

Bab II

Tinjauan Pustaka

A. Program EMAS

1. Definisi

Expanding Maternal And Neonatal Survival (EMAS) adalah program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang didanai oleh *United States Agency for International Development* (USAID), yang diluncurkan pada tahun 2011. Program 5 tahun (2011-2016) ini bekerja untuk mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir di enam provinsi di Indonesia yang berkontribusi terhadap 50% kematian ibu dan bayi baru lahir. Enam provinsi tersebut adalah Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur (Kemenkes, 2016).

Demi peningkatan layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, program EMAS bermitra dengan instansi pemerintah (nasional, provinsi, dan kabupaten), organisasi kemasyarakatan, fasilitas kesehatan milik negara dan swasta, organisasi kesehatan profesional, serta sektor swasta. Program EMAS sendiri merupakan jalinan kemitraan dari lima organisasi yaitu: *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO), Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK), Muhammadiyah, *Save the Children*, dan *Research Triangle Institut* (RTI) (Kemenkes, 2016).

Program EMAS berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi dengan cara :

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK.
- b. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit (Kemenkes, 2016).

2. Tujuan program EMAS

Program EMAS memiliki dua tujuan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Secara umum tujuan program EMAS adalah ikut berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25%. Secara khusus, program EMAS bertujuan untuk perbaikan kualitas, penguatan rujukan dan penguatan akuntabilitas. Tiga tujuan ini merupakan parameter dalam pelaksanaan program EMAS yang dinilai dengan alat pantau kinerja klinis (APKK) dan alat pantau kinerja rujukan (APKR) (Rahmi *et al.*, 2016).

- a. Perbaikan kualitas pelayanan

Program EMAS menitikberatkan diri pada peningkatan kualitas penanganan di fasilitas kesehatan. Dengan penerapan serangkaian intervensi yang tepat sasaran dan sarat guna, program EMAS mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir, diantaranya :

- 1) Meningkatkan ketangkasan klinis dan perbaikan sistem tata kelola klinis Puskesmas dan RSUD.

- 2) Memastikan bahwa rumah sakit dan puskesmas mampu dan bertanggungjawab memberikan pelayanan yang bermutu untuk menangani keadaan-keadaan darurat terkait ibu dan bayi.
- 3) Memastikan bahwa dalam keadaan-keadaan darurat, wanita hamil dan bayi dikirim ke sarana kesehatan yang memadai secara tepat waktu, lengkap dengan perawatan penyelamat nyawa saat menuju ke Rumah Sakit (Kemenkes, 2016).

b. Penguatan sistem rujukan

Lemahnya sistem rujukan di Indonesia merupakan penghalang dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Program EMAS berkonsentrasi untuk memastikan bahwa wanita hamil serta anak yang baru lahir datang ke fasilitas kesehatan yang memadai secara tepat waktu dan memperoleh perawatan penyelamat nyawa saat komplikasi terjadi (Kemenkes, 2016). Untuk melakukannya, fokus program EMAS pada :

- 1) Memperbaiki dan memperkuat jaringan antar rumah sakit dan puskesmas menggunakan teknologi berbasis web dan ponsel sederhana untuk meningkatkan komunikasi, memperpendek waktu perujukan, dan memastikan pasien distabilkan kondisinya.
- 2) Menetapkan sekumpulan standar dan audit berkala yang dapat membantu pihak kabupaten untuk mengenali dan memantau semua kelebihan dan kekurangan dalam sistem perujukan dan memastikan dibuatnya kebijakan dan standar pelayanan yang sesuai.

- 3) Mengurangi halangan keuangan dan memastikan semua orang punya akses setara untuk memperoleh jaminan sosial (Kemenkes, 2016).

c. Penguatan akuntabilitas

Akuntabilitas adalah komponen inti dari sebuah sistem kesehatan yang berkualitas. Pranata-pranata akuntabilitas dapat menjamin bahwa pemerintah, penyedia jasa kesehatan dan yang lainnya mampu memegang tanggung jawab untuk menyediakan perawatan klinis yang bermutu, menempatkan sumber daya dengan tepat, dan menjamin ketersediaan akses pelayanan yang baik dan tepat waktu bagi semua orang yang membutuhkannya (Kemenkes, 2016).

