

PERANAN PUSKESMAS MAMPU PONED DALAM PENURUNAN KEMATIAN IBU

(The Contribution of Public Health Center to Reducing Maternal Mortality)

Joko Irianto dan Suharjo

Naskah masuk: 1 Oktober 2015, Review 1: 2 Oktober 2015, Review 2: 2 Oktober 2015, Naskah layak terbit: 30 Oktober 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan tingginya masalah kesehatan, semakin tinggi AKI semakin besar masalah kesehatan yang dihadapi. Kematian ibu berhubungan erat dengan akses pelayanan kesehatan berkualitas. Akses berkualitas akan memberikan kesempatan pada ibu untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pengobatan yang baik. Puskesmas PONED adalah sarana pelayanan kesehatan rujukan awal dari pelayanan kesehatan ibu di desa, yang kemudian akan merujuk kembali ke rumah sakit PONEK jika diperlukan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan yang pelayanan kesehatan ibu yang dilakukan di puskesmas PONED dan bukan PONED. **Metode:** Memadu data Potensi Desa tahun 2011, Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal Sensus Penduduk 2012 dan Riset Fasilitas Kesehatan 2011 untuk analisis. Konfirmasi lapangan di dua puskesmas dan dua rumah sakit di Kota Bekasi dan Bogor untuk kasus kematian ibu masa kehamilan dengan penyulit, kematian ibu saat bersalin, kematian ibu saat keguguran, dan kematian ibu paska bersalin (masa nifas). **Hasil:** Adanya rumah sakit dapat mencegah kematian ibu saat hamil maupun saat bersalin, tetapi di puskesmas risiko untuk terjadinya kematian ibu saat bersalin lebih tinggi dibandingkan masa nifas OR = 1,9 (CI: 1,22–3,00). Kematian saat hamil dan keguguran lebih tinggi pada Puskesmas bukan PONED tetapi secara statistik tidak ada perbedaan $p > 0,05$. Penolong persalinan merupakan faktor yang berperan dalam anjuran merujuk di Puskesmas bukan PONED ($p < 0,05$). **Kesimpulan:** Fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang mampu PONEK merupakan layanan terbaik bagi ibu yang membutuhkan penanganan obstetrik. Mendekatkan akses bidan sebagai penolong persalinan untuk melakukan rujukan yang tepat menjadi pilihan penting dalam menurunkan angka kematian ibu. **Saran:** Perlu diperkuat pelayanan rumah sakit yang mampu PONEK untuk memudahkan rujukan dari puskesmas PONED maupun non PONED. Distribusi penempatan bidan harus didukung semua pihak agar mau domisili di semua lapisan masyarakat.

Kata kunci: puskesmas PONED, kematian ibu, rujukan

ABSTRACT

Background: The health problems can be described on the number of Maternal Mortality (MMR), the higher of MMR to indication of so many health problems. Maternal mortality is closely related to access of quality health care. Quality access will provide opportunities for mothers to get prenatal care, aid delivery, and good treatment. Public health care is health facilities early referral of maternal care in villages, and then Public health care will be referred to a PONEK hospital if necessary. **Objective:** To know the difference that maternal health services are carried out in PONED and non PONED Public health centers. **Methods:** To combine datas of Village Potential 2011, Maternal Mortality Follow-Up Study of Population Census 2012 and Research Health Facilities 2011 for analysis. Field confirmation in two health centers and two hospitals in Bekasi and Bogor cities for cases maternal death of during pregnancy, during childbirth, miscarriage, and after birth (postnatal). **Results:** The hospitals can prevent maternal death during pregnancy or during childbirth. At public health care, the risk for maternal death during childbirth is higher than postnatal OR = 1.9 (CI: 1.22 to 3.0), maternal death during pregnancy and miscarriage in PONED is higher than Non PONED but not significant ($p > 0.05$). At public health care not PONED, birth attendants is a factor in the recommendation to referral ($p < 0.05$). **Conclusion:** The hospital facilities are able to PONEK the best services for mothers who need obstetric treatment. The midwives are important to reducing maternal mortality, they should be closer access to birth attendants and to perform appropriate referrals. **Recommendation:** The hospitals are need to be reinforced services capable PONEK and within easy reach from public health centers.

Key words: health center, maternal mortality, referral

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator kesehatan yang harus diturunkan, tingginya AKI menggambarkan tingginya masalah kesehatan. Di Indonesia, pada *Milenium Development Goals (MDGs)* tujuan kelima disebutkan bahwa AKI diharapkan mampu diturunkan 75% yaitu 425 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992 menjadi sekitar 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2005). SDKI 2012 melaporkan bahwa AKI berada di 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012).

