

# STRATEGI MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL

## STRATEGIES FOR IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE IN MATERNAL HEALTH

**Hanifatur Rosyidah**

Program Studi D3 Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Email: hanifa.r@unissula.ac.id

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, yaitu 190 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Bank Dunia menyatakan bahwa 60% kematian ibu disebabkan oleh rendahnya kualitas pelayanan. Kurangnya kompetensi dan kepatuhan bidan yang ditemukan di Indonesia menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu. Oleh karena itu perlunya identifikasi strategi-strategi yang efektif, yang dapat diterapkan di Indonesia, guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu. **Metode:** Literature review telah dilakukan melalui PubMed dan The Cochrane Library. Kata kunci digunakan untuk menemukan strategi yang paling efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu adalah *strategy, intervention, improve, quality, maternal, midwifery, health, responsiveness, mechanism, quality assurance, supervision, demand side, effective, competence, satisfaction, utilization, outcome, best practice, rural and care, evidence*. **Hasil:** Berdasarkan literatur yang telah dianalisis, ditemukan 5 strategi yang efektif yaitu *audit and umpan balik; pendidikan kompetensi budaya; Educational Outreach Visits (EOVs); mengoptimalkan peran Lay Health Workers (LWHs); dan kelompok Prenatal Care*. **Simpulan:** Strategi-strategi yang telah dipaparkan dapat diterapkan di Indonesia, namun diperlukan studi pendahuluan untuk memastikan bahwa bidan telah terdistribusi secara merata di seluruh wilayah di Indonesia, serta tersedianya alat dan obat-obatan yang memadai.

Kata Kunci: Strategi, Kualitas, Pelayanan, Kesehatan, Kebidanan,

### ABSTRACT

**Background:** Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia is still high, at 190 per 100,000 live births in 2013. The World Bank states that 60% of maternal deaths are caused by the poor quality of service. Lack of competence and compliance midwives are found in Indonesia showed the poor quality of maternal health services. Therefore, there is a need to identify effective strategies, which may be adequate for in Indonesia, in order to improve the quality of maternal health services. The objective was to identify effective strategies in order to improve the quality of maternal health services. **Methodology:** Literature review was conducted through PubMed and the Cochrane Library. Keywords used to find the most effective strategy in improving the quality of maternal health services are *strategy, intervention, improve, quality, maternal, Midwifery, health, responsiveness, mechanisms, quality assurance, supervision, demand side, effective, competence, satisfaction, utilization, outcomes, best practices, care, and evidence*. **Results:** Based on the literature that has been analyzed, it was discovered five effective strategies that *audit and feedback; cultural competence education; Educational Outreach Visits (EOVs); optimize the role of Lay Health Workers (LWHs); and groups of Prenatal Care*. **Conclusions/Recommendations:** The strategies that have been described can be applied in Indonesia, but preliminary studies are necessary to ensure that the midwife had been distributed equally across all regions in Indonesia, as well as the availability of equipments and medicines are inadequate.

Keyword: quality of care , maternal health , strategies , midwifery , midwives , quality assurance

## PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator utama untuk mengukur Millennium Development Goals 5 (MDGs 5) (Broek & Falconer 2011). Sekitar 99% dari kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang, dan sepertiganya terjadi di Asia Selatan (WHO 2011). Menurut WHO (2014), Indonesia merupakan salah satu dari sepuluh negara yang memberikan kontribusi 58% dari kematian ibu secara global. WHO memperkirakan AKI di Indonesia sebanyak 190 per 100.000 per kelahiran hidup pada tahun 2013 (WHO 2014). Indonesia menargetkan 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Webster 2012).

Kesakitan dan kematian ibu membawa dampak pada pertumbuhan ekonomi suatu negara. Menurut *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH)* kematian ibu mempengaruhi penurunan Produk Domestik Bruto (PDB) di Indonesia sebesar 26% (Amiri & Gerdtham 2013). Menurut penelitian kohort, wanita dengan komplikasi berat memiliki risiko tinggi depresi dan gejala fisik yang mengakibatkan kesulitan dalam kegiatan sehari-hari dan kendala keuangan (Iyengar, Yadav & Sen 2012). Kelangsungan hidup anak juga dipengaruhi oleh kematian ibu. Risiko kehilangan anak sebelum berusia 12 tahun meningkat 55% jika ibunya meninggal (Anderson dkk. 2007). Dengan demikian, penurunan angka kesakitan dan kematian ibu bisa membawa dampak positif terhadap pertumbuhan ekonomi dan kelangsungan hidup anak.

Memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan dan akses ke pelayanan kebidanan dapat menyelamatkan ibu dari komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan (Joana dkk. 2012). Oleh karena itu, pada tahun 1989 pemerintah Indonesia meluncurkan Program Bidan Desa. Tujuan

dari Program Bidan Desa yaitu untuk menempatkan tenaga persalinan terlatih di setiap desa guna memberikan pelayanan kesehatan ibu, seperti perawatan kehamilan, bersalin dan setelah persalinan (Shankar dkk. 2008). Menurut Shrestha (2007) lima puluh ribu bidan dilatih dan ditempatkan di desa-desa pada tahun 1997. Akibatnya, telah terjadi kemajuan yang signifikan. AKI menurun secara bertahap dan indikator kesehatan ibu meningkat, seperti persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil, kunjungan antenatal dan kunjungan postnatal (SDKI 2012). Namun, kendala-kendala dalam kesehatan ibu dan anak masih ada, terutama di daerah pedesaan. Suatu penelitian menerangkan bahwa masih ada beberapa wanita yang merasa lebih nyaman dibantu oleh dukun pada saat persalinan, karena sikap ramah tamah dukun dan lebih perhatian dibandingkan dengan bidan (Titaley dkk. 2010). Selain itu, bidan sering meninggalkan desa karena pergi ke kota. Hal ini menyebabkan ibu lebih memilih bersalin di rumah dan dibantu oleh dukun karena lebih mudah terjangkau.

Kualitas pelayanan kebidanan ditemukan sangat buruk dalam sebuah studi di Jawa Barat. Studi ini menemukan bahwa bidan melakukan intervensi seperti episiotomi dan manual plasenta tanpa indikasi yang kuat (D'Ambruoso dkk. 2009). Bukti di atas menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu. Hal ini juga berkaitan dengan ketersediaan bidan dan performa bidan di fasilitas kesehatan. Untuk mengurangi AKI, strategi yang diperlukan tidak hanya meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu, tetapi juga meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu (Raven dkk. 2012). Suatu penelitian di Kenya menemukan ada hubungan yang kuat

antara persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kepatuhan ibu dalam melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin (Audo, Ferguson & Njoroge 2005). Bank Dunia (2010) menekankan bahwa rendahnya kualitas pelayanan kebidanan berkontribusi 60% dari kematian ibu di Indonesia. Selain itu, van den Broek dan Graham (2009) menemukan bahwa di negara-negara berkembang seperti Indonesia, kualitas pelayanan kesehatan ibu cenderung diabaikan.

Hulton et al. (Dikutip dalam Raven dkk. 2012) mendefinisikan kualitas pelayanan dengan "sejauh mana pelayanan kesehatan ibu bagi individu dan masyarakat tepat waktu dan tepat tindakan pengobatan, dengan tujuan mencapai hasil yang diinginkan sesuai dengan pengetahuan profesional saat ini dan menegakkan hak-hak reproduksi dasar." Definisi ini menyoroti dua aspek penting dari pelayanan kesehatan, yaitu kualitas pelayanan yang diberikan dan kualitas pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh klien. Selain itu, Graham dan Varghese (2012) mengartikan pelayanan dikatakan berkualitas baik jika "pelayanan tersebut diberikan secara efektif, aman dan memberikan kepuasan bagi pasien. Pendekatan yang efektif diperlukan untuk memberikan kualitas yang unggul dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Renfrew dkk. (2014) mengungkapkan bahwa asuhan kebidanan merupakan komponen penting yang berkontribusi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menganalisis strategi-strategi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu di negara-negara berkembang serta mengidentifikasi intervensi yang tepat dan dapat diterapkan di Indonesia.

## **METODE PENELITIAN**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini mengeksplorasi literatur-literatur mengenai strategi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu. Informasi dikumpulkan melalui kajian literatur.

### **Strategi pencarian**

*Database* yang digunakan untuk mencari literatur adalah *PubMed* dan *The Cochrane Library*. Sebagai pelengkap, beberapa literatur diperoleh dari situs-situs web tertentu seperti WHO, UNFPA, ICM, Bank Dunia, PMNCH, Depkes Indonesia, USAID. Guna memberikan bukti yang lebih relevan, literatur yang dipilih adalah antara tahun 2004 dan 2014.

