

Optimalisasi Persalinan Non-institusional Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu Era *Millenium Development Goals*

Ucke S. Sastrawinata

Divisi Obstetri Ginekologi Sosial
Bagian Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran
Universitas Kristen Maranatha, Bandung

Abstrak

The Millennium Development Goals (MDGs) adalah delapan target yang harus dicapai pada tahun 2015 sebagai respons terhadap tantangan pembangunan utama dunia. MDGs dalam bidang kesehatan maternal diukur dengan indikator angka kematian ibu (AKI) dan persentase persalinan yang dilakukan oleh penolong persalinan terlatih (*skilled birth attendant*). Artikel ini membahas kembali program yang sangat baik dan ada di Indonesia namun belum terlaksana dengan sempurna melihat Indonesia merupakan negara dengan AKI tertinggi di Asia Tenggara. AKI nasional memang menunjukkan penurunan dalam beberapa tahun terakhir, tetapi di beberapa daerah masih sangat tinggi, sementara proporsi persalinan yang ditolong oleh penolong persalinan terlatih memang menunjukkan peningkatan tapi dukungan sistem dan keterampilan penolong dianggap masih belum memenuhi harapan. Sebagian besar proses persalinan di Indonesia terjadi di rumah (non-institusional), beberapa faktor yang saling berkaitan dengan karakteristik proses persalinan di Indonesia adalah psikologis, keluarga, dan ekonomi. Upaya menurunkan AKI di Indonesia merupakan gabungan dari penolong persalinan terlatih, asuhan obstetrik emergensi, dan sistem rujukan emergensi. Intervensi di atas tidak harus dilakukan di fasilitas kesehatan, tapi dapat diimplementasikan oleh penolong persalinan terlatih saat persalinan di rumah, harus didukung oleh: lingkungan yang menunjang, rujukan emergensi, dan juga perbaikan akses kontrasepsi. Optimalisasi persalinan non-institusional dengan desa SIAGA dan Gerakan Sayang Ibu (GSI). GSI menggalakkan kesiapan persalinan dan kesiagaan komplikasi dengan “desa SIAGA” yang mempunyai komponen: Sistem Dana, Sistem Transportasi, Sistem Donor Darah, Sistem Pemberitahuan, dan Kemitraan pertolongan persalinan dukun paraji dan bidan. [MKB. 2009;41(4):212-9].

Kata kunci: MDGs, AKI, persalinan non-institusional, desa SIAGA, GSI

Optimization Non-institutional Delivery in Reducing Maternal Mortality Ratios To Achieve Millenium Development Goals

Abstract

The Millennium Development Goals are goals that must be achieved in 2015 as a responds to world development challenges. MDGs in maternal healthcare were measured by indicators such as maternal mortality ratios and percentage of births attended by skilled birth attendants (SBA). This article focuses on very good programs in Indonesia but still not being done perfectly because Indonesia's MMR is still the highest among south east asian countries. National MMR is declining over decades, but in several provinces MMR still high. Deliveries by SBA proportion show promising trends although with low system support and skill monitoring support. Most of deliveries were non-institutional, several aspects known to play important roles were psychological, families, and economics aspects. Efforts on lowering maternal mortality in Indonesia actually are combinations between SBA, emergency obstetric care, and emergency referral system. Interventions can be done by SBA at home whileworking, with an adequate support from community system, emergency referral system, and improvement of contraception

Korespondensi: Dr. dr. Ucke S. Sastrawinata, SpOG(K), Divisi Obstetri Ginekologi Sosial, Bagian Obstetri Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha, Bandung, Jln. Rajamantri II no 8 Bandung, Telp (022) 7304154, Hp. 0811222272, E-mail: gunanegara@yahoo.com

access. Non-institutional delivery optimization with des SIAGA and GSI (Safe Motherhood Activities) which had 5 components; Funding System, Transportation System, Blood Donor System, Information System, and partnership in midwives and traditional birth attendant (TBA). [MKB. 2009;41(4):212-9].