Kematian ibu berhubungan erat dengan akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas. Meningkatnya akses pelayanan kesehatan yang berkualitas berdampak positif memberikan kesempatan pada ibu untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pengobatan yang baik. Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan keterampilan petugas kesehatan merupakan dua aspek yang saling berkaitan dan saling mendukung guna menurunkan AKI, persalinan yang ditolong oleh petugas yang tidak terampil merupakan penyebab tingginya AKI (WHO, 2009). Ekowati, 2009 melaporkan bahwa di Sumatera Selatan ibu yang persalinannya ditolong oleh bukan tenaga kesehatan berisiko 4,5 kali terjadi kematian dibandingkan bila ibu persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan.

Berbagai sarana dan prasarana pelayanan kesehatan telah dikembangkan untuk dapat lebih mudah menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Di tingkat perdesaan diawali dengan penempatan bidan di desa pada tahun 1989 yang kemudian dilengkapi sarana Pondok Bersalin Desa (Polindes). Diharapkan Polindes dapat ditingkatkan menjadi Poskesdes dan berfungsi dengan baik di setiap desa, sehingga pemeriksaan kehamilan, deteksi dini dan pertolongan persalinan yang aman dapat ditingkatkan (Depkes, 2010). Di tingkat kecamatan jumlah puskesmas juga meningkat, dari sebanyak 8.130 di tahun 2010 menjadi sebanyak 9.005 di tahun 2011 (Kemenkes, 2013), dengan kualitas pelayanan kesehatan yang semakin meningkat pula yaitu dengan diwujudkan puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Jumlah rumah sakit meningkat, dari sebanyak 1.721 di awal tahun 2011 menjadi sebanyak 2.165 di tahun 2012 (Kemenkes, 2013), serta meningkatkan pelayanan menjadi mampu (Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)) atau menjadi rujukan akhir kasus obstetri.

Di tingkat pelayanan kesehatan desa/kelurahan sudah menjadi kewajiban untuk mensegerakan rujukan bila ditemukan kasus komplikasi obstetri, dengan demikian akan memberikan kesempatan bagi ibu untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan berkualitas (Andersen, 2005). Kasus rujukan dapat dilakukan ke puskesmas PONED maupun Non PONED dan rumah sakit, dengan harapannya semua kasus rujukan ibu mampu ditangani di rumah sakit yang mempunyai fasilitas mampu PONEK.

Penguatan sistem rujukan diharapkan mampu mengatasi kematian ibu akibat komplikasi obstetri berkenaan dengan “3 T (terlambat)”, yaitu; Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan di tingkat keluarga, Terlambat mencapai tempat pelayanan, dan Terlambat mendapat pertolongan medis. (Thaddeus and Maine, 1994). Puskesmas PONED merupakan puskesmas yang mampu memberikan lima layanan seperti pemberian *antibiotic*, obat *oxytoxic*, pencegahan pre-eklamsia, penanganan plasenta manual, dan pertolongan persalinan normal, dengan demikian puskesmas PONED menjadi sarana pelayanan kesehatan rujukan awal dari pelayanan kesehatan ibu di desa. Petugas akan merujuk kembali ke rumah sakit PONEK jika misalnya memerlukan transfusi darah, operasi sesar atau memerlukan tenaga spesialis, dengan demikian seharusnya ada perbedaan yang signifikan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu yang dilakukan di puskesmas PONED dan Non PONED.

Penelitian ini mengkaji lebih mendalam untuk mengetahui dalam hal apa saja yang mengindikasikan bahwa Puskesmas PONED melakukan rujukan yang lebih baik dibandingkan dengan pelayanan rujukan yang diberikan oleh puskesmas Non PONED. Tulisan ini dimaksudkan memberi penjelasan tentang hubungan berbagai faktor dengan kematian ibu dengan adanya Puskesmas PONED, agar dapat dimanfaatkan bagi program dalam peningkatan upaya percepatan penurunan AKI khususnya melalui peningkatan pelayanan kesehatan ibu.

METODE

Studi ini menggunakan data Potensi Desa tahun 2011, Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal Sensus Penduduk 2012 dan Riset Fasilitas Kesehatan 2011. Ketiga data tersebut dilakukan *merging* untuk mendapatkan *subset* data yang dianalisis (diidentifikasi ada 4493 kematian ibu dari 1 Juni 2009 hingga 30 Juni 2010). Dalam membandingkan layanan kesehatan puskesmas mampu PONED dan

