

TINJAUAN PUSTAKA

HIPERTENSI PADA KEHAMILAN: ANALISIS KASUS

Imami N. Rachmawati *

Abstrak

Artikel ini menggali aspek-aspek yang berkontribusi terhadap Angka Kematian Ibu (AKI). Pemaparan sebuah kasus hipertensi dalam kehamilan yang terjadi di salah satu kota besar akan menekankan bahwa ada dua penyebab kematian ibu yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Artikel ini mendiskusikan isu persamaan gender yang berhubungan dengan AKI dan juga membahas program-program penurunan AKI saat ini. Sudahkah semuanya memandang perempuan sebagai individu yang holistik? Jika belum sudah saatnyalah kita mempertimbangkannya untuk hasil yang lebih baik.

Kata kunci: Pre-eklampsia, Angka Kematian Ibu (AKI), persamaan gender.

Abstract

This article explores what aspects contributing the maternal mortality rate (MMR). A case description regarding hypertensive disorders in pregnancy that happen in a big city will emphasize that cause of maternal death is direct and indirect factors. This article also discusses the gender issue due to MMR. Through this article we need to re-thinking regarding current programs to reduce MMR, have they view women as holistic individual..

Key words: Pre-eclampsia, Maternal Mortality Rate (MMR), gender equality.

LATAR BELAKANG

Setiap tahun sekitar setengah juta perempuan di dunia meninggal akibat komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan (WHO, 1996). Lebih dari separuhnya berada di negara Asia.

Gerakan *Safemotherhood* dicanangkan dalam sebuah konferensi di Nairobi, Kenya pada tahun 1987. Gerakan ini mengajak tindakan yang terkonsentrasi pada tingkat lokal, nasional, dan internasional untuk menurunkan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan meningkatkan kesehatan perempuan di negara-negara berkembang (Thaddeus & Maine, 1994). Prioritas masalah kesehatan perempuan dan strategi yang paling efektif yang ditujukan pada masalah-masalah tersebut, akan berbeda menurut wilayah dan negara (Paolisso & Leslie, 1995).

AKI adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan status kesehatan penduduk, terutama perempuan (Depkes, 1996). Data terakhir menunjukkan AKI adalah 373 per 100,000 kelahiran hidup (SKRT, 1995 dalam Depkes, 1996), masih relatif lebih tinggi di antara negara-negara ASEAN lainnya. Tingginya AKI dan penurunannya yang lambat selama dekade terakhir telah menjadi masalah kesehatan utama. Sasaran untuk diperoleh pada akhir

Pelita keenam (1999) adalah 225 per 100,000 kelahiran hidup. Oleh karena itu pemerintah memprioritaskan pelayanan kesehatan nasional pada pelayanan kesehatan maternal untuk menurunkan AKI.

DepKes (1995) melaporkan bahwa penyebab utama kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan (38-40%), penyakit hipertensi selama kehamilan (5-20%), dan sepsis (10-27%). Persalinan yang memanjang dan aborsi juga penyebab kematian ibu, yang biasanya merupakan akibat perdarahan atau sepsis.

Wishnuwardani (1996) melaporkan bahwa 80% kematian ibu terjadi di rumah sakit (RS). Ini menunjukkan bahwa teknologi tinggi yang lebih canggih dan mahal di RS tidak menjamin penurunan kematian ibu. Aspek lain yang barangkali tidak terkait dengan pelayanan di RS, seperti status perempuan itu sendiri dalam masyarakat juga berkontribusi terhadap kematian ibu.

Bagi banyak perempuan, terutama di negara dunia ketiga, kehidupannya terancam oleh status kesehatan yang buruk dan akses yang tidak memadai terhadap pelayanan kesehatan. Aspek sosiokultural yang mempengaruhi situasi ini adalah status pendidikan, ekonomi perempuan dan posisi perempuan yang diberikan oleh masyarakat di mana mereka

