

**DETERMINAN KEJADIAN MATERNAL NEAR MISS DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SEKUNDER SDKI 2007)***DETERMINANT OF MATERNAL NEAR MISS INCIDENCE IN INDONESIA
(ANALYSIS OF SECONDARY DATA SDKI 2007)***Sindu Setia¹, Rini Mutahar², Suci Destriatania²**¹Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya²Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya**ABSTRACT**

Background : According to WHO (2009) Maternal near miss is a "woman who nearly died but survived the complications that occur during pregnancy, childbirth or during the 42 days after delivery." Women who experienced maternal near miss can provide adequate information related to the state is going through. By knowing the characteristics of mothers who experienced maternal near miss and the outcome of the incident prevention can be done.

Methods : This study is a further analysis of the SDKI data (2007) and using the analytical method with a cross-sectional study design. The sample of this study were women aged 15-49 years had married and had a child last born alive or dead 5 years before and have completeness complications data of pregnancy and childbirth survey; 14 559 respondents. Data analysis techniques with univariate and bivariate statistical test chi-square and weighted the attention cluster and strata.

Results : The prevalence of maternal near miss was 341 (2.3%). Independent variables revealed statistically associated with the incidence of maternal near miss is that women with low education (OR = 1.45 and 95% CI = 1.02 to 2.05), spacing births (OR = 1.81 and 95% CI = 1, 19 to 2.75), where the birth (OR = 0.55 and 95% CI = 0.33 to 0.90), and women with a history of cesarean delivery (OR = 1.67 and 95% CI = 1.06 - 2.61). While perinatal outcomes associated with the incidence of maternal near miss is a low birth weight (LBW) (OR = 2.50 and 95% CI = 1.49 to 4.18), stillbirth (stillbirth) (OR = 12.18 and 95% CI 3.60 to 41.20), early infant death (early neonatal death) (OR = 2.62 and 95% CI = 1.17 to 5.83).

Conclusion : Some of the variables associated with the incidence of maternal near miss can be modified to increase the traffic of atennal care to detect women who are at risk. So it can reduce the effect of maternal near miss incident

Keywords : Maternal Near Miss, Maternal Morbidity complications of labor, Complications of Pregnancy

ABSTRAK

Latar Belakang : Menurut WHO (2009) maternal near miss merupakan "wanita yang hampir meninggal tetapi dapat bertahan hidup dari komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan atau selama 42 hari setelah persalinan". Wanita yang mengalami maternal near miss dapat memberikan informasi yang adekuat terkait keadaan yang dialaminya. Sehingga dengan mengetahui karakteristik ibu yang mengalami kejadian maternal near miss dan outcome dari kejadian tersebut maka dapat dilakukan pencegahan.

Metode : Penelitian ini merupakan analisis lanjutan dari data SDKI 2007 dan menggunakan metode analitik dengan desain studi cross-sectional. Sampel penelitian ini merupakan wanita yang berumur 15-49 tahun pernah menikah dan memiliki anak terakhir yang lahir hidup atau mati 5 tahun sebelum serta memiliki kelengkapan data komplikasi kehamilan dan persalinan survei sebanyak 14559 responden. Teknik analisis data secara univariat dan bivariat dengan uji statistik chi-square dan dilakukan pembobotan yang memperhatikan cluster dan strata.

Hasil Penelitian : Prevalensi kejadian maternal near miss sebanyak 341 (2,3%). Variabel independen yang dinyatakan berhubungan secara statistik dengan kejadian maternal near miss yaitu wanita yang berpendidikan rendah (OR=1.45 dan 95%CI =1,02-2,05), jarak kelahiran (OR=1,81 dan 95% CI=1,19-2,75), tempat persalinan (OR=0,55 dan 95%CI= 0,33-0,90), dan wanita yang memiliki riwayat persalinan Caesar (OR=1,67 dan 95%CI= 1,06- 2,61). Sedangkan outcome perinatal yang berhubungan dengan kejadian maternal near miss adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) (OR=2,50 dan 95%CI= 1,49-4,18), bayi lahir mati (Stillbirth) (OR=12,18 dan 95%CI 3,60-41,20), kematian bayi dini (early neonatal death) (OR=2,62 dan 95%CI=1,17-5,83).

