



# Kajian Faktor Resiko Kematian Ibu dan Bayi TAHUN 2016



**LAPORAN PENELITIAN**  
**KAJIAN FAKTOR RESIKO KEMATIAN IBU DAN BAYI**  
**DI PROVINSI ACEH**

**BADAN PERENCANAAN ACEH PROVINSI ACEH**  
**TAHUN 2016**

# KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,*

Pertama-tama kami panjatkan puji serta syukur kepada Allah Swt. yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, hingga kita semua masih diberikan kemampuan menjalankan segala kewajiban sesuai dengan yang diamanahkan. Shalawat serta salam senantiasa kita sampaikan kepada junjungan Alam Nabi Besar Muhammad Saw. yang telah membimbing umat manusia ke jalan yang penuh dengan rahmat Allah Swt., karena hanya berkat rahmat dan karunia serta iradah-Nyalah laporan penelitian Kajian Faktor Penyebab Kematian Ibu Dan Bayi. Kajian Faktor Penyebab Kematian Ibu dan Bayi bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor-faktor penyebab kematian ibu dan neonatal berdasarkan 3 keterlambatan, dengan rancangan penelitian yang bersifat deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner pada keluarga responden, bidan desa, bidan koordinator dan kepala desa untuk mengetahui penyebab kematian dari segi 3 Terlambat.

Laporan ini berisi hasil Kajian Faktor Penyebab Kematian Ibu dan Bayi tentang 3 keterlambatan. Hasil kajian ini bermanfaat sebagai informasi dalam kebijakan bagi pemerintah aceh dan pengembangan ilmu pengetahuan (*science*) dibidang kesehatan secara umum agar kualitas kesehatan masyarakat khususnya angka kematian ibu dan anak dapat diturunkan pada masa yang akan datang.

Untuk memenuhi berbagai harapan dari hasil Kajian Faktor Penyebab Kematian Ibu dan Bayi, maka berbagai kritik serta saran yang konstruktif, sangat diharapkan dari semua pihak untuk membantu penyempurnaannya agar kegiatan penelitian ini dapat lebih bermanfaat dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan percepatan penanganan dan pengambilan keputusan yang berkaitan kematian ibu dan anak.

Berbagai kendala pada faktor Penyebab Kematian Ibu dan Bayi terhadap 3 keterlambatan seyogyanya dapat dieliminir melalui alokasi anggaran yang responsif gender khususnya pada daerah-daerah terpencil. Kebijakan penanganan yang berkualitas mencakup peningkatan sarana dan prasarana kesehatan serta keterlibatan

semua stackholder diharapkan dapat menjadi solusi penurunan angka kematian ibu dan bayi diprovinsi aceh.

Banda Aceh, November 2016

**KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**



**PROF. DR. IR. AMHAR ABUBAKAR, MS**

PEMBINA UTAMA MADYA

NIP. 19610503 198603 1 003

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>V</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>VII</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Manfaat.....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>4</b>
A. Konsep Dasar Kematian Ibu dan Bayi .....	4
B. <i>Pathway</i> Kematian Ibu .....	4
C. Prinsip Pencegahan Kematian Ibu.....	6
D. Kegawatdaruratan Pada Ibu.....	7
E. Kegawatdaruratan Pada Neonatal.....	7
F. Sistem Rujukan.....	7
G. Mekanisme/Alur Rujukan.....	8
H. Kendala/Masalah Dalam Rujukan .....	9
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>10</b>
A. Jenis Penelitian .....	10
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	10
C. Populasi dan Sampel.....	10
1. Populasi .....	10
2. Sampel .....	10
D. Kerangka Konsep Penelitian .....	17
E. Variabel dan Definisi Operasional .....	17
F. Instrumen/Bahan dan Cara .....	18

G. Pengolahan dan Analisa Data .....	18
H. Kelemahan dan Kesulitan Penelitian .....	19
1. Kelemahan Penelitian .....	19
2. Kesulitan Penelitian .....	19
<b>BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>20</b>
A. Hasil.....	20
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	20
2. Analisis Univariat .....	21
2.2.1 Distribusi Frekuensi Jumlah/Penyebab .....	21
2.2.2. Distribusi Frekuensi Faktor Resiko.....	22
2.2.3. Faktor Kematian Ibu .....	23
2.2.4. Analisa Faktor Kematian Bayi .....	24
2.2.5. Faktor Kematian Neonatus.....	25
B. Pembahasan .....	26
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>30</b>
A. Kesimpulan.....	30
B. Saran .....	30
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Daftar Sampel Kematian Bayi di Lokasi Penelitian .....	11
Tabel 3.2	Daftar Sampel Kematian Ibu di Lokasi Penelitian .....	15
Tabel 3.3	Definisi Operasional .....	17
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	21
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Penyebab Kematian Ibu di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	21
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Penyebab Kematian Bayi di 9 Kabupaten/ Kota di Provinsi Aceh .....	22
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Faktor Resiko yang Ditemukan Pada Kematian Ibu dan Bayi di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	22
Tabel 4.5	Faktor Kematian Ibu Ditinjau dari 3 Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	23
Tabel 4.6	Faktor Kematian Ibu Ditinjau dari Jumlah Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	23
Tabel 4.7	Analisis Faktor Kematian Bayi Ditinjau dari 3 Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	24
Tabel 4.8	Faktor Kematian Neonatus Ditinjau Jumlah Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh .....	25

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia .....	9
Gambar 3.2 Definisi Operasional .....	17
Gambar 4.2 Peta Wilayah Provinsi Aceh .....	20

## ABSTRAK

Tingginya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan pada ibu dan anak dan menyebabkan kemunduran ekonomi dan sosial di masyarakat. Banyak faktor penyebab kematian ibu bersalin baik langsung trias klasik (perdarahan, preeklamsia/eklamsia dan infeksi) maupun penyebab tidak langsung yang diakibatkan karena keterlambatan penanganan dan pengambilan keputusan mulai di tingkat rumah tangga sampai di pelayanan kesehatan rujukan. Bila ibu meninggal saat melahirkan, kesempatan hidup yang dimiliki bayinya menjadi semakin kecil. Kematian neonatal tidak dapat diturunkan secara bermakna tanpa dukungan upaya menurunkan kematian ibu dan meningkatkan kesehatan ibu.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor-faktor penyebab kematian ibu dan neonatal berdasarkan 3 keterlambatan, dengan rancangan penelitian yang bersifat deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dengan menggunakan kuesioner pada keluarga responden, bidan desa, bidan koordinator dan kepala desa untuk mengetahui penyebab kematian dari segi 3 Terlambat. Studi ini berangkat dari kerangka analisis yang digunakan oleh Thaddeus dan Maine yang mengajukan adanya tiga proses keterlambatan dalam pencarian pengobatan yaitu: 1. Terlambat mengambil keputusan, 2. Terlambat mencapai rumah sakit rujukan, dan 3. Terlambat mendapat pertolongan adekuat di RS rujukan.

Dari hasil yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa mayoritas penyebab kematian ibu adalah karena perdarahan yang terjadi selama hamil/melahirkan dan keterlambatan dalam penanganan dan pengambilan keputusan banyak terjadi pada fase satu yaitu terlambat dalam mengambil keputusan (97,8%) dan mayoritas kematian ibu terjadi pada ibu yang tidak beresiko pada kehamilan/persalinannya (66,7%). Kepercayaan tradisional dan penundaan pengambilan keputusan dalam mencari perawatan pada fasilitas kesehatan masih terjadi di masyarakat. Kepercayaan tradisional yang dianut masyarakat tertentu akan mempengaruhi pengambilan keputusan oleh suami sebagai kepala keluarga atau orang yang memegang peranan penting di dalam keluarga. Akibatnya jika terjadi kasus kegawatdaruratan pada ibu hamil, melahirkan atau setelah melahirkan harus melibatkan beberapa pihak untuk berembuk. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya keterlambatan di dalam pengambilan keputusan yang mengakibatkan kematian pada ibu. Sementara itu mayoritas kematian bayi terbanyak disebabkan karena asfiksia (38,5%) dan terjadi pada bayi yang memang mempunyai resiko

saat kehamilan ibunya (61,5%). Adapun keterlambatan yang terjadi pada kematian bayi adalah keterlambatan dalam mengenal masalah ketika di rumah.