ditempatkan sebagai warga kelas dua terhadap pria. Ini sangat mengesankan, karena kesehatan perempuan mempunyai dampak sosial yang luas terhadap anak-anak dan keluarga (Christiani, 1996). Kesehatan maternal yang buruk dapat membahayakan anak, khususnya bayi baru lahir dan risiko kematian selama periode perinatal. Bahkan jika seorang perempuan meninggal, keluarganya dan masyarakatnya secara bermakna menjadi kurang baik dalam ekonomi dan sosial; keluarga akan kehilangan kontribusi perempuan tersebut dalam hal pengelolaan rumah tangga; dan perekonomian akan kehilangan kontribusi produktifnya terhadap ketenagakerjaan (Tinker, 1997). Namun demikian, pencegahan kematian maternal hendaknya dipertimbangkan untuk menjadi tujuan kunci, tidak hanya karena akibat kematian yang merugikan anak dan anggota keluarga lainnya, tetapi karena perempuan adalah pada hakekatnya sangat berharga (Thaddeus & Maine, 1994).

Tulisan ini akan menganalisis tiga fase keterlambatan dalam suatu studi kasus yang mengakibatkan kematian perempuan dan menjelaskan berbagai usaha untuk menurunkan AKI dan masalahnya sendiri.

Kasus:

Ny. H (38 tahun), G5P3 dengan usia kehamilan saat ini 34 minggu, mengunjungi klinik antenatal di sebuah rumah sakit swasta untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin. Dia datang bersama anaknya (3 tahun). Dua minggu yang lalu Ny H tidak datang karena harus menjaga anaknya. Di antara anaknya baru saja sembuh dari demam berdarah yang saat itu sedang mewabah di daerahnya. Walaupun merasa agak kelelahan dan sedikit pusing, dia merasa bahwa kondisi tersebut tidak memerlukan perhatian khusus, apalagi ini merupakan kehamilan kelima.

Pada pemeriksaan, ditemukan beberapa masalah yang kritis terhadap kehamilan Ny. H, baik terhadap ibu maupun janinnya. Untuk memastikan kondisi Ny H perlu dilakukan pemeriksaan penunjang lain yang lebih mudah dilakukan jika klien dirawat. Ny. H tidak dapat memercayainya ketika tenaga kesehatan menjelaskan kondisinya. Dia merasa kondisinya baik. Kenyataannya, dari tekanan darah klien 170/100 mmHg dan terdapat edema yang berlebih pada daerah ekstremitas atas maupun bawah. Ny. H bingung karena ia tidak dapat memutuskan apakah akan tinggal di rumah sakit atau tidak. Ia mengkhawatirkan anak-anaknya di rumah dan harus menghubungi suaminya dahulu.

Suami Ny H datang atas panggilan istrinya. Ia tampak gusar karena ketika dihubungi istrinya ia sedang sibuk di kantornya.

Walaupun dokter menjelaskan kondisi istrinya, ia tetap merasa bahwa istrinya sehat seperti kehamilan yang lalu sehingga menolak anjuran rawat inap tersebut. Kemudian keduanya meninggalkan rumah sakit bersama anak mereka. Tenaga kesehatan yang merawat Ny H benar-benar tidak dapat mengubah pendirian pasangan tersebut sehingga hanya memberikan resep obat untuk di rumah.

Kurang dari 12 jam berikutnya, Ny. H dibawa ke unit gawat darurat di RS yang sama dengan kondisi tidak sadar. Suaminya menangis di sisi istrinya dan mengakui bahwa ia membutuhkan istrinya untuk mengurus rumah dan anaknya saat ia bekerja di kantor. Ia tidak menyadari kesehatan istrinya yang berhubungan dengan kehamilannya dan tidak mengenal bahwa kehamilan istrinya berada pada kondisi risiko tinggi.

ANALISIS KASUS DAN PEMBAHASAN

Beberapa model telah dikembangkan untuk menjabarkan faktor yang mempengaruhi kematian ibu (McCarthy & Maine, 1992; Thaddeus & Maine, 1994). Untuk menganalisis kasus di atas dilakukan dengan menggunakan kerangka konseptual dari tiga fase keterlambatan yang memfokuskan pada jarak antara timbulnya suatu komplikasi obstetrik dan hasil akhirnya (Thaddeus & Maine, 1994). Keterlambatan, bagaimanapun mempunyai kontribusi terhadap kematian ibu. Banyak rujukan melaporkan bahwa tiga fase keterlambatan sangat mempengaruhi angka kematian dan kesakitan ibu di Indonesia (Cholil, 1997; Wishnuwardhani, 1997; Depkes, 1998).