Key words: MDGs, MMR, non-institutional deliveries, desa SIAGA, GSI

Pendahuluan

Indonesia sebagai negara dengan angka kematian ibu (AKI) tertinggi di Asia Tenggara. AKI di Indonesia pada tahun 2005 masih sangat tinggi yaitu sebesar 290,8 per 100.000 kelahiran hidup, walaupun mengalami penurunan dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2003.¹⁻³

AKI yang tinggi menggambarkan besarnya risiko yang dihadapi ibu hamil dan bersalin, juga mempunyai hubungan erat dengan kualitas bayi yang dilahirkan, sehingga AKI dan AKB (angka kematian bayi) saling berkaitan. Kondisi kesehatan ibu sangat mempengaruhi proses kehamilan dan persalinan, pada akhirnya menentukan baik buruknya kondisi bayi yang dilahirkan.⁴

UNICEF (*United Nations Children's Fund*) menyebutkan AKB di Indonesia mengalami penurunan dari 60 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1990, menjadi 46 pada tahun 1995, dan 35 pada tahun 2000 dan 2003. Angka ini sedikit berbeda dengan yang dikemukakan oleh SUSENAS (Survei Sosio Ekonomi Nasional) sebesar 56 pada tahun 1995 dan 45 pada tahun 2002. AKB tidak mengalami penurunan pada periode 2000-2003 memperlihatkan bahwa kondisi kesehatan bayi di Indonesia masih sangat memprihatinkan, beberapa pengamat menyatakan penurunan AKB terjadi karena turunnya jumlah kematian bayi usia di atas satu bulan bukan karena penurunan jumlah kematian neonatal.⁵

The Millennium Development Goals (MDGs) adalah delapan *goal* (target) yang harus dicapai pada tahun 2015 sebagai respons terhadap tantangan pembangunan utama dunia. MDGs ini berawal dari deklarasi milenium yang diadopsi oleh 189 negara dan ditandatangani oleh 147 kepala negara pada saat *United Nations (UN) Millennium Summit* bulan September 2000.

Millennium Development Goals (MDGs) dalam bidang kesehatan maternal dicanangkan oleh WHO (*World Health Organization*) bulan September 2005, diukur dengan indikator AKI dan persentase persalinan yang dilakukan oleh penolong persalinan terlatih (*skilled birth*

attendant). MDGs menargetkan penurunan AKI dalam tiga kuartal, antara 1990-2015. AKI tahun 2000 menurun 50% dari tahun 1990 dan menurun 50% lagi pada tahun 2015. Indonesia diharapkan dapat mencapai AKI 60 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.⁶

Kematian Maternal Dapat Dihindari

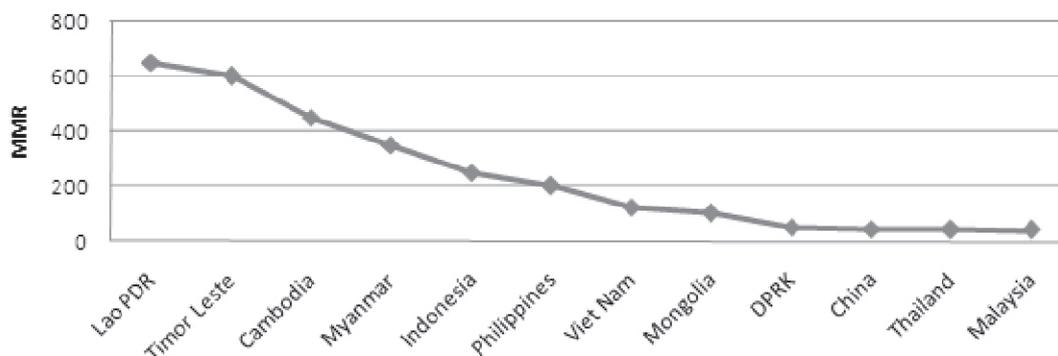
Pengalaman negara lain memperlihatkan dengan jelas bahwa mortalitas maternal dan neonatal ternyata dapat dihindari (*avoidable*).

Paket penyelamat kematian ibu pada kesehatan maternal dan neonatal adalah kombinasi antara penolong persalinan terlatih, asuhan obstetrik emergensi, dan sistem rujukan emergensi.

Luasnya cakupan asuhan antenatal merupakan fokus upaya pemerintah di beberapa negara sekitar satu dekade yang lalu, saat ini tampaknya mulai bergeser ke arah asuhan obstetrik emergensi dan penolong persalinan terlatih. Pada umumnya komplikasi obstetrik tidak dapat diprediksi dan semua wanita harus dianggap berisiko terhadap komplikasi obstetrik, keadaan ini membutuhkan akses yang cepat ke asuhan obstetrik emergensi.

