ISSN:.2721-8864 (Online)
ISSN:2338-669X(print)

JIK
Jurnal Ilmiah Kebidanan:
The Journal of Midwifery

Studi Eksplanatori; Penerapan Standar Pelayanan Antenatal Pada Kasus Kematian Ibu

Made Widhi Gunapria Darmapatni [1], Ni Wayan Ariyani [2]
[1] Poltekkes Kemenkes Denpasar, Kebidanan , widhidarmapatni@gmail.com
[2] Poltekkes Kemenkes Denpasar, Kebidanan, ariyaniwayan@ymail.com
Corresponding Author: widhidarmapatni@gmail.com

Kata kunci:

Kematian, standar, antenatal

ABSTRAK

Kematian maternal adalah kematian wanita sewaktu hamil, melahirkan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan yang disebabkan oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan standar pelayanan antenatal pada kematian ibu dan menggali persepsi tentang faktor penghambat dan pendukungnya. Jenis penelitian campuran (*mixed methodology*), Pada tahap kuantitatif dengan pendekatan *deskriptif* dilanjutkan dengan tahap analisis kualitatif. Lokasi penelitian di seluruh Puskesmas, Klinik Bersalin, Rumah Sakit tempat terjdinya kematian ibu. Populasi penelitian ini seluruh kasus kematian ibu di Kabupaten / Kota wilayah Provinsi Bali tahun 2016 – September 2017. Karakteristik terbanyak pada kasus kematian ibu yaitu umur 31-35 tahun, berpendidikan dasar, pekerjaan ibu rumah tangga dengan paritas 1-2 anak. Jarak tempuh ke fasitas kesehatan terjauh 6-10 km dengan faskes terdekat BPM/Puskesmas. Pemberi layanan antenatal 100% adalah tenaga kesehatan, 57,5% melalukan kunjungan 4 kali dan 89,4 % mendapatkan pelayanan lengkap 10T. Penyebab langsung merupakan penyebab kematian teringgi 26 kasus (55.3%). Ditemukan faktor pendukung berupa kebijakan, kemitraan, SDM dan Monitoring. Faktor Penghambat yaitu permasalahn rujukan, persepsi pasien dan SDM. Perlu penelitian dengan kelompok kontrol dan wawancara secara triangulasi untuk menggali penyebab kematian ibu

Keywords:

Mortality , standard, antenatal

ABSTRACT

Maternal Mortality Rate is the death of a woman during pregnancy, childbirth, or within 42 days after the end of the pregnancy, which is caused by direct and indirect causes. The study purpose is to determine the application of antenatal care standards for maternal mortality and to explore perceptions of inhibiting and supporting factors. This type of study is mixed (mixed methodology). In the quantitative stage with a descriptive approach, it is followed by a qualitative analysis stage. The locations is in public health, maternity clinics, hospitals where maternal mortality. The population is all cases

of maternal mortality in the regencies / municipalities of Bali Province in 2016 till September 2017. The most characteristic of maternal deaths is dominant happened to mother with age 31 untill 35 years old, education from that mothers in elementary, housewife, had 1-2 child was born, the distance to health facility 6 – 10 kilometers and there are BPM and public health. The health care provider is 100% a health worker, 57,5% given by antenatal care which had 4 times visit during pregnancy, 89,4% had a complete antenatal care with 10T. The direct cause is the highest cause of death 26 case (55.3%)
The support factor are widsom from government, patnership, human resourses and monitoring. The barrier factor are reconciliation, perception and human resourses. Therefore necessary to conduct a similar study with control groups and interviews in triangulation lo eksplore cause of mortality .

PENDAHULUAN

Kematian Ibu adalah kematian wanita sewaktu hamil, melahirkan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apa pun yang berhubungan dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi tidak secara kebetulan atau oleh penyebab tambahan lainnya.[1] Sekitar 800 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari.[2] Indonesia berada diperingkat 3 terbesar. [3] Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 terjadi peningkatan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih tinggi sekali dibandingkan dengan target MDGs tahun 2015 yakni 102/ 100.000 kelahiran hidup.[4] AKI di Provinsi Bali dari tahun 2005 sampai 2014 masih fluktuatif.[5]

Penyebab kematian ibu dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung adalah kematian ibu yang disebabkan komplikasi obstetri (pada masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan), kesalahan intervensi, kelalaian, atau rantai peristiwa yang dihasilkan dari salah satu dari diatas. Penyebab tidak langsung disebabkan oleh penyakit yang sudah ada sebelumnya atau berkembang selama kehamilan atau diperburuk oleh karena fisiologi kehamilan.[2] Berbagai faktor – faktor lain yang berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian ibu diantaranya individual dan social demografi, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan intervensi yang tidak sesuai standar pelayanan.