Program EMAS berperan dalam menempatkan mekanisme yang membangun akuntabilitas di berbagai jenjang dalam sistem kesehatan. Pendekatan yang diterapkan program EMAS membangun akuntabilitas di dalam fasilitas kesehatan itu sendiri, dan juga institusi pemerintah lain yang terkait, serta mendorong keikutsertaan masyarakat dalam keseluruhan prosesnya (Kemenkes, 2016).

3. Target Program EMAS

Adapun target dari pelaksanaan program EMAS yaitu :

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di fasilitas kesehatan.
- 2) Meningkatkan sistem rujukan yang efektif, efisien, berkualitas dan aman dalam kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

- 3) Angka kematian ibu dan bayi akan turun pada tahun 2015 dan akan memenuhi target dari MDGs (Effek Alamsyah, 2012).

4. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program

Pada penelitian ini fokus penelitian lebih tertuju pada instansi pelaksana program EMAS yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan beserta jajarannya untuk menggali faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Pekalongan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini penulis menggunakan teori George C. Edwards III yaitu teori implementasi kebijakan publik. Menurut George C. Edwards III dalam Laily (2016), berhasil atau tidaknya suatu implementasi program dapat dipengaruhi oleh 4 faktor utama yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan birokrasi.

a. Komunikasi

Komunikasi terdiri dari transmisi, kejelasan, dan konsistensi perintah dan arahan kebijakan. Dimensi transmisi menghendaki agar kebijakan di komunikasikan terlebih dahulu kepada seluruh pelaksana terkait. Dimensi kejelasan menghendaki perintah dan arahan kebijakan dikomunikasikan dengan jelas agar tidak terjadi kesalahan penafsiran diantara pelaksana. Konsistensi menghendaki setiap perintah dan arahan harus konsisten agar tidak menimbulkan kebingungan diantara para pelaksana (Winarno, 2012).

b. Sumber Daya

Dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan, instansi harus terlebih dahulu memiliki sumber daya yang memadai baik sumber daya fasilitas, kewenangan, finansial dan staff. Khusus untuk sumber daya staff atau manusia, selain jumlahnya harus mencukupi, kualitas SDM juga harus mencukupi (Winarno, 2012).

c. Disposisi atau Sikap

Variabel disposisi menghendaki bahwa keberhasilan implementasi sebuah kebijakan harus dipenuhi dengan adanya sikap baik yang ditunjukkan oleh para pelaksana. Hal ini memperbesar kemungkinan suatu kebijakan ditaati dan dilaksanakan dengan sepenuh hati (Winarno, 2012).

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi menghendaki bahwa agar kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik maka harus memiliki *standart operating procedures* (SOP) yang efisien dan tidak berbelit-belit, sehingga para pelaksana dapat dengan mudah melaksanakannya. Selain itu, dalam pelaksanaan sebuah kebijakan sebaiknya *fragmentasi* dapat ditekan sehingga kebijakan dapat berjalan secara efektif (Winarno, 2012).

B. Definisi

1. Kematian Ibu

Menurut WHO dalam Say dkk (2014), kematian ibu adalah kematian seorang wanita selama masa kehamilan atau selama 42 hari setelah masa kehamilan tanpa mempedulikan durasi atau tempat persalinan. Kematian ibu diklasifikasikan dalam 2 kelompok, yaitu kematian ibu langsung (*direct obstetric deaths*) dan kematian ibu tidak langsung (*Indirect obstetric deaths*) (Kassebaum *et al.*, 2014).

- a. Kematian ibu langsung (*direct obstetric deaths*), yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau setelah masa kehamilan selama 42 hari terlepas dari durasi dan tempat persalinan yang disebabkan oleh sesuatu yang terkait atau diperparah oleh kehamilan atau pengelolaannya, tetapi bukan penyebab kecelakaan atau *insidental* (Dadelszen dan Magee, 2017).
- b. Kematian ibu tidak langsung (*indirect obstetric deaths*), yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau setelah masa kehamilan selama 42 hari yang disebabkan oleh penyakit atau penyakit yang ada sebelumnya yang berkembang selama kehamilan, dan bukan disebabkan oleh obstetrik langsung (Nair *et al.*, 2017).

Definisi tersebut menjelaskan bahwa kematian ibu mengandung pengertian yang luas, tidak hanya terkait kematian ibu selama proses persalinan akan tetapi juga terakit dengan kematian ibu selama masa kehamilan dan nifas atau pengelolaannya (Kemenkes, 2016).

2. Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi / *Infant Mortality Rate* (IMR) yaitu jumlah kematian bayi yang berusia 0-12 bulan per 1.000 kelahiran hidup dalam waktu satu tahun (Dinkes, 2014). Angka Kematian Bayi menunjukkan berbagai permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian, status gizi ibu hamil, tingkat pelayanan antenatal, tingkat keberhasilan program KIA dan KB, serta kondisi sosial ekonomi dan lingkungan. Apabila di suatu wilayah memiliki AKB yang tinggi, maka status kesehatan di wilayah tersebut rendah (Dinkes, 2014).

C. Faktor risiko kematian ibu dan bayi

1. Faktor risiko kematian ibu

Menurut McCarthy dan Maine (1992) dalam Aeni (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi kematian Ibu dibagi menjadi 3 kelompok yaitu determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh.

a. Determinan dekat

Faktor yang paling dekat dengan kematian ibu (determinan dekat) adalah kehamilan dan komplikasinya, baik komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan atau komplikasi masa nifas dimana ketiganya biasa disebut dengan komplikasi kebidanan (Kemenkes, 2016). Determinan dekat merupakan penyebab yang berhubungan langsung dengan kematian ibu yang berupa gangguan obstetrik seperti perdarahan, *preklamsi/eklamsi*, dan infeksi penyakit

yang diderita ibu sebelum atau selama masa kehamilan yang dapat memperburuk kondisi kehamilan seperti jantung, malaria, ginjal, TBC, dan AIDS (Aeni, 2013).

1) Komplikasi kehamilan

Komplikasi kehamilan adalah kegawatdaruratan obstetrik yang dapat mengancam kematian pada ibu dan bayi (Werdiyanti *et al.*, 2017). Sebesar 20% kehamilan diprediksi akan mengalami komplikasi. Komplikasi yang tidak segera tertangani dapat menimbulkan kematian, namun sebagian besar dari komplikasi dapat di tangani dan dapat dicegah (Kemenkes, 2016). Berbagai komplikasi kehamilan yang dapat menyebabkan terjadinya kematian ibu yaitu *hiperemis gravidarum*, *pre-eklampsia* dan *eklampsia*, kelainan dalam lamanya kehamilan, kehamilan *ektopik*, kelainan plasenta dan selaput janin, perdarahan *antepartum*, serta kehamilan kembar (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

Tanda bahaya kehamilan merupakan awal dari terjadinya komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan merupakan langkah awal untuk mencegah atau menangani terjadinya komplikasi kehamilan. Adapun tanda bahaya kehamilan yaitu perdarahan pervaginaan, *hiperemis gravidarum*, *preeklamsi* dan *eklamsi*, ketuban pecah dini, sakit kepala yang lebih dari biasa, gangguan penglihatan,

pembengkakan pada wajah dan tangan, nyeri abdomen, serta janin tidak bergerak seperti biasanya (Yulanda dan Dewi, 2015).

2) Komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan yaitu kondisi yang mengancam jiwa ibu atau pun janin karena suatu gangguan selama proses persalinan. Komplikasi persalinan merupakan salah satu penyebab terbesar kematian di Indonesia (Kasminawati *et al.*, 2016). Komplikasi persalinan dapat dicegah melalui deteksi dini seperti halnya dalam komplikasi kehamilan. Status gizi, penyakit ibu, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dengan tindakan, kualitas *antenatal care*, dan penolong persalinan merupakan faktor-faktor penting yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan (Kasminawati *et al.*, 2016).

3) Komplikasi masa nifas

Masa nifas yaitu masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi. Periode masa nifas merupakan masa kritis baik ibu maupun bayi, dan bila tidak ditangani dengan segera akan mengakibatkan kematian pada ibu. Proses perubahan pada periode nifas seharusnya berjalan normal. Namun, jika tidak diperhatikan oleh ibu nifas untuk ditangani secara efektif dapat membahayakan kesehatan seperti perdarahan sebagai

komplikasi nifas, bahkan bisa berakibat fatal yang menyebabkan kematian ibu (Hapsari *et al.*, 2015).

b. Determinan antara

Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh determinan antara yang berhubungan dengan faktor kesehatan seperti status kesehatan ibu, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan perilaku penggunaan fasilitas kesehatan (Aeni, 2013).

