



## Analisis dan Pencatatan Pelaporan Kematian Maternal

Netty Herawaty Purba<sup>1✉</sup>

<sup>1</sup>Magister Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran, Indonesia

### Info Artikel

*Sejarah Artikel:*

Diterima 7 April 2020  
Disetujui 1 Juli 2020  
Dipublikasikan 22 Juli 2020

*Keywords:*

Maternal mortality,  
Referral, recording &  
reporting.

*DOI:*

<https://doi.org/10.15294/higeia/v4i3/35591>

### Abstrak

Kematian dan kesakitan ibu dapat dicegah. Kabupaten Cianjur memiliki jumlah kasus kematian ibu yang masih tinggi di antara kabupaten lainnya di Jawa Barat. Di Cianjur laporan kematian maternal baik di fasilitas kesehatan dan masyarakat dilakukan di tingkat kabupaten setiap bulannya. Tujuan penelitian ini menganalisis faktor yang menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah, faktor penyebab keterlambatan rujukan pada kematian maternal, menganalisis ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan kematian maternal di Kabupaten Cianjur Tahun 2015. Rancangan penelitian dengan *Sequential Explanatory Mixed Method*. Teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan observasi dengan triangulasi sumber untuk menguji keabsahan data. Informan penelitian berjumlah 10 responden yang dipilih secara *purposive*. Penelitian dilakukan pada bulan November sampai Desember 2016. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab kematian maternal paling banyak terjadi pada kematian maternal yang dapat dicegah. Simpulannya bahwa berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa Kasus Kematian Maternal Di Kabupaten Cianjur Tahun 2015 paling banyak adalah kematian yang dapat dicegah, Keterlambatan dalam proses rujukan terbesar yaitu pengambilan keputusan dan pencatatan pelaporan kematian maternal yang belum lengkap.

### Abstract

*Maternal mortality and morbidity can be prevented. The maternal mortality rate in Cianjur was one of the highest in the West Java. Maternal mortality reviews both facility and community based maternal mortality reviews were conducted at district level on monthly basis. The research aimed to analyze the factors that cause preventable maternal mortality, the factors that cause delayed in referral, and the incompleteness of recording and reporting of maternal mortality in Cianjur District 2015. Sequential Explanatory Mixed Method was used to identify factors cause maternal mortality can be prevented. This type was qualitative as a case study approach, instrument was interviewed observations guidelines with source triangulation for data validity. Research informants, 10 respondents selected purposively, data analysis using content analysis methods, the research conducted from November to December 2016. The results showed that The majority of maternal mortality are preventable. The research conclusion was the majority of maternal mortality are preventable, the majority delayed in the referral was decision making and recording and reporting of the maternal mortality had not complete.*

© 2020 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:  
Jl. Raya Bandung Sumedang KM 21,  
Jatinangor, Bandung, Jawa Barat 45363  
E-mail: [bjjikopi@gmail.com](mailto:bjjikopi@gmail.com)

## PENDAHULUAN

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

Kesulitan untuk mengukur kematian maternal secara akurat masih ditemui, meskipun menggunakan definisi standar. Untuk mendapatkan angka yang akurat, maka dilakukan beberapa pendekatan pengukuran, yaitu: *Civil registration systems, household surveys, sisterhood methods, Reproductive-Age Mortality Studies (RAMOS), verbal autopsies, & censuses* (Graham, 2008).

*World Health Organization (WHO)* telah meluncurkan program pembangunan berkelanjutan yang diberi nama *Sustainable Development Goals (SDGs)*, menggantikan program sebelumnya *Millennium Development Goals (MDGs)* yang telah selesai pada akhir tahun 2015. Angka kematian maternal dan angka kematian bayi merupakan ukuran bagi kemajuan kesehatan suatu negara, khususnya yang berkaitan dengan masalah kesehatan ibu dan anak. Angka kematian maternal merupakan indikator yang mencerminkan status kesehatan ibu, terutama risiko kematian bagi ibu pada waktu hamil dan melahirkan (WHO, 2010).

Kematian dan kesakitan ibu dapat dicegah dengan berbagai usaha perbaikan dalam bidang pelayanan kesehatan obstetri. Kegagalan dalam penanganan kasus kedaruratan obstetri pada umumnya disebabkan oleh kegagalan dalam mengenal risiko kehamilan, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana untuk perawatan ibu hamil risiko tinggi, kurangnya pengetahuan tenaga medis, para medik dan penderita dalam mengenal Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) secara dini, masalah dalam

pelayanan obstetri dan kondisi ekonomi dapat menyebabkan kematian ibu (Buchmann, 2016).

Tingginya AKI di Indonesia terutama disebabkan faktor "Tiga terlambat" dan "Empat terlalu". "Tiga Terlambat" meliputi terlambat merujuk, terlambat ke RS, terlambat mendapat pertolongan di RS sedangkan "Empat Terlalu" meliputi terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu rapat jarak antar anak (Sajedinejad, 2015). Infrastruktur yang buruk, layanan transportasi yang tidak memadai, jarak dari fasilitas kesehatan dan praktik sosial yang berbahaya memainkan peran besar dalam kematian ibu (Manzi, 2014).

Salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka kematian ibu adalah proses rujukan yang terlambat dan ketidaksiapan fasilitas kesehatan terutama di Puskesmas dan di rumah sakit kabupaten untuk melakukan pelayanan kedaruratan obstetri emergensi komprehensif (PONEK). Data profil kesehatan di Jawa Barat, menunjukkan bahwa Kabupaten Cianjur berada pada peringkat kelima dengan kematian maternal tertinggi di Jawa Barat. Kematian ibu di Kabupaten Cianjur menurut data laporan dan profil kesehatan, tahun 2015 menunjukkan angka kematian ibu 110 per 100.000 KH. Bila dibandingkan dengan angka kematian ibu di kabupaten Cianjur tahun 2014 yaitu sebesar 105 per 100.000 KH, hal ini menunjukkan adanya kenaikan angka kematian ibu (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2015).

