indepth).

"...tapi Doppler masih pake yang kecil seperti yang ada di rumah bidan sedangkan pasien banyak, kalau dipakai berulang-ulang jadi cepat rusak..." (R 02-indepth).

"...kalau EKG kita masih barengan sama IGD umum..." (R 02-indepth).

"...kalau EKG memang kita sudah amprah, memang penyediaannya belum ada tapi kita masih bisa pinjam dari ruangan lain." (R 03-indepth).

Keterbatasan juga terjadi pada tenaga medis dan nonmedis seperti dokter anastesi, bidan, dan petugas bank darah, seperti yang terungkap dalam wawancara dengan responden berikut

"Anastesinya juga kurang, ada dua cuma penata" (R 06-indepth).

"Masih kurang tapi nggak kurang banget, nggak sampe karena itu pasien menjadi tidak tertangani, kurangnya sedikit, kayak di IGD, VK, dan nifas butuh satu lagi tapi tidak terlalu signifikan kekurangannya" (R 06-indepth).

"Kita kan di sini punya bank darah cuma karena keterbatasan SDM jadi nggak penuh 24 jam cuma sampai jam sembilan jadi diatas itu harus cari ke PMI." (R 03-indepth).

Pada fasilitas kesehatan juga masih terdapat keterbatasan yaitu tempat tidur dan ruang operasi, seperti yang terungkap dalam wawancara dengan responden berikut

"Pernah sekali cuma karena di sananya penuh semua jadi di sini macet tapi nggak sampai berhari-hari paling sehari, atau ruang nifas banyak yang belum pulang jadi dari VK nggak bisa ke sana, yang dari sini nggak bisa ke VK..." (R 02-indepth).

"Cuma kita hubungi orang OK dulu. OK nya kan nggak 24 jam jadi on call, jadi kadang terlambat disitu juga sih." (R 06-indepth).

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Faktor Rujukan pada Kematian Maternal yang Dapat Dicegah di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

No	Faktor Risiko	Jumlah	%
1	Rujukan		
	Tidak dirujuk	1	2,1
	Rujukan	47	97,9
2	Keterlambatan rujukan		
	Telambat	33	70,2
	Tidak terlambat	14	29,8

Berdasarkan tabel 7 diketahui bahwa sebagian besar kematian maternal yang dapat dicegah terjadi pada ibu yang dirujuk di mana kasus rujukan tersebut didominasi oleh keterlambatan rujukan, di mana keterlambatan dalam pengambilan keputusan berkontribusi paling tinggi terhadap keterlambatan rujukan yaitu sebanyak 22 kasus (66,7%), keterlambatan mencapai tempat rujukan sebanyak 3 kasus (9,1%), dan keterlambatan mendapatkan penanganan yang adekuat berkontribusi sebanyak 8 kasus (24,2%). Hal ini didukung oleh hasil penelitian kualitatif seperti yang terungkap dalam wawancara dengan responden berikut ini

"...pengambilan keputusan itu yang sering terlambat... kadang masyarakatnya sendiri yang menunda-nunda, biasanya manggil tenaga kesehatan itu udah dalam kondisi buruk, misalnya udah kejang, plasenta previa udah perdarahan banyak, tidak dari awal." (R 06-indepth).

"...karena terlambat dirujuk, dirujuk udah dalam keadaan gawatdarurat sudah tidak bisa diapa-apain lagi sehingga sampai disini terlambat penanganannya..." (R 03-indepth).

"Nunggu keluarga, keluarga pada ikut semua trus baru dibawa ke rumah sakit" (R 08-indepth).

Pelaksanaan rujukan dipengaruhi oleh akses untuk mencapai fasilitas rujukan sebagaimana dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Faktor Hambatan Rujukan pada Keterlambatan Rujukan di Kabupaten Cirebon Tahun 2015

No	Faktor Risiko	Jumlah	%
1	Wilayah tempat tinggal		
	Pedesaan	8	24,2
	Perkotaan	25	75,8
2	Geografis		
	Dataran tinggi	10	30,3
	Dataran rendah	23	69,7
3	Jarak tempuh		
	>5 km	30	90,9
	≤5 km	3	9,1
4	Waktu tempuh		
	>2 jam	2	6,1
	≤2 jam	31	93,9
5	Alat transportasi		
	Tidak tersedia	4	12,1
	Tersedia	29	87,9
6	Pembiayaan kesehatan		
	Mandiri	10	30,3
	Jaminan kesehatan	23	69,7

