

# PELAYANAN KESEHATAN PERINATAL DI DAERAH PEDESAAN UJUNG BERUNG\*

Anna Alisjhabana<sup>1</sup>

## ABSTRACT

A survey on perinatal care in a rural area at Ujung Berung district, located 15–20 km outside Bandung, West Java was conducted. Three villages with a population of 40,787 were selected. Health services were provided by one health post and several family planning posts. In this study 1303 pregnant women were followed throughout the 28 weeks of pregnancy until the infant is 28 days of age.

Among the 1303 pregnant women 5.7% had received tetanus toxoid immunization. Perinatal mortality rate (PMR) was 43.6 per thousand and incidence of low birth weight was 14.3 percent. Only 12.8% pregnant women were using some kind of contraception before the last pregnancy. The PMR decreased in spite of the low percentage users. The main causes of death during perinatal period were asphyxia neonatorum and infections. The incidence of tetanus neonatorum during neonatal period was 17 per thousand live births.

An evaluation of health service activities showed 47.5% of these pregnant women had antenatal care. Care during delivery and early postnatal period was carried out by TBAs. No significant difference was found between the PMR of trained and untrained TBAs. Another aspect of health service activities is referral to the health centre or hospital. A total of 3.8 percent infants were referred because of neonatal problems; among these, refusal was 12.5% due to the totalistic attitude of the parents in the village.

The results showed that coverage of pregnant women and their infants by safe health care services is very low. This may be due to lack of facilities and health personnel, and probably also due to the confidence of village people for traditional health care providers. Thus, education and training as well as supervision of traditional health care providers and their integration into the formal health care structure is of extreme importance.

## PENDAHULUAN

Di negara industri, angka kematian perinatal menunjukkan penurunan yang drastis. Penurunan angka kematian ini selain disebabkan oleh perbaikan tingkat kehidupan sosial, pangan yang cukup, pengadaan air bersih, perumahan sehat, wajib sekolah juga dikarenakan usaha pe-

layanan kesehatan yang merata dan mencapai hampir seluruh lapisan masyarakat. Yang sangat khas untuk negara industri, adalah diambil-alihnya sarana kesehatan tradisional oleh sarana kesehatan yang lebih modern dengan menggantikan kelahiran rumah menjadi kelahiran rumah sakit (4).

Keadaan ini berbeda di negara-negara

---

\* Penelitian ini disponsori WHO—SEARO dan Badan Penelitian & Pengembangan Departemen Kesehatan R.I.

<sup>1</sup> Bagian Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung.

berkembang. Kemiskinan yang meluas terutama di daerah pedesaan dan daerah perkampungan kota dengan tingkat kehidupan sosial yang rendah dan kurangnya sarana kesehatan, telah menyebabkan bahwa angka kematian dan kesakitan bagi golongan yang paling rentan yaitu ibu dan anak, masih saja tetap bertahan pada angka yang tinggi. Di daerah-daerah ini kita sering dapatkan suatu lingkaran dari kekurangan gizi, infeksi dan angka fertilitas yang tinggi. Dalam usaha memotong lingkaran ini memang diperlukan perbaikan infrastruktur di samping makanan yang cukup dan pendidikan. Intervensi dengan cara ini telah terlihat dampaknya di negara industri (4, 7).

### LATAR BELAKANG MASALAH

Seperti diketahui, pelayanan kesehatan perinatal di Indonesia dicakup dalam kegiatan KIA lewat Puskesmas. Jawa Barat merupakan propinsi yang padat penduduknya yaitu sekitar 28,2 juta pada akhir tahun 1982. Sedangkan jumlah Puskesmas adalah 518 buah yang berarti pencakupan dari 1 Puskesmas untuk 55.745 penduduk. Kantor Wilayah Kesehatan Jawa - Barat melaporkan bahwa selama 2 tahun terakhir, pencakupan risiko oleh Puskesmas adalah sebagai yang terlihat dalam tabel 1.

Jumlah dukun yang dilaporkan dalam tabel 2 hanya meliputi dukun terlatih, sedangkan jumlah dukun bayi di Jawa Barat diperkirakan sekitar 20.177 (1982). Dari jumlah ini 51.3 persen telah mendapat latihan 15.6 persen masih mengikuti latihan dan 33.1 persen belum mendapat latihan (5).

Tabel 3 menunjukkan jumlah kelahiran yang dilaporkan lewat Puskesmas oleh tenaga kesehatan terlatih maupun tidak terlatih. Bila diperkirakan bahwa angka kelahiran kasar di Jawa Barat adalah sekitar 3,5% (persen) (1980), maka jumlah kelahiran di Jawa Barat diperkirakan akan sebanyak 987.000 bayi. Ini berarti bahwa hanya 25,5 persen dari jumlah kelahiran dilaporkan lewat Puskesmas. Walaupun diketahui bahwa untuk daerah perkotaan masih didapatkan sejumlah kelahiran yang berlangsung di rumah sakit atau klinik bersalin, akan tetapi secara keseluruhan jumlah ini kurang berarti. Laporan lain mengenai masalah perinatal adalah angka kematian ibu bersalin yang besarnya 0,5 permil dari kelahiran hidup. Dari 60 kematian ibu 11,7 persen ditolong dukun terlatih dan 88,3 persen ditolong oleh dukun tidak terlatih. Kematian perinatal yang dilaporkan lewat Puskesmas besarnya 5,9 per-seribu kelahiran, dengan rincian 3,4 per seribu lahir mati dan 2,45 per seribu merupakan kematian neonatal dini (5).

