

Kajian Informasi Kesehatan Hambatan Sistem Informasi Kematian Ibu

By Mohammad Zulkarnain

Kajian Informasi Kesehatan:
Hambatan ³ Sistem Informasi Kematian Ibu dalam Upaya
Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)
di Sumatera Selatan"

DR. Ekowati Retnaningsih, SKM, M.Kes. (BALITBANGDA Sumatera Selatan)

dr. Mohammad Zulkarnain, M.Med.Sc. (Bagian IKM FK UNSRI)

dr. Imitati, M.Kes (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan)

Nota Kesepakatan Kerjasama (MoU) antara
Badan Penelitian dan Pengembangan daerah Sumatera Selatan
Dengan
Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan

nomor: 074/317.A/ Balitbangda/2006 dan nomor
440.021/231/KES/XX/2006, tanggal 28 Agustus 2006.

KATA PENGANTAR

Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah (BALITBANGDA) Propinsi Sumatera Selatan mempunyai tugas ganda dalam pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), yaitu sebagai koordinator kelembagaan penelitian dan kegiatan penelitian yang ada di daerah termasuk membentuk kader-kader ilmiah, dan juga berfungsi sebagai lembaga teknis untuk langsung melaksanakan penelitian dan pengembangan secara mandiri maupun kemitraan dengan dinas instansi yang ada, guna peningkatan kapasitas IPTEK di daerah.

Kegiatan "Kajian Informasi Kesehatan: Hambatan Sistem Informasi Kematian Ibu dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Sumatera Selatan" dilaksanakan berdasarkan Nota Kesepakatan Kerjasama (MoU) antara Badan Penelitian dan Pengembangan daerah Sumatera Selatan dengan Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan nomor: 074/317.A/ Balitbangda/2006 dan nomor 440.021/231/KES/XX/2006, tanggal 28 Agustus 2006. Kegiatan kajian dilaksanakan oleh Tim Peneliti yang berasal dari BALITBANGDA Sumatera Selatan, UNSRI, dan Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan. Saya berharap hasil kegiatan kajian ini dapat bermanfaat.

Dalam kesempatan ini saya ucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan yang telah memberikan kepercayaan kepada Badan penelitian dan pengembangan Daerah Sumatera Selatan untuk melaksanakan kajian ini. Terima kasih juga saya ucapkan kepada para narasumber dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Semoga semua kegiatan kita mendapat ridho dari Allah SWT. Amin.

KEPALA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
SUMATERA SELATAN



IB. H. DARMANSYAH, MM.

Editor:

DR. Ekowati Retnaningsih, SKM, M.Kes.
(BALITBANGDA Sumatera Selatan)

Tim Penyusun:

1. DR. Ekowati Retnaningsih, SKM, M.Kes. (BALITBANGDA Sumatera Selatan)
2. dr. Mohammad Zulkarnain, M.Med.Sc. (Bagian IKM FK UNSRI)
3. dr. Irmitati, M.Kes (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan)

Nara Sumber:

1. dr. Endang L. Anhari, MPH, Dr.PH. (PUSKA FKM UI)

Tim Peneliti:

1. DR. Ekowati Retnaningsih, SKM, M.Kes. (BALITBANGDA Sumatera Selatan)
2. dr. Mohammad Zulkarnaen, M.Med.Sc. (Bagian IKM FK UNSRI)
3. dr. Irmitati, M.Kes (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan)

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	2
1.3. Tujuan	2
1.4. Ruang Lingkup	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Angka Kematian Ibu	3
2.2. Determinan Angka Kematian Ibu	3
2.3. Upaya Safe Motherhood	8
2.4. Otonomi Daerah	15
2.5. Sistem Informasi Kematian Ibu	16
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	17
BAB IV METODOLOGI	
4.1. Rancangan Penelitian	18
4.2. Lokasi Penelitian	18
4.3. Pengumpulan Data	18
4.4. Pengolahan dan Analisa Data	21
4.5. Waktu Penelitian	21
4.6. Personalia	22
BAB V GAMBARAN PROPINSI SUMATERA SELATAN	
5.1. Geografi	23
5.2. Demografi	24
5.3. Pendidikan	24
5.4. Kesehatan	26
5.5. Ekonomi	30
5.6. Sosial Budaya dan Agama	30
BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN	
6.1. Kasus Kematian Ibu	32
6.2. Perilaku Pencarian Pertolongan Persalinan	36
6.3. Sistem Informasi Kematian Ibu di Sumatera Selatan	38
6.4. Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu Pada Tingkat Masyarakat	48

6.5.	Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu Pada Tingkat Institusi Kesehatan	54
6.6.	Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu Pada Tingkat Institusi Non Kesehatan	55
6.7.	Potensi Untuk Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu	56
6.8.	Sistem Informasi Kematian Ibu Yang Diharapkan	61
6.9.	Model Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu	65

BAB VII KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1.	Kesimpulan	72
6.2.	Rekomendasi	73

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

1. Formulir F1 Kematian WUS (impact)
2. Rekap kematian Wanita Usia Subur
3. Kuesioner Otopsi verbal kematian Maternal
4. Formulir R/KM/2000
5. Formulir F1/2006
6. Formulir L/DES/KM/2000
7. Formulir F2/2006
8. Formulir REC-L-KEC/KM/2000
9. Formulir F3/2006
10. Formulir REC-L-PEM/KM/2000
11. Formulir F4/2006
12. Formulir REC-L-KAB/KM/2000
13. Formulir F5/2006
14. Format Susunan Keanggotaan Komite Penanggulangan Ibu

Foto Kegiatan

ABSTRAK

AKI Sumatera Selatan tahun 2004 berdasar proksi data SUSENAS adalah 467 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan target Sumatera Selatan Sht 2008 adalah 175 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, berdasarkan laporan yang masuk ke Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2004 tercatat kematian ibu hamil dan nifas hanya 60 orang. Dengan membandingkan data proksi SUSENAS dan hasil laporan maka tampak bahwa terjadi kesenjangan yang sangat besar. Artinya, permasalahan yang dihadapi oleh Sumatera Selatan bukan hanya tingginya AKI tetapi sistem informasi kematian ibu yang tidak jalan.

Tujuan kajian ini adalah untuk mengetahui: 1) sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini, 2) hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan masyarakat, institusi kesehatan, dan institusi non-kesehatan, 3) informan kunci yang berpotensi untuk pengembangan sistem informasi kematian ibu, dan 4) mengembangkan sistem informasi kematian ibu yang mudah dan cepat berdasar harapan tenaga kesehatan, aparat pemerintah non-kesehatan dan masyarakat. Penelitian ini menggunakan pendekatan paradigma penelitian kualitatif, dengan metode pengumpulan data berupa wawancara mendalam dan GD. Lokasi penelitian adalah Kabupaten Banyu Asin mewakili wilayah perairan, Kabupaten OKI mewakili wilayah daratan pedesaan, dan Kota Palembang mewakili wilayah perkotaan.

Hasil penelitian adalah: 1) Sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini tidak ada perbedaan. Masyarakat pada umumnya selalu menginformasikan kematian yang ada di keluarganya ke berbagai pihak dan tidak selalu konsisten, 2) Hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu di tingkat masyarakat yaitu: Tidak ada pencatatan di tingkat RT dan desa serta tidak ada pelaporan kematian dari tingkat RT ke desa. Tidak ada aturan formal yang mengharuskan masyarakat sampai tingkat RT untuk melaporkan kematian, Belum merasa perlu melaporkan, dan Formulir tidak disediakan di tingkat RT, 3) Hambatan tingkat institusi kesehatan: Kesulitan Geografis, Keterbatasan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan, Bidan takut untuk melaporkan kematian ibu, 4) Hambatan sistem informasi kematian ibu di tingkat institusi non-kesehatan: Merasa tidak pernah diminta laporan kematian secara terperinci, Formulir tidak disediakan, 5) Informan potensial: Ketua RT, Ketua Perkumpulan kematian, Penolong persalinan, sedangkan Sistem informasi potensial: Sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk (tingkat desa sampai provinsi), 6) Telah dihasilkan sistem informasi kematian yang merupakan modifikasi dari Sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk (tingkat desa sampai provinsi) beserta jenis dan tingkat kelembagaannya dari tingkat kecamatan sampai provinsi. Hasil penelitian ini merekomendasikan: 1) Uji coba sistem informasi kematian ibu beserta kelembagaannya, hasil pengembangan dalam kajian ini minimal di 3 kab/kota terpilih untuk menilai efektifitasnya (validitas & feasible) 2) Dibentuk Komite Kematian ibu dari tingkat provinsi sampai tingkat kecamatan, 3) Dilaksanakan kegiatan untuk mewujudkan issue publik tentang AKI, 4) Dibentuk Forum Organisasi Profesi Kesehatan untuk memonitor dan mensosialisasikan kode etik profesi serta regulasi bagi penolong persalinan.

BAB. I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Seluruh pemimpin negara-negara di dunia telah menetapkan tujuan pembangunan milenium (Millenium Development Goals, MDG) bahwa semua negara harus mengupayakan 8 hal, yaitu: 1) pengurangan kemiskinan dan kelaparan, 2) peningkatan pendidikan dasar yang universal, 3) keadilan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) peningkatan kesehatan ibu, 5) penurunan kematian anak, 6) pemberantasan TB, malaria dan HIV/AIDS, 7) Kereserian lingkungan yang berkelanjutan, dan 8) Kemitraan global dalam pembangunan.

Peningkatan kesehatan ibu antara lain diukur dari penurunan Angka Kematian Ibu bersalin dan nifas (AKI). Data SKI 2002/2003 menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia tahun 2003 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup.

AKI Sumatera Selatan tahun 2003 jauh dari angka nasional, yaitu sebesar 472 per 100.000 kelahiran hidup, turun sebesar 5 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 467 per 100.000 kelahiran hidup. Artinya, pada tahun 2004 terjadi 1 kematian ibu setiap 214 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan provinsi lain, angka tersebut jauh diatas AKI Jawa Barat yaitu 274 per 100.000 kelahiran hidup, walaupun dibawah AKI Nusa Tenggara Timur yaitu 688 per 100.000 kelahiran hidup (UNFPA & BPS, 2005). Keadaan tersebut sangat jauh dari target Indonesia Set 2010 dan Sumatera Selatan Sht 2008 yang menargetkan penurunan AKI menjadi 175 per 100.000 kelahiran hidup.

Mengacu pada data tersebut menunjukkan bahwa Sumatera Selatan mempunyai masalah tingginya AKI, sehingga harus diupayakan untuk mencari alternatif jalan keluar atau intervensinya. Sedangkan berdasarkan laporan yang masuk ke Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan tahun 2004 tercatat kematian ibu hamil dan nifas hanya 60 orang dan tahun 2005 sebanyak 70 orang dari total ibu melahirkan sejumlah 167.852 orang. Bila dihitung AKI berdasar data laporan tahun 2005 tersebut, maka didapatkan angka kematian ibu sebesar 41,7 per 100.000 kelahiran hidup.

Dengan membandingkan data proksi SUSENAS dan hasil laporan maka tampak bahwa terjadi kesenjangan yang sangat besar, hanya sekitar 10% ibu hamil dan nifas meninggal yang dilaporkan. Artinya, permasalahan yang dihadapi oleh Sumatera Selatan bukan hanya tingginya AKI tetapi sistem informasi kematian ibu yang tidak jalan. Sistem informasi yang akurat dan lengkap sangat diperlukan untuk kegiatan perencanaan intervensi yang tepat dan cepat. Kematian ibu yang tidak dilaporkan akan menyebabkan kehilangan informasi tentang kematian ibu itu sendiri.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka dirasa perlu untuk melaksanakan kajian informasi kesehatan khususnya hambatan sistem informasi kematian ibu dalam rangka penurunan angka kematian ibu (AKI) di Sumatera Selatan.

1.2. Rumusan Masalah.

Dari latar belakang tersebut maka rumusan masalah penelitian adalah:

1. Bagaimanakah sistem informasi kematian ibu di Sumatera Selatan?
2. Apakah hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan masyarakat di Sumatera Selatan?
3. Apakah hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan institusi kesehatan di Sumatera Selatan?
4. Apakah hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan institusi non-kesehatan di Sumatera Selatan?
5. Bagaimanakah sistem informasi kematian ibu yang mudah dan cepat berdasarkan harapan tenaga kesehatan, aparat pemerintah non-kesehatan dan masyarakat?

1.3. Tujuan.

Tujuan Umum:

Mengetahui sistem informasi kematian ibu di Sumatera Selatan

Tujuan Khusus:

1. Mengetahui sistem informasi kematian ibu di Sumatera Selatan.
2. Mengetahui hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan masyarakat di Sumatera Selatan.
3. Mengetahui hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan institusi kesehatan di Sumatera Selatan.
4. Mengetahui hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu pada tingkatan institusi non-kesehatan di Sumatera Selatan.
5. Mengetahui informan kunci yang berpotensi untuk pengembangan sistem informasi kematian ibu.
6. Mengembangkan sistem informasi kematian ibu yang mudah dan cepat berdasar harapan tenaga kesehatan, aparat pemerintah non-kesehatan dan masyarakat.

1.4. Ruang Lingkup.

Penelitian dilaksanakan di 3 kabupaten/kota yaitu kabupaten Ogan Komering Ilir, kabupaten Banyu Asin dan kota Palembang. Ruang lingkup kegiatan terdiri dari:

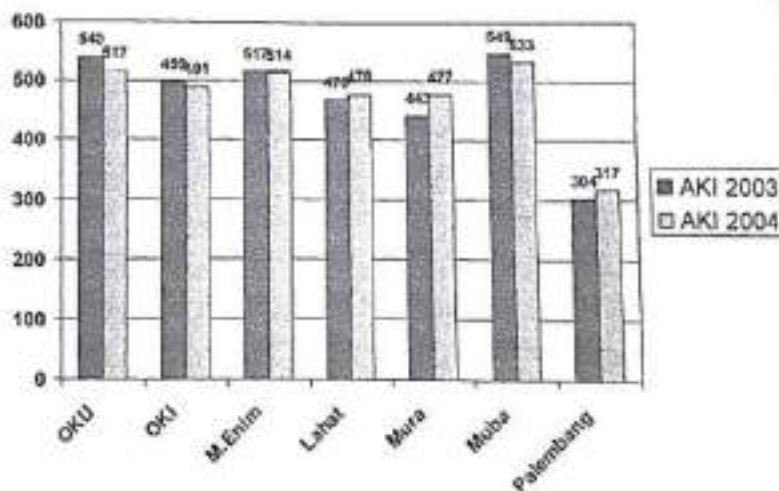
1. Penyusunan proposal penelitian
2. Penyusunan instrumen Penelitian
3. Pengumpulan data sekunder
4. Pengumpulan data primèr melalui kegiatan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD).
5. Pengolahan data
6. Analisa data
7. Penyusunan laporan akhir

BAB. II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Angka Kematian ibu (AKI)

Disparitas AKI terjadi di 7 kabupaten/kota wilayah provinsi Sumatera Selatan yang disurvei pada tahun 2004. AKI yang paling kecil adalah kota Palembang yaitu 317 per 100.000 kelahiran hidup dan yang paling tinggi AKI kabupaten Musi Banyu Asin (Muba) yaitu 533 per 100.000 kelahiran hidup seperti dapat dilihat pada grafik 1 berikut.

Grafik 2.1. Angka Kematian Ibu menurut Kabupaten/kota di Sumatera Selatan.



Sumber: UNFPA & BPS, 2005

2.2. Determinan Kematian Ibu.

Untuk menanggulangi kematian ibu, harus diketahui terlebih dahulu determinan penyebab kematian tersebut. Penyebab kematian ibu dapat dikategorikan menjadi 2 bagian, yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Masing-masing penyebab mempunyai kelompok determinan seperti dapat dilihat pada bagan 1.



Bagan 2.1. Determinan Penyebab Kematian Ibu
(Modifikasi Model McGarthy dalam Saifuddin, 2005)

Penyebab langsung adalah suatu keadaan yang terjadi pada saat persalinan, yang menyebabkan kematian seorang ibu secara langsung, disebut penyebab Langsung. Data SKRT tahun 2001 menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu secara langsung terjadi karena komplikasi (90%). Beberapa penyebab kematian ibu secara langsung, di Indonesia antara lain a)Perdarahan (28%), b)Eklamsia (24%), c)Infeksi (11%), d) Komplikasi puerperiam (11%), e)Aboetus (5%), f)Trauma obstetrik (5%), g)Emboli obstetrik (5%), h)Partus lama/macet (5%), i)Lainnya (11%) (Dep.Kes.et al.2005).

Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2005) yang dihimpun berdasar laporan dari kabupaten/kota, menunjukkan bahwa penyebab langsung kematian ibu di Sumatera Selatan adalah: a)Perdarahan (50 %), b)Infeksi (12,8 %), c)Eklamsia (22,9%), dan Lain-lain (14,3 %).

Penyebab langsung tersebut timbul sebagai akibat adanya beberapa penyebab tidak langsung (determinan antara dan determinan jauh) yang terlebih dahulu mempengaruhi kondisi kehamilan ibu yang pada akhirnya mempengaruhi kondisi persalinannya. Penyebab Tidak langsung ini dapat menjadikan persalinan beresiko tinggi terhadap kejadian kematian ibu.

Determinan sebagai penyebab tidak langsung dapat dikelompokkan menjadi determinan antara dan determinan jauh. Determinan antara adalah faktor-faktor yang menjadi perantara timbulnya penyebab langsung atau faktor-faktor yang menjadi faktor resiko persalinan sehingga meningkatkan resiko kematian ibu, antara lain status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap layanan kesehatan dan perilaku terhadap layanan kesehatan.

1. Status Kesehatan.

Status kesehatan ibu, terutama status gizi yang jelek pada ibu hamil, misalnya Kurang Energi Protein yang dapat diukur menggunakan ukuran antropometri Lingkar Lengan Atas (LLA), anemia, menjadi faktor resiko kematian ibu. Ibu hamil dengan status gizi jelek akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada saat persalinan. Komplikasi pendarahan yang terjadi saat persalinan pada ibu hamil yang menderita anemia akan lebih sulit diatasi dibandingkan ibu yang tidak anemia. Data SKRT tahun 2001 menunjukkan bahwa ibu hamil di Indonesia 34% mengalami Kurang Energi Kalori (KEK) dan 40% menderita anemia gizi besi (Dep.Kes.et.al.2005). Ibu hamil di Sumatera Selatan yang menderita anemia gizi besi sebesar 42,2% dengan variasi 20,6 % - 63,7 % (Dinas Kesehatan Sumatera Selatan, 2004) Penyakit infeksi (misalnya TBC) atau adanya parasit (misalnya cacingan) dan penyakit menahun pada ibu hamil juga akan menurunkan status kesehatan dan status gizi ibu hamil serta akan meningkatkan resiko terjadinya kematian ibu. Keadaan tersebut akan menjadi lebih berat apabila ibu tersebut menderita komplikasi kehamilan.

2. Status Reproduksi.

Ada beberapa status reproduksi (umur, paritas, status marital) yang dikenal sebagai faktor resiko terjadinya AKI yaitu "4 terlalu":

- Terlalu muda, yaitu kehamilan terjadi pada ibu yang berumur kurang dari 18 tahun.
- Terlalu tua, yaitu kehamilan terjadi pada ibu yang berumur diatas 34 tahun.
- Terlalu sering, yaitu persalinan terjadi pada interval waktu kurang dari 2 tahun.
- Terlalu banyak, yaitu ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari 3.

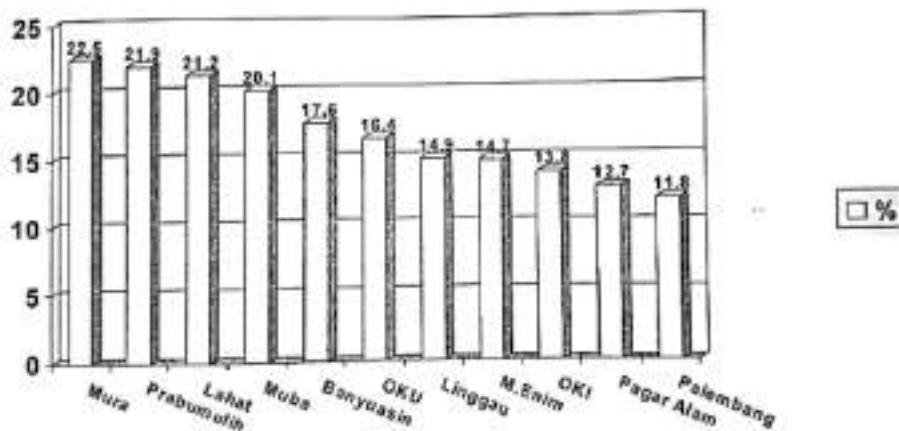
Keadaan 4 terlalu tersebut merupakan faktor resiko terjadinya kematian ibu, karena kondisi kesehatan reproduksi perempuan belum siap untuk mengalami kehamilan dan persalinan pada ibu berumur kurang dari 18 tahun, atau kehamilan dan persalinan yang terjadi pada interval waktu kurang 2 tahun. Demikian sebaliknya, kondisi kesehatan reproduksi perempuan sudah tidak optimal untuk mengalami kehamilan dan persalinan pada ibu yang berumur diatas 34 tahun atau mempunyai paritas lebih dari 3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 18 tahun mempunyai resiko 2 sampai 5 kali resiko kematian dibandingkan ibu hamil yang berumur 18 sampai 25 tahun (PATH, UNFPA, 2000).

Data SKI tahun 2002-2003 menunjukkan bahwa sebesar 22,4 % kematian ibu disebabkan faktor resiko "4 terlalu" yaitu:

- Terlalu muda 4,1 %
- Terlalu tua 3,8 %
- Terlalu sering 5,2%
- Terlalu banyak 9,3% (Dep.Kes.et.al.2005)

Persentase perempuan Sumatera Selatan yang perkawinan pertamanya terlalu muda yaitu saat berumur dibawah 16 tahun pada tahun 2004 masih tinggi yaitu sebesar 16,18 %. Angka yang paling tinggi di kabupaten Musi Rawas yaitu 22,5 % dan yang paling kecil di Palembang yaitu 11,8%, seperti terlihat pada grafik berikut.

Grafik 2.2. Persentase Perempuan Yang Umur Perkawinan Pertamanya Kurang Dari 16 Tahun di Provinsi Sumatera Selatan tahun 2004.



Sumber: BPS, 2004

3. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.

Kuantitas dan kualitas akses terhadap pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap AKI. Menurut Model McGarthy dalam Saifuddin (2005), akses terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lokasi dan kondisi geografis, jenis pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, transportasi, dan akses terhadap informasi.