Berdasarkan hasil penelitian disarankan kepada pengambil kebijakan untuk meningkatkan kualitas standar pelayanan KIA melalui penyediaan fasilitatif, menggerakkan pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, seperti program desa siaga, ambulan desa, kelompok donor darah berjalan, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan alokasi dana desa lebih banyak digunakan untuk bidang kesehatan, pemanfaatan *public safety centre* (PSC) untuk mobilisasi rujukan segera pada kasus gawat darurat kebidanan dan Pelaksanaan kursus calon pengantin (Suscatin) melibatkan lintas sector (Dinas Syariat Islam dan Badan Pendidikan dan Pembinaan Dayah) agar dapat menambahkan informasi tentang perkawinan yang *responsive gender* sehingga ada kesetaraan hak antara suami dan istri dalam pengambilan keputusan dalam keluarga.

Kata kunci : penyebab kematian ibu dan neonatal berdasarkan 3 keterlambatan

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Saifudin (1997) mengemukakan bahwa angka kematian ibu dan bayi menggambarkan keberhasilan dalam sektor kesehatan, karena AKI dan AKB menentukan derajat kesehatan masyarakat yang menggambarkan kualitas kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Tingginya AKI dan AKB menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan pada ibu dan anak dan menyebabkan kemunduran ekonomi dan sosial di masyarakat (Saifudin, 1997). Upaya pemerintah untuk menurunkan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) dan kematian bayi tampaknya masih sulit dilakukan. Menurut target pembangunan milenium (MDGs), angka kematian ibu adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup, namun hal tersebut belum tercapai. PBB dan beberapa negara termasuk Indonesia telah menyetujui target pembangunan berkelanjutan (SDGs) untuk mengatasi target MDGs yang belum tercapai tersebut (Hoelman dkk, 2015).

Triana dkk (2015) menyebutkan bahwa penyebab kematian ibu di antaranya disebabkan oleh penyebab langsung obstetrik dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas sedangkan penyebab tidak langsung disebabkan oleh penyakit yang memperberat kehamilan dan meningkatkan resiko terjadinya kesakitan dan kematian. Selain itu, salah satu kontribusi kematian ibu juga disebabkan oleh 4 terlalu, yaitu terlalu muda, terlalu sering, terlalu pendek jarak kehamilan dan terlalu tua.

Meskipun demikian, 3 Terlambat juga merupakan penyumbang angka kematian ibu dan bayi di Indonesia, yaitu terlambat pengambilan keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat di fasilitas kesehatan.

Masalah yang terjadi pada bayi baru lahir dapat menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan. Hal ini merupakan akibat dari kondisi kesehatan ibu yang jelek, perawatan selama kehamilan yang tidak adekuat, penanganan selama persalinan yang tidak tepat dan tidak bersih, serta perawatan neonatal yang tidak adekuat. Bila ibu meninggal saat melahirkan, kesempatan hidup yang dimiliki bayinya menjadi semakin kecil. Kematian neonatal tidak dapat diturunkan secara bermakna tanpa dukungan upaya menurunkan kematian ibu dan meningkatkan kesehatan ibu. Perawatan antenatal dan pertolongan persalinan sesuai standar, harus disertai dengan perawatan neonatal yang adekuat dan upaya-upaya untuk menurunkan

kematian bayi akibat bayi berat lahir rendah, infeksi pasca lahir (seperti tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia.

Angka kematian ibu di Indonesia menurut Survei demografi kesehatan Indonesia adalah 359/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 32/1000 kelahiran hidup. Sedangkan di Provinsi Aceh angka kematian ibu tahun 2015 berjumlah 135/100.000 kelahiran hidup dan 1.180 bayi yang mengalami kematian lebih tinggi dibandingkan dengan data survey kesehatan yang telah dilakukan oleh Badan Pusat Statistik tahun 2012.

Tahun 2016 sampai dengan bulan April angka kematian ibu dan bayi masing-masing mencapai 59 ibu per 100.000 kelahiran hidup dan 217 per 1000 kelahiran hidup. Tingginya kasus kematian ibu dan bayi mendapatkan perhatian serius para pemangku kebijakan di Provinsi Aceh. Hal ini ditunjukkan oleh perencanaan dilakukan survey pada masyarakat terkait penyebab kematian pada ibu dan neonatal tersebut oleh Bappeda Provinsi Aceh.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka pertanyaan yang menarik untuk dikaji adalah:

1. Bagaimana pengaruh keterlambatan pengambilan keputusan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?
2. Bagaimana pengaruh keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?
3. Bagaimana pengaruh keterlambatan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?

## **B. Tujuan**

Berdasarkan dengan rumusan masalah yang dikemukakan, maka tujuan dari penelitian ini adalah

1. Mengetahui pengaruh keterlambatan pengambilan keputusan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?
2. Mengetahui pengaruh keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?
3. Mengetahui pengaruh keterlambatan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan terhadap kematian pada ibu dan neonatal di provinsi Aceh?

### **C. Manfaat**

Bagi pengambil kebijakan agar dapat menjadi bahan masukan untuk peningkatan sumber daya manusia kesehatan, peningkatan sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kematian Ibu dan Bayi**

Kematian ibu Kematian ibu menurut ICD–10 (*The Tenth Revision of The International Classification of Diseases*) adalah kematian seorang wanita yang terjadi selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau insidental (Saifudin, 1994; WHO, 1999; dan WHO, 2003).

Penyebab kematian ibu terbagi 2, pertama disebabkan oleh penyebab langsung obstetri (direk) yaitu kematian yang diakibatkan langsung oleh kehamilan dan persalinannya. Penyebab kedua adalah kematian yang disebabkan oleh penyebab tidak langsung (indirek) yaitu kematian yang terjadi pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit dan bukan oleh kehamilan atau persalinannya.

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh karena perdarahan, hipertensi dalam kehamilan dan abortus. Sementara kematian akibat penyebab indirek sangat signifikan proporsinya, yaitu sekitar 22%, hal ini memerlukan perhatian pemerintah dalam hal pencegahan dan penanganannya. Penyebab kematian tersebut antara lain terjadi pada ibu hamil yang mengalami penyakit malaria, TBC, anemia, penyakit jantung, dan lain-lain. Penyakit tersebut dianggap dapat meningkatkan resiko kesakitan dan kematian pada ibu hamil (Hoelman dkk, 2015).

#### **B. Pathway Kematian Ibu**

Kehamilan dan persalinan yang terjadi pada wanita diperkirakan akan mengalami komplikasi sebanyak 15%, sebagian komplikasi dapat mengancam jiwa dan sebagian lagi dapat dicegah dan ditangani.

Hoelman dkk (2015) menyatakan bahwa pencegahan dan penanganan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan bila mengalami komplikasi;
2. Tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, seperti penggunaan partograf untuk memantau kemajuan persalinan dan pelaksanaan manajemen aktif kala III untuk pencegahan perdarahan;

3. Tenaga kesehatan mampu melakukan deteksi dini komplikasi;
4. Bila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan stabilisasi pasien sebelum rujukan;
5. Proses rujukan efektif; dan
6. Pelayanan di rumah sakit yang efektif dan tepat guna.

### **C. Prinsip Pencegahan Kematian Ibu**

Sebagian besar kematian ibu harusnya dapat dicegah, karena sebagian besar komplikasi kebidanan dapat ditangani. Menurut Hoelman dkk (2015), ada tiga hal yang harus dipahami bahwa:

1. Setiap ibu hamil beresiko mengalami komplikasi yang akan mengancam jiwanya;
2. Karena setiap kehamilan beresiko, maka ibu hamil harus mempunyai akses yang adekuat saat komplikasi terjadi; dan
3. Sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Periode yang sangat singkat, sehingga akses terhadap pelayanan yang berkualitas perlu mendapatkan prioritas agar mempunyai daya ungkit tinggi dalam menurunkan kematian ibu.