Pencegahan primer dan kematian maternal dapat dicapai dengan mengurangi kejadian kehamilan tidak diinginkan (KTD), diperkirakan bila kebutuhan akan kontrasepsi dipenuhi, kematian maternal akan turun sebesar 20-35% dengan mengurangi terjadinya kehamilan, menyediakan akses yang baik untuk keluarga berencana saja ternyata dapat mengurangi kematian maternal 25% dan kematian anak 20%.⁷

Beberapa intervensi tidak saja dilakukan di fasilitas kesehatan, tapi dapat diimplementasikan oleh penolong persalinan terlatih saat menolong persalinan di rumah. Manajemen aktif kala tiga (oksitosin profilaktik sebelum pelepasan plasenta, masase uterus dan peregangan tali pusat terkontrol) mengurangi perdarahan pascasalin hampir pada 2/3 kasus.⁸ Penggunaan magnesium sulfat pada pasien preeklamsi juga telah mengurangi kematian lebih dari 1/2 kasus.⁹



Gambar 1 AKI dan Persentase Kelahiran yang Ditolong oleh Penolong Persalinan Terlatih
 Sumber: Sanvarin⁴

Persentase kelahiran oleh penolong persalinan terlatih di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 1995-2005, dari 40% pada tahun 1995 ke 36% pada tahun 2000 menjadi 68% di tahun 2005, tetapi masih relatif rendah apabila dibandingkan dengan beberapa negara Asia lainnya. Persentase kelahiran beberapa negara Asia berturut-turut pada tahun 1995, 2000, dan 2005 antara lain Laos sebesar 20%, 30%, dan 19%, Filipina 55%, 53%, dan 60%, Thailand 66%, 71%, dan 99%, serta Malaysia sebesar 98%, 98%, dan 97%.⁴

Pada Gambar 1 tampak bahwa tingginya persentase kelahiran oleh penolong persalinan terlatih ternyata berhubungan dengan rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) suatu negara.

Strategi yang Telah Dilakukan dalam Upaya Menurunkan AKI di Indonesia

Strategi pendekatan dalam kesehatan maternal selama 15 tahun terakhir, kita dapat melihat perkembangan berbagai strategi pendekatan dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan strategi sukses serta strategi yang tidak sukses dalam kesehatan ibu.

Dua intervensi yang dulu banyak dipraktikkan dalam kesehatan maternal terbukti tidak efektif dalam mengurangi kematian ibu. Dua intervensi ini yaitu pelatihan penolong persalinan tradisional (dukun beranak) dan strategi pendekatan risiko (*risk approach strategies*).

Peran dari dukun beranak dalam masyarakat sebenarnya cukup kuat, terutama bila digunakan untuk bekerja sama dengan tenaga kesehatan. Pengalaman bertahun-tahun dan memperlihatkan program pelatihan dukun beranak ternyata tidak

berperan dalam mengurangi kematian maternal.¹⁰ Pelatihan dukun beranak hanya menghasilkan pekerja semi terlatih yang tidak mampu menyelamatkan nyawa. Pelatihan dukun beranak saat ini dianggap kontraproduktif, lebih baik melakukan pelatihan untuk tenaga kesehatan.

Pendekatan berdasarkan risiko, yang pernah dipraktikkan secara luas dalam program asuhan antenatal, ternyata juga tidak mempunyai dampak yang jelas terhadap penurunan angka kematian maternal. Banyak wanita hamil yang mengalami komplikasi mengancam nyawa ternyata tidak mempunyai faktor risiko yang tampak, sebaliknya wanita yang dikategorikan risiko tinggi ternyata bersalin dengan baik dan lancar.¹¹ Diperkirakan sekitar 7% wanita yang akan mengalami komplikasi tidak dapat diprediksi sebelumnya.¹² Penekatan program saat ini harus pada keberadaan Asuhan Obstetrik Emergensi untuk semua wanita yang memerlukannya dan semua wanita hamil harus dianggap berisiko terhadap komplikasi kehamilan.