Dua pertiga kematian ibu pada tahun 2014 terjadi pada ibu bersalin 25 kasus (51%), ibu nifas 17 kasus (34,7%), dan ibu hamil 7 kasus (14,3%). Penyebab kematian ibu paling banyak disebabkan oleh penyebab langsung yaitu eklampsia (34,7%), perdarahan (32,7%), infeksi (4,1%) dan penyebab langsung lain seperti emboli, inversio uteri (8,1%). Sedangkan lainnya disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu keadaan yang disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan dan memberat dengan adanya kehamilan atau persalinan, seperti terdapatnya penyakit jantung, TB paru, KP (20,4%). Pencatatan dan pelaporan yang belum optimal di Dinas

Kesehatan Kabupaten Cianjur sehingga data yang ada belum akurat dan belum dapat dipertanggung jawabkan dari semua link kesehatan seperti Puskesmas dan jajarannya, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2015).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian ini dilakukan di Kabupaten Cianjur dan penelitian ini melakukan analisis dan eksplorasi untuk mengetahui faktor penyebab kematian maternal yang dapat dicegah, penyebab keterlambatan rujukan pada kematian maternal dan Pencatatan dan Pelaporan Kematian Maternal diteliti secara kuantitatif dan kualitatif sekaligus. Tujuan dari Penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah, faktor penyebab keterlambatan rujukan pada kematian maternal, dan Pencatatan dan Pelaporan Kematian Maternal di Kabupaten Cianjur tahun 2015.

## METODE

Rancangan penelitian ini menggunakan *Sequential Explanatory Mixed Method*. Pengumpulan data dan analisis data kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* pada tahap pertama, kemudian diikuti dengan pengumpulan data dan analisis data secara kualitatif pada tahap kedua untuk memperkuat hasil penelitian kuantitatif. Rancangan penelitian ini pada tahap pertama secara kuantitatif deskriptif untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal, faktor-faktor yang memengaruhi keterlambatan rujukan pada kematian maternal dan ketidaklengkapan kematian maternal di Kabupaten Cianjur tahun 2015. Tahap kualitatif melalui pendekatan analisis isi dengan paradigma konstruktivisme, mengeksplorasi hasil terhadap faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal, faktor-faktor yang memengaruhi keterlambatan rujukan pada kematian maternal dan ketidaklengkapan kematian maternal di Kabupaten Cianjur tahun 2015. Variabel yang terlibat dalam penelitian ini adalah: 1) Faktor-

faktor penyebab yang memengaruhi kematian maternal yang dapat dicegah di kabupaten Cianjur yaitu faktor pasien, Penolong persalinan, Sarana Kesehatan, Rujukan, Pembiayaan Kesehatan (asuransi kesehatan). 2) Faktor-faktor yang berhubungan dengan hambatan proses rujukan memengaruhi kematian maternal yaitu, Geografis, Waktu tempuh, Jarak tempuh, Transportasi, Biaya, Pendamping pada saat Rujukan. 3) Faktor yang memengaruhi ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan yaitu SDM, Prosedur /kebijakan, Biaya.

Tujuan penelitian ini adalah, Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah di Kabupaten Cianjur tahun 2015 dan mengeksplorasi bagaimana faktor tersebut menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah di Kabupaten Cianjur tahun 2015.

Populasi terjangkau penelitian kuantitatif adalah semua data rekapitulasi kematian maternal dan dokumen AMP (Audit Maternal perinatal) di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur pada tahun 2015 sebesar 49 kasus. Kriteria inklusi dalam penelitian kuantitatif adalah dokumen kematian maternal yaitu rekapitulasi data kematian maternal dan dokumen AMP yang mempunyai data lengkap sesuai kebutuhan peneliti.

Sampel target penelitian kualitatif sebagai informan penelitian berjumlah 10 responden yang dipilih secara purposive. Sampel merupakan suami/ keluarga, tenaga kesehatan yang terkait dan memahami penyebab kematian maternal serta petugas pencatatan dan pelaporan di fasilitas pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Cianjur pada tahun 2015. Kriteria inklusi dalam penelitian kualitatif adalah: a. Suami/ keluarga, 1) terlibat langsung saat terjadi kematian maternal, 2) masih tinggal/berada di wilayah kabupaten Cianjur sesuai dengan alamat yang tertulis di dokumen AMP. b. Tenaga Kesehatan, 1) Terlibat dalam kematian maternal secara langsung, 2) Tenaga kesehatan yang di wilayah binaannya terdapat kematian maternal. c. Penanggung jawab

pencatatan dan pelaporan kematian maternal, orang yang bertanggung jawab langsung terhadap pencatatan dan pelaporan kematian maternal di fasilitas pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Cianjur.

Penelitian dilakukan di Kabupaten Cianjur. Pengambilan data dilakukan pada bulan November sampai Desember 2016.

Teknik Pengumpulan data peneliti melakukan Penelitian dilakukan secara bertahap dimulai dari pengumpulan data kuantitatif kematian maternal berdasarkan studi dokumentasi melalui data kematian maternal yang dimiliki Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, kemudian melakukan klarifikasi data kematian ke dinas kependudukan dan catatan sipil.

Pada tahap pengumpulan data kualitatif didapatkan dengan mengeksplorasi hasil penelitian kuantitatif kepada suami/keluarga dengan melakukan wawancara mendalam (*Indepth interview*), tenaga kesehatan dan penanggung jawab pencatatan dan pelaporan kematian maternal di fasilitas pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur dan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Cianjur dengan melakukan *FGD* (*Focus Group Discuss*) untuk lebih memahami isu terkait gender memengaruhi kematian maternal, faktor-faktor yang menghambat proses rujukan, dan faktor-faktor penyebab tidak tercatat dan terlapornya kematian maternal.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data Otopsi Verbal Maternal, Rekapitulasi Laporan Kematian Maternal, dan Data Rekam Medis Maternal yang diperoleh dari Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur didapatkan bahwa jumlah kematian maternal tahun 2015 sebanyak 49 kasus kematian dari 44.627 kelahiran hidup.

Berdasarkan Tabel 1 tersebut diatas maka, mayoritas kematian maternal merupakan kematian yang dapat dicegah yaitu sebanyak 42 kasus (85,7%).