Hoelman dkk (2015) menyatakan juga bahwa langkah-langkah dalam penanganan komplikasi sering tidak terjadi, hal ini disebabkan karena keterlambatan pada setiap langkah. Keterlambatan tersebut dapat disebabkan karena:

1. Terlambat mengambil keputusan

Keterlambatan di tingkat masyarakat dapat terjadi karena:

- a. Ibu terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan karena masalah tradisi/kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya medis dan nonmedis;
- b. Keluarga tidak paham tentang tanda bahaya yang mengancam jiwa;
- c. Tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan mengidentifikasi komplikasi secara dini. Hal ini dapat disebabkan oleh kompetensi tenaga kesehatan yang tidak optimal, antara lain dalam melakukan asuhan persalinan normal (APN) dan PPGDON (pertolongan pertama gawat darurat obstetri dan neonatal); dan
- d. Tenaga kesehatan tidak mampu melakukan advokasi pada pasien dan keluarga tentang pentingnya merujuk tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa.

2. Terlambat mencapai rumah sakit rujukan dan rujukan yang tidak efektif yang disebabkan antara lain:
  - a. Masalah geografis;
  - b. Ketersediaan alat transportasi;
  - c. Stabilisasi pasien komplikasi tidak terjadi/tidak efektif karena ketrampilan tenaga kesehatan yang kurang optimal dan obat/alat yang kurang lengkap tersedia; dan
  - d. Memonitor pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan namun tidak ditindaklanjuti.
3. Terlambat mendapat pertolongan adekuat di RS rujukan, yang disebabkan:
  - a. Sistem administratif pelayanan kasus gawat darurat di RS tidak adekuat;
  - b. Tenaga kesehatan yang dibutuhkan tidak tersedia (seperti: SpOG, SpAn, SpA, dan lain-lain);
  - c. Tenaga kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia;
  - d. Sarana dan prasarana tidak lengkap atau tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat;
  - e. Darah tidak segera tersedia;
  - f. Pasien tiba di rumah sakit dengan kondisi medis yang sulit diselamatkan;
  - g. Kurang jelasnya pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif; dan
  - h. Kurangnya informasi dimasyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.

#### **D. Kegawatdaruratan Pada Ibu**

Hoelman dkk (2015) menyebutkan bahwa kegawatdaruratan pada ibu bisa terjadi selama kehamilan, persalinan maupun masa nifas yaitu:

1. Hemoragi obstetrik mayor yaitu: perkiraan kehilangan darah sebanyak lebih dari 1000 ml atau kehilangan darah yang menyebabkan syok klinis pada wanita;
2. Ruptur uteri yaitu: robekan yang terjadi akibat adanya laserasi dinding uterus dan melebar sampai ke pembuluh darah hingga menyebabkan perdarahan;
3. Eklamsia, edema dan spasme serebral, bekuan atau haemoragi di arteri kecil mungkin merupakan penyebab eklamsi/kejang;

4. Embolisme cairan amnion adalah kondisi di mana cairan amnion masuk ke dalam sirkulasi maternal. Kondisi ini sangat jarang terjadi pada persalinan namun sering terjadi saat kehamilan hingga 48 jam pascapersalinan dan menyebabkan tingginya mortalitas pada maternal;
5. Sindrom HELLP: suatu sindrom di mana terjadi hemolisis, peningkatan enzim hati dan trombosit yang rendah, dapat terjadi selama akhir kehamilan, selama atau sampai 48 jam kelahiran;
6. Koagulasi Intravaskular Diseminata (DIC) merupakan kondisi yang terjadi akibat sekunder dari pre eklamsi berat dan sindroma HELLP. Perdarahan tak terkontrol dapat terjadi tanpa pembentukan bekuan darah;
7. Inversi uteri akut adalah komplikasi persalinan yang jarang terjadi yaitu uterus menjadi terbalik dan mengalami prolaps ke vagina yang terjadi secara mendadak selama kala III persalinan. Inversi dapat menjadi penyebab kematian maternal karena syok dan perdarahan; dan
8. Syok, kolaps dapat terjadi karena kegagalan sirkulasi tubuh yang tidak mampu menerima oksigen dan nutrisi serta mengekresikan zat sisa.

#### **E. Kegawatdaruratan Pada Neonatal**

Hoelman dkk (2015) menyampaikan juga bahwa kegawatdaruratan yang dapat terjadi pada neonatal antara lain:

1. Hipoksia adalah kondisi di mana suplai oksigen tidak mencukupi untuk kebutuhan energi jaringan sehingga saat lahir bayi mengalami kondisi aspiksia neonatorum;
2. Prolaps tali pusat merupakan suatu kondisi di mana tali pusat berada di bagian bawah atau samping bagian presentasi saat dilakukan pemeriksaan dalam. Hal ini dapat menyebabkan bradikardia, bayi mengalami hipoksia atau kematian;
3. Vasa previa adalah kejadian yang jarang terjadi, dengan pembuluh darah janin berlokasi di atas lobang serviks; dan
4. Distosia bahu yaitu: impak bahu anterior di belakang simpisis pubis yang menghambat kelahiran bayi secara spontan.

#### **F. Sistem Rujukan**

Sistem rujukan adalah suatu jaringan sistem pelayanan kesehatan di mana terjadinya penyerahan tanggungjawab secara timbal balik atas timbulnya masalah kesehatan masyarakat,

baik secara vertikal maupun horizontal, kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional, baik untuk pengiriman penderita, pendidikan maupun penelitian.

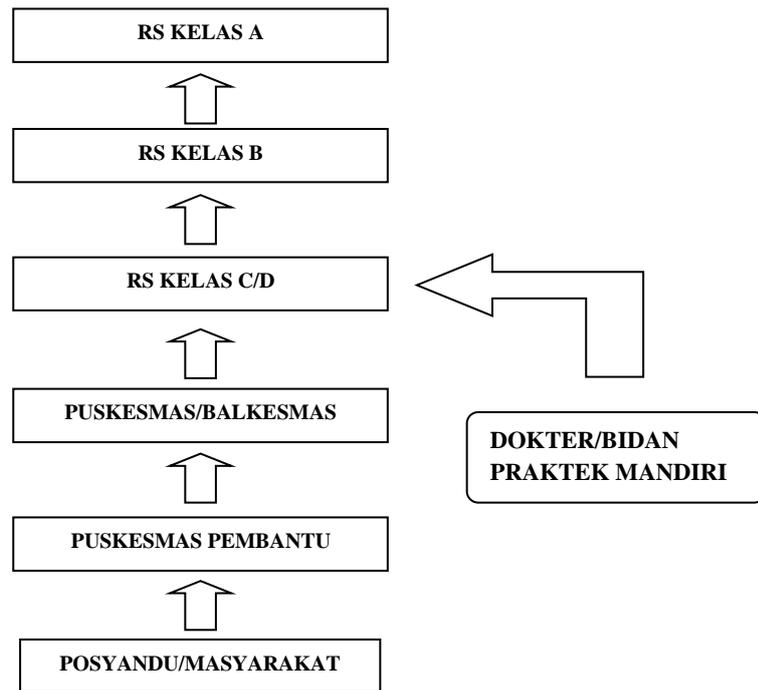
Sistem rujukan terpadu merupakan suatu tatanan, di mana berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan desa, bidan dan dokter puskesmas di pelayanan kesehatan dasar dengan para dokter spesialis di RS Kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir. Upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir berupa penanganan ibu resiko tinggi dengan gawat darurat obstetrik secara efisien, efektif, profesional, rasional dan relevan dalam pola rujukan terencana.

Pusdiklatnakes (2015) menyebutkan bahwa rujukan dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu:

1. Rujukan terencana, terbagi menjadi:
  - a. Rujukan Dini Berencana (RDB) untuk ibu dengan Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) dan Ada Gawat Obstetri (AGO). Ibu resiko tinggi masih sehat belum in partu, belum ada komplikasi persalinan, ibu berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan tenang, santai, mudah, murah dan tidak membutuhkan alat ataupun obat; dan
  - b. Rujukan Dalam Rahim (RDR) pada janin yang bermasalah, janin resiko tinggi masih sehat misalnya: kehamilan dengan riwayat obstetri jelek pada ibu *diabetes mellitus*, *partus prematurus imminens*.
2. Rujukan tepat waktu untuk ibu dengan gawat darurat obstetrik, seperti perdarahan *antepartum* dan preeklamsi berat/eklamsi dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil dengan atau tanpa faktor resiko.