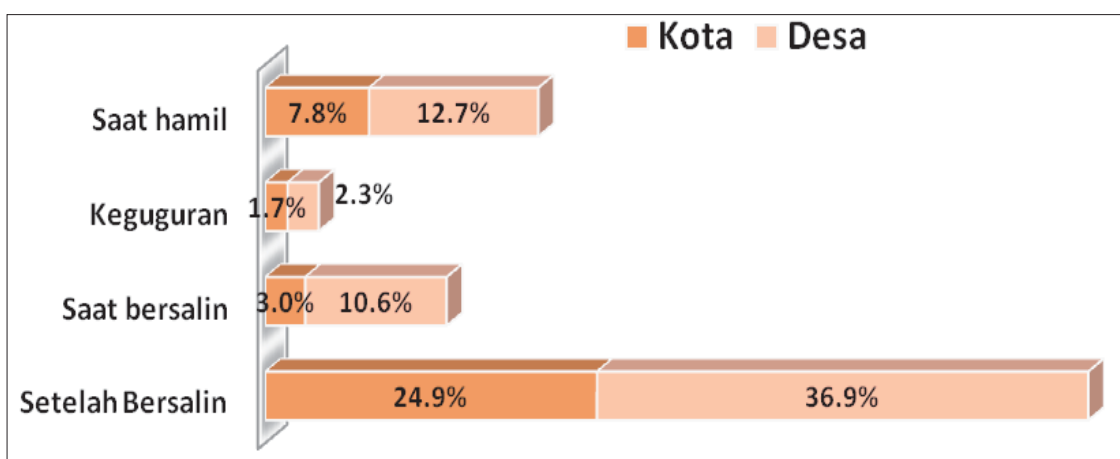
Non PONED yaitu melalui kasus ibu yang meninggal di wilayah kerja puskesmas. Selanjutnya melakukan konfirmasi lapangan untuk mengetahui tata kelola rujukan ketepatan waktu dan adanya masalah dalam penanganan obstetri di rumah sakit, konfirmasi ini dilakukan di dua puskesmas dan dua rumah sakit di Kota Bekasi dan Bogor. Kasus kematian yang dikaji yaitu: kematian ibu di masa kehamilan dengan penyulit, saat bersalin, saat keguguran, dan kematian ibu paska bersalin (masa nifas)

HASIL

Masa reproduksi merupakan periode yang penting untuk menggambarkan kematian ibu. Dalam analisis ini gambaran kematian ibu menurut periode tersebut sebagai berikut; persentase terbanyak terjadi setelah persalinan yaitu 61,8%, pada saat hamil 20,5%, pada saat bersalin 13,6%, dan sisanya saat keguguran (Gambar 1).

Persentase kematian ibu setiap periode reproduksi di perkotaan (*urban*) lebih rendah dibandingkan dengan kematian di perdesaan (*rural*). Kematian ibu dalam periode setelah persalinan merupakan periode kematian yang dominan dibandingkan dengan periode yang lain. Persentase kejadian kematian ibu dalam periode setelah persalinan ini lebih banyak dari jumlah persentase kematian ibu periode hamil, bersalin dan keguguran yaitu 61,8% berbanding 38,1% (20,5% + 13,6% + 4,0%) (Gambar 1)

Kematian di luar rumah sakit masih besar terutama yang terjadi di rumah yang seharusnya tidak terjadi dan sedapat mungkin dilakukan rujukan ke rumah sakit. Kejadian ibu meninggal 58,1% meninggal di rumah sakit 3,5% meninggal di Puskesmas dan 38,4% meninggal di rumah, dan sisanya 38,4% kematian ibu terjadi di luar pelayanan kesehatan seperti yang terjadi di rumah, di jalan, ladang, atau pelayanan kesehatan lain seperti tempat bidan praktek, polindes atau puskesmas pembantu.



Gambar 1. Kejadian Kematian Ibu Menurut Periode Reproduksi di Kota dan Desa.

Tabel 1. Risiko Kematian Ibu di Rumah Sakit dan Puskesmas Dibanding di Rumah Menurut Saat Hamil Hingga Nifas

	p	OR	95% Confidence Interval for OR	
			Lower	Upper
Rumah Sakit:				
– Saat hamil	0,00	0,65	0,55	0,77
– Saat bersalin	0,00	0,36	0,30	0,45
– Saat keguguran	0,55	0,87	0,55	1,37
– Saat nifas		1		
Puskesmas:				
– Saat hamil	0,49	1,19	0,73	1,92
– Saat bersalin	0,01	1,91	1,22	3,00
– Saat keguguran	0,13	2,16	0,80	5,80
– Saat nifas		1		

Sumber: Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal 2012

Jika dibandingkan antara kematian ibu di rumah sakit dengan di rumah, dalam tabel 1 menunjukkan bahwa rumah sakit dapat mencegah kematian ibu saat hamil maupun saat bersalin, tetapi di puskesmas risiko untuk terjadinya kematian ibu saat bersalin lebih tinggi dibandingkan masa nifas OR = 1,9 (CI: 1,22–3,00).