Kata kunci digunakan untuk menemukan strategi yang paling efektif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu adalah *strategy, intervention, improve, quality, maternal, midwifery, health, responsiveness, mechanism, quality assurance, supervision, demand side, effective, competence, satisfaction, utilization, outcome, best practice, rural and care, evidence*.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Sebagian besar literatur diperoleh dari *Cochrane systematic reviews*, yang menunjukkan bahwa strategi ini merupakan strategi yang efektif. Ringkasan dari temuan literatur ini terlampir.

### **Audit and Umpan Balik**

Pattinson dkk. (2009) mendefinisikan audit perinatal sebagai "analisis secara sistematis dan kritis terhadap kualitas pelayanan perinatal, termasuk prosedur yang digunakan untuk

diagnosis dan pengobatan, penggunaan sumber daya, serta kualitas kesehatan ibu dan bayi yang dihasilkan" Audit Perinatal diyakini dapat mempengaruhi kualitas pelayanan. Menurut *meta-analisis* yang diperoleh dari penelitian-penelitian yang dilakukan di negara berpenghasilan rendah dan menengah, audit perinatal menurunkan kematian perinatal sebesar 30% (95% tingkat kepercayaan, 21-35%) (Pattinson dkk. 2009). Selain itu, *systematic review* yang dilakukan oleh Ivers dkk. (2012) menunjukkan bahwa audit dan umpan balik dapat meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan sebesar 4,3% dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Efektivitas audit dan umpan balik dipengaruhi oleh bagaimana tanggapan yang disampaikan dan pedoman kerja sebagai dasar pemberian pelayanan (Ivers dkk. 2012; Hysong 2009). Hysong (2009) menekankan bahwa umpan balik, yang disampaikan secara tertulis dan penyampaian saran yang sering dapat meningkatkan efektivitas audit dan umpan balik. Dalam rangka meningkatkan kepatuhan bidan, audit kesehatan ibu dan umpan balik sangatlah diperlukan. Di Indonesia, pelaksanaan audit kesehatan ibu sudah berjalan, namun, kualitas pelaksanaannya masih membutuhkan perbaikan. Untuk mencapai efektivitas audit dan umpan balik, diperlukan kesadaran dan kedisiplinan para *stakeholders* yang terlibat dalam kegiatan audit, sehingga hasil yang diperoleh betul-betul dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.

### **Pendidikan Kompetensi Budaya**

Efendy & Makhfudli (2009) mengartikan kompetensi budaya sebagai "seperangkat perilaku, sikap, dan kebijakan yang bersifat saling melengkapi dalam suatu sistem kehidupan sehingga memungkinkan untuk berinteraksi secara efektif dalam suatu kerangka berhubungan

antarbudaya di dunia."Selanjutnya, kompetensi budaya mencakup "memahami dan menghormati perbedaan antara klien dan keluarga mengenai system nilai yang dianut, harapan, dan pengalaman menerima pelayanan kesehatan.

"Berdasarkan *systematic review* yang dilakukan oleh Beach dkk.(2005), pemberian pendidikan kompetensi budaya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tenaga kesehatan. Meskipun terbatasnya literatur yang membuktikan bahwa pendidikan kompetensi budaya dapat meningkatkan kepatuhan dan status kesehatan klien, tetapi ditemukan bukti bahwa pendidikan kompetensi budaya dapat meningkatkan kepuasan klien (Beach dkk. 2005).Selain itu, *systematic review* yang baru-baru ini dilakukan oleh Horvat dkk.(2014) mengungkapkan bahwa pemberian pendidikan kompetensi budaya meningkatkan persepsi klien terhadap tenaga kesehatan dan perasaan saling pengertian antara tenaga kesehatan dan klien.Pemberian pendidikan kompetensi budaya dapat diterapkan untuk tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan masyarakat melalui pelatihan, workshop, dan pendidikan sebaya (*peer education*) (Truong, Paradies & Priest 2014).

Di Indonesia, karena terdapat banyak kelompok etnis dengan budaya yang berbeda, pelatihan ini hendaknya dilakukan berdasarkan wilayah kerja atau suku masyarakat. Sebelum melaksanakan pelatihan ini, diperlukan studi pendahuluan mengenai praktik tradisional di masing-masing kelompok etnis yang berbeda guna mempersiapkan materi untuk pelatihan.