Strategi pendekatan yang dilakukan pada tahun 1990-an adalah model analisis kematian maternal tidak terlambat (terlambat memutuskan untuk merujuk, dan terlambat mencapai tempat rujukan, serta terlambat mendapat pertolongan di tempat rujukan), kemudian mulai meninggalkan pelatihan dukun beranak dan skrining berdasarkan faktor risiko. Pada dekade ini mulai dilakukan upaya asuhan obstetrik emergensi dan pelatihan penolong persalinan terlatih.¹³

Asuhan Obstetrik Emergensi

Diperkirakan sekitar 15% wanita hamil akan mengalami komplikasi selama kehamilannya dan membutuhkan intervensi medis dan sekitar 7% di

antaranya akan mengalami komplikasi serius sehingga membutuhkan rujukan ke tingkat yang lebih tinggi.¹² Waktu rata-rata kasus meninggal dunia dengan perdarahan pascasalin, penyebab paling sering kematian maternal, hanya 2 jam saja. Asuhan obstetrik emergensi dasar harus tersedia untuk setiap persalinan, termasuk pemberian antibiotik parenteral, magnesium sulfat untuk eklamsi, pemberian oksitosin parenteral, tindakan manual plasenta, dan pengeluaran sisa plasenta serta persalinan buatan per vaginam. Asuhan obstetrik emergensi komprehensif termasuk tindakan seksio sesar dan transfusi darah. Idealnya terdapat minimum empat fasilitas PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) dan satu fasilitas PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) setiap 500.000 populasi.

Persalinan oleh Penolong Persalinan Terlatih

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 saat persalinan.¹⁴

Definisi penolong persalinan terlatih menurut pernyataan bersama oleh WHO, *International Confederation of Midwives* (ICM), dan *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) adalah profesional kesehatan terakreditasi seperti bidan, dokter, atau perawat yang telah diberi pendidikan dan dilatih dalam keterampilan yang diperlukan untuk menangani persalinan normal (tanpa komplikasi), kelahiran bayi, dan periode pascasalin dini, juga mampu mengidentifikasi, mengelola, serta merujuk komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir

Tindakan yang dapat dilakukan penolong persalinan terlatih saat menolong persalinan di rumah yaitu pimpinan persalinan normal dengan menggunakan teknik aseptik, menggunakan partograf untuk mengenali persalinan terhambat, manajemen aktif kala tiga persalinan, asuhan bayi baru lahir termasuk resusitasi, manajemen awal perdarahan pascasalin melalui penggunaan oksitosin parenteral dan masase abdominal, manajemen awal preeklamsi dan eklamsi melalui penggunaan magnesium sulfat, mengenali dan mengelola infeksi nifas melalui penggunaan antibiotik parenteral, dan mengetahui kapan, bagaimana

merujuk seorang ibu ke tingkat pelayanan lebih tinggi serta melakukan stabilisasi selama dalam perjalanan. Penolong persalinan terlatih di fasilitas kesehatan dapat memperbaiki robekan jalan lahir, manual plasenta, melakukan persalinan buatan per vaginam melalui ekstraksi vakum, mengelola abortus inkompletus melalui aspirasi vakum manual.

Penggunaan partograf untuk mendeteksi persalinan terhambat dan manajemen aktif kala tiga untuk mengurangi perdarahan pascasalin adalah unsur penting dalam keterampilan penolong persalinan terlatih.

Lingkungan yang Menunjang

Penolong persalinan terlatih harus bekerja di lingkungan yang menunjang agar dapat berfungsi efektif, dan lingkungan yang dapat menyediakan obat-obatan serta peralatan untuk pengelolaan kasus komplikasi emergensi dan sistem rujukan ke fasilitas pelayanan obstetrik komprehensif (PONEK) bila diperlukan.

Penolong persalinan terlatih tidak dapat bekerja sendirian, mereka membutuhkan dukungan *supervisor* (pengawas) dan pelatihan untuk mempertahankan keterampilan mereka.

Rujukan Emergensi

Upaya untuk mengurangi kematian maternal telah menempatkan pentingnya mengurangi faktor tiga terlambat, yaitu terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan, terlambat mencapai tempat pertolongan dan terlambat mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan.⁴ Keberadaan penolong persalinan terlatih saat persalinan dan tersedianya pelayanan obstetrik emergensi 24 jam akan dapat menangani faktor terlambat yang pertama dan ketiga, tapi bagaimana dengan transportasi emergensi dari tempat persalinan ke fasilitas PONEK?.

Kebanyakan sistem kesehatan tidak mampu menyediakan transportasi emergensi dari tingkat desa, sehingga masyarakat lokal harus dilibatkan dalam mengatur transportasi emergensi ke fasilitas kesehatan pertama, puskesmas misalnya. Di negara yang kondisi geografisnya sulit, didirikan rumah bersalin dekat dengan fasilitas kesehatan. Model ini telah terbukti berhasil dengan baik di Mongolia dan Laos.