Analisis data Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa jumlah puskesmas yang mampu melaksanakan pelayanan PONE D ada sebanyak 18% (1.597 puskesmas) dan Puskesmas bukan PONE D sebanyak 82% (7.275 Puskesmas). Kematian ibu yang terjadi di Puskesmas PONE D dibanding dengan Puskesmas bukan PONE D menurut periode obstetri persentase kematian saat hamil dan keguguran terlihat sedikit lebih tinggi pada Puskesmas bukan PONE D tetapi hal ini secara statistik tidak ada perbedaan $p > 0,05$ (lihat tabel 2).

Pengembangan puskesmas di setiap kecamatan di Indonesia diharapkan dapat memberikan pelayanan obstetri yang lebih baik, agar dapat menekan kematian ibu. Kebijakan meningkatkan kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan obstetri akan meningkatkan kemampuan menanggulangi

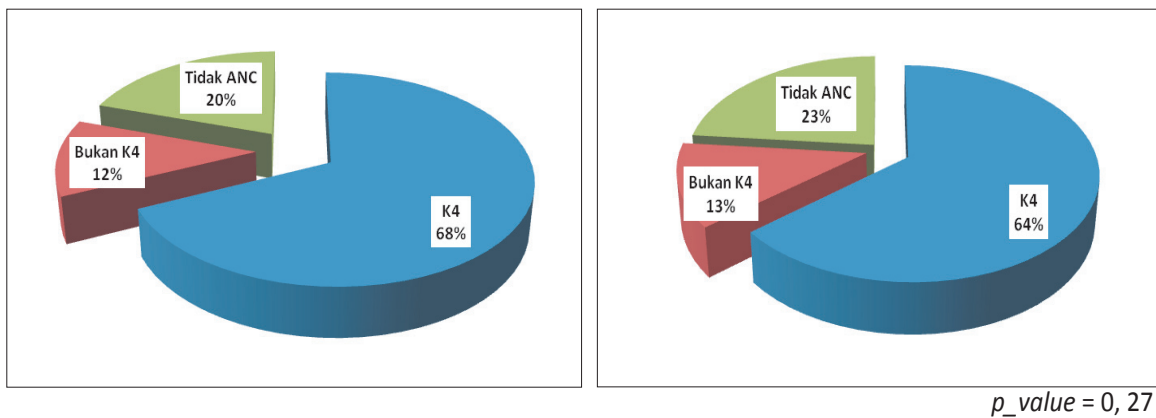
kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal selama 24 jam. Puskesmas PONE D harus mampu memberikan pelayanan seperti penanganan pre-eklamsia, eklamsia, perdarahan, sepsis, asfiksia, kejang, ikterus, hipoglikemia, hipotermi, tetanus neonatorum, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan dan kelainan kongenital. Puskesmas PONE D diberi kelebihan kemampuan pelayanan dari Puskesmas bukan PONE D dalam beberapa hal meliputi: pemberian antibiotik, pemberian obat *oxytoxic*, pemberian *anticonvulsants* untuk pencegahan pre-eklamsia dan eklamsia, penanganan plasenta manual, mampu mengeluarkan hasil dari kehamilan (penggunaan *vaceum aspiration*) dan penanganan persalinan normal.

Puskesmas PONE D maupun bukan PONE D diberi kewenangan yang sama dalam hal deteksi dini dan pelayanan ibu hamil. Berikut ini hasil yang menggambarkan peranan petugas kesehatan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan (ANC) sebagai manifestasi dari deteksi dini berkaitan dengan adanya risiko komplikasi pada persalinan dan adanya masalah kesehatan serta rujukan yang diperlukan dapat dilihat pada gambar 4.

Tabel 2. Gambaran Kematian Ibu di Puskesmas PONE D dan Non PONE D Tahun 2012

Kematian Ibu	PONE D		Non PONE D		Total	P_value
	Σ	%	Σ	%		
Saat hamil	77	21,4	324	24,1	401	0,48
Bersalin	57	15,9	188	14,0	245	
Keguguran	7	1,9	38	2,6	45	
Nifas	218	60,7	796	59,1	1014	
Total	358	100	1346	100	1705	

Sumber: Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal 2012 dipadu dengan Rifaskes 2011



Gambar 4. Pelayanan Antenatal sebelum Meninggal pada Puskesmas PONE D dan Non PONE D Pada Para Ibu Maternal Hamil sampai Nifas.