Penerapan standar pelayanan kesehatan ibu selama masa kehamilan merupakan salah satu faktor yang mempunyai kontribusi besar terhadap angka kematian ibu. Standar pelayanan kehamilan minimal harus memnuhi 10 T.[6] Standar 10 T meliputi timbang berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, vaksinasi tetanus, denyut jantung janin, status gizi, pemberian tablet besi, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus dan temu wicara. Tujuan utama program tersebut adalah melakukan melaksanakan perawatan kehamilan kontinyu, monitoring perkembangan kehamilan serta mendeteksi dini komplikasi selama masa kehamilan dan menyelamatkan nyawa ibu dan bayi bila terjadi kondisi kegawatdaruratan. Program yang telah terlaksana selama ini, belum pernah dievalusi efektifitas pelaksanaannya maupun efektifitasnya untuk mencapai tujuan yang diharapkan, yaitu menurunnya angka kematian Ibu dan Bayi.

Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan antenatal dengan menggunakan prosedur dan metode ilmiah belum pernah dilaksanakan. Mencermati berbagai permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait Penerapan Standar Pelayanan Antenatal pada Kematian Ibu

METODE

Jenis penelitian *mix methode* dengan pendekatan *sequential explanatory*, diawali analisa kuantitatif secara deskriptif dilanjutkan dengan analisa kualitatif secara tematik yang dibangun berdasarkan hasil kualitatif. Lokasi penelitian adalah Puskesmas, Klinik Bersalin, Rumah Sakit tempat terjadinya kematian ibu selama periode tahun 2016 sampai dengan September tahun 2017. Penelitian ini telah dilaksanakan Juli-Oktober 2017. Subyek penelitian adalah kasus kematian ibu

dalam kehamilan sampai 42 hari setelah melahirkan, yang disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, bukan kematian akibat kecelakaan atau kebetulan, yang memenuhi kriteria. Jumlah sampel penelitian ini adalah 47 orang. Teknik sampling secara *consecutive sampling*. Data penelitian berupa data primer dan data sekunder yang diambil melalui studi dokumentasi dan wawancara mendalam pada bidan di wilayah kejadian kematian ibu. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dan *etical clearance* dari Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang tidak dapat dihindari sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari Audit Maternal 2016 dan 2017 dalam hal ini peneliti tidak dapat mengontrol kualitas data secara langsung, dan variabel yang diteliti terbatas pada data yang tersedia. Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini hanya variabel yang tersedia datanya sesuai dengan tujuan penelitian. Wawancara dilaksanakan pada tiga Bidan di Puskesmas yang mewilayahi kejadian kematian ibu. Adapun hasil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1
Distribusi Karakteristik Kematian Ibu

Karakteristik	**n**	**Persentase (%)**
Umur		
< 20 tahun	3	6,4
20 – 25 tahun	6	12,8
26 – 30 tahun	13	27,6
31 – 35 tahun	15	31,9
> 35 tahun	10	21,3
Total	47	100
Pendidikan		
Tidak sekolah	7	14,9
Dasar	19	40.4
SMA	14	29,8
Perguruan Tinggi	7	14,9
Total	47	100
Pekerjaam		
PNS	5	10,6
Swasta	18	38,2
Petani	2	4,3
Pedagang	2	4,3
Ibu Rumah Tangga	20	42,6
Total	47	100
Paritas		
1 – 2	32	68,1
3 – 4	14	29,8
>4	1	2,1
Total	47	100

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa umur terbanyak 31-35 tahun 15 orang (31,9%), pendidikan terbanyak pada tingkat SMA 14 orang (29,8%), dan pekerjaan yang paling banyak adalah ibu Rumah tangga 20 orang (42,6%). Dilihat dari paritas 1-2 memiliki jmlah paling besar 32 orang (68,1%)

ISSN:.2721-8864 (Online)
ISSN:2338-669X(print)