Fase I: Terlambat dalam memutuskan untuk mencari pertolongan pada bagian individu, keluarga, atau keduanya. Ini berhubungan dengan pengambil keputusan dalam keluarga, status perempuan, karakteristik penyakit, jarak dari fasilitas kesehatan, keuangan dan kemungkinan biaya, pengalaman yang lalu dengan sistem pelayanan kesehatan, dan mutu pelayanan yang diterima.

Fase II: Terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan yang adekuat. Ini berhubungan dengan kemampuan faktor fisik, seperti distribusi fasilitas, waktu tempuh dari rumah ke fasilitas, ketersediaan transportasi dan biayanya, serta kondisi jalan.

Fase III: Terlambat dalam memperoleh pelayanan yang adekuat di fasilitas kesehatan. Faktor yang relevan di antaranya adalah: ketepatan sistem rujukan, kurangnya sediaan, peralatan, dan tenaga yang terlatih; serta ketersediaan tenaga yang kompeten.

Kasus di atas adalah penemuan nyata pada 1996-an di sebuah rumah sakit bersalin swasta di Jakarta. Tentu saja Jakarta mempunyai pelayanan kesehatan yang sangat modern, termasuk pelayanan maternitas. Di kota ini ada beberapa tipe RS umum pemerintah, yaitu tipe A, B, dan C. RS tipe A adalah rujukan tertinggi, yang memiliki seluruh pelayanan kesehatan spesialis dan superspesialis dan juga berfungsi sebagai pusat pendidikan. Pemerintah juga memiliki beberapa RS khusus tersier, seperti RS ibu dan anak, RS untuk kanker, RS jiwa, dan pusat jantung. Di masyarakat, pemerintah juga menyediakan pusat kesehatan masyarakat pada setiap kelurahan. Selain itu ada beberapa RS militer, dan juga RS milik swasta. Data menyebutkan jumlah nasional tempat tidur RS dan tenaga kesehatan per 100.000 populasi pada tahun 1994 adalah 60,8, dan Jakarta tercatat pada peringkat 161 (DEPKES, 1998). Artinya jumlah tempat tidur RS dan tenaga kesehatan di Jakarta adalah lebih dari jumlah nasional.

Ketika jarak dari fasilitas kesehatan, biaya finansial dan kesempatan masih menjadi rintangan pada sebagian besar negara berkembang (Thaddeus & Maine, 1994), di Jakarta fasilitas kesehatan bertebaran di sebagian besar wilayah. Ada sistem transportasi dengan kondisi jalan yang baik yang memfasilitasi tiap orang di Jakarta untuk menjangkau fasilitas kesehatan dengan mudah.

Biaya finansial yang mencakup biaya transportasi, biaya dokter dan fasilitas, biaya pengobatan dan lainnya, dan biaya kesempatan mungkin tidak menjadi halangan untuk keterlambatan keputusan dalam mencari perawatan. Penduduk Jakarta mempunyai *income* perkapita lebih tinggi dibandingkan propinsi lainnya. Masyarakat dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan manapun yang sesuai dengan tingkat sosial ekonomi mereka.

Kualitas perawatan mempengaruhi keputusan untuk mencari perawatan melalui dua aspek, yaitu terhadap hasil dan pelayanan yang diterima. Aspek pertama termasuk efektifitas pengobatan dan pengobatan yang diresepkan. Aspek kedua termasuk sikap staf, prosedur rumah sakit, efisiensi dan ketersediaan pasokan (Thaddeus & Maine, 1994). Ketika pasien merasa tidak puas dengan salah satu aspek tersebut, mereka cenderung mencari alternatif, misalnya

pada yang bukan praktisi profesional. Tidak mengejutkan jika cakupan wanita hamil yang mengunjungi fasilitas pelayanan antenatal paling tidak empat kali lebih kecil dari pada 60% (SKRT, 1994 dalam Depkes, 1996).