## **G. Mekanisme/Alur Rujukan**

Secara garis besar arah rujukan adalah menurut arah panah pada gambar berikut, namun terkadang terjadi juga penyimpangan. Rujukan dari puskesmas bisa saja langsung dirujuk ke rumah sakit (RS) Tipe A atau RS Tipe B karena sesuatu hal, misalnya kedudukan RS tersebut lebih dekat dan sebagainya. Lebih lanjut dapat dilihat pada Gambar 2.1. berikut.



Gambar 2.1. Skema Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia

#### H. Kendala/Masalah Dalam Rujukan

Keadaan yang paling banyak menimbulkan masalah dalam rujukan antara lain adalah transportasi, masalah geografi, keluarga yang merasa keberatan anaknya dirujuk karena terbayang biaya yang harus dikeluarkan. Kendala lain dalam rujukan bayi adalah ketersediaan fasilitas, sehingga rujukan langsung ke RS kelas A atau RS kelas B (Muslihatun, 2010).

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini bersifat deskriptif untuk mengetahui gambaran faktor-faktor penyebab kematian ibu dan neonatal berdasarkan 3 keterlambatan.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di 9 kabupaten/kota dimulai dari April sampai Oktober 2016. Kegiatan dilaksanakan di 9 Kabupaten/ Kota. Adapun tempat penelitian adalah:

1. Kabupaten Aceh Singkil;
2. Kabupaten Aceh Barat;
3. Kabupaten Aceh Besar;
4. Kabupaten Pidie;
5. Kabupaten Bireuen;
6. Kabupaten Aceh Utara;
7. Kabupaten Lhokseumawe;
8. Kabupaten Aceh Tamiang; dan
9. Kabupaten Pidie Jaya.

Alasan pemilihan tempat penelitian adalah mewakili daerah lintas timur, barat, dan tengah, serta terdapat kematian ibu dan bayi pada kabupaten tersebut.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu dan neonatal yang dirujuk dan mengalami kegawatdaruratan yang mengakibatkan kematian saat dilakukan penelitian. Kematian ibu berjumlah 45 jiwa dan kematian neonatal sebanyak 65 jiwa.

##### **2. Sampel**

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Ibu dan neonatal yang dirujuk dan meninggal baik saat dirujuk maupun saat sampai ditempat rujukan
- b. Keluarga bersedia menjadi responden

Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah: kematian yang terjadi bukan kasus gawat darurat.

Tabel 3.1. Daftar Sampel Kematian Bayi di Lokasi Penelitian

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
1	Aceh Tamiang	Manyak Payed	Geudham	Kematian Bayi	Kembar
			Tualang Baru	Kematian Bayi	
			Senebok Baro	Kematian Bayi	
			Meunasah Paya	Kematian Bayi	
		Desa Mesjid	Kematian Bayi		
		Seuruway	Pantai Balai	Kematian Bayi	
Padang Langgis	Kematian Bayi				
Sungai Lyu	Sei Kuruk II	Kematian Bayi			
	Sei Kuruk III	Kematian Bayi			
Tenggulun	Paya Udang	Kematian Bayi			
		Kematian Bayi			
Banda Mulia	Kuala Peunaga	Kematian Bayi			
	Bandar Baru	Kematian Bayi			
2	Pidie Jaya	Bandar Baru	Tebing Tinggi	Kematian Bayi	
			Tenggulun	Kematian Bayi	
Ulim	Nanggroe Timu	Pantang Cot Baloi	Kematian Bayi		
			Mns. Kumbang		Kematian Bayi

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
		Pante Raja	Desa Tue	Kematian Bayi	
			Reudep	Kematian Bayi	
		Meurah Dua	Mns. Kulam	Kematian Bayi	
		Kuta Krueng	Peulakan Cibrek	Kematian Bayi	
3	Aceh Besar	Blang Bintang	Empe Bata	Kematian Bayi	Kembar
			Empe Bata	Kematian Bayi	
		Indrapuri	Seuot Baroh Cureh	Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Baitul Salam	Blang Krueng Lambada	Kematian Bayi Kematian Bayi	
4	Bireuen	Peudada	Mns. Krueng	Kematian Bayi	
			Blang Kubu	Kematian Bayi	
			Cot Keutapang	Kematian Bayi	
		Juli	Buket Mulia Alue Rambong	Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Juli 2	Blang Ketumba	Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Jeunib	Lancang Lheu Barat	Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Peusangan	Cot Iju	Kematian Bayi Kematian Bayi	
5	Aceh Barat	Wayla Induk	Ranto Panyang	Kematian Bayi	
		Kaway XVI	Padang Sikabu Teupin Panah Simpang	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
		Meureubo	Balee Peunaga Cut	Kematian Bayi Kematian Bayi	
			Langung Peunaga Rayeuk	Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Johan Pahlawan	Lapang Kampung Belakang Suak Raya Padang Seurahet	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
6	Aceh Singkil	Singkil	Pulau Sarok	Kematian Bayi	
		Simpang Kanan	Lipat Kajang Bawah	Kematian Bayi	
		Kuta Baharu	Lentong Selakar Udang	Kematian Bayi Kematian Bayi	
7	Aceh Utara	Banda Baro	Jamuan	Kematian Bayi	
		Dewantara	Tambon Tunong Tambon Tunong Lancang Barat Lancang Barat Lancang Barat	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Meurah Mulia	Gp. Teungoh	Kematian Bayi	
		Lhok Sukon	Matang Tanoh AB Alue Buket Matang Teungoh Beuringin	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Baktia	Alue Jamok	Kematian Bayi	
		Matang Kuli	Meuria Ude	Kematian Bayi Kematian Bayi	

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
		Tanah Jambo Aye	Rawang Itek	Kematian Bayi	
		Syamtalira Aron	Manyang Baroh Tanjong Muling Tanjong	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Seunuddon	Sp.Peut Paya Dua Ujong	Kematian Bayi Kematian Bayi	
8	Lhokseumawe	Banda Sakti	Pusong Lama	Kematian Bayi	
9	Pidie	Batee	Cruneng Pasi Beurandeh  Kulee	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Padang Tiji	Krep Paloh Leun Tanjong Seulingging	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Ujong Rimba	Empeh Barieh Pulo Drien Ulee Gampong Rinti Tong Weng	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Pidie	Cot Teungoh Tibang Tijue	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	
		Mutiara Barat	Paloh Kambuk Reului Busu Ribeun Busu	Kematian Bayi Kematian Bayi Kematian Bayi	

*Sumber; Hasil observasi lapangan*

*Laporan Penelitian Kajian Faktor Penyebab Kematian Ibu dan Bayi di Provinsi Aceh Tahun 2016*

Tabel 3.2. Daftar Sampel Kematian Ibu di Lokasi Penelitian

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
1	Aceh Tamiang	Seuruway	Lubuk Damar	Kematian Ibu	
		Sungai Lyu	Cinta Raja	Kematian Ibu	
		Tenggulun	Kp. Selamat I Kp. Selamat II	Kematian Ibu Kematian Ibu	
		Rantau	Suka Makmur	Kematian Ibu	
		Banda Mulia	Tanjung Keramat	Kematian Ibu	
2	Pidie Jaya	Pante Raja	Gp. Tunong Lueng Rimba	Kematian Ibu Kematian Ibu	
3	Aceh Besar	Darul Imarah	Lambheu	Kematian Ibu	Puskesmas
		Blang Bintang	Kayee Kunyet	Kematian Ibu	
		Darul Kamal	Lambatee	Kematian Ibu	
		Indrapuri Lampupok	Lampupok	Kematian Ibu	
4	Bireuen	Juli	Alue Rambong	Kematian Ibu	
		Peusangan Selatan	Blang Mane	Kematian Ibu	
5	Aceh Barat	Wayla Induk	Jawa Gempa Raya	Kematian Ibu Kematian Ibu	
		Kaway XVI	Menuang Tanjong	Kematian Ibu	
		Layung	Kuala Plieng	Kematian Ibu	
6	Aceh Singkil	Singkil	Silangan Suka Makmur	Kematian Ibu Kematian Ibu	