Persentase penduduk Sumatera Selatan yang akses ke fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas pada tahun 2004 sebesar 29,81%, dan yang akses ke Rumah Sakit 3,9 % (Dinas Kesehatan Sumatera Selatan, 2004)

4. Perilaku Terhadap Pelayanan Kesehatan.

Green (1991) mengatakan bahwa perilaku terbentuk karena kombinasi dari tiga faktor utama:

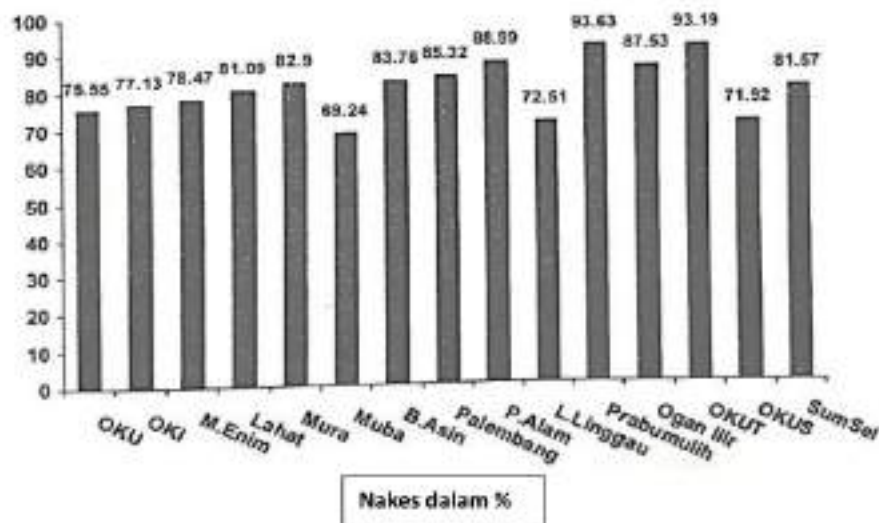
- 1) faktor predisposisi (predisposing factors) yaitu faktor pendahulu, yang terwujud di antaranya dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dll.
- 2) faktor pendukung (enabling factors), diantaranya terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan termasuk kemampuan membayar jasa layanan kesehatan.

3) faktor pendorong (reinforcing factors); hal ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas layanan kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Dengan teori tersebut dapat dianalisis mengapa masih banyak ibu hamil yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan yang ada? Hal tersebut dapat disebabkan oleh masyarakat belum mengetahui tentang pemeliharaan kehamilan dan bahaya persalinan yang tidak aman kemungkinan juga karena tempat (predisposing factor). Namun, tinggalnya jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan (enabling factor). Kemungkinan sebab lain ialah karena para tokoh masyarakat belum peduli terhadap keselamatan ibu hamil dan bersalin atau petugas kesehatan belum maksimal memberikan layanan kepada masyarakat (reinforcing factor).

Kombinasi keadaan sosial budaya dan ekonomi masyarakat mempengaruhi pola asuhan antenatal dan asuhan persalinan. Data inas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2005) yang berasal dari laporan Dinas Kesehatan kabupaten/kota menunjukkan bahwa asuhan antenatal Sumatera Selatan tahun 2005, yang tergambarkan dari kunjungan ibu hamil untuk K1 sebesar 91,56% dan K4 sebesar 85,51 % masih dibawah target nasional dan target Sumatera Selatan Sehat 2008 yaitu K1 95 % dan K4 90 %.

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain. Keadaan tersebut berpengaruh terhadap penolong persalinan di Indonesia. Angka persalinan oleh tenaga kesehatan sampai tahun 2002-2003 (SKI) masih 66,8 %. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan berdasar data laporan kabupaten/kota yang dihimpun di Dinas Kesehatan provinsi Sumatera Selatan yaitu sebesar 79,25% pada tahun 2004 dan meningkat menjadi 81,57% pada tahun 2005. Bila dibandingkan dengan angka nasional, Sumatera Selatan di atas angka nasional tetapi masih dibawah target yaitu 90%. Namun demikian, ada 7 kabupaten/kota yang masih dibawah angka rata-rata provinsi yaitu OKU (75,55%), OKI (77,13%), Muara Enim (78,47%), Lahat (81,09%), Mura (82,9%), Muba (83,78%), B.Asin (85,22%), Palembang (86,09%), P.Alam (72,61%), L.Linggau (83,63%), Prabumulih (87,53%), Ogan Ilir (93,19%), OKUT (71,92%) dan OKUS (81,57%) seperti terlihat pada grafik 2.3 berikut.

Grafik 2.3. Persalinan Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2005.



Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Sumatera Selatan, 2005

Determinan jauh merupakan faktor yang melatarbelakangi terbentuknya determinan antara dan akhirnya meningkatkan resiko terjadinya kematian ibu antara lain sosial ekonomi dan budaya serta faktor kontekstual.

1. Sosial, Ekonomi dan Budaya.

Determinan sosial, ekonomi dan budaya antara lain adalah pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, pengetahuan kesehatan dan bias gender. Kelima hal tersebut dapat mempengaruhi perilaku terhadap pelayanan kesehatan seperti telah diuraikan sebelumnya.

Hasil Audit Perinatal (AMP) menunjukkan bahwa kematian ibu sebagian besar terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Lanjutan Pertama (SLTP) dan sebagian besar terjadi pada ibu yang berasal dari keluarga dengan kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah. Hal tersebut menjadi salah satu alasan para ibu untuk memilih melakukan persalinan di rumah. Keadaan ini dapat menyebabkan terjadinya tiga keterlambatan yang dapat meningkatkan resiko untuk mengalami kematian ibu, yaitu:

1. Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk segera mencari pertolongan.
2. Terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pertolongan persalinan.
3. Terlambat memperoleh pertolongan yang memadai di fasilitas pelayanan kesehatan.

Hasil SUSENAS 2004 menunjukkan bahwa persentase penduduk Sumatera Selatan yang mempunyai pendidikan SLTP kebawah, berdasar ijazah yang dimiliki, relatif sangat tinggi yaitu 79,6 %. Sementara data 2003 menunjukkan bahwa di provinsi Sumatera Selatan masih terdapat 3,81% penduduk berumur diatas 10 tahun yang buta huruf, yang paling tinggi di Banyu Asin sebesar 5,92% dan yang paling rendah Mara Enim yaitu 1,07% (BPS, 2004).

Status ekonomi penduduk Sumatera Selatan dapat dilihat dari pengeluaran per kapita sebulan. Sebagian besar penduduk Sumatera Selatan mempunyai pengeluaran per kapita sebulan dibawah Rp. 150.000,- yaitu sebanyak 55,59 % dan yang terbesar proporsinya adalah yang mempunyai pengeluaran per kapita antara Rp. 100.000,- sampai Rp. 149.999,- yaitu sebesar 34,02 % dari total penduduk yang ada (BPS, 2005).

Data tersebut menggambarkan rendahnya kemampuan ekonomi masyarakat Sumatera Selatan. Berdasar data Laporan Pembangunan Manusia Indonesia 2004, Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) yang diukur melalui indikator: 1) % penduduk yang diperkirakan tidak mencapai usia 40 tahun, 2) angka buta huruf penduduk dewasa, 3) % penduduk tanpa akses pada air bersih, 3) % penduduk tanpa akses pada fasilitas sarana kesehatan, dan 4) balita kurang gizi, Sumatera Selatan menduduki ranking ke 21 dari 31 provinsi yang diukur.

2.3. Upaya Safe motherhood

Upaya penurunan AKI melalui intervensi determinan antara telah diprogramkan oleh pemerintah sejak beberapa tahun silam melalui model yang dikenal dengan Upaya Safe Motherhood. Upaya

safe motherhood merupakan bentuk intervensi terhadap beberapa determinan kematian ibu yang dikenal dengan 4 pilar yaitu 1) keluarga berencana (KB), 2) asuhan antenatal, 3) persalinan bersih dan aman, serta 4) pelayanan obstetri esensial. Empat pilar tersebut didukung oleh 2 kegiatan mendasar yaitu 1) pelayanan kesehatan primer dan 2) pemberdayaan perempuan, seperti dapat dilihat pada bagan 2.2. berikut:



Bagan 2.2. Empat Pilar Safe Motherhood
(Salfudin, 2005)

Empat pilar Safe Motherhood.

1. Keluarga Berencana (KB)

Pilar KB ini bertujuan untuk memastikan agar setiap individu perempuan maupun laki-laki atau pasangan usia subur mendapatkan informasi dan pelayanan tentang waktu, jumlah, dan jarak kehamilan yang sebaik-baiknya. Intervensi dilakukan melalui pengurangan kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil, dengan upaya KB.

Kebijakan pemerintah tentang KB difokuskan pada kehamilan 4 terlalu yang merupakan kelompok the unmet needs dalam masyarakat. Upaya untuk menanggulangi terjadinya "4 terlalu" sebagai faktor resiko kematian ibu, dapat dilakukan melalui program keluarga berencana (KB). Pemerintah saat ini telah mengembangkan berbagai program KB yang keberhasilannya dapat dilihat antara lain melalui angka TR (Total Fertility Rate) dan CPR (Contraceptive Prevalence Rate). Bila

dibandingkan dengan beberapa negara di Asia, secara nasional TFR Indonesia (2,6) lebih rendah dari Myanmar (2,8), Malaysia (2,9), Filipina (3,5), Kamboja (4,0) dan Laos (4,7). Bila ditinjau lebih dalam lagi, TFR di Indonesia bervariasi yaitu di pedesaan (2,7) lebih tinggi dibandingkan perkotaan (2,4) dan kelompok miskin (3,0) lebih tinggi dibandingkan kelompok kaya (2,2) (Surjaningrat, 2005).

Cakupan pelayanan KB (CPR) di Indonesia meningkat terus, pada tahun 1987 mencapai 48%, meningkat pada tahun 1997 menjadi 60,3% dan tahun 2003 menjadi 60,3%. Pengetahuan tentang KB khususnya metode kontrasepsi, telah cukup tinggi pada perempuan maupun laki-laki di Indonesia. Data SKI tahun 2003 menunjukkan bahwa 99% perempuan kawin dan 96% laki-laki kawin, mengetahui paling sedikit 1 metode kontrasepsi modern. Metode yang paling dikenal adalah kontrasepsi suntik dan pil (97%) (Surjaningrat, 2005).

Data SUSENAS 2004 menunjukkan bahwa persentase perempuan usia subur yang sedang memakai alat kontrasepsi di Sumatera Selatan pada tahun 2003 sebesar 57,84% dan tahun 2004 menjadi 58,94%. Pada tahun 2003 yang paling tinggi adalah Pagar Alam 72,8% dan yang paling rendah Musi Banyu Asin 53,34 %.

2. Asuhan Antenatal

Pilar Asuhan antenatal bertujuan untuk apabila mungkin, mencegah komplikasi serta memastikan agar setiap komplikasi kehamilan dapat dideteksi secara dini dan ditangani secara benar. Kegiatan intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam

kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal yang benar. Pemerintah telah menetapkan kebijakan pelayanan antenatal, yaitu bahwa pelayanan antenatal harus diberikan di semua fasilitas kesehatan mulai di posyandu sampai di rumah sakit pemerintah maupun swasta. Pelayanan antenatal harus diberikan sesuai standar nasional, sekurang-kurangnya 4 kali selama kehamilan yaitu 1 kali dalam trimester pertama, 1 kali dalam trimester ke dua dan 2 kali dalam trimester ke tiga.

Secara nasional, persentase ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal minimal 1 kali sebesar 92% sedangkan persentase ibu hamil yang mengunjungi klinik antenatal 4 kali sesuai standar lebih rendah yaitu 81% (Dep.Kes.et.al.2005). Keadaan di Sumatera Selatan menunjukkan hanya 68,25 % ibu hamil yang melakukan K4, tetapi yang menerima tablet tambah darah selama 90 hari sebesar 58,01% (Dinas Kesehatan Sumatera Selatan, 2004). Hal ini menunjukkan rendahnya cakupan asuhan antenatal di Sumatera Selatan.

3. Persalinan Bersih dan Aman

Pilar persalinan bersih dan aman, bertujuan untuk memastikan bahwa setiap petugas kesehatan yang akan menolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk melaksanakan persalinan yang bersih dan aman. Intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

Pemerintah telah membuat kebijakan tentang persalinan yaitu bahwa semua persalinan harus ditolong oleh petugas kesehatan yang terampil. Sejak tahun 1996 melalui Permerkes 572/1996, bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertentu.

4. Pelayanan Obstetri Esensial

Pilar pelayanan obstetri esensial bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan esensial untuk kelompok resiko tinggi dan berkomplikasi tersedia untuk setiap perempuan, dimanapun dia berada. Kegiatan intervensi dapat dilakukan melalui upaya mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetri dan neonatal esensial dasar dan komprehensif.

Pelayanan obstetri esensial dilaksanakan oleh rumah sakit dan puskesmas. Pelayanan obstetri di semua rumah sakit kabupaten/kota dan provinsi yang mempunyai dokter spesialis obstetri dan ginekolog harus mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK). Puskesmas tempat tidur yang mempunyai dokter umum dan bidan, harus mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED).

Kondisi saat ini menunjukkan kurangnya sumber daya manusia pelaksana pelayanan obstetri. Menurut Saifudin (2005) saat ini terjadi kekurangan sumber daya manusia di semua tingkat pelayanan kesehatan. Rumah sakit kabupaten/kota yang tidak memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekolog maupun dokter spesialis lainnya sebesar 30%. Dengan kondisi seperti itu, sulit untuk mengharapkan PONEK dan PONED berjalan optimal.

Pelayanan Kesehatan Primer.

Pelayanan kesehatan primer menjadi tanggung jawab siapa? Hal ini masih mengundang perdebatan. Yang jelas, pelayanan kesehatan primer bagi masyarakat miskin merupakan tanggung jawab pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Pada saat ini pemerintah pusat masih menyediakan dana pelayanan kesehatan khususnya bagi keluarga miskin melalui program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Program JPS-BK sangat dirasakan manfaatnya bagi keluarga miskin, terutama untuk membiayai pelayanan tepat waktu dan adekuat pada komplikasi kehamilan. Pelayanan tersebut sangat kritis untuk kelangsungan hidup ibu dan bay baru lahir, namun biayanya amat mahal.

Pemerintah daerah perlu mengupayakan suatu mekanisme pendanaan untuk pelayanan tepat waktu dan adekuat bagi ibu hamil yang tidak termasuk sasaran program JPS-BK. Sistem pembiayaan yang ada saat ini dengan cara pembayaran tunai untuk setiap pelayanan kesehatan, menciptakan kondisi pelayanan kesehatan yang belum equity. Hal ini akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan, termasuk kasus komplikasi kehamilan dan persalinan bagi ibu-ibu bukan keluarga miskin tetapi yang kondisi keuangannya pas-pasan. Kelompok masyarakat yang nyaris miskin atau agak miskin, saat ini tidak mendapat perhatian ataupun fasilitas kemudahan pelayanan kesehatan. Kelompok miskin telah dijamin JPS-BK, kelompok mampu jelas dapat membiayai sendiri pelayanan kesehatannya, sedangkan kelompok nyaris miskin tidak mempunyai daya.

Hasil penelitian Ekowati (2005) menunjukkan bahwa masyarakat yang masuk kelompok nyaris miskin atau agak miskin, mempunyai kemungkinan akses layanan kesehatan 0,5 kali dibandingkan masyarakat yang masuk kelompok miskin. Artinya, masyarakat miskin mempunyai peluang lebih besar untuk mendapat pelayanan kesehatan dibandingkan kelompok nyaris miskin atau agak miskin. Untuk mencapai layanan kesehatan yang ekuat, pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang mewajibkan seluruh penduduk Indonesia untuk mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan melalui badan penyelenggara asuransi sosial. Hasil penelitian Thabrany (2000) menunjukkan bahwa negara yang menerapkan asuransi sosial mempunyai cakupan peserta asuransi kesehatan hampir 100% dan mempunyai AKI lebih rendah dibandingkan negara yang mempunyai cakupan asuransi kesehatan dibawah 70%. Walaupun Undang-Undang SJSN belum diterapkan secara optimal pada saat ini, namun cukup memberikan perlindungan hukum untuk pelaksanaannya dikemudian hari.

Pemerintah perlu mengembangkan sistem asuransi sosial secara bertahap. Premi untuk penduduk miskin dibayar oleh pemerintah, sedangkan penduduk yang mampu membayar sendiri premi asuransi kesehatannya tetapi penduduk yang nyaris miskin atau agak miskin harus diberikan subsidi premi berdasar perhitungan yang tepat. Artinya, harus ada gradasi premi asuransi kesehatan dan kejelasan sumber pembiayaannya. Walaupun premi bergradasi tetapi pelayanan yang diberikan harus tetap sama karena selisih premi akan dibayar oleh pemerintah.

Pemberdayaan Perempuan.

Penyediaan pelayanan aman dan sah menurut hukum dan dapat diakses oleh masyarakat perempuan, harus melibatkan perempuan itu sendiri melalui program pemberdayaan perempuan. Secara struktural, pemberdayaan perempuan merupakan tugas kementerian Pemberdayaan Perempuan. Pemberdayaan perempuan dalam kaitannya untuk menurunkan AKI, telah diluncurkan program Gerakan Sayang Ibu (GSI). Gerakan ini memfokuskan pada pengembangan Kecamatan Sayang Ibu dan Rumah Sakit Sayang Ibu yang dikelola secara lintas sektor bersama masyarakat. Namun demikian, walaupun konsep GSI bagus tetapi kelemahannya adalah GSI belum merata di seluruh Indonesia.

Secara lintas sektor, pemberdayaan perempuan untuk menurunkan AKI juga dilaksanakan oleh beberapa departemen antara lain Departemen Kesehatan, Departemen Agama, BKKBN, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Tenaga Kerja dan Bappenas. Departemen Kesehatan yang berkepentingan langsung dengan penurunan AKI telah meluncurkan berbagai program kesehatan ibu. Departemen Agama telah melaksanakan program penyuluhan dan mewajibkan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) kepada calon pengantin. BKKBN memfokuskan diri pada penurunan angka fertilitas untuk mendukung upaya penurunan AKI. Departemen Pendidikan Nasional telah memulai pendidikan kesehatan reproduksi dan pencegahan anemia kepada para remaja. Departemen Tenaga Kerja telah melaksanakan penyuluhan reproduksi dan pencegahan serta penanggulangan anemia kepada pekerja perempuan. Intervensi untuk menurunkan AKI melalui Upaya safe motherhood berupa program asuhan kebidanan dasar dan pelayanan kesehatan primer berdampak langsung dalam jangka pendek sedangkan program pemberdayaan perempuan memberikan dampak dalam jangka panjang seperti terlihat pada bagan 2.3 di bawah ini.



Bagan 2.3. Piramida Intervensi (Saifudin, 2005).

Menyempurnakan program Safe Motherhood, maka pada tanggal 12 Oktober 2000 telah dilakukan pencanangan Making Pregnancy Safer (MPS) sebagai bagian program Safe Motherhood, sebagai strategi pembangunan kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010. Tujuan Upaya Safe Motherhood dan MPS sama, yaitu untuk melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia serta pemberdayaan perempuan.

Tujuan global MPS sesuai dengan target internasional yaitu untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. MPS dilaksanakan berdasarkan upaya-upaya yang telah ada dengan penekanan pada pentingnya kemitraan antara sektor pemerintah, lembaga pembangunan, sektor swasta, keluarga dan anggota masyarakat. MPS merupakan strategi sektor kesehatan yang fokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam melaksanakan intervensi klinis dan pelayanan kesehatan. Belajar dari pengalaman pelaksanaan Upaya Safe Motherhood, maka pesan kunci MPS adalah:

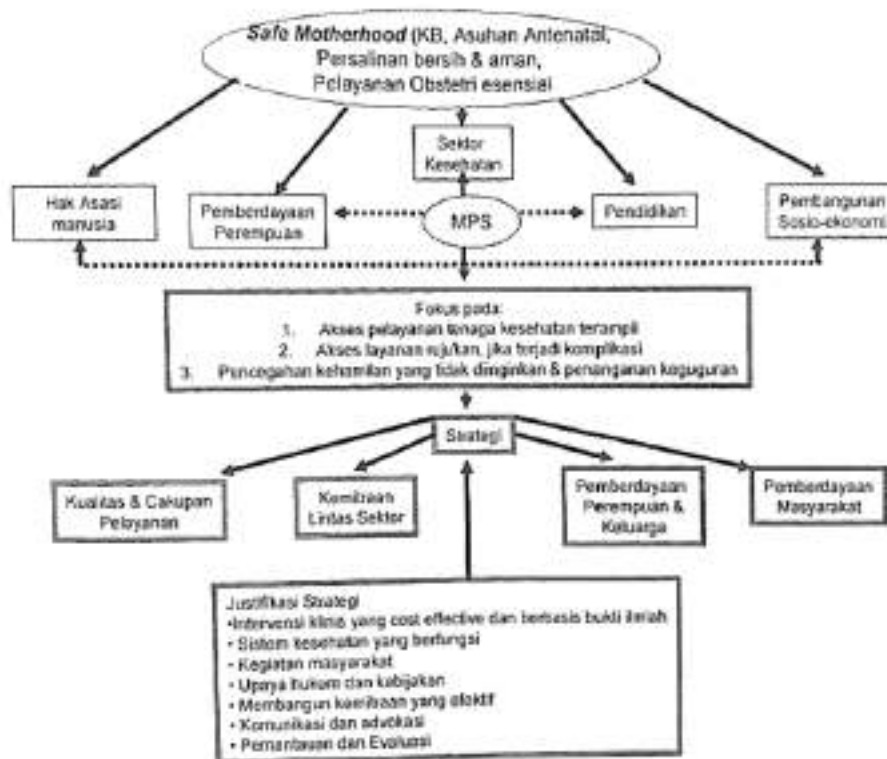
1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat
3. Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Telah ditentukan 4 strategi MPS untuk mencapai tujuan dan target yang telah ditetapkan, yaitu:

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan berkualitas bagi ibu dan bayi baru lahir yang cost-effective dan berdasarkan bukti data.
2. Membangun kemitraan yang efektif untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber day yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya.

3. Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui peningkatan pengetahuan.
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Sistem Upaya Safe Motherhood yang terintegrasi dengan MPS secara skematis dapat dilihat pada bagan 2.4 berikut.