Memperbaiki Akses dalam Kontrasepsi

Akses yang baik terhadap kontrasepsi dapat menurunkan jumlah kehamilan dan mengurangi

jumlah kematian maternal terutama pada kasus kehamilan tidak diinginkan. Angka kematian ibu akan turun 20-35% bila seluruh kebutuhan kontrasepsi terpenuhi.⁷

Negara dengan AKI yang tinggi tampak angka prevalensi kontrasepsi rendah sekali. Pemberian kontrasepsi untuk wanita muda, juga penyuluhan pentingnya menunda kehamilan sangat utama. Wanita usia 15-19 tahun berisiko dua kali lipat untuk meninggal saat persalinan dibandingkan wanita usia 20 tahunan, sementara wanita usia di bawah 15 tahun berisiko 5 kali lebih tinggi.¹⁵

Akses Untuk Aborsi Aman

Kematian akibat aborsi tidak aman merupakan salah satu penyumbang kematian terbesar di Indonesia, Kamboja, Laos, dan Myanmar. Angka kematian akibat aborsi tidak aman sekitar 80-130 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia, juga di Laos, Myanmar, dan Filipina, aborsi dilarang dan hanya boleh dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu. Di Malaysia dan Thailand diperbolehkan bila ada kelainan mental pada ibu atau kasus perkosaan.

Persalinan Institusional Untuk Menurunkan AKI

Indonesia telah berhasil menurunkan AKI nasional dari 390 menjadi 290,8 per 100.000 kelahiran hidup dalam periode 1998-2005, tapi masih banyak mempunyai daerah dengan AKI lebih

tinggi dari AKI nasional. AKI di Papua sebesar 1.025, Maluku 796, Jawa Barat 686, dan Nusa Tenggara Timur sebesar 554, sepertinya agak sulit untuk mencapai target MDGs.

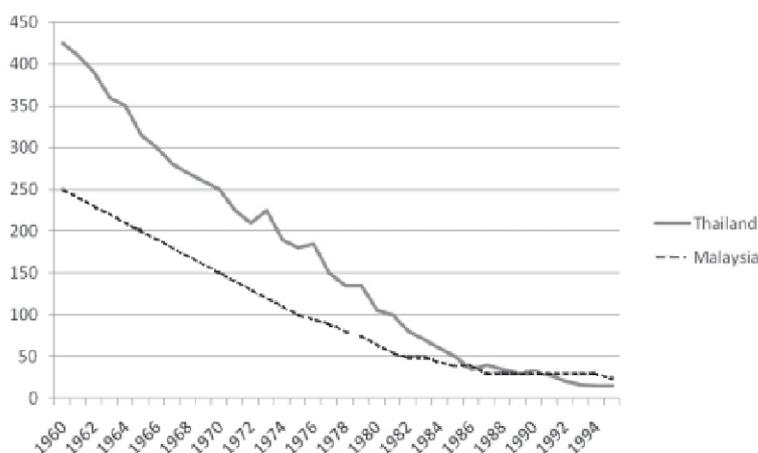
Kematian ibu umumnya terjadi akibat perdarahan, infeksi sepsis, preeklamsi, dan komplikasi aborsi tidak aman, yang hampir seluruhnya dapat dicegah.

Indikator kedua untuk mengukur kemajuan dalam mencapai MDGs adalah persentase persalinan yang dilakukan penolong persalinan terlatih. Target global untuk kategori ini adalah 90% pada tahun 2015.

Walaupun Indonesia secara signifikan telah berhasil meningkatkan proporsi persalinan yang ditolong oleh penolong persalinan terlatih, dari 40% menjadi 68% dalam periode 1995-2005, WHO masih mempertanyakan apakah penolong persalinan terlatih di Indonesia telah memiliki keterampilan dan dukungan sistem yang baik sehingga dapat bekerja dengan efektif.

Malaysia telah berhasil mengurangi mortalitas maternal melalui asuhan bidan yang ditunjang oleh sistem rujukan. Pada tahun 1957, Malaysia memulai rencana untuk menyediakan satu klinik bidan untuk setiap 2.000 populasi di daerah pedesaan. Selama tahun 1960 sampai pertengahan 1970-an terjadi penurunan mortalitas maternal dicapai akibat berpindahnya fungsi penolong persalinan tradisional (dukun beranak) ke penolong persalinan terlatih (bidan).