### ***Educational Outreach Visits (EOVs)***

Althabe dkk.(2008) didefinisikan *Educational Outreach Visits (EOVs)* sebagai "pemberdayaan orang yang telah

terlatih untuk bertemu dengan tenaga kesehatan di tempat praktek mereka untuk memberikan informasi." Tujuan dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan kualitas performa tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan secara profesional (O'Brien dkk. 2007). Kunjungan penjangkauan pendidikan ini memiliki fungsi ganda, tidak hanya memberikan pendidikan, tetapi juga melakukan pengawasan atau supervise, karena informasi yang diberikan dapat juga mencakup umpan balik dari kinerja petugas kesehatan. Menurut *systematic review* yang dilakukan oleh O'Brien dkk. (2007), kunjungan penjangkauan pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan petugas kesehatan sebesar 5,6% dibandingkan dengan kelompok kontrol. Selain itu, kunjungan penjangkauan pendidikan dapat meningkatkan konsisten dengan perubahan kecil dalam memberikan intervensi kepada klien dan tes skrining (O'Brien dkk. 2007). Althabe dkk. (2008) menemukan bahwa kunjungan penjangkauan pendidikan diidentifikasi lebih efektif daripada audit dan intervensi umpan balik; Namun, terbatasnya bukti yang menunjukkan efektivitas biaya pada pelaksanaan intervensi ini.

Dalam rangka menerapkan *EOV* sejumlah fasilitator diperlukan untuk dapat disebar di berbagai daerah. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan kolaborasi antara institusi pendidikan dan fasilitas kesehatan. Beberapa tenaga pendidik atau pengajar di institusi pendidikan kebidanan dapat dilatih sebagai fasilitator untuk menerapkan kunjungan penjangkauan pendidikan.

### **Mengoptimalkan peran *Lay Health Workers* (LWHs)**

Lewin dkk. (2010) mendefinisikan *Lay Health Workers* (LWHs) sebagai "anggota masyarakat yang telah

mendapatkan beberapa pelatihan untuk meningkatkan kesehatan atau untuk melaksanakan beberapa layanan perawatan kesehatan, tetapi bukan tenaga kesehatan profesional. Di Indonesia, *LHW* dapat diartikan sebagai kader kesehatan. Dalam rangka meningkatkan akses ke pelayanan perawatan kesehatan ibu, WHO merekomendasikan mengoptimalkan peran kader kesehatan melalui pengalihan tugas (WHO 2012). Menurut WHO (2012), kader kesehatan dianjurkan untuk mempromosikan pelayanan kesehatan, mengelola misoprostol untuk mencegah perdarahan postpartum, serta memberikan dukungan terus menerus selama persalinan dengan disertai kehadiran bidan yang terlatih. Selain itu, kader kesehatan juga dianjurkan untuk mendistribusikan suplemen untuk wanita hamil yang membutuhkan monitoring dan evaluasi (WHO 2012).

Sebuah *systematic review* yang dilakukan oleh Lewin dkk. (2012) menunjukkan bahwa melibatkan kader kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan tidak dapat secara signifikan meningkatkan hasil kesehatan; Namun, intervensi ini dapat meningkatkan frekuensi kunjungan masyarakat atau cakupan pemanfaatan klinik kesehatan dan menurunkan tingkat stres pada wanita hamil yang terlambat hamil.

*Systematic review* lain oleh Britton dkk. (2007) menemukan bahwa pengoptimalan peran kader kesehatan dapat secara efektif meningkatkan penerapan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif. Selanjutnya, pengalihan tugas dari bidan ke kader kesehatan meningkatkan persetujuan klien terhadap perawatan obstetrik darurat (Byrne dkk. 2014).

Mengingat kendala akses dan beban kerja bidan, terutama di daerah terpencil, pengoptimalan peran kader kesehatan melalui pengalihan tugas dapat menjadi alternatif. Distribusi bahan/manual

kerja pada kader kesehatan diperlukan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan.

### **Kelompok Prenatal Care**

Sebuah *cluster-randomised controlled trial* yang dilakukan oleh Jafari dkk.(2010) di Iran menunjukkan bahwa perawatan kehamilan secara berkelompok dapat meningkatkan kepuasan klien dan cakupan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Sekitar tujuh puluh persen perempuan dalam kelompok *prenatal care* terus melakukan kunjungan antenatal dibandingkan dengan hanya 37,3% di kalangan wanita dalam kelompok individu. Pelaksanaan kelompok *prenatal care* adalah dengan membagi kelompok dengan 8-10 perempuan di masing-masing kelompok dan memberikan pertemuan 10 kali selama kehamilan. Setiap pertemuan membutuhkan waktu 90 sampai 120 menit. Pelatihan kepada bidan mengenai kelompok *prenatal care* diperlukan sebelum kelompok *prenatal care* dimulai. Pada setiap pertemuan, dilakukan pemeriksaan secara individu yang meliputi berat badan dan tekanan darah selama 30 menit pertama. Kemudian, dilanjutkan dengan sesi diskusi antara bidan dan anggota kelompok. Tema sesi diskusi meliputi gizi prenatal dan perkembangan janin; ketidaknyamanan umum dalam kehamilan; relaksasi dan persalinan; masalah kehamilan; pengalaman kelahiran; keputusan mengenai kehamilan dan mengembangkan rencana kelahiran; pemberian makanan bayi; adaptasi postpartum; perawatan bayi baru lahir; perawatan bayi dan ibu.