Bagan 2.4. Pengembangan Safe Motherhood terintegrasi MPS
(Modifikasi dari Bagan Safe Motherhood Saifudin, 2005)

2 Untuk memperoleh hasil yang maksimal, pendekatan Upaya Safe Motherhood yang terintegrasi dengan MPS dapat diintegrasikan dengan pembentukan desa siaga sebagai upaya penurunan AKI di tingkat masyarakat. Pembentukan 1 desa siaga mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No 564/Menkes/SK/III/2006 tentang pedoman pelaksanaan pengembangan desa siaga. Tujuan terbentuknya desa siaga adalah terwujudnya desa dengan masyarakat yang sehat, peduli dan tanggap terhadap masalah kesehatan (termasuk kesehatan ibu). Kriteria desa siaga adalah: minimal memiliki 1 Pos Kesehatan desa (Poskesdes). Poskesdes merupakan kerangka terwujudnya desa sehat. Prinsip pengorganisasian Poskesdes adalah dikelola oleh masyarakat (kader) dengan bimbingan tenaga kesehatan. Salah satu alternatif pembentukan Poskesdes adalah mengembangkan Polindes

yang ada di desa. Pelayanan Poskesdes harus dilaksanakan secara rutin setiap hari berupa pelayanan:

1. **Promotif**, kegiatannya antara lain penyuluhan kesehatan, pertemuan dengan tokoh masyarakat, dan advokasi kepada penentu kebijakan, penyanggah dana, dan lain-lain.
2. **Preventif**, kegiatannya antara lain surveilan penyakit secara sederhana, surveilan gizi, kesiapsiagaan menghadapi kegawatdaruratan kesehatan dan bencana, pemeriksaan berkala/penjaringan kesehatan termasuk pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan nifas, imunisasi, penyehatan lingkungan, dan pemberantasan nyamuk dan tempat perindukannya.
3. **Kuratif dan rehabilitatif**, kegiatannya antara lain pengobatan, pertolongan persalinan, penanganan masalah kesehatan akibat bencana/keedaruratan kesehatan, rujukan kasus ke puskesmas, dan asuhan keperawatan melalui kunjungan rumah untuk perawatan tindak lanjut.

Dengan demikian, Upaya safe motherhood terintegrasi MPS dapat dilaksanakan menggunakan kerangka desa siaga sehingga hasilnya diharapkan lebih optimal.

2.4. Otonomi Daerah

Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah mengatur masalah dekonsentrasi, desentralisasi dan otonomi daerah. Ada pembagian peran dan tanggung jawab terhadap masalah kesehatan antara pusat dan daerah. Pemerintah pusat lebih mengarah kepada standarisasi melalui pengembangan kebijakan kesehatan nasional, norma-norma serta standar pelayanan, kerja sama lintas sektor dan monitoring evaluasi. Pemerintah provinsi bertanggung jawab terhadap pemberian bantuan teknis tentang masalah kesehatan yang dihadapi kabupaten/kota.

Pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab secara penuh untuk merencanakan dan melaksanakan pelayanan kesehatan. Pengadaan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah, untuk kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota sedangkan untuk provinsi merupakan urusan dalam skala provinsi. Pada tahun 2006 di Sumatera Selatan, dengan dana dekonsentrasi (APBN) telah dilaksanakan beberapa upaya yang mengarah untuk penurunan AKI dalam program Kesehatan Keluarga antara lain:

- a. Stimulan untuk tabungan ibu hamil sebesar Rp.25.000,- per ibu hamil, masing-masing kabupaten/kota didanai untuk 2.000 ibu hamil di 14 kabupaten/kota.
- b. Pemeriksaan golongan darah untuk 2000 ibu hamil per kabupaten/kota dan pemeriksaan golongan darah bagi 4.000 calon donor darah per kabupaten/kota di 14 kabupaten/kota.

Program tersebut didasari dengan tingginya angka perdarahan sebagai penyebab langsung kematian ibu. Namun sayangnya belum dilakukan kajian atau penelusuran lebih dalam ke akar permasalahan utama, yaitu penyebab terjadinya perdarahan. Sehingga terkesan intervensi yang dilaksanakan baru intervensi jangka pendek, belum menyentuh akar permasalahannya. Hal ini perlu dikaji, karena cakupan asuhan antenatal dan angka persalinan oleh tenaga kesehatan di Sumatera selatan cukup tinggi, namun AKI juga tetap tinggi. Apakah kuantitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang terbatas, atau kualitas tenaga kesehatan dalam asuhan persalinan yang kurang bagus mutunya ataukah dampak proses rujukan yang terlambat dilaksanakan akibat hambatan sosial budaya, atau minimnya infrastruktur dan fasilitas rujukan.

Adanya Undang-Undang otonomi Daerah seharusnya memberi peluang kepada kabupaten/kota untuk lebih kreatif menentukan program berdasar prioritas masalah yang ada berdasarkan fakta hasil riset, termasuk masalah tingginya AKI. Untuk mendapatkan informasi kematian ibu yang cepat dan akurat diperlukan penerapan sistem informasi yang berkesinambungan. Informasi kematian ibu yang lepas dari pelaporan menyebabkan informasi penyebab kematian ibu juga lepas dari pengamatan. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk informasi kesehatan, merupakan kewajiban daerah dalam menyelenggarakan otonomi daerah.

2.5. Sistem Informasi kematian Ibu.

Informasi adalah data yang telah diproses atau data yang memiliki arti, sedangkan data terdiri dari fakta-fakta dan angka-angka yang secara relatif tidak ada artinya. Data yang telah diproses, akan berubah menjadi sebuah informasi. Informasi merupakan salah satu sumber daya utama yang harus dikelola manajer disamping juga sumber daya manusia, material, mesin, dan dana.

Informasi selalu diperlukan oleh para pengambil keputusan dan perencana program dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Sehubungan dengan hal tersebut, kemudahan memperoleh informasi yang akurat dan mutakhir harus selalu diupayakan. Seluruh organisasi, baik swasta maupun pemerintah saat ini semakin sadar bahwa informasi merupakan suatu sumber daya yang penting dan strategis (McLeod, 1995). Bisa dibayangkan, bagaimana seandainya perencanaan program disusun tanpa adanya informasi yang jelas tentang besaran dan jenis permasalahan yang harus diintervensi oleh program tersebut. Tentunya akan menjadi tidak efektif dan tidak efisien.

Seluruh aktivitas mulai dari memperoleh informasi, menggunakan informasi secara efektif, dan membuangnya pada saat yang tepat, disebut manajemen informasi. Sekelompok elemen-elemen yang terintegrasi untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu memberikan informasi yang akurat dan aktual disebut sistem informasi. Dengan demikian, sekelompok elemen-elemen yang terintegrasi untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu memberikan informasi yang akurat dan aktual tentang kematian ibu, disebut sistem informasi kematian ibu.

Departemen kesehatan telah merekomendasikan suatu kegiatan yang dapat digunakan sebagai sumber informasi kematian ibu sekaligus untuk menelusuri sebab kematian ibu dan perinatal melalui Audit Maternal Perinatal (AMP). Kegiatan ini dapat menghasilkan informasi tentang keadaan yang mendahului kejadian kematian ibu, antara lain:

1. Sebab dan faktor terkait dalam kesakitan/kematian ibu dan Perinatal
2. Tempat dan alasan mengapa sistem gagal mencegah terjadinya kematian.
3. Jenis intervensi yang dibutuhkan untuk mencegah terjadinya hal serupa.

Kegiatan ini bisa dilengkapi dengan Otopsi verbal yaitu penggalian informasi tentang sebab kematian. Kenyataannya, AMP dan otopsi verbal belum dilaksanakan secara konsisten di Indonesia termasuk di Sumatera Selatan. Diperlukan upaya-upaya untuk mengetahui hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu serta hambatan untuk membudayakan AMP dan Otopsi verbal dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep penelitian



BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan paradigma penelitian kualitatif.

Pengumpulan data dilakukan pada tingkat masyarakat, instansi kesehatan mulai tingkat kabupaten sampai tingkat desa/kelurahan, dan institusi non kesehatan di tingkat desa/kelurahan yang ada di 2 desa/kelurahan (2 kecamatan) dari masing-masing kabupaten/kota. Pemilihan lokasi dilakukan secara bertingkat berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.

4.2. Lokasi Penelitian

Pemilihan lokasi kecamatan berdasar kriteria:

Kabupaten Banyu Asin mewakili wilayah perairan:

- Satu desa dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan perairan dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 tetapi tidak pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.
- Satu desa dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan perairan yang pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.

Kabupaten OKI mewakili wilayah daratan pedesaan:

- Satu desa dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan bukan perairan dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 tetapi tidak pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.
- Satu desa dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan bukan perairan yang pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.

Kota Palembang mewakili wilayah perkotaan:

- Satu kelurahan dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 tetapi tidak pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.
- Satu kelurahan dengan jumlah ibu hamil terbanyak pada tahun 2005 yang berada di wilayah kecamatan yang pernah melaporkan adanya kematian ibu pada tahun 2005.

4.3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tingkat desa/kelurahan, kabupaten/kota serta tingkat provinsi.

4.3.1. Pengumpulan data di Desa/Kelurahan

A. Pengumpulan data pada tingkat masyarakat

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara:

- Wawancara mendalam kepada informan:
 1. Ketua Perkumpulan kematian di desa
 2. Kader Posyandu
 3. Keluarga ibu hamil/nifas yang meninggal dunia dan tercatat di Dinas Kesehatan: 1 keluarga.
 4. Keluarga ibu hamil/nifas yang meninggal dunia dan tidak tercatat di Dinas Kesehatan: 2 keluarga
- Diskusi Kelompok Terarah dilakukan kepada kelompok:
 1. Tokoh masyarakat (Ketua RT, Ketua Dusun)
 2. Tokoh agama (ketua kelompok pengajian, pengurus mesjid)

B. Pengumpulan data pada tingkat institusi kesehatan.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada pengelola program, yaitu informan:

- Bagian KIA/Kesga Dinas Kesehatan kabupaten.
- Bagian KIA/Kesga Puskesmas
- Bidan desa
- Penolong persalinan

C. Pengumpulan data pada tingkat institusi non-kesehatan.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada informan:

- Kepala desa
- Bagian kesra (pencatatan kematian) kantor desa

D. Pengumpulan data pada tingkat penolong persalinan.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada informan:

- Dukan Beranak
- Dokter
- Bidan

Alur Pengumpulan Data



4.3.2. Pengumpulan Data di Kabupaten/Kota.

Dilakukan FGD di tingkat kabupaten/kota dengan informan masing-masing kabupaten/kota adalah:

1. Dinas Kesehatan (yang membawahi kesehatan ibu)
2. BAPPEDA (yang membawahi Kesehatan Reproduksi)
3. Bagian Pemberdayaan Perempuan
4. Dinas catatan Sipil.

4.3.3. Pengumpulan Data di Provinsi

Dilakukan FGD di tingkat kabupaten/kota dengan informan masing-masing kabupaten/kota adalah:

1. Dinas Kesehatan (yang membawahi kesehatan ibu)
2. Biro Pemerintahan (yang membawahi kependudukan)
3. BAPPEDA (yang membawahi Kesehatan Reproduksi)
4. Biro Pemberdayaan Perempuan
5. Dinas Transmigrasi dan Kependudukan
6. BKKBN
7. BPS

4.4. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan cara pembuatan transkrip dan matrik hasil wawancara mendalam dan FGD.

Analisis data dilakukan secara konten analisis.

Untuk menjaga validasi data dilakukan triangulasi data yaitu dengan cara:

- o Triangulasi sumber
- o Triangulasi metode

4.5. Waktu penelitian.

Penelitian dilaksanakan dalam waktu 4 bulan yaitu bulan Agustus sampai dengan Desember 2006 seperti tampak pada matrik berikut.

JADWAL KEGIATAN

KEGIATAN	BULAN TH 2006					KET
	Agt	Sept	Okt	Nov	Des	
Administrasi: 1. MoU 2. Penawaran 3. Kesiapan sesuai penawaran 4. SPK	X					
Rapat koordinasi		X	X	X	X	
Persiapan: 1. SK Tim Penelit 2. Pembuatan pedoman wawancara & FGD		X	X			
Pengumpulan data: 1. Wawancara mendalam 2. FGD			X	X	X	
Pengolahan data						
Analisa data					X	
Laporan Awal				X		
Laporan Akhir					X	

4.6 Personalia

Tim peneliti merupakan tim gabungan dari Balitbangda Sumatera Selatan, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNSRI, dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, yang akan bersinergi menyumbangkan ilmunya dalam melaksanakan penelitian ini. Hasilnya diharapkan akan lebih sempurna dibawah bimbingan (Nara Sumber) yang ahli dibidangnya. Nara sumber dipilih dari Universitas Indonesia karena Pusat Kesejahteraan keluarga Universitas Indonesia telah bekerjasama dengan University Aberdeen dalam melaksanakan Initiative for maternal mortality programme assesment (impact) di Indonesia.

Susunan Tim peneliti adalah sbb:

Peneliti Utama	:	DR. Ekowati Retnaningsih, SKM,M.Kes. (Badan Litbang Provinsi Sumatera Selatan)
Peneliti	:	1. dr. Mohammad Zulkarnain, MMedSc. (Bagian IKM FK UNSRI) 2. Dr. Imitati, M.Kes (Dinas Kesehatan Prov.SumSel)
Nara Sumber	:	dr. Endang Anhari, MPH, Ph.D (Initiative for maternal mortality programme assesment /impact di Indonesia, Pusat Kesejahteraan Keluarga Indonesia)

BAB V

GAMBARAN PROVINSI SUMATERA SELATAN.

5.1. GEOGRAFI

4 Batas wilayah provinsi Sumatera Selatan ini adalah sebelah utara berbatasan dengan Provinsi Jambi sebelah timur berbatasan dengan Selat Bangka dan Provinsi Kepulauan Bangka dan Belitung sebelah selatan berbatasan dengan Provinsi Lampung dan sebelah barat berbatasan dengan Provinsi Bengkulu. Dengan melihat peta tersebut, diketahui bahwa daerah tersebut dilalui oleh beberapa sungai yang terkenal dengan sebutan Batanghari Sembilan, diantaranya adalah sungai Musi, sungai Komering, sungai Ogan, sungai Lematang, sungai Lakitan, sungai Rupit, sungai Rawas, dan sungai Kelingi. Kebanyakan sungai tersebut bermata air di bukit barisan, kecuali sungai Mesuji, sungai Lalan, sungai Banyuasin. Sedangkan sungai Ogan, sungai Komering, sungai Lematang, sungai Kelingi, sungai Lakitan, sungai Rupit, dan sungai Rawas merupakan anak sungai Musi. Disamping sungai-sungai, di Provinsi Sumatera Selatan juga ada beberapa danau, diantaranya danau Ranau, dan danau Teluk Gelani.

Provinsi Sumatera Selatan terdiri dari delapan kabupaten dan empat kota. Jarak yang paling jauh dari ibukota Propinsi Sumatera Selatan ke daerah-daerah, terutama ke ibukota Kabupaten, adalah Lubuk Linggau yang berjarak 388 km. Ibukota kabupaten yang terdekat dengan Palembang adalah Pangkalan Balai, ibukota kabupaten Banyuasin, hanya berjarak 48 km dari kota Palembang. Jarak Ibukota Palembang dengan kabupaten/kota lainnya di Sumatera Selatan adalah sebagai berikut. Palembang-Lahat 226 km, Palembang--Baturaja 214 km, Palembang--Muaraenim 183 km, Palembang--Prabumulih 91 km, Palembang-Sekayu 124 km, dan Palembang-Kayu Agung 66 km (Kepala Dinas Diknas SumSel, 2006)

Mengenai jumlah sarana transportasi di daerah perkotaan pada umumnya adalah cukup banyak terdiri atas: angkutan kota (oplet, bus kota), angkutan pinggiran, angkutan khusus seperti bus/mikrobus travel, beca, bajaj, motor ojek, angkutan sungai seperti perahu dayung, perahu bermesin/ketek, [12.04, 25/9/2021] Nisa baru: 33 motor tempel, dan angkutan antar kota antar propinsi (AKAP), kereta api, pesawat terbang, dan di daerah pedesaan adalah angkutan pedesaan/angdes, angkutan antar kota dalam provinsi (AKDP), angkutan sungai berupa perahu besar bermesin. Angkutan yang cukup banyak adalah oplet/mikrolet, bus kota, dan angkutan pedesaan. Pada umumnya anak berangkat ke sekolah menggunakan bus kota, oplet, dan angkutan pedesaan, ada juga yang naik perahu dayung dan perahu kecil bermesin yang lebih dikenal dengan sebutan perahu ketek.

Sarana komunikasi penting lainnya yang mempengaruhi arus komunikasi baik bag perorangan maupun kelompok masyarakat, lembaga pemerintah, dan swasta seta lembaga perdagangan adalah: pemegang izin penerima pesawat telepon sebanyak 137.860; beberapa tahun terakhir ini pemakaian telegram dalam negeri/luar negeri dan pemakaian teleks dalam negeri sudah ditiadakan karena telah semakin sangat menurun penggunaannya. Justru saat ini masyarakat lebih banyak menggunakan telepon genggam atau handphone.

5.2. DEMOGRAFI

Berdasarkan hasil pencatatan penduduk dalam rangka menjelang pendaftaran pemilih dalam Pemilu 2004, jumlah penduduk Provinsi Sumatera Selatan adalah 6.493.029 orang. Dari jumlah tersebut, 964.130 berusia 7-12 tahun (14,85 persen), 493.132 berusia 13-15 tahun (7,59 persen), dan 480.483 berusia 16-18 tahun (7,40 persen). Berdasarkan data tahun 2003 penduduk Provinsi Sumatera Selatan ini bertambah 3,69 persen per tahun. Menurut catatan terakhir pada tahun 2003, kepadatan penduduk adalah 67 orang per km² dengan kota Palembang sebagai kota Palembang terpadat (3.264 orang per km²) dan kabupaten Musi Rawas sebagai kabupaten terjarang (23 orang per km²).

5.3. PENDIDIKAN

Menurut Kepala Dinas Pendidikan Nasional Sumatra Selatan (2006), Tingkat pendidikan penduduk yang dirinci menjadi 9 kategori dapat digambarkan sebagai berikut. (1) Tidak/belum pernah sekolah sebanyak 69.225 orang (10,77 persen), (2) tidak/belum tamat SD sebanyak 2.01.763 orang (31,05 persen), (3) tamat SD sebanyak 2.080.240 orang (32,04 persen), (4) tamat SLTP sebanyak 818.645 orang (12,61 persen), (5) tamat SMU sebanyak 601.646 orang (9,27 persen), (6) tamat SMK sebanyak 149.969 orang (2,31 persen), (7) tamat Diploma I dan II sebanyak 23.637 orang (0,36 persen), (8) tamat Diploma III/Sarjana sebanyak 32.998 orang (0,51 persen), (9) tamat Sarjana 70.038 orang (1,08 persen).

Akses pendidikan pada tingkat SLTP/MTs di Sumatera Selatan belum sebaik tingkat SD/MI. Pada tahun 2003, dari seluruh penduduk Sumatera Selatan yang berusia 13-15 tahun, baru mencapai angka 59,41 %, yang artinya hanya 59,41 persen saja penduduk usia tersebut yang sedang bersekolah di tingkat SLTP/MTs, mengindikasikan adanya faktor yang sangat kuat berpengaruh pada penduduk kelompok usia ini untuk sekolah, dan salah satu faktor yang sangat kuat berpengaruh tersebut adalah alasan ekonomi. Selain itu, rendahnya angka partisipasi sekolah pada tingkat SLTP/MTs ini, salah satunya mungkin disebabkan karena tidak semua penduduk yang berusia 13 tahun ke atas dapat langsung sekolah di SLTP/MTs, tetapi hanya bagi penduduk yang telah menamatkan jenjang SD/MI. Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan yang paling baik keadaan angka partisipasi SLTP/MTs nya adalah Kota Palembang.

Kondisi pendidikan penduduk Sumatera Selatan dilihat dari angka melek huruf masih belum merata. Terlihat adanya ketimpangan baik antara daerah perkotaan dan perdesaan, maupun antara penduduk laki-laki dan perempuan. Namun demikian, kondisi pada tahun 2000 ketimpangan pendidikan antara kedua kelompok yang disebutkan terlihat semakin kecil yang menandakan semakin meratanya kesempatan untuk menikmati pendidikan antar wilayah maupun antara penduduk laki-laki dan perempuan.

Tabel 5.1. Angka Buta Huruf Menurut Kabupaten/Kota dan Jenis Kelamin
Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2002 dan 2003

Kabupaten/Kota	2002			2003		
	L	P	L+P	L	P	L+P
1. Ogan Komering Ulu	4,31	9,50	6,85	2,03	5,64	3,80
2. Ogan Komering Lir	3,93	7,62	5,75	4,06	8,53	6,31
3. Muara Enim	1,83	8,32	5,09	1,21	3,67	2,42
4. Lahat	0,96	5,17	2,98	1,90	5,81	3,81
5. Musi Rawas	4,47	10,50	7,56	4,26	10,52	7,40
6. Musi Banyuasin	4,24	10,17	7,18	3,05	8,06	5,48
7. Palembang	0,94	2,91	1,97	1,25	2,30	1,79
Sumatera Selatan	2,98	7,46	5,22	2,46	6,05	4,25

Sumber : BPS, Susenas 2002 dan Susenas 2003

Sumber daya manusia di Provinsi Sumatera Selatan, dari segi pendidikan dapat dijelaskan berikut ini. Untuk tahun 2002, penduduk yang tidak menamatkan SD mencapai 30,70 dan ada penurunan pada tahun 2003 yang mencapai 29,76. Untuk penduduk yang tamat SD, pada tahun 2002 mencapai 37,30 dan terus menaik pada tahun 2003 hingga mencapai 38,06 Sementara itu penduduk yang tamat SLTP pada tahun 2002 mencapai 15,63 dan naik pada tahun 2003 hingga mencapai 16,39. Untuk penduduk yang tamat SLTA, pada tahun 2002 mencapai 13,76 dan relatif stabil pada tahun 2003 yang mencapai angka 13,68. Dan untuk level perguruan tinggi ada penurunan dari tahun 2002 yang mencapai 2,6 dan tahun 2003 hanya 2,12. Pemicu turunnya angka DM terdidik pada level pendidikan tinggi antara lain masalah kesulitan ekonomi.

Dengan kualitas pendidikan penduduk yang demikian, Sumatera Selatan mempunyai tantangan yang berat sehubungan dengan daya saing DM dengan provinsi lain di Indonesia maupun di ajang internasional dalam menghadapi era kompetisi global di masa datang. Demikian pula di era otonomi daerah saat ini, dimana kemajuan suatu daerah akan sangat tergantung pada kualitas SDM yang ada di daerah tersebut, maka tampaknya Sumsel masih dihadapkan pada tantangan yang cukup berat dalam upaya untuk meningkatkan kualitas SDM-nya bila tidak ingin tertinggal oleh daerah-daerah lainnya.

Pada tahun 2002, rata-rata lama sekolah penduduk dewasa di Sumatera Selatan adalah 7,01 tahun. Artinya mayoritas penduduk dewasa di Sumatera Selatan adalah berpendidikan tamat Sekolah Dasar. Hanya di Kota Palembang yang mayoritas penduduk dewasanya telah menamatkan tingkat SLTP, dengan rata-rata lama sekolah 9,51 tahun. Sehingga bisa dikatakan bahwa pendidikan penduduk Kota Palembang lebih baik dibandingkan dengan daerah lainnya di Sumatera Selatan. Sedangkan keadaan di tahun 2003 tampak mengalami penurunan, walaupun relatif kecil.