Berdasarkan tabel 8 diketahui bahwa sebagian besar keterlambatan rujukan terjadi pada ibu yang tinggal di wilayah perkotaan, dengan kondisi geografis berupa dataran rendah, jarak rumah tangga yang >5 km dari fasilitas kesehatan, dan membutuhkan waktu tempuh ≤2 jam untuk mencapai fasilitas kesehatan, pada alat transportasi yang tersedia, dan ibu yang memiliki jaminan kesehatan dari pemerintah.

Pembahasan

Kematian maternal hampir menyebar di seluruh kecamatan di Kabupaten Cirebon dengan kematian terbanyak terjadi di Kecamatan Jamblang. Sebagian besar kematian maternal merupakan kematian yang dapat dicegah dan terjadi pada masa nifas. Hasil ini didukung oleh penelitian Juan Liang, dkk yang menemukan 86,1% kematian maternal di Cina dapat dicegah.⁸

Tiga penyebab utama kematian maternal yang dapat dicegah adalah preeklampsia/eklampsia, perdarahan, dan penyakit jantung. Kematian maternal yang dapat dicegah tidak hanya disebabkan oleh satu faktor tapi disebabkan oleh beberapa faktor, di mana kombinasi dari faktor pasien, tenaga kesehatan, dan rujukan merupakan penyebab terbanyak.

1. Faktor pasien

Banyaknya kematian maternal yang terjadi pada usia tidak berisiko, jarak kelahiran tidak berisiko, dan paritas yang tidak berisiko disebabkan karena adanya penyebab lain yaitu adanya penyakit penyerta yang diderita ibu, seperti hipertensi, penyakit jantung, TBC, dan anemia. Ditemukan sebanyak 21 ibu dengan usia 20–35 tahun dan 15 ibu dengan paritas tidak berisiko yang memiliki penyakit penyerta. Penyakit penyerta ini akan semakin di perberat oleh kehamilan sehingga dapat menimbulkan komplikasi. Sebuah studi juga menemukan bahwa ibu hamil yang memiliki riwayat penyakit berisiko 25,4 kali lebih besar untuk mengalami kematian jika dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat penyakit.¹¹ Kehamilan pada ibu yang memiliki penyakit penyerta seharusnya dapat dicegah dengan penggunaan alat kontrasepsi yang tepat. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa permasalahan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan adalah mengarahkan masyarakat khususnya ibu-ibu untuk mau menggunakan KB yang tepat. Alat kontrasepsi yang banyak digunakan adalah KB suntik sedangkan bagi ibu dengan risiko pemakaian KB suntik tidak disarankan karena angka kegagalan yang cukup tinggi dan alat kontrasepsi yang disarankan adalah kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implant atau metode kontasepsi mantap (MOW). Hal ini menandakan bahwa tenaga kesehatan

belum optimal dalam melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi sehingga memengaruhi ibu untuk mau menjadi akseptor KB atau menggunakan alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan ibu.

Selain itu, kematian maternal yang dapat dicegah juga banyak terjadi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC lebih dari 4 kali. Temuan ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ibu yang tidak melakukan kunjungan kehamilan berisiko 4,1 kali lebih tinggi mengalami kematian.¹² ANC diharapkan dapat membantu dalam deteksi dini terhadap tanda bahaya pada ibu sehingga kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas dapat diketahui lebih awal sehingga tindakan penanganan dapat dipersiapkan. Tingginya kematian maternal yang dapat dicegah pada ibu yang melakukan kunjungan ANC lebih dari 4 kali disebabkan oleh kualitas pelayanan ANC yang diberikan oleh tenaga kesehatan belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari pemberian asuhan yang belum memenuhi standar 10 T seperti 1) Tidak dilakukannya pemeriksaan HIV yang disebabkan karena keterbatasan sarana. 2) Kurang optimalnya kualitas konseling yang diberikan tenaga kesehatan kepada ibu dan keluarga terlebih lagi pada ibu dengan risiko tinggi. Hal ini terlihat dari masih adanya bidan yang tidak melakukan kontak dengan keluarga terutama pada ibu dengan risiko tinggi, di mana konseling hanya difokuskan pada ibu tanpa melibatkan peranan keluarga. 3) Masih kurangnya pemantauan terhadap konsumsi tablet Fe yang diberikan. 4) Perencanaan persalinan yang belum maksimal seperti penentuan pendonor yang sering tidak jelas sehingga pada saat dibutuhkan pendonor tidak tersedia bahkan pendonor yang telah ditetapkan memiliki golongan darah yang berbeda dengan ibu karena keengganan pendonor untuk memeriksakan golongan darah dengan alasan sibuk bekerja.