Selain itu, sebuah studi kohort retrospektif menunjukkan bahwa adanya hubungan negatif antara kelompok *prenatal care* dan kelahiran prematur (OR = 0,53; tingkat kepercayaan 95%, 0,34-0,81) (Picklesimer et al 2012.). Ini berarti bahwa kelompok

*prenatal care* memberikan hasil kesehatan yang positif.

Dalam konteks Indonesia, perawatan kehamilan secara berkelompok kemungkinan dapat diterapkan di daerah perkotaan dibandingkan pedesaan. Hal ini dikarenakan kendala geografis di beberapa daerah pedesaan, seperti kondisi jalan dan ketersediaan transportasi. Mengoptimalkan peran kader kesehatan lebih dibutuhkan untuk diimplementasikan dalam di pedesaan.

### **SIMPULAN**

Rendahnya kualitas pelayanan kesehatan ibu merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan kematian dan kesakitan ibu. Beberapa strategi diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Berdasarkan literatur yang telah dianalisis, ditemukan 5 strategi yang dapat diterapkan di Indonesia, yaitu audit dan umpan balik; pendidikan kompetensi budaya; *Educational Outreach Visits (EOVs)*; mengoptimalkan peran *Lay Health Workers (LWHs)*; dan kelompok *Prenatal Care*. Sebelum menerapkan strategi-strategi tersebut, perlu dipastikan bahwa bidan telah terdistribusi secara merata di seluruh wilayah di Indonesia dengan dilengkapi alat dan obat-obatan yang memadai.

### **DAFTAR PUSTAKA**

Althabe, F, Bergel, E, Cafferata, ML, Gibbons, L, Ciapponi, A, Alemán, A, Colantonio, L & Palacios, AR 2008, 'Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 22, issue s1, pp. 42-60, DOI: 10.1111/j.1365-3016.2007.00912.x.

- Amiri, A & Gerdtham, Ulf-G 2013, 'Impact of Maternal and Child Health on Economic Growth: New Evidence Based Granger Causality and DEA Analysis', *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH)*, viewed 11 May 2014, [http://www.who.int/pmnch/knowledge/topics/201303\\_mnch\\_impact\\_on\\_economic\\_growth/en/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/topics/201303_mnch_impact_on_economic_growth/en/)
- Anderson FWJ, Morton, SU, Naik, S & Gebrian B 2007, 'Maternal Mortality and the Consequences on Infant and Child Survival in Rural Haiti', *Matern Child Health J*, vol. 11, pp. 395–401.
- Audo, MO, Ferguson, A & Njoroge, PK 2005, 'Quality of health care and its effects in the utilisation of maternal and child health services in Kenya', *East African medical journal*, vol. 82, no. 11, pp. 547-553.
- Beach, MC, Price, EG, Gary, TL, Robinson, KA, Gozu, A, Palacio, A, Smarth, C, Jenckes, MW, Feuerstein, C, Bass, EB, Powe, NR & Cooper, LA 2005, 'Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions', *Medical care*, vol.43, no. 4, pp. 356-373.
- Britton, C, McCormick, FM, Renfrew, MJ, Wade, A & King, SE 2007, 'Support for breastfeeding mothers', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No.: CD001141.DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
- Broek, van den, NR & Falconer, AD 2011, 'Maternal mortality and Millennium Development Goal 5', *British Medical Bulletin*, vol. 99, pp. 25–38.
- Byrne, A, Hodge, A, Jimenez-Soto, E & Morgan, A 2014, 'What Works? Strategies to Increase Reproductive, Maternal and Child Health in Difficult to Access Mountainous Locations: A Systematic Literature Review', *PloS one*, vol. 9, issue.2:e87683, doi:10.1371/journal.pone.0087683.
- D'Ambruoso, L, Achadi, E, Adisasmita, A, Izati, Y, Makowiecka, K&Hussein J 2009, 'Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry', *Midwifery*, vol. 25, no. 5, pp. 528-539, doi: 10.1016/j.midw.2007.08.008.
- Efendy, F & Makhfudli 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Graham, WJ & Varghese, B 2012, 'Quality, quality, quality: gaps in the continuum of care', *The Lancet*, vol. 379, issue 9811, pp. e5-e6.
- Horvat, L, Horey, D, Romios, P & Kis-Rigo, J 2014, 'Cultural competence education for health professionals', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD009405, DOI: 10.1002/14651858.CD009405.pub2.
- Ivers, N, Jamtvedt, G, Flottorp, S, Young, JM, Odgaard-Jensen, J, French, SD, O'Brien, MA, Johansen, M, Grimshaw, J & Oxman, AD 2012, 'Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes', *Cochrane Database Syst Rev*, 6:CD000259, doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3
- Iyengar, K, Yadav, R & Sen, S 2012, 'Consequences of Maternal Complications in Women's Lives in the First Postpartum Year: A Prospective Cohort Study', *J Health Popul Nutr*, vol. 30, no. 2, pp. 226-240.
- Jafari, F, Eftekhari, H, Mohammad, K & Fotouhi, A 2010, 'Does group prenatal care affect satisfaction and prenatal care utilization in Iranian pregnant women?' *Iranian journal of public health*, vol. 39, no. 2, pp. 52-62.
- Lewin, S, Munabi-Babigumira, S, Glenton, C, Daniels, K, Bosch-Capblanch, X, van

