

Langkah Kedepan Mempercepat Penurunan Kematian Ibu di Indonesia

Anhari Achadi

Abstrak

Kematian ibu tidak hanya menjadi masalah kesehatan masyarakat, tetapi juga menjadi masalah sosial karena akan berpengaruh besar terhadap keluarga, terutama anak-anak. Di negara maju dengan status sosial ekonomi yang tinggi kematian ibu telah turun mencapai tingkat minimal kurang dari 10 per 100.000 kelahiran hidup. Hal tersebut belum terjadi di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Di samping pertumbuhan ekonominya yang terus membaik, kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi, bahkan di antara sesama negara Asia Tenggara. Berdasarkan data SDKI, telah terjadi penurunan angka kematian ibu, tetapi dengan penurunan seperti sekarang target Pembangunan Milenium tidak akan tercapai. Dari aspek *demand, supply*, maupun kebijakan, penurunan kematian ibu masih mengalami berbagai hambatan. Untuk mempercepat penurunan kematian ibu perlu dikembangkan kebijakan yang dapat mengatasi hambatan utama berupa kelangkaan petugas pelayanan kesehatan yang terampil, infrastruktur pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kualitas pelayanan yang sub-standar, dan keengganan para ibu untuk menggunakan fasilitas pelayanan kebidanan karena biaya yang sangat tinggi dan pelayanan yang masih buruk atau karena masih lebih menyukai pelayanan dukun dengan berbagai alasan lingkungan yang spesifik. Dalam mempercepat penurunan kematian ibu, kebijakan dan manajemen di tingkat kabupaten berperan sangat menentukan.

Kata kunci : Kematian ibu, kualitas pelayanan

Abstract

Maternal mortality is both public health and social problem. The death of a mother will affect the family, especially the children. In the developed countries, with their high socio-economic status, maternal deaths have declined to its minimal level, less than 10 deaths among 100,000 live births. That is not the case in the developing countries, Indonesia included. Despite its continued economic growth, maternal death in Indonesia is still high, even within Southeast Asian countries. According to IHDS data, maternal mortality reduction happened over time, however, with its current rate of decline the MDGs target on maternal mortality will unlikely be met. Maternal mortality reduction is still facing various demand, supply, and policy constraints. In order to accelerate maternal mortality reduction, policies are required to overcome various barriers, which include shortage of skilled health providers, inadequate maternal health infrastructures, sub-standard service quality, and unwillingness women to use maternity facilities due to its high cost and inadequate services, or their preference towards traditional birth attendant (TBA) services. Role of district policies and management on maternal health is crucial in accelerating maternal death reduction.

Key words : Maternal mortality, quality of care

Kematian ibu yang disebabkan oleh berbagai sebab yang berhubungan dengan kehamilan bukan saja merupakan masalah kesehatan masyarakat, tetapi juga merupakan masalah sosial, karena akan mempengaruhi keluarga terutama anak-anak. Kematian ibu juga menunjukkan masalah lain yang menjadi latar belakang kematian yang langsung dan tidak langsung. Latar belakang langsung berhubungan dengan perilaku ibu, keluarga dan masyarakat, masalah medis dan pelayanan kesehatan. Sedangkan, yang tidak langsung antara lain meliputi tingkat pendidikan ibu dan status serta peranan wanita dalam keluarga. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah ukuran kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan termasuk dalam masa nifas yang dinyatakan dengan jumlah ibu yang meninggal per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun dari tahun ke tahun mengalami penurunan, AKI di Indonesia masih jauh lebih tinggi daripada AKI di negara Asia Tenggara yang lain, apalagi jika dibandingkan dengan negara-negara maju.

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI), AKI Indonesia adalah 307 pada tahun 2003,¹ dan 228 pada tahun 2007.² AKI di Indonesia ini jauh lebih tinggi dari negara tetangga, seperti Malaysia (62), atau Srilangka (58).³ Menurut perkiraan WHO,⁴ risiko kematian ibu di Indonesia pada tahun 2005 adalah 1 dibanding 97, yang berarti satu diantara 97 orang wanita Indonesia berusia 15 tahun akan mempunyai risiko meninggal dalam masa suburnya. Mengapa Malaysia dan Sri Lanka dapat menurunkan AKI-nya dengan cepat dan mencapai angka yang sangat rendah dibandingkan negara tetangganya? Program di kedua negara tersebut memberikan suatu paket pelayanan yang terjangkau, saling terkait, dengan penekanan kepada akses dan kualitas persalinan yang didukung dengan mekanisme supervisi yang kuat dan sistem informasi yang memadai.⁵ Namun, tingkat penurunan tersebut belum cukup besar untuk mencapai target tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals*), yaitu AKI 124 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.⁶