Dari pertengahan 1970 sampai 1990-an, persalinan oleh bidan meningkat dari 70% menjadi



Gambar 2 Menurunnya Kematian Maternal di Malaysia dan Thailand

Catatan: Nilai-nilai ini berbeda, pada beberapa kasus, dari perkiraan WHO, UNICEF, dan UNFPA

Sumber : Savarin⁴

Diadaptasi dari Van Lerberghe W. dan De Brouwere V. 2001 dalam WHO 2005

90% diikuti dengan meningkatnya jumlah persalinan di rumah sakit. Angka kematian maternal 39 per 100.000 kelahiran hidup dicapai pada tahun 1987 walaupun 80% persalinan masih dilakukan di rumah oleh bidan.

Thailand juga telah menggantikan posisi penolong persalinan tradisional dengan bidan desa bersertifikat pada tahun 1960-an. Pemerintah Thailand memperlihatkan komitmen yang tinggi terhadap kesehatan maternal dengan melatih 7.000 bidan pada tahun 1960-an dan 18.000 bidan pada tahun 1970-an. Keberhasilan ini diikuti oleh makin banyaknya persalinan di rumah sakit pada tahun 1980-an. Thailand berhasil mengurangi angka kematian maternal menjadi setengahnya dari 200 menjadi 100 per 100.000 kelahiran hidup dalam 7 tahun selama periode 1974-1981 dan mengurangi setengahnya lagi menjadi 50 dalam 5 tahun pada tahun 1985.

Persalinan Non-institusional Untuk Menurunkan AKI

Salah satu karakter menonjol dalam proses persalinan di Indonesia adalah peran keluarga yang sangat besar. Proses kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses yang melibatkan banyak orang, tidak hanya pasangan suami istri, tetapi meliputi seluruh anggota keluarga baik dari pihak istri maupun suami. Di banyak daerah di Indonesia, keputusan bahkan ditentukan oleh orangtua dari pihak istri atau suami dan kerabat yang dituakan. Mereka menentukan semua hal penting yang berhubungan dengan persalinan, memilih tempat persalinan, tenaga penolong, juga kebiasaan lain yang harus dilakukan oleh ibu setelah melahirkan. Mereka juga yang menentukan perlu tidaknya ibu bersalin dibawa ke tempat pelayanan kesehatan atau rumah sakit bila persalinan mengalami komplikasi. Sering terjadi seorang ibu bersalin sampai di rumah sakit dalam keadaan sangat terlambat atau bahkan meninggal di perjalanan menuju rumah sakit hanya karena setiap anggota keluarga tidak mencapai kata sepakat untuk membawanya berobat.¹⁶

Sebagian besar proses persalinan di Indonesia terjadi di rumah (non-institusional). Sampai tahun 1997, sekitar 77% ibu hamil di Indonesia melakukan persalinan di rumah, beberapa faktor yang saling berkaitan dengan karakteristik proses persalinan di Indonesia: psikologis, keluarga, dan

ekonomi.

Setiap ibu hamil merasa lebih aman dan nyaman bila dapat melahirkan di rumah. Ibu bersalin sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat, seperti suami dan orangtua. Hal ini akan terpenuhi pada persalinan di rumah.

Keluarga memiliki peran yang sangat besar dalam persalinan, termasuk menentukan di mana seorang ibu harus melahirkan. Bersalin di rumah dirasakan lebih baik karena tradisi kebersamaan masih melekat kuat pada keluarga Indonesia, terutama di daerah pedesaan.

Kondisi ekonomi juga berpengaruh besar pada keputusan memilih tempat bersalin. Survei Bank Dunia pada tahun 2004 memperlihatkan bahwa tingginya jumlah persalinan di rumah berhubungan erat dengan rendahnya keadaan ekonomi suatu kelompok masyarakat. Jumlah persalinan di rumah pada keluarga miskin di Indonesia ternyata lebih dari 90%.^{4,17}

Uraian di atas telah menjelaskan mengenai pengaruh karakteristik persalinan dan tingginya AKI dan AKB di Indonesia. Persalinan institusional sebenarnya merupakan pilihan terbaik dalam menurunkan AKI dan AKB, tetapi mengoptimalkan persalinan non-institusional dan memperbaiki sistem rujukan di daerah merupakan pilihan yang rasional saat ini.