Kesimpulan : Beberapa variabel yang berhubungan dengan kejadian maternal near miss dapat dimodifikasi dengan meningkatkan kunjungan antenatal care untuk mendeteksi ibu yang berisiko. Sehingga dapat memperkecil akibat kejadian maternal near miss

Kata Kunci : Maternal Near Miss, Komplikasi Persalinan, Komplikasi Kehamilan

PENDAHULUAN

Di Indonesia angka kematian ibu masih relatif tinggi yaitu 228/100.000 kelahiran hidup.¹ Hal ini berbanding terbalik dengan negara maju yang angka kematian ibu tergolong rendah. Jarangnya kejadian kematian ibu di negara maju memicu negara maju untuk mengembangkan penelitian tentang maternal near miss yang dapat digunakan sebagai indikator pelayanan kebidanan (obstetric). Menurut WHO, maternal near miss merupakan “wanita yang hampir meninggal tetapi dapat bertahan hidup dari komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan atau selama 42 hari setelah persalinan”.^{2,3} Pada kenyataannya, kasus kejadian maternal near miss lebih banyak daripada kejadian kematian ibu, perbandingannya kejadian maternal near miss dengan kejadian kematian ibu di Brazil sebesar 37 :1.⁴

Selama ini angka kematian ibu dan penyebab kematian ibu diperkirakan dengan metode wawancara terhadap saudara perempuan yang meninggal, akan tetapi metode ini seringkali tidak menggambarkan secara jelas apa yang dialami oleh ibu yang mengalami kematian.⁵ Kejadian maternal near miss memiliki karakteristik yang hampir sama dengan kejadian kematian ibu.² Wanita yang mengalami kejadian maternal near miss dapat memberikan informasi yang lebih sensitive dan akurat yang menggambarkan keadaan wanita tersebut selama mengalami komplikasi kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan.^{5,6} Dengan mengkaji kejadian maternal near miss dapat diketahui informasi mengenai faktor risiko, dan faktor yang perlu dihindari bahkan faktor yang harus diperbaiki yang terkait dengan maternal near miss tersebut. Sehingga dengan mengetahui faktor-faktor tersebut dapat dilakukan tindakan aksi untuk

mengurangi kematian ibu dan akibat jangka panjang yang ditimbulkan dari maternal morbiditas.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis lanjutan data sekunder SDKI 2007 dengan menggunakan rancang *cross sectional* dan metode analitik. Kriteria inklusi yaitu wanita yang berumur 15-49 tahun menikah, hamil/melahirkan anak terakhir selama kurun 2002-2007, mengalami atau tidak mengalami tanda-tanda komplikasi kehamilan dan persalinan. Sedangkan kriteria eksklusi adalah wanita yang tidak memiliki data yang lengkap mengenai tanda-tanda komplikasi kehamilan dan persalinan. Besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus uji beda 2 proporsi dengan menggunakan OR dari penelitian sebelumnya dan memperhitungkan efek desain dan didapat jumlah sampel minimal yang terbesar 7724. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi semua populasi dalam penelitian ini diambil sebagai sampel. Sehingga jumlah total sampel sebanyak 14920.

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kejadian maternal near miss yang diidentifikasi secara pragmatik melalui variabel tanda-tanda komplikasi kehamilan dan persalinan. Variabel independen merupakan karakteristik sosio demografi, status reproduksi, kunjungan *anc*, tempat persalinan dan riwayat persalinan. Selain itu, penelitian ini juga melihat outcome perinatal (anak) yang dihasilkan. Data SDKI 2007 diperoleh dari website www.dhsmeasure.com dengan mengirimkan abstrak penelitian. Pengolahan data yang dilakukan hanya tabulasi dan pengecekan *missing value*. Variabel yang *missing* diuji dengan analisis listwise dan pairwise. *Missing value* yang ada

bersifat random dan perlakuan yang dilakukan menggunakan metode pairwise.

Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi setiap variabel sedangkan bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen, independen, dan variabel outcome. Analisis menggunakan bantuan statistik komputer dengan prosedur complex samples dengan mempertimbangkan pembobotan, strata dan cluster. Hal ini dikarenakan data yang digunakan merupakan data dari sebuah survei yang menggunakan desain kompleks¹ dimana pemilihan sampel menggunakan dua tahap yaitu strata dan cluster dan memiliki ketidak seimbangan dalam pemilihan sampel.

HASIL PENELITIAN

Kejadian maternal near miss diidentifikasi secara pragmatik dengan gabungan dari minimal 4 dari 13 variabel tanda-tanda komplikasi kehamilan dan persalinan.

Tabel 1.
Distribusi Kejadian Maternal Near Miss

	N=14920	%
<i>Maternal Near Miss</i>		
Ya	341	2,3
Tidak	14579	97,7

Berdasarkan tabel 1. diketahui bahwa prevalensi kejadian maternal near miss adalah 2,3 %. Kasus maternal near miss sebanyak 23 dari 1000 kelahiran hidup.

Dari tabel 2. dapat diketahui bahwa banyak responden yang berumur 20-34 (7,2%), berpendidikan SMA (47,6%), tidak bekerja (53,9%), tinggal di desa (57,9%), memiliki pasangan (97,5), paritas 2-3 (46,7%), ≥ 59 bulan (48,2%), kunjungan *antenatal care* ≥ 4 kali (81,7%), bersalin dirumah (51,8%), dan memiliki riwayat persalinan caesar (92,3%).

