

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengertian Kematian Ibu

Kematian maternal atau kematian ibu menurut batasan dari *The Tenth Revision of International Classification of Diseases* (ICD-10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan atau dalam 42 hari setelah kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, akan tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan (WHO, 2015).

Tabel 2.1  
Definisi Alternatif Kematian Ibu pada ICD-10

<i>Pregnancy-related death</i>	Kematian seorang wanita selama kehamilan atau 42 hari setelah terminasi kehamilan, tanpa mempedulikan penyebab kematiannya.
<i>Late maternal death</i>	Kematian seorang wanita karena penyebab langsung atau tidak langsung yang lebih dari 42 hari, namun kurang dari setahun setelah terminasi kehamilan.

Sumber : WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank

Indikator yang umum digunakan dalam kematian ibu adalah angka kematian ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi oleh seorang ibu sewaktu ia hamil (Saifudin, 2010).

#### B. Penyebab Kematian Ibu

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi

kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Saifudin, 2010).

Penyebab kematian langsung ibu di Indonesia didominasi oleh perdarahan pasca persalinan, hipertensi/eklamsia, dan infeksi. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah masih banyaknya kasus 3 terlambat dan 4 terlalu (GKIA, 2016).

Kasus 3 terlambat, meliputi :

1. Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan.
2. Terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan.
3. Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kasus 4 terlalu, meliputi :

1. Terlalu tua hamil (diatas usia 35 tahun)
2. Terlalu muda hamil (dibawah usia 20 tahun)
3. Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4)
4. Terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun)

### **C. Epidemiologi Kematian Ibu**

Menurut WHO, sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap harinya. Diperkirakan

pada tahun 2015, sekitar 303.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan, dimana sebagian besar dari kematian dapat dicegah (WHO, 2018).

Tingginya jumlah kematian ibu di beberapa daerah di dunia mencerminkan ketidakadilan dalam akses menuju layanan kesehatan, dan menyoroti kesenjangan antara kaya dan miskin. Kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara berkembang pada 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup berbanding 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju. Ada perbedaan besar antara negara, tetapi juga di dalam negara, dan antara wanita dengan pendapatan tinggi dan rendah dan wanita yang tinggal di daerah pedesaan versus perkotaan (WHO, 2018).

Risiko kematian ibu tertinggi terjadi pada gadis remaja di bawah 15 tahun dan komplikasi dalam kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian diantara remaja perempuan di negara berkembang (WHO, 2018).

Di wilayah Asia Tenggara diperkirakan terdapat 240.000 kematian maternal setiap tahunnya, sehingga diperoleh angka kematian maternal sebesar 210 per 100.000 KH. Angka kematian maternal ini merupakan ukuran yang mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi oleh seorang wanita setiap kali wanita tersebut menjadi hamil. Risiko ini semakin bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah kehamilan yang dialami (WHO dalam Fibriana, 2007).

Melihat adanya kemungkinan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, negara-negara kini telah berkomitmen melalui target baru

untuk mengurangi kematian ibu lebih jauh. Salah satu tujuan *Sustainable Development Goal (SDGs)* 3 adalah untuk mengurangi rasio kematian ibu bersalin menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran (WHO, 2018).

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Kematian ibu merupakan masalah kesehatan utama di Indonesia. Berdasarkan angka-angka hasil survei nasional hingga tahun 2012. Angka Kematian Ibu (AKI) belum menunjukkan perbaikan (GKIA, 2016).

Angka sebesar 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup ini setara dengan 17 ribu kejadian kematian ibu setiap tahunnya. Hasil analisis dan studi lanjutan Sensus Penduduk (SP) 2010 menunjukkan bahwa proporsi kematian ibu terbesar terjadi pada saat persalinan dan 48 jam pertama setelahnya. Kematian yang terjadi pada masa kehamilan sebagian besar terjadi saat ibu tersebut kandungannya berumur kurang dari 20 minggu (GKIA, 2016).

Di Indonesia 1 dari 10 kehamilan terjadi pada remaja berusia 15-19 tahun. Kehamilan remaja berusia dibawah 18 tahun berdampak negatif pada kesehatan. Risiko kesakitan dan kematian yang terjadi 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan kehamilan pada usia yang lebih matang (WHO, 2018 dan GKIA, 2016).

Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia didominasi oleh pendarahan pasca persalinan, hipertensi/eklamsia, dan infeksi. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah masih banyaknya kasus 3 terlambat dan 4 terlalu (GKIA, 2016).

Keadaan ibu pra-hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya. Penyebab tidak langsung kematian maternal ini antara lain adalah anemia, kurang energi kronis (KEK) dan keadaan 4 terlalu (terlalu muda / tua, terlalu sering dan terlalu banyak) (Saifudin, 2000).

Tahun 1992 McGarthy dan Maine mengembangkan suatu kerangka konseptual kematian ibu. Terdapat 3 komponen dalam proses kematian ibu, yang paling dekat dengan kematian dan kesakitan adalah kehamilan, persalinan atau komplikasinya. Komponen kehamilan, komplikasi, atau kematian secara lengkap dipengaruhi oleh 5 determinan antara, yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan dan faktor lain yang tidak diketahui. Determinan antara dipengaruhi oleh determinan jauh yang digolongkan sebagai komponen sosioekonomi dan budaya (Saifudin, 2010).

#### **D. Faktor-Faktor Risiko Kematian Ibu**

Menurut Mcarthy dan Maine (1992) kematian maternal dipengaruhi oleh 3 determinan, yaitu determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh. Determinan dekat merupakan penyebab kematian ibu, yaitu kehamilan itu sendiri dan gangguan obstetrik yang berupa perdarahan, infeksi, eklampsia/preeklampsia, dan lainnya. Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yaitu status kesehatan, status

reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, dan perilaku penggunaan pelayanan kesehatan. Determinan jauh merupakan determinan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural, yaitu status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat.

#### 1. Determinan Dekat

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, yang meliputi kehamilan itu sendiri dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Tiap wanita hamil memiliki risiko komplikasi yang berbeda, dibedakan menjadi ibu hamil risiko rendah dan ibu hamil risiko tinggi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain :

##### a. Perdarahan

Perdarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain adalah perdarahan karena abortus, perdarahan ektopik terganggu, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum.

Perdarahan karena abortus dapat disebabkan karena abortus yang tidak lengkap atau cedera pada organ panggul atau usus. Abortus sendiri adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Saifudin dkk, 2009).

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dimana setelah fertilisasi, implantasi terjadi di luar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila

masa kehamilan berkembang melebihi kapasitas ruang implantasi dan peristiwa ini disebut sebagai kehamilan ektopik terganggu (Saifudin, 2009). Kehamilan ektopik yang mengalami penyulit atau terjadi ruptur pada tuba tempat lokasi nidasi kehamilan ini akan memberikan gejala dan tanda yang khas yaitu timbulnya sakit perut mendadak yang kemudian disusul dengan syok atau pingsan (Hadijanto, 2010).

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pervaginam pada kehamilan diatas 28 minggu atau lebih. Pendarahan antepartum terjadi pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu maka sering disebut atau digolongkan perdarahan pada trimester ketiga. Pendarahan antepartum pada umumnya disebabkan oleh kelainan implantasi plasenta (letak rendah dan previa), dan separasi plasenta sebelum bayi lahir. Faktor yang meningkatkan kejadian plasenta previa yaitu umur penderita yang masih muda atau berumur diatas 35 tahun, paritas penderita yang tinggi dan endometrium yang cacat (Manuaba, 2010).

Perdarahan postpartum adalah hilangnya darah 500 ml atau lebih dari organ-organ reproduksi setelah selesainya kala tiga persalinan (setelah plasenta lahir). Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua yaitu, perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran penyebab utamanya adalah atona uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama

kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik atau sisa plasenta yang tertinggal (Astuti dkk, 2015).

Perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang. Faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah grandemultipara, jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, persalinan dilakukan dengan tindakan (Manuaba, 2010).

b. Infeksi

Infeksi adalah invasi jaringan oleh mikroorganisme patogen hingga menyebabkan kondisi sakit karena virulensi dan jumlah mikroorganisme patogen tersebut. Infeksi dapat terjadi pada masa kehamilan, selama persalinan (inpartu) maupun masa nifas. Infeksi pada kehamilan adalah infeksi jalan lahir pada masa kehamilan, baik kehamilan muda maupun tua. Keadaan infeksi ini berbahaya karena dapat mengakibatkan sepsis, yang mungkin menyebabkan kematian ibu (Leveno dkk. 2013). Infeksi nifas adalah infeksi bakteri yang berasal dari saluran reproduksi selama persalinan. Penyebab terbesar dari infeksi nifas adalah penolong persalinan yang membawa kuman ke dalam rahim ibu dengan membawa kuman yang telah ada di dalam vagina ke atas (Astuti dkk, 2015).

c. Pre-eklamsia dan eklamsia

Pre-eklamsia adalah tekanan darah tinggi yang disertai dengan proteinuria (protein dalam kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu

pertama setelah persalinan. Kelanjutan pre-eklamsia berat menjadi eklamsia dengan tambahan gejala kejang dan/atau koma (Astuti dkk, 2015 dan Manuaba, 2010).

Kehamilan dapat menyebabkan terjadinya hipertensi pada wanita yang sebelum kehamilannya memiliki tekanan darah normal (normotensi) atau dapat memperberat keadaan hipertensi yang sebelumnya telah ada. Hipertensi dalam kehamilan atau yang dikenal sebagai pre-eklamsi, dan jika hipertensi ini disertai kejang maka disebut sebagai eklamsia merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Pre-eklamsia dan eklamsia ini juga dapat terjadi pada masa nifas (Astuti dkk, 2015).

Hipertensi didiagnosis jika tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih. Edema sudah tidak lagi digunakan sebagai kriteria diagnostik karena juga terjadi pada banyak wanita hamil normal. Dahulu dianjurkan bahwa digunakan parameter peningkatan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg sebagai diagnostik, meskipun nilai absolut masih dibawah 140/90 mmHg. Kriteria ini tidak lagi dianjurkan karena bukti-bukti memperlihatkan bahwa wanita dalam kelompok ini kecil kemungkinannya mengalami gangguan pada hasil akhir kehamilan mereka. Tetapi, wanita yang mengalami peningkatan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg perlu diawasi secara ketat (Leveno dkk, 2013).

Pre-eklamsia dan eklamsia merupakan penyebab kematian ibu dan perinatal yang tinggi terutama di negara berkembang. Kematian akibat eklamsia meningkat lebih tajam dibandingkan pada

tingkat pre-eklamsia berat. Kejadian pre-eklamsia dan eklamsia bervariasi di setiap negara bahkan pada setiap daerah. Ditemui beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya jumlah primigravida, terutama primigravida muda, distensi hamil berlebihan, penyakit yang menyertai kehamilan dan jumlah usia ibu lebih dari 35 tahun (Manuaba, 2010).

d. Partus macet atau partus lama

Partus lama terjadi sejak ibu mulai merasa mulas sampai melahirkan bayi, biasanya berlangsung kurang dari 12 jam. Kasus bayi belum lahir lebih dari 12 jam sejak mulas, persalinan tersebut tergolong lama (Syafudin dan Hamidah, 2009).

Partus lama disebabkan oleh adanya kemungkinan kelainan yang terjadi pada jalan lahir seperti terjadi kesempitan jalan lahir, mengubah posisi dan kebutuhan janin intrauterin, ada penghalang jalan lahir, ukuran janin terlalu besar sedangkan pelvis normal sehingga terjadi disproporsi sefalopelvik dan serviks kaku. Keadaan janin yang dapat menyebabkan partus lama adalah letak janin yang membujur sehingga letak sungsang, ukuran janin terlalu besar, lilitan tali pusat, dan bagian terendah belum masuk disproporsi sefalopelvik, serta adanya kelainan pada janin yaitu tumor abdomen, anensefali, dan hidrosefalus (Manuaba, 2010).

e. Ruptura uterus

Ruptura uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium. Penyebab ruptura uteri adalah disproporsi janin dan panggul, partus macet atau

traumatik. Ruptura uteri termasuk salah satu diagnosis banding apabila wanita dalam persalinan lama mengeluh nyeri hebat pada perut bawah, diikuti dengan syok dan perdarahan pervaginam (Saifudin, 2010).