Faktor-faktor yang penting untuk optimalisasi persalinan non institusional adalah Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan desa SIAGA.

Gerakan Sayang Ibu adalah gerakan yang dilaksanakan bersama-sama oleh masyarakat dan pemerintah untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas.¹⁸

GSI merupakan keterpaduan dan sinergi lima upaya utama: upaya peningkatan status wanita, upaya pemberdayaan bumil (ibu hamil), keluarga dan masyarakat, upaya pelayanan KB bagi PUS (pasangan usia subur) yang membutuhkan, upaya pelayanan antenatal bagi semua bumil, upaya pelayanan gawat darurat obstetrik terhadap Bumil berisiko atau bermasalah.

GSI memiliki lima ciri utama, yaitu: lintas sektoral, integratif dan sinergis, kepedulian dan peran kaum pria meningkat, pelaksanaannya dipantau terus menerus, serta koordinasi di bawah pemerintah daerah.

Sasaran GSI terdiri dari langsung calon pengantin, wanita usia subur, ibu hamil dan ibu bersalin, serta ibu nifas beserta suami juga seluruh anggota keluarganya. Sedangkan tidak langsung:

pimpinan daerah di semua tingkatan, institusi masyarakat, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, ulama, tokoh masyarakat, dan institusi kesehatan baik RS atau puskesmas.

Pesan GSI antara lain: ibu hamil diperiksa petugas kesehatan, ibu melahirkan ditolong bidan atau dokter, ibu dan bayi selamat, ibu dan suami ber-KB, peran suami meningkat agar suami, ibu, dan anak sehat sejahtera.

GSI menggalakkan kesiapan persalinan dan kesiagaan komplikasi dengan “Desa Siaga”. Desa Siaga mempunyai komponen: sistem dana, sistem transportasi, sistem donor darah, sistem pemberitahuan, serta kemitraan pertolongan persalinan dukun paraji dan bidan.

Sistem Dana

Sistem dana adalah tabungan yang dikembangkan oleh masyarakat (Dasolin) atau ibu hamil (Tabulin) yang keduanya digunakan untuk biaya persalinan. Tabungan ini dapat berbentuk uang yang dikumpulkan secara rutin oleh masyarakat dan dikelola oleh pengurus, atau uang yang dikumpulkan oleh ibu hamil yang kemudian disimpan di bidan atau bank.

Sistem Donor Darah

Sistem donor darah adalah kelompok pendonor darah dari masyarakat yang bertujuan untuk menyediakan persediaan darah di PMI. Disebut juga dengan bank darah melalui PMI. Kelompok pendonor menyumbangkan darahnya melalui PMI. Bank darah pada sistem desa SIAGA, difokuskan pada penyediaan darah untuk membantu persalinan. Pendonor harus diketahui jenis golongan darahnya dan bersedia setiap waktu untuk menyumbangkan darahnya jika diperlukan.

Dua jenis donor darah, yaitu: donor darah tetap yaitu pendonor rutin yang mendonorkan darahnya rutin setiap 3 bulan untuk membantu memenuhi kebutuhan suplai darah PMI. PMI datang ke kecamatan atau desa berdasarkan jadwal yang sudah disepakati atau warga yang datang ke PMI untuk mendonorkan darahnya. Bank darah desa (donor darah *on-call*) yaitu daftar relawan yang bersedia mendonorkan darahnya terutama untuk memenuhi kebutuhan insidental.

Sistem Transportasi

Sistem kegotongroyongan yang dikembangkan untuk mengantar atau membawa ibu hamil yang

akan bersalin, terutama jika ibu bersalin diidentifikasi akan mengalami komplikasi sehingga memerlukan pertolongan segera.

Sistem ini disebut juga “Ambulans Desa” dapat berupa mobil, motor, andong, dan dokar ataupun becak. Ambulans desa dapat dipergunakan untuk membawa ibu ke tempat rujukan. Syarat mekanisme transportasi ini adalah dapat diakses setiap saat diperlukan dan diketahui oleh semua ibu hamil dan keluarganya.¹⁹

Sistem Pemberitahuan

Sistem yang dikembangkan oleh masyarakat untuk mencatat dan menginformasikan kepada masyarakat tentang keberadaan dan kondisi ibu hamil serta masa persalinan di lingkungan mereka. Sistem ini dapat berbentuk bendera yang diletakkan di depan rumah ibu hamil, peta ibu hamil, atau stiker ibu hamil.