Tabel 2
Distribusi kematian ibu Berdasarkan Akses Pelayanan Kesehatan

Akses Pelayanan Kesehatan	n	%
Jarak Tempuh ke Faskes		
1 – 5 km	10	21,3
6-10 km	27	57,4
>10 km	10	21,3
Total	47	100
Fasilitas kesehatan terdekat yang dapat diakses		
Praktek Swasta / Puskesmas	28	59,5
Rumah Sakit	19	40,5
Total	47	100

Berdasarkan tabel 2 jarak tempuh ke fasilitas kesehatan paling banyak 6-10 km 27 orang (57,4 %) dan fasilitas terdekat yang dapat diakses adalah BPM/Puskesmas 28 orang (59,5%)

Tabel 3
Distribusi Kasus Kematian Ibu Berdasarkan Penerapan Standar Pelayanan Antenatal

Standar Antenatal	n	%
Frekuensi Pemeriksaan Antenatal		
4 kali kunjungan	27	57,5
< 4 kali	20	42.5
Total	47	100
Pemberi Layanan Antenatal		
Tenaga Kesehatan	47	100
Bukan Tenaga Kesehatan	0	0
Total	47	100
Jenis Pelayanan yang diperoleh		
Lengkap (10T)	42	89.4
Tidak lengkap	5	10.6
Total	47	100

Berdasarkan tabel 3 kunjungan terbanyak telah memenuhi standar minimal 4 kali 27 orang(57,5%), pemberi layanan antenatal adalah tenaga kesehatan 47 orang (100%), Jenis layanan yang diterima lengkap (10T) pada 42 orang (89,4%)

Tabel 4
Distribusi Penyebab Kematian Ibu

Penyebab Kematian	n	%
Langsung	26	55.3
Tidak Langsung	21	44.7
Total	47	100

Berdasarkan Tabel 4, Penyebab langsung kematian ibu menjadi penyebab terbesar kematian ibu 26 kasus (55.3%)

ISSN:.2721-8864 (Online)
ISSN:2338-669X(print)

Tabel 5
Distribusi Kematian berdasarkan penyebab langsung

Penyebab Kematian	**n**	**%**
Syok Hipovolemik	6	23,1
Perdarahan	4	15,5
Plasenta Akreta	1	3,8
Susp Inf Puerperium	1	3,8
HDK	1	3,8
Impending Eklamsia	2	7,7
PE Ringan	1	3,8
PE Berat	3	11,5
Eklamsia	2	7,7
Syok Sepsis	5	19.3
Total	26	100%

Berdasarkan Tabel 5, Penyebab langsung kematian ibu terbesar 6 kasus (23.1%) akibat syok hipovolemik.

Tabel 5
Distribusi resiko komplikasi pada Antenatal pada kasus kematian ibu

Risiko pada pemeriksaan Antenatal	**n**	**%**
Resiko Tinggi		
Ada	**36**	76.6
Tidak ada	11	23.4
Total	47	100

Berdasarkan Tabel 5, Risiko tinggi ditemukan dalam pemeriksaan kehamilan pada kasus kematian Ibu pada 36 kasus (76.6%).

Wawancara mendalam dilakukan untuk menggali persepsi bidan terkait faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan standar layanan kehamilan dengan pedoman wawancara ditemukan hasil sebagai berikut: Penerapan standar ini dimulai dari perencanaan program, pelaksanaan dan evaluasi. Penerapan pendampingan P4K, Kelas ibu hamil dan kunjungan ibu hamil resti ditujukan dalam mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu telah dilaksanakan. Di sisi lain penerapan pendampingan P4K, kunjungan ibu hamil resti kadang sering menemukan kendala dari pihak pasien. Alamat pasien yang tidak jelas, respon yang ditunjukkan pasien saat kunjungan kurang baik, dan masih adanya mitos mitos yang dipercaya oleh masyarakat dinyatakan sebagai berikut:

" Buat POA, RPK tu dah rutin…..klo penanganan kasus tentu ya nyesuaikan lagi sesuai SOP, perencanaan pendampingan P4K, kunjungan resti bumil …….kayak sekarang saya sedang giat penyuluhan P4K juga kelapangan bu"(II)

"kesulitan kami cari alamat….gang kertosari misalnya gang itu kan panjang banget gimana nyariknya….tanya sana sini ndak ada yang tau……" (III)

"ada banyak juga ibu hamil dan keluarga yang kolot……mungkin karena disini wilayah pendatang…..kan dari kabupaten juga orang-orangnya" (III)