**Tabel 1.** Kematian Maternal di Kabupaten Cianjur Tahun 2015 (n=49)

Kematian Maternal	Jumlah Kasus	%
Tidak dapat dicegah	7	14.3
Dapat dicegah	42	85.7

Berdasarkan Tabel 2 tampak bahwa penyebab kematian maternal paling banyak kasus kematian maternal terjadi pada kematian maternal yang dapat dicegah, yaitu pada ibu dengan usia tidak berisiko (20-35 tahun), ibu tidak bekerja, paritas tidak bersiko (2-3), pada ibu yang melakukan ANC lebih dari 4 kali, riwayat komplikasi tidak ada, namun banyak terjadi pada ibu dengan tingkat pendidikan berisiko (<9 tahun), jarak kehamilan Berisiko (<2 tahun atau ≥5 tahun), serta penyebab kematian maternal paling banyak disebabkan oleh perdarahan, pre eklamsia/eklamsia, dan sebagian besar ibu mengalami komplikasi obstetri baik itu pada masa kehamilan, bersalin dan nifas, penolong pertama persalinan oleh paraji, tempat kematian di RS, dengan keterlambatan rujukan, dan pada saat terjadi komplikasi ibu dirujuk.

Kajian kualitatif mengenai kejadian kematian maternal dan upaya pelayanan kesehatan maternal di Kabupaten Cianjur disajikan dalam bentuk narasi. Tujuan dari kajian kualitatif adalah untuk melihat berbagai faktor yang berkaitan dengan terjadinya kematian maternal secara lebih detail.

Kasus kematian maternal berdasarkan faktor Ibu pada kematian yang dapat dicegah di Kabupaten Cianjur Tahun 2015 paling banyak terjadi pada ibu dengan usia tidak berisiko (20-35 tahun) sebanyak 27 kasus (64.3%). Kasus kematian maternal yang meninggal di usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun menjadi rentan terhadap terjadinya risiko komplikasi. Hal-hal yang menyebabkan umur >20 tahun menjadi faktor risiko kematian maternal karena secara biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum seluruhnya optimal, secara fisik tubuh wanita tersebut sepenuhnya siap untuk menghadapi kehamilan dan menerima hasil konsepsi khususnya pada alat reproduksi Ny. IG usia 18 tahun hamil anak

**Tabel 2.** Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cianjur Tahun 2015 (n=49)

Faktor Penyebab	Jumlah	%
-Usia ibu		
Berisiko (<20 tahun atau ≥35 tahun)	17	34.7
Tidak berisiko ((20 – 35 tahun)	32	65.3
-Paritas		
Berisiko (≤1 atau > 4)	15	30.6
Tidak berisiko (2-3)	34	69.4
-Pekerjaan		
Bekerja	11	22.4
Tidak Bekerja	38	77.6
-Riwayat ANC		
Tidak baik (<4 kali)	18	36.7
Baik (≥4 kali)	31	63.3
-Riwayat Penyakit Ibu		
Ada	11	22.4
Tidak ada	38	77.6
-Penyebab Kematian		
Perdarahan	19	38.8
Preeklamsia / Eklamsia	19	38.8
Infeksi	4	8.2
Penyakit Jantung	4	8.2
TB paru	1	2
DBD	1	2
Anemia	1	2
-Pendidikan		
Berisiko (< 9 tahun)	45	91.8
Tidak Berisiko (≥9 tahun)	4	8.2
-Jarak kelahiran		
Berisiko (< 2 tahun atau ≥ 5tahun)	24	61.5
Tidak berisiko (≥ 2 tahun atau < 5tahun)	15	38.5
-Komplikasi Obstetri		
Ada komplikasi	43	87.8
Tidak ada komplikasi	6	12.2
-Penolong Pertama Persalinan		
Dokter Sp.OG		
Bidan	8	25.8
Paraji	10	32.3
-Tempat Kematian	13	41.9
RS		
Puskesmas	30	61.2
Praktik Bidan	5	10.2
Rumah	1	2.1
Perjalanan	6	12.2
-Keterlambatan Rujukan	7	14.3
Terlambat		
Tidak terlambat	47	96
-Pelaksanaan rujukan saat terjadi komplikasi	2	4
Tidak dirujuk		
Dirujuk	7	14.3
	42	85.7

pertama meninggal pada saat bersalin dengan perdarahan. Kasus Ny. NI usia 17 tahun hamil anak pertama meninggal pada saat bersalin dengan PEB (Pre Eklamsia Berat).

Kehamilan Usia ibu di atas 35 tahun: Kasus Ny. O usia 40 tahun hamil anak ketujuh meninggal pada saat bersalin dengan perdarahan. Kasus Ny. RH usia 39 tahun hamil anak kedua meninggal pada saat hamil dengan PEB. Kasus Ny. MF usia 37 tahun hamil anak keempat meninggal pada saat hamil dengan perdarahan. Kasus Ny. SK usia 43 tahun hamil anak kedelapan meninggal pada saat bersalin dengan perdarahan.

Hal-hal yang menyebabkan umur <20 tahun menjadi faktor risiko kematian maternal karena secara biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum seluruhnya optimal, secara fisik tubuh wanita tersebut sepenuhnya siap untuk menghadapi kehamilan dan menerima hasil konsepsi khususnya pada alat reproduksi. Ketidaksiapan tersebut mengakibatkan pada saat ibu hamil dan melahirkan timbul komplikasi obstetrik berupa penyulit-penyulit persalinan yang sebagian besarnya pada wanita belasan tahun, penyulit tersebut adalah persalinan macet dan rupture uteri (Sajedinejad, 2015).

Pada sebagian besar penyebab kasus persalinan macet adalah karena tulang panggul ibu terlalu sempit atau karena gangguan penyakit sehingga tidak mudah dilintasi kepala bayi pada waktu bersalin. Sedangkan untuk usia ibu >35 tahun memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal karena pada usia tersebut fungsi organ-organ tubuh sudah mengalami kemunduran dan sudah keropos sehingga sudah tidak memungkinkan lagi untuk hamil dan melahirkan (Novel, 2014).

Riwayat ANC menunjukkan kematian maternal paling banyak terjadi pada ibu dengan riwayat ANC lebih dari 4 kali 28 kasus (66.7%). Pemeriksaan antenatal yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan kepada petugas kesehatan, dapat mendeteksi secara dini kemungkinan adanya komplikasi yang timbul pada masa kehamilan, seperti preeklamsia, anemia, KEK, infeksi kehamilan dan

perdarahan antepartum, keadaan tersebut merupakan faktor-faktor risiko untuk terjadinya kematian maternal. Selain itu antenatal care yang baik selama ini hanya dilihat dari jumlah kunjungan akan tetapi tidak dilihat dari kualitas kunjungan dan hasil dari kunjungan ibu yaitu pemahaman dan kesadaran ibu hamil tentang kondisinya sehingga mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan.