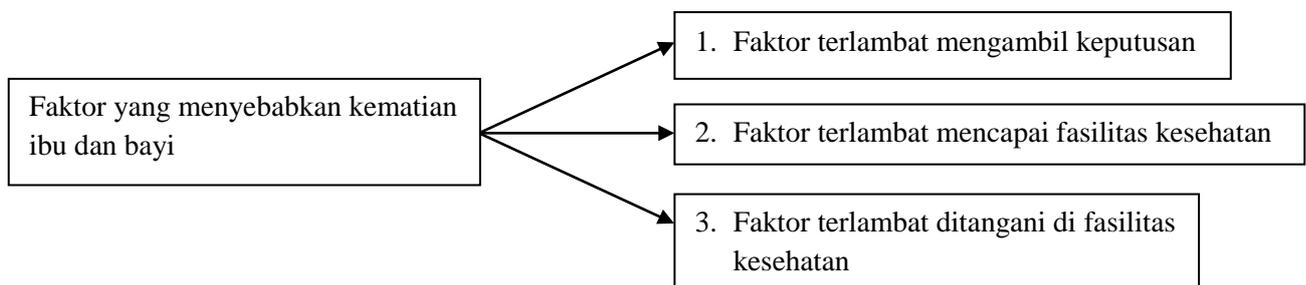
No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
			Ujong	Kematian Ibu	
		Simpang Kanan	Lipat Kajang Atas Kuta Tinggi	Kematian Ibu Kematian Ibu	
		Kuta Baharu	Lapahan Buaya	Kematian Ibu	
7	Aceh Utara	Dewantara	Tambon Baroh	Kematian Ibu	
			Lancang Barat	Kematian Ibu Kematian Ibu	
		Nisam Antara	Alue Dua	Kematian Ibu	
		Paya Bakong	Blang Paku	Kematian Ibu	
		Lhok Sukon	Asan Teungoh LB	Kematian Ibu Kematian Ibu	
		Matang Kuli	Tengeh Seulemak	Kematian Ibu	
8	Lhokseumawe	Banda Sakti	Mon Geudong	Kematian Ibu	
			Banda Masen	Kematian Ibu	
			Hagu Selatan	Kematian Ibu	
		Blang Mangat	Blang Punteut	Kematian Ibu	
		Muara Dua	Keude Cunda	Kematian Ibu	
9	Pidie	Batee	Cruneng	Kematian Ibu	
			Pasi Beurandeh	Kematian Ibu	
		Tiro	Blang Rikui	Kematian Ibu	
		Mila	Teumeucet	Kematian Ibu	

No.	Kabupaten/Kota	Penelitian yang Dituju			Keterangan
		Puskesmas/ Kecamatan	Desa	Kasus	
		Indra Jaya	Mustafa	Kematian Ibu	
		Mutiara Barat	Kemangan Mesjid	Kematian Ibu	

Sumber observasi lapangan

#### D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini dilihat pada gambar kerangka konsep berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

#### E. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dan definisi operasional pada penelitian ini dapat terlihat pada tabel berikut:

Tabel 3.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
		Cara ukur	Alat Ukur	Hasil ukur
Faktor terlambat mengambil keputusan	Suami atau keluarga tidak segera memberikan keputusan untuk membawa istri dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan	Menggunakan pendekatan dengan skala Likert dikatakan terlambat jika skor jawaban <66,7% dan tidak terlambat jika $\geq 66,7\%$	Kuesioner	1. Tidak terlambat 2. Terlambat
Faktor terlambat mencapai fasilitas kesehatan	Ibu atau bayi tidak segera mencapai fasilitas kesehatan	Menggunakan pendekatan dengan skala Likert dikatakan terlambat jika skor jawaban <66,7% dan tidak terlambat jika $\geq 66,7\%$	Kuesioner	1. Tidak terlambat 2. Terlambat
Faktor terlambat mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan	Ibu atau bayi tidak segera mendapat pertolongan di tempat rujukan	Menggunakan pendekatan dengan skala Likert dikatakan terlambat jika skor jawaban <66,7% dan tidak terlambat jika $\geq 66,7\%$	Kuesioner	1. Tidak terlambat 2. Terlambat

Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
		Cara ukur	Alat Ukur	Hasil ukur
Kematian ibu	Kematian ibu saat hamil, melahirkan dan nifas serta kematian bayi baru lahir yang dilakukan rujukan dan mengalami kasus kegawatdaruratan	Menggunakan data dari dinas kesehatan Provinsi Aceh dengan melihat penyebab kematian ibu dan bayi	Data kematian ibu dan bayi	1. Kematian saat hamil 2. Kematian saat bersalin/nifas
Kematian bayi	Kematian bayi baru lahir yang dilakukan rujukan dan mengalami kasus kegawatdaruratan	Menggunakan data dari dinas kesehatan Provinsi Aceh dengan melihat penyebab kematian ibu dan bayi	Data kematian ibu dan bayi	1. Asfiksia 2. Bukan asfiksia

#### F. Instrumen/Bahan dan Cara

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner yang diberikan pada keluarga responden, bidan desa, bidan koordinator dan kepala desa untuk mengetahui penyebab kematian dari segi 3 Terlambat.

Adapun tahapan pelaksanaan penelitian sebagai berikut: Data yang dikumpulkan adalah data primer yaitu data yang langsung diperoleh dari lapangan melalui penyebaran kuesioner. Penelitian ini dilaksanakan melalui beberapa tahapan yaitu: Persiapan penelitian, pelaksanaan penelitian dan penyusunan laporan.

##### 1. Persiapan penelitian

Persiapan penelitian diawali dengan menjaring data kematian ibu dan neonatal yang mengalami kematian akibat kasus kegawatdaruratan.

##### 2. Pelaksanaan penelitian

Pengambilan data ke lapangan sesuai dengan data yang telah didapat, dilakukan oleh tim Bappeda yang terdiri dari 4 orang dalam 1 tim.

##### 3. Penyusunan laporan

Tahap terakhir adalah penyusunan laporan setelah melakukan analisis data, pembahasan hasil, dan menyusun kesimpulan dari penelitian.

#### G. Pengolahan dan Analisa Data

Analisis data dilakukan secara analisis univariat untuk mengetahui intensitas nyeri, disajikan dalam bentuk tabel dan dinarasikan secara tekstual.

## **H. Kelemahan dan Kesulitan Penelitian**

### **1. Kelemahan Penelitian**

Kelemahan penelitian ini hanya menggambarkan faktor-faktor kematian yang terjadi pada ibu dan neonatal berdasarkan 3 keterlambatan.

### **2. Kesulitan Penelitian**

Kesulitan yang terjadi adalah saat pengumpulan data disebabkan karena menggali kembali penyebab kematian yang terjadi pada keluarga dan pengumpulan data dari enumerator yang tidak seluruhnya berlatar belakang kesehatan sehingga ada data yang membingungkan. Setelah diklarifikasi ulang, data yang terkumpul sudah dapat dilakukan pengkodean agar memudahkan untuk dilakukan analisis.

Peneliti juga sulit mendapatkan informasi tentang keterlambatan mendapatkan data pelayanan yang diberikan saat rujukan di fasilitas kesehatan karena tidak dilakukan pengkajian ke fasilitas rujukan. Data didapatkan dari responden dan bidan yang merujuk.

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil

#### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Provinsi Aceh terletak di ujung Barat Laut Sumatera ( $2^{\circ}00'00''$ – $6^{\circ}04'30''$  Lintang Utara dan  $94^{\circ}58'34''$ – $98^{\circ}15'03''$  Bujur Timur) dengan ibukota Banda Aceh, memiliki luas wilayah  $56.758,85 \text{ km}^2$  atau  $5.675.850 \text{ ha}$ . Provinsi Aceh memiliki topografi datar hingga bergunung. Wilayah dengan topografi daerah datar dan landai sekitar 32% dari luas wilayah, sedangkan berbukit hingga bergunung mencapai sekitar 68% dari luas wilayah. Daerah dengan topografi bergunung terdapat di bagian tengah Aceh, merupakan gugusan pegunungan bukit barisan dan daerah dengan topografi berbukit dan landai terdapat di bagian utara dan timur Aceh. Provinsi Aceh dibagi menjadi 18 kabupaten dan 5 kota, terdiri dari 289 kecamatan, 778 mukim dan 6.493 *gampong* atau desa.

Wilayah Provinsi Aceh sebelah utara dan timur berbatasan dengan Selat Malaka, sebelah selatan dengan Provinsi Sumatera Utara dan sebelah barat dengan Samudera Hindia.