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus (ruptur uteri) (Manuaba. 2010).

## 2. Determinan antara

Determinan antara merupakan keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu meliputi status kesehatan ibu, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku penggunaan pelayanan kesehatan.

### a. Status kesehatan ibu

Menurut McCarthy dan Maine status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian maternal meliputi status gizi, anemia, riwayat penyakit yang diderita ibu, dan riwayat komplikasi pada kehamilan dan persalinan sebelumnya.

#### 1) Status gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta berguna untuk

pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan antara gizi ibu hamil dan kesejahteraan janin merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Keterbatasan gizi selama hamil sering berhubungan dengan faktor ekonomi, pendidikan, sosial atau keadaan lain yang meningkatkan kebutuhan gizi ibu hamil dengan penyakit infeksi tertentu termasuk persiapan fisik untuk persalinan. (Jannah, 2012)

Status gizi ibu hamil dapat dilihat dari hasil pengukuran terhadap lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran LILA bertujuan untuk mendeteksi apakah ibu hamil termasuk kategori kurang energi kronis (KEK) atau tidak. Ibu dengan status gizi buruk memiliki risiko untuk terjadinya perdarahan dan infeksi pada masa nifas. Keadaan kurang gizi sebelum dan selama kehamilan memberikan kontribusi terhadap rendahnya kesehatan ibu, masalah dalam persalinan dan masalah pada bayi yang dilahirkan (Andriani dan Wirjatmadi, 2012)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Ukuran LILA < 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK). (Jannah, 2012).

## 2) Status Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap

kualitas sumberdaya manusia. Anemia kehamilan disebut "*potential danger mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak). Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20% dan 89% dengan menetapkan Hb 11 g% (g/dl) sebagai dasarnya (Manuaba, 2010).

Ibu yang anemia tidak dapat mentoleransi kehilangan darah seperti perempuan sehat tanpa anemia. Pada waktu persalinan, kehilangan darah 1.000 ml tidak mengakibatkan kematian pada ibu sehat, tetapi pada ibu anemia, kehilangan darah kurang dari itu dapat berakibat fatal. Ibu anemia juga meningkatkan risiko operasi atau penyembuhan luka tidak segera sehingga luka terbuka seluruhnya (Saifudin, 2010).

Pengaruh anemia selama kehamilan yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis (Hb <6g%) mola hidatosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Bahaya saat persalinan yaitu his (kekuatan mengejan) kala pertama dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama (Manuaba, 2010).

### 3) Riwayat penyakit

Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya

malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Saifudin, 2010).

Kehamilan dengan penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan (Manuaba, 2010).

Hipertensi yang menyertai kehamilan adalah hipertensi yang telah ada sebelum kehamilan. Hipertensi dalam kehamilan yang disertai proteinuria dan edema maka disebut pre-eklamsi. Penyebab utama hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi esensial dan penyakit ginjal (Manuaba, 2010).

Diabetes dalam kehamilan telah lama diketahui sebagai masalah serius baik bagi ibu dan janin. Pada masa sebelum ditemukan insulin, ibu mengidap diabetes jarang menjadi hamil. mereka yang hamil jarang mencapai kehamilan cukup bulan. Penanganan Pengidap penyakit diabetes telah membaik selama 50 tahun terakhir. Lindsay dalam Wylie (2010) menyimpulkan bahwa lahir mati, mortalitas perinatal, dan abnormalitas kongenital tetap 2-5 kali lebih sering dibandingkan kehamilan yang tidak diperumit oleh diabetes (Wylie dan Bryce, 2010).