1) Status kesehatan ibu

a) Status gizi

Saat ini, masyarakat terus mengalami kesenjangan kesehatan khususnya untuk ibu hamil. Intervensi terhadap nutrisi selama kehamilan dapat memperbaiki hasil kesehatan ibu dan bayinya (Ashman *et al.*, 2017). Fokus nutrisi ibu terutama mengenai pencegahan kekurangan gizi (*makro* dan *mikronutrien*), yang berpengaruh pada kurangnya peningkatan berat badan dan luaran janin yang kurang optimal. Selain itu, perhatian terfokus pula pada masalah *obesitas* dan kelebihan berat badan ibu hamil yang berpengaruh terhadap kehamilan. Kedua keadaan tersebut (kelebihan dan kekurangan) berpengaruh pada kehamilan serta meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan, mulai dari infeksi karena rendahnya imunitas sampai penyakit metabolik karena *obesitas* (Pribadi *et al.*, 2015).

Secara umum, penyebab kekurangan gizi pada ibu yaitu kebanyakan ibu mengonsumsi makanan yang tidak memenuhi syarat pemenuhan gizi (Goni *et al.*, 2013). Menurut anjuran WHO, jumlah tambahan sebesar 150 Kkal sehari pada trimester I, dan 350 Kkal pada trimester II dan III (Goni *et al.*, 2013). Kondisi pada saat ini menunjukkan bahwa meskipun semua orang di Indonesia sudah mengetahui akan manfaat gizi selama kehamilan, tetapi sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi (Goni *et al.*, 2013).

b) Status anemia

Zat besi memiliki peran penting terhadap pertumbuhan janin. Selama hamil, asupan zat besi harus selalu ditambah karena selama masa kehamilan volume darah pada ibu meningkat sehingga untuk tetap memenuhi kebutuhan ibu dan menyuplai makanan serta oksigen melalui plasenta dibutuhkan zat besi yang lebih banyak. Kekurangan zat besi akan menyebabkan anemia karena zat besi merupakan komponen utama dalam pembentukan sel darah merah (*hemoglobin*) (Kemenkes, 2014).

Kondisi anemia berhubungan dengan gejala kelemahan badan dan mudah lelah, yang timbul sebelum penyebab gejala tersebut terdiagnosis. Pada saat ini, telah berkembang teori bahwa terjadi anemia bila terdapat defisiensi besi yang akan menyebabkan penurunan fungsi tubuh (Pribadi *et al.*, 2015).

Anemia merupakan penyebab utama kematian ibu yang terjadi di negara-negara berkembang. Kondisi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko kelahiran *prematurn*, kematian *perinatal*, serta kematian *neonatal* (Rahman *et al.*, 2016).

c) Riwayat penyakit ibu

Ibu yang memiliki riwayat penyakit seperti penyakit jantung, selain rentan mengalami komplikasi jantung berupa *aritmia* dan gagal jantung, kondisi ini juga rentan untuk mengalami komplikasi obstetrik seperti *preeklamsi* dan komplikasi *neonatal* seperti bayi lahir *prematurn* dan kematian bayi. Pada kehamilan 34-36 minggu, terjadi peningkatan aktivitas jantung yang ditandai dengan peningkatan frekuensi denyut jantung dan nadi rata-rata 88 kali permenit. Pada jantung normal tidak menjadi masalah, tetapi pada ibu dengan penyakit jantung, dapat menyebabkan *dekompensasi cordis* (Aeni, 2013).

2) Status reproduksi

a) Usia ibu

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian *maternal* pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian *maternal* yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

b) Paritas dan jarak kehamilan

Salah satu penyebab kematian *maternal* adalah kriteria “4 terlalu” yang meliputi terlalu tua pada saat melahirkan (>35 tahun), terlalu muda pada saat melahirkan (<20 tahun), terlalu banyak anak (> 4 anak), dan terlalu rapat jarak kehamilan (<2 tahun) (Prihandini *et al.*, 2016). Paritas menunjukkan berapa jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita (Handayani, 2015).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Semakin tinggi paritas, semakin tinggi angka kematian *maternal*. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan (Wiknjastro *et al.*, 2005).

c) Akses terhadap pelayanan kesehatan dan tempat persalinan

Tempat kematian ibu menggambarkan tingkat pelayanan kesehatan yang di dapat selama sakit. Kematian di fasilitas kesehatan menunjukkan adanya upaya ibu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, yaitu adanya upaya rujukan bagi ibu yang bersalin karena masalah obstetrik. Jika kematian ibu terjadi di rumah, hal ini menunjukkan adanya masalah

pelayanan kesehatan, terutama keterbatasan akses (Irianto *et al.*, 2014).