*...istri kalau periksa hamil, ya kalau dihitung dari mulai hamil sampai meninggal kemarin, ada 10 kali bu, di bidan...tapi gitu waktu mau partus kita ke paraji, karena yang terdekat dengan rumah dan dari orangtua kita juga sudah sama beliau (dukun)...waktu periksa kata bidan ya, baik-baik aja tidak ada masalah..(R3)*

Penelitian menunjukkan keteraturan melakukan pemeriksaan ANC dan pemanfaatan layanan ANC merupakan proses awal dalam pelaksanaan deteksi dini dan proses mempersiapkan ibu hamil untuk menghadapi persalinan dan nifas yang baik dengan mempersiapkan segala kemungkinan karena setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat (Kawungezi, 2015).

*Temuan menunjukkan pengaturan pedesaan aktual kehadiran dan pemanfaatan layanan ANC. Banyak kepekaan harus dilakukan secara khusus di daerah pedesaan ini untuk memberdayakan wanita hamil dan suami mereka untuk meningkatkan kehadiran dan pemanfaatan ANC. Temuan ini juga akan memberikan dasar untuk perbaikan dan revisi skema sensitisasi ANC, penyediaan ANC, dan pemanfaatan layanan ANC.*

Selain itu antenatal care yang baik selama ini hanya dilihat dari jumlah kunjungan akan tetapi tidak dilihat dari kualitas kunjungan dan hasil dari kunjungan ibu yaitu pemahaman dan kesadaran ibu hamil tentang kondisinya sehingga mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan. Keterlambatan pengambilan keputusan berdampak terhadap penanganan masalah/komplikasi ibu hamil seperti misalnya terlambat mendapatkan pertolongan.

Kesadaran akan pentingnya ANC dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: Pengalaman, pengetahuan, masalah sosial dan pendampingan pada saat ANC (Berhan, 2014).

Kondisi pasien saat mencari pertolongan memengaruhi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi. Ketika ibu datang dengan kondisi yang sangat kritis hal ini menyulitkan dalam pemberian pertolongan untuk menyelamatkan ibu. Keadaan ini berkaitan erat dengan keterlambatan pertama keluarga dalam membuat keputusan untuk mencari pertolongan ketika ibu mengalami gejala awal dari komplikasi yang ada. Kepercayaan kepada paraji karena sebagian besar keluarga datang kepada bidan atau tenaga kesehatan yang ada dengan kondisi ibu yang sudah parah setelah terlebih dahulu meminta pertolongan kepada paraji.

*...awalnya mengundang paraji, paraji bantu lahirkan bayi sama ari-ari, banyak keluar darah paraji kewalahan baru panggil bidan (R3).*

Keberadaan penolong persalinan terlatih pada saat persalinan merupakan prosedur penting dalam penyelamatan nyawa dan kunci rujukan ke fasilitas kesehatan terdekat. Diperkirakan sekitar 13-33% kematian maternal dapat dikurangi dengan keberadaan tenaga penolong persalinan terlatih (Oshonwoh, 2014).

Kasus kematian maternal dilihat dari waktu kematian di Rumah Sakit dan penyebab kematian maternal paling banyak disebabkan karena perdarahan 9 kasus (69.2%) dengan waktu tiba <6 jam, artinya kemungkinan besar pasien sudah sampai di RS dalam keadaan tidak tertolong atau meninggal. Kebiasaan melahirkan di paraji merupakan tradisi turun temurun dari masyarakat, karena jarak paraji ke rumah masyarakat lebih dekat di bandingkan dengan akses ke bidan desa yang ada.

*.... sudah biasa sama paraji, anak yang pertama dan kedua juga sama paraji, paraji paling dekat, biar cepat panggil paraji, bidan jauh suka terlambat..dulu ada disini bidan tapi sekarang sudah pindah.. (R5)*

Bidan selalu menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehamilan dan proses persalinan wanita. Tenaga profesional kesehatan yang terlatih dalam keterampilan kebidanan dapat membuat perbedaan besar bagi kemajuan dan keberhasilan kehamilan. Dengan jumlah bidan yang cukup di dunia, jumlah masalah terkait kehamilan akan berkurang

secara drastis, terutama di negara-negara berkembang. Kematian Ibu dan bayi akibat kehamilan dan komplikasi terkait persalinan yang seharusnya dapat dicegah jika mereka memiliki akses ke petugas kesehatan yang terampil dengan tepat, peralatan yang tepat, dan dukungan yang memadai.

*...kalau disini paraji masih ada, memang sudah berkurang sekitar 30%, paraji masih di pilih pasien/ keluarga karena budaya dan hubungan keluarga (KIT1)*

Upaya pemerintah Kabupaten Cianjur dalam mengatasi kasus kematian persalinan yang dilakukan oleh paraji selain penempatan bidan desa juga melakukan kemitraan dengan paraji.

*...kalau di sini paraji kita libatkan, istilahnya kemitraan kerja. Kalau ada yang bersalin, paraji akan tetap berkomunikasi dengan bidan, bidan akan memberi asuhan pertolongan persalinan (KIT2)*

*...sulit menghilangkan paraji, tapi kita merangkul paraji untuk meningkatkan kemitraan dengan paraji (KIT3)*

*...Cianjur persalinan dengan paraji masih banyak, Cianjur belum bisa mengentaskan paraji, budaya masih cukup tinggi percaya paraji tetapi dibandingkan tahun-tahun sebelumnya sudah mulai berkurang. Saat ini pemerintah kabupaten Cianjur sedang mensosialisasikan undang-undang 36 pasal 64 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan, melarang melaksanakan kegiatan praktik bukan tenaga kesehatan, yang akan diedarkan kepada camata, dan disosialisasikan kepada masyarakat. (KIT3)*

Kerjasama antara bidan desa dengan dukun bayi selain melalui pelatihan yang diadakan oleh puskesmas, juga dalam bentuk pendampingan bidan saat ibu bersalin, akan tetapi masih ada sebagian ibu yang bersalin dengan dukun tanpa pendampingan dan baru memanggil bidan saat terjadi penyulit dalam persalinan, hal ini akan memperburuk kondisi ibu bila diperlukan rujukan segera ke RS. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian tentang menggabungkan kehadiran dukun beranak melalui program promotor kesehatan keluarga telah memainkan peran penting dalam memberikan dan meningkatkan akses ke layanan kesehatan reproduksi oleh wanita di komunitas pedesaan di timor leste. Namun hal ini membutuhkan komitmen jangka panjang dan kemitraan yang baik, penurunan angka

kematian maternal di Timor-Leste sangat signifikan hal ini berhubungan dengan bagaiman tujuan untuk meningkatkan pemberian asuhan kesehatan ibu dan anak pada tingkat primer (Sarmiento, 2014).