Menurut DepKes RI (1998), pelayanan antenatal ialah pengawasan pelayanan kesehatan terhadap wanita hamil oleh para profesional (dokter ahli kandungan, dokter umum, bidan, dan perawat). Standar pelayanan antenatal adalah mengukur tinggi badan, memonitor berat badan, tekanan darah, dan posisi fundus uteri, memberikan vaksin tetanus toxoid dan memberikan sedikitnya 90 tablet zat besi. Wanita hamil diberikan pelayanan perawatan antenatal paling tidak empat kali; sekali pada trimester pertama dan trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Akan tetapi, di kota besar jumlah kunjungan antenatal tergantung kebijakan dan prosedur yang digunakan di rumah sakit. Fasilitas kesehatan modern biasanya tidak berorientasi pada pasien. Mereka cenderung untuk memiliki budayanya sendiri yang tidak dapat diterima oleh perempuan. Klien sering mengeluh mengenai kurangnya dukungan emosional dan privasi dalam seting rumah sakit dan terputusnya tanggung jawab rumah tangga sebagai hasil dari pembatasan rumah sakit. Pilihan perempuan terhadap pemberi pelayanan dipengaruhi oleh biaya pelayanan, kemudahan, dan keramahan (Thompson, 1996).

Tingkah laku mencari pelayanan kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh karakter penyakit yang dirasakan oleh individu. Untuk alasan itu, calon pengguna pelayanan kesehatan harus mengenali apakah terdapat suatu kondisi abnormal. Keparahan dan etiologi masalah yang dirasakan membentuk keputusan untuk mencari perawatan. Penghargaan adalah pandangan klien terhadap kenyataan, bukan oleh pemberi pelayanan kesehatan yang mungkin dilandasi oleh kriteria medis. Ibu hamil, terutama pada kehamilan berikutnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan mereka sendiri karena kehamilan dianggap proses alami. Hal ini berhubungan dengan aspek sosiokultural (Thaddeus & Maine, 1994; Swasono, 1998). Sepanjang sakit yang dirasakan itu tidak parah dan tidak mengganggu aktifitas maka tidak ada upaya untuk mencari perawatan.

Hipertensi dalam kehamilan, relatif merupakan kejadian umum yang ditemukan pada 10% dari seluruh kehamilan (May & Mahlmeister, 1994; Tuffnel & Rogerson, 1998). Di Inggris dan di Amerika Serikat, hipertensi merupakan komplikasi medis kehamilan yang sangat bermakna dan menjadi penyebab kedua kematian maternal (DEPKES, 1996; Saftlas, 1990). Di negara-negara berkembang, komplikasi ini menyumbang lebih dari seperempat dari seluruh kematian maternal (Favin et al, 1985).

Penyakit hipertensi dalam kehamilan dibedakan menjadi dua penyakit serius: pre-eklampsia dan eklampsia. Suatu gambaran patologi utama dari pre-eklampsia dan eklampsia ditandai dengan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer berhubungan dengan vasospasme. Hipertensi bukanlah masalah patologi utama dalam penyakit ini, kecuali jika tingkat tekanan darah sangat tinggi (di atas 160/110 mmHg) (May & Mahlmeister, 1994).

Ancaman kehidupan otak, ginjal dan perubahan karakteristik hati dari penyakit ini merupakan risiko tinggi bagi wanita. Penyebab utama penyakit ini masih belum diketahui dan ini tak dapat dicegah atau disembuhkan secara efektif. Faktor risiko yang diketahui adalah paritas, usia (terlalu muda atau terlalu tua), prevalensi dalam keluarga, diabetes atau penyakit ginjal yang sudah ada sebelumnya, hipertensi kronis yang sudah ada sebelumnya, kehamilan kembar, mola hydatidiform, hidrops fetalis, dan pekerjaan selama hamil. Meskipun terdapat banyak faktor risiko, tidak ada satupun yang spesifik. Tanda-tandanya pun juga tidak spesifik. Sebagai contoh kasus Ny H, sakit kepala yang diakibatkan oleh vasospasme otak atau edema serebral mungkin diinterpretasikan sebagai suatu kelelahan. Sedangkan edema dirasakan sebagai kondisi normal yang biasa terjadi selama kehamilan (May & Mahlmeister, 1994; Patrick & Robert, 1999).