Sebagian besar ibu yang mengalami kematian maternal yang dapat dicegah memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Cina yang menemukan 46,11% kematian maternal yang dapat dicegah disebabkan pengetahuan ibu atau keluarga yang kurang.⁶ Saffron dalam penelitiannya juga menemukan bahwa ibu yang tidak bersekolah berisiko 2,7 kali mengalami kematian dan ibu dengan tingkat pendidikan dasar berisiko 2 kali lebih besar mengalami kematian.¹³ Tingkat pendidikan ibu yang rendah berpengaruh terhadap pengelolaan pengetahuan dan informasi yang diperolehnya, sehingga sering ibu tidak mengetahui risiko atau komplikasi yang dapat terjadi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, serta kurangnya upaya yang dilakukan ibu dalam mencari pertolongan saat terjadi kegawatdaruratan. Selain itu ibu dengan pendidikan rendah cenderung tidak mampu melakukan pengambilan keputusan secara mandiri bahkan sering menyerahkan pengambilan keputusan kepada suami atau keluarga sehingga tidak jarang pencarian pertolongan dilakukan ketika ibu sudah dalam kondisi yang kritis.

2. Faktor Tenaga Kesehatan

Sebagian besar penolong pertama dari kematian maternal yang dapat dicegah adalah dokter spesialis kebidanan dan kandungan/obgyn, bidan, dan satu kasus dengan paraji sebagai penolong pertama. Tingginya kematian maternal dengan dokter obgyn sebagai penolong pertama disebabkan karena adanya keterlambatan dalam pengambilan keputusan dalam merujuk sehingga pada saat sampai di fasilitas kesehatan primer atau fasilitas kesehatan rujukan kondisi ibu sudah kritis. Meskipun ibu telah mendapatkan penanganan dari tenaga kesehatan namun jika ibu datang dalam kondisi kritis maka kecil kemungkinan ibu untuk dapat selamat, sebagaimana yang juga dinyatakan oleh partisipan yang menyatakan bahwa masih banyak ibu yang terlambat dirujuk sehingga pada saat sampai di rumah sakit kondisi ibu sudah semakin kritis dan kecil kemungkinan untuk dapat ditolong.

Penolong pertama berperan dalam melakukan deteksi dini terhadap tanda-tanda kegawatdaruratan, menegakkan diagnosis sementara, dan melakukan stabilisasi pasien dengan melakukan tindakan prarujukan. Kegawatdaruratan yang ditangani pertama oleh tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu memperbaiki kondisi ibu sehingga kondisi ibu tidak menjadi lebih buruk.

3. Faktor Sarana Prasarana

Sebagian besar kematian maternal yang dapat dicegah mendapatkan penanganan pada sarana prasarana yang tersedia dan tidak mengalami kesulitan administrasi. Tingginya kematian maternal pada fasilitas kesehatan yang memiliki sarana prasarana yang lengkap dikarenakan oleh terjadinya keterlambatan rujukan di tingkat keluarga yaitu keterlambatan keluarga dalam pengambilan keputusan

untuk merujuk sehingga ketika ibu tiba di fasilitas kesehatan kondisi ibu sudah kritis, meskipun ibu ditolong pada fasilitas kesehatan dengan sarana yang lengkap namun dengan kondisi ibu yang sudah kritis akan memperkecil kemungkinan ibu untuk dapat ditolong. Jungling, dkk menyimpulkan bahwa kematian maternal dapat dicegah dengan cara meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas fasilitas kesehatan, dan meningkatkan aksesibilitas layanan kebidanan.⁶ Ketersediaan peralatan medis dan obat-obatan standar seperti oksigen, cairan infus, MgSO₄, dan oksitosin pada fasilitas tingkat pertama sangat membantu memperbaiki kondisi pasien terutama pada tindakan prarujukan sehingga kondisi pasien tidak menjadi semakin buruk.