Berdasarkan ketersediaan Sarana prasarana, sebagian besar ibu mendapatkan penanggannya dengan ketersediaan obat yang mencukupi mengalami kematian maternal sebanyak 32 kasus (76.2%), dan tersedianya Fasilitas Kesehatan 32 kasus (76.2%). Sarana prasarana di Kabupaten Cianjur menunjukkan bahwa kasus kematian maternal yang terjadi 64.3% dengan tersedianya sarana prasarana. Hal ini berbeda dengan teori yang ada.

Keterbatasan dalam sarana Prasarana salah satunya ketersediaan Stok darah. Gagalnya pelayanan ditempat rujukan disebabkan karena kurangnya sarana prasarana misalnya bank darah sehingga pada kasus gawat darurat misalnya kasus PPP (Perdarahan Post Partum) penanganan menjadi terhambat karena darah tidak tersedia untuk transfusi.

*...habis lahiran kurang darah, ambil darah cari darah dulu di apotek, hasilnya ga ada, nunggu, eh..ibu keburu di antar ke cianjur (R2).*

*...istri saya sudah sampai RS sayang, katanya harus masuk darah tetapi stok darah habis, sementara keluarga yang mengantar saat merujuk tidak ada golongan darah yang sama, jadi harus cari dulu..(R4)*

Menteri Kesehatan sudah menetapkan standar pelayanan minimal rumah sakit tahun 2008. Salah satu pelayanan yang dinilai adalah angka kematian pada rumah sakit, yaitu kematian kurang dari 48 jam, lebih dari 48 jam kurang dari 24 jam.15,16 *Net Death Rate (NDR)* adalah kematian yang lebih dari 48 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit. *NDR* yang tinggi menggambarkan mutu yang kurang di suatu rumah sakit. Mutu yang kurang ini, dapat disebabkan oleh faktor input rumah sakit, pasien serta lingkungan. Mutu pelayanan kesehatan umumnya dikaitkan dengan pelayanan kesehatan kepada perorangan yang diberikan oleh suatu institusi atau fasilitas kesehatan seperti rumah sakit (MENKES RI, 2008).

Tempat persalinan di rumah akan menimbulkan kesulitan apabila pada proses

persalinan terjadi komplikasi yang membutuhkan ibu segera dirujuk ke rumah sakit, apalagi bila kondisi geografis yang tidak mendukung dan sarana transportasi tidak tersedia. Semakin tinggi proporsi ibu melahirkan di rumah, semakin tinggi risiko kematian maternal (Kruk, 2016).

Keterlambatan dalam proses rujukan yang memegang peranan tertinggi pada kasus kematian maternal yang dapat dicegah di kabupaten Cianjur, keterlambatan dalam pengambilan keputusan terbanyak sebesar 20 kasus (47.6%), keterlambatan dalam mencapai tempat Rujukan 10 kasus (23.8%), dan keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan 12 kasus (38.6%). Lamanya pengambilan keputusan berdampak pada proses rujukan selanjutnya, yaitu keterlambatan dalam mencapai fasilitas rujukan, dan keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan.

*...kan kemarin itu ibu udah mau melahirkan tapi ga langsung di bawa ke RS karena mertua bilang biar aja dulu disini, sambil nunggu suaminya datang, tiba-tiba ibu kejang, baru keluarga panggil bidan, bidannya kan jauh jadi harus di tungguin dulu ada 30 menit..(R5)*

*Indepth interview* yang dilakukan dengan bidan RSUD Cianjur sebagai tempat rujukan ibu bersalin tersebut didapatkan data bahwa rujukan bidan tidak sesuai dengan standar BAKSOKUDa (Bidan, alat, kendaraan, surat rujukan, obat, keluarga serta uang dan darah) dan kondisi ibu dalam keadaan parah.

*...pasien datang sudah keadaan parah, perdarahan banyak, ibu tidak sadar. Pasien datang hanya dengan keluarga tanpa bidan yang menemani, terkadang juga pasien datang sampai IGD diperiksa sudah dalam keadaan meninggal. (KITK3)*

Minimnya komunikasi antar level rujukan di Kabupaten Cianjur dikarenakan belum ada mekanisme yang disepakati terkait pemanfaatan komunikasi dalam proses rujukan. Diperlukan mekanisme yang jelas terkait komunikasi untuk proses rujukan. Standar Operasional Prosedur (SOP) di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur dengan seluruh puskesmas sudah ada, namun SOP tersebut belum mencakup semua pelayanan kesehatan ibu terutama yang berhubungan dengan proses

rujukan dan kegawadarutan.

SOP diperlukan terkait dengan kesehatan ibu untuk melengkapi yang sudah ada, dan dapat dijadikan acuan bersama oleh tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan kasus yang berkaitan dengan rujukan kesehatan ibu. SOP stabilisasi dan SOP mekanisme rujukan pasien. Pembuatan SOP berdasarkan resiko yang terjadi pada seorang ibu hamil atau bersalin menurut penulis lebih memudahkan sarana pelayanan kesehatan disetiap level rujukan dalam penatalaksanaan pasien (Kismoyo, 2012).

Menurut penelitian di senegal diketahui bahwa penyebab langsung yang dapat dicegah yaitu kematian ibu karena perdarahan postpartum hal ini dapat disiasati dengan sumber daya yang tersedia. Dalam hal ini ibu dapat didiagnosis dan diobati sebelum melahirkan dan rujukan antar rumah sakit harus ditingkatkan, serta pengelolaan bank darah untuk akses yang lebih cepat untuk transfusi. Begitu juga dengan pelatihan yang lebih lagi kepada tenaga kesehatan (Tort, 2015).