Nyonya H dalam kasus ini tidak menyadari gejala-gejalanya. Ini bisa terjadi karena beberapa gejala hipertensi dalam kehamilan tidak spesifik. Akibatnya, keputusan untuk mencari perawatan menjadu terlambat. Tanpa informasi atau pengetahuan yang cukup, wanita cenderung menginterpretasikan bahwa gejala-gejala itu normal dalam kehamilan. Beberapa

faktor risiko yang memperkuat komplikasi adalah: Nyonya H hamil pada usia 38 tahun dan dia kelelahan mengurus anak-anaknya.

Aspek sosiokultural yang memberi andil keterlambatan adalah status perempuan. Status perempuan tersusun dari posisinya dalam pendidikan, budaya, ekonomi, hukum, dan politik dalam suatu masyarakat tertentu. Nilai perempuan diukur pada kemampuan untuk melahirkan anak, dan hal itu dalam rangka meraih status sosial dan menaikkan perasaan penghargaan diri, seorang perempuan harus menghasilkan (Levine, 1994). Beberapa penelitian (Thaddeus & Maine, 1994; Paolisso & Leslie, 1995) menyebutkan bahwa perempuan tidak membuat keputusannya sendiri dalam mencari perawatan: pasangan atau anggota keluarga yang lebih seniorlah yang membuat keputusan. Tidak masalah bagaimana pentingnya kebutuhan untuk pelayanan kesehatan bagi perempuan yang sedang mengalami komplikasi, ijin meninggalkan rumah untuk ke RS biasanya hanya bisa diberikan oleh suami.

Sekalipun di Jakarta, perempuan masih belum memiliki hak yang sama dengan pria. Kasus di atas bisa mewakili status perempuan dalam keluarga mereka sebagai golongan kedua setelah pria. Nyonya H tidak dapat membuat keputusan tanpa memberitahukan suaminya, meskipun keputusan ini berhubungan dengan kesehatannya sendiri bahkan hidupnya. Hidupnya tidak terlihat lebih penting daripada keputusan suaminya. Di samping itu, dia harus merawat anak-anaknya yang baru saja sembuh dari demam berdarah dan mengabaikan status kesehatan dirinya sendiri sehubungan dengan kehamilannya. Sayangnya, Tuan H hanya berfikir bahwa istrinya harus melakukan tanggung jawabnya untuk memelihara anak-anak mereka dari pada tinggal di RS untuk menjaga kesehatan istrinya.

Ketergantungan perempuan pada suaminya juga berhubungan dengan status ekonominya. Penelitian telah secara konsisten menunjukkan suatu hubungan antara kelas ekonomi dan kesakitan dan kematian maternal dan bayi (Thaddeus & Maine, 1994; Levine, 1994; Christiani, 1996; Paolisso & Leslie, 1995). Seorang perempuan hamil yang menderita secara ekonomi bisa juga menderita secara fisik (Levine, 1994). Lebih dari satu milyar orang, sebagian besar diantaranya adalah perempuan tinggal dalam kondisi sangat miskin. Sebagai hasilnya, kondisi kesehatannya dapat mendatangkan

malapetaka (Christiani, 1996). Ketergantungan nyonya H terhadap suaminya ketika harus memutuskan apakah akan tinggal di rumah sakit atau tidak, dapat dipengaruhi oleh status ekonominya.

Di negara berkembang, umumnya pria mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi daripada wanita. Anak perempuan menerima pendidikan jauh lebih sedikit dari pada anak laki-laki (WHO, 1995). Perempuan tidak mempunyai akses pada pendidikan formal sebagaimana para keluarga merasa percuma bagi anak-anak perempuan mereka dan lebih penting bagi mereka untuk bekerja dengan ibu mereka, menyiapkan mereka menjadi istri, ibu dan pengelola rumatangga yang baik (Levine, 1994). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi tidak menjamin pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. Individu dapat bergantung lebih pada perawatan dan pengobatan mandiri dengan menentukan obat sendiri dan menunda kunjungan ke pelayanan kesehatan sampai metode yang mereka gunakan gagal mengatasi masalah. Dalam hal ini, status pendidikan bisa dihubungkan dengan pengetahuan perempuan berkenaan dengan kehamilannya.