Bila dilihat menurut jenis kelamin, rata-rata lama bersekolah antara penduduk laki-laki dan perempuan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Tetapi di beberapa daerah seperti

Kabupaten Musi Banyuasin, Ogan Komering Ilir dan MURA, rata-rata lama sekolah penduduk perempuan dewasa paling rendah dibandingkan dengan daerah lainnya. Di ketiga daerah yang disebutkan, mayoritas penduduk perempuan dewasa adalah belum tamat SD.

5.4. KESEHATAN

Sumatera Selatan telah menetapkan visi pembangunan kesehatan yaitu Sumatera Selatan Sehat 2008. Secara garis besar, upaya pencapaian visi tersebut dikemas menjadi 3 bagian yaitu:

- Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) bertujuan memberikan pelayanan kesehatan kepada perorangan secara komprehensif, berhasil guna dan berdaya guna, adil, merata, bermutu, terjangkau, terstruktur dan aman. Diharapkan praktik dokter keluarga dan klinik kesehatan keluarga menjadi ujung tombak pelayanan tingkat pertama.
- Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi [12.06, 25/9/2021] Nisa baru: 37 timbulnya masalah kesehatan di masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
- Upaya Kesehatan Wilayah (UKW) bertujuan untuk menciptakan kondisi yang menguntungkan dalam rangka mendukung tercapainya tujuan pembangunan berwawasan kesehatan, diharapkan outputnya adalah wilayah sehat (kabupaten tau kecamatan sehat).

Sehubungan dengan hal tersebut, pemerintah Sumatera Selatan telah membentuk Kelompok Kerja (Pokja) Sumatera Selatan Sehat 2008 untuk mempercepat peningkatan status kesehatan masyarakat. Indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan masyarakat antara lain angka kesakitan dan angka kematian.

A. ANGKA KESAKITAN

1. Keluhan Kesehatan.

Presentase penduduk Sumatra Selatan yang mengalami keluhan kesehatan sebesar 19,18% (BPS, 2004) seperti terlihat pada tabel 5.2.berikut.

Tabel 5.2. Presentase Penduduk yang Mengalami Keluhan Kesehatan

NO	KABUPATEN/ KOTA	KELUHAN KESEHATAN (%)
1	Ogan Komering Ulu (OKU)	15,26
2	OKU Timur	-
3	OKU Selatan	-
4	Ogan Komering Ilir (OKI)	23,40
5	Ogan Ilir	-
6	Muara Enim	12,80
7	Lahat	17,39
8	Musi Rawas	16,13
9	Musi Banyu Asin	19,24
10	Banyuasin	14,02
11	Palembang	24,58
12	Prabumulih	19,45
13	Pagar Alam	21,70
14	Lubuk Linggau	35,13
	Sumatera Selatan	19,18

Sumber: BPS, 2004

Keterangan: OKU Timur & OKU Selatan masih gabung dengan OKU, Ogan Ilir masih gabung dengan OKI.

2. Penyakit Menular.

Penyakit menular sebagai indikator status kesehatan masyarakat antara lain: 1) malaria, 2) TB, 3) HIV dan, 4) Demam Berdarah. Angka kesakitan malaria (gejala klinis) di Sumatera Selatan adalah 8,29 per 1.000 penduduk pada tahun 2004 (Dinas Kesehatan, 2005). Bila dibandingkan dengan target Sumatera Selatan Sihat 2008 sebesar 5 per 1.000 penduduk, maka angka kesakitan malaria pada tahun 2004 di Sumatera Selatan masih jauh lebih tinggi dibandingkan target 2008. Angka kesakitan malaria tertinggi di Kabupaten OK yaitu 51,05 per 1.000 penduduk, diikuti oleh Muara Enim 20,52 per 1.000 penduduk, Musi Banyuasin 15,85 per 1.000 penduduk, Musi rawas 13,39 per 1.000 penduduk dan Lahat 10,99 per 1.000 penduduk. Sementara kabupaten/kota lainnya masih dibawah rata-rata provinsi. Tingginya angka kesakitan malaria di 5 kabupaten tersebut dipengaruhi oleh kondisi geografis yang potensial sebagai tempat perindukan nyamuk sebagai vektor malaria.

Berdasar estimasi WHO, penderita TB di Sumatera Selatan diperkirakan 130 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 dan pada tahun 2004 berdasar hasil penelitian Puslitbang Kesehatan, diperkirakan penderita TB di Sumatera Selatan sebesar 160 per 100.000 penduduk. Penderita TB masih tersebar di komunitas, karena angka penemuan kasus TB (Case Detection Rate) TB pada tahun 2005 masih belum memenuhi target yang ditetapkan oleh WHO sebesar $\geq 70\%$. Pada tahun 2005 (P2PL DinKes SumSel, 2006), CDR Sumatera Selatan baru mencapai 41,3 % (estimasi penderita TB baru 160/100.000). Sementara angka kesembuhan TB cukup tinggi yaitu 87,6 % pada tahun 2004 sedangkan target WHO pada tahun 2005 $> 85\%$.

Pada tahun 2004, Jumlah kasus HIV di Sumatera Selatan telah mencapai 40 penderita (Dinas Kesehatan, 2005) yang tersebar di 4

kabupaten/kota yaitu:

1. Palembang: 28 kasus
2. Lubuk Linggau : 5 kasus
3. Lahat : 3 kasus
4. OKI: 1 kasus
5. OKU : 1 kasus
6. Prabumulih: 1 kasus

Angka kesakitan demam berdarah (DBD) pada tahun 2004 di Sumatera Selatan sebesar 18,55 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan, 2005). Angka tersebut masih diatas target Sumatera Selatan Sehat 2008 yaitu sebesar 2 per 100.000 penduduk. Terdapat 4 kabupaten/kota yang mempunyai angka BD diatas angka provinsi yaitu:

1. Palembang: 62,34 per 100.000 penduduk
2. Prabumulih : 49,93 per 100.000 penduduk
3. Banyu Asin : 26,22 per 100.000 penduduk
4. Lubuk Linggau: 15,66 per 100.000 penduduk.

3. Status Gizi

Balita yang mempunyai status gizi buruk (dibawah garis merah/ BGM) di provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2004 sebesar 1,12 % (Dinas Kesehatan, 2005). Angka tersebut diatas angka target Sumatera Selatan Sehat 2008 yaitu sebesar < 1 %. Kabupaten yang diatas angka provinsi adalah

1. Palembang : 2,19 %
2. Prabumulih : 2,12 %
3. Musi Banyuasin: 1,95 %
4. OKU : 1,16 %
5. OKI : 1,16 %.

Wilayah kecamatan yang mempunyai balita gizi buruk > 1 % atau balita gizi kurang > 15 % maka kecamatan tersebut dikatakan sebagai kecamatan rawan gizi. Pada tahun 2004 di provinsi Sumatera Selatan terdapat 30,71 % kecamatan yang masuk kategori rawan gizi (Dinas Kesehatan, 2005). Target Sumatera Selatan Sehat 2008, target kecamatan rawan gizi sebesar < 20 %.

Kabupaten/kota yang mempunyai kecamatan rawan gizi terbesar adalah kota Palembang (78,57%), disusul Musi Banyuasin 55,56%, Banyuasin 54,55 %, Prabumulih 40 %, OKI, OKU, OI masing-masing 33,33 % [12.07, 25/9/2021] Nisa baru: 40

B. ANGKA KEMATIAN

Angka kematian yang digunakan sebagai indikator kesehatan secara internasional adalah Angka kematian ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

I. Angka Kematian Ibu.

AKI Sumatera Selatan (467 per 100.000 kelahiran hidup) tahun 2004 jauh dari angka nasional (307 per 100.000 kelahiran hidup). Artinya, pada tahun 2004 terjadi 1 kematian ibu setiap 214 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan provinsi lain, angka tersebut jauh diatas AKI Jawa Barat yaitu 274 per 100.000 kelahiran hidup, tetapi masih dibawah AKI Nusa Tenggara Timur yaitu 688 per 100.000 kelahiran hidup (UNFPA & BPS, 2005).

Terlihat bahwa telah terjadi penurunan AKI pada tahun 2004 dibandingkan tahun 2003 di 4 kabupaten yaitu kabupaten Ogan Komering Ulu (OKU), Ogan Komering Ilir (OKI), Mura Enim, dan Musi Banyu Asin (Muba) walaupun belum optimal. Namun terjadi peningkatan AKI dari tahun 2003 ke tahun 2004 pada 3 kabupaten/kota yaitu kabupaten Lahat meningkat dari 470 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 478 per 100.000 kelahiran hidup, kabupaten Musi Ruwas (Mura) meningkat dari 443 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 477 per 100.000 kelahiran hidup dan Kota Palembang meningkat dari 304 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 317 per 100.000 kelahiran hidup. Terlihat bahwa terjadi peningkatan AKI paling besar adalah di kabupaten Mura. Keadaan tersebut memerlukan perhatian khusus, dan harus digali penyebab kenaikan AKI sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat sasaran.

2. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) Sumatera Selatan berdasar SDKI pada tahun 2003 adalah 30 per 1.000 kelahiran hidup dan berdasar survei UNFPA dan BPS tahun 2004 di 4 provinsi, AKB Sumatera Selatan sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup.

C. PELAYANAN KESEHATAN

1. Utilisasi Layanan Kesehatan Umum.

Presentase penduduk Sumatra Selatan yang akses (utilisasi) ke fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas pada tahun 2004 sebesar 29.81%, dan yang akses ke Rumah Sakit 3,9 % (Dinas Kesehatan Sumatera Selatan, 2004) seperti dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.3. Presentase Penduduk yang Memanfaatkan Puskesmas, dan Rumah Sakit di Sumatera Selatan Tahun 2004.

NO	KABUPATEN/ KOTA	AKSES PUSKESMAS (%)	KE
1	Ogan Komering Ulu	39,71	
2	OKU Timur	28,61	
3	OKU Selatan	27,62	
4	Ogan Komering Ilir	38,31	
5	Ogan Ilir	43,91	
6	Muara Enim	63,15	
7	Lahat	24,57	
8	Musi Rawas	29,12	
9	Musi Banyu Asin	20,97	
10	Banyuasin	31,67	
11	Palembang	7,43	
12	Prabumulih	64,61	
13	Pagar Alam	5,52	
14	Lubuk Linggau	27,84	
	Sumatera Selatan	29,81	

Sumber: Dinas Kesehatan SumSel, 2004

2. Kesehatan Ibu dan Anak.

Kombinasi keadaan sosial budaya dan ekonomi masyarakat mempengaruhi pola asuhan antenatal dan asuhan persalinan. Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Selatan (2005) yang berasal dari laporan Dinas Kesehatan kabupaten/kota menunjukkan bahwa asuhan antenatal Sumatera Selatan tahun 2005, yang tergambar dari kunjungan ibu hamil untuk K1 sebesar 91,56% dan K4 sebesar 85,51 % masih dibawah target nasional dan target Sumatera Selatan Sehat 2008 yaitu K1 95 % dan K4 90 %.

Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan berdasar data laporan kabupaten/kota yang dihimpun di Dinas Kesehatan provinsi Sumatera Selatan yaitu sebesar 79,25% pada tahun 2004 dan meningkat menjadi 81,57% pada tahun 2005. Bila dibandingkan dengan angka nasional, Sumatera Selatan di atas angka nasional tetapi masih dibawah target yaitu 90%. Namun demikian, ada 7 kabupaten/kota yang masih dibawah angka rata-rata provinsi yaitu OKU (75,55%), OKI (77,13%), Muara Enim (78,47%), Lahat (81,09%), Musi Banyu Asin (69,24%), Labuk Linggau (72,51%) dan OKU Selatan (71,92%). Secara nasional (UNFPA dan BPS, 2005), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di perkotaan lebih tinggi dibandingkan pedesaan, seperti di Sumatera Selatan tertinggi adalah kota Prabumulih yang telah mencapai 93,63%.

3. Keluarga Berencana (KB).

Data SUSENAS 2004 menunjukkan bahwa persentase perempuan usia subur yang sedang memakai alat kontrasepsi di Sumatera Selatan pada tahun 2003 sebesar 57,84% dan tahun 2004 menjadi 58,94%. Pada tahun 2003 yang paling tinggi adalah Pagar Alam 72,8% dan yang paling rendah Musi Banyu Asin 53,34%.

5.5. EKONOMI

Angka pengangguran terbuka di Sumatera Selatan pada tahun 2003 sebesar 9,65 persen (Tabel 4.10). Bila dibandingkan dengan keadaan tahun 2002 angka pengangguran pada tahun 2003 lebih rendah. Dengan angka sebesar itu, secara absolut jumlah penganggur masih cukup besar yaitu mencapai 303 ribu orang. Dampak dari krisis ekonomi yang melanda bangsa Indonesia sejak pertengahan tahun 1997 juga berdampak pada peningkatan angka pengangguran.

Bidang ekonomi merupakan penggerak utama pembangunan seiring dengan pengembangan kualitas SDM. Oleh karena itu, pembangunan di bidang pendidikan yang merupakan bagian dari upaya peningkatan DM memegang peranan yang sangat penting. Melalui pendidikan diharapkan dapat terbentuk manusia yang berkualitas sebagaimana yang dicita-citakan, yaitu manusia yang memiliki kemampuan memanfaatkan, mengembangkan, dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperlukan untuk mendukung pembangunan ekonomi, sosial budaya dan berbagai bidang lainnya secara serasi dan seimbang (harmonis).

Mata pencaharian penduduk adalah di sektor pertanian, perburuan, dan perikanan sebanyak 2.067.550 orang (29 persen); di sektor pertambangan dan penggalian sebanyak 16.888 orang (0,2 persen); di sektor industri pengolahan sebanyak 132.392 orang (1,9 persen), di sektor listrik, gas dan air sebanyak 4.278 orang (0,06 persen); di sektor bangunan sebanyak 104.536 orang (1,5 persen), di sektor perdagangan 417.932 orang (6 persen); di sektor perhubungan 104.439 orang (1,5 persen); di sektor keuangan 25.041 orang (0,35 persen) dan di sektor jasa lainnya 229.469 orang (3,2 persen)

5.6. SOSIAL BUDAYA DAN AGAMA

Adat istiadat yang sampai sekarang hidup di kalangan masyarakat dapat digambarkan sebagai berikut:

4

1. Memegang teguh pada ajaran leluhur (nenek moyang)
2. Cenderung lambat dalam menerima modernisasi

Tabel 5.4. Keadaan Sosial Budaya dan Agama Tahun 2003/2004

No.	Variabel	Jumlah	No.	Variabel	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1.	Penduduk	8.493.029	2.	Tempat ibadah	
	a. Islam	6.296.417		a. Mesjid/musholla	5.527
	b. Protestan	49.427		b. Gereja Kristen	117
	c. Katolik	50.713		c. Gereja Katolik	51
	d. Hindu	34.482		d. Pura	144
	e. Budha	61.990		e. Vihara	66
3.	Puskesmas induk	235	4.	Puskesmas pembantu	892
5.	Rumah sakit	29	5.	Balai Pengobatan	3

Gambaran keadaan keagamaan dapat diuraikan bahwa jumlah penduduk beragama Islam sebanyak 6.296.417 orang (96,97 persen), Protestan sebanyak 49.427 orang (0,76 persen), Katolik 50.713 orang (0,78 persen), Hindu sebanyak 34.482 orang (0,53 persen), dan Budha sebanyak 61.990 orang (0,95 persen). Untuk mengamalkan ibadahnya, pemeluk agama tersebut didukung oleh 5.527 mesjid dan mushalla, 168 gereja, 144 pura, dan 66 vihara.

BAB VI HAIL DAN PEMBAHASAN

6.1. Kasus Kematian Ibu

Definisi Kematian ibu, berdasarkan revisi ke 10 klasifikasi internasional untuk penyakit (International Classification of Diseases/ICD-10), adalah kematian seorang perempuan pada saat hamil atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperimbangan lama dan letak kehamilan, dari semua penyebab yang berhubungan atau diperberat oleh kehamilan dan penatalaksanaannya tetapi bukan karena penyebab kecelakaan atau insiden.

Kematian Ibu dibagi dalam dua kelompok yaitu:

1. Kematian Obstetrik langsung, yaitu kematian yang disebabkan oleh komplikasi obstetrik pada periode kehamilan (hamil, bersalin, dan nifas), oleh intervensi, kelalaian, kesalahan perawatan atau dari rangkaian sebab tersebut.
2. Kematian obstetrik tidak langsung, yaitu kematian yang disebabkan oleh suatu penyakit yang sudah diderita sebelumnya atau penyakit yang berkembang selama kehamilan dan bukan merupakan komplikasi obstetrik langsung, tetapi diperburuk oleh efek fisiologis kehamilan.

Sesuai dengan definisi tersebut, Pengukuran Angka Kematian Ibu (AKI) sangat mahal dan mungkin tidak mencukupi untuk digunakan dalam pengukuran efektifitas intervensi program kesehatan ibu (Adisasmita, A. 2004).

Hasil penelitian ini hanya menggambarkan kasus kematian ibu di 3 wilayah dengan kondisi yang berbeda-beda yaitu kondisi di wilayah perairan yang dapat dilihat di kabupaten Banyu Asin, kondisi di wilayah pedesaan yang dapat dilihat di kabupaten Ogan komering Ilir, dan kondisi di wilayah perkotaan yang dapat dilihat di kota Palembang.

A. Kabupaten Banyu Asin

Hasil wawancara menggunakan formulir F1 dari IMMPACT (lampiran 1) bertujuan merekap kematian wanita usia subur (WUS) 3 tahun terakhir (2004-2006) di desa Karang Anyar yang berada di wilayah puskesmas yang pernah melaporkan adanya kematian ibu tahun 2005 didapatkan jumlah kematian WUS 13 orang dan kematian ibu berjumlah 3 orang yang terjadi pada tahun 2005, sedangkan di desa Margomulyo yang berada di wilayah puskesmas yang tidak pernah melaporkan adanya kematian ibu tahun 2005 ternyata didapatkan kematian WUS berjumlah 4 orang dan kematian ibu berjumlah 1 orang yang terjadi pada tahun 2004.

Pada desa lokasi penelitian terbukti bahwa desa yang tidak pernah melapor adanya kematian ibu pada tahun 2005 ternyata memang tidak didapatkan informasi adanya kematian ibu. Namun demikian bukan berarti dapat menjamin bahwa pelaporan kematian ibu sudah bagus di wilayah ini, karena keterbatasan penelitian kualitatif. Bisa saja hal tersebut hanya karena faktor kebetulan. Seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan di tingkat kabupaten sebagai berikut:

* Pencatatan angka kematian ibu berjalan dengan kurang baik, karena tidak semua kematian dilaporkan oleh bidan desa karena tidak semua desa memiliki tenaga kesehatan dan tidak ada laporan untuk kematian di dinas kesehatan". (BA.1)

Wawancara mendalam dilakukan terhadap salah seorang keluarga dari almarhumah yang baru melahirkan anak pertama di desa Karang Anyar dan salah seorang keluarga dari almarhumah yang melahirkan anak ke 5 dimana pernah mengalami keguguran 1 kali di desa Margomulyo. Kedua almarhumah meninggal saat melahirkan ditolong tenaga kesehatan, yaitu 1 orang meninggal saat ditolong bidan dan 1 orang meninggal saat ditolong perawat. Seluruh kasus kematian ibu tersebut terjadi di rumah bu hamil. Salah seorang almarhumah yang baru melahirkan anak pertama ditolong perawat, meninggal bersama dengan bayinya.

Keluarga almarhumah tidak dapat membedakan antara bidan dan perawat, sehingga mereka menyangka perawat yang menolong persalinan almarhumah adalah bidan. Kenyataan bahwa penolong persalinan tersebut adalah perawat didapatkan dari hasil investigasi peneliti dengan melakukan wawancara terhadap penolong persalinan.

Amat disayangkan, perawat tersebut tidak mengirim ibu hamil tersebut untuk melahirkan ke bidan, padahal di desa tersebut ada bidan desa. Melihat kondisi ini, maka dirasa perlu untuk dibuat aturan yang jelas tentang siapa yang berwenang menolong persalinan disertai sanksi yang jelas dari pemerintah melalui Dinas Kesehatan dan Forum organisasi profesi kesehatan. Dengan demikian, harus segera dibentuk Forum organisasi profesi kesehatan yang dapat membantu pemerintah dalam menyelesaikan permasalahan tentang kode etik profesi.

Hal tersebut sesuai dengan ketentuan pemerintah dalam pesan kunci MPS (Making Pregnancy Safer), yaitu:

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat
3. Setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kematian ibu tersebut diperkirakan disebabkan karena pendarahan, seperti anggapan informan berikut:

"Anaknya duluan meninggal, saat lahir tidak nangis lagi....3 jam baru umaknya meninggal. ...Dio mengalami pendarahan...melahirkannya ke ibu bidan (yang sebenarnya adalah perawat) dibantu dengan perawat. Dengan bidan....katek dirujuk....memang biasanya di rumah atau memanggil". (BA.1.1)

* Ibunya yang meninggal, jadi..ari-arinya masuk lagi. Mau diambil katanya lengket ari-arinya. Jadi ari-ari diambil oleh bidan, gak keluar-keluar. bu banyak mengeluarkan darah, terus kehabisan darah.

Ya....Saat diambil ari-arinya itu, gak bisa terus dia keburu meninggal.....belum dirujuk, sudah meninggal.Jadi keluar banyak darah". (BA.1.5)

Uniknya, salah seorang almarhumah ditolong oleh bidan dan dukun. Bidan yang menolong persalinannya sedangkan dukun merawat bayi yang dilahirkan, seperti ungkapan informan berikut:

"Ibu bidan sama dukun. Pertama kali yang dipanggil bidan. Pertama bidan yang datang.....terus, kan melahirkan, dak lahir-lahir, terus dukun datang, habis itu pas ari-arilya itu belum keluar. Ana bayi itu keluar sama bidan, bidan yang menokong persalinan, dukun yang merawat bayinya" (BA.1.5)

Hal tersebut menunjukkan bahwa kemitraan bidan dan dukun sudah berjalan dengan baik di wilayah ini. Namun demikian, kegiatan otopsi verbal yang seharusnya dilakukan bila terdapat laporan kematian ibu belum dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Menurut keluarga almarhumah, setelah kematian almarhumah, tidak ada petugas Puskesmas yang mendatangi mereka untuk menanyakan kematian almarhumah, seperti ungkapan informan berikut:

..Setahu ku dak katek wong puskesmas". (BA.1.1)

"Gak ada...sampai sekarang nggak ada..". (BA.1.5)

B. Kabupaten Ogan Komering Ilir

Hasil wawancara menggunakan formulir untuk merekap kematian wanita usia subur (WUS) 3 tahun terakhir (2004 - 2006) di desa Terate yang berada di wilayah puskesmas yang pernah melaporkan adanya kematian ibu tahun 2005 didapatkan jumlah kematian WUS 5 orang dan kematian ibu berjumlah 1 orang yang terjadi pada tahun 2004, sedangkan di desa Sugihwaras yang berada di wilayah puskesmas yang tidak pernah melaporkan adanya kematian ibu tahun 2005 ternyata tidak didapatkan informasi tentang kematian WUS.