Gambar 4.1. Peta Wilayah Provinsi Aceh

Kondisi sosial budaya keluarga di Indonesia terkait kesehatan ibu dan anak yang sering terjadi adalah terlambat dalam mengambil keputusan untuk memutuskan perawatan medis yang harus didapatkan oleh ibu maupun anak, dan ini juga terjadi di Provinsi Aceh. Keputusan untuk mendapatkan rawatan lanjutan melalui rujukan diberikan oleh kerabat yang lebih tua seperti orangtua atau mertua dan suami. Kondisi ini seringkali diperberat oleh faktor

geografis, di mana jarak rumah si ibu dengan tempat pelayanan kesehatan rujukan kebidanan yang jauh dan memadai.

## 2. Analisis Univariat

### 2.2.1. Distribusi Frekuensi Jumlah/Penyebab

Berdasarkan Tabel 4.1, dapat diketahui bahwa mayoritas kematian ibu dan bayi berada di Kabupaten Aceh Utara yaitu sebanyak 10 orang (22,2%) kematian ibu dan 14 orang (22,9%) kematian bayi.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

No.	Kabupaten/Kota	Kematian Ibu		Kematian Bayi	
		F	%	F	%
1	Aceh Besar	4	8,9	4	6,6
2	Pidie	7	15,6	12	19,7
3	Pidie Jaya	2	4,4	3	4,9
4	Bireuen	2	4,4	10	16,4
5	Aceh Utara	10	22,2	14	22,9
6	Lhoksemawe	5	11,1	1	1,6
7	Aceh Tamiang	6	17	11	11,5
8	Aceh Barat	4	8,5	6	9,8
9	Aceh Singkil	5	10,6	4	6,6
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Jika dilihat secara terpisah ataupun masing-masing, maka penyebab kematian ibu adalah karena perdarahan yang terjadi selama hamil/melahirkan yaitu sebanyak 27 orang (59,7%). Ini dapat dilihat pada Tabel 4.2 dibawah ini.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Penyebab Kematian Ibu di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh.

No.	Penyebab Kematian Ibu	Jumlah	
		F	%
1	Eklamsi	11	25,5
2	Pre Eklamsi	3	6,3
3	Perdarahan (Abortus, Atonia Uteri, Retensio Plasenta, Laserasi jalan lahir)	27	59,7
4	Persalinan Lama	2	4,3

No.	Penyebab Kematian Ibu	Jumlah	
		F	%
5	Plasenta Previa/Solutio Plasenta	1	2,1
6	Sakit	1	2,1
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Demikian juga, pada Tabel 4.3 dibawah ini menunjukkan bahwa mayoritas kematian bayi yang terbanyak disebabkan karena asfiksia yaitu sebanyak 25 orang (38,5%).

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Penyebab Kematian Bayi di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh.

No.	Penyebab Kematian Bayi	Jumlah	
		F	%
1	Asfiksia	25	38,5
2	Sakit	23	35,4
3	Dysmature	1	1,5
4	Post Date	2	3,0
5	Premature	3	4,7
6	BBLR	10	15,4
7	Sepsis & aspirasi	1	1,5
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

### 2.2.2. Distribusi Frekuensi Faktor Resiko

Pada Tabel 4.4 dibawah ini dapat diketahui bahwa mayoritas kematian ibu terjadi pada ibu yang tidak beresiko pada kehamilan/persalinannya yaitu sebanyak 30 orang (66,7%). Dan kematian bayi terjadi pada bayi yang memang mempunyai resiko saat kehamilan ibunya yaitu sebanyak 40 orang (61,5%).

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Faktor Resiko yang Ditemukan Pada Kematian Ibu dan Bayi di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

Faktor Resiko	Kematian Ibu		Kematian Bayi	
	F	%	F	%
Beresiko	15	33,3	40	61,5
Tidak Beresiko	30	66,7	25	38,5
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

### 2.2.3. Faktor Kematian Ibu

Tabel 4.5 dan Tabel 4.6 dibawah ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu meninggal akibat keterlambatan yang terjadi, baik saat mengambil keputusan saat rujukan, saat mencapai tempat rujukan ataupun saat tiba di fasilitas kesehatan.

Tabel 4.5. Faktor Kematian Ibu Ditinjau dari 3 Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

Faktor 3 Keterlambatan	Kematian Saat Hamil		Kematian Ibu Saat Bersalin		Kematian Saat Masa Nifas		Jumlah		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Terlambat mengambil keputusan									
- Terlambat	20	44,4	12	26,7	12	26,7	44	97,8	
- Tidak terlambat	0	0	1	2,2	0	0	1	2,2	
Jumlah	20	44,4	13	28,9	12	26,7	45	100	
Terlambat mencapai tempat rujukan									
- Terlambat	20	44,4	12	26,7	11	25,6	43	95,6	
- Tidak terlambat	0	0	1	2,2	1	2,2	2	4,4	
Jumlah	20	44,4	13	28,9	12	26,7	45	100	
Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan									
- Terlambat	18	43,9	12	29,3	11	24,4	41	91,1	
- Tidak terlambat	2	4,4	1	2,2	1	2,2	4	8,9	
Jumlah	20	4,4	13	28,9	12	26,7	45	100	

Tabel 4.6. Faktor Kematian Ibu Ditinjau dari Jumlah Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

Faktor 3 Keterlambatan	Kematian Saat Hamil		Kematian Ibu Saat Bersalin		Kematian Saat Masa Nifas		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>3 T</b> (Terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai tempat rujukan dan terlambat mendapatkan pertolongan di faskes)	18	40	10	22,2	11	24,4	39	86,7
<b>2 T</b> - Terlambat mengambil keputusan dan	0	0	1	2,2	0	0	1	2,2

Faktor 3 Keterlambatan	Kematian Saat Hamil		Kematian Ibu Saat Bersalin		Kematian Saat Masa Nifas		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%	F	%
mencapai tempat rujukan								
- Terlambat membuat keputusan dan mendapat pelayanan di faskes	2	4,4	1	2,2	0	0	3	6,7
- Terlambat mencapai tempat rujukan dan mendapat pelayanan di faskes	0	0	1	2,2	0	0	1	2,2
<b>1 T</b>								
- Terlambat mengambil keputusan	0	0	0	0	0	0	0	0
- Terlambat mencapai tempat rujukan	0	0	0	0	0	0	0	0
- Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan	0	0	0	0	1	2,2	1	2,2
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>44,4</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>	<b>12</b>	<b>26,7</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

#### 2.2.4. Analisa Faktor Kematian Bayi

Tabel 4.7 dibawah ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi meninggal karena asfiksia akibat keterlambatan yang terjadi, baik saat mengambil keputusan untuk rujukan, saat mencapai tempat rujukan ataupun saat tiba di fasilitas kesehatan.

Tabel 4.7. Analisis Faktor Kematian Bayi Ditinjau dari 3 Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

Faktor 3 Keterlambatan	Kematian Akibat Asfiksia		Kematian Bukan Akibat Asfiksia		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%
Terlambat mengambil keputusan	25	38,5	37	56,9	62	95,4
- Terlambat	2	3,1	1	1,5	3	4,6
- Tidak terlambat	27	41,5	38	58,5	65	100
Jumlah						
Terlambat mencapai tempat rujukan						
- Terlambat	26	40	37	56,9	63	96,9
- Tidak terlambat	1	1,5	1	1,5	2	3,1
Jumlah	7	10,8	38	58,5	65	100
Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan						

Faktor 3 Keterlambatan	Kematian Akibat Asfiksia		Kematian Bukan Akibat Asfiksia		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%
- Terlambat	13	20	25	38,5	38	58,5
- Tidak terlambat	14	21,5	13	20	27	41,5
Jumlah	27	41,5	38	58,5	65	100

### 2.2.5. Faktor Kematian Neonatal

Tabel 4.8 dibawah ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu meninggal akibat tiga keterlambatan yang terjadi, baik saat mengambil keputusan saat rujukan, saat mencapai tempat rujukan ataupun saat tiba di fasilitas kesehatan.