- Wyk, BE, Odgaard-Jensen, J, Johansen, M, Aja, GN, Zwarenstein, M & Scheel, IB 2010, 'Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD004015.DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
- O'Brien, MA, Rogers, S, Jamtvedt, G, Oxman, AD, Odgaard-Jensen, J, Kristoffersen, DT, Forsetlund, L, Bainbridge, D, Freemantle, N, Davis, D, Haynes, RB & Harvey, E, 2007, 'Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD000409.DOI: 10.1002/14651858.CD000409.pub2.
- Pattinson, R, Kerber, K, Waiswa, P, Day, LT, Mussell, F, Asiruddin, SK, Blencowe, H & Lawn, JE 2009, 'Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low-and middle-income countries', *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 107, pp. S113-S122, DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.07.011.
- Picklesimer, AH, Billings, D, Hale, N, Blackhurst, D & Covington-Kolb, S 2012, 'The effect of Centering Pregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population', *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 206, issue 5, pp. 415.e1-415.e7, DOI: 10.1016/j.ajog.2012.01.040.
- Raven, JH, Tolhurst, RJ, Tang, S & van den Broek, N 2012, 'What is quality in maternal and neonatal health care?', *Midwifery*, vol. 28, no. 5, pp. e676-e683.
- Renfrew, MJ, McFadden, A, Bastos, AH, Campbell, J, Channon, AA, Cheung, NF, Silva, DRAD, Downe, S, Kennedy, HP, Malata, A, McCormick, F, Wick, L & Declercq E 2014, 'Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care', *Lancet*, viewed 24 June 2014, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- Shankar, A, Sebayang, S, Guarenti, L, Utomo, B, Islam, M, Fauveau, V & Jalal, F 2008, 'The village-based midwife programme in Indonesia', *Lancet*, vol. 371.
- Statistics Indonesia (BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), Ministry of Health & ICF International 2013, *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*, BPS, BKKBN, MOH, and ICF International, Jakarta.
- Titaley, CR, Hunter, CL, Dibley, MJ & Heywood, P 2010, 'Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia', *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 10, no. 61.
- Truong, M, Paradies, Y, & Priest, N 2014, 'Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews', *BMC health services research*, vol. 14, issue 99, DOI: 10.1186/1472-6963-14-99.
- Van den Broek, NR & Graham, WJ 2009, 'Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda', *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 116, no. s1, pp. 18-21.
- Webster, PC 2012, 'Indonesia makes maternal health a national priority', *The Lancet*, vol. 380, issue 9858, pp. 1981-1982.
- WHO 2011, *PMNCH Fact Sheet: Maternal mortality*, World Health Organization, viewed 11 May 2014, [http://www.who.int/pmnch/media/press\\_materials/fs/fs\\_mdg5\\_maternalmortality/en/](http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_mdg5_maternalmortality/en/)

WHO 2012, *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*, World Health Organization, Geneva.

WHO 2014, *Trends in Maternal Mortality 1990-2013: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*, WHO, Geneva.