Meskipun sebagian besar sarana prasarana berada dalam kondisi yang tersedia, namun masih ditemukan beberapa kasus kematian yang terjadi pada sarana prasarana yang tidak tersedia. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa masih ditemukan kekurangan pada beberapa sarana, seperti ketersediaan darah, SDM tenaga kesehatan dan non kesehatan, fasilitas, serta peralatan medis. Studi di Nigeria menemukan tidak tersedianya peralatan medis, oksigen, dan darah menyebabkan terlambatnya pertolongan terhadap pasien rujukan hingga menyebabkan kematian.¹⁴ Terbatasnya persediaan darah menjadi salah satu kendala dalam memberikan pertolongan kepada pasien. Persediaan darah di bank darah yang terbatas mengakibatkan keluarga harus mencari darah ke PMI yang letaknya cukup jauh dari rumah sakit yang membutuhkan waktu tempuh 30–45 menit.

Keterbatasan lainnya adalah kekurangan pada SDM tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan. Hasil wawancara menemukan bahwa masih terdapat kekurangan pada dokter anastesi dan bidan. Selain itu juga terdapat kekurangan pada SDM yang bertugas di bank darah, di mana kekurangan ini menyebabkan bank darah tidak dapat memberikan pelayanan maksimal, pelayanan hanya diberikan hingga pukul sembilan malam. Kekurangan lainnya yaitu pada ketersediaan fasilitas kesehatan yaitu tempat tidur dan kamar operasi. Dari hasil wawancara diketahui bahwa jumlah tempat tidur yang tersedia pada ruang nifas hanya 28 unit sedangkan jumlah yang dibutuhkan adalah 30–40 unit, kekurangan ini menyebabkan antrian pasien. Pemindahan pasien dari ruang VK ke ruang nifas menjadi tertunda begitu juga dengan pemindahan pasien dari ruang IGD ke ruang VK. Selain itu kamar operasi tidak tersedia 24 jam melainkan *on call*. Keterbatasan ini diakui oleh tenaga kesehatan menjadi salah satu penyebab keterlambatan.

4. Faktor Rujukan

Ketepatan rujukan bergantung pada peran dari tenaga kesehatan dalam melakukan deteksi dini terhadap adanya potensi gawat obstetrik (APGO) berupa deteksi pada kondisi pasien yang berpotensi untuk timbulnya kegawatdaruratan, meliputi usia, paritas, jarak kelahiran, dan riwayat obstetri yang lalu. Deteksi dini terhadap adanya gawat obstetri (AGO) dan ada gawat darurat obstetri (AGDO) seperti preeklampsia/eklampsia, perdarahan, infeksi, dll. Selain itu ketepatan rujukan juga dipengaruhi oleh kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi tentang tanda bahaya dan pelaksanaan rujukan kepada keluarga. Dari hasil penelitian diketahui bahwa hampir seluruh kematian maternal yang dapat dicegah merupakan pasien rujukan di mana sebagian besar kematian terjadi di rumah sakit di mana 49% kematian tersebut terjadi dalam jangka waktu 0–24 jam, 35% terjadi dalam waktu >48 jam, dan 15,7% dalam waktu 24–48 jam. Hasil yang sama juga ditemukan oleh Agan, dkk di mana kematian maternal pada fasilitas kesehatan tersier di Nigeria masih sangat tinggi terutama kematian yang dapat dicegah.¹⁵ Tingginya kematian yang terjadi di rumah sakit dalam waktu 0–24 jam berkaitan dengan keterlambatan rujukan. Keterlambatan rujukan sebagian besarnya disebabkan karena keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk yaitu 67,6%, keterlambatan mencapai tempat rujukan sebesar 8,8%, dan keterlambatan mendapatkan penanganan yang adekuat berkontribusi sebesar 23,5%. Penelitian dilakukan di Kota dan Kabupaten Semarang juga menunjukkan hasil yang sama di mana keterlambatan pengambilan keputusan merupakan penyebab terbesar kematian maternal yaitu 53% dan 83%.¹⁶ Lambatnya pengambilan keputusan di tingkat keluarga disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya tingkat pendidikan keluarga yang rendah yang mengakibatkan kurangnya pemahaman keluarga tentang informasi kesehatan yang diberikan dan ketidaktahuan keluarga tentang kegawatdaruratan yang terjadi pada ibu serta upaya penanganan yang harus dilakukan keluarga. lambatnya pengambilan keputusan dalam keluarga juga disebabkan karena tidak adanya kebebasan

bagi seorang istri dalam melakukan pengambilan keputusan padahal seorang istri memiliki hak atau kebebasan dalam reproduksinya. Hal ini dikarenakan adanya ketergantungan istri secara ekonomi kepada suami sehingga setiap hal yang akan dilakukan oleh istri harus mendapatkan persetujuan suami.