Pada kasus para ibu maternal meninggal di daerah yang ada Puskesmas PONED, lebih banyak yang mendapat pelayanan antenatal (68%) dibanding di daerah pelayanan Puskesmas bukan PONED. Sebaliknya riwayat pelayanan antenatal dengan kriteria bukan K4 atau bahkan tidak melakukan ANC sedikit lebih tinggi pada Puskesmas bukan PONED. Namun secara statistik perbedaan pelayanan antenatal ini tidak bermakna.

Ibu hamil juga diperiksa untuk mengetahui adanya masalah kesehatan. Hal ini penting dilakukan karena adanya masalah kesehatan pada kehamilan yang tidak terselesaikan dapat membahayakan persalinan. Menurut keberadaan puskesmas gambaran riwayat ibu meninggal berkaitan dengan adanya masalah kesehatan dan rujukan digambarkan seperti gambar 5.

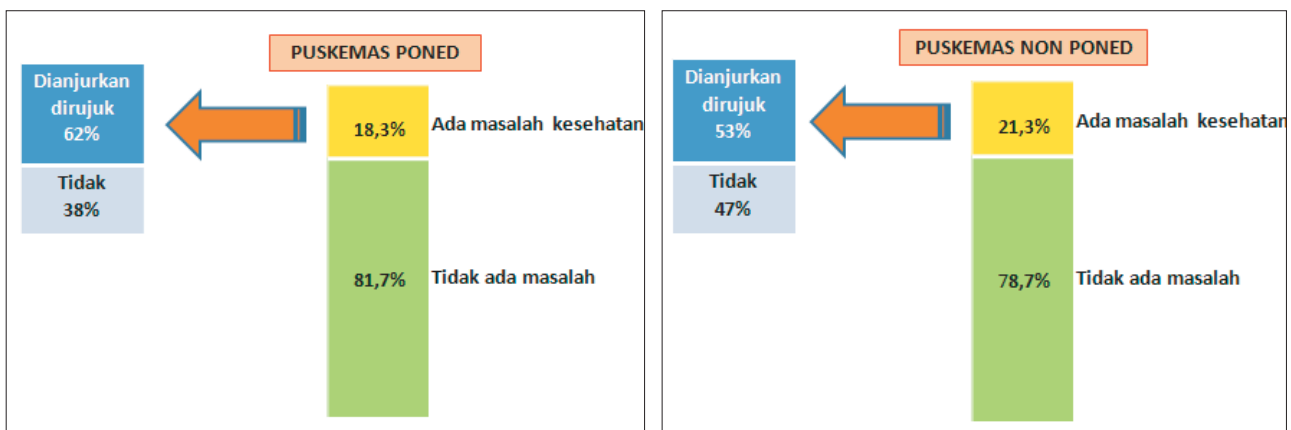
Pada gambar 5 tersebut memperlihatkan adanya perbedaan proporsi masalah kesehatan pada ibu yang meninggal menurut keberadaan puskesmas, yaitu pada Puskesmas PONED ada sebanyak 18,3% ibu meninggal yang sebelumnya mempunyai masalah kesehatan atau lebih rendah dibanding masalah kesehatan yang ada di Puskesmas bukan PONED yaitu sebanyak (21,3%). Namun perbedaan ini secara statistik tidak menunjukkan makna ($p\text{-value} = 0,21$). Begitu pula anjuran dirujuk pada ibu yang meninggal dan yang mempunyai riwayat masalah kesehatan, pada daerah yang ada Puskesmas PONED yang dianjurkan dirujuk lebih tinggi yaitu sebanyak 62% sedangkan Puskesmas bukan PONED sebanyak 53%

Faktor yang Berperan dalam Rujukan

Program kesehatan ibu di tingkat desa atau kecamatan diharapkan dapat berjalan dengan baik yang kemudian mampu melakukan rujukan maternal ke pelayanan kesehatan, dan walaupun pada akhirnya terjadi kematian maternal, hal tersebut seharusnya terjadi di fasilitas kesehatan yang mampu memberikan pelayanan komprehensif obstetrik. Analisis ini meninjau dari faktor penolong persalinan, keberadaan bidan di desa, riwayat ANC, klasifikasi daerah, topografi, adanya fasilitas RS, dan regional, agar dapat menggambarkan hubungan puskesmas dalam memberikan anjuran rujukan pada ibu maternal meninggal yang mempunyai riwayat masalah kesehatan.

Tabel 3 menunjukkan hasil identifikasi secara statistik terhadap beberapa faktor yang berperan terhadap anjuran rujukan pada ibu maternal meninggal yang mempunyai riwayat masalah kesehatan di Puskesmas PONED. Tidak satu pun faktor yang diidentifikasi (faktor penolong persalinan, keberadaan bidan di desa, riwayat ANC, klasifikasi daerah, topografi, adanya fasilitas RS, dan regional) memperlihatkan secara statistik berpengaruh terhadap putusan anjuran merujuk jika ada masalah kesehatan ibu maternal sebelum meninggal ($p\text{-value} > 0,05$).