Berdasarkan studi mortalitas dari Survei Rumah Tangga diketahui bahwa penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan antepartum maupun postpartum (34%), eklampsia (24%), dan infeksi pada masa nifas (10,5%). Data penelitian *Impact* yang dilakukan di Serang dan Pandeglang menemukan angka yang konsisten dengan angka tersebut.⁷ Berbagai penyebab kematian tersebut mengindikasikan manajemen persalinan yang tidak adekuat, kegagalan mencegah dan mengendalikan infeksi atau proses persalinan yang tidak higienis. Di samping itu, kemungkinan ada penyakit penyerta lain atau masalah gizi ibu yang dapat diatasi apabila kehamilan dan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan te-

rampil yang dilengkapi dengan peralatan memadai serta ibu datang tepat waktu.

Kematian ibu dapat dipandang sebagai puncak gunung es dari sejumlah masalah yang lain.⁷ Diperkirakan dari sekitar 529.000 kematian ibu pada dasarnya mencerminkan sekitar 9,5 juta ibu yang lain mengalami kesakitan yang berhubungan dengan kehamilan dan sekitar 1,4 juta diantaranya hampir meninggal (*"near miss"*). Penelitian yang dilakukan Adisasmita,⁸ di rumah sakit di Serang dan Pandeglang menunjukkan rasio kematian ibu dan kasus obstetri yang hampir meninggal tersebut adalah 1 : 12. Dengan mengacu pada perkiraan tersebut, dengan angka kematian ibu 228 per 100.000 kelahiran hidup, berarti di Indonesia kini terjadi lebih dari 10.000 kematian ibu setiap tahun, sekitar 200.000 ibu mengalami kesakitan, sekitar 30.000 diantaranya hampir meninggal. Kematian ibu tersebut terjadi di rumah, di rumah sakit, atau ketika dalam perjalanan menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Masalah dan Tantangan

Data SDKI menunjukkan bahwa selama beberapa dekade terakhir, Indonesia telah mengalami kemajuan upaya menurunkan angka kematian ibu. Hal tersebut terlihat pada penurunan kematian ibu dari tahun ke tahun. Namun, dengan tren penurunan seperti itu, tampaknya sasaran Tujuan Pembangunan Milenium tidak akan tercapai. Untuk itu, perlu diupayakan percepatan penurunan kematian ibu melalui serangkaian upaya yang spesifik dan terarah. Dari aspek manajemen, angka kematian ibu yang masih tinggi itu dapat ditelusuri dari berbagai masalah yang dikategorikan dalam tiga kelompok besar yang meliputi: 1. masalah yang berakar pada masyarakat (*demand side*); 2. masalah yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan ibu termasuk pemberi pelayanannya (*supply side*); 3. masalah kebijakan, di tingkat pusat dan daerah. Ketiga pokok permasalahan tersebut menjadi akar berbagai penyebab tidak langsung kematian ibu yang juga sering dikenal dengan "empat terlalu" dan "tiga terlambat". Empat terlalu menggambarkan empat keadaan yang meliputi ibu terlalu muda atau terlalu tua untuk melahirkan, terlalu sering melahirkan, terlalu banyak anak, dan jarak kehamilan yang terlalu singkat.

Tiga terlambat menggambarkan berbagai keadaan berikut; keluarga terlambat mengambil keputusan tentang upaya yang harus dilakukan ketika kondisi ibu sudah genting, ibu terlambat dibawa ke fasilitas kesehatan karena masalah transportasi, ibu terlambat mendapat penanganan yang baik walaupun sudah sampai di fasilitas kesehatan (Lihat Tabel 1). Seluruh keadaan tersebut pada dasarnya dapat dicegah atau dikendalikan. Di Mesir, sebagian besar keterlambatan

Tabel 1. Tiga Keterlambatan yang Dilaporkan

Jenis Keterlambatan (Berdasarkan Framework <i>Three Delays Thaddeus dan Maine, 1994</i>)	% (Terhadap Ibu yang Hidup)
Pengambilan keputusan	45
Mencapai fasilitas rujukan	66
Kualitas pelayanan	44