Keterlambatan kedua adalah terlambat mencapai tempat rujukan di mana berdasarkan data diketahui bahwa keterlambatan ini merupakan yang paling sedikit terjadi. Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui keterlambatan mencapai tempat rujukan sudah dapat ditekan sejak adanya Program SiJariMas, karena melalui program ini terjalin komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan perujuk dengan tenaga kesehatan penerima rujukan yaitu melalui SMS *Getway*. Melalui komunikasi ini tenaga kesehatan perujuk dapat mengetahui fasilitas kesehatan rujukan mana yang dapat menerima pasien rujukannya sehingga ketelambatan dalam mencari tempat rujukan dapat dihindari. Masih terjadinya keterlambatan dalam mencapai tempat rujukan merupakan dampak dari keterlambatan dalam pengambilan keputusan, selain itu pada beberapa kasus juga disebabkan karena jarak fasilitas kesehatan dan ketersediaan transportasi.

Keterlambatan berikutnya adalah keterlambatan dalam mendapatkan penanganan, hal ini dapat disebabkan oleh dampak dari keterlambatan I dan II, namun dapat juga disebabkan oleh hal-hal yang berhubungan dengan ketersediaan sarana prasarana. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa keterbatasan persediaan darah dan SDM di bank darah menjadi salah satu penyebab terlambatnya penanganan pada ibu. Fasilitas bank darah yang tersedia di rumah sakit belum dapat memberikan pelayanan 24 jam dan persediaan darah di bank darah tidak selalu ada. Pelayanan bank darah hanya tersedia hingga pukul sembilan malam, sehingga jika terjadi kegawatdaruratan yang lebih dari pukul sembilan malam maka keluarga harus mencari darah ke PMI. Selain itu ruangan operasi yang tidak selalu tersedia dalam 24 jam dan terbatasnya dokter anastesi juga menjadi penyebab keterlambatan dalam pemberian penanganan. Penelitian di Negeria juga menemukan hal yang sama di mana keterlambatan fase III dikarenakan penundaan rujukan dan kurangnya persediaan darah, oksigen, dan peralatan medis, ruangan, dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tersier.¹⁵

Hambatan Rujukan

Ketepatan proses rujukan sangat bergantung pada ketersediaan akses untuk mencapai fasilitas rujukan. Akses tersebut meliputi wilayah tempat tinggal, kondisi geografis, ketersediaan transportasi, jarak, waktu tempuh, dan pembiayaan kesehatan. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa keterlambatan rujukan terjadi pada ibu yang tinggal di wilayah perkotaan dengan kondisi geografis berupa dataran rendah, jarak rumah tangga yang >5 km dari fasilitas kesehatan, dan membutuhkan waktu tempuh ≤2 jam untuk mencapai fasilitas kesehatan, pada alat transportasi yang tersedia, dan ibu yang memiliki jaminan kesehatan dari pemerintah. Kondisi jalan yang baik dan alat transportasi yang tersedia berpengaruh pada waktu tempuh, meskipun sebagian besar rumah tangga memiliki jarak tempuh >5 km namun dapat ditempuh dalam waktu ≤2 jam.

Dari penelitian ini ditemukan bahwa terjadinya keterlambatan rujukan tidak disebabkan akses rujukan namun disebabkan oleh pengambilan keputusan pada tingkat keluarga yang lama. Lambatnya pengambilan keputusan disebabkan oleh masih rendahnya pemahaman keluarga tentang tanda-tanda bahaya dan upaya penanganan yang dilakukan saat terjadi kegawatdaruratan.