Syarat untuk sistem pemberitahuan ini (notifikasi) adalah memberitahu pengelola semua sistem tentang data ibu hamil, memberitahu bidan mengenai keberadaan setiap ibu hamil yang ada di lingkungannya, dan memberitahu setiap ibu hamil dan keluarganya mengenai semua sistem “SIAGA” yang ada dan cara mengaksesnya.

Kemitraan Pertolongan Persalinan Dukun Paraji dan Bidan

Proses kerjasama antara dukun paraji dan bidan dalam membantu melakukan pendampingan pada seorang ibu dimulai saat seorang ibu tersebut hamil, dalam proses persalinan, serta merawat saat nifas sesuai dengan fungsi dan keahliannya.

Tujuan kemitraan ini untuk meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan AKI, dengan mendayagunakan dukun paraji sebagai pendamping spiritual untuk melakukan komunikasi yang terarah sesuai kebutuhan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas, serta membantu bidan dalam semua proses sesuai kemampuannya.

Kabupaten Subang merupakan salah satu kabupaten di Jawa Barat dengan menjalin kemitraan baik antara dukun dan bidan, sehingga AKI di kabupaten ini 150/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2003, dibandingkan dengan AKI Jawa Barat sebesar 373 dan AKI nasional sebesar 307.

Daftar Pustaka

1. Angka kematian ibu 50 Per Hari. Gatra Printed Edition.

- 23 Januari 2006 [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: <http://www.gatra.com/2009-10-13/artikel.php?pid=23&id=91706>.
2. Eri. Angka kematian ibu hamil tertinggi di ASEAN. Harian umum sore Sinar Harapan. 28 Desember 2005 [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: <http://www.sinarharapan.co.id/berita/0512/28/sh14.html>
 3. Angka Kematian Ibu di Indonesia Tertinggi di ASEAN [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: <http://situs.kesrepro.info/kia/jul/2002/kia01.htm>
 4. Sauvarin J. Maternal and neonatal health in East and South-East Asia. Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia; 2006.
 5. Profil Kesehatan Indonesia 2002. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2004.
 6. International Conference on Population and Development (ICPD) PoA para 8.21. 1994 [diunduh 16 November 2007]. Tersedia dari: <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>
 7. European Parliamentary Working Group on Reproductive Health, HIV/AIDS and Development. The Annual UNFPA State of World Population Report : The Promise of Equity: Gender Equity, Reproductive Health and The Millenium Goals. European Parliament, 2005. [diunduh 16 November 2007]. Tersedia dari: <http://www.epwg.org/fileadmin/documents/sowp-report.pdf>
 8. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labor. Cochrane Library. 2003;3.
 9. Duley L, Gulmezoglu A, Henderson D. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with preeclampsia. Cochrane Library. 2003;3.
 10. Bergstrom S, Goodburn E. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. 2001 [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: http://www.jsieurope.org/docs/maternal_mortality_and_poverty.pdf
 11. WHO and UNICEF. strategy to reduce maternal deaths. East Asia and Pacific Regional Office 2003. 2003 [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: http://www.unicef.org/eapro/Strategy_to_reduce_maternal_death.pdf
 12. WHO. Make every mother and child count. The World Health Report 2005 [diunduh 16 November 2007]. Tersedia dari: <http://www.who.int/who/2005/en/>
 13. Liljestrand J. Trends in maternal healthcare in low-income countries and the implication on neonatal health. Seminars in Fetal & Neonatal Med. 2006;11:3-6.
 14. Graham W, Bell J, Bullough C. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? Studies in Health Service Organisation & Policy. 2001;17:97-129.
 15. UN Department of International Economic and Social Affairs. 1991 [diunduh 15 November 2007]. Tersedia dari: <http://unstats.un.org/UNSD/snaama/metadata.asp?Ccode=585>
 16. Ronsmans C, Campbell O, McDermott J, Koblinsky M. Questioning the indicator of need for obstetric care. Bul WHO. 2002; 80(4):317-23.
 17. Beegle K, Frankenberg E, Thomas D. Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia. UCLA; 2000.
 18. Praptohardjo U. Mengapa angka kematian ibu di Indonesia masih tertinggi di ASEAN? Mataram: PIT POGI XVI; 2007.
 19. Sastrawinata U. Effort to lower MMR and IMR: Traditional delivery or institutional delivery? Mataram: PIT POGI XVI; 2007.