Pada desa lokasi penelitian terbukti bahwa desa yang tidak pernah melapor adanya kematian ibu pada tahun 2005 ternyata memang tidak didapatkan informasi adanya kematian ibu. Namun demikian bukan berarti dapat menjamin bahwa pelaporan kematian ibu sudah bagus di wilayah ini, karena keterbatasan penelitian kualitatif. Bisa saja hal tersebut hanya karena faktor kebetulan. Seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan di tingkat kabupaten sebagai berikut.:

"Pencatatan Angka Kematian Ibu berjalan dengan kurang baik, karena belum tersedia format yang berkaitan dengan bidang kesehatan khususnya tentang angka kematian ibu". (OK1.3)

Wawancara mendalam dilakukan terhadap salah seorang keluarga dari almarhumah yang melahirkan anak ke 10 dimana anaknya hidup 5 orang, mati 4 orang dan keguguran 1 kali di desa Terate. Almarhumah meninggal saat melahirkan ditolong bidan di rumah almarhumah, dengan kondisi sesak nafas, seperti ungkapan informan berikut:

"Yah... waktu melahirkan itu. Memang waktu datang, memang lah ado sesak tapi lum demam, waktu dio lah dekat lengkap pembukaannya lah.."(OK1.1.4)

Di wilayah ini pun, kegiatan otopsi verbal juga belum berjalan dengan baik. Menurut keluarga almarhumah, setelah kematian almarhumah, tidak tahu apakah ada petugas Puskesmas yang mendatangi mereka untuk menanyakan kematian almarhumah, seperti ungkapan informan berikut:

" Ahh, nyuwab itu dak tau kadang..." (OKI.1.4)

C. Kota Palembang

Hasil wawancara menggunakan formulir untuk merekap kematian wanita usia subur (WUS) 3 tahun terakhir (2004-2006) di kelurahan Pakjo yang berada di wilayah puskesmas yang pernah melaporkan adanya kematian ibu tahun 2005 didapatkan jumlah kematian WUS 9 orang dan kematian ibu berjumlah 2 orang yang terjadi pada tahun 2004 dan tahun 2006, sedangkan di kelurahan Plaju Darat yang berada di wilayah puskesmas yang tidak pernah melaporkan adanya kematian bu tahun 2005 ternyata didapatkan kematian WUS berjumlah 4 orang dan kematian ibu berjumlah 3 orang yang terjadi pada tahun 2004 dan 2005.

Pada kelurahan lokasi penelitian terbukti bahwa kelurahan yang tidak pernah melapor adanya kematian ibu pada tahun 2005 ternyata didapatkan informasi adanya kematian ibu pada tahun 2005. Hal tersebut senada dengan pernyataan salah seorang informan di tingkat kabupaten sebagai berikut:

" Pencatatan angka kematian ibu berjalan dengan kurang baik, karena tidak semua kematian terkaver, karena sifatnya hanya menunggu dari puskesmas dan bidan. Sedangkan penolong persalinan tidak semua melapor. Tiak semua kematian dilaporkan dan penolong persalinan takut melapor". (PIb.2)

Simpung siurnya pencatatan dan pelaporan kematian ibu juga dirasakan oleh salah seorang informan di tingkat kabupaten berikut:

" Selama kami bertugas dikami meminta data atau catatan kematian ibu ke Dinas Kesehatan, ke catatan Sipil..." (PIb.4)

Wawancara mendalam dilakukan terhadap salah seorang keluarga dari almarhumah yang melahirkan anak ke 3 dimana anaknya hidup semua di kelurahan Paki dan salah seorang keluarga dari almarhumah yang melahirkan anak pertama dan belum pernah keguguran di kelurahan Plaju darat. Kedua almarhumah meninggal saat melahirkan. Salah seorang almarhumah meninggal setelah dirujuk oleh bidan ke rumah sakit setelah melahirkan dan almarhumah lainnya meninggal di rumah sakit sat 23 hari setelah operasi caesar di rumah bersalin , seperti ungkapan informan berikut:

"Dio itu kan dibawa ke rumah sakit, tempat kebidanan, bidannya bu lantas bu bidan ...in langsung di bawa ke rumah sakit umum. Bidangak sanggup langsung di bawa ke rumah sakit umum. Ya...mungkin mau dioperasi itu kalau menurut informasi, tapi saya juga gak tahu. Di rumah sakit ya...1 hari. Tahu-tahu dah meninggal, pulang ke rumah sudah bawa jenazah. Meninggal.....setelah dia melahirkan anak ke tiga", (PIb.1.3)

" Setelah melahirkan ibu meninggal. Masuk kelahiran dengan operasi caesar. Pertama melahirkan di rumah bersalin.dengan bidan. Setelah dioperasi di rumah bersalin....selesai, sudah 4 hari pulang tapi nggak kempet perutnya. Setelah 23 hari melahirkan, itu kambuh penyakit dia. Penyakit komplikasi. Terus meninggal ". (Pfb.I.2)

Kegiatan otopsi verbal juga belum berjalan di wilayah ini. Menurut keluarga almarhumah, setelah kematian almarhumah, tidak ada petugas Puskemas yang mendatangi mereka untuk menanyakan kematian almarhumah, seperti ungkapan informan berikut:

" Kalau seingat saya tidak ada". (Pfb.I.2)

" Gak ada pada waktu itu, gak ada. Yang ada itu yang mengantarkan jenazah anak saya itu adalah bu bidan suami istri bawa mobil. Cuma sekedar begitu, gak ada tanya-tanya, ". (Pfb.I.3)

6.2. Perilaku Pencarian Pertolongan Persalinan.

A. Kabupaten Banyu Asin

Seluruh almarhumah yang keluarganya menjadi informan penelitian ini menyatakan bahwa almarhumah mencari pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan. Seluruh almarhumah memilih persalinannya ditolong oleh bidan di rumah almarhumah, namun dengan alasan memilih penolong persalinan dan tempat bersalin berbeda-beda di antara keluarga almarhumah. Ada yang memilih tempat bersalin di rumahnya sendiri karena kebiasaan, tetapi ada yang memilih melahirkan di rumahnya sendiri karena dianggap persalinan anak ke tiga akan berjalan lebih mudah dan ditambah kondisi waktu terasa akan melahirkan terjadi di malam hari serta diperberat dengan kenyataan bahwa suaminya tidak ada disampingnya, seperti ungkapan informan berikut:

" Dengan bidan...katek dirujuk...memang biasanyo di rumah atau memanggil. Orang melahirkan di rumah itulah senangny.....". (BA.I.1)

" Ibu bidan sama dukun. Dirumah. sudah anak ke tiga kiranyo mudah. sudah dol. Waktu malam, suaminya aja masih merantau ". (BA.I.5)

Pernyataan informan BA.15. menggambarkan bahwa almarhumah tidak mendapat perhatian yang seharusnya dari suaminya sehingga pada saat almarhumah harus berjuang mempertahankan nyawa saat melahirkan, tetapi suaminya tidak berada di sampingnya. Ungkapan informan tersebut juga menggambarkan kurangnya pemahaman tentang faktor resiko kematian ibu. Melahirkan anak ke 3 justru dianggap lebih mudah atau ada pemahaman bahwa semakin banyak jumlah anak yang dilahirkan akan semakin mudah melahirkan dan semakin kecil risikonya. Padahal seharusnya sebaliknya.

Berdasarkan beberapa penelitian, kehamilan anak diatas ke 2, kurang dikehendaki oleh keluarganya. Meskipun tidak digugurkan, terkadang suami atau ibu mencoba mengintervensi kehamilan itu dengan obat-obat atau jamu (Pambody, 2006). Pada kasus diatas, tergambar dari perilaku suami istri

tersebut yang memperlakukan kelahiran anak ke 3 nya sebagai suatu kejadian yang biasa saja, tidak istimewa seperti layaknya suami istri yang sangat menunggu dan mengharpkan kelahiran anaknya.

B. kabupaten Ogan Komering Ilir

Perilaku pencarian pertolongan persalinan masyarakat sudah bagus yaitu ke tenaga kesehatan. Keluarga almarhumah menyatakan bahwa memilih bersalin di polindes dengan bidan karena alasan jarak yang dianggap dekat dan juga kenal dengan bidan tersebut, seperti ungkapan informan berikut:

" Oh...di tempat bidan....inilah. Namonyo Polindes. Yoh....yang kareno dekat it barangkali. Yaohh...yaoh....dekat barangkali, ngambek dekatnyo. Yo...lah kenal dio barangkali mako dio situ". (OKI.1.4)

Walaupun informan menyatakan jaraknya dekat, namun transportasi cukup sulit karena harus menggunakan perahu. Faktor terlambat sampai di fasilitas kesehatan kemungkinan mempunyai peranan terhadap kejadian kematian ibu tersebut.

Saat almarhumah akan melahirkan, diantar oleh suaminya ke polindes tersebut, dengan menggunakan kendaraan perahu, seperti ungkapan informan berikut:

"Yang nganter suaminya itu lah.... pakai perahu cengkih, di Sabang itu dio tidak". (OKI.1.4)

C. Kota Palembang

Perilaku pencarian pertolongan persalinan masyarakat sudah bagus yaitu ke tenaga kesehatan. Mereka memilih tenaga kesehatan yang dianggap mempunyai mutu bagus. Keluarga almarhumah menyatakan bahwa mereka memilih bersalin di rumah bersalin dengan bidan karena dianggap kualitasnya terjamin dan dapat menanggulangi kejadian luar biasa, seperti ungkapan informan berikut:

"Melahirkan di rumah bersalin ...dengan bidan. Karena di situ menurut saya terjamin, mungkin karena keinginan kami berdua untuk melahirkan di situ. Iya...kalau ada keluhan apa-apa kan saya bisa lapor ke dia, kalau lagi gawat, kan bisa langsung dibawa. Itu kan dia bisa menanggulangi". (Pib.1.2)

Almarhumah menuju rumah bersalin diantar ole seluruh keluarga inti menggunakan kendaraan mobil, seperti ungkapan informan berikut:

"Diantar sekeluarga, pakai mobil bu...jalannya bagus, perjalanan dengan mobil setengah jam". (Pib.1.2)

Hal tersebut menggambarkan bahwa almarhumah mendapat perhatian penuh dari seluruh anggota keluarga. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan kelahiran anak pertama, yang sangat diharapkan dan ditunggu oleh seluruh anggota keluarga.

6.3. Sistem Informasi Kematian Ibu di Sumatera Selatan

Pada saat ini belum ada sistem informasi kematian yang khusus dirancang untuk menginformasikan kematian ibu. Pemerintah masih mengandalkan laporan dari sektor kesehatan yaitu mulai dari tingkat desa yang dilaporkan oleh bidan desa sampai tingkat provinsi di Dinas Kesehatan serta laporan dari Rumah Sakit atau Rumah Bersalin yang masuk ke Dinas Kesehatan.

Kematian Ibu diperlakukan sama dengan kematian pada umumnya oleh masyarakat dan instansi pemerintah non-kesehatan, sehingga untuk memotret sistem informasi kematian ibu di masyarakat dapat dilakukan dengan cara memotret sistem informasi kematian pada umumnya.

Untuk mengetahui sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di wilayah penelitian yaitu kabupaten Banyu Asin, kabupaten Ogan Komering Ilir, dan kota Palembang, dilakukan penggalan informasi terhadap:

- 1) keluarga almarhumah,
- 2) tokoh masyarakat yaitu ketua RT, Kepala Dusun, Kader Kesehatan, Bilal/Ketip,
- 3) institusi kesehatan dan penolong persalinan yang ada di wilayah tersebut yaitu bidan, bidan desa, dukun dan
- 4) aparat pemerintah institusi non kesehatan yaitu kepala desa, sekretaris desa, dan kepala urusan kesra.

A. Kabupaten Banyu Asin.

Menurut keluarga almarhumah, saat terjadi kematian almarhumah maka yang dilakukan oleh keluarga pertama kali adalah menginformasikan ke tetangga dan RT, dan ada yang lapor ke ketib atau bilal, seperti ungkapan informan berikut:

"lapor tempat masyarakat, tetangga-tetangga, ngasih tahu tetangga, terus ke RT, RT lapor ke kadas" (BA.I.5)

"...oh lapornya ke ketib". (BA.I.1)

Alasan melapokan ke RT karena RT dianggap wakil masyarakat yang dapat menyebarkan ke masyarakat. Sedangkan alasan melapor ke ketib/bilal karena ketib atau bilal yang punya gong untuk mengumumkan adanya orang meninggal, seperti ungkapan informan berikut:

"lapor tempat masyarakat, tetangga-tetangga, ngasih tahu tetangga, terus ke RT, RT lapor ke kadas...supaya tahu, kan masyarakat sini". (BA.I.5)

"Tu, cak ini bu, kalau di sini, kalau ado wong meninggal, ketib itu punya gong. Kalau ado yang meninggal dibunyikan gong, kalau yang dewasa baik perempuan atau laki-laki 10 gong dan kalau anak-anak 5 yee...itu tandanya ado wong meninggal". (BA.I.1)

Menurut tokoh masyarakat, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia -masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut ke berbagai tempat yaitu:

1. Perkumpulan Kekompok dan Musibah (PKM),
2. RT,
3. mesjid, dan
4. mudin.

dengan alasan yang berbeda-beda seperti ungkapan informan berikut:

"Dio laporkan ke ketua musibah PKM....kemudian ketuanya itu memukul tanda ada kematian, memukul make bedug, bahwa ada di kampung ini ada kematian. Kemudian keluarga di situ datang memberikan bantuan yang sudah dimafakatkan seperti itu..." (BA.II.2)

"Kelompok kematian, PKM lah...dari kelompok kematian, cukup dikelompokkan bue lah, tidak dilaporkan kemana-mana, belum ada laporan kemana-mana, cuman cukup dikelompokkan boe..." (BA. 11.3)

"Kita pakai kentongan ketua musibah membawa kentongan atau melapor ke RT, RW, ke masyarakat". (BA. III.2)

"Ya, pak RT, pak RW, pak kadus. Baru mengumumkan, pengumuman lewat speaker atau kentongan". (BA.III. 1)

"RT.. pakai kentongan bu langsung ke masyarakat. Masyarakatnya sendiri lapor ke RT atau ke kepala musibah, ketua musibah yang menangani sebagai tempat persatuan kami di sini". (BA.111.2)

"Mudin...pertama ke RT. Kepala desa, ngasih informasi ke mudin. Ke RT dulu, trus ke pak mudin. Nggak tentulah, kadang-kadang ke mudin, kadang-kadang ke pak RT, mana yang cepatnya....". (BA. II.4)

Menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, bila ada anggota keluarga yang meninggal masyarakat menginformasikan kepada beberapa pihak sesuai dengan kebiasaan setempat, yaitu ke:

1. Pejabat Pembantu Pencatat Nikah (P3N)
2. RT, dan
3. ketib

seperti ungkapan informan berikut:

"Kapan orang meninggal lapor RT dulu...Ke...kades, P3N..." (BA.IV.1)

"Ketib..., ke tempat P3N, dari situ manggil untuk mandike...sudah sehari atau 2 hari yo ke desa, baru melapor ke kantor desa". (BA.IV.2)

Bila ada kasus kematian ibu di desa, menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, biasanya melaporkan ke:

1. RT
2. Kades

seperti ungkapan informan berikut:

"Kapan ibu meninggal, ya lapor RT dulu". (BA.IV.1)

"Biasanya ke kades, kades tahu, Teras kita melapor tiap ulan ke puskesmas". (BA.IV.2)

Informasi kematian ibu pada umumnya mereka terima dari RT, perangkat desa, atau bilal, seperti ungkapan informan berikut:

"Dari desa bu, dari RT, dari perangkat desa, dari bilal tadi. Kalau yang terdekat dengan kita, melapor bu, kalau yang jauh, mungkin melapor di desa, kalau yang dekat pasti melapor." (BA.IV.2)

Informasi kematian ibu yang diterima oleh tenaga kesehatan akan dilanjutkan dengan otopsi verbal, seperti ungkapan informan berikut:

"Iya, mencatat kalau kematian maternal, kita verbal. Kita cari informasinya, apa penyebab kematian, apo melahirkan, kan kalau maternal, siapa yang menolong, kan kita verbal. Kita laporkan". (BA.IV.2)

Namun pernyataan tersebut bertentangan dengan keterangan keluarga almarhumah yang menyatakan bahwa setelah kematian almarhumah tidak pernah ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali penyebab kematian. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan keluarga almarhumah lupa bila ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali informasi penyebab kematian, karena kejadiannya sudah cukup lama yaitu 1 - 2 tahun yang lalu.

Kemungkinan lainnya kemungkinan petugas kesehatan lupa bahwa mereka tidak pernah datang ke rumah almarhumah. Seharusnya, kurang dari 7 hari setelah menerima laporan kematian ibu, harus segera dilakukan otopsi verbal.

Apabila pelanggan mereka yang meninggal, maka mereka akan melaporkan ke puskesmas, seperti ungkapan informan berikut:

"Iya, dari puskesmas ke kecamatan. Camat mau minta juga itu bu, pelaporan kematian, kelahiran, kan kita lapor ke kabupaten, kita lapor juga"(BA.IV.2)

Menurut aparat desa, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia, pertama kali masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut ke:

1. RT
2. kepala dusun

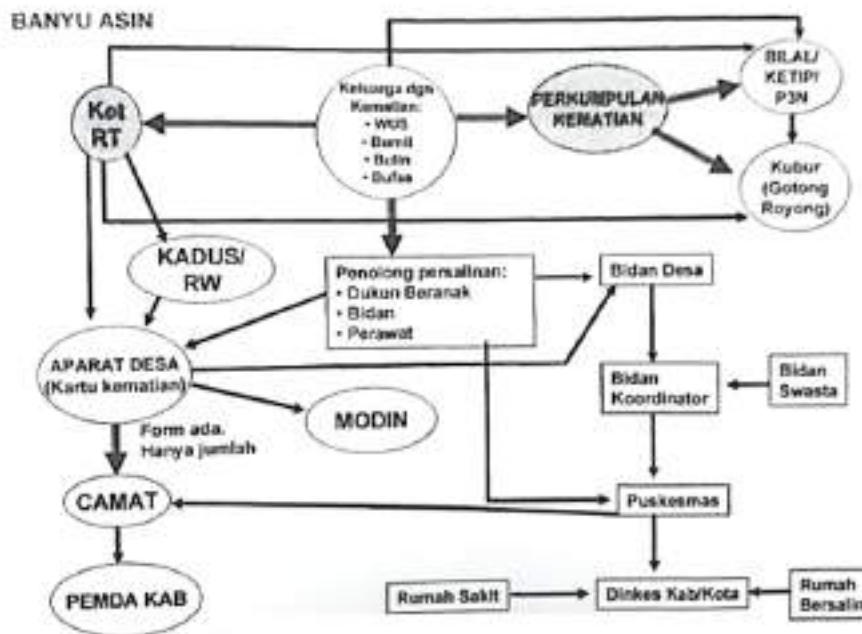
seperti ungkapan informan berikut.

"..RT.....Kadus, ketua perkumpulan kematian". (BA.V.1)

"pertama ke pak RT, ke dua ke modin terus ke kepala desa". (BA. V.2)

"Sama kepala dusun, informasi kepala dusun dengan disirkon secara langsung di musbota atau masjid membawa pengeras suara". (BA. V.3)

Dengan demikian, dapat digambarkan bahwa sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di kabupaten Banyu Asin seperti yang terlihat pada bagan 6.1. berikut:



Bagan 6.1.
Sistem Informasi Kematian Ibu Saat In di Kabupaten Banyu Asin.

B. Kabupaten Ogan Komering Ilir (OKI)

Menurut keluarga almarhumah, saat terjadi kematian almarhumah maka yang dilakukan oleh keluarga pertama kali adalah melapor ke P2 yaitu perkumpulan kematian yang kebetulan ketuanya adalah Pembantu Penghulu (P2), seperti ungkapan informan berikut:

"ke P2. P2 itu perkumpulan kematian". (OKI.I.4)

Menurut tokoh masyarakat, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut ke beberapa tempat sesuai kebiasaan yaitu:

1. ketib/bilal yang akan mengurus kematian tersebut,
2. Pembantu Penghulu sebagai ketua Persatuan Amal Kematian
3. kadus (RT)
4. masjid,

seperti ungkapan informan berikut:

"Pak Ketib. Yang selamo ini ada masyarakat..... ya ke ketib, untukbiar ketib mengetahui, kan datang ke rumah untuk mengurus kematian...".(OKI.II.6)

."Ke anu....pak P2, persatuan amal kematian". (OKI.II.7)

"lapor ke ketib, klo kami disini ke ketib biasanya. Ya untuk ngurus kematian itu ke kadus boleh juga...yaaa ke perangkat desalah". (OKI.II.8)

"Pertama dari pak P2 sendiri, dari pak P2 langsung ke kecamatan".(OKI.II.5)

"Ke p2, mesjid, kepala desa....ke masyarakat seluruhnya bu...". (OKI.III.6)

"Kadang-kadang main anu..di ..di.mikropon di. mesjid bahwa disiarkan ada itu kematian si anu....si anu. Tapi laporan tertulis nggak ada". (OKI.III.4)

"Lisan masyarakat langsung, dari mulut ke mulut itukan dari masjid". (OKI.III.6)

Menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, bila ada anggota keluarga yang meninggal masyarakat menginformasikan kepada beberapa pihak sesuai dengan kebiasaan setempat, yaitu ke:

1. Ketib
2. Kades

Seperti ungkapan informan berikut.

"Oh, ke ketib..". (OKI.IV.5)

"Biasanya lapor ke pak kades, setelah ke pak kades, ketempat kematian, P3N". (OKI.IV.6)

Bila ada kasus kematian ibu di desa, menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, biasanya dilaporkan ke bidan desa untuk dilaporkan ke puskesmas, seperti ungkapan informan berikut:

"Bidan desa, Ah... dari bidan desa ke Puskesmas, Puskesmas terus dari puskesmas ke dinas". (OKI.IV.5)

"Ke bidan desa. Dari bidan desa melapor ke puskesmas. Terus ke tingkat I, tingkat II, kabupaten, ke kecamatan dulu". (OKI. IV.6)

Informasi kematian ibu pada umumnya mereka terima dari masyarakat, kader, atau perangkat desa, seperti ungkapan informan berikut:

"Informasi dari omongan ke omongan inilah..." (OKI.IV.5)

"Dari masyarakat bisa, dari pak kades bisa, tertulis... dari kader atau kades langsung dibuat tulisannya". (OKI.IV.6)

Informasi kematian ibu yang diterima oleh tenaga kesehatan akan dilanjutkan dengan otopsi verbal, seperti ungkapan informan berikut:

"nanya sebab kematiannya apa..?" (OKI.IV.5)

"Kalo misalnya ado kematian di Rumah Sakit...dapat berita di desa ada kematian nak kalo mau tahu sebab kematian, langsung ke Rumah Sakit untuk pinjam statusnya". (OKI.IV.6)

Namun pernyataan tersebut bertentangan dengan keterangan keluarga almarhumah yang menyatakan bahwa setelah kematian almarhumah tidak pernah ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali penyebab kematian. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan keluarga almarhumah lupa bila ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali informasi penyebab kematian, karena kejadiannya sudah cukup lama yaitu 1 - 2 tahun yang lalu.