Sumber : Laporan Hasil Penelitian Impact. Puska FKMUI, 2007

disebabkan oleh kegagalan petugas rumah sakit menyelamatkan kasus komplikasi, disusul oleh penundaan di tingkat keluarga dan hambatan transportasi dari masyarakat ke rumah sakit.¹⁰ Studi *Impact* di daerah pedesaan di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian mengalami lebih dari satu jenis keterlambatan. Sementara, sebagian besar keterlambatan disebabkan oleh masalah transportasi (66%), keterlambatan pengambilan keputusan (45%) dan kualitas pelayanan (44%).¹¹ Berbagai keterlambatan tersebut pada dasarnya dicegah atau dikendalikan.

Dari aspek *demand*, ketidaktahuan dan pendidikan ibu yang rendah, kemampuan ekonomi yang rendah dan masalah sosial budaya. Hal tersebut menyebabkan perilaku negatif selama kehamilan dan persalinan dan pengambilan keputusan dalam keluarga yang lambat. Berbagai faktor tersebut juga menyebabkan ibu atau keluarga lebih senang meminta pertolongan persalinan kepada dukun. Ibu berikut keluarga sering tidak mengetahui jika harus segera dibawa ke fasilitas kesehatan, ketika nyawanya terancam, misalnya akibat perdarahan. Kemampuan ekonomi yang sangat kurang juga menyebabkan keluarga tidak berani membawa ibu ke rumah sakit.

Dari aspek *supply*, pelayanan yang terbatas jumlah dan kualitasnya akibat keterbatasan bidan di desa, Puskesmas PONEB atau Puskesmas Kecamatan dengan tempat tidur dan rumah sakit di kabupaten. Secara umum hal tersebut menyebabkan pelayanan memadai yang kurang, dan kualitas pelayanan yang rendah. Keadaan tersebut menyebabkan pelayanan yang tersedia tidak mampu mengatasi komplikasi yang sering terjadi. Masalah ini diperumit oleh sistem rujukan yang tidak efektif.

Dari aspek kebijakan, juga ada beberapa masalah yang perlu dicermati. Pada awal tahun 1990-an dalam bentuk program cepat (*crash program*), pemerintah mulai mendidik bidan untuk ditempatkan di daerah pedesaan, sehingga ada sebutan bidan di desa. Dalam periode beberapa tahun dapat dididik lebih dari 50.000 bidan. Program tersebut didasari pada pemikiran bahwa bidan dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu di pedesaan

sehingga persalinan akan banyak ditolong oleh bidan. Dengan demikian, diharapkan jumlah kematian ibu akan segera dapat diturunkan. Karena jumlah desa di Indonesia besar, sampai kini masih banyak desa yang belum mendapat bidan. Selain itu, dari berbagai penelitian diketahui bahwa kemampuan bidan di desa banyak keterbatasan terutama dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan ibu dan bayi.¹² Berbagai evaluasi dan review program menemukan kompetensi dasar bidan yang rendah dalam berbagai keterampilan pokok yang seharusnya dikuasai.

Meskipun bidan di desa sudah banyak, tetapi masih sangat banyak persalinan yang ditolong oleh dukun. Saat ini, di Kabupaten Bogor misalnya, jumlah bidan diperkirakan 450 orang dengan dukun yang diperkirakan 1.800 orang yang banyak berusia muda. Hal tersebut membuktikan bahwa masyarakat masih membutuhkan jasa dukun. Keinginan untuk menghasilkan bidan secara cepat dalam keterbatasan tenaga pendidik, rumah sakit tempat pendidikan dan praktek, dan jumlah persalinan berdampak pada kualitas bidan yang belum memadai. Hal tersebut mendorong pemerintah untuk mengirim kembali para bidan untuk mengikuti kursus APN (Asuhan Persalinan Normal). Ironis memang, bidan yang sudah dinyatakan lulus masih harus mengikuti kursus untuk meningkatkan kemampuan dasar profesi.