Hasil identifikasi terhadap faktor anjuran merujuk pada Puskesmas bukan PONED ditunjukkan pada tabel 4, faktor penolong persalinan adalah faktor yang berpengaruh terhadap anjuran merujuk ($p\text{-value} < 0,05$) ketika ditemukan masalah kesehatan pada ibu.



Gambar 5. Riwayat Adanya Masalah Kesehatan pada Ibu Meninggal dan Rujukan pada Puskesmas PONED dan Non PONED.

Tabel 3. Hasil Identifikasi terhadap Faktor yang Berperan pada Anjuran Merujuk di Puskesmas PONE D pada Ibu Maternal Meninggal yang Mempunyai Riwayat Masalah Kesehatan

Faktor yang Diidentifikasi	Anjuran Rujukan		Total	P_value
	Ya	Tidak		
Penolong persalinan:				0, 07
– Dokter	21	7	27	
– Bidan	11	6	17	
– Dukun	2	5	7	
Keberadaan Bidan di Desa:				0, 77
– Ada bidan	39	23	62	
– Tidak ada	4	3	7	
Riwayat ANC:				0, 48
– K4	36	20	56	
– Bukan K4	7	6	13	
Klasifikasi Daerah:				0, 68
– Perkotaan	16	11	27	
– Perdesaan	27	15	42	
Transportasi ke RS:				0, 75
– Mudah	36	21	57	
– Sulit	7	5	12	
Adanya RS di Lokasi:				0, 61
– Ada RS	18	20	38	
– Tidak ada	2	1	3	
Regional:				0, 59
– Jawa-Bali	29	20	49	
– Luar Jawa_Bali	14	6	20	

Sumber: Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal 2012

Tabel 4. Hasil Identifikasi terhadap Faktor yang Berperan Pada Anjuran Merujuk di Puskesmas Bukan PONE D pada Ibu Maternal Meninggal yang Mempunyai Riwayat Masalah Kesehatan

Faktor yang Diidentifikasi	Anjuran Rujukan		Total	P_value
	Ya	Tidak		
Penolong Persalinan:				
– Dokter	49	59	108	0, 01
– Bidan	47	20	67	
– Dukun	9	19	28	
Keberadaan Bidan di Desa:				0, 09
– Ada bidan	152	126	278	
– Tidak ada	8	14	22	
Riwayat ANC:				0, 41
– K4	106	99	205	
– Bukan K4	54	41	95	
Klasifikasi Daerah:				0, 78
– Perkotaan	66	72	138	
– Perdesaan	94	68	162	
Transportasi ke RS:				0, 48
– Mudah	119	109	228	
– Sulit	41	31	72	
Adanya RS di Lokasi:				0, 36
– Ada RS	92	84	176	
– Tidak ada	1	3	4	
Regional:				0, 55
– Jawa-Bali	103	85	188	
– Luar Jawa_Bali	57	55	112	

Sumber: Studi Tindak Lanjut Kematian Maternal 2012

Faktor selain penolong persalinan yang diidentifikasi tidak menunjukkan bukti statistik yang bermakna $p\text{-value} > 0,05$.

PEMBAHASAN

Menurut periode reproduksi, kejadian kematian ibu maternal lebih banyak setelah persalinan. Kematian ibu maternal menurut tempat tinggal dikaitkan dengan periode reproduksi menunjukkan, kematian ibu maternal di perdesaan secara konsisten lebih tinggi daripada di perkotaan pada semua periode (kehamilan, keguguran, persalinan, dan nifas), seperti beda ibu maternal meninggal pada saat bersalin yaitu 12,7% di desa, dan 7,8% di kota, sedangkan beda ibu meninggal setelah bersalin yaitu 36,9% di kota dan 24,9% di desa (Gambar 1). Ini berarti penanganan ibu di perkotaan lebih baik daripada di perdesaan. Studi di Kalimantan tahun 1994 melaporkan kualitas pelayanan kesehatan yang jelek menyebabkan 60% kematian ibu maternal (Supratikto dkk, 2002).