Kasus keterlambatan rujukan paling banyak terjadi dengan wilayah tempat tinggal pedesaan sebanyak 43 kasus (91.5%). Berdasarkan letak geografis dataran tinggi lebih banyak mengalami keterlambatan rujukan sebanyak 35 kasus (81%).

Pembiayaan kesehatan dengan jaminan kesehatan 45 kasus (100%), adanya pendamping saat rujukan 45 kasus (100%), sarana prasarana yang tersedia 32 kasus (68%), jarak rumah ke fasilitas layanan kesehatan atau dari fasilitas layanan kesehatan yang satu ke tempat rujukan yang jauh sebanyak 35 kasus (74.5%) dengan waktu tempuh >1 jam 24 kasus (51.1%), serta dengan transportasi yang tersedia sebanyak 43 kasus (91.5%).

Kasus Ny.Y mengalami perdarahan retensio plasenta, kondisi ibu sudah sangat lemah, kemudian bidan datang memberikan infus, dan dianjurkan untuk dirujuk, keluarga setuju dan segera mencari kendaraan, setelah menunggu 2 jam kendaraan datang, tetapi kendaraan tidak bisa masuk langsung kerumah pasien, karena rumah berada pada persawahan,

ibu terlebih dahulu harus di angkat menggunakan tandu.

Kesulitan transportasi menimbulkan keterlambatan pasien di bawa ke fasilitas rujukan. Keterlambatan karena sarana prasarana yang masih kurang menyebabkan terjadinya kegagalan dalam proses rujukan misalnya kendaraan ambulans, tidak adanya supir, jalanan jelek, macet yang menyebabkan kematian maternal.

Seorang partisipan mengungkapkan bahwa keterlambatan ibu dirujuk karena tidak ada supir ambulans desa, harus menunggu.

*.....ambulans desa ada, tapi masih menunggu supirnya belum ada (R3)*

Keterlambatan lainnya juga disebabkan karena prosedur untuk penggunaan ambulans dan kondisi kendaraan yang tidak memadai.

*...transportasi tidak ada, susah, ambulans desa ada, tapi prosedurnya susah, kondisi mobilnya kurang memadai (R5)*

Keterlambatan lainnya juga disebabkan karena akses yang terlalu jauh di jangkau karena jarak dan waktu tempuh ke rumah sakit yang jauh.

*...jarak dari sini ke RS jauh mah, lebih dari 20 km, dari sini ke kecamatan aja lebih dari 15 km, 2 jam-an lah (R5).*

Studi menunjukkan bahwa jarak jauh ke rumah sakit berkontribusi pada tingginya angka kematian terkait kehamilan. Perbedaan kematian empat kali dalam jarak antara rumah terdekat dan terjauh mendukung dalam memberikan peningkatan akses ke pelayanan kesehatan. Selain itu, tingginya tingkat kematian terkait kehamilan di antara wanita yang tinggal dalam jarak 5 km dari rumah sakit (Hanson, 2015).

Untuk pembiayaan kesehatan pembiayaan kesehatan yang di gunakan pada kasus kematian maternal BPJS/ JAMKESMAS/ KIS 39 kasus (92.9%). Upaya pemerintah Kabupaten Cianjur dalam menurunkan kematian maternal terkait pembiayaan kesehatan bagi pasien yang datang ke RS dengan kondisi ekonomi tidak mampu, pemerintah memberikan bantuan jaminan kesehatan berupa SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).

*...bagi keluarga yang kurang mampu atau tidak ada jaminan kesehatan, maka di fasilitasi pemerintah daerah, pasien disuruh membuat SKTM...(KIT1)*

Beberapa hasil penelitian yang ada didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan di Pulau Lombok pada penelitian ini tidak tersedianya biaya bukan merupakan risiko yang meningkatkan kematian akibat terjadinya perdarahan secara langsung.

Adanya berbagai intervensi dan program yang diluncurkan pemerintah untuk pengentasan kemiskinan, telah berkontribusi cukup besar dalam membantu keluarga khususnya keluarga yang tidak mampu untuk mengakses layanan kesehatan. Program JAMKESMAS sebagai program nasional telah menyediakan biaya gratis untuk semua persalinan dan komplikasi kehamilan dan persalinan bagi keluarga miskin. Khusus untuk program kesehatan di Provinsi Jawa Barat, khususnya di kabupaten Cianjur disamping JAMKESMAS dan program JAMKESDA.

Akses geografis yang sulit memiliki pengaruh besar terhadap kemampuan ibu dalam mencapai fasilitas kesehatan selama persalinan. Setelah seorang wanita melahirkan. Situasi ini diperparah jika ibu mengalami komplikasi atau dalam situasi darurat.

*...daerah kita masih sulit, cianjur daerah selatan kondisinya paraji masih banyak, karena geografis sulit, menuju fasyankes jauh, di desa ada bidan tetapi jaran dari kampung datu dengan yang lain jauh, makanya sebagai alternatif mereka ke paraji..(KIT2)*

Hambatan untuk mencapai fasilitas dapat bertindak sebagai disinsentif dalam mencari pelayanan kesehatan. Bahkan ketika seorang ibu memutuskan untuk mendapatkan asuhan pada waktu yang tepat, aka menghadapi hambatan seperti kurangnya transportasi atau jarak jauh ke fasilitas (Cham, 2005).

Masalah kurangnya akses ke layanan kesehatan. Hambatan keuangan, organisasi dan sosial budaya mengendalikan pemanfaatan layanan (Gulliford, 2002). Akses akan dipengaruhi oleh distribusi fasilitas kesehatan, jarak, transportasi dan biaya. ibu dengan dengan kondisi kesehatan buruk akan menempuh jarak

yang lebih jauh, melewati lebih banyak fasilitas kesehatan dan diharapkan mencapai fasilitas kesehatan yang memadai (Ganatra, 1998).