Sejak digiatkannya upaya penurunan kematian ibu pada awal tahun 1990-an, baru pada tahun 2003 dicanangkan gerakan nasional "*Making Pregnancy Safer*" Tetapi, penancangan strategi dan kebijakan ini tidak diikuti dengan pelaksanaan program yang efektif dan alokasi dana yang jelas. Baru pada tahun 2006 ada alokasi pembiayaan khusus dari pemerintah pusat untuk kesehatan ibu dan anak dalam bentuk dana dekonsentrasi untuk meningkatkan kegiatan operasional di kabupaten dengan penanggung jawab dinas kesehatan propinsi. Sementara itu, di tingkat kabupaten, alokasi khusus yang tersedia untuk kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak adalah untuk penduduk miskin. Sementara, fungsi supervisi pelaksanaan kebijakan dan program di semua tingkat juga belum efektif.¹³

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa upaya

penurunan kematian ibu belum berjalan secara cepat karena hambatan aspek *demand*, *supply*, dan kebijakan. Dari aspek *demand*, masih ada hambatan akses pelayanan kesehatan ibu akibat keterbatasan biaya, terutama bagi penduduk miskin. Selain itu, dukun masih berperan dalam pertolongan persalinan. Dari aspek *supply*, juga ada keterbatasan fasilitas yang dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak yang berkualitas. Banyak bidan di desa yang kemampuan teknis kebidanannya sangat terbatas, terutama dalam menangani komplikasi. Kemampuan rumah sakit kabupaten dalam menangani keadaan gawat darurat kebidanan dan bayi baru lahir juga masih sangat terbatas. Sistem rujukan belum berjalan efektif. Dari sisi kebijakan dan manajemen, tidak ada kebijakan pusat yang efektif yang diikuti dengan pembiayaan yang cukup, demikian pula di tingkat kabupaten.

Demand terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan atau pelayanan di fasilitas kesehatan bervariasi sesuai dengan konteks wilayah setempat, antara lain ketidaktahuan dan pendidikan yang rendah, kemampuan ekonomi yang rendah, dan masalah sosial budaya. Hal tersebut menyebabkan perilaku negatif selama kehamilan dan persalinan dan pengambilan keputusan keluarga pada saat genting yang lambat. Akibatnya, sebagian ibu atau keluarga lebih senang minta pertolongan persalinan pada dukun, mereka sering tidak tahu kalau ibu hamil harus segera dibawa ke fasilitas kesehatan ketika nyawa seorang ibu sedang terancam, misalnya jika terjadi perdarahan.

Kemampuan ekonomi yang sangat lemah juga menyebabkan keluarga tidak berani membawa ibu untuk mendapatkan pertolongan di rumah sakit. Berbagai penelitian menemukan bahwa biaya merupakan penghambat utama pemanfaatan pelayanan kebidanan, pemanfaatan yang lebih tinggi adalah oleh kelompok yang lebih kaya. Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi "seksio" yang merupakan indikator pelayanan penyelamatan jiwa, jauh lebih tinggi pada kelompok kaya.¹⁴ Keberadaan bidan yang bermukim di desa tempat bertugas, lama bertugas, pendidikan ibu dan status ekonomi bukan saja merupakan prediktor kuat persalinan oleh tenaga profesional tetapi juga merupakan faktor penentu pelayanan seksio. Penelitian yang dilakukan pada lebih dari 700 bidan menemukan bahwa 64% persalinan di luar rumah sakit terjadi di rumah dan 28% terjadi di rumah bidan.¹⁵

Dari aspek *supply*, masalah berpangkal pada keterbatasan jumlah dan kualitas pelayanan yang terkait keberadaan bidan di desa, Puskesmas PONE, Puskesmas perawatan di kecamatan dan rumah sakit di kabupaten. Secara umum, hal tersebut menyebabkan jumlah dan kualitas pelayanan yang rendah dan pelayanan yang ada tidak mampu mengatasi komplikasi kehamilan dan per-