Wanita yang tinggal di pedesaan terpencil dan tanpa akses terhadap transportasi dan telekomunikasi memiliki kemungkinan akan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Hal ini terkait dengan “tiga penundaan”, yang didefinisikan sebagai penundaan untuk mencari pertolongan jika terjadi komplikasi, penundaan karena ketidaktahuan untuk mengenali tanda bahaya, dan penundaan dalam mencapai rujukan (Bazar, 2016).

3) Perilaku penggunaan fasilitas kesehatan

a) Riwayat penggunaan KB

Program keluarga berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya untuk ibu dengan klasifikasi 4T. Klasifikasi 4T terdiri dari terlalu muda melahirkan (kurang dari 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak kelahiran, dan terlalu tua melahirkan (diatas 35 tahun) (Kemenkes, 2014).

KB merupakan cara yang paling efektif dalam meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Sasaran program KB adalah pasangan usia subur (PUS) yang lebih dititik beratkan pada wanita usia subur (WUS) yang berada pada rentang usia 15-49 tahun (Kemenkes, 2014).

b) Pemeriksaan antenatal (*antenatal care*)

Antenatal care yaitu perawatan yang ditujukan kepada ibu hamil, yang bukan saja bila ibu sakit dan memerlukan perawatan, tetapi juga pengawasan dan penjagaan wanita hamil agar tidak terjadi kelainan sehingga didapatkan anak dan ibu yang sehat (Jekti and Mutiatikum, 2011). Tujuan dilakukannya *antenatal care* yaitu untuk memantau kemajuan kehamilan dan memastikan kesehatan ibu serta tumbuh kembang bayi, selain itu juga untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu (Jekti dan Mutiatikum, 2011).

Disamping itu, *antenatal care* juga bertujuan untuk mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil. Hal ini termasuk riwayat penyakit semasa hamil yang meliputi riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat, baik bayi ataupun ibunya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kesehatan bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal (Jekti dan Mutiatikum, 2011).

c) Pelaksanaan rujukan

Tempat kematian ibu di rumah sakit merupakan proksi pelayanan kesehatan ibu yang baik karena telah memberikan kesempatan kepada ibu untuk mencapai usaha yang maksimal dan memberi kesempatan yang besar kepada ibu untuk mendapatkan pelayanan hingga akhir hidupnya. Dalam hal ini menjadi kewajiban bagi pelayanan kesehatan di tingkat desa untuk melakukan rujukan jika ditemukan ibu memerlukan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Secara umum, menurut tempat meninggal kematian ibu terbanyak terjadi di rumah sakit (59,7%) dengan demikian masih ada 40% kematian ibu yang diluar rumah sakit, ini dapat berarti masih mungkin dilakukan rujukan ke rumah sakit sebelum meninggal (Irianto *et al.*, 2014).

d) Cara persalinan

Ada dua cara persalinan, yaitu persalinan melalui vagina atau yang disebut dengan persalinan alami dan persalinan melalui insisi/pembedahan di dinding abdomen (*laparotomi*) dan melalui dinding uterus (*histerektomi*) (Sumelung *et al.*, 2014). *Sectio caesarea* merupakan proses melahirkan janin, plasenta dan selaput ketuban melalui dinding perut dengan cara membuat irisan pada dinding perut rahim. *Sectio caesarea* dapat dilaksanakan bila ibu sudah tidak dapat melahirkan melalui proses alami (Bagindo *et al.*, 2015).

e) Penolong pertama persalinan

Tenaga dukun bayi sejak dulu sampai sekarang memegang peranan penting dalam hal kebidanan di wilayah tertentu khususnya pedesaan (Lestaria *et al.*, 2017). Padahal, persalinan oleh dokter atau bidan akan lebih aman bila dibandingkan dengan dukun bayi atau tenaga non medis lainnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap tingkat kematian ibu dan bayinya. Hasil Riset kesehatan dasar 2013, secara nasional 70,4% persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan, dan 87,1% dilakukan oleh penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis, dokter, atau bidan) (Hapsari *et al.*, 2015).

f) Keterlambatan rujukan

Ada beberapa hal yang menyebabkan tidak dilakukannya rujukan ke rumah sakit. Hal yang paling umum terjadi diakibatkan oleh terlambat dalam mengambil keputusan oleh keluarga atau terlambat menyarankan pada keluarga (terlambat tipe 1), atau tidak dapat mencapai rumah sakit walau sudah mengambil keputusan (terlambat tipe 2) yang umumnya disebabkan karena transportasi. Terlambat melakukan rujukan tipe 3 terjadi pada ibu yang sudah dirujuk ke rumah sakit akan tetapi rumah sakit sudah tidak mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan pertolongan dan pada akhirnya ibu meninggal,

atau rumah sakit tidak mempunyai sarana yang memadai (Irianto *et al.*, 2014).