Pencatatan dan pelaporan kematian maternal

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan dapat disimpulkan bahwa seluruh kematian maternal di Kabupaten Cirebon tahun 2015 tercatat dan dilaporkan dimana terdapat 53 laporan dan catatan kematian maternal. Data yang dikumpulkan bersumber dari rekapitulasi laporan kematian maternal yang diperoleh dari masing-masing puskesmas, dokumen OVM, RMMP, dan RMM. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan kematian maternal di Kabupaten Cirebon dilakukan secara berjenjang. Setiap kematian maternal yang terjadi di masyarakat atau di rumah akan dilaporkan oleh bidan desa kepada bidan koordinator melalui sms atau telepon dalam jangka waktu 1x24 jam, kemudian bidan koordinator akan meneruskan laporan ke dinas kesehatan secara lisan maupun tertulis/sms dalam jangka waktu yang sama. Setelah itu bidan koordinator akan turun ke lapangan untuk melakukan otopsi kematian maternal kepada bidan desa dan keluarga. Otopsi dilakukan dengan berpedoman pada dokumen OVM. Selain dokumen OVM, bidan koordinator juga melengkapi dokumen RMMP jika ibu pernah

mendapatkan penanganan di fasilitas kesehatan primer (puskesmas Poned atau BPM). Dokumen yang telah dilengkapi akan dikumpulkan oleh bidan koordinator ke dinas kesehatan kabupaten.

Jika kematian maternal terjadi di rumah sakit, maka tim AMP nya akan melaporkan kematian ke dinas kesehatan kabupaten melalui sms atau telepon dalam jangka waktu 2x24 jam. Kemudian dilanjutkan dengan pengumpulan rekam medis/RMM ke dinas kesehatan dalam jangka waktu 14 hari. Dokumen yang telah terkumpul di dinas kesehatan akan dikaji setiap dua bulan oleh tim AMP kabupaten, yang dibentuk secara resmi dan memiliki surat keputusan/SK. Pengkajian kasus diusahakan untuk seluruh laporan kematian yang terkumpul tapi diutamakan dokumen yang telah diisi lengkap dan hasil pengkajian akan disampaikan kepada dinas kesehatan yang selanjutnya akan ditindak lanjuti. Berdasarkan hasil wawancara ditemukan masih adanya kendala dalam pencatatan kematian yaitu masih adanya pengisian format OVM yang tidak dilakukan secara lengkap sehingga dokumen yang tidak diisi dengan lengkap akan dikembalikan kepada masing-masing tenaga kesehatan atau instansi pengirim untuk dilengkapi dan kemudian wajib untuk dikembalikan ke dinas kesehatan, namun sering proses pengembalian dokumen dari instansi penanggung jawab ke dinas kesehatan berlangsung lama, bahkan harus diminta dahulu. Hal ini disebabkan karena beban kerja yang banyak dan tidak tersedianya tenaga yang khusus mencatat kematian maternal. Di samping itu tenaga yang melakukan pencatatan kematian belum mendapatkan pelatihan khusus tapi pembekalan melalui kegiatan sosialisasi.

Pengkajian kasus dilakukan secara internal oleh tim AMP kabupaten di dinas kesehatan bersama dengan kepala puskesmas, dokter, bidan koordinator, dan bidan desa untuk mencari kelemahan atau kelalaian dari pelaksanaan program. Evaluasi dari pengkajian adalah dengan menyusun rencana tindak lanjut/RTL untuk masing-masingnya dan mengirimkan surat rekomendasi kepada direktur atau pimpinan jika terkait dengan instansi dan kepada organisasi profesi jika terkait dengan personal seperti POGI jika melibatkan obgyn dan IBI jika melibatkan bidan. Pencatatan dan pelaporan kematian akan dilaporkan oleh dinas kesehatan kabupaten ke dinas kesehatan provinsi dalam bentuk rekapitulasi kematian yang akan dilaporkan setiap bulannya. Jika kematian terjadi di luar daerah kerja dinas kesehatan, maka pelaporan kematian akan diterima dari dinas kesehatan dimana kematian terjadi. Koordinasi antar instansi yang terkait dalam pencatatan dan pelaporan kematian seperti antar dinas kesehatan sering tidak berjalan lancar.