Fase berikutnya ialah keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan yang memadai. Mempertimbangkan kondisi terkini di Jakarta, fase ini mungkin tidak signifikan. Walaupun kondisi kemacetan lalu lintas dapat saja menjadi masalah.

Sedangkan fase ketiga, yakni keterlambatan dalam menerima pelayanan yang adekuat pada sebuah fasilitas, Thaddeus dan Maine (1994) menyebutkan bahwa keterlambatan dalam pemberian pelayanan kesehatan mungkin diakibatkan oleh kurangnya staf, peralatan pokok, persediaan, obat-obatan dan darah, juga manajemen yang kurang.

Manajemen dan staf yang tidak berkualitas telah menyebabkan kurangnya pengetahuan perempuan tentang komplikasi kehamilan. Staf berperan memberikan pendidikan kepada perempuan guna mendeteksi gejala-gejala komplikasi sedini mungkin, mendeteksi faktor risiko hipertensi dalam kehamilan, dan menginformasikannya kepada klien. Untuk itu perlu ditegaskan bahwa ibu harus datang untuk memeriksa hamil secara teratur. Pemberi pelayanan harus mempertimbangkan kebijakan yang mengurangi hambatan dalam pemeriksaan antenatal dan juga harus menciptakan suatu mekanisme untuk menindaklanjuti wanita selama periode antenatal. Suatu sikap

proaktif bisa ditunjukkan oleh staf melalui beberapa cara, seperti kunjungan rumah; atau mengingatkan klien beberapa hari sebelum jadwal. Sikap ini memperlihatkan bahwa staf bisa menjadi seorang mitra bagi ibu untuk perawatan kehamilan dan kesehatan mereka secara keseluruhan.

Strategi akselerasi penurunan AKI: Kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah

Kebijakan DEPKES RI untuk Inisiasi *Safemotherhood* termasuk: memperkuat komitmen politik dan kepemimpinan; meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan maternal, termasuk dukungan pelayanan rujukan; memperkuat manajemen sistem informasi sebagai masukan dalam perencanaan dan evaluasi program; mengembangkan sumber daya manusia untuk meningkatkan keahlian teknik dan manajerial; menerapkan teknologi yang tepat dalam membicarakan masalah maternal/ perinatal; mendukung aktifitas masyarakat sehubungan dengan perawatan kesehatan maternal dan perinatal; marketing sosial dan mobilisasi masyarakat; dan melakukan penelitian operasional untuk memberikan masukan penting.

Strategi difokuskan pada daerah sebagai unit terkecil bagi Inisiatif *Safemotherhood*. Program itu juga menyebutkan bahwa tiga fase keterlambatan mempengaruhi kesehatan maternal. Sampai sekarang pemerintah menekankan program pada fase kedua dan ketiga. Fokus ini kelihatannya tidak sesuai untuk kota besar, yang mempunyai masalah berbeda, meskipun di Jakarta ada lima daerah yang termasuk dalam program. Untuk itu Jakarta tidak mendapat banyak perhatian, sementara masih banyak komplikasi kehamilan dan kelahiran yang bisa menyumbang kematian maternal pada tingkat nasional.

Pada kebijakan tingkat nasional, pemerintah melibatkan sektor swasta. Akan tetapi pada program *safemotherhood*, peran sektor swasta tidak terlalu nampak. Salah satu program adalah meningkatkan dukungan dari lembaga sektor internal yang mencakup beberapa organisasi pemerintah dan beberapa departemen terkait, seperti Departemen Dalam Negeri, Kementerian Pemberdayaan Perempuan, dan Departemen Tenaga Kerja, tetapi tidak disebutkan keterlibatan sektor swasta. Padahal di kota besar seperti Jakarta, sektor ini berperan penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan, pemerintah hanya memberi perhatian kepada fasilitas pemerintah. Program penting yang harus dipertimbangkan untuk melibatkan sektor swasta

adalah: peningkatan keahlian teknik dan sikap bagi pada pemberi pelayanan; penguatan manajemen kesehatan maternal dan perinatal dan kualitas pelayanan melalui latihan dan pendidikan dan penyediaan audit maternal dan perinatal yang akurat; aplikasi teknologi yang tepat; dan pengembangan aktifitas komunikasi informasi dan edukasi (KIE).