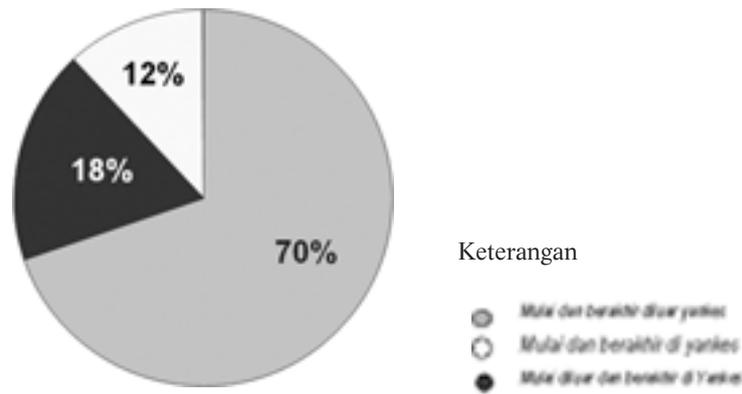
salinan yang sering terjadi dan masalah tersebut diperumit oleh sistem rujukan yang tidak efektif. Di daerah perdesaan di Banten tiga perempat kematian terjadi pada saat dan pasca persalinan, sekitar 40% meninggal dalam 24 jam pertama sejak persalinan dan seperempatnya meninggal selama kehamilan.¹⁶ Dengan demikian, masa sekitar persalinan sangat kritis karena merupakan periode singkat yang berkontribusi paling tinggi pada kematian. Pada masa inilah kehadiran tenaga terampil sangat dibutuhkan untuk mencegah dan mendeteksi komplikasi secara dini, memberikan pertolongan pertama untuk mengatasi komplikasi dan merujuk ke fasilitas kesehatan yang tepat. Kematian ibu yang terjadi di rumah (65%), di fasilitas kesehatan (32%) dan dalam perjalanan (3%). Dari 328 kematian ibu yang ditemukan, sekitar 70% bermula dan berakhir di luar fasilitas, sekitar 18% adalah kasus rujukan yang bermula di luar fasilitas dan berakhir di fasilitas pelayanan kesehatan dan sekitar 12% yang berawal dan berakhir di fasilitas kesehatan yang mencerminkan pelayanan yang tidak optimal (Lihat Gambar 1).¹⁶

Sekitar 90% kelompok masyarakat termiskin melahirkan bukan dengan tenaga kesehatan. Sementara, kematian ibu terlihat lebih tinggi pada kelompok ibu yang lebih miskin (sekitar 500/100.000 kelahiran hidup) daripada yang terkaya (sekitar 200/100.000 kelahiran hidup). Namun, perlu mendapatkan perhatian bahwa kematian ibu pada kategori yang terkaya masih tergolong sangat tinggi, sekitar 232/100.000 kelahiran hidup. Hal tersebut menunjukkan bahwa kemungkinan kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan masih kurang memadai (Lihat Gambar 2).¹⁷

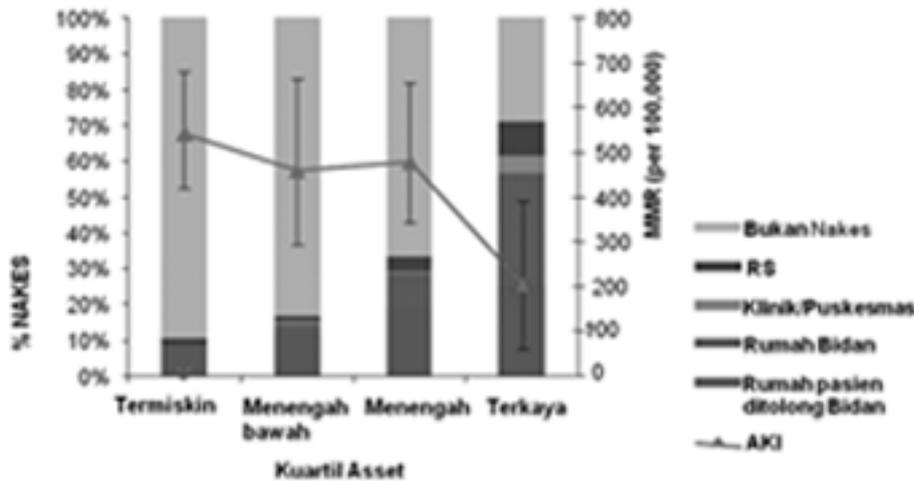
Berdasarkan aspek kebijakan, juga ada beberapa masalah yang perlu dicermati. Pada awal tahun 1990-an dalam bentuk program cepat (*crash program*), pemerintah mulai mendidik bidan untuk ditempatkan di daerah perdesaan, sehingga ada sebutan bidan di desa. Dalam periode beberapa tahun dapat dididik lebih dari 50.000 bidan. Program tersebut didasari pada pemikiran bahwa bidan dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu di perdesaan sehingga persalinan akan banyak ditolong oleh bidan. Dengan demikian, diharapkan jumlah kematian ibu akan segera dapat diturunkan. Karena jumlah desa di Indonesia besar, sampai kini masih banyak desa yang belum mendapat bidan. Selain itu, dari berbagai penelitian diketahui bahwa kemampuan bidan di desa banyak keterbatasan terutama dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan ibu dan bayi.¹² Berbagai evaluasi dan review program menemukan kompetensi dasar bidan yang rendah dalam berbagai keterampilan pokok yang seharusnya dikuasai.