"kacek saya….tidak tau ada ibu hamil di sana, tidak dicatat di kohort, jumantik juga tidak pernah liat, ANC tidak dipustu atau diinduk….jeg saget sube ade kematian" (I)

Keberadaan Jejaring dan kerjasama lintas sektor selalu diupayakan dalam mendukung penerapan standar. Penyamaan persepsi terkait implementasi standar pelayanan dilakukan secara rutin dinyatakan sebagai berikut:

"Kerjasama dengan jejaring bisa BPM , klinik, rumah sakit……mereka juga pake buku KIA kan. , kumpul dengan jejaring kita lakukan 2 kali setahun biasanya Mei sama oktober" (III)

"kami juga punya dokter SpOG 1orang juga bersedia kami drop buku KIA dan laporan pemakaiannya ada kok"(I)

"perlu ada kerjasama dengan desa, selama ini kami sudah usahakan. bener bener membantu coba saya punya banyak aparat desa yang mengerti kesehatan"(III)

SDM memegang peran penting dalam layanan kebidanan. Pelatihan yang diterima akan berdampak pada pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan dan merata. Di lain pihak keterbatasan SDM juga berdampak pada kualitas layanan kehamilan yang diterima pasien yang dinyatakan sebagai berikut:

"kita terlatih semua…dinas yang ngadaiin pelatihan….,misalnya saya karena dah sering ikut pelatihan pelatihan berikutnya dikasi bidan lain….bisa bidan puskesmas atau BPM dibawah puskesmas yang dianggap memerlukan pelatihan tersebut."(I)

"Klo idealnya kan ada pemeriksaan dokter, lab lengkap, temu wicara….tapi pelaksanaannya kadang belum tentu"(I)

Fasilitas rujukan kegawatdaruratan memiliki peran yang sangat penting. Berdasarkan hasil wawancara fasilitas rujukan di puskesmas Kota Denpasar sudah sangat memadai dengan jarak ke RSUD maupun RSUP cukup dekat, sehingga dengan mudah dapat dijangkau. Namun dalam proses rujukan sering bidan mengalami kendala terkait prosedur merujuk ke rumah sakit yang harus menghubungi terlebih dahulu dan prosesnya cukup panjang. Hal tersebut dinyatakan sebagai berikut:

"klo pasien dari sini dirujuk ke RS PONED…..klo fasilitas sih lengkap bu"(III)

"Kami selalu antar langsung…..klo ada patologis…….Ambulance standby"(II)

"klo mau rujuk kami telpon dulu…biar siap langsung pasien diatar ke RS" (I)

"saya musti ngubungin MOD, belum lagi disuruh nunggu….ten tiang ngidang ngijengin telpon…..pasien saya jauh"(I)

Dukungan pihak manajemen berdampak besar terhadap implementasi standar pelayanan tergambar pada pernyataannya berikut: .

"kapus dukung banget,……udah usul sih tenaga ke dinas tapi belum ada "(I)

" kepala puskesmas sangat dukung program program kita…..klo lokmin saat kita menjelaskan kegiatan selalu dapat prioritas kok" (III)

Kesulitan menemukan alamat kayak gitu-gitu kami diperbolehkan juga ngelibatin Jumantik"(III)

Terkait pelaksanaan standar pelayanan di Jejaring juga telah diadakan monitoring dari puskesmas berupa survey fasitatif, survey *filling rate* dan *billing rate*. Proses ini didahului adanya penandatanganan kesepakatan antar jejaring dengan puskesmas. Monitoring dari dinas kesehatan kabupaten/ kota dan Provinsi juga telah terlaksana dua kali dalam setahun seperti pada beberapa pernyataan berikut:

Klo monev internal…kita punya minilok perbulan…pertiga bulan….rapat rapat juga ada"(II)

"untuk jejaring kita ngadain survey fasilitatif yang dari kemenkes tu lho 1 tahun sekali, ada juga survey filling rate terntang kepatuhan membawa buku KIA oleh pasien dan billing rate kepatuhan oleh petuga setiap 2 kali setahun "(III)