KIE juga merupakan tanggung jawab sektor-sektor lainnya. Sekali lagi, ini tidak hanya lembaga pemerintah tetapi juga lembaga swasta, misalnya sektor bisnis dan lembaga swadaya masyarakat. Program ini penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan ibu.

Dalam perencanaan program, status perempuan dalam masyarakat tertentu juga harus dipertimbangkan. Pemberi pelayanan kesehatan harus meluaskan wawasannya dalam melihat masalah perempuan dengan melibatkan suatu tim multidisiplin.

KESIMPULAN

Berbagai aspek dapat menyebabkan terjadinya tiga fase keterlambatan. Aspek tersebut adalah manajemen komplikasi yang tidak adekuat. Hal ini diperkuat dengan status perempuan di dalam masyarakat yang masih dianggap sebagai warga kelas dua sehingga tidak memungkinkan dirinya untuk membuat keputusan sendiri. Pada akhirnya aspek-aspek ini akan berkontribusi terhadap kematian maternal.

Untuk itu dalam membuat strategi penurunan kematian maternal harus melibatkan multisektor. Strategi yang lebih holistik, menggunakan pendekatan berorientasi jender yang melihat perempuan dalam seluruh perannya dan hubungan sepanjang rentang hidupnya (HH).

* Imami N. Rachmawati, S.Kp., MSc.: Staf pengajar bagian keperawatan maternitas dan anak FIK-UI

KEPUSTAKAAN

Cholil A. (1996). *Pokok pikiran tentang kebijaksanaan nasional Gerakan Sayang Ibu*. Jakarta: Departemen Pemberdayaan Perempuan.

Christiani, K. (1996). Women's health: Effect on morbidity and mortality in pregnancy and birth. *Midwifery*, 12: 113-119.

Favin, M., et al. (1985). Maternal health in developing countries. *Midwifery* (1): 75-85.

Levine, MA. (1994). The relationship of poverty to pregnancy in the developing world. *Midwives chronicle & nursing notes* (April): 118-121.

May, KA and Mahlmeister, LR. (1994). *Maternal and neonatal nursing: Family-centered care*. (Third Edition). Philadelphia.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998). *Upaya akselerasi dalam menurunkan angka kematian ibu*. Jakarta: DEPKES RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998). *Pedoman pelayanan dasar keperawatan*. Jakarta: DEPKES RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1996). *Profil kesehatan indonesia 1995*. Jakarta: DEPKES RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1991). *Pedoman untuk monitoring wilayah kesehatan maternal dan anak*. Jakarta: DEPKES RI.

Paolisso, M & Leslie, J. (1995). Meeting the Changing health needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine*, 40 (1): 55-65.

Patrick., T & Roberts., J.M. (1999). Current concept in preeclampsia. *MCN*. 24 (4): 193-201.

Thaddeus, S. and Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 38 (8): 1091-1110.

Thompson, A. (1996). Safe motherhood at risk? *Midwifery*, 12: 15-164.

Tonks, A. (1994). Pregnancy's toll in the developing world. *British Journal of Midwifery*, vol. 308: 353-354 (5 February).

Swasono, MF. (1997). Beberapa aspek sosial budaya dalam kehamilan, persalinan, dan perawatan ibu dan bayi. Dalam MF. Swasono: *Kehamilan, persalinan, dan perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: UI-Press.

Walker, I. (1996). Taking action on pre-eclampsia. *British Journal of Midwifery*, vol.4, No.7: 343-345.

Wishnuwardhani., S.D. (1996). Gambaran kasus-kasus gawat darurat di RSCM. *Makalah*, disampaikan pada temu wicara dalam rangka Gerakan Sayang Ibu di Jakarta, 16 Desember 1996.

World Health Organization. (1996). *Estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF*. Geneva: World Health Organization.