Langkah Kedepan

Untuk mempercepat penurunan kematian ibu perlu



Gambar 1. Tempat Berawal dan Berakhirnya Persalinan Pada Kematian Ibu



Gambar 2. Proporsi Persalinan oleh Nakes (Berdasarkan Tempat Bersalin) dan Kematian Ibu (Berdasarkan Kuartil Asset)

dikembangkan kebijakan dan langkah-langkah yang dapat mengatasi hambatan utama tersebut, meliputi kelangkaan petugas pelayanan kesehatan yang terampil dan infrastruktur sistem kesehatan yang saat ini belum memadai, kualitas pelayanan yang sub-standar, dan keengganan para ibu untuk menggunakan fasilitas pelayanan kebidanan karena biaya yang sangat tinggi dan pelayanannya masih buruk,¹⁸ atau karena preferensinya kepada dukun oleh karena berbagai sebab yang berasal dari lingkungannya. Berikut disampaikan beberapa pemikiran berupa langkah ke depan untuk mempercepat penurunan kematian ibu guna mencapai Tujuan Pembangunan Milenium.

Suatu kebijakan nasional yang spesifik dan jelas perlu diperbaharui dengan keterlibatan semua sektor, pihak

swasta dan pihak non pemerintah lain yang terkait penurunan kematian ibu kebijakan nasional tersebut perlu menegaskan peranan daerah propinsi dan kabupaten. Perlu ada kejelasan alokasi dana dari pusat ke daerah meliputi infrastruktur seperti mekanisme Dana Alokasi Khusus atau DAK, maupun bantuan biaya operasional di propinsi dan kabupaten yang dapat disediakan melalui mekanisme dana dekonsentrasi atau tugas perbantuan. Arah pokok kebijakan tersebut harus jelas bahwa persalinan dilaksanakan di fasilitas persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil. Masyarakat yang kurang mampu mendapat bantuan untuk mengakses persalinan di fasilitas tersebut. Kasus dengan komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas persalinan tersebut akan dirujuk ke rumah sakit

setempat yang mengalami peningkatan kualitas sehingga mampu menangani kasus ibu bersalin dan bayi baru lahir dengan komplikasi. Untuk kasus yang mengalami komplikasi perlu dirawat di kelas tiga rumah sakit kabupaten secara gratis. Kabupaten perlu membangun fasilitas persalinan dengan jumlah dan letak yang sesuai dengan kondisi daerah. Fasilitas lain seperti puskesmas, polindes, poskesdes, dan bidan praktek swasta merupakan bagian dari jaringan kerja dengan mekanisme rujukan di wilayah bersangkutan. Fasilitas, peralatan dan SDM berikut proses akreditasi sesuai standar yang ditetapkan.

Usaha mendorong masyarakat untuk bersalin di fasilitas kesehatan yang tersedia merupakan masalah penting yang perlu mendapat perhatian. Ada dua faktor penting yang perlu dipertimbangkan agar penduduk menggunakan fasilitas bersalin tersebut meliputi biaya dan peranan dukun. Biaya yang menjadi hambatan bagi penduduk miskin perlu diatasi melalui program Jamkesmas atau Jamkesda. Sehubungan dengan dukun, perlu dipikirkan bentuk kemitraan bidan-dukun sehingga persalinan dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dengan pengaturan imbalan bagi dukun dan bidan. Sementara, peranan dukun pada ibu melahirkan tetap dapat dilanjutkan. Di tingkat kabupaten, semua upaya tersebut di atas perlu diatur dalam peraturan perundangan yang cocok. Keberadaan Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur masalah tersebut tentu akan berdampak lebih baik. Namun, hal tersebut membutuhkan waktu yang penyusunan dan pengesahan yang lebih lama, untuk sementara dapat dikeluarkan Peraturan Bupati (Perbup). Di tingkat desa, dapat juga dipikirkan Peraturan Desa (Perdes), misal untuk mengatur kemitraan bidan dan dukun di desa.