Pembahasan

Umur ibu yang terlalu muda maupun terlalu tua memiliki risiko tinggi komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas. Pada usia yang terlalu muda alat-alat reproduksi belum siap menerima hasil konsepsi. Selain itu ketidaksiapan emosional juga turut berkontribusi. Pada usia lebih dari 35 tahun resiko adanya penyakit penyerta seperti hipertensi dan diabetes semakin meningkat disamping menurunnya kesuburan alat reproduksi. Dalam penelitian ini kasus kematian ibu tersebar dari usia <20 tahun sampai >35 tahun dan yang terbesar pada kategori umur reproduksi (31-35 tahun). Pendidikan tidak berhubungan langsung dengan kejadian komplikasi. Pendidikan dan status ekonomi merupakan determinan kontekstual dalam morbiditas dan mortalitas maternal.[7] Determinan ini akan mempengaruhi akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya dan mencari pelayanan antenatal bila hamil, dan memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini, akses terjauh 10 kilometer dari fasilitas kesehatan,dan seluruhnya mampu mengakses layanan kesehatan. Selain itu faktor pekerjaan ibu turut akan berdampak pada status ekonomi, yang akan menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ibu dengan status ekonomi tinggi lebih mempunyai pilihan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. [7,8]

Ibu dengan paritas tinggi akan mempunyai risiko yang lebih besar terhadap kejadian komplikasi persalinan terutama perdarahan postpartum. Pada ibu yang sering melahirkan, otot uterusnya sering diregangkan sehingga mengakibatkan menipisnya dinding uterus yang akhirnya menyebabkan kontraksi uterus menjadi lemah. Pecahnya/Robekan uterus merupakan komplikasi persalinan yang sering terjadi pada ibu yang sebelumnya telah melahirkan beberapa orang anak. Persalinan pertama yang berisiko, hanya dapat diatasi dengan asuhan antenatal yang lebih baik. Kejadian preeklampsi dan eklampsia lebih sering terjadi selama kehamilan anak yang pertama dan jarang pada kehamilan berikutnya.[9] Pada penelitian ini kejadian kematian tertinggi terjadi pada paritas satu sampai dua namun sebagian dari kasus kematian sudah terdeteksi dengan risiko tinggi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kasus kematian telah mendapatkan pemeriksaan ANC terpadu (10T), namun hal ini tidak diikuti dengan keteraturan dalam melakukan kunjungan yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III. Selain itu ditemukan sebagian besar ibu memiliki faktor resiko yang berpotensi pada komplikasi kehamilan, persalinan maupun nifas Pemantauan pelayanan antenatal dilakukan pada pelayanan K1 sebagai aksesibilitas ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan, dan K4. Ibu hamil dengan status K4 sedikitnya telah mendapatkan pelayanan 10T selama minimal 4 kali kunjungan. Dengan demikian faktor risiko terkait dengan anemia, perdarahan, eklampsi, infeksi atau beberapa faktor risiko tidak langsung lainnya dapat dicegah termasuk dengan melakukan rujukan ke tingkat pelayanan yang lebih lengkap.[6] Di sisi lain meskipun standar antenatal sudah di ketahui oleh bidan dilapangan namun juga

sering tidak dilaksanakan akibat keterbatasn SDM. Penelitian Aeni Nurul menemukan Pemeriksaan antenatal yang tidak baik dan tidak lengkap meningkatkan risiko kematian ibu hingga 7,86 kali (nilai p = 0,008; CI 95% = 1,49 – 41,3).[8] Di Kabupaten Bulukumba, tahun 2007 – 2009, ibu yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal dengan teratur atau < 4 kali berisiko kematian 4,57 kali lebih besar dari pada ibu yang teratur melakukan pemeriksaan antenatal.[10]

Penelitian di India menemukan bahwa Kematian ibu lebih banyak di sebabkan oleh penyebab langsung (73,19%), sedangkan 26, 81% kematian di sebabkan oleh penyebab tidak langsung. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini. Kondisi anemia dan sepsis merupakan penyebab kematian yang cukup tinggi dan seharusnya dapat dicegah dan diatasi.[11] Penelitian Merdad L tahun 2018 menemukan bahwa tingginya kematian ibu dipengaruhi oleh cakupan layanan. Semakin tinggi cakupan maka semakin rendah kematian . Selain itu, kualitas petugas kesehatan juga berkontribusi terhadap kematian ibu.[12] Dalam penelitian ini ditemukan perawatan kehamilan seluruhnya dilakukan oleh tenaga kesehatan namun frekuensi kunjungan masih tidak terpenuhi. Keterbatasan SDM juga berdampak pada penerapan standar serta ketidakberlanjutan layanan sehingga komplikasi kehamilan tidak terdeteksi. Komitmen terhadap layanan *Continuity of care* terutama dalam kehamilan adalah kunci keberhasilan penurunan mortalitas ibu.