Tempat kematian ibu maternal di rumah sakit merupakan proksi pelayanan kesehatan ibu maternal yang baik karena telah memberikan kesempatan yang besar pada ibu maternal mendapatkan pelayanan hingga akhir hidupnya. Rumah sakit yang dimaksud adalah yang mampu memberi pelayanan kesehatan ibu yang komprehensif sehingga menjadi tujuan rujukan akhir untuk kasus yang sulit ditangani pelayanan kesehatan di bawahnya. Sesuai dengan temuan Mahmoud Ghazi, 2012, sudah menjadi keharusan bagi pelayanan kesehatan di tingkat desa untuk melakukan rujukan jika ditemukan indikasi ibu maternal memerlukan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, sehingga jika kematian ibu maternal tidak dapat dicegah seharusnya kematian tersebut terjadi di rumah sakit.

Secara umum menurut tempat meninggal terbanyak di rumah sakit (60%) disusul rumah (31%), dan terdapat (9%) di pelayanan kesehatan bukan rumah sakit (puskesmas, klinik, pustu, polindes, poskesdes, tempat praktek tenaga kesehatan dokter/bidan, dan sebagian kecil dalam perjalanan dirujuk). Terdapat 40% dari jumlah tersebut kematian ibu maternal yang di luar rumah sakit, ini dapat berarti masih mungkin untuk dilakukan rujukan ke rumah sakit sebelum ibu maternal meninggal. Seperti yang temuan Lewis Wall, 2012, tidak dilakukannya rujukan ke rumah sakit ini diakibatkan oleh terlambat pengambil keputusan oleh keluarga atau terlambat menyarankan pada keluarga (terlambat tipe 1, ini sebagian kematian yang terjadi di rumah) atau tidak dapat mencapai rumah sakit

walaupun sudah diambil keputusan (terlambat tipe 2), yang pada umumnya disebabkan oleh transportasi, sedangkan terlambat melakukan rujukan tipe 3, sering terjadi pada ibu yang ketika dirujuk ke rumah sakit, rumah sakit sudah tidak mempunyai waktu yang cukup melakukan pertolongan yang pada akhirnya ibu maternal meninggal, atau rumah sakit tidak mempunyai sarana yang memadai. Hasil penelitian Qomariyah, 2009 menunjukkan 39% kematian ibu maternal di rumah sakit terjadi karena rujukan yang jelek, seperti pada pasien dirujuk atau yang datang ke rumah sakit sudah buruk keadaannya.

Rujukan yang baik merupakan gambaran kinerja program pelayanan kesehatan ibu maternal di tingkat desa. Rujukan yang baik akan menekan kemungkinan ibu maternal meninggal di rumah, dan walaupun pada akhirnya terjadi kematian namun ibu maternal tersebut telah mendapat kesempatan pelayanan kesehatan di tingkat yang lebih tinggi/sesuai. Pelayanan kesehatan di tingkat desa diharapkan mampu melakukan rujukan dengan baik utamanya melalui bidan yang berdomisili di tempat tinggal ibu maternal yang berfungsi sebagai penolong persalinan atau penggerak fasilitas layanan kesehatan yang ada di tingkat desa (polindes/poskesdes). Keberadaan bidan di desa yang berfungsi dengan baik maka diharapkan rujukan dapat direncanakan dan dilaksanakan dengan baik sehingga jika kematian tidak dapat dicegah kematian tersebut terjadi di rumah sakit. Kematian di rumah sakit menandakan bahwa sistem/kinerja pelayanan kesehatan ibu maternal di suatu daerah lebih baik dibandingkan bila kematian terjadi di rumah. Hasil analisis menunjukkan penolong persalinan mempunyai peranan yang penting hubungannya dengan kematian ibu maternal. Peranan bidan sangat dibutuhkan untuk persalinan normal dan mempersiapkan rujukan. Kemudahan akses bagi ibu maternal untuk memanfaatkan tenaga bidan dapat terjadi melalui penempatan bidan hingga kesemua lapisan masyarakat perlu didorong dan dipercepat.

Akses erat kaitannya dengan distribusi fasilitas pelayanan dan tenaga kesehatan, khususnya dalam hal distribusi tenaga kesehatan. Kebijakan pemerintah adalah mendekatkan pelayanan kesehatan sehingga mudah di akses oleh masyarakat, oleh karena itu penempatan bidan di desa hingga mau berdomisili di desa harus didukung oleh berbagai pihak. Jarak yang jauh yang diikuti dengan transportasi yang sulit merupakan beban bagi ibu maternal untuk mendapatkan pelayanan yang baik. Jarak yang jauh akan menjadikan terlambat merujuk sehingga ibu meninggal diperjalanan (Sabine Gabrysch dan

Oona MR Campbell, 2009), sehingga patut menjadi pertimbangan temuan Stephanie Cooper, 2004 yang mengharapkan ibu hamil dengan komplikasi sudah mencari pelayanan kesehatan (dirujuk) dua hari sebelum melahirkan.