Tinggal di sebuah desa atau di tempat-tempat terpencil tanpa transportasi yang tersedia berhubungan dengan keterlambatan dalam rujukan (Lori, 2012). Bahkan di negara-negara maju yang tidak memiliki masalah transportasi, jarak geografis lebih sering dikaitkan dengan hasil kehamilan yang jelek (Nesbitt, 1990).

Biaya dan kemiskinan masih memainkan peran umum dalam mencapai sebuah fasilitas. Banyak ibu, karena kurangnya otonomi atau karena kerugian ekonomi, mengalami kesulitan mendanai transportasi ketika memutuskan untuk mencari rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal (Filippi, 2009).

Berdasarkan ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan kematian maternal di Kabupaten Cianjur berdasarkan data OVM, RMM, dari ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan adalah lengkap sebanyak 44 kasus (89.8%).

Berdasarkan *indepth interview* yang dilakukan beberapa faktor yang memengaruhi ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan kematian maternal yaitu: Sumber Daya Manusia (SDM)/ petugas yang bertanggung jawab, anggaran dana, kebijakan. Hal ini diperoleh dari hasil wawancara dinas kesehatan, dinas pemakaman serta dinas kependudukan dan catatan sipil kabupaten Cianjur. Kelengkapan pencatatan dan pelaporan kematian maternal di kabupaten cianjur tahun 2015 belum berjalan dengan baik dan belum ada koordinasi, baik dari desa maupun keluarga yang meninggal. Informasi ini diperoleh dari hasil wawancara, seharusnya pihak dinas pertamanan dan pemakaman.

*...bu, disini kami hanya mengelola kasus kematian yang dikuburkan di tanah yang disediakan pemerintah. Itupun tercatat karena mereka hanya untuk pembayaran retribusi saja. Ya, kalau di kuburkan di tanah pribadi/ keluarga tidak ada laporan sama kita, jadi untuk data kematian ibu kita tidak memiliki pencatatan dan pelaporan yang jelas. (KI1)*

Sementara untuk terkait SDM (orang yang bertanggung jawab), hasil *indepth interview* *...untuk RS awal-awal kita lancar, tetapi dipertengahan kita terima mulai terlambat karena sedang akreditasi, kemudian orang yang bertugas mencatat meninggal jadi belum ada pengganti untuk penanggung jawab pencatatan dan pelaporan (KI3)*

*...kalau untuk petugas pencatatan dan pelaporan kematian maternal saya sendiri yang memegang, dan tugasnya sudah ada. Untuk beban kerja saya bukan hanya khusus di bagian pencatatan pelaporan kematian tetapi turut memperhatikan kerja teman-teman bidan yang ada di puskesmas ini, jadi yah...lumayanlah kerjanya..(KIT2)*

Faktor berikutnya yang memengaruhi ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan yaitu petugas yang bertanggung jawab secara khusus untuk mencatat kasus kematian dan biaya/ dana anggaran khusus kematian maternal belum ada. Sehingga data yang ada tidak semuanya tercatat dan dilaporkan.

*....bu, kita kekurangan tenaga yang bertugas di desa untuk mencatat jumlah penduduk yang mati dan lahir, sementara beberapa tempat sangat jauh. Untuk di kantor saja masih banyak tenaga honor dan tenaga harian lepas. Tenaga kita hanya masih sampai tingkat kecamatan, kalau desa belum. Walaupun kita minta tolong sama orang desa, paling 'ga harus ada biaya pengganti, sementara dana anggaran kita kurang (KI2)*

Sementara berdasarkan wawancara terkait ketepatan waktu dilihat dari ketepatan waktu pengumpulan laporan, penanggulangan kasus yang teridentifikasi, dan penyebaran informasi.

Ketepatan waktu pengumpulan laporan dilihat dari laporan bulanan yang dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.

*...laporan yang diterima kalau ada kasus laporan by phone 2x24 jam, kalau laporan tertulis paling lama 2 minggu. Tetapi masih banyak laporan terlambat, lebih dari 2 minggu atau baru bulan berikutnya baru dilaporkan...(KI3)*

*...laporan dikirim setiap bulan, tetapi suka telat terkadang laporan hanya lewat telpon, baru nanti menyusul laporan tertulisnya (KIT1)*

Proses kelengkapan pencatatan dan pelaporan terkait prosedur formulir selambat-lambatnya harus dikirimkan oleh bidan desa/ rumah bersalin/puskesmas atau fasilitas kesehatan lain 3 hari setelah terjadinya kematian (untuk daerah sulit diperlukan

mekanisme sendiri, mungkin dapat dilakukan melalui telepon, SMS, ataupun internet).

...kalau untuk pencatatan dan pelaporan kalau ada yang meninggal misalnya di RS, untuk auditnya kita terima laporan RMM nya..(KITI)

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pelaksanaan autopsi verbal yang dilakukan oleh petugas yang bekerja di puskesmas wilayah Kabupaten Cianjur hanya untuk sekedar kelengkapan syarat administrasi. Mereka hanya ingin menunjukkan bahwa program telah dikerjakan, akan tetapi pelaksanaannya masih belum sesuai dengan standar. Pelaksanaan autopsi verbal hanya bersifat normatif untuk memenuhi kebijakan yang telah digariskan oleh dinas kesehatan bahwa setiap kematian rumah di Cianjur harus dilaporkan dan dilaksanakan autopsi verbal. Beban kerja dan beban program yang banyak menjadi kendala yang umum dialami oleh petugas untuk melaksanakan autopsi verbal secara serius dan teliti.

Faktor berikutnya yang memengaruhi ketidakeengkapan pencatatan dan pelaporan yaitu petugas yang bertanggung jawab secara khusus untuk mencatat kasus kematian dan biaya/dana anggaran khusus kematian maternal belum ada. Sehingga data yang ada tidak semuanya tercatat dan dilaporkan.

Hal ini didukung oleh hasil riset Frederika Ngana menyatakan bahwa sosialisasi sistem pelaporan kesehatan di antara semua staf yang terlibat dapat meningkatkan konsistensi dan kelengkapan data. Sistem yang efektif untuk transfer dan pelaporan data dapat mengurangi waktu yang dihabiskan untuk tugas-tugas ini oleh beberapa staf. Peningkatan keakuratan data dan ketersediaan riwayat pasien individu memiliki potensi untuk berkontribusi pada peningkatan pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan oleh bidan dapat diatasi dengan pelatihan yang memadai dan peningkatan transportasi (Ngana, 2012; Huurun, 2017).