Kemungkinan lainnya kemungkinan petugas kesehatan lupa bahwa mereka tidak pernah datang ke rumah almarhumah. Seharusnya, kurang dari 7 hari setelah menerima laporan kematian ibu, harus segera dilakukan otopsi verbal.

Apabila pelanggan mereka yang meninggal, maka mereka akan melaporkan ke puskesmas, seperti ungkapan informan berikut:

"Ke puskesmas...." (OKI.IV.5)

"ke puskesmas, ke bidan koordinator puskesmas". (OKI.IV.6)

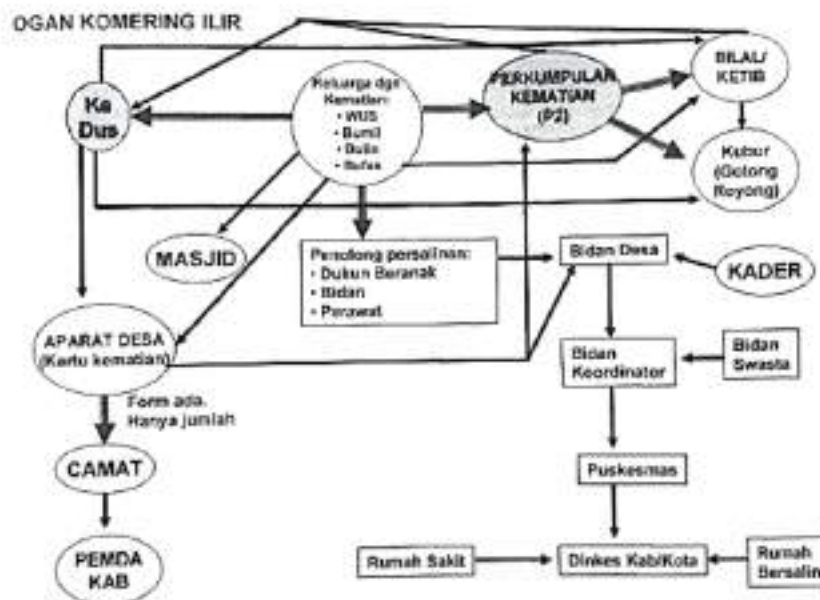
Menurut aparat desa, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia, pertama kali masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut ke kades atau ke P2, seperti ungkapan informan berikut.

"ke kades ataupun ke sekdes...ke ini P2". (OKI.V.6)

Namun demikian, ada aparat desa yang menyatakan biasanya masyarakat tidak melapor tetapi aparat desa yang proaktif mencari tahu, seperti ungkapan informan berikut:

"Tidak melapor. Sebagai kepala desa tau masyarakat yang meninggal itu di kampung mana-mana. Jadi kita ada biodata yang meninggal ada laporan bulanan di kecamatan". (OKI.V.7)

Dengan demikian, dapat digambarkan bahwa sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di kabupaten Banyu Asin seperti yang terlihat pada bagan 6.2. berikut:



Bagan 6.2.
Sistem Informasi Kematian Ibu Saat Ini di Kabupaten OKI

C. Kota Palembang

Menurut keluarga almarhumah, saat terjadi kematian almarhumah maka yang dilakukan oleh keluarga pertama kali adalah melapor ke tetangga, masjid, dan RT, serta ada juga yang melapor ke ketua pengurus kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Kalau adat disini, ya kita kasih tahu pertama keluarga duka, lalu ke tetangga yang dekat-deket, lalu diumumkan ke mesjid dan nanti kan akan menyebar luas....iya, juga lapor ke RT". (P1b.I.2)

"Saya lapor ke RT, langsung lapor ke RT, langsung ke ketua pengurus kematian. Pada waktu itu saya menjadi anggota amal kematian. Langsung saya juga dapat bantuan untuk dimakamkan langsung ada bantuan mobil ambulance pada waktu itu." (P1b.I.3)

Menurut tokoh masyarakat, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut pertama kali ke RT yang nantinya akan meneruskan ke kelurahan, tetapi kadang-kadang juga langsung ke mesjid agar dapat diumumkan di mesjid, seperti ungkapan informan berikut:

"Pertama ke RT, kelurahan, sudah kelurahan, itu yang terdekat bu ya...Kalau gitu, saudara juga tahu, dari saudara terdekat lalu saudara terjauh. Ke mesjid, kadang-kadang juga diumumkan di mesjid". (P1b.II.5)

Menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, bila ada anggota keluarga yang meninggal masyarakat menginformasikan kepada RT, seperti ungkapan informan berikut:

"ke RT...biasanya dari RT in ke bilal, biasanya ini kemudian ke kelurahan". (P1b.IV.3)

"ke RT. Dari RT biasanya langsung disiarkan di mesjid". (P1b.IV.4)

Bila ada kasus kematian ibu di desa, menurut petugas kesehatan, penolong persalinan, dan dukun, biasanya dilaporkan ke:

1. puskesmas
2. RT.

namun ada yang hanya melaporkan secara lisan tanpa ada pencatatan, seperti ungkapan informan berikut:

"ke puskesmas induk. Kalau yang kasus seperti ini langsung.... Tapi kalau ada kejadian seperti itu, puskesmas langsung ditanya sudah tahu, langsung saat itulah dilaporkan. Tapi, orang puskesmasnya tetap mengaudit". (P1b.IV.4)

"Belum pernah melapor. ...Itukan laporan bulanan ado ke puskesmas. Waktu kita bikin laporan kita ngjuk tahu, bikin laporan di RT kami, ado yang meninggal ini, itu aja...gak ada pencatatan". (P1b.IV.3)

Informasi kematian ibu pada umumnya mereka terima dari sesama bidan atau dari masyarakat, seperti ungkapan informan berikut:

"..Sama-sama bidan saling kasih tahu. Dari masyarakat. Kita biasanya tahu dari masyarakat, dari keluarganya itu". (P1b.IV.4)

Informasi kematian ibu yang diterima oleh tenaga kesehatan sebagian dilanjutkan dengan otopsi verbal dan sebagian tidak dilanjutkan dengan otopsi verbal, seperti ungkapan informan berikut:

"Biasanya Cuma melayat aja..." (P1b.IV.3)

"...Biasanya kita datang ke tempat pasiennya dulu, keluarga yang meninggal. Lalu kita tanya-tanya apa penyebabnya.proses kelahirannya, kehamilan yang beberapa... Itu kan nanti masuk di laporan kita, lalu kita lapor ke puskesmas". (P1b.IV.4)

Namun pernyataan tersebut bertentangan dengan keterangan keluarga almarhumah yang menyatakan bahwa setelah kematian almarhumah tidak pernah ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali penyebab kematian. Hal tersebut kemungkinan dikarenakan keluarga almarhumah lupa bila ada petugas kesehatan yang datang untuk menggali informasi penyebab kematian, karena kejadiannya sudah cukup lama yaitu 1 - 2 tahun yang lalu. Kemungkinan lainnya kemungkinan petugas kesehatan lupa bahwa mereka tidak pernah datang ke rumah almarhumah. Seharusnya, kurang dari 7 hari setelah menerima laporan kematian ibu, harus segera dilakukan otopsi verbal.

Apabila pelanggan mereka yang meninggal, maka mereka akan melaporkan ke puskesmas, seperti ungkapan informan berikut:

"Jadi, kalau dukun melahirkan yang nolong melahirkan dia langsung melapor ke puskesmas, kalau dak kami (bidan) yang cari kesana..." (P1b.IV.3)

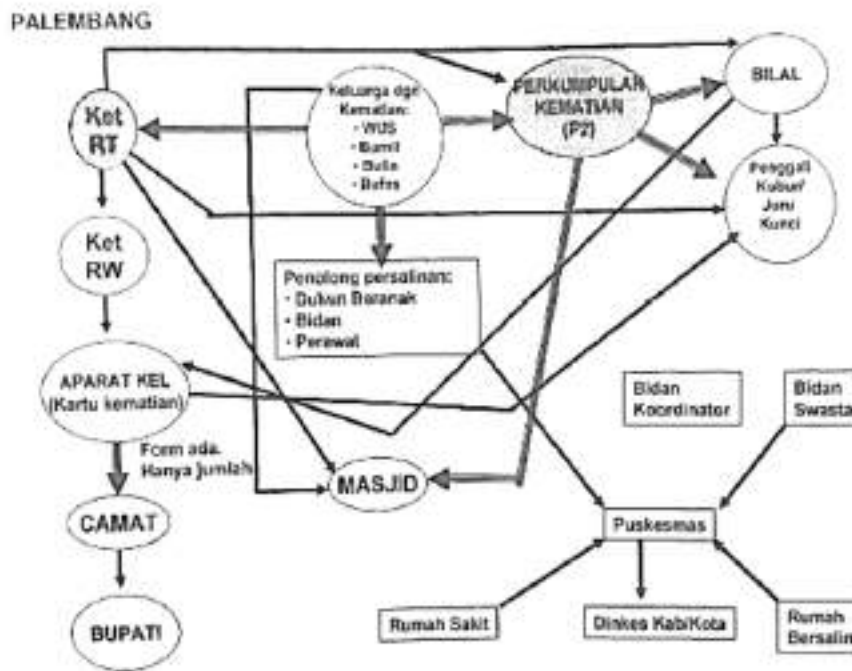
"kematian? Ke puskesmas induk". (P1b.IV.4)

Menurut apart desa, bila ada anggota keluarga yang meninggal dunia, pertama kali masyarakat akan menginformasikan kematian tersebut ke RT, seperti ungkapan informan berikut:

"Ke RT, dari RT buat surat pengantar nanti ke kantor lurah, mereka dibuat lah surat pengantar dari kantor lurah langsung ke kantor camat. Blangko ado ditingkat kelurahan, nanti yang blangko itu nian, di kantor camat, blangko yang resmi nian". (P1b. V.4)

"ke RT, pengantar kito ke RT langsung ke lurah baru ke makam itu. Lurah ngasih pengantar untuk ngubur ke juru kunci tadi". (PIb.V.5)

Dengan demikian, dapat digambarkan bahwa sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di kabupaten Banyu Asin seperti yang terlihat pada bagan 6.3. berikut:



Bagan 6.3.
Sistem Informasi Kematian Ibu Saat Ini di Kota Palembang.

Secara umum, sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di Sumatera Selatan baik di wilayah perairan, wilayah pedesaan dan wilayah perkotaan tidak ada perbedaan. Masyarakat pada umumnya selalu menginformasikan kematian yang ada di keluarganya. Namun informasi pertama disampaikan ke berbagai pihak dan tidak secara konsisten, yaitu disampaikan kepada:

1. Ketua RT
2. Ketua Perkumpulan Kematian
3. Ketib/ Bilal/ P3N
4. Petugas masjid
5. Aparat desa

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian IMMAPCT yang dilakukan di provinsi Banten, yang menunjukkan bahwa masyarakat pada umumnya sudah melaporkan kematian yang terjadi di keluarganya, namun tidak secara konsisten kepada siapa dan dengan cara bagaimana kematian

tersebut dilaporkan. Pihak yang menerima informasi kematian bervariasi, mulai dari penjaga masjid, kader, bidan, ketua RT, dukun, tokoh masyarakat dan aparat desa (Martha, E.2005). Kebiasaan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian dalam keluarganya merupakan peluang bagus bagi pengembangan sistem informasi kematian ibu.

6.4. Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu pada Tingkat Masyarakat

Pada umumnya, di semua wilayah penelitian ditemukan bahwa tidak ada hambatan untuk menerapkan pencatatan pelaporan kematian ibu dalam suatu sistem informasi kematian ibu di tingkat masyarakat seperti ungkapan informan berikut:

"Mungkin nggak ada bu...hambatannya".(BA. II.3)

"Tidak..tidak ada...". (BA.II.4)

"Ndak katek sebenarnya hambatan..bisa dijalankan dengan baik", (OKI.III.4)

Hambatan yang ada saat ini, disebabkan belum adanya pemahaman tentang aturan formal yang mengharuskan dilakukan pencatatan kasus kematian serta aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan adanya kematian ke jalur yang mana.

A. Kabupaten Banyu Asin

Seluruh tokoh masyarakat menyatakan bahwa selama ini tidak ada pencatatan kematian di RT. Sedangkan di kelompok kematian ada pencatatan bila ada anggota meninggal dunia karena berhubungan dengan peralatan yang harus dikeluarkan, tetapi tidak menyebutkan penyebab kematiannya seperti ungkapan informan berikut:

"Belum ada....."(BA.II.3)

"Selama ini belum ada. Karena pembinaan seperti itu belum ada..".(B.A.II.4)

"Kalau di tempat saya tidak ada catetan seperti itu bu..hanya keterangan bae bahwa si A meninggal, di buku anggota itulah"(BA.II.2)

Seluruh aparat desa menyatakan di desa ada pencatatan kematian tetapi hanya terbatas pada jumlah kematian tanpa ada informasi umur dan penyebab kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Buku khusus kematian itu nggak ada, khusus kematian itu belum ado kito, belum. Cumaan kita tuh, ini mati sekian orang dicatet, dilapor bae tapi khusus nama si A, si B yang mati nggak", (BA.V.1)

"Ada....."(BA.V.2)

"Ada, melaporkan melalui dari bapak RT ke pak kadus terus ke desa. Biasanya dicatat, antara yang mati dan yang lahir". (BA. V.3)

Seluruh apart desa menyatakan bahwa setelah mereka menerima informasi tentang kematian maka akan dilaporkan ke kecamatan setiap bulannya, seperti ungkapan informan berikut:

"Ada, setiap sebulan sekali kita laporkan..." (BA.V.2)

"Biasanya kalau dari kecamatan itu minta data, biasanya kita laporkan". (BA. V.3)

Tidak adanya pencatatan di tingkat masyarakat tersebut, kemungkinan berkaitan dengan pemahaman mereka yang merasa belum ada aturan formal tentang pencatatan dan pelaporan kasus kematian. Sebagian tokoh masyarakat menyatakan bahwa saat ini menurut mereka belum ada himbauan atau aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan adanya kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Dak ada..., belum ada himbauan. Selama ini belum pernah, belum ado...misalnya melapor kalau ada perintah ya melapor masyarakat. Nggak melapor, memang nggak ada perintah. Jadi selama ini belum ada yang menghimbau, belum ada perintah". (BA.II.2)

"Belum ada,ggak ada laporan..karena kita belum ada saran untuk melapor kemana lagi". (B.A.II.3)

"Belum ada di sini,.....laporan tertulis itu belum ado...". (BA.III.1)

"Tidak ada aturan bu...belum ada yang mengurus,..... pembukuan di kepala desa dicatat dilaporkan ke kecamatan". (BA.III.2)

Sebagian tokoh masyarakat lainnya, menyatakan pernah mendengar bahwa harus melaporkan kematian ke desa tetapi tidak jelas, seperti ungkapan informan berikut:

"Belum ada peraturan,....pak kades sudah pernah bilang gitu, semestinya lapor ke desa. Kalau laporan kematian pasti ada, cuman dak tahu, tegas apo idak, dak tahu. Kalau kematian pasti ada, cuman ditulis atau gak, gak tahu, laporan pasti ada laporan lisan". (BA. II.4)

Sebagian besar aparat desa menyatakan bahwa ada aturan yang mengharuskan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Ado....ado galo. Tapi idak dibuat. Itu kesalahan kami bu, ngakulah ha.ha. ha...ngakulah kito salah" (BA, V.1)

"Ada, melaporkan melalui dari bapak RT ke pak kadus terus ke desa. Biasanya dicatat, antara yang mati dan yang lahir". (BA, V.3)

Namun ada sebagian aparat desa menyatakan bahwa belum ada aturan yang mengharuskan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Belum ada, tapi kebiasaan dari masyarakat terus melekat". (BA, V.2)

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa mereka menerima informasi kematian dari:

1. masyarakat
2. kepala dusun

seperti ungkapan informan berikut.

"Keluarga.masyarakat" (BA, V.1)

"dari pihak keluarga yang mati, diwakilkan ke tetangga, setiap sebulan sekali kita laporkan ke kecamatan". (BA,V.2)

"Kepala dusun...". (BA, V.3)

Melihat kenyataan tersebut, maka diperlukan sosialisasi tentang administrasi kependudukan sera dibuat aturan baku yang dilengkapi dengan sanksi. Pada sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital benduduk telah diatur pendaftaran dan pencatatan kematian, namun belum menampung informasi tentang kehamilan. Namun demikian, hal tersebut menjadi peluang untuk dikembangkannya sistem informasi kematian itu secara integrasi dengan administrasi kependudukan yang sudah ada B. Kabupaten Ogan Komering Ilir Seluruh tokoh masyarakat menyatakan bahwa saat ini belum ada pencatatan penyebab kematian. Pada persatuan kematian hanya dicatat siapa yang sudah meninggal karena berkaitan dengan terputusnya iuran kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Tertulis...tidak ada, tidak ada tertulis, ya...tidak ada itu". (OKI.11.6)

"Tidak bu...nggak ada. Selama ini tidak ada...entah dulu... nggak pernah ada nyatet itu...". (OKI.11.7)

"Ada itu pendafiaran misalnya ikut dalam persatuan kematian itu namanya ada semua bu. Tapi kalo meninggal dicoret atau diconteng, tahun depan nggak ditagih lagi kan orangnya sudah meninggal...mati ba'lah nggak tau apa sakit atau bunuh diri atau gimana...nggak saya pahami lah".(OKI.II.8)

Sebagian besar tokoh masyarakat menyatakan bahwa saat ini menurut mereka belum ada himbauan atau aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan adanya kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Belum ada sekarang, belum ada, sejauh ini belum ada". (OKI.II.6)

"Nggak....nggak ada bu..nggak ada, tidak ada. Tidak ada masalah sebelum itu, ya nggak ada wewenang istilahnya masalah itu, tapi kalau ada peraturan dari pemerintah mau nggak mau harus dilakuke".(OKI.II.7)

"Nggak ada. Belum pernah, itu paling juga lapor minta kain, alat-alat ke ketib". (OKI.II.8)

"Nggak ada aturan...".(OKI.III.5)

"Dak ada aturan itu ..kesadaran bu, kesadaran dewek. Dia yang melapor ke ituP2 tadi". (OKI.III.6)

Ada juga tokoh masyarakat yang tahu ada aturannya tetapi tidak beralan, seperti ungkapan informan berikut:

"Ada...tapi iak berjalan. Dulu waktu bintek, bimbingan teknis cara kematian dengan gubernur. Ada aturannya dibuat kematian ini. Tapi dak jalan dari atas". (OKI.III.4)

Petugas kesehatan, penolong persalinan dan dukun juga menyatakan bahwa tidak ada aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Dak katek, kito dak tau selamo ini". (OKI.IV.5)

"Nggak tahu, belum tahu...". (OKI.IV.6)

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa tidak ada aturan yang mengharuskan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Nggak ada. Ado himbauan. Laporan itu istilahnya seperti apa namonyo itu sistem kasih tau... secara lisan bu". (OKI.V.6)

"Nggak ada.....". (OKI.V.7)

Seluruh aparat desa juga menyatakan di desa tidak ada pencatatan kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Nggak ada.....". (OKI.V.6)

Melihat kenyataan tersebut, maka diperlukan sosialisasi tentang administrasi kependudukan serta dibuat aturan baku yang dilengkapi dengan sanksi. Pada sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk telah diatur pendaftaran dan pencatatan kematian, namun belum menampung informasi tentang kehamilan. Namun demikian, hal tersebut menjadi peluang untuk dikembangkannya sistem informasi kematian ibu secara integrasi dengan administrasi kependudukan yang sudah ada.

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa mereka menerima informasi kematian dari masyarakat, seperti ungkapan informan berikut:

"Dari masyarakat..". (OKI.V.6)

"Dari sama-sama, ya dari tetangga, teman-teman ada juga sanak famili di desa ini. Sudah spontanlah bu kalau ada orang mati". (OKI.V.7)

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa setelah mereka menerima informasi tentang kematian maka akan dilaporkan ke kecamatan setiap bulannya, seperti ungkapan informan berikut:

"Dari desa ke kecamatan setiap bulan". (OKI.V.7)

C. Kota Palembang

Menurut tokoh masyarakat, walaupun RT mengetahui adanya kematian di wilayahnya namun tidak ada pencatatannya karena tidak ada format yang baku seperti ungkapan informan berikut:

"Iya... nggak ada format tertulis kali...". (PIb.II.5)

Mereka mengharapkan ada pencatatan di kader dan di RT, seperti ungkapan informan berikut:

"Nggak ada catatan..kayaknya belum ada. Tapi kalau diperbolehkan, kaderlah.....terus baru ke pak RT". (PIb.II.5)

Para tokoh masyarakat juga mengatakan bahwa tidak ada aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan adanya kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Tidak ada.....hanya kesadaran pribadi dari masyarakat setempat". (PIb.III. 3)

Petugas kesehatan, penolong persalinan dan dukun juga menyatakan bahwa tidak ada aturan yang mengharuskan masyarakat melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Ndak ada...belum". (PIb.IV.3)

"Nagak ada..". (PIb.IV.4)

Sebagian aparat desa menyatakan bahwa ada aturan yang mengharuskan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Sudah tahu masyarakat. Kecuali kalo mendadak, dia ngubur dulu, ngurusnya masih ke kita". (PIb.V.4)

Namun, sebagian aparat desa menyatakan bahwa tidak ada aturan yang mengharuskan masyarakat untuk melaporkan kejadian kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Yo..o, karena tidak menjadi keharusan, jadi walaupun dak ado ketentuan tetap melapor, sehingga misalnya kala ada apa-apa harus ke kelurahan...". (PIb.V.5)

Seluruh aparat desa menyatakan di desa ada pencatatan kematian tetapi hanya terbatas pada jumlah kematian tanpa ada informasi umur dan penyebab kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Catat...pasti dicatat. Ado, pasti itu.....tapi hanya sayangnya belum mencantumkan penyebab kematiannya..". (PIb.V.4)

"Ada, Kita kan ada laporan perkembangan penduduk yang meninggal, lahir, yang mati laporannya dikirim ke camat langsung ke kota.. . Ya tentang kelahiran, pendatang, jumlah penduduk. Yang penyakit nggak ada".(PIb.V.5)

Melihat kenyataan tersebut, maka diperlukan sosialisasi tentang administrasi kependudukan serta dibuat aturan baku yang dilengkapi dengan sanksi. Pada sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk telah diutus pendaftaran dan pencatatan kematian, namun belum menampung informasi tentang kehamilan. Namun demikian, hal tersebut menjadi peluang untuk dikembangkannya sistem informasi kematian itu secara integrasi dengan administrasi kependudukan yang sudah ada.