Tabel 2.
Distribusi karakteristik sosial demografi, status reporduksi dan riwayat kesehatan

Variabel	N=14920	%
Umur		
≤ 19 tahun	446	3
20-34 tahun	10779	72,2
≥ 35 tahun	3695	24,8
Pendidikan*		
Tidak Sekolah	486	3,2
SD, SMP	6136	41,1
SMA	7116	47,6
Perguruan Tinggi	1180	7,9
Bekerja*		
Ya	6829	45,8
Tidak	8054	53,9
Daerah Tempat Tinggal		
Desa	8636	57,9
Kota	6284	42,1
Status Perkawinan		
Tidak ada pasangan (Cerai-Hidup/cerai Mati)	376	2,5
Ada Pasangan (menikah)	14544	97,5
Paritas		
1	5170	34,6
2-3	6972	46,7
≥ 4	2778	18,6
Jarak Kelahiran**		
<24 bulan	1083	7,2
24 bulan-58 bulan	3949	26,5
≥ 59 bulan	4684	31,4
Antenatal Care		
tidak ada kunjungan (0)	682	4,6
Tidak cukup (1-3)	2038	13,7
Cukup (≥ 4 kali)	12200	81,7
Tempat Persalinan*		
Rumah	7731	51,8
Fasilitas kesehatan publik	1564	10,5
Fasilitas kesehatan privat	5612	37,6
Riwayat Persalinan (Caesar)*		
Ya	1083	7,3
Tidak	13767	92,3

* Variabel memiliki missing <1%

**Paritas 1 tidak memiliki jarak kelahiran

Tabel 3.
Distribusi Variabel Outcome

	N=14920	%
BBLR*		
BBLR	780	5,2
Non BBLR	11729	78,6
Stillbirth		
Ya	56	0,4
Tidak	14864	99,6
Early neonatal Death		
Ya	62	0,4
Tidak	14858	99,6

* Variabel memiliki missing

Pada tabel 3. variabel outcome perinatal yang paling banyak adalah bayi yang tidak mengalami BBLR, stillbirth dan early neonatal death. Rate stillbirth dan early neonatal death sebesar 3,8 dan 4,2 per 1000 kelahiran hidup.

Tabel 4.
Hubungan variabel independen dengan kejadian maternal near miss

Variabel	P Value	RP CI (95%)
Umur		
Risiko Tinggi	0,087	1,36 (0,95-1, 94)
Risiko Rendah		1
Pendidikan		
Rendah	0,034*	1,45 (1,02-2,05)
Tinggi		1
Bekerja		
Ya	0,440	0,87 (0,61-1,23)
Tidak		1
Tempat Tinggal		
Desa	0,13	1,30 (0,91-1,68)
Kota		1
Status Kawin		
Tidak ada pasangan (Cerai hidup/mati)	0,927	1,03 (0,47-2,26)
Ada pasangan (Menikah)		1
Paritas		
Risiko tinggi (1 atau ≥4)	0,784	1,01 (0,71-1,55)
Risiko Rendah (2-3)		1
Jarak Kelahiran		
Risiko Tinggi	0,005*	1,81 (1,19-2,75)
Risiko Rendah		1
Kunjungan ANC		
Tidak Cukup (<4 kali)	0,986	1,00 (0,64-1,57)
Cukup (≥4 kali)		1
Tempat Persalin		
Swasta	0,016*	0,55 (0,33-0,90)
Publik		1
Riwayat Persalinan		
Ya	0,024*	1,67 (1,06- 2,61)
Tidak		1

*p value<0,05

Berdasarkan tabel 4. menunjukkan bahwa hasil analisis bivariat melalui uji *Chi-Square* dengan menggunakan aplikasi komputer untuk statistik maka di diperoleh nilai *p-value*, *Ratio Prevalence (RP)* dan *Confidence Interval 95%*, sehingga dapat disimpulkan bahwa dari 10 variabel *independent* yang diteliti dalam penelitian ini hanya terdapat 4 variabel *independent* yang dinyatakan ada hubungan yang bermakna secara statistik yaitu tingkat pendidikan responden (*p-value* = 0,034), jarak kelahiran anak responden ≥59 bulan (*p-value* = 0,006), tempat persalinan (*p-value* = 0,043 dan 0,016), riwayat persalinan (*p-value* = 0,024).

Sedangkan semua variabel outcome yakni berat bayi lahir rendah (BBLR), stillbirth, dan early neonatal death memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan kejadian maternal near miss.