Kesimpulan

Indonesia sudah mengalami kemajuan upaya menurunkan angka kematian ibu selama beberapa dekade ini. Namun, dengan tren penurunan seperti ini sasaran Tujuan Pembangunan Milenium tidak akan tercapai. Penurunan kematian ibu belum terjadi secara cepat akibat hambatan dalam sisi *demand*, *supply*, maupun kebijakan yang masih besar. Untuk itu, diperlukan percepatan penurunan kematian ibu melalui serangkaian upaya yang spesifik dan terarah.

Saran

Untuk mempercepat penurunan kematian ibu perlu dikembangkan kebijakan dan langkah-langkah dari pusat sampai ke daerah. Arah pokok kebijakan ini harus jelas bahwa persalinan dilaksanakan di fasilitas persalinan dengan ditolong tenaga kesehatan yang terampil. Masyarakat yang kurang mampu harus dijamin terakses fasilitas persalinan tersebut. Kemitraan dukun dan bidan

perlu dikembangkan, agar dukun membantu pelaksanaan persalinan di fasilitas, dengan tetap menjalankan peran terhadap ibu melahirkan dan keluarganya. Kasus dengan komplikasi perlu dirawat di rumah sakit kabupaten di kelas tiga dengan gratis, dan sistem rujukan yang efektif perlu dikembangkan.

Daftar Pustaka

1. BPS and Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia (Indonesian Demographic Health Survey/IDHS) 2002-2005. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International; 2005.
2. BPS and Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia (Indonesian Demographic Health Survey/IDHS) 2007. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International; 2008.
3. Pathmanathan I. Investing in maternal health – learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington D.C: The World Bank ; 2003.
4. WHO. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. WHO: Geneva; 2007.
5. Lerberghe WV dan Brouwere VD. Of Blind Alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In safe motherhood strategies: a review of the evidence. Studies in Health Services Organisation & Policy. 2001; 17.
6. Bappenas. Laporan perkembangan pencapaian millennium development goals Indonesia. Jakarta: Bappenas; 2007.
7. Qomariyah SN. Besaran dan karakteristik kematian ibu di Kabupaten Serang dan Pandeglang, Provinsi Banten, tahun 2004 – 2005. Policy Brief. Immpact Indonesia. 2007; 1.
8. Filippi V. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. The Lancet. 2007; 370: 1329-37.
9. Adisasmita A, Deviany PE & Ronsmans C. Near-miss obstetrik sebagai indikator alternatif outcome kesehatan ibu. Depok: Immpat Indonesia; 2007.
10. DBrouwere V & Lerberghe WV, ITM. Materi pelatihan reproductive health. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2003.
11. D' Ambruoso L, Byass P Qomariyah SN. Maybe it was her fate and maybe she ran out of blood: final caregivers. Perspectives on access to care in obstetric emergencies in rural Indonesia. J Biosoc. Sci., 2010; 42: 213-41.
12. The World Bank. "... And then she died". Indonesia maternal health assessment. Washington DC, USA: 2010.
13. Health Services Program. The 2008 annual report for the health service program. Arlington, Virginia, USA : USAID and John Snow International: 2008.
14. Hatt L, Stanton C, Makowiecka K, Adisasmita A, Achadi E, Ronsmans C. Did the skilled attendance strategy reach the poor in Indonesia?. Bulletin of the WHO. 2007.
15. Makowiecka K, Achadi E, Izati Y, Ronsmans C. Midwifery provision in Two districts ijn Indonesia: how well are the rural villages served? Health Policy and Planning. 2008; 25: 67-75.
16. Immpact. Laporan Hasil Penelitian Immpact di Indonesia. Depok: PUSKA FKMUI; 2007.
17. Ronsmans C, Scott S, Qomariyah SN, Achadi E, Braunholtz D, Marshall T, et al. Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts. Bulletin of the World Health Organization.

2009; 87.

18. PUSKA FKM UI. Pengembangan model “penguatan sistem pelayanan kesehatan ibu dan neonatal di Provinsi Jawa Barat”. Makalah dipresentasikan dalam Lokakarya Penyamaan Persepsi tentang Konsep SafeMotherhood: dalam rangka pengembangan model “Penguatan sistem pelayanan. Depok : PUSKA FKM UI; 2007.