Tabel. 4.8. Faktor Kematian Neonatal Ditinjau Jumlah Keterlambatan di 9 Kabupaten/Kota di Provinsi Aceh

Faktor Keterlambatan	Kematian Akibat Asfiksia		Kematian Bukan Akibat Asfiksia		Jumlah	
	F	%	F	%	F	%
<b>3 T</b> (Terlambat mengambil keputusan, Terlambat mencapai tempat rujukan, Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan)	11	16,9	23	35,4	34	52,3
<b>2 T</b>						
- Terlambat mengambil keputusan dan terlambat mencapai tempat rujukan	10	15,4	16	24,6	26	40
- Terlambat mengambil keputusan dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan	1	1,54	0	0	1	1,54
- Terlambat mencapai tempat rujukan dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan	1	1,54	0	0	1	1,54
<b>1 T</b>						
- Terlambat mengambil keputusan	0	0	1	1,54	1	1,54
- Terlambat mencapai tempat rujukan	2	3,08	0	0	2	3,08
- Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan	0	0	0	0	0	0
Jumlah	25	38,5	40	61,5	65	100

## **B. Pembahasan**

### **1. Kematian Neonatal**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan dari bulan Mei sampai Oktober 2016 menunjukkan bahwa kematian ibu mayoritas terjadi saat kehamilan yang diakibatkan oleh perdarahan, eklamsi ataupun pre eklamsi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor keterlambatan pengambilan keputusan, terlambat mencapai tempat rujukan dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan merupakan faktor utama kematian yang terjadi baik pada ibu dan bayi. Hal ini dapat terjadi akibat keengganan ibu untuk segera menuju fasilitas kesehatan karena menganggap tanda komplikasi yang dialami biasa terjadi dalam kehamilan, sementara anggota keluarga lain tidak mengetahui tanda kegawatan obstetrik yang terjadi (Aeni, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kematian ibu 59,7% disebabkan oleh perdarahan, baik yang terjadi saat ibu hamil, bersalin ataupun saat masa nifas. Penyebab kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh trias penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi (Hoelman dkk, 2015).

Kematian ibu terbanyak terjadi di Kabupaten Aceh Utara yaitu sebanyak 22,2% dan mayoritas ibu yang meninggal mempunyai kondisi kehamilan yang baik, di mana 66,7% ibu selama hamil tidak beresiko/mempunyai resiko yang rendah. Namun kondisi keterlambatan untuk proses pelaksanaan rujukan menyebabkan ibu mengalami kematian.

Hasil penelitian menunjukkan keterlambatan pengambilan keputusan hingga terjadi kematian pada ibu sebanyak 97,8%. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Febriana (2007) yang menunjukkan bahwa keterlambatan pengambilan keputusan untuk merujuk saat terjadi komplikasi beresiko 50,8 kali lebih besar mengalami kematian ibu dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami keterlambatan rujukan.

Kepercayaan tradisional dan penundaan pengambilan keputusan dalam mencari perawatan pada fasilitas kesehatan masih terjadi di masyarakat. Kepercayaan tradisional yang dianut masyarakat tertentu akan mempengaruhi pengambilan keputusan oleh suami sebagai kepala keluarga atau orang yang memegang peranan penting di dalam keluarga. Akibatnya jika terjadi kasus kegawatdaruratan pada ibu hamil, melahirkan atau setelah melahirkan harus melibatkan beberapa pihak untuk berembuk. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya keterlambatan di dalam pengambilan keputusan yang mengakibatkan kematian pada ibu (Hasnah dan Triatnawati, 2003; Hoelman dkk, 2015).

Selain itu, faktor budaya dan tradisi masih berperan dalam proses perawatan masa nifas melalui pengaruh keluarga yang berperan dalam perawatan pascamelahirkan. Diantaranya adalah berupa praktik pantangan dan atau keharusan untuk mengonsumsi makanan tertentu. Saat masa nifas, ibu hanya mengonsumsi nasi putih tanpa protein hewani dan membatasi konsumsi air putih karena dianggap dapat memperlambat proses penyembuhan luka. Hal tersebut dapat menurunkan kondisi ibu pascamelahirkan yang membutuhkan cukup asupan gizi untuk mengembalikan kondisi tubuh dan membantu proses menyusui (Suryawati, 2007).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keterlambatan dalam mencapai fasilitas tempat rujukan menyebabkan kematian pada ibu sebesar 95,6%. Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Cilacap menunjukkan bahwa faktor masyarakat (ketersediaan transportasi) dan keterlibatan masyarakat dalam rujukan obstetri mayoritas mempunyai ketersediaan transportasi yaitu sebesar 79%. Sedangkan sisanya belum memiliki ketersediaan transportasi karena masih mengandalkan mobil dari petugas kesehatan (Fibriana, 2011).

Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain adalah jarak, ketersediaan sarana transportasi dan juga dapat disebabkan oleh biaya. Wawancara yang dilakukan terhadap beberapa kepala desa didapatkan bahwa belum tersedianya ambulans desa yang dapat digunakan sebagai alat transportasi saat akan dilakukan rujukan. Alat transportasi yang digunakan saat membawa ibu ke fasilitas rujukan menggunakan kendaraan milik tetangga terdekat saja sehingga butuh waktu lebih lama untuk membawa ibu ke fasilitas rujukan.

WHO (1999) menyatakan bahwa jarak menjadi faktor penghambat penting bagi pasien dalam mencapai rumah sakit terdekat terutama daerah pedesaan. Pengaruh jarak akan lebih terasa apabila kurangnya transportasi dan kondisi jalan yang kurang baik sehingga semakin mempengaruhi pasien dalam mengambil keputusan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 91,1% kematian disebabkan ibu terlambat mendapatkan penanganan di fasilitas kesehatan rujukan. Dari 45 ibu yang meninggal, 86,7% ibu meninggal di fasilitas rujukan, 8,9% kematian terjadi dirumah dan 4,4% terjadi dalam perjalanan ke fasilitas rujukan. Data tersebut disampaikan oleh responden dan bidan yang melakukan rujukan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian tahun 2007, di mana Kematian ibu 65% terjadi di rumah, 32% di fasilitas kesehatan dan dalam perjalanan (3%) (Impact, 2007).

Kematian ibu di fasilitas kesehatan dapat dicegah bila ibu dapat dibawa secepatnya, namun kondisi gawat darurat yang tidak diketahui dan 2 keterlambatan lainnya menyebabkan

peningkatan jumlah kematian pada ibu. Kondisi tanda bahaya dapat dikenali sejak dini jika ibu rutin melaksanakan pemeriksaan kehamilan dan mendapatkan pelayanan kehamilan yang berkualitas. Penelitian yang dilakukan oleh Aeni (2013) menunjukkan bahwa pemeriksaan antenatal yang tidak baik dan tidak lengkap meningkatkan resiko kematian ibu hingga 7,86 kali (nilai  $p = 0,008$ ; CI 95% = 1,49–41,3). Demikian pula penelitian yang dilakukan di Kabupaten Bulukumba pada tahun 2007–2009, menunjukkan bahwa ibu yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal dengan teratur atau <4 kali beresiko kematian 4,57 kali lebih besar daripada ibu yang teratur melakukan pemeriksaan antenatal (Noor, 2010).

Suparman (2007) menyampaikan bahwa pemeriksaan kehamilan yang baik dan berkualitas hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas pula, tidak hanya diukur dari kemampuan teknis dan fasilitas yang dimiliki, melainkan juga perhatian dan pandangan petugas kesehatan terhadap masalah pelayanan kebidanan di masyarakat, mulai dari pengenalan masalah, usaha meningkatkan kualitas kesehatan, dan upaya pencegahan penyakit yang menjadi masalah.

Pada penelitian ini ditemukan bahwa keterlambatan pengambilan keputusan dan mencapai fasilitas kesehatan merupakan penyebab terbanyak terjadinya kematian ibu, dan penanganan di fasilitas kesehatan yang belum cepat juga merupakan penyebab kematian yang terjadi. Peneliti berasumsi bahwa Kepanikan dan ketidaktahuan terhadap keadaan emergensi saat hamil dan bersalin dapat menghambat tindakan yang seharusnya dilakukan dengan cepat akibat keterlambatan pengambilan keputusan oleh keluarga. Keterlambatan mencari pertolongan disebabkan juga oleh adanya suatu keyakinan dan sikap pasrah dari masyarakat bahwa segala sesuatu yang terjadi merupakan takdir yang telah ditetapkan oleh Allah SWT.