c. Determinan jauh

Determinan jauh berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural. Adapun yang termasuk faktor determinan jauh meliputi kesadaran masyarakat yang rendah terhadap kesehatan ibu hamil, pemberdayaan perempuan yang tidak baik, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi, keluarga, lingkungan masyarakat dan politik, serta kebijakan (Aeni, 2013).

1) Tingkat pendidikan ibu

Tingkat pendidikan ibu secara tidak langsung berpengaruh terhadap kematian ibu dan bayi. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di 373 *research medical center* di 24 negara, menunjukkan bahwa wanita dengan jumlah pendidikan antara 1 dan 6 tahun memiliki resiko kematian dua kali lipat dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih dari 12 tahun (Bazar, 2016).

2) Status pekerjaan dan Jumlah pendapatan keluarga

Status pekerjaan suami dan istri juga mempengaruhi kondisi kehamilan dan bisa menyebabkan kematian ibu atau bayi karena berkaitan dengan faktor sosioekonomi keluarga. Faktor sosioekonomi berpengaruh terhadap akses seorang perempuan dalam mendapatkan pendidikan, gizi yang baik, dan pelayanan

kesehatan yang baik pula. Apabila ketiga akses tersebut tidak dapat terpenuhi maka meningkatkan resiko terjadinya kematian ibu dan bayi (Bazar, 2016).

3) Wilayah tempat tinggal

Wanita yang berada di luar wilayah kota atau berada di pedesaan ataupun pedalaman memiliki resiko kematian *maternal* 7,41 kali lebih besar dibandingkan wanita yang tinggal di wilayah perkotaan (Bazar, 2016). Kaitan dengan pelayanan kesehatan yaitu dengan keterbatasan akses pelayanan kesehatan juga merupakan faktor yang mempengaruhi meninggalnya ibu di tempat tinggalnya (Irianto *et al.*, 2014).

2. Faktor Risiko kematian bayi

Ada berbagai faktor yang secara langsung mempengaruhi kematian bayi, meliputi karakteristik ibu seperti umur, paritas, jarak kehamilan, kondisi ibu saat hamil dan faktor sosial ekonomi. Ada juga faktor bayi dan pemberi pelayanan kesehatan (Wandira dan Indawati, 2012). Beberapa faktor tersebut antara lain :

a. Faktor Ibu

Faktor ibu yang mempengaruhi kematian bayi meliputi karakteristik ibu seperti umur, paritas, jarak kehamilan, kondisi ibu saat hamil dan faktor sosial ekonomi.

1) Umur Ibu

Berdasarkan peristiwa kematian bayi, persentase terbesar untuk ibu yang mengalami kematian bayi terdapat pada kelompok usia 17-23 tahun, yaitu dengan persentase sebesar 61,03% atau lebih dari setengah dari jumlah kejadian kematian yang ada. Hal ini berkaitan dengan usia ibu yang melakukan perkawinan di usia subur jumlahnya paling banyak, sedangkan untuk usia di bawah 20 tahun dianggap masih belum siap akan mempunyai dan merawat anak, juga dikarenakan usia di bawah 20 tahun memiliki resiko melahirkan yang membahayakan untuk kesehatan bayi maupun kesehatan ibu (Ashani dan Rofi, 2012).

2) Paritas dan jarak kehamilan

Paritas dan jarak kehamilan yang terlalu dekat, merupakan salah satu penyebab kematian ibu maupun bayi. Ditinjau dari sudut kematian *maternal*, paritas 2-3 merupakan paritas paling aman. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian *maternal* lebih tinggi. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan. Semakin tinggi paritas, semakin tinggi angka kematian maternal. Risiko pada paritas 1 dapat ditangani apabila ibu mendapat asuhan obstetrik yang lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

3) Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi seperti pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan, gizi dan kesehatan lingkungan, kepercayaan, nilai-nilai, dan kemiskinan merupakan faktor yang mempengaruhi *mortalitas* dalam masyarakat (Aisyan *et al.*, 2013). Transportasi yang sulit dan pantangan makan makanan tertentu pada wanita hamil juga merupakan faktor-faktor yang ikut berperan (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