Malaria meningkatkan risiko anemia ibu, prematuritas, dan berat badan lahir rendah pada kehamilan pertama. Infeksi HIV juga meningkatkan risiko komplikasi malaria. Hepatitis virus

dalam kehamilan merupakan keadaan yang meningkatkan *case fatality rate* 35 kali daripada ibu tidak hamil. Hepatitis virus umumnya terjadi pada trimester ketiga kehamilan, dapat menyebabkan persalinan prematur, gagal hati, perdarahan dan janin pada umumnya sulit diselamatkan. (Saifudin, 2010)

#### 4) Riwayat komplikasi kehamilan dan persalinan sebelumnya

Menurut Manuaba, ibu hamil yang memiliki risiko tinggi adalah ibu hamil dengan riwayat komplikasi kehamilan seperti keguguran berulang, sering mengalami perdarahan saat hamil dan terjadi infeksi saat hamil serta ibu hamil dengan riwayat komplikasi persalinan seperti persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan perdarahan postpartum dan persalinan dengan tindakan (ekstraksi forseps, ekstraksi vakum letak sungsang, operasi sesar). (Manuaba, 2010)

#### b. Status Reproduksi

Status reproduksi yang berperan penting terhadap kejadian kematian ibu adalah umur ibu hamil, jumlah kelahiran, jarak kehamilan dan status perkawinan ibu (McCharty dan Maine, 1992)

##### 1) Umur

Faktor tidak langsung kematian ibu diantaranya adalah faktor usia terlalu tua yaitu usia diatas 35 tahun dan usia terlalu muda yaitu usia dibawah 20 tahun. Di Indonesia 1 dari 10 kehamilan terjadi pada remaja berusia 15-19 tahun. Kehamilan remaja berusia dibawah 18 tahun berdampak negatif pada

kesehatan. Risiko kesakitan dan kematian yang terjadi 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan kehamilan pada usia yang lebih matang. (WHO. 2018 dan GKIA, 2016)

Usia diatas 20 tahun dan dibawah 35 tahun adalah usia yang ideal bagi wanita untuk hamil. Wanita usia dibawah 20 tahun memiliki risiko yang tinggi apabila hamil karena organ reproduksi untuk gadis dibawah 20 tahun belum siap untuk berhubungan seks atau mengandung sehingga jika terjadi kehamilan berisiko mengalami tekanan darah tinggi (karena tubuhnya tidak kuat), kelahiran prematur, berat bayi lahir rendah, dan berisiko terkena penyakit kanker serviks. (Dewi, 2016)

Kehamilan pada usia diatas 35 tahun juga merupakan risiko tinggi untuk hamil, karena organ reproduksi wanita yang sudah mengendur, banyak penyakit yang menghampiri seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes mellitus sehingga wanita harus berhati-hati ketika memutuskan melahirkan diatas usia 35 tahun. Wanita hamil usia diatas 35 tahun biasanya dokter menyarankan untuk sering *check up* kehamilan atau menjalani serangkaian test, konseling genetik dan skrining kendala-kendala yang mungkin terjadi pada wanita hamil usia diatas 35 tahun. (Dewi, 2016)

## 2) Paritas

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas  $\leq 1$  (belum pernah melahirkan/ baru melahirkan pertama kali) dan paritas  $> 4$  memiliki angka

kematian maternal lebih tinggi. (Saifudin, 2010). Paritas  $\leq 1$  dan usia muda berisiko karena ibu belum siap secara medis maupun secara mental, sedangkan paritas di atas 4 dan usia tua, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. (Fibriana, 2007)

Kehamilan kedua atau ketigapun jika kehamilannya terjadi pada keadaan yang tidak diharapkan (gagal KB, ekonomi tidak baik, interval terlalu pendek), dapat meningkatkan risiko kematian maternal. Paritas lebih dari 4 juga merupakan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu di Indonesia (GKIA, 2016)

### 3) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) merupakan faktor tidak langsung penyebab kematian ibu di Indonesia. Jarak antar kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi. (GKIA, 2016)

### 4) Status perkawinan

Status perkawinan yang mendukung terjadinya kematian maternal adalah status tidak menikah. Status ini merupakan indikator dari suatu kehamilan yang tidak diharapkan atau direncanakan. Wanita dengan status perkawinan tidak menikah pada umumnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan antenatal, yang mengakibatkan tidak terdeteksinya

kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi. (WHO dalam Fibriana, 2007)

c. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Hal ini meliputi antara lain keterjangkauan lokasi tempat pelayanan kesehatan, dimana tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis/sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan, jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia dan keterjangkauan terhadap informasi. Umumnya kematian maternal di negara – negara berkembang, berkaitan dengan setidaknya satu dari tiga keterlambatan (*The Three Delay Models*).