Dalam mencegah kematian ibu, tidak hanya layanan kesehatan memadai yang dibutuhkan. Keterlibatan masyarakat juga perlu ditingkatkan. Ditemukan masih adanya persepsi masyarakat yang negative terhadap layanan kesehatan yang ikut mewarnai keberhasilan penerapan standar kebidanan. Puskesmas sebagai layanan primer telah membentuk jejaring dengan layanan kesehatan lain di wilayah kerjanya dan meningkatkan keterlibatan masyarakat baik membentuk kader kesehatan dan meningkatkan peran tokoh masyarakat. Hal ini sejalan dengan penelitian di India menyatakan bahwa keterlibatan masyarakat sangat penting dalam mencegah mortalitas ibu. Masyarakat perlu dibekali pengetahuan tentang tanda gejala kedaruratan dan juga pengembangan mekanisme deteksi komplikasi sehingga tidak ditemukan kesulitan ibu hamil mendapatkan layanan yang berkualitas. Rujukan kasus kegawatdaruratan dilakukan dengan cepat dan sigap. Namun dalam proses rujukan sering ditemukan kendala terkait prosedur merujuk ke rumah sakit yang harus menghubungi terlebih dahulu dan prosesnya cukup panjang. Adanya hambatan terhadap akses perawatan darurat dasar dan komprehensif berkontribusi terhadap kematian ibu.[13]

Adanya Riwayat komplikasi dan penyakit lebih banyak ditemukan pada kasus kematian dalam penelitian ini. Penelitian Aeni N (2013), menemukan riwayat penyakit meningkatkan risiko kematian ibu sekitar 27,74 kali lebih besar (nilai p = 0,011, 95% CI = 1,118 – 363,147). Hal tersebut juga serupa dengan penelitian di Kabupaten Cilacap (OR = 210, 2; nilai p = 0,002) dan penelitian di Rumah Sakit Umum Mohammad Hoesin Palembang (OR = 4,4; nilai p = 0,001).[8,14] Kematian ibu akibat penyakit yang diderita sebelum kehamilan pada dasarnya dapat dicegah dengan melakukan deteksi sejak dini. Hal tersebut tampaknya belum menjadi fokus perhatian tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan antenatal karena ditemukannya riwayat komplikasi atau kesehatan yang buruk tidak tertangani dan tetap menjadi penyebab kematian ibu.

Pemeriksaan kehamilan yang baik dan berkualitas hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas yang tidak hanya diukur dari kemampuan teknis dan fasilitas yang dimiliki, melainkan juga perhatian dan pandangan petugas kesehatan terhadap masalah pelayanan kebidanan di masyarakat, mulai dari pengenalan masalah, usaha meningkatkan kualitas kesehatan, dan upaya pencegahan penyakit yang menjadi masalah. [15] Hal ini sejalan dengan temuan dari penelitian ini bahwa seluruh bidan pemberi layanan sudah mendapatkan pelatihan dan sosialisasi yang bersifat rutin oleh dinas setempat. Kelengkapan standar dan pedoman, media penyampaian informasi mengenai kesehatan ibu dan anak merupakan hal yang penting dilakukan untuk menunjang pemberian pelayanan antenatal care yang bermutu. Selain itu, perlu pula diberikan jaminan keamanan dan kesejahteraan untuk bidan yang bertugas, khususnya di puskesmas dan jaringannya. Perlu dibangun jejaring yang kuat dalam mendukung penurunan angka kematian ibu dalam masa kehamilan. Jumlah sumber daya manusia yang tersedia diharapkan mampu mengatasi masalah pelayanan kehamilan. Luas wilayah dan kepadatan penduduk tentunya menjadi potensi hambatan dengan sumber daya terbatas Dalam mengatasi kekurangan pada jumlah SDM yang ada, tentunya memperkuat kerjasama dengan klinik atau praktek swasta serta memberdayakan kader dan potensi masyarakat sangat diperlukan. [16]