4) Kondisi Saat hamil

Kondisi yang didapat saat hamil seperti status kesehatan yang berisiko, status gizi yang kurang serta kehamilan yang tidak diharapkan dapat mempengaruhi kematian bayi (Wandira dan Indawati, 2012).

b. Kondisi Bayi

Faktor yang mempengaruhi kematian bayi dilihat dari faktor bayi diantaranya bayi yang berat badan lahir kurang dari 2.500 gram, dan bayi yang dilahirkan dari kehamilan kurang dari 37 minggu atau lebih dari 42 minggu serta bayi yang lahir dengan infeksi intra partum, trauma lahir, atau kelainan kongenital (Murwati *et al.*, 2015). Selain itu faktor komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak yaitu *asfiksia*, bayi berat lahir rendah, dan infeksi (Kemenkes, 2016). Untuk usia di atas *neonatal* sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya *pneumonia* dan diare. Hal ini

berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat (Kemenkes, 2015).

Berikut beberapa faktor dari kondisi bayi yang dapat mempengaruhi kematian bayi:

1) *Asfiksia*

Faktor yang paling berhubungan atau yang mempunyai risiko paling tinggi dalam kematian bayi adalah *asfiksia* yang berarti bahwa *neonatal* dengan *asfiksia* mempunyai risiko 7 kali dibandingkan dengan neonatal yang tidak mengalami *asfiksia* atau normal (Nurliawati, 2015). *Asfiksia neonatrum* merupakan keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh *hipoksia* janin dalam uterus dan *hipoksia* ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

2) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan *prematurnitas*

Sejak tahun 1961, WHO telah mengganti istilah *premature baby* dengan *low birth weight baby* (bayi dengan berat lahir rendah). Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi *prematurnitas* memiliki berat badan kurang dari 2.500 gram. Keadaan ini dapat disebabkan oleh masa kehamilan yang kurang dari 37 minggu dengan berat yang sesuai, bayi yang beratnya kurang dari berat semestinya menurut masa kehamilannya, atau karena kedua faktor

tersebut (Wiknjosastro *et al.*, 2005). Bayi yang lahir dengan BBLR memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita suatu penyakit dan lebih sulit untuk didiagnosa, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam pelaksanaannya (Abdiana, 2015).

Makin rendah masa gestasi dan makin kecil bayi yang dilahirkan makin tinggi *morbiditas* dan *mortalitasnya*. Alat tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi *matur*. Oleh karena itu, bayi akan mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup di luar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, yang mengakibatkan semakin mudah terjadi komplikasi dan makin tinggi angka kematiannya (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

3) Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital ada yang dapat menyebabkan kematian bayi ataupun kecacatan. Bayi yang lahir dengan kelainan kongenital pada umumnya juga memiliki berat badan lahir rendah. Kelainan kongenital merupakan kelainan yang terlihat pada saat lahir bukan akibat proses persalinan. Kelainan kongenital dapat dikenali saat lahir atau pada saat anak – anak. Beberapa kelainan kongenital yang dapat menyebabkan kematian adalah *atresia ani*. Sedangkan kelainan kongenital yang tidak langsung menyebabkan kematian antara lain bibir sumbing dan *hidrosefalus* (Kemenkes, 2010).

4) Trauma Lahir

Trauma lahir masih merupakan masalah utama dalam pelayanan obstetrik. Faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan trauma lahir adalah *makrosomia*, *disproporsi* kepala panggul, persalinan dengan penyulit, presentasi bokong dan penggunaan alat pada proses persalinan (Widiyati *et al.*, 2016).

5) Infeksi *Intrapartum*

Infeksi *intrapartum* merupakan infeksi yang terjadi dalam persalinan. Sekitar 25% infeksi *intrapartum* disebabkan oleh ketuban pecah dini, semakin lama jarak antara ketuban dengan jarak persalinan, semakin tinggi pula resiko *morbidity* ibu dan janin. Infeksi *intrapartum* yang terjadi pada *partus* lama dapat menyebabkan bakterimia dan sepsis pada ibu dan janin (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

6) *Pneumonia*

Pneumonia adalah penyakit yang disebabkan kuman *Pneumococcus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, dan virus. Gejala penyakit *pneumonia* yaitu menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak, dan sesak napas. Kasus *pneumonia* dalam kehamilan merupakan penyebab kematian non obstetrik yang cukup besar selain penyakit jantung (Wiknjosastro *et al.*, 2005).