Tabel 1. Pencakupan kelompok risiko oleh Puskesmas \*) di Jawa Barat.

Kelompok risiko	Pencakupan (%)	
	1981	1982
Bayi (0 - 1 th)	42,7	44,57
Anak-anak	12,07	6,0
Ibu hamil	37,11	32,88
Ibu menyusui	27,6	39,23

\*) . Sumber Kanwil Kes Dep. Kes Jawa - Barat 1982.

Tabel. 2. Perbandingan petugas kesehatan terhadap penduduk di Jawa Barat. \*)

Petugas Kesehatan	Jumlah	Perbandingan terhadap penduduk
Dokter	497	1 : 54,326
Paramedis	2781	1 : 9,708
Dukun terlatih	10348	1 : 2,609

\*) . Sumber Kanwil Depkes, Jawa Barat, 1982.

Tabel. 3. Jumlah kelahiran di Jawa Barat menurut laporan Puskesmas dan balai-balai KIA.

Variabel	1981	1982
1. Jumlah kelahiran	217.252	251.436
2. Dukun terlatih pencakupan.	118.438	125.198
3. Dukun tidak terlatih. Jumlah kelahiran yang dilaporkan (%)	5.120 54,5	3.800 51,3
4. Laporan dari semua Puskesmas (%)	70,8	74,9

## BAHAN DAN CARA

Dalam usaha memperbaiki sarana kesehatan di suatu daerah, data dasar sangat perlu diketahui. Pada penulisan naskah ini penulis bermaksud untuk memberikan gambaran mengenai pelayanan kesehatan perinatal di tiga desa dari Kecamatan Ujung - Berung, Jawa Barat. Daerah yang terletak 15 - 20 di luar kota Bandung dan berpenduduk  $\pm$  40.787 orang. Angka-angka yang dikemukakan disini adalah hasil penelitian prospektip pada semua wanita yang melahirkan dalam periode 1 September 1978 sampai dengan 28 Februari 1980 di daerah penelitian tadi.

Kecamatan Ujung - Berung berpenduduk sekitar 150.000 orang, mempunyai 1 Puskesmas dengan kegiatan poliklinik, KIA, fasilitas perawatan persalinan dan latihan dukun bayi. Di tiga desa penelitian didapatkan 2 Puskesmas pembantu yang

dipimpin seorang bidan dibuka 2 kali seminggu. Selain itu didapatkan beberapa pos KB dan Pos penyuntikan yang penggunaannya sangat rendah.

Tujuan utama dari penelitian perinatal ini adalah untuk mempelajari angka kematian dan kesakitan perinatal dan angka kejadian berat-lahir rendah (BBLR).

Untuk keperluan laporan ini, hanya wanita hamil yang melahirkan dalam periode 1 September 1978 sampai dengan 28 Februari 1980 dan yang di *follow up* dari kehamilan 28 minggu sampai bayinya berumur 1 minggu akan dipakai untuk pembahasan (1303 kasus).

Makalah ini akan membatasi diri dengan membahas sarana pelayanan kesehatan di daerah penelitian dan hubungannya dengan angka kematian perinatal (AKP), dan angka kejadian BBLR. Sebagai perbandingan akan disajikan juga bebera-

pa angka, dari negara peserta penelitian perinatal yang diselenggarakan oleh WHO SEARO.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Pemeriksaan kehamilan

Survai prospektif ini mendapat kesulitan dalam mengumpulkan data mengenai pemeriksaan kehamilan (ANC). Pemeriksaan kehamilan sering dipakai sebagai ukuran dari pelayanan kesehatan perinatal. Untuk keperluan itu sebenarnya perlu dinilai 2 faktor yaitu, penggunaan sarana pelayanan kesehatan dan jumlah pemeriksaan dan kualitas pemeriksaan kehamilan.

Pemeriksaan kehamilan bertujuan untuk mengenal (mengidentifikasi) masalah sehingga komplikasi kehamilan dapat dicegah, dan ibu dan anak berada dalam kondisi yang sebaik mungkin pada saat persalinan. Dengan demikian maka angka kematian perinatal dan angka kejadian BBLR dapat diturunkan.

Penelitian perinatal yang dilaksanakan di Ujung Berung belum dapat menilai sejauh ini, sehingga pemeriksaan kehamilan hanya ditujukan kepada jumlah pemeriksaan selama kehamilan dan kurang terhadap kualitas pemeriksaan.

Tabel 4 memberikan gambaran mengenai hubungan jumlah pemeriksaan kehamilan dan angka kematian perinatal di beberapa negara peserta penelitian perinatal (8).

Dari tabel 4 terlihat bahwa di India dan Indonesia didapatkan jumlah yang cukup tinggi dari ibu-ibu yang tidak mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Kalau dibandingkan angka kematian perinatal antara kedua kelompok "ya" dan "tidak", maka pada tiap negara tidak didapatkan perbedaan yang jelas kecuali untuk Muangthai. Hasil ini memerlukan peninjauan mengenai definisi pemeriksaan kehamilan bagi tiap negara.

Di daerah penelitian Ujung - Berung (tabel 5) terlihat bahwa angka kematian perinatal terendah pada jumlah pemeriksaan 3 kali. Sesudah pemeriksaan ANC 3 kali, angka kematian perinatal meningkat dengan bertambahnya jumlah pemeriksaan kehamilan.