Studi di Jawa Tengah menemukan bahwa supervisi adalah faktor yang signifikan memengaruhi implementasi standar. Kondisi ini sangat relevan karena dengan supervisi yang baik kemungkinan besar dapat menjamin bahwa pelayanan ANC dan deteksi komplikasi akan selalu dilaksanakan sesuai dengan standar ANC yang telah ditetapkan. Supervisi internal dan eksternal pada penelitian ini menjadi faktor pendorong pelaksanaan layanan sesuai standar. Supervisi mampu memberikan penguatan (*reinforcement*) sehingga perilaku yang telah berubah tidak kembali ke perilaku semula. Supervisi dilakukan dengan memberi dukungan informasi berupa pemberian petunjuk, nasihat, pengetahuan atau keterampilan yang berhubungan atau terkait dengan tugas sehari-hari, memberikan contoh yang baik dalam menjalankan tugas atau menjadi model yang ditiru (*role model*), memberikan penghargaan atau hukuman, dan memberikan penilaian dan umpan balik atas hasil kerja karyawan, serta dukungan emosi berupa perhatian, memberikan empati, bantuan mengatasi stres, konflik maupun masalah dalam pekerjaan.[17]

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat disimpulkan pada kasus kematian ibu sebagian besar telah mendapatkan pelayanan terstandar berupa 4 kali dan mendapatkan pelayanan lengkap 10T. Ditemukan faktor pendukung berupa kebijakan, kemitraan, SDM dan Monitoring. Faktor Penghambat yaitu permasalahan rujukan, persepsi pasien dan SDM. Perlu dilakukan penelitian serupa dengan kelompok kontrol dan wawancara secara triangulasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama kami tujukan kepada Direktur Poltekkes Kemenkes Denpasar dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten se-Provinsi Bali atas ijin yang telah diberikan untuk pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih dapat juga disampaikan kepada seluruh responden dan pihak-pihak yang telah membantu selama pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. World Health Organization.Geneva:2011.
2. World Health Organizatio. Trends In Maternal Mortality :1990 to 20013, Estimates By WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, And The Word Nations Population Devision. World Health Organization. Geneva:2014.
3. Association of ASEAN. *Report The ASEAN Regional Assessment of MDG Achievement and Post-2015 Development Priorities.* ASEAN Secretariat, Jakarta: 2015.
4. Dinas kesehatan Provinsi Bali. Profil Kesehatan Provinsi Bali tahun 2014. Denpasar; 2015.
5. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Antenatal Terpadu.* Jakarta; 2020.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Geneva; 2012.
7. Meisuri, N. P., Irianto, M. G., Ungu, B. Faktor Determinan yang Mempengaruhi Kejadian Kematian Perinatal Determinant Factors Affecting Perinatal Mortality Occurrence. *Majority Journal*. 2018; *7*(3), 121–127.
8. Aeni, N. Faktor Risiko Kematian Ibu Risk Factors of Maternal Mortality. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2013; *7*(26), 453–459.
9. Manuaba, IAC., I Bagus, dan IB Gde.. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan. Edisi kedua.EGC. Jakarta: 2010.
10. Noor HM. Analisis faktor risiko terhadap kematian maternal di Kabupaten Bulukumba Tahun 2007-2009. Jurnal Media Kebidanan Poltekkes Makassar. 2010; 2 (2); 47-55.
11. Yadav, K., Namdeo, A., & Bhargava, M. A retrospective and prospective study of maternal mortality in a rural tertiary care hospital of central India. In *Indian Journal of Community Health. 2013;* Vol. 25, Issue 1, pp. 16–21.
12. Merdad, L., & Ali, M. M. Timing of maternal death: Levels, trends, and ecological correlates using sibling data from 34 sub-Saharan African countries. *PLoS ONE*. 2018; *13*(1), 1–13.
13. Ahmed, S., Siddique, M., Sultana, N. Maternal mortality: scenario, causes and prevention of the tragedy in Indian context with special consideration to Assam, India. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2016; 3(5), 1334–1340.

14. Bazaar A, Theodorus A, Azhari. Maternal mortality and contributing risk factors. Indonesian Journal of Obstetric and Gynecology. 2012; 36 (1): 8-13.
15. Hendarwan, H. Kualitas Pelayanan Pemeriksaan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas. Buletin Penelitian Kesehatan. 2018; 46(2), 97–108.
16. Wulandari, A., Wigati, P., & Sriatmi, A. (2017). Analisis Pelayanan Antenatal Dan Faktor Â€“ Faktor Yang Berkaitan Dengan Cakupan Pelayanan Antenatal Oleh Bidan Desa Di Kabupaten Jember. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal. 2017; 5(1), 14–23.
17. Fatkhiyah, N. Motivasi, Kualitas Supervisi Dan Kepatuhan Bidan Dalam Mendeteksi Preeklampsia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015; *10*(2), 195.