7) Diare

Diare adalah buang air besar dengan konsistensi cair (mencret) sebanyak 3 kali atau lebih dalam satu hari (WHO, 2007). Penyakit Diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Laporan riskesdas tahun 2007, menunjukkan bahwa penyakit diare merupakan penyebab kematian nomer satu pada bayi (31,4%) dan pada balita (25,2%), sedangkan pada golongan semua umur merupakan penyebab kematian yang keempat (13,4%) (Kemenkes, 2013). Akan tetapi, berdasarkan riskesdas tahun 2013, angka *period prevalence* diare mengalami penurunan menjadi 3,5% pada tahun 2013 (Kemenkes, 2013).

c. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan sangat berpengaruh dalam kematian bayi seperti kelengkapan alat medis, jarak pelayanan kesehatan dan transportasi untuk menuju pelayanan kesehatan. Selain itu, pemeriksaan *antenatal care* yang dilakukan secara rutin dalam pelayanan kesehatan juga sangat berpengaruh dalam kematian bayi (Wandira dan Indawati, 2012).

Faktor pelayanan kesehatan yaitu salah satunya penolong persalinan. Dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, dikenal beberapa jenis tenaga yang memberi pertolongan persalinan kepada masyarakat. Jenis tenaga tersebut adalah tenaga profesional seperti

dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan dukun bayi

(Abdiana, 2015)

D. Kerangka Teori

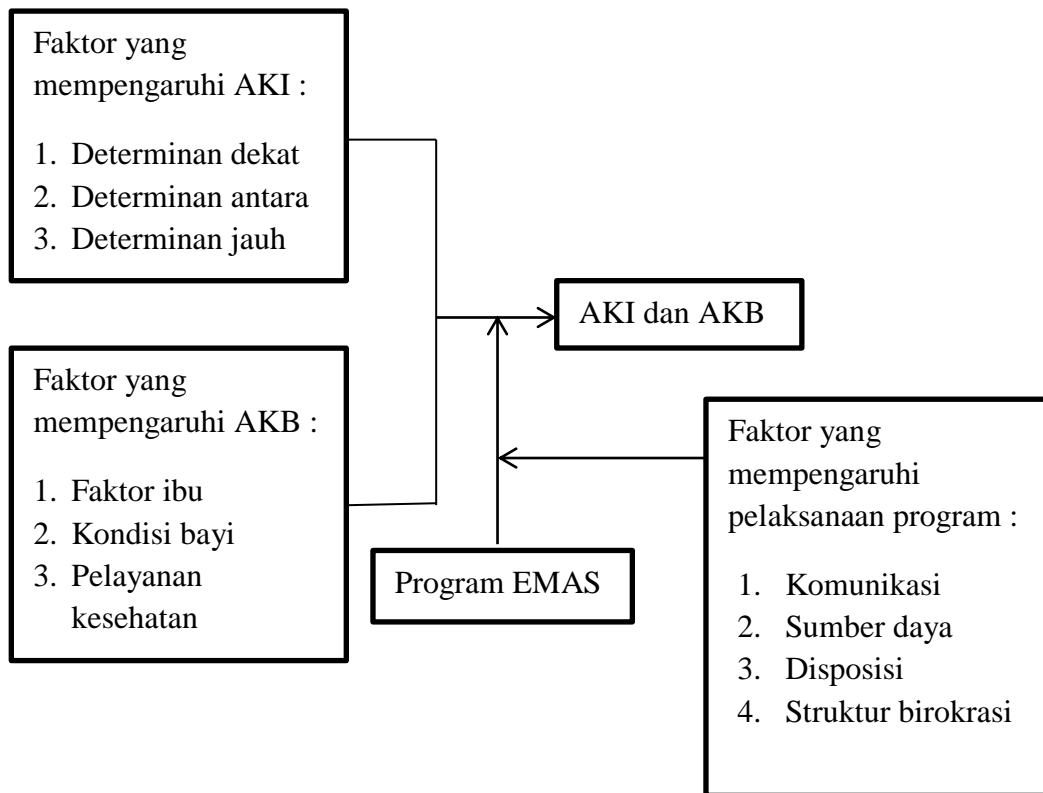


Diagram 2 1 Kerangka Teori

Sumber : Rahmi *et al.*, 2016; Winarno, 2012; Aeni 2013; Wandira dan Indawati, 2012; Kemenkes, 2016.