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa Kasus Kematian Maternal Di Kabupaten Cianjur Tahun 2015 paling banyak adalah kematian yang dapat dicegah, dan Faktor-faktor yang menyebabkan kematian maternal yang dapat dicegah yaitu Faktor Pasien, Tenaga Kesehatan, dan Rujukan. Faktor wilayah tempat tinggal, letak geografis, sarana prasarana, jarak rumah ke fasilitas layanan kesehatan atau dari fasilitas layanan kesehatan yang satu ke tempat rujukan dan waktu tempuh merupakan faktor penghambat rujukan.

Adapun keterbatasan Penelitian ini adalah mengingat kompleksnya faktor-faktor yang memengaruhi kejadian kematian maternal, maka variabel penelitian yang dipilih untuk diketahui pengaruhnya terhadap kematian maternal kemungkinan belum dapat menggambarkan secara keseluruhan permasalahan yang ada. Saran untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian dengan desain studi yang lebih baik misalnya dengan studi *case control* atau kohort.

## DAFTAR PUSTAKA

- Berhan, Y., Berhan, A. 2014. Antenatal care as a Means of Increasing Birth in the Health Facility and Reducing Maternal Mortality: a Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, 24:93-104.
- Buchmann, E. J., Stones, W., & Thomas, N. 2016. Preventing Deaths From Complications of Labour and Delivery. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30:1-13.
- Cham, M., Sundby, J., & Vangen, S. 2005. Maternal mortality In The Rural Gambia, A Qualitative Study On Access To Emergency Obstetric Care. *Reproductive Health*, 2(3):1-8.
- Dinkes Provinsi Jawa Barat.2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2015*. Bandung: Dinkes Prov Jateng
- Filippi, V., Richard, F., Lange, I & Ouattara, F. 2009. Identifying Barriers From Home to the Appropriate Hospital Through Near-Miss Audits in Developing Countries. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14:1-8.

- Ganatra, B. R., Coyaji, K. J. & Rao, V. N. 1998. Too Far, Too Little, Too Late: A Community-Based Case-Control Study Of Maternal Mortality in Rural West Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(6) : 591-598.
- Graham, W. J., Ahmed, S., Stanton, C., AbouZahr, C. L., Campbell, OMR. 2008. Measuring Maternal Mortality: An Overview Of Opportunities And Options For Developing Countries. *BMC Medicine*, 2008, 6(12):1-8.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., Hudson, M. 2002. What Does "Access to Health Care" Mean?. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3):186-188.
- Hanson, C., Cox, J., Mbaruku, G., Manzi, F., Gabrysch, S., Schellenberg, D. 2015. Maternal Mortality and Distance to Facility-Based Obstetric Care in Rural Southern Tanzania: A Secondary Analysis Of Cross-Sectional Census Data in 226 000 Households. *The Lancet Global Health*, 3(7): 387-395.
- Huurun Ien, T., & Fibrina, A. 2017. The Kejadian Kematian Maternal di RSUD Dr. Soesilo Slawi. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 1(4), 36-48.
- Kawungezi, P. C., AkiiBua, D., Aleni, C., Chitayi, M., Niwaha, A., Kazibwe, A. 2015. Attendance and Utilization of Antenatal Care (ANC) Services: Multi-Center Study in Upcountry Areas of Uganda. *Open Journal of Preventive Medicine*, 5(3):132-142.
- Kismoyo, C. P., Hakimi, M., & Hasanbasri, M. 2012. Evaluasi Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Pada Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Bantul. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 01(02):93-102.
- Kruk, M. E., Leslie, H., Verguet, S., Mbaruku, G., Adanu, R., Langer, A. 2016. Quality of Basic Maternal Care Functions in Health Facilities Of Five African Countries: an Analysis of National Health System Surveys. *The Lancet Global Health*, 4:e845-855.
- Lori, J. R., & Starke, A. E. 2012. A Critical Analysis of Maternal Morbidity and Mortality in Liberia, West Africa. *Midwifery Journal*, 28(1):67-72.
- Manzi, A., Munyaneza, F., Mujawase, F., Banamwana, L., Sayinzoga, F., Ntaganira, J., Thomson, D., Hedt-Gauthier, BL. 2014. Assessing Predictors of Delayed Antenatal Care Visits in Rwanda: A secondary analysis of Rwanda demographic and health survey 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:340.
- MENKES RI. 2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008.
- Ngana, R. F., Myers, B. A., & Belton, S. 2012. Health Reporting System in Two Subdistricts in Eastern Indonesia: Highlighting The Role of Village Midwives. *Midwifery Journal*, 28(6):809-815.
- Nesbitt, T. S., Connell, F. A., Hart, L. G., Rosenblatt, R. A. 1990. Access to Obstetric Care in Rural Areas: Effect on Birth Outcomes. *American Journal of Public Health*, 80(7): 814-818.
- Nove, A., Matthews, Z., Neal, S., Camacho, V. 2014. Maternal mortality in Adolescents Compared With Women of Other Ages: Evidence from 144 countries. *The Lancet Global Health*, 2(3):155-164.
- Oshonwoh, F. E., Nwakwuo, G. C., & Ekiyor, C. P. 2014. Traditional Birth Attendants and Womens Health Practices: A Case Study of Patani in Southern Nigeria. *Journal of Public Health & Epidemiology*, 6 (8): 252-261.
- Sajedinejad, S. R., Vedadhir, A., Tabatabaei, M. G., Mohammad, K. 2015. Maternal Mortality: A Cross-Sectional Study in Global Health. *Globalization and Health*, 11(4): 1-13.
- Sarmento, D. R. 2014. Traditional Birth Attendance (TBA) in a Health System: What are The Roles, Benefits and Challenges: A Case Study of Incorporated TBA in Timor-Leste. *Asia Pacific Family Medicine*, 13(12): 1-9.
- Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P., Dumont, A. 2015. Factors Associated with Postpartum Hemorrhage Maternal Death in Referral Hospitals in Senegal and Mali: A Cross-Sectional Epidemiological Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:235.
- WHO. 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. International Classification of Diseases (ICD) 10th Revision - Version:2010, Occupational Health.
- WHO. 2015. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. WHO, Geneva.