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa mereka menerima informasi kematian dari:

1. keluarga
2. RT

seperti ungkapan informan berikut:

"Keluarga. ", (PIb.V.4)

"Dari RT, pengantar dari RT langsung ke lurah". (PIb.V.5)

Sebagian aparat desa menyatakan bahwa setelah mereka menerima informasi tentang kematian maka akan dilaporkan ke kecamatan setiap bulannya, dan sebagian aparat desa menyatakan akan diteruskan ke juru kunci untuk penguburan, seperti ungkapan informan berikut:

"Jadi langsung kita buat pengantar dari lurah meninggal tanggal berapa, tahun berapa, langsung ke kantor camat. Di kantor camat dibuat surat keterangan kematian", (PIb.V.4)

"Lurah ngasih pengantar untuk ngubur ke juru kunci tadi... ". (PIb.V.5)

Secara umum, di Sumatera Selatan dapat disimpulkan bahwa mereka yang menerima laporan kematian tidak melakukan pencatatan dan pelaporan secara tertulis. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian IMPACT di provinsi Jawa Barat yang menyatakan bahwa mereka yang menerima laporan tidak melakukan pencatatan tertulis secara sistematis. Sebagai penghambat adalah ketidaktahuan dan kurang peduli masyarakat dan petugas (Martha, E.2005).

6.5. Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu pada Tingkat Institusi Kesehatan

Sebagian besar para tenaga kesehatan, bidan desa dan dukun menyatakan tidak ada hambatan untuk mendokumentasikan kasus kematian ibu, seperti ungkapan informan berikut:

"Nggak ada, *(PIb.IV.4)

"Untuk sementara ini belum ada..." (OKI.IV.6)

Pernyataan informan tersebut berbeda dengan informan di tingkat kabupaten yang menyatakan, "Tidak semua kematian dilaporkan, penolong persalinan takut melapor". (PIb.2)

Sebagian tenaga kesehatan yang berada di wilayah perairan (Kabupaten Banyu Asin) menyatakan adanya hambatan berupa kondisi alam dan sumber daya masyarakatnya, seperti ungkapan informan berikut:

"Kondisi alam.... potensi desa, kondisi alam, sumber daya masyarakat. Masyarakat tuh ingin melapor tapi dak ngerti melapor dimano, caronyo cakmano, cak itu...". (BA.IV.2)

Kenyataan diatas menunjukkan bahwa diperlukan sosialisasi tentang sistem informasi kematian ibu sampai di tingkat masyarakat. Harus diperhitungkan juga tingkat kesulitan berdasarkan keadaan geografis. Hal tersebut senada dengan pernyataan informan tingkat kabupaten sebagai berikut:

"kendala dalam pengumpulan data antara lain jumlah petugas kurang memadai, ketidaktahuan petugas tentang cara pelaporan, dan pembuatan audit maternal dan perintangnya". (BA. 1)

"Format tidak tersedia, dan sulit dijangkau transportasi". (OKI. 1)

6.6. Hambatan Penerapan Sistem Informasi Kematian Ibu pada Tingkat Institusi Non-kesehatan

Sebagian besar aparat desa menyatakan tidak ada hambatan untuk mendokumentasikan dan melaporkan kasus kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Tidak ada.....".(BA.V.2)

"Nggak ada, kalau dari kepala dusun ke kepala desa nggak ada..".(BA.V.3)

"Sebenarnya tidak ada kendala..... belum pernah ada permintaan". (PIb.V.4)

"Nggak ada...". (PIb.V.5)

"Soalnya dari yang terdahulu itu bu memang tidak ada. Saya kira tidak ada hambatannya bu" (OKI. V.6)

"Nggak ada. ".(OKI.V.7)

Sebagian kecil aparat desa yang berada di wilayah perairan (Banyu asin) menyatakan ada hambatan transportasi untuk mendokumentasikan dan melaporkan kasus kematian, seperti ungkapan informan berikut:

"Itu transportasitapi ade ini, laporan ini agak terlambat bu, sebab perairan, yang kasarnya ongkos, itu dari kasarnya. Kalau ado yang bebarengan nggak ke jalur 18 nah...". (BA.V.1)

6.7. Potensi Untuk Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu.

Untuk mengetahui potensi yang ada untuk pengembangan sistem kematian ibu, dicari informasi tentang:

- informan kunci di wilayah tersebut yang paling tahu bila terjadi kematian.
- kemungkinan sistem informasi yang telah ada sehingga dapat dimanfaatkan.

A. Kabupaten Banyu Asin

Menurut keluarga almarhumah, orang yang paling tahu bila ada orang meninggal adalah:

1. ketib/bilal
2. modin,

seperti ungkapan informan berikut:

"Ya, ketib atau bilal. Dia pengurus perkumpulan musibah. Itu dengan kelompok persatuan kematian tadi, ke ketua musibah. (BA.I.1)

"Pak modin, wong yang mandikan jenazah pak modin, tapi kalau mayat perempuan kan emang yang perempuan yang ngurus". (BA.I.5)

Menurut tokoh masyarakat, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah:

1. tetangga sebelah rumah
2. kelompok persatuan kematian
3. ketua RT

seperti ungkapan informan berikut:

"Ya, tetangga sebelah rumah, baru dia kasih tahu memberikan informasi, bar nanti diumumkan diberitahukan dari mulut ke mulut...gita, jadi baru ngumpul, itu aja misalnya: disitu ada...yang meninggal....disitu ada yang meninggal.. langsung ngumpul bu biasanya" (BA. III. 1)

"Ketua musibah....sudah ada catetannya...ada buku masing-masing. Seluruh data anggota itu ada di situ, sudah..." (BA.II.2)

"Ketua PKM, singkatannya Persatuan Amak Kematian dan Musibah.."(BA.II.3)

"Pak RT....". (BA.II.4)

"langsung lapor RT, langsung ke masyarakat, nabuh kantung..."(BA.III.2)

Menurut tenaga kesehatan, penolong persalinan dan dukun, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah P3N, seperti ungkapan informan berikut:

"Biasanyo ke P3N itulah, dio kan mandike, jadi yang jelas pertama kali tahu yang meninggal itu dio kan, karena dio mandike" (BA. IV.2)

Menurut aparat desa, orang yang paling tahu bila ada kematian di Wilayahnya adalah:

1. Ketua perkumpulan musibah
2. Kepala desa
3. Mudin,

seperti ungkapan informan berikut.

"Ketua perkumpulan musibah muslim". (BA. V. 1)

"Kepala Desa...". (BA. V.2)

"Pak mudin, pertama pak mudin itu yang mengurus jenazah itu".(BA.V.3)

Dari pernyataan tersebut dapat dirangkum bahwa informan potensial di kabupaten Banyu Asin adalah:

1. Ketib/bilal
2. Modin
3. Ketua Kelompok Kematian atau Ketua Perkumpulan Musibah
4. Ketua RT
5. Kepala desa

Sistem informasi kematian yang sudah ada secara tertulis adalah dari jenjang desa ke tingkat lebih tinggi, walaupun belum berjalan optimal. Hal tersebut dapat dimanfaatkan untuk pengembangan sistem informasi kematian itu,

B. Kabupaten Ogan Komering Ilir (OKI)

Menurut keluarga almarhumah, orang yang paling tahu bila ada orang meninggal adalah P2 yaitu pembantu penghulu, seperti ungkapan informan berikut:

"Biasanyo P2 yang duluan...". (OKII.4)

Menurut tokoh masyarakat, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah:

1. tetangga
2. penabuh kenong,
3. perangkat desa,
4. ketua RT, dan
5. Pembantu Penghulu (P2)

seperti ungkapan informan berikut:

"Tetangga tentunya, tetangga kiri - kanan ...melalui ini, itulah ado kenong itu mah, ngasih tau jadi e.e.aturannya itu, tandanya itu masyarakat itu dengan sendirinya datang, tando ...atau kenong tadi, ahhh". (OKI.II.6)

"Ya,masyarakat, lah pasti sudah tahu langsung. Karena kan bertetangga di rumah langsung pasti tahu". (OKI.II.7)

"Ada juga di perangkat desa." (OKI. II.8)

"Kepala desa,ya kepala desa. Sebab dia yang nyutatnya disano ..".(OKI.III.4)

"ketua RT, ketua kampung, ketua dusun ya ketua desa....P2 tadi bu....". (OKI.III.6)

"P2...sebab ia mempunyai tugas khusus istilahnya. Jadi keseluruhan alat kematian itu dia harus kelaarkan kalo ada orang yang mati". (OKI.III.5)

Menurut tokoh masyarakat, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah:

1. Ketib
2. Kades

seperti ungkapan informan berikut.

"Ke ketib itulah langsung...." (OKI.IV.5)

"Pak kades. Ado itu bu, biasanya setiap kematian, Ada sumbangan dari masyarakat, jadi setiap kematian ada sokongan dari pak kades untuk perangkat kematian itu". (OKI.IV.6)

Menurut aparat desa, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah:

1. pembantu penghulu (P2)
2. Tim Pemangku Adat (TPA)

seperti ungkapan informan berikut:

"Bapak P2 itulah yang paling tahu...soalnya diwaktu ingin makamkan yang mati itu bapak P2 yang paling diperlukan". (OKI.V.6)

"Biasanya disini adunya masih memakai kentongan bu. Posisi TPA itu dia langsung tum ke lapangan...". (OKI. V.7)

Dari pernyataan tersebut dapat dirangkum bahwa informan potensial di kabupaten Ogan Komering Ilir adalah:

- 1 Pembantu Penghulu (P2)
2. Ketib/bilal
3. Ketua Kelompok Kematian atau Ketua Perkumpulan Musibah
4. Ketua RT
5. Kepala desa
6. Tim Pemangku Adat (TPA)

Sistem informasi kematian yang sudah ada secara tertulis adalah dari jenjang desa ke tingkat lebih tinggi, walaupun belum berjalan optimal. Hal tersebut dapat dimanfaatkan untuk pengembangan sistem informasi kematian ibu.

C. Kota Palembang.

Menurut keluarga almarhumah, orang yang paling tahu bila ada orang meninggal adalah:

1. RT, dan
2. kantor lurah,

seperti ungkapan informan berikut ini:

"RT. Sekarang tugas RT itu, di RT seandainya ada musibah atau ada apa RT dulu, kita laporkan. Kalau kita umpamanya gak laporan sama RT itu kita salah. Justru pemerintah mengadakan RT itu tugasnya RT begitu. Kalau kita susah, ada musibah, ada apa, harus kita laporka". (PIb.1.3)

"Ya, ke kantor lurah". (PIb.1.2)

Menurut tokoh masyarakat, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah:

1. mesjid, dan
2. Ketua Persatuan Amal kematian (PAK),

seperti ungkapan informan berikut ini:

"Yang paling tahu duluan, keluarga terdekat dulu, baru ngelapor ke mesjid disini dan langsung diumumkan". (Pib.II.5)

"Biasanya yang paling utama dihubungi itu di sin ketua PAK Persatuan Amal kematian...arena mereka yang terlibat langsung tentang kematian". (Pib.III.3)

Menurut tenaga kesehatan, penolong persalinan dan dukun, orang yang paling tahu bila ada kematian di wilayahnya adalah RT, seperti ungkapan informan berikut:

"Di RT nyo, kami tuh di RT nyo. Karena yang meninggal lapor ke RT, dari RT dia ke bilal, sudah itu langsung ke penguburan". (Pib.IV.3)

"Pokoknya kita tabanya dari RT. RT langsung menginformasikannya....".(Pib.IV.4)

Menurut aparat desa, orang yang paling tahu bila ada kematian di Wilayahnya adalah ketua RT, seperti ungkapan informan berikut:

"Ketua RT itu.". (Pib.V.4)

"Pak RT..". (Pib.V.5)

Dari pernyataan tersebut dapat dirangkum bahwa informan potensial di kabupaten Ogan Komering Ilir adalah:

1. Pengurus mesjid
2. Ketua Kelompok Kematian atau Ketua Perkumpulan Musibah
3. Ketua RT
- 4 Lurah

Sistem informasi kematian yang sudah ada secara tertulis adalah dari jenjang desa ke tingkat lebih tinggi, walaupun belum berjalan optimal. Hal tersebut dapat dimanfaatkan untuk pengembangan sistem informasi kematian itu.

6.8. Sistem Informasi Kematian Ibu Yang Diharapkan

Seluruh informan mengharapkan sistem informasi kematian ibu menjadi satu bagian dengan sistem informasi kematian secara umum. Seluruh ketua RT, ketua dusun, kader dan tokoh masyarakat menyatakan bersedia untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kasus kematian tanpa ada rasa keberatan, seperti ungkapan beberapa informan berikut:

"Ngak keberatan. Itu bagus kalau diatur macam itu, bagus menurut kami". (BA.II.2)

"Nggak...., idak keberatan. Kita minta pertolongan kepada pengurus...". (BA.II.3)

"Kalau ada anjuran, dicatat juga...bersedia, ..insya Allah nggak keberatan". (BA.II.4)

"Kader bisa....mungkin kalau kader itu lebih dekat dengan masyarakat atau dengan tetangga-tetangga". (BA. III.1)

"Bersedia...". (BA.II.2)

"Kalau sekadar laporan endak ada kesulitan". (BA.III. 1)

"Mau....bersedia..bersedia....". (OKI.II.6)

"Boleh.boleh". (OKI.II.7)

"Bisa. bisa jalan itu, kadus kan bisa..... sedikit Cuma yang catat hanya sekadar kematian saja. Iya.....di RT bisa, di kadus juga bisa kalo mau dijalankan, ditertibkan lagi...". (OKI.II.8)

"Mungkin itu..... bisa....tapi sekarang belum ada yang minta". (OKI.III.5)

"Yaya...laporan ya laporan juga eh disuruh buat laporan...ya mau". (OKI.III.6)

"Kalau misalnya ada perintah suruh catat ya pasti kami catet....siap bu. Mungkin insya Allah lah...". (PIb.III.3)

"Saya kira dak sulit. ...mungkin hanya masalah waktu, bukan repot. bukan...karena tidak pernah disosialisasikan, sehingga selama ini tidak ada pencatatan". (PIb.III.3)

Seluruh aparat desa menyatakan bahwa sangat memungkinkan untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan kematian di kantor desa, seperti ungkapan informan berikut:

"Bisa.."(BA.V.1)

"Ya, memungkinkan..."(BA.V.2)

"Ya...ya...". (BA. V.3)

"Memang sebegini bu, dari RT jadi memang benar tahu RT nya semua warga-warganya e...e... harus tahu ya, bener bu...dari RT biso". (Plb. V.4)

"Kalau memang ini, akan kita laksanakan. Kan nggak setiap hari orang meninggal...Cuma bukan di desa saja, dari atas. Dari RT ke kelurahan lalu ke kecamatan". (Plb. V.5)

"Mungkin itu bu, memungkinkan". (OKI. V.6)

"Alhamdulillah lebih bags supaya masyarakat pada tahu kan (OKI.V.7)

Para ketua RT, ketua dusun dan tokoh masyarakat tidak keberatan untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan kematian dengan harapan disediakan formulir khusus sehingga mereka tinggal mengisinya.

"Blanko kalau blankonya kami minta supaya disumbang. Blanko dan buku-buku petunjuk untuk musibah itu... itu yang paling. Jadi meninggal tanggal sekian, sebab penyalitnya, kan tinggal mengisi bae, kalau buat dari kami banyak salah..." (BA. II.2)

"Nah, justru itu harus ada formulir, ada pendataan dari pemerintah..."(BA.II.2)

"Minta blankonya bae biar enak. Biar ngerti dikit, biar enak ngisinyo gampang". (OKI.II.8)

"Ya .beginilah bu, ada catatan yang diteken...formulir dicatat di laporkan" (BA. III. 2)

Sebagian aparat desa mengharapkan disediakan formulir Khusus sehingga mereka tinggal mengisinya, seperti ungkapan informan berikut:

"Supaya masyarakat...formatnya tahu dari sini, ke sini biar tahu. In Sya Allah masyarakat juga mau". (OKI.V.7)

Seluruh aparat desa dan sebagian informan para ketua RT, ketua dusun dan tokoh masyarakat, menyatakan bahwa sebaiknya yang melakukan pencatatan pelaporan kematian di tingkat masyarakat adalah:

1. ketua perkumpulan kematian (P2, PAK)
2. ketua RT.
3. Bilal (pemandi jenazah)

Sementara yang meneruskan pelaporan ke tingkat kecamatan diharapkan dilakukan oleh kepala desa atau lurah, seperti ungkapan informan berikut:

"Pertama dari warga melapor ke pak RT terus ke kepala dusun dari kepala dusun melaporkannya ke kepala desa". (BA. V. 3)

"RT bisa langsung nyambung kadus". (OKI.V.7)

"Yang paling bagus dari sekdes itulah bu, baru ke kades baru ke P2 lalu ke puskesmas". (OKI.V.6)

"Kelurahan ini pada saat lapor ke kecamatan, tembusannya ada ke puskesmas. Nah, puskes nanti ngrekap ngelapor ke dinas kesehatan. Yang kecamatan lapor ke kota. Jadi pas di kota, dinas kesehatan kota dan PMD kota itu punya data yang sama". (PIb.V.5)

"Lebih baik diserahkan ke ketua kematian. Artinya dia langsung... ketua perkumpulan musibah....kan dia orang yang cukup pengalaman...soalnya dia mencatat. Jadi dari ketua perkumpulan kematian lapor ke desa... kemudian, kepala desa yang meneruskan ke camat dan puskesmas. Jadi ketua perkumpulan cukup sampai ke tingkat desa dan kepala desa...". (BA. II.2)

"Dari masyarakat ke ketua perkumpulan kematian terus ke kepala desa. Dari kades ke camat." (BA. II.3)

"Pak RT aja...itu penghubung yang paling dekat, akrab dengan warga. Setelah mencatat, melaporkannya ke pak kades....". (BA.II.4)

"Ke RT dulu. Dan itu lebih cepat bu ya, kalo ke RT dulu. Kalau ya dari RT terus ke kelurahan". (PIb. II.5)

"dari tetangga ke RT, RW, ke kadus langsung ke pak kades". (BA. III. 1)

"Bisa jadi juga ke RT, bisa juga ke RW. Yang mencatat ketua PAK. Ketua PAK juga nyatet". (PIb.III.3)

"Sebagusnya bilal duki, dari bilal baru melapor ke P2, dari P2 seharusnya melapor ke kades nah itu sebagainya. Dari kades melapor ke camat oleh P2 melapor ke PATWA. Kalo dia mau ngikutke sistem pemerintahan ini dari jajarannya. Dari bilal konsepnya harus ada 2, satu ke kadus, satu ke P2. jadi bilal dulu". (OKI. III.5)

"Ke kadus baru kepala desa...masyarakat ke kadus, kadus melapor ke ketua perkumpulan, baru lapor ke kades" (OKI.II.7)

"ke kades, P2, apo.....ke kadus yang lebih tahu kampung yang lebih langsung ke masyarakat". (OKI.III.6)

Harapan tenaga kesehatan, penolong persalinan termasuk dukun terhadap sistem informasi kematian ibu agar dapat berjalan rutin dan bagus adalah:

1. Disediakan formulir
2. RT harus lapor ke kelurahan
3. Ketua dasa wisma melapor ke bidan desa atau ke kader.

Seperti ungkapan informan berikut:

"Jadi, sekarang bu, dari sekian laporan-laporan yang kami buat itu mungkin kadang ado formulir....Jadi untuk lebih lanjut atau kedepannya disediakan formulir, gitu. Jadi untuk merekap apa-apa yang terjadi di desa terus ke puskesmas kan bisa dimasukkan".(BA.IV.2)

"Saya saran itu, sebaiknya di RT lapor ke kelurahan". (PIb.IV.3)

Ada Sebagian informan yang mengharapkan sistem informasi kematian ibu melalui kader dasa wisma, seperti pernyataan informan berikut:

"Kalo kita perdayakan dasa wisma, dari dasa wisma itu kan 10 KK itu 1 ketuanya, nah dari mulai dasa wisma ...ya, ketuanya yang melapor ke bidan desa..."(OKI.IV.5)

"...dari dasa wisma terus ke kader, ke kades, ada yang melapor ke bidan, dari kades ada yang melapor ke camat". (OKI.IV.6)

Namun demikian, sebagai informan keberatan karena merasa dasa wisma tidak berjalan optimal, seperti ungkapan informan berikut:

"Dasa wisma tidak berjalan, kader-kader dasa wisma banyak tidak aktif, mungkin karena RT kurang memanfaatkan kader dasa wisma untuk membantu dalam pencatatan kematian ibu". (P1b.4)

6.9. Model Pengembangan Sistem Informasi Kematian Ibu

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa belum ada sistem informasi atau pencatatan dan pelaporan yang dapat langsung dimanfaatkan untuk menghitung Angka Kematian Ibu (AKI). Hal ini sesuai dengan yang dilaporkan dalam Laporan Perkembangan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia (2005) yang disebutkan bahwa Indonesia belum memiliki data statistik vital yang langsung dapat digunakan untuk menghitung AKI. Estimasi AKI dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) diperoleh dengan mengumpulkan informasi dari saudara perempuan yang meninggal semasa kehamilan, persalinan atau setelah melahirkan.

Pengembangan model Sistem Informasi kematian Ibu ini diharapkan dapat menjadi salah satu model pencatatan dan pelaporan rutin yang dapat menghasilkan data tentang jumlah kematian ibu secara absolut.

Mempertimbangkan semua potensi yang ada serta hambatan yang mungkin akan timbul, serta masukan beberapa narasumber, maka dirancang Model sistem Informasi kematian Ibu yang terintegrasi dengan Administrasi Kependudukan dimana sudah terdapat kegiatan registrasi pendaftaran dan pencatatan kematian (R/KM/2000) yang dirancang Departemen Dalam Negeri.

Panduan Registrasi tersebut sudah dikeluarkan oleh pemerintah melalui Departemen Dalam Negeri sejak tahun 2000, namun kenyataannya di tingkat desa registrasi tersebut belum dilaksanakan. Pencatatan yang harus dilaksanakan pada buku registrasi tersebut mencakup:

1. Tanggal pelaporan
2. Identitas almarhum: nama lengkap, umur, jenis kelamin, tanggal kematian, dan sebab kematian.
3. Nama pelapor
4. Alamat pelapor
5. Hubungan pelapor dengan yang mati (almarhum)

Dilakukan modifikasi isi buku registrasi tersebut dengan menambahkan informasi tentang:

1. Status menikah, dengan tujuan untuk mendapatkan informasi kemungkinan kematian akibat menggugurkan kandungan yang berkaitan dengan kehamilan yang tidak dikehendaki.
2. Kondisi saat meninggal (hamil, melahirkan, 6 minggu setelah melahirkan, setelah keguguran), dengan tujuan untuk mendapatkan informasi tentang kematian ibu.

3. Tempat meninggal (Rumah sendiri, Fasilitas kesehatan, perjalanan antara rumah dan fasilitas kesehatan, perjalanan antar fasilitas kesehatan, lainnya), dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan sistem rujukan.

Hasil penelitian ini memodifikasi formulir R/KM/2000 pada buku register yang dikeluarkan oleh Departemen Dalam Negeri, menjadi formulir F-1/2006 pada buku register. Buku atau Formulir register F-1/2006 disimpan di Ketua RT 1 lembar sebagai arsip sekaligus pencatatan di tingkat RT dan 1 lembar dikirim ke kepala desa atau lurah. Apabila di daerah tersebut tidak terdapat sebutan RT tetapi nama lain untuk organisasi terkecil di bawah desa, misalnya dusun, maka diperlakukan sama seperti RT.

Sistem pelaporan panduan dari Departemen Dalam Negeri, mengharuskan dilakukan rekap tingkat desa atau kelurahan ke dalam formulir L/DES/2000 untuk selanjutnya dikirim ke tingkat kecamatan. Namun kenyataannya, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kegiatan tersebut tidak dilaksanakan di tingkat desa atau kelurahan wilayah penelitian.

Memanfaatkan jalur sistem informasi Departemen Dalam Negeri, maka dilakukan modifikasi formulir L/DES/2000 menjadi formulir F2/2006 untuk pelaporan tingkat desa ke kecamatan, dan modifikasi formulir REC L.KEC/KM/2000 menjadi formulir F3/2006 untuk pelaporan tingkat kecamatan ke tingkat kabupaten, serta modifikasi formulir REC L.KAB/KM/2000 menjadi formulir F4/2006 untuk pelaporan tingkat kabupaten/kota ke tingkat provinsi. Pada saat kepala desa atau lurah mengirimkan laporan formulir F2/2006 ke camat, harus ditembuskan ke kepala puskesmas. Pada saat camat mengirim laporan formulir F3/2006 ke tingkat kabupaten/kota (Dinas catatan Sipil, bagian pemerintah, Dinas Transmigrasi dan kependudukan, dll) harus ditembuskan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Pada saat Kabupaten/kota mengirim laporan formulir F4/2006 ke tingkat provinsi (Biro pemerintah, Dinas Transmigrasi dan kependudukan, dll) harus ditembuskan ke Dinas Kesehatan provinsi. Selanjutnya Biro pemerintahan, Dinas Transmigrasi dan kependudukan serta Dinas Kesehatan provinsi Sumatera Selatan merekap laporan F4/2006 ke dalam formulir F5/2006 dan formulir (REC.L.PEMDIKM/2000. Fungsi dari dua formulir tersebut berbeda. Formulir F5/2006 untuk memberikan informasi jumlah kematian ibu sedangkan formulir REC.L.PEMDIKM/2000 Untuk dikirim ke Departemen Dalam Negeri sebagai laporan kejadian vital penduduk.

Hal tersebut sesuai dengan harapan para informan di tingkat provinsi yang mengharapkan pembenahan di sistem registrasi penduduk. Para informan juga mengharapkan sistem informasi kematian ibu bisa terintegrasi dengan sistem administrasi kependudukan yang sudah ada sehingga tidak perlu membuat sistem yang baru. Informan kunci dari pemerintah daerah provinsi Sumatera Selatan memberikan peluang untuk mensinergikan sistem informasi kematian ibu ini dengan sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan vital penduduk yang sudah ada, tetapi perlu disiapkan dengan matang, seperti ungkapan para informan berikut:

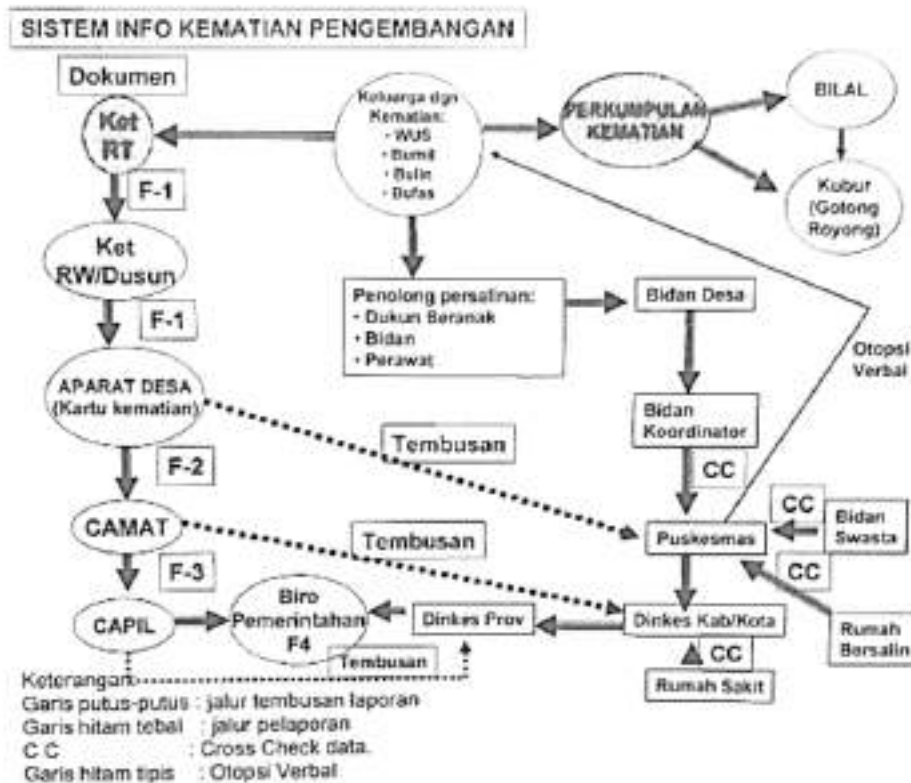
"Benahi sistem pelaporan yang ada, misalnya pendataan registrasi penduduk. ".
(SS.7)

"Sangat memungkinkan untuk disinergikan dengan info AKI tetapi perlu disiapkan lebih lanjut dengan membentuk tim persiapan". (BP SS.1)

Sementara itu jalur pelaporan yang ada di sektor kesehatan (dari bidan desa sampai ke dinas kesehatan provinsi) tetap berjalan seperti biasa, sehingga data yang masuk dari jalur kependudukan Departemen Dalam negeri bisa di cross check (CC) dengan data yang masuk dari jalur kesehatan. Setelah petugas puskesmas menerima laporan kematian ibu baik dari jalur kesehatan maupun jalur

kependudukan Departemen Dalam Negeri, maka harus segera dilakukan kunjungan ke keluarga almarhumah untuk melakukan otopsi verbal menggunakan kuesioner otopsi verbal kematian maternal dari Departemen Kesehatan, tidak lebih dari 7 hari setelah menerima laporan.

Pengembangan Sistem informasi kematian ibu yang terintegrasi dengan Administrasi Kependudukan secara skematik dapat dilihat pada bagan 6.4 berikut:



Bagan 6.4. Model Pengembangan Sistem Informasi kematian Ibu Terintegrasi dengan Pelaporan Kejadian Vitak penduduk

Apabila sistem tersebut berjalan dengan baik, maka dapat diharapkan informasi tentang jumlah kematian ibu secara periodik tapi harus melaksanakan survei khusus. Tentu saja, sebelum sistem ini ditetapkan dengan regulasi yang kuat (PERDA) harus melalui tahapan uji coba terlebih dahulu sehingga dapat diketahui kelemahan dan kelebihanannya untuk selanjutnya dilakukan penyempurnaan.

Hal tersebut telah dilakukan oleh beberapa negara di dunia, misalnya Brazil. Sejak tahun 1950 Brazil telah mempunyai sistem pencatatan kematian rutin. Melalui beberapa revisi dan modifikasi sistem, maka saat ini Brazil telah mempunyai sistem pencatatan kematian rutin yang dapat menginformasikan jumlah kematian beserta sebab kemalihan sehingga dapat diidentifikasi kematian ibu. Hukum Brazil mewajibkan setiap dokter mencatat setiap kematian yang terjadi sekaligus menjelaskan penyebab kematiannya. Sistem ini mampu mencakup 90% dari seluruh kematian. Dalam menunjang program perbaikan kualitas pencatatan angka kematian ibu, pemerintah Brazil

membentuk Komite Nasional yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Pada tingkat pemerintahan yang lebih rendah (Provinsi dan Kabupaten) dibentuk Komite Daerah. Sedangkan di tingkat kecamatan dibentuk Komite Kematian Ibu. Dengan pendekatan diatas, pencatatan dan pelaporan kematian ibu menjadi lebih baik (Rahmawati, T,2005).

Dengan demikian, perlu dibentuk kelembagaan yang akan memonitor dan mengevaluasi "sistem informasi kematian ibu terintegrasi dengan administrasi kependudukan" mulai dari tingkat kecamatan sampai tingkat provinsi. Berhubung pengembangan ini merupakan inovasi di tingkat provinsi, maka belum perlu dibentuk kelembagaan di tingkat pusat. Lembaga tersebut adalah:

1. Tingkat Provinsi: Komite Kematian Ibu Daerah Sumatera Selatan dengan anggota Dinas Kesehatan, Biro Pemerintahan, Biro Pemberdayaan Perempuan, BAPPEDA, Dinas Transmigrasi dan kependudukan, BKKBN, TP PKK Kanwil Agama dan Badan Litbang Daerah.
2. Tingkat kabupaten/kota: Komite Kematian Ibu Kabupaten/Kota dengan anggota Dinas Kesehatan, Dinas Catatan Sipil, Bagian Pemerintahan, Bagian Pemberdayaan Perempuan, BAPPEDA, Dinas Transmigrasi dan kependudukan, BKKBN Dinas Pemakaman Kandep Agama dan TP PKK.
3. Tingkat kecamatan: Komite Kematian Ibu dengan anggota Puskesmas, Camat, KUA, dan TP PKK.

Secara skematis tingkatan kelembagaan sistem informasi kematian ibu dapat dilihat pada bagan 6.5 berikut:



Bagan 6.5. Struktur Kelembagaan Sistem Informasi Kematian Ibu

Komite Kematian Ibu tingkat Propinsi didampingi oleh Tim asistensi, sedangkan di tingkat kabupaten/kota sampai tingkat kecamatan tidak ada Tim asistensi karena Tim asistensi yang ada di propinsi secara tidak langsung juga memberikan asistensi kepada Tim kabupaten/kota dan kecamatan.

Komite Kematian Ibu tingkat kecamatan mempunyai tugas sebagai berikut:

1. Memfasilitasi dan memberi bantuan teknis kepada aparat desa, bidan desa, Kepala dusun dan Ketua RT.
2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem informasi kematian Ibu sampai ke tingkat RT
3. Melaporkan Hasil Kegiatan ke Camat dan Kepala puskesmas.

Komite Kematian Ibu tingkat propinsi dan kabupaten/kota, mempunyai tugas sebagai berikut.:

1. Memfasilitasi dan memberikan bantuan teknis kepada Komite dibawahnya.
2. Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan advokasi penerapan sistem informasi kematian ibu.
3. Melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor
4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada komite dibawahnya.
5. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem informasi kematian ibu
6. Melaporkan hasil kegiatan ke Gubernur / Bupati.

Tim asistensi mempunyai tugas sebagai berikut

1. Mengamati dan mengkaji pelatihan sistem informasi kematian ibu
2. Memberikan masukan-masukan kepada Komite Kematian Ibu terhadap pelaksanaan sistem Kematian Ibu di Provinsi Sumatera Selatan
3. Memberikan bantuan teknis yang diperlukan oleh Komite Kematian Ibu

Sedangkan susunan keanggotaan Komite Kematian Ibu di tingkat provinsi sesuai dengan susunan berikut, sedangkan tingkat kabupaten/kota dan kecamatan menyesuaikan.

Susunan Keanggotaan
Komite Kematian Ibu tingkat Provinsi dan Tim Asistensi

Pelindung: Gubernur Sumatera Selatan.

Pengarah:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan
2. Kepala Biro Pemerintahan Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.
3. Kepala Biro Kesejahteraan Rakyat Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.
4. Kepala Bio Pemberdayaan Perempuan Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.

Ketua :

Wakil ketua :

Sekretaris :

Wakil Sekretaris:

Bendahara :

Tim Tehnis

1. Kepala Sub Din. Yankes, Dinkes
2. Kepala Bag. Kependudukan, Biro Pemerintahan
3. Kepala Bag. Kesehatan, Biro Kesra
4. Kepala Bag. Pemberdayaan Perempuan, Biro Pemberdayaan Perempuan
5. Kepala Sub. Din KB, BKKBN
6. Kepala Bag. Perencanaan Program, Bappeda

Tim Asistensi

1. Dr.Hj. Ekowati Retnaningsih, SKM. M.Kes
2. dr. Mohammad Zulkarnain. M. Med.Sc
3. dr. Irmitati.M.Kes

Uraian Tugas Komite Kematian Ibu Tingkat Kematian

1. Memfasilitasi dan member bantuan teknis kepada aparat desa, bidan desa, Kepala dusun dan Ketua RT.
2. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem informasi kematian ibu sampai ke tingkat RT
3. melaporkan Hasil Kegiatan ke Camat dan Kepala puskesmas.

Uraian Tugas Tim Asistensi

1. Mengamati dan mengkaji pelatihan sistem informasi kematian ibu
2. Memberikan masukan-masukan kepada Komite Kematian Ibu terhadap pelaksanaan sistem Kematian Ibu di Provinsi Sumatera Selatan
3. Memberikan bantuan teknis yang diperlukan oleh Komite Kematian Ibu

Uraian Tugas Komite Kematian Ibu tingkat Provinsi dan Kab/Kota

1. Memfasilitasi dan memberikan bantuan teknis kepada Komite dibawahnya.
2. Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan advokasi penerapan sistem informasi kematian ibu.
3. Melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor.
4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pada komite bawahnya.
5. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan sistem informasi kematian ibu.
6. Melaporkan hasil kegiatan ke Gubernur / Bupati.

BAB VII KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

7.1. KESIMPULAN

Kesimpulan hasil penelitian "Kajian Informasi Kesehatan: Hambatan Sistem Informasi Kematian Ibu Dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Sumatera Selatan" adalah:

1. Sistem informasi kematian ibu yang ada saat ini di Sumatera Selatan baik di wilayah perurban, wilayah pedesaan dan wilayah perkotaan tidak ada perbedaan. Masyarakat pada umumnya selalu menginformasikan kematian yang ada di keluarganya ke berbagai pihak dan tidak secara konsisten, yaitu disampaikan kepada: Ketua RT, Ketua Perkumpulan Kematian, Ketib/ Bilal/ P3N, Petugas masjid, dan Aparat desa. Telah ada sistem informasi kematian dalam sistem pencatatan dan pelaporan kejadian vital penduduk dari tingkat desa sampai provinsi, namun hanya direkap jumlah kematian. Data pendukung yang seharusnya ada di tingkat desa, tidak ditemukan di lokasi penelitian.
2. Hambatan penerapan sistem informasi kematian ibu di tingkat masyarakat:
 - a. Tidak ada pencatatan di tingkat RT dan desa serta tidak ada pelaporan kematian dari tingkat RT ke desa.
 - b. Tidak ada aturan formal yang mengharuskan masyarakat sampai tingkat RT untuk melaporkan kematian.
 - c. Belum merasa perlu melaporkan
 - d. Formulir tidak disediakan di tingkat RT
3. Hambatan tingkat institusi kesehatan:
 - a. Kesulitan Geografis
 - b. Keterbatasan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan
 - c. Bidan takut untuk melaporkan kematian ibu.
4. Hambatan sistem informasi kematian ibu di tingkat institusi non-kesehatan:
 - a. Merasa tidak pernah diminta laporan kematian secara terperinci.
 - b. Formulir tidak disediakan.
5. Informan potensial adalah: Ketua RT, Ketua Perkumpulan kematian dan Penolong persalinan. Sedangkan Sistem informasi potensial yang sudah ada adalah Sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk (tingkat desa sampai provinsi)

6. Telah dihasilkan sistem informasi kematian yang merupakan modifikasi dari Sistem pelaporan pendaftaran dan pencatatan kejadian vital penduduk (tingkat desa sampai provinsi) beserta jenis dan tingkat kelembagaannya dari tingkat kecamatan sampai provinsi.

7.2. REKOMENDASI

Hasil penelitian ini merekomendasikan:

1. Uji coba sistem informasi kematian ibu beserta kelembagaannya, hasil pengembangan dalam kajian ini minimal di 3 kab/kota terpilih untuk menilai efektifitasnya (validitas & feasible).
2. Dibentuk Komite Kematian Ibu dari tingkat provinsi sampai tingkat kecamatan.
3. Dilaksanakan kegiatan untuk mewujudkan issue publik tentang AKI.
4. Dibentuk Forum Organisasi Profesi Kesehatan untuk memonitor dan mensosialisasikan kode etik profesi serta regulasi bagi penolong persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

1.Undang-Undang Otonomi Daerah, Pustaka Pergaulan; Jakarta, 2004
2.Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Milenium Indonesia, 2005.
3. BPS. Sumatera Selatan Dalam Angka, BPS Propinsi Sumatera Selatan; Palembang, 2004.
4. BPS. Statistik Kesejahteraan Rakyat Sumatra Selatan, BPS Provinsi Sumatera Selatan; Palembang, 2004.
5. Departemen Kesehatan. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Departemen Kesehatan; Jakarta, 2006.
6. Departemen Kesehatan. Pedoman Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa, Departemen Kesehatan; Jakarta, 2006.
7. Departemen Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia 2004. Departemen Kesehatan; Jakarta, 2006.
8. Departemen Kesehatan. et.al. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, Dep.Kes; Jakarta, 2005.
9. Departemen Kesehatan. Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal Di Tingkat Kabupaten/Kota, Departemen Kesehatan; Jakarta, 2003.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Selatan. Profil Kesehatan Sumatera Selatan 2004, Palembang, 2005.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Laporan Kinerja Kesehatan Keluarga dan Reproduksi Sub.Din. Pelayanan Kesehatan Tahun 2005, Palembang, 2005.
12. Martaadisoebrata D. et.al., Martaadisoebrata D. Et.al. (editor). Strategi Pendekatan Resiko; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
13. Martha E. Penelitian Kualitatif tentang Faktor Penghambat dan Pemudah Pelaporan Kematian Oleh Masyarakat di desa Sentul Kecamatan Kragilan, kabupaten serang dan Desa Bulagor, Kecamatan Pagelaran, Kabupaten pandeglang. Makalah Seminar Sehari Memperingati Hari Kesehatan Sedunia. Jakarta, 2005.
14. McLeod, Raymond. Sistem Informasi Manajemen Jilid I. Simon & Schuster Pte.Ltd, Jakarta, 1995.
15. Notoadmodjo,S. Pendidikan dan perilaku Kesehatan. Rineka Cipta;Jakarta, 2003.
16. Qomariah SN, et al. Ringkasan Hasil penelitian Kematian Ibu di kabupaten Serang dan Pandeglang Provinsi Banten: Berapa, Kapan, Dimana, Siapa dan mengapa? Makalah Simposium Nasional Komunikasi Hasil Penelitian Impact Indonesia mengenai Program Penempatan Bidan di Desa dalam kaitannya dengan Kematian Ibu, Bogor, 2006.
17. Rahmawati T. Keberhasilan Brazil Memperbaiki Sistem Pencatatan Kematian Maternal, IMPACT Indonesia dalam <http://www.impact.or.id>, 2005
18. Rochjati P, Martaadisoebrata D. Et.al. (editor). Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.

19. Saifuddin B, Martaadisoebrata D, et.al. (editor). Upaya Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
20. Soejonoes A, Martaadisoebrata D, Et.al. (editor). Audit Maternal Perinatal; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
21. Subakti S. Review of Indicator and Identification of Statistical Data Use In regional Development Planning, BPS dan UNFPA; Jakarta, 2005.
22. Sujaningrat A, Martaadisoebrata D, et.al. (editor). Keluarga Berencana dalam kesehatan Reproduksi manusia; Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, 2005.
23. Thabrany H. Telaah komprehensif Pemeliharaan Kesehatan Untuk Merancang Sistem Asuransi Kesehatan Yang Sustainable, Yayasan Pengembangan Kesehatan masyarakat Indonesia; Jakarta, 2000.
24. Thabrany H. Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia, Rajawali Press; Jakarta, 2005.
25. UNDP. Human Development Report 2005, <http://hdr.undp.org>
26. UNFPA dan BPS. Laporan Indikator Data Base 2004, BPS dan UNFPA; Jakarta, 2005.
27. UNFPA dan BPS. Laporan Indikator Data Base 2005, BPS dan UNFPA; Jakarta, 2006.
28. UNFPA. Ringkasan Program Aksi Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, UNFPA; Jakarta.
29. UNFPA, BPS dan Bappenas. Ekonomi dari Demokrasi; membiayai Pembangunan Manusia Indonesia, UNFPA, BPS dan Bappenas; Jakarta, 2004.

Susunan Keanggotaan
Komite Kematian Ibu tingkat Provinsi dan Tim Asistensi

Pelindung: Gubernur Sumatera Selatan.

Pengarah:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan
2. Kepala Biro Pemerintahan Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.
3. Kepala Biro Kesejahteraan Rakyat Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.
4. Kepala Bio Pemberdayaan Perempuan Pemerintah Propinsi Sumatera Selatan.

Ketua :

Wakil ketua :

Sekretaris :

Wakil Sekretaris:

Bendahara :

Tim Tehnis

1. Kepala Sub Din. Yankes, Dinkes
2. Kepala Bag. Kependudukan, Biro Pemerintahan
3. Kepala Bag. Kesehatan, Biro Kesra
4. Kepala Bag. Pemberdayaan Perempuan, Biro Pemberdayaan Perempuan
5. Kepala Sub. Din KB, BKKBN
6. Kepala Bag. Perencanaan Program, Bappeda

Tim Asistensi

1. Dr.Hj. Ekowati Retnaningsih, SKM. M.Kes
2. dr. Mohammad Zulkarnain, M. Med.Sc
3. dr. Imitati, M.Kes

Kajian Informasi Kesehatan Hambatan Sistem Informasi Kematian Ibu

ORIGINALITY REPORT

11%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	docobook.com Internet	1144 words — 5%
2	docplayer.info Internet	586 words — 3%
3	inovasiekowati.wordpress.com Internet	267 words — 1%
4	informasidata.blogspot.com Internet	135 words — 1%
5	www.balitbangnovdasumsel.com Internet	120 words — 1%

EXCLUDE QUOTES OFF

EXCLUDE MATCHES < 1%

EXCLUDE BIBLIOGRAPHY ON