Simpulan

Dapat ditarik kesimpulan bahwa seluruh kematian maternal di Kabupaten Cirebon telah tercatat dan dilaporkan. Sebagian besar kematian maternal yang terjadi merupakan kematian yang dapat dicegah yang disebabkan oleh multi faktor yang didominasi oleh faktor pasien, tenaga kesehatan, dan rujukan.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: 2013.
2. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva. 2009.
3. Kementerian Kesehatan Indonesia. Profil kesehatan Indonesia tahun 2013. Jakarta 2014.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2014. Bandung. 2015
5. Ameh CA, Adegoke A, Pattinson RC, Broek N Van Den. Using the new ICD-MM classification system for attribution of cause of maternal death — a pilot study. 2014;32–41. doi:10.1111/1471-0528.12987
6. Liang J, Dai L, Zhu J, Xiaohong Li, Zeng W, Wang H, et al. Preventable maternal mortality: Geographic/rural-urban differences and associated factors from the population-based maternal mortality surveillance system in China. *BMC Public Heal*. 2011; 11(243):1–15. doi:10.1186/1471-2458-11-243.
7. Mccaw-binns AM, Mullings JA, Holder Y. Vital registration and under-reporting of maternal mortality in Jamaica. *International Journal Gynecol Obstetrics*. 2015; 128(1):62–67. doi:10.1016/j.ijgo.2014.07.023.
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Profil Kesehatan Kabupaten Cirebon 2014. Cirebon. 2015
9. Nisar N, Sohoo NA. Original Article Maternal mortality in rural community : a challenge for achieving millennium development goal. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(20):20-24.
10. Yego F, Este CD, Byles J, Williams JS, Nyongesa P. Risk factors for maternal mortality in a Tertiary Hospital in Kenya : a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(38):1-9. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/38>.

11. Karlsen S, Say L, Souza J, et al. *The Relationship between Maternal Education and Mortality among Women Giving Birth in Health Care Institutions: Analysis of the Cross Sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. Vol 11.; 2011:1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/606>.
12. Length F. Maternal mortality and emergency obstetric care in Benin City , South-south Nigeria. 2015;2(April 2010):55-60.
13. Agan T, Archibong E, Ekabua J, et al. Trends in maternal mortality at the University of Calabar Teaching Hospital , Nigeria , 1999 – 2009. *Int J Women's Heal*. 2010;2:249-254.
14. Monika Natasha, Hadijono RS. Gambaran tiga terlambat pada kematian ibu di Kota dan Kabupaten Semarang tahun 2011. *MedicaHospitalia*. 2013;2(1):38-43.
15. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoher A, Agrawal P, et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(280):1–12. doi:10.1186/1471-2393-14-280.
16. Shah N, Hossain N, Shoaib R, Hussain A, Gillani R, Khan NH. Socio-demographic characteristics and the three delays of maternal mortality. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2009; 19(2):95–8.
17. Burke L, Suswardany DL, Michener K, Mazurki S, Adair T, Elmiyati C, et al. Utility of local health registers in measuring perinatal mortality : A case study in rural Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011; 11(20):1–8. Tersedia dari: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/20>.
18. ing S, Senewe PF. Penerapan model pengembangan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian di kabupaten/ kota daerah pengembangan. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. 2014; 13(1):23–32.
19. Tort J, Rozenberg P, Traoré M, Fournier P, Dumont A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegaland Mali: across-sectional epidemiologi calsurvey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(235):2–9. doi:10.1186/s12884-015-0669-y.
20. Farrokh-Eslamlou H, Aghlmand S, Oshnouei S. Persistence of hemorrhage and hypertensive disorders of pregnancy (HDP) as the main causes of maternal mortality: emergence of medical errors in Iranian Healthcare System. *Iran J Publ Heal*. 2014; 43(10):1395–1404. Tersedia dari: URL: <http://ijph.tums.ac.ir>.

Analisis Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cirebon

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	vdocuments.site Internet	70 words — 3%
2	swopha.dinus.ac.id Internet	18 words — 1%
3	ijemc.unpad.ac.id Internet	12 words — 1%
4	komunita.id Internet	12 words — 1%
5	repository.unej.ac.id Internet	11 words — 1%
6	Yusmaharani Yusmaharani. "Hubungan Dukungan Suami dengan Pemanfaatan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru", KESMARS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit, 2018 Crossref	11 words — 1%
7	repository.uinjkt.ac.id Internet	10 words — < 1%
8	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet	10 words — < 1%

EXCLUDE
BIBLIOGRAPHY

ON