Tabel 5.
Hubungan antara kejadian maternal near miss dan outcome perinatal

Variabel Maternal Near Miss	BBLR				P Value	RP CI (95%)
	Ya		Tidak			
	N	%	n	%		
Ya	41	25	2,9	75	0,000*	2,50 (1,49-4,18)
Tidak	739	11,6	10804	88,4		
Stillbirth						
Ya	12	3,5	329	96,5	0,000*	12,18 (3,60-41,20)
Tidak	44	0,3	14535	99,7		
Early Neonatal Death						
Ya	4	1	338	99	0,015*	2,62 (1,17-5,83)
Tidak	58	0,4	14520	99,6		

* P velue <0,05

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan kejadian *maternal near miss*. Sejalan dengan temuan Souza JP, *et al* yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur ibu >35 tahun dengan kejadian *maternal near miss*.⁷ Penelitian lain menyimpulkan bahwa ibu yang berumur >35 tahun berpeluang 1,46 kali untuk mengalami kejadian *maternal near miss*.⁸ Di Brazil ditemukan bahwa ada hubungan umur ibu 40-49 tahun dengan kejadian *maternal near miss*.⁹ Kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun dan wanita yang berusia >35 tahun memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami kejadian *maternal near miss*. Secara umum pada saat wanita berusia remaja (15-19) organ reproduksi belum tumbuh dengan maksimal sedangkan pada wanita usia >35 tahun memiliki kondisi fisik yang menurun atau ada penyakit kronis.¹⁰

Ketidaktermaknaannya hubungan ini dapat faktor lain dapat memberikan kontribusi untuk kejadian *maternal near miss* misalnya kurangnya pengetahuan dan pendidikan remaja tentang kehamilan yang dialami dan sikap mental yang belum siap terutama pada kehamilan yang tidak direncanakan. Sedangkan pada wanita yang berusia >35 tahun jika diikuti dengan paritas yang banyak juga dapat meningkatkan resiko kejadian *maternal near miss*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan kejadian *maternal near miss*. Penelitian lain menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian *maternal near miss*.⁹

Menurut Chauhan,¹¹ tingkat pendidikan mempengaruhi ibu dalam memelihara kesehatannya. Pada umumnya ibu hamil dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya akan berkunjung ke pelayanan *antenatal care*, mengerti tentang asupan gizi yang sesuai untuk kesehatannya dan bayi yang dikandung.

Ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi secara tidak langsung akan semakin percaya diri dan memiliki status sosial misalnya dalam menyumbang pemikiran tentang jumlah anak yang diinginkan, pemilihan tempat persalinan dan adanya kesetaraan gender antara si ibu dengan suami.¹² Dengan meningkatkan pengetahuan ibu tentang faktor risiko bahaya komplikasi kehamilan dan persalinan melalui penyuluhan dan pelayanan *antenatal care* maka bahaya komplikasi kehamilan dapat diantisipasi. Sehingga jika terjadi komplikasi kehamilan dan persalinan, ibu mengerti apa yang harus dilakukan untuk menanggulangi keadaan tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara ibu yang bekerja dengan kejadian *maternal near miss*. Sesuai dengan penelitian Souza JP *et al* (2010) yang menyatakan tidak ada hubungan antara ibu yang bekerja dengan kejadian *maternal near miss*.⁹ Sedangkan Napoleon menyimpulkan bahwa ada hubungan antara ibu yang bekerja dengan kejadian *maternal near miss* dan proporsi kejadian *maternal near miss* lebih banyak terjadi pada ibu rumah tangga (96,1%).¹³ Benson Ralp berpendapat pada dasarnya ibu hamil dapat tetap bekerja akan tetapi jenis pekerjaan yang dilakukan oleh ibu hamil tidak boleh mendatangkan kelelahan yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan bayi.¹⁴ Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan penelitian Napoleon dilakukan di rumah sakit dengan kriteria tanda-tanda klinis berdasarkan data rekam medis pasien yang mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan. Selain itu pada penelitian ini tidak melihat jenis pekerjaan ibu apakah berat atau tidak.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara daerah tempat tinggal dengan kejadian *maternal near miss*. Di Sudan, ditemukan bahwa daerah tempat tinggal tidak memiliki hubungan dengan terjadinya *maternal near miss*.¹⁵ Senada Souza JP *et al* menyimpulkan bahwa

tidak ada hubungan daerah tempat tinggal dengan kejadian *maternal near miss*.⁹ Meskipun pada sampel penelitian tersebut ibu yang bertempat tinggal di kota besar berpeluang 1,13 kali lebih besar untuk mengalami kejadian *maternal near miss* dibandingkan ibu yang tinggal di daerah lainnya. Sedangkan WHO dan UNFPA menyatakan daerah pedesaan dan daerah yang miskin memiliki hubungan dengan kesakitan dan kematian ibu. Namun kejadian *maternal near miss* tidak disebabkan oleh penyebab tunggal.^{16,17} Ada banyak faktor lainnya yang dapat berkontribusi dalam kejadian *maternal near miss*. Tidak ada hubungan antara daerah tempat tinggal dengan kejadian *maternal near miss* dapat disebabkan ada faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap kejadian *maternal near miss*. Misalnya ketersediaan fasilitas layanan kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Goffman *et al* dan Souza di Brazil yang menyatakan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian *maternal near miss*.^{9,18} Hal ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Souza JP *et al* lainnya yang menemukan bahwa ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian *maternal near miss* dimana wanita yang tidak memiliki pasangan berpeluang 1,15 kali mengalami kejadian *maternal near miss*.⁷

Status perkawinan yang mendukung terjadinya kematian *maternal* adalah status tidak menikah. Status ini merupakan indikator dari suatu kehamilan yang tidak diharapkan atau direncanakan. Wanita dengan status perkawinan tidak menikah atau tidak memiliki pasangan pada umumnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan (*antenatal care*), yang mengakibatkan tidak terdeteksinya kelainan pada masa kehamilan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi.¹⁹ Tidak adanya hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kejadian *maternal near miss* dapat disebabkan adanya perbedaan

criteria dalam mengidentifikasi kejadian *maternal near miss*. Pada penelitian sebelumnya dilakukan di fasilitas kesehatan dan menggunakan data rekam medis pasien.

Hasil penelitian ini sama dengan di Sudan yang menyatakan tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian *maternal near miss*.¹⁵ Sedangkan penelitian lainnya menemukan bahwa paritas memiliki hubungan dengan kejadian *maternal near miss* dimana paritas risiko tinggi memiliki peluang lebih besar mengalami kejadian *maternal near miss*.^{7,13} Kelainan persalinan lebih sering terjadi pada wanita yang nulipara dan diikuti oleh umur >35 tahun (Cunningham, *et al*2005). Sedangkan ibu yang multipara (memiliki anak lebih dari 4) juga merupakan faktor risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan. Paritas juga dapat mempengaruhi ibu untuk bersalin dengan cara caesar. Apabila ibu memiliki paritas risiko tinggi dan memiliki riwayat caesar maka akan meningkatkan kejadian *maternal near miss*.¹⁰

Tidak adanya hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian *maternal near miss* dapat disebabkan proporsi responden dengan paritas risiko tinggi yang mengalami kejadian *maternal near miss* hampir sama dengan responden dengan paritas risiko tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan kejadian *maternal near mis*

Jarak kelahiran yang disarankan oleh Depkes adalah 2 tahun atau 24 bulan, sehingga ibu dapat memulihkan kesehatannya pasca melahirkan dan laktasi. Selain itu, jika jarak kehamilan dekat maka cadangan nutrisi ibu akan berkurang dan dapat mempengaruhi status gizi ibu.²⁰ Sedangkan Agudelo dan Belizan JM menyatakan jarak kelahiran kurang dari 6 bulan dapat meningkatkan kematian ibu, pendarahan pada trimester ketiga, bayi prematur, dan anemia. Pada jarak kelahiran lebih dari 59 bulan berhubungan dengan peningkatan risiko preklamsia dan eklamsia serta diabetes mellitus saat kehamilan. Bahkan jarak kelahiran berisiko

tinggi berdampak pada hasil perinatal seperti berat bayi lahir rendah, *early neonatal death*, dan *fetal death*.²¹ Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Agudelo dan Belizan. Jarak kelahiran ≥ 59 bulan tidak dapat dicegah. Namun di monitor dengan melakukan kunjungan *antenatal care* sehingga perkembangan kondisi kesehatan ibu dan janin dapat dipantau. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi memburuknya kondisi kesehatan ibu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ali, di negara Sudan dan pendapat Souza bahwa tidak ada hubungan antara kunjungan *antenatal care* dengan kejadian *maternal near miss*.^{9,15} Pelayanan *antenatal care* bertujuan untuk mendeteksi sedini mungkin faktor-faktor penyulit kehamilan dan mempersiapkan persalinan yang aman serta memberikan pendidikan kepada ibu hamil. Untuk mencapai tujuan tersebut maka ibu sebaiknya melakukan kunjungan ke pelayanan antenatal lebih dari 3 kali.²² Berdasarkan data SDKI 2007 ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* cukup (>4) lebih banyak mengalami kejadian komplikasi kehamilan dan persalinan. Sedangkan ibu yang tidak melakukan kunjungan antenatal lebih sedikit mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan.¹

Ketidakbermaknaan ini dapat disebabkan proporsi responden dengan kunjungan *antenatal care* tidak cukup sama dengan proporsi responden dengan kunjungan *antenatal care* cukup. Kemudian pada penelitian ini kunjungan *antenatal care* tidak ditinjau berdasarkan kualitas *antenatal care* dan tidak memantau kunjungan *antenatal care* per trimester. Karena bahaya kehamilan biasanya akan meningkat pada trimester ke tiga. Selain itu, responden mungkin saja mengalami keguguran sehingga tidak berkunjung ke pelayanan *antenatal care* untuk periode berikutnya. Bahkan ada kemungkinan bahwa responden yang tidak pernah melakukan kunjungan *antenatal care* mungkin tidak mengetahui bahwa dirinya

mengalami komplikasi selama kehamilan. Sehingga pada saat wawancara responden tersebut menyatakan bahwa dirinya tidak mengalami komplikasi kehamilan.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Sasmita, *et al* di Indonesia menyatakan bahwa ada hubungan antara tempat persalinan dengan kejadian *maternal near miss*.²³ Dan proporsi kejadian *maternal near miss* lebih banyak di fasilitas kesehatan publik.²³ Sedangkan Souza JP, *et al* membedakan kategori tempat bersalin dengan fasilitas kesehatan publik, swasta, dan fasilitas kesehatan yang memiliki jaminan social. Wanita yang bersalin di fasilitas kesehatan jaminan sosial memiliki hubungan dengan kejadian *maternal near miss* dibandingkan fasilitas kesehatan publik dan merupakan faktor risiko dengan rentang Sedangkan fasilitas kesehatan swasta merupakan faktor protektif dengan kejadian *maternal near miss* dibandingkan fasilitas kesehatan publik dengan rentang.⁹

Berdasarkan penelitian di Palestina tahun 2010 dalam laporan UNFPA (2012) menyatakan kejadian *maternal near miss* lebih banyak terjadi di fasilitas kesehatan publik (rumah sakit pemerintah). Hal tersebut dikarenakan dokter spesialis kebidanan merujuk responden yang mengalami komplikasi ke rumah sakit pemerintah tempat dokter tersebut bekerja, dokter swasta tidak mungkin merujuk responden yang mengalami komplikasi ke rumah sakit atau kliniknya untuk menghindari tingginya angka kematian ibu dikliniknya, responden tidak mampu membayar biaya di rumah sakit swasta dan biasanya rumah sakit pemerintah melayani asuransi kesehatan masyarakat. Hasil penelitian ini sama dengan beberapa penelitian sebelumnya, namun perlu dilakukan penelitian lebih lanjut di Indonesia untuk menemukan alasan tingginya proporsi kejadian *maternal near miss* di rumah sakit pemerintah.²⁴

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Goffman, *et al* dan Souza JP, *et al*

menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara riwayat persalinan Caesar dengan kejadian *maternal near miss*.^{9,18} Berdasarkan penelitian Villar,*et al* menyimpulkan bahwa persalinan secara caesar positif menyebabkan kejadian *maternal near miss* dan kematian ibu. Jika ibu memiliki riwayat Caesar maka pada saat persalinan berikutnya akan melakukan persalinan dengan cara Caesar. Persalinan Caesar tidak dianjurkan untuk dilakukan akan tetapi jika ibu memiliki komplikasi kehamilan dan penyulit persalinan maka persalinan Caesar dapat dilakukan. Selain melihat karakteristik demografi, status reproduksi dan status kesehatan ibu kejadian *maternal near miss* juga dihubungkan dengan outcome perinatal. Pada penelitian ini ada tiga outcome perinatal yang diteliti yaitu BBLR, stillbirth dan early neonatal birth. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kejadian *maternal near miss* dengan BBLR, *stillbirth* dan *early neonatal death*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Souza JP, *et al* bayi yang BBLR memiliki ibu yang berpeluang 2,83 kali mengalami kejadian *maternal near miss* dibandingkan bayi yang tidak BBLR.⁷ Menurut Ariani dan Wianwiset ada hubungan antara komplikasi persalinan (pre eklamsia) dengan kejadian BBLR.^{26,27} Komplikasi kehamilan yang terjadi pada ibu selama hamil seperti pendarahan, preeklamsia, eklamsia dan kelahiran premature merupakan salah satu faktor BBLR. Dampak dari bayi yang mengalami BBLR ketika dewasa adalah diabetes, hipertensi dan jantung.²⁸ Sehingga ibu yang dideteksi mengalami risiko *near miss* harus mempersiapkan diri untuk intervensi kejadian BBLR.

Berdasarkan laporan Austalian dan New Zealand penyebab stillbirth adalah infeksi yang menyebabkan keguguran dan kelainan kehamilan. Sedangkan di New Zealand penyebab utama stillbirth adalah pendarahan sebelum kelahiran. WHO dan Law menyimpulkan selain infeksi saat

kehamilan, gangguan kesehatan ibu (misalnya hipertensi dan diabetes), gangguan pertumbuhan janin, dan kelainan konginetal, komplikasi persalinan termasuk penyebab dari kejadian stillbirth. Pada saat intrapartum berhubungan dengan kejadian *stillbirth*. Sedangkan pada saat antepartum penyebab stillbirth adalah infeksi yang dialami ibu dan pertumbuhan janin yang terganggu. Mayoritas stillbirth dapat dicegah, dengan memperbaiki status kesehatan ibu dan status gizi ibu selama masa kehamilan serta mendeteksi kehamilan yang memiliki risiko.^{30,31} Misalnya umur ibu diatas < 20 tahun atau > 35 tahun, jarak kelahiran < 24 bulan, ibu multipara.

Penelitian Souza JP *et al* menyatakan adanya hubungan positif antara kejadian kematian neonatal dini dengan kejadian *maternal near miss*.⁷ Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat WHO menyebutkan salah satu penyebab bayi meninggal setelah lahir adalah ibu yang mengalami komplikasi saat persalinan. Selain itu adanya praktek-praktek berbahaya setelah lahir yang menyebabkan bayi terkena infeksi. Sehingga selain faktor ibu, faktor pelayanan kesehatan juga berperan dalam menjaga agar bayi tidak mengalami kematian.³¹

KESIMPULAN DAN SARAN

Prevalensi kejadian *maternal near miss* di Indonesia berdasarkan data SDKI 2007 sebesar 2,3% dan sebanyak 23 kasus *maternal near miss* pada 1000 kelahiran hidup. Sebagian besar responden yang mengalami kejadian *maternal near miss* memiliki umur risiko tinggi (≤ 19 tahun dan ≥ 35 tahun), tingkat pendidikan rendah, status responden bekerja, tinggal di desa, tidak memiliki pasangan, paritas tinggi, jarak kelahiran ≥ 59 bulan, tempat bersalin di fasilitas kesehatan publik dan responden memiliki riwayat persalinan sebelumnya *Caesar*. Sedangkan variabel hasil (*outcome*) mayoritas responden yang mengalami *maternal near miss* melahirkan anak mengalami kejadian BBLR,

kejadian *stillbirth* dan kejadian *early neonatal death*. Pada variabel independen 4 dari antara 10 variabel tersebut memiliki hubungan dengan kejadian maternal near miss yaitu tingkat pendidikan, jarak kelahiran, fasilitas kesehatan dan riwayat persalinan *caesar*. Sedangkan bayi yang mengalami BBLR, *stillbirth*, dan *early neonatal death* memiliki hubungan yang kuat dengan kejadian maternal near miss.

Saran dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi instansi kesehatan, perlu mengadakan surveilans epidemiologi *maternal near miss* agar tersedia data-data seperti pelaporan angka kejadian *maternal near miss* yang bisa dijadikan sebagai acuan untuk membuat program pencegahan (skrining ibu yang berisiko) sehingga secara tidak langsung dapat mencegah kematian ibu.
2. Sebagai rumah sakit rujukan khususnya fasilitas publik perlu meningkatkan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan (PONEK) baik melalui teknologi

kedokteran maupun kualitas pelayanan dan penyediaan pencatatan kejadian maternal near miss.

3. Bagi petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan untuk menambah pengetahuan ibu tentang faktor risiko pada komplikasi kehamilan dan persalinan terutama di daerah pedesaan. Pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal diharapkan petugas kesehatan dapat lebih aktif untuk memberikan informasi tentang kehamilan, risiko kehamilan dan cara pencegahan dan penanganan masalah kehamilan.
4. Bagi Peneliti lainnya diharapkan ada penelitian lanjutan untuk meneliti kejadian *maternal near miss* yang diidentifikasi berdasarkan kriteria manajemen dan disfungsi organ pada fasilitas kesehatan terutama fasilitas kesehatan publik. Variabel-variabel lainnya juga dapat ditambahkan untuk diteliti seperti penolong persalinan, rujukan ke fasilitas kesehatan dan status ekonomi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik and Macro International. *Indonesia Demographic and Health Survey 200*. Calverton, Maryland, USA :BPS and Macro International. 2008.
2. WHO. *WHO maternal death and near-miss classifications*. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/09-071001/en/index.html>, [online], 2009. diakses tanggal 28 April 2012.
3. Say L, Souza JP, Pattinson RC. *Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303368>, [online], 2009. diakses tanggal 26 April 2012.
4. Oliveira Neto, et al. *Factor Associated With Maternal Death In Women Admitted To An Intensive Care Unit With Severe Maternal Morbidity*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342049>, [online] diakses tanggal 23 April 2012. 2009.
5. Adisasmita, Asri. *Seminar Memperingati Hari Kesehatan Sedunia*. <http://www.ui.ac.id/id/news/archive/307>, [online], 2005. diakses tanggal 25 April 2012.
6. Jahan, S et, al. *Near-Miss/Severe acute maternal morbidity (SAMM): A new concept in maternal care* <http://www.banglajol.info/index.php/JBCPS/article/view/143/142>. [online], 2006. diakses tanggal 25 April 2012.
7. Souza, JP et al. *Maternal Near Miss And Maternal Death In The World Health Organization's 2005 Global Survey On Maternal And Perinatal Health*. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/08-057828/en/index.html>, [online], 2010. diakses tanggal 26 April 2012.
8. Waterstone, et al. *Incidence and predictors of severe obstetric morbidity case-control study* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31259/pdf/1089.pdf>, [online], 2001. diakses tanggal 25 Juni 2012.

9. Souza, JP, et al. *Maternal Morbidity And Near Miss In The Community: Findings From The 2006 Brazilian Demographic Health Survey*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02746.x/pdf>. [online], 2010. diakses tanggal 26 April 2012.
10. Cunningham F, Gary, et al. *Obstetri Williams*. alih bahasa Andry Haryono, et al Edisi 21. EGC. Jakarta. 2005.
11. Chauhan, Prabha, et al. *Rural Epidemiology of Maternal Mortality in Tribal women from Bastar Chhattisgarh, India*. http://www.biomedscidirect.com/journal/files/IJBMRF2011382/rural_epidemiology_of_maternal_mortality_in_tribal_women_from_bastar_chhattisgarh_india.pdf [online], 2011. diakses tanggal 25 Juni 2012.
12. Karlsen, et al. *The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-606.pdf>. [online], 2011. diakses tanggal 25 April 2012.
13. Napoleon, Jhon. *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Kematian Maternal dan Nyaris Mati Maternal di RSUD Dr. Pringadi Medan tahun 2007*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6444/1/08E00482.pf>, [online], 2008. diakses tanggal 23 April 2012.
14. Benson Ralph, *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi/Ralph C Benson, Martin Pernoll: Alih Bahasa Susiani Wijaya*. Editor Edisi Bahasa Indonesia. Sri Sisca Primarianti et al. Edisi 9 EGC. akarta. 2008.
15. Ali Abdelaziem, et al. *Maternal Near Miss In A Rural Hospital In Sudan*. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-11-48.pdf>, [online], 2011. diakses tanggal 4 April 2012.
16. WHO. *Maternal mortality in 2000*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562706/en/index.html [online], 2004. diakses tanggal 20 Maret 2012.
17. UNFPA. *Reducing Maternal Mortality The Contribution Of The Right To The Highest Attainable Standard Of Health*. http://unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/reducing_mm.pdf [online], 2009. diakses tanggal 20 Maret 2012.
18. Goffman, D, et al (2007). *Predictors Of Maternal Mortality And Near Miss Maternal Morbidity*. <http://www.nature.com/jp/journal/v27/n10/full/7211810a.html> [online], diakses tanggal 25 April 2012.
19. WHO. Depkes RI. FKM UI. *Modul Safe Motherhood*. Kerjasama WHO-Depkes RI-FKM UI. 1998.
20. Depkes RI. *Penanganan kegawatdaruratan obstetri*. Ditjen Binkesmas, Depkes RI. Jakarta. 1996.
21. Agudelo, A.C dan Belizan. *Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27528/?tool=pubmed>, [online], 2000. diakses tanggal 25 Juni 2012.
22. Depkes RI. *Pedoman Pelayanan Antenatal*. http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/768/4/BK200_7-G59.pdf, [online], 2007. diakses tanggal 9 Maret 2012.
23. Adisasmita, Asri, et al. *Obstetric Near Miss And Deaths In Public And Private Hospitals In Indonesia* <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/10/>. [online], 2008. diakses tanggal 25 April 2012.
24. UNFPA. *Maternal Near Miss in Four Governmental Hospitals in the West Bank in Palestina 2010* <http://www.unfpa.ps/resources/file/publications/Near%20Miss%20Final%20REORT.pdf>. [online], 2012. diakses tanggal 11 Agustus 2012.
25. Villar, et al. *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736066870>

- [7.pdf?id=4d037fefcb72946c:-31319f28:138d583c1d5:4d2f1343613199689](#), [online], 2006. diakses tanggal 28 Juni 2012.
26. Ariani. *Hubungan Preeklampsia Dengan Berat Bayi Lahir Rendah di RSUP H. Adam Malik medan Tahun 2009*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/25583/7/Cover.pdf>. [online], 2010. diakses tanggal 4 Agustus 2012.
27. Wianwinset. *Maternal Near Miss (Severe Morbidity) at Sisaket Hospital*. http://www.rtcog.or.th/html/photo/journalfile_983512.pdf. [online], 2012. diakses tanggal 29 Juli 2012.
28. Ohlsson. *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*. <http://www.ihe.ca/documents/IHE%20Report%20LowBirthWeight%20final.pdf>, [online], 2008. diakses tanggal 8 Agustus 2012.
29. Australia and New Zealand stillbirth alliance. *Australia and New Zealand factsheet*. http://www.sidsandkids.org/wp-content/uploads/Lancet_launch_ANZSA_Factsheet.pdf, [online], 2008. diakses tanggal 4 Agustus 2012.
30. WHO. *Stillbirth*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/. [online], 2012. diakses tanggal 28 Agustus 2012.
31. Lawn, *et al.* *Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?* [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(10\)62187-3/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(10)62187-3/fulltext#article_upsell). [online], 2011. diakses tanggal 8 Agustus 2012.