Inisiatif melakukan rujukan untuk kasus maternal khususnya oleh bidan sangat dibutuhkan untuk daerah perdesaan karena merekalah yang banyak mengetahui perkembangan ibu sejak awal kehamilan. Hasil pemeriksaan kehamilan dapat digunakan untuk menentukan seorang ibu hamil memerlukan pelayanan rujukan atau dapat melahirkan dengan persalinan normal. Rujukan akan memperbesar kesempatan ibu hamil mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, dan sudah ada upaya pertolongan yang maksimal.

Rumah sakit sebagai tempat rujukan akhir komplikasi maternal harus diperkuat kemampuannya menjadi rumah sakit yang mampu PONEK, demikian pula dengan kemudahan untuk dijangkau oleh ibu maternal yang membutuhkan. Untuk daerah dengan struktur geografi yang sulit dijangkau, perlu melengkapi dengan alat transportasi khusus untuk memudahkan rujukan

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang mampu PONEK merupakan layanan terbaik baik bagi ibu maternal yang membutuhkan penanganan obstetri. Secara umum rumah sakit yang belum PONEK mempunyai kemampuan yang lebih baik dari puskesmas PONEK maupun Non PONEK.

Ada perbedaan peranan pada penolong persalinan di puskesmas PONEK dengan non PONEK, namun untuk faktor lainnya tidak menunjukkan perbedaan. Penolong persalinan bidan, mempunyai peranan yang penting untuk memperkuat proses rujukan yang baik yaitu dengan mempersiapkan sejak awal jika ditemukan komplikasi kehamilan.

Saran

Pelayanan rumah sakit perlu diperkuat sehingga mampu PONEK untuk memberikan kesempatan ibu maternal mendapatkan pelayanan yang maksimal, dan memudahkan rujukan dari puskesmas PONEK maupun non PONEK. Agar tenaga bidan mudah di akses oleh ibu maternal, penempatan bidan harus didukung oleh semua pihak agar mau domisili di semua lapisan masyarakat, khususnya pada daerah yang jauh dari pusat pemerintahan. Ibu maternal yang sudah terdeteksi mempunyai risiko tinggi, agar datang

ke pelayanan kesehatan dua hari sebelum persalinan yang diperkirakan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kesempatan melakukan kajian korelasi puskesmas dengan penurunan AKI. Terima kasih disampaikan kepada Dr. Sarimawar Djaja, M. Kes, Dr. Teti Tejayanti, M. Kes, dan Dr. Imran Pambudi, M. Kes (Direktorat Kesehatan Ibu), atas sumbangsih yang diberikan berupa pemikiran dan bantuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, 2005. Societal and Individual Determinat of Medical Care Utilization in US, The Milbank Fund Memorial Fund Quarterly, Health and Society, Vol. 51.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2010. Riset Fasilitas Kesehatan 2010. Jakarta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007. Laporan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. Buku Acuan Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Umum Kelas B, Kelas C dan Kelas D. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Pedoman Pemantauan Wilayah Tetempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Stiker, Dalam Rangka Mempercepat Penurunan AKI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Jakarta.
- Ekowati, dkk., 2009. Sistem Informasi Kematian Ibu Terintegrasi Dalam Pencatatan dan Pelaporan Kependudukan Sumatera Selatan, Jurnal Pembangunan Manusia.
- Gunawan Supratikto, 2002. A District-Based Audit of The Causes and Circumstances of Maternal Death in Soth Kalimantan, Indonesia, Bulletin of WHO.

- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Pokok-Pikiran Strategi Kesiapan Infrastruktur Pelayanan Kesehatan dalam Pelaksanaan SJSN 2014. Jakarta.
- Lewis Wall, 2012. Overcoming phase 1 delays, the critical component of obstetric fistula revention programs in resource-poor countries, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12: p. 68.
- Mahmoud Ghazi. 2012. Home birth and Barriers to Referring Women With Obstetric Complication to Hospitals: a Mixed Method Study in Zahedan, Southeastern Iran. *Reproductive Health*, 9: p. 2.
- Qomariyah Siti Nurul et al, 2009. A Practical Approach to Identifying Maternal Death Missed from Routine Hospital Report, Lessons from Indonesia, *Global Health Action*.
- Sabine Gabrisch and Oona MR Campbell, 2009. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Stephanie Cooper. 2004. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*. Oxford: Oxford University Press.
- Thadeus S, Maine D, 1994. Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context. *Soc Sci Med*, 38 (8): p. 1091–120.
- WHO, 2005, Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia “Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu. MDGs. Indonesia.
- WHO, 2009. *The Making Pregnancy Safer*, 2009, geneva.
- WHO, 2011. *Overview of Maternal Health in ASEAN Countries*, Asean Inter Pelimentary Assembly Seminar.