## **2. Pengaruh keterlambatan pengambilan keputusan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan terhadap kematian neonatal di provinsi Aceh**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan dari bulan Mei sampai Oktober 2016 menunjukkan bahwa kematian bayi mayoritas terjadi karena asfiksia dan kematian bayi terbanyak terjadi di Kabupaten Aceh Utara yaitu sebanyak 22,9%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor keterlambatan pengambilan keputusan, terlambat mencapai tempat rujukan dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan merupakan faktor utama kematian yang terjadi baik pada ibu dan bayi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kematian pada neonatal 38,5% disebabkan oleh asfiksia. WHO menyatakan bahwa asfiksia merupakan penyebab terbesar kedua kematian neonatal. Untuk menurunkan angka kematian neonatal, kunci utama terletak pada kualitas pertolongan kegawatdaruratan neonatal. Diperkirakan sepertiga bayi-bayi yang membutuhkan resusitasi oleh sebab itu petugas kesehatan terutama bidan harus terlatih melakukan resusitasi neonatal yang sederhana dan efektif pada setiap persalinan (WHO, 2000)

Penelitian menunjukkan bahwa 61,5% neonatal yang meninggal mempunyai resiko sejak kehamilan ibunya, hal ini mungkin terjadi akibat terlambat mengetahui tanda bahaya saat kehamilan. Kontribusi beberapa faktor keterlambatan juga menjadi penyebab kematian neonatal, adapun keterlambatan ini terjadi pada masalah yaitu keterlambatan dalam mengenal masalah ketika di rumah; untuk bayi yang dilahirkan di rumah dengan keadaan sakit dapat berubah menjadi buruk dengan cepat, seringkali dalam hitungan jam. Tanda dan gejala masalah kesehatan pada neonatal sering kali tidak kelihatan sehingga anggota keluarga tidak mengetahui bahwa bayinya sedang dalam keadaan bahaya. Selain itu keterlambatan yang lainnya adalah keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari pengobatan bahkan setelah tanda dan gejala diketahui, keluarga tidak segera mencari pengobatan dengan berbagai alasan seperti tidak mengerti bahwa kasus tersebut merupakan kasus kegawat daruratan, kesulitan biaya dan lain sebagainya.

Pengambilan keputusan dalam keluarga dimungkinkan untuk dilakukan oleh siapa saja, bisa oleh suami, istri atau orang lain yang dianggap lebih berwenang seperti orang tua. Terdapat 5 faktor dominan dalam pengambilan keputusan yaitu: Status, Tingkat Pendidikan, Latar belakang kekerabatan dan kekayaan yang dimiliki. Selanjutnya keterlambatan lainnya adalah dalam mencapai fasilitas kesehatan tempat rujukan akibat hambatan transportasi, dan faktor geografis (Depkes RI, 2001).

Asumsi peneliti bahwa 3 keterlambatan dapat dicegah bila ibu dipantau sejak kehamilan dini hingga saat akan bersalin. Selain itu penanganan asfiksia harus dipunyai dalam penanganan gawat darurat pada bayi serta sarana/alat untuk membantu menangani kasus tersebut.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Keterlambatan pengambilan keputusan terjadi 97,8% pada kematian ibu dan 95,4% terjadi pada kematian neonatal.
2. Keterlambatan mencapai tempat rujukan terjadi 95,6% pada kematian ibu dan 96,9% terjadi pada kematian neonatal.
3. Keterlambatan mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan terjadi 91,1% pada kematian ibu dan 58,5% terjadi pada kematian neonatal.

#### B. Saran

1. Bagi dinas kesehatan kabupaten/kota dan pemangku kebijakan agar dapat melakukan:
  - a. Peningkatan kualitas bidan baik dari segi pengetahuan maupun keterampilan sesuai dengan perkembangan zaman melalui pelatihan maupun workshop, diantaranya pelatihan Midwifery Update (MU), Pelatihan Komunikasi interpersonal dan konseling (KIPK), Pelatihan penanganan gawat darurat kebidanan, Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), dll.
  - b. Revitalisasi fungsi pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar dan komprehensif (PONED/PONEK) untuk menurunkan jumlah kematian ibu karena kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.
  - c. Pelayanan kesehatan dasar agar dapat meningkatkan kualitas standar pelayanan KIA melalui penyediaan fasilitas.
  - d. Menggerakkan pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, seperti program desa siaga, ambulans desa, kelompok donor darah berjalan, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan alokasi dana desa lebih banyak digunakan untuk bidang kesehatan.
  - e. Dapat menempatkan pendamping rujukan di pelayanan kesehatan dasar dan tim independent yang mengawasi proses pelayanan mulai penerimaan pasien hingga pasien mendapatkan tindakan di Rumah Sakit.
  - f. Tersedianya rumah tunggu kelahiran yang dekat dengan rumah sakit untuk mendekatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan **dan mencegah**

**terjadinya ketrelambatan** penanganan pada ibu hamil, ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

- g. Pemanfaatan *public safety centre* (PSG) untuk mobilisasi rujukan segera pada kasus gawat darurat kebidanan
  - h. Pelaksanaan kursus calon pengantin (Suscatin) melibatkan lintas sector (Dinas Syariat Islam dan Badan Pendidikan dan Pembinaan Dayah) agar dapat menambahkan informasi tentang perkawinan yang responsive gender sehingga ada kesetaraan hak antara suami dan istri dalam pengambilan keputusan dalam keluarga.
  - i. Optimalisasi pendidikan kesehatan pada masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan oleh bidan di desa.
2. Pendampingan ibu hamil oleh kader kesehatan/masyarakat (peer to peer) untuk menjamin kesehatan ibu selama hamil, melahirkan dan nifas.
  3. Agar masyarakat dapat lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan yang adekuat di tingkat dasar sehingga resiko mudah dikenali untuk mencegah kematian.
  4. Peneliti lain agar dapat menjadi data dasar bagi pengembangan penelitian lanjutan dengan menggunakan rancangan penelitian berbeda dan jumlah sampel yang lebih besar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, N 2013. Faktor risiko kematian ibu Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 7, No. 10, Mei 2013.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010. Departemen Kesehatan RI 2001.
- Febriana IK.2007. Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal di Kabupaten Cilacap [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.
- Fibriana, A.I Azam. M. 2011. Tree delay model sebagai salah satu determinan kematian ibu di Kabupaten Cilacap. KEMAS 6 (1) (2011) 16-23
- Hasnah dan Triatnawati.A, 2003. Penelusuran kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri yang berakibat kematian maternal. Makara, kesehatan, vol. 7, No. 2, desember 2003
- Hoelman, M. dkk. 2015. Panduan SDGs untuk pemerintah daerah (Kota dan Kabupaten) dan pemangku kepentingan Daerah. International NGO Forum on Indonesian development.
- Impact. 2007. Laporan Hasil Penelitian Impact di Indonesia. PUSKA FKMUI. Depok, Jakarta
- Muslihatun, W.N. 2010. Asuhan neonatal bayi dan balita. fitramaya, Yogyakarta
- Noor HM. 2010. Analisis faktor risiko terhadap kematian maternal di Kabupaten Bulukumba Tahun 2007-2009. Jurnal Media Kebidanan Poltekkes Makassar. 2010; 2 (2); 47-55.
- Pusdiklatnakes. 2015. Buku ajar kesehatan ibu dan anak, Jakarta Pusdiklatnakes
- Saifudin, A.B. 1997. Issues in Training for essential Maternal Healthcare in Indonesia. Medical Journal of Indonesia, 6 (3)
- Saifudin, 1994. Kematian Maternal. Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Suparman. 2007. Antenatal care dan kematian maternal. Jurnal Penduduk dan Pembangunan. 2007; 7 (1); 7-14

- Suryawati. 2007. Faktor sosial budaya dalam praktik perawatan kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Studi di Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara). *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 2007; 2 (1): 21-31
- Triana, Ani. dkk. 2015. *Buku ajar kegawatdaruratan maternal dan neonatal*, Depublish. Yogyakarta
- WHO. 1999. *Reduction of Maternal Mortality. A joint WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World Bank Statement*. Geneva: WHO
- WHO. 2000. *Making Pregnancy Safer A Health Sector for Reducing Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality*. Geneva: WHO
- WHO. 2003. *Maternal Mortality in 2000*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: WHO