Keterlambatan pertama sering dipengaruhi lambat nya pengambilan keputusan dari pihak keluarga. Pengenalan tanda bahaya oleh tenaga kesehatan juga memengaruhi ketepatan waktu pengambilan keputusan merujuk. (GKIA, 2016)

Keterlambatan kedua sering dipengaruhi hambatan biaya dan transportasi dalam mendapatkan pelayanan. Masyarakat di Indonesia belum semua memanfaatkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena masih ada ketakutan bahwa petugas akan meminta tambahan biaya serta akan adanya perlakuan serta kualitas pelayanan kesehatan jika menggunakan JKN. (GKIA, 2016)

Keterlambatan ketiga terkait dengan lambat nya tenaga kesehatan di fasilitas dalam menangani kasus-kasus rujukan. Ini menjadi indikator masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Kemenkes dalam GKIA, 2016)

d. Perilaku Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi perilaku penggunaan alat kontrasepsi, dimana ibu yang mengikuti program Keluarga Berencana (KB) akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber KB, perilaku pemeriksaan antenatal, dimana ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya, penolong persalinan, dimana ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan, serta tempat persalinan, dimana persalinan yang dilakukan di rumah akan menghambat akses untuk mendapatkan pelayanan rujukan secara cepat apabila sewaktu-waktu dibutuhkan. (WHO dalam Fibriana, 2007).

Menurut Arsmstrong (1998) program KB memungkinkan wanita untuk merencanakan kehamilan sedemikian rupa sehingga dapat menghindari kehamilan pada usia tertentu atau jumlah persalinan yang membawa bahaya tambahan, dan dengan cara menurunkan tingkat kesuburan secara umum, yaitu dengan mengurangi jumlah kehamilan. Di samping itu, program KB dapat mengurangi jumlah kehamilan yang tidak diinginkan sehingga mengurangi praktik pengguguran yang ilegal, berikut kematian yang ditimbulkannya. Fibriana (2007) mengungkapkan bahwa ibu yang tidak pernah KB memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 33,1 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang mengikuti program KB.

Pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janinnya secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan terdidik dalam bidang kebidanan, yaitu bidan, dokter dan perawat yang sudah terlatih. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat. Pemeriksaan antenatal dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan sebelum 14 minggu), satu kali selama trimester kedua (antara 14 sampai dengan 28 minggu), dan dua kali selama trimester ketiga (antara minggu 28 s/d 36 minggu dan setelah 36 minggu). Pemeriksaan antenatal dilakukan dengan standar '5 T' yang meliputi : timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi tetanus toksoid, dan 5) pemberian tablet tambah darah 90 tablet selama hamil (Depkes RI dalam Widaryatmo, 2010).

WHO (1999) menemukan bahwa sebagian besar komplikasi obstetri terjadi pada saat persalinan berlangsung. Untuk itu diperlukan tenaga profesional yang dapat secara cepat mengenali adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan sekaligus melakukan penanganan tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu. Angka kematian maternal akan dapat diturunkan secara adekuat apabila 15% kelahiran ditangani oleh dokter dan 85% ditangani oleh bidan. Rasio ini paling efektif bila bidan dapat menangani persalinan

normal, dan dapat secara efektif merujuk 15% persalinan yang mengalami komplikasi kepada dokter.

### 3. Determinan jauh

Determinan jauh ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian maternal, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, dan faktor-faktor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian maternal.

#### a. Pendidikan

Termasuk dalam determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, dimana wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Ibu-ibu terutama di daerah pedesaan atau daerah terpencil dengan pendidikan rendah, tingkat independensinya untuk mengambil keputusanpun rendah. Pengambilan keputusan masih berdasarkan pada budaya 'berunding' yang berakibat pada keterlambatan merujuk. Rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan mendasari pemanfaatan sistem rujukan yang masih kurang. Ditemukan bahwa faktor yang berpengaruh paling penting dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan antenatal adalah pendidikan. 90% wanita yang

berpendidikan minimal sekolah dasar telah mencari pelayanan kesehatan antenatal. (Saifudin, 2010)

Tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah, 2012). Penelitian yang dilakukan di RSUD DR. Soesilo Slawi menemukan bahwa pendidikan ibu  $\leq$  SMP memiliki risiko 3,818 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang memiliki pendidikan  $>$  SMP. (Ien dan Fibriana, 2017)

b. Pendapatan

Kemiskinan dapat menjadi sebab rendahnya peran serta masyarakat pada upaya kesehatan. Kematian maternal sering terjadi pada kelompok miskin, tidak berpendidikan, tinggal di tempat terpencil, dan mereka tidak memiliki kemampuan untuk memperjuangkan kehidupannya sendiri. Wanita-wanita dari keluarga dengan pendapatan rendah memiliki risiko kurang lebih 300 kali untuk menderita kesakitan dan kematian maternal bila dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendapatan yang lebih baik.

Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Ibu hamil yang lebih tinggi sosial ekonominya akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Ibu hamil yang lebih rendah ekonominya maka ia akan mendapat banyak kesulitan, terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer. (Jannah, 2012)

c. Wilayah Tempat Tinggal

Letak geografis sangat menentukan terhadap pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan *antenatal care*. Ibu hamil yang tinggal di wilayah terpencil umumnya desa-desa yang masih terisolasi dan transportasi yang sulit terjangkau, sehingga untuk menempuh perjalanan ke tempat pelayanan kesehatan akan memerlukan waktu yang lama, sementara ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya (Meilani,dkk, 2009). Kejadian kematian ibu lebih tinggi pada wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan di antara komunitas yang lebih miskin. (WHO. 2018)

**E. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu**

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kematian ibu. Pada tahun 1987 untuk pertama kalinya di tingkat internasional diadakan konferensi tentang kematian ibu di Nairobi, Kenya. Tahun 1990 diadakan *World Summit for Children* di New York, Amerika Serikat yang membuahkan tujuh tujuan utama, diantaranya menurunkan angka kematian ibu menjadi separuh pada tahun 2000. Pada konferensi tersebut hadir wakil dari 127 negara. Tahun 1994, diadakan pula *International Conference on Population and Development (ICPD)* di Kairo, Mesir yang menyatakan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi pria dan wanita sangat vital bagi pembangunan sosial dan pengembangan SDM. Tahun 1995 di Beijing, Cina diadakan *Fourth World Conference on Women*. Tahun 1997 di Colombo, Sri Lanka diselenggarakan *Safe Motherhood Technical Consultation*. (Saifudin, 2009). Konferensi yang terakhir, yaitu *The Millenium Summit in 2000*, dimana

semua anggota PBB berkomitmen pada *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan tiga perempat angka kematian pada tahun 2015 dan untuk membangun upaya yang telah dilakukan dalam MDGs, WHO mencanangkan agenda baru yakni *Sustainable Development Goals* (SDGs) berupa pembangunan berkelanjutan dengan salah satu targetnya menurunkan AKI dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup hingga tahun 2030 (WHO, 2015)

Indonesia telah mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia sehat 2010 pada 12 Oktober 2000, sebagai bagian dari program *Safe Motherhood*. Tujuan dari *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama yaitu melindungi hak reproduksi dengan mengurangi beban kesakitan, kecacatan, dan kematian berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang seharusnya tidak perlu terjadi. (Martadisoebrata, Sastrawinata dan Saifudin, 2011)

*Safe Motherhood* merupakan upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya sehat dan aman, serta melahirkan bayi yang sehat. Tujuan upaya *Safe Motherhood* adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil, bersalin dan nifas, dan menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir. Upaya ini terutama ditujukan pada negara yang sedang berkembang karena 99% kematian ibu di dunia terjadi di negara-negara tersebut. (Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Intervensi strategis dalam upaya *Safe Motherhood* dinyatakan sebagai empat pilar *Safe Motherhood*, yaitu :

1. Keluarga Berencana, yang memastikan bahwa setiap orang/pasangan memiliki akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak. Adanya KB diharapkan tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan, yaitu kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu”, yaitu terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak
2. Pelayanan antenatal, untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.
3. Persalinan yang aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan memiliki pengetahuan, ketrampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
4. Pelayanan obstetri esensial, memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya.