KEBUTUHAN PENELITIAN UNTUK PENINGKATAN PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN KEPRODUKSI

*Firman Lubis**

Abtsract

One important matter to be faced in improving the reproductive health is bow to increase the coverage of *KIA-KB services* (Mother-and-Child Health Family Planning services) at the *Puskesmas* (Community Health Center) level. The *Puskesmas* also has the position of a reproductive health reference for the fieldworkers and facilities underneath it such as the traditional midwives, the *Posyandu* (Integrated Health Service Post), and the village midwives. This article puts special stress on the fact that the improvement of coverage and quality of reproductive health services have become substantially important due to the still high maternal-and-infant mortality rate, maternal-and-infant morbidity rate, and the fertility rate. Besides, the knowledge, attitudes, and behaviour of the community towards reproductive health is still considered very limited. For this reason, a more specific study is advisable to be carried out to be able to provide certain inputs on how to increase the coverage as well as quality of KIA-KB services through the existing health facilities.

Pendahuluan

Dari berbagai masalah kesehatan dan kependudukan yang ada di tanah air pada saat ini, masalah kesehatan reproduksi merupakan salah satu masalah yang terpenting. Hal ini didasari oleh beberapa indikator utama permasalahan sebagai berikut.

1. *Masih tingginya angka kematian bayi dan ibu di tanah air kita.* Seperti diketahui, indikator terpenting untuk menilai tingkat kesehatan suatu populasi adalah angka kematian. Kalau kita melihat angka kematian kasar (*Crude Death Rate* = CDR) di Indonesia, sekarang ini kira-kira sebesar 7-8 per seribu penduduk. Ini berarti kira-kira hampir dua kali lebih tinggi daripada di negara-negara maju yang besarnya kira-kira 4-5 per seribu penduduk. Kalau kita melihat angka kematian bayi (*Infant Mortility Rate* = IMR) di Indonesia, sekarang ini kira-kira sebesar 60 per seribu kelahiran hidup. Ini berarti kira-kira 12 kali lebih tinggi daripada di negara-negara maju yang besarnya kira-kira 5 per seribu kelahiran hidup. Kalau kita melihat angka kematian ibu (*Maternal Mortility Rate* = MMR) di

* Firman Lubis, adalah staf Bagian Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Indonesia, sekarang ini kira-kira sebesar 450 per seratus ribu kelahiran. Ini berarti kira-kira 100 kali lebih tinggi daripada di negara-negara maju yang besarnya kira-kira 4-5 per seratus ribu.

Dari data-data angka kematian ini, dapat disimpulkan bahwa secara proporsional kelompok wanita usia reproduksi merupakan kelompok yang paling menderita setelah bayi dan anak-anak dari keadaan kesehatan dan kesejahteraan yang masih belum baik di Indonesia.

2. *Masih tingginya angka kesakitan (morbiditas) pada bayi dan ibu.* Selain angka kematian, indikator terpenting lainnya dalam menilai tingkat kesehatan suatu populasi adalah angka kesakitan atau morbiditas.

   Dari indikator angka kesakitan, kesehatan wanita usia reproduksi dan bayi masih buruk. Sebagai contoh, ± 60 persen dari wanita hamil di Indonesia ternyata menderita *anemia* atau kurang zat besi. Penyakit ini tentunya memperburuk kondisi ibu melahirkan dan bayi yang dilahirkannya. Contoh lain adalah masih tingginya penyakit-penyakit seperti keracunan kehamilan (toksemia), infeksi pada persalinan, dan perdarahan pada ibu-ibu melahirkan. Penyakit pada bayi adalah masih tingginya penyakit-penyakit seperti *tetanus neonatarum*, *low birth weight* (berat badan kurang waktu lahir), gizi kurang, diare, dan penyakit infeksi.

3. *Relatif masih tingginya angka kelahiran dan fertilitas di Indonesia.* Walaupun sudah banyak menurun sejak program KB dijalankan, relatif angka kelahiran dan fertilitas di Indonesia masih tinggi. Angka kelahiran sebesar ± 26 per seribu dan *Total Fertility Rate* (TFR) sebesar 3,2 masih harus diturunkan lagi untuk mencapai laju pertambahan penduduk 0 atau penduduk yang stabil (*stable population*). Angka kesertaan ber-KB (*Contraceptive Prevalence Rate* = CPR) sebesar ± 50 persen pada saat ini masih perlu ditingkatkan lagi. Angka kelangsungan pemakaian kontrasepsi (*continuation rate*) juga masih harus ditingkatkan lagi. Keikutsertaan pria untuk ber-KB (*male method*) masih sangat rendah. Pemakaian kontrasepsi mantap untuk penghentian kesuburan juga masih sangat rendah. Peserta KB lestari dan mandiri juga masih harus ditingkatkan lagi untuk menunjang kemandirian program KB yang sekarang sedang digalakkan.

4. *Masih rendahnya pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat, terutama pasangan usia reproduksi, terhadap kesehatan reproduksi.* Banyak contoh yang dapat dikemukakan mengenai indikator ini seperti masih adanya usia perkawinan yang rendah, ibu melahirkan di bawah usia 20 tahun dan di atas 35 tahun, tidak melakukan pemeriksaan antenatal sama sekali atau kurang dari yang dianjurkan, tidak melakukan *spacing*

jarak kelahiran, kurangnya pengetahuan gizi waktu hamil, kurangnya pengetahuan perawatan kehamilan, perawatan perinatal dan bayi, dan lain-lain.

Dari indikator-indikator di atas, dapat disimpulkan bahwa masalah kesehatan reproduksi termasuk masalah kesehatan yang amat penting untuk ditangani sekarang ini di Indonesia. Oleh sebab itu, upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi merupakan prioritas utama. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi, diperlukan bantuan penelitian tentang pelayanan itu sendiri.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia terutama dilakukan melalui pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan pelayanan KB (Keluarga Berencana). Pelayanan ini diberikan baik oleh pelayanan formal/modern maupun pelayanan tradisional. Pelayanan formal/modern diberikan baik oleh sarana pemerintah (terutama Departemen Kesehatan) seperti BKIA, puskesmas, rumah bersalin, rumah sakit, maupun sarana swasta seperti praktek dokter dan bidan swasta, BKIA, balkemas, rumah bersalin, rumah sakit. Selain itu, juga pelayanan oleh swadaya masyarakat seperti posyandu, polindes (pondok bersalin desa), dan pos KB desa di tingkat desa.

Pelayanan tradisional terutama dilakukan oleh tenaga dukun bayi. Umumnya dukun bayi memberikan pelayanan pertolongan persalinan dan perawatan bayi sesudah lahir. Peranan dukun bayi masih sangat besar di Indonesia karena lebih dari 70 persen persalinan ditolong oleh dukun bayi terutama di pedesaan.

Secara skematis, pelayanan kesehatan reproduksi (KIA dan KB) dapat digambarkan secara berjenjang sebagai berikut.

Tingkat	Tenaga dan fasilitas pelayanan
Kabupaten	Rumah Sakit Rumah Sakit Bersalin
Kecamatan	Puskesmas Puskesmas Keliling Dokter dan Bidan Praktek Swasta
Desa	Pos Bersalin Desa Pos KB Desa Bidan di Desa PKK Posyandu Tenaga Kader Dukun Bayi
Rumah Tangga	Keluarga

Permasalahan Utama dan Kebutuhan Penelitian

Ada dua permasalahan utama dalam pelayanan kesehatan reproduksi yang dihadapi dewasa ini yaitu bagaimana meningkatkan pelayanan KIE dan bagaimana meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi.

1. *Peningkatan pelayanan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) kepada setiap keluarga, terutama ibu usia reproduksi.* Untuk dapat memperbaiki taraf kesehatan reproduksi di Indonesia, pertama-tama adalah dengan

meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku dari tiap-tiap pasangan usia reproduksi, terutama ibu, terhadap aspek-aspek penting kesehatan reproduksi. Apabila setiap ibu dapat menunda kelahiran pertamanya sampai ia berusia sedikitnya 20 tahun, melakukan perawatan antenatal secara tepat dan teratur, menjaga kehamilannya dengan baik, meminta pertolongan persalinan pada tenaga yang sudah terlatih, melakukan *spacing* jarak kelahiran sedikitnya 2 tahun dengan ber-KB, menjalankan perawatan bayi dan balita dengan baik dan teratur serta tidak hamil lagi setelah usia 35 tahun, maka tingkat kesehatan reproduksi mereka pasti akan meningkat dengan sendirinya.

Pada saat ini dari beberapa penelitian, pengetahuan para ibu mengenai kesehatan reproduksi terutama di pedesaan masih minimal. Jumlah ibu hamil yang melakukan *antenatal care* masih rendah, apalagi yang memeriksakan sesuai dengan anjuran yaitu minimum empat kali selama hamil. Kira-kira 60 persen ibu hamil mengalami kurang gizi terutama *anemi*. Pengetahuan tentang *faal* dan perkembangan kehamilan terutama aspek gizinya. masih kurang. Begitu pula tentang perawatan kehamilan, terutama aspek gizinya, masih kurang. Walaupun telah disediakan berbagai fasilitas yang mudah dicapai seperti posyandu dan bidan di desa, masih banyak ibu-ibu hamil yang tidak datang ke fasilitas-fasilitas ini untuk perawatan antenatal mereka, serta banyak lagi contoh lainnya.

Oleh sebab itu, penelitian-penelitian yang dapat membantu meningkatkan pelayanan KIE kepada para pasangan usia subur terutama ibu-ibu di pedesaan sangat dibutuhkan.

Beberapa contoh pertanyaan-pertanyaan pokok untuk penelitian ini misalnya sebagai berikut.

- Bagaimanakah pelayanan KIE kesehatan reproduksi dapat lebih efektif dijalankan?
- Media apakah yang terbaik, terutama di pedesaan?
- Bagaimana menggunakan dan mengintegrasikannya dengan institusi dan kegiatan tradisional yang sudah ada?
- Dan lain-lain.

2. *Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, terutama oleh tenaga dan sarana terdepan, kepada pasangan usia subur terutama ibu.* Upaya terpenting mengatasi masalah kesehatan reproduksi ialah tersedianya (*available*) pelayanan kesehatan reproduksi yang mudah didatangi (*accessible*) dan terjangkau (*affordable*). Pelayanan kesehatan reproduksi (KIA dan KB) terdepan terutama diberikan oleh dukun bayi, kader kesehatan dan KB, bidan di desa. PLKB, posyandu, polindes. puskesmas pembantu (Pustu), dan puskesmas (lihat skema pelayanan kesehatan reproduksi).

Dukun Bayi

Dukun bayi masih memegang peranan penting di pedesaan, terutama untuk pertolongan persalinan ibu. Sejak lama, telah dijalankan usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dukun bayi. Usaha-usaha ini berupa kursus (latihan) bagi dukun bayi, pemberian perlengkapan dukun bayi untuk digunakan dalam menolong persalinan (dukun-kit yang disumbangkan oleh Unicef dulunya), dan pembinaan dukun bayi oleh bidan Puskesmas. Usaha-usaha ini bertujuan agar dukun bayi dapat ikut dalam usaha pelayanan KIA dan KB yang dijalankan. Sejauh ini, berdasarkan beberapa penelitian, usaha mengikutsertakan dukun bayi dalam program pelayanan kesehatan reproduksi masih belum baik. Masih banyak dukun bayi yang belum dilatih. Selain itu, hasil-hasil pelatihan/kursus dukun bayi juga belum memuaskan. Kebanyakan dukun setelah dilatih kembali ke cara-cara lama mereka yang seringkali kurang higienis (terutama menimbulkan penyakit tetanus pada bayi baru lahir) atau membahayakan kesehatan ibu.

Sebuah penelitian di Aceh misalnya mengungkapkan bahwa dilihat dari kejadian *tetanus neonatorum*, ternyata tidak ada perbedaan bermakna antara pertolongan pertama oleh dukun yang sudah dilatih dan yang belum dilatih. Ini berarti latihan atau kursus dukun yang diberikan tidak banyak bermanfaat. Penelitian lain ternyata mengungkapkan bahwa kontak yang terus terjadi antara dukun bayi dan bidan setelah kursus sangat positif dalam meningkatkan *performance* dukun bayi yang sudah dilatih.

Mengingat peranan dukun bayi yang masih cukup besar di tanah air kita, penelitian mengenai peranan dukun bayi masih diperlukan, terutama bagaimana meningkatkan keikutsertaan dan peranan dukun bayi dalam pelayanan KIA-KB untuk menurunkan kematian ibu dan bayi.

Kader

Setelah dukun bayi, pemberi pelayanan kesehatan reproduksi lainya yang langsung berhubungan dengan ibu-ibu di desa adalah tenaga-tenaga kader kesehatan dan KB. Dari beberapa penelitian terlihat bahwa ternyata sejauh ini peranan dari kader masih belum begitu baik. Kebanyakan kader masih belum aktif dan belum bekerja optimal. Jumlah yang *drop-out* juga masih tinggi. Motivasi dan pengetahuan mereka juga masih perlu ditingkatkan lagi. Oleh sebab itu, penelitian tentang kader atau sukarelawan masyarakat dalam menunjang program kesehatan reproduksi masih diperlukan. Terutama untuk meningkatkan motivasi, pengetahuan, dan *performance* dari kader.

Posyandu

Tempat pelayanan kesehatan reproduksi yang terdekat dengan ibu-ibu adalah posyandu. Posyandu sebenarnya dimaksud sebagai kegiatan yang dijalankan sendiri secara swadaya oleh masyarakat di tingkat RW, kampung, atau dukuh dengan bantuan puskesmas. Sejauh ini, menurut laporan Depkes, telah terbentuk sebanyak ±

200.000 posyandu di seluruh tanah air. Akan tetapi, walaupun dari segi jumlah besar sekali, dari beberapa penelitian, teruyata banyak posyandu yang tidak berfungsi sesuai dengan yang diharapkan. Setelah dibentuk, paling-paling berjalan 1-2 kali, kemudian tidak berfungsi lagi. Alasannya bermacam-macam, mulai dari kurangnya motivasi kader, kurangnya partisipasi masyarakat, hingga kepada kuranguya pembinaan oleh puskesmas setempat. Posyandu yang diharapkan menjadi kegiatan swadaya masyarakat seringkali malah menjadi tergantung pada puskesmas. Apabila puskesmas tidak aktif membantu, posyandu pun tidak berfungsi lagi. Yang sering disalahkan adalah kuranguya motivasi kader untuk menjalankan posyandu. Selain itu, beberapa penelitian juga mengungkapkan bahwa seringkali posyandu hanya bekerja "rutin" saja, yaitu terlalu menekankan pada proses seperti jumlah penimbangan bayi, jumlah ihu yang datang, dan lain-lain, tetapi kurang melihat dampak dari kegiatannya. Penelitian mengenai posyandu masih diperlukan terutama mengenai hal-hal sebagai berikut.

- Bagaimana meningkatkan peranan dan motivasi kader kesehatan? Apakah "kerelawanan" bisa berjalan di pedesaan?
- Bagaimana meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam menjalankan posyandu?
- Bagaimanakah meningkatkan kemandirian posyandu?
- Bagaimanakah dampak posyandu terhadap kesehatan ibu dan anak?

Bidan di Desa

Tenaga bidan di desa merupakan tenaga yang sekarang ini sedang diperbanyak dan akan disebarkan ke desa-desa di seluruh pelosok tanah air. Sejak Pelita V ini, *erash program* untuk mendidik tenaga-tenaga bidan sebanyak 35.000 orang pada akhir Pelita V telah dijalankan. Pada saat ini telah tercatat beberapa ribu tenaga bidan baru ditempatkan di desa-desa. Tujuan utama penempatan tenaga-tenaga bidan ini ialah untuk menurutikan kematian ibu dan bayi (terutama untuk program *safe motherhood* yang sekarang sedang gencar dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dan BKKBN).

Penempatan tenaga-tenaga bidan di desa-desa ini merupakan program yang pertama kali pernah dijalankan di Indonesia. Selama ini, tenaga bidan merupakan tenaga dari Puskesmas di tingkat Kecamatan. Dari pengalaman singkat selama ini dalam penempatan bidan di desa, ditemui beberapa permasalahan seperti: bidan yang ditempatkan ini umumnya masih muda (rata-rata berumur $\pm$ 20 tahun), baru lulus sehingga sulit diterima oleh masyarakat desa. Masyarakat desa sudah terbiasa dengan dukun bayi yang umumnya sudah berusia tua dan sangat dipercayai dan dihormati oleh ibu-ibu di desa. Oleh sebab itu, penempatan bidan-bidan di desa ini belum bisa begitu saja menggantikan peran dukun bayi yang selama ini sudah dikenal. Permasalahan dasar adalah bagaimana tenaga-tenaga bidan yang terlatih ini bisa bermanfaat di desa-desa dan dapat "menggantikan" tenaga-tenaga dukun bayi sehingga diharapkan dapat

menurunkan terutama angka kematian ibu. Untuk membantu mengatasi permasalahan ini, diperlukan penelitian, terutama untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dasar berikut ini.

- Bagaimanakah mempersiapkan tenaga-tenaga bidan di desa ini dalam pendidikan mereka sehingga siap bekerja di desa?
- Pengetahuan dan keterampilan apa yang dibutuhkan bidan di desa sehingga memudahkan mereka bekerja di desa?
- Bagaimanakah meningkatkan atau menjalin kerja sama yang efektif dan baik antara bidan di desa dengan dukun bayi? Apa kendalanya? Bagaimana kehadiran bidan di desa ini dapat dimanfaatkan oleh ibu-ibu untuk kesehatan mereka?

Puskesmas

Puskesmas adalah unit fungsional terdepan dari pelayanan kesehatan formal yang dijalankan oleh Departemen Kesehatan. Puskesmas umumnya berlokasi di tingkat kecamatan dan dikelola oleh staf yang biasanya terdiri dari dokter (sebagai kepala puskesmas), perawat, bidan, dan tenaga-tenaga lainnya. Umumnya puskesmas tidak mempunyai ruang rawat menginap. namun ada beberapa yang mempunyainya dan disebut sebagai puskesmas dengan tenaga perawatan atau puskesmas dengan tempat tidur (Puskesmas TT). Biasanya puskesmas dengan perawatan ini mempunyai ruangan khusus untuk merawat pasien yang umumnya terdiri dari 10 tempat tidur. tempat perawatan ini adalah untuk merawat penderita yang tidak terlalu berat penyakitnya atau merawat sementara penderita yang akan dirujuk ke rumah sakit. Seringkali tempat perawatan ini digunakan untuk merawat ibu melahirkan atau anak-anak yang sakit. Selain memberikan pelayanan di puskesmas sendiri, puskesmas juga diharapkan dapat memberikan pelayanan keluar ke masyarakat. Selain itu, puskesmas juga diharapkan dapat melakukan pembinaan terhadap institusi-institusi kesehatan yang ada di masyarakat seperti posyandu, bidan di desa, dan dukun bayi.

Khusus untuk pelayanan KIA-KB, selain memberikan pelayanan di puskesmas sendiri, bidan puskesmas juga melakukan kegiatan keluar seperti menolong persalinan di rumah, memberikan pelayanan di posyandu, mengadakan supervisi dan pertemuan dengan bidan-bidan di desa dan dukun-dukun bayi.

Pada saat ini kebutuhan penelitian mengenai pelayanan kesehatan reproduksi oleh Puskesmas umumnya berkisar di sekitar pertanyaan dasar sebagai berikut.

- Bagaimana meningkatkan cakupan pelayanan KIA-KB di Puskesmas? Bagaimana meningkatkan kunjungan pemeriksaan antenatal di puskesmas?
- Bagaimana meningkatkan fungsi puskesmas sebagai tempat rujukan kesehatan reproduksi dari tenaga dan fasilitas di bawahnya seperti dukun bayi, posyandu, dan bidan di desa?

Penutup

Secara ringkas, dapat disimpulkan bahwa kebutuhan penelitian untuk membantu peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi yang berjalan sekarang ini pada dasarnya adalah penelitian yang mengkaji persoalan bagaimana meningkatkan pelayanan KIE yang menyangkut aspek-aspek terpenting dari kesehatan reproduksi dan bagaimana meningkatkan cakupan (*coverage*) dan kualitas pelayanan KIA-KB yang diberikan oleh sarana-sarana pelayanan yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

Adhyatma. 1990. "Wujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal", *Prisma*, 19(6): 54-58.

Agoestina, Tina and Anwar Soeyoenoes. 1989. *Technical report on study of maternal and perinatal mortality Central Java province*. Bandung: BKS Penfin.

Budiarso, L. Ratna, *et al.* 1987. *Prosiding seminar survai kesehatan rumah tangga 1986*. Jakarta: Badan Litbangkes Depkes RI.

Brotowasito. 1989. "Pola pelayanan kesehatan di Indonesia", *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(5).

Facts for life: a communication challange. 1993. New York: UNICEF, WHO, UNESCO.

Foster, George M. and Barbara G. Anderson. 1978. *Medical anthropology*. New York: John Wiley.

Gani, Ascobat. 1989. "Konsep kemandirian dalam posyandu", *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(5).

Grant, P.J. 1988. *Situasi anak-anak di dunia*. Jakarta: Unicef.

Gunawan, N. Vidyasagara, Samhari Kbana S. and Bakri. 1991. "Recommended plan of action 1992-1996". *Safe Motherhood*, volume 6.

Indonesia. Biro Pusat Statistik. 1985. *Perkiraan angka kelahiran dan kematian: hasil survai penduduk antar sensus*. Jakarta.

----------. 1986. *Posyandu, pusat penyuluhan kesehatan masyarakat*. Jakarta.

----------. 1987. *Profil statistik ibu dan anak di Indonesia*. Jakarta.

----------. 1989. *Pedoman pelatihan pengelolaan pelatihan penggerakan peran serta masyarakat bagi penyelenggara Posyandu*.

----------. 1989. *Rencana Pembangunan Lima Tahun kelima, bidang kesehatan 1989/90 - 1993/94*. Jakarta.

----------. 1990. *Pedoman kerja Puskesmas*. Jilid I-IV. Jakarta.

Indonesia. Departemen Kesehatan. 1982. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.

Indonesia. Departemen Kesehatan. Direktorat Bina Keluarga. 1991. *Pedoman pemantauan wilayah setempat, kesejahteraan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta.

Indonesia. Departemen Kesehatan. Tim Pengelola Usaha Perbaikan Gizi Keluarga. 1982. *Buku pegangan kader: usaha perbaikan gizi keluarga*. Jakarta.

----------. 1987. *Buku petunjuk pelatih untuk latihan kader*. Jakarta.

Jordaan, Roy E. 1985. *Folk medicine in Madura*. Leiden. Thesis S3 Universitas Leiden.

Leimena. S. L. 1991. "Prioritas pelayanan kesehatan pada ibu maternal dan bayi baru lahir dalam menuju manusia berkualitas". Jakarta. Presentasi pada Pertemuan Jaringan Epidemilogi.

Pratomo, Hadi, et al. 1987. *Laporan lokakarya peningkatan keamanan persalinan dan kesehatan bayi baru lahir*. Jakarta· Perkumpulan Perinatologi Indonesia-Depkes R.I.

Samekto, U.L. and Clark-Trumbull, K.L. 1991. "Assessment of midwife education and practices". *Safe Motherhood*. Volume 3.

Shah, U and Sudomo, S. 1991. "Assessment of maternal health situation and health services". *Safe Motherhood*, volume 1.

---------. 1991. "An executive summary of the assessments and the recommended national strategies". *Safe Motherhood*, volume 5.

Wibowo, Adik. 1992. *Pemanfaatan pelayanan antenatal: faktor-faktor yang mempengaruhinya dan hubungannya dengan bayi berat lahir rendah*. Jakarta. Thesis S3 Universitas Indonesia.

World Bank. 1987. *Preventing the tragedy of maternal death: a report on the International Safe Motherhood Conference*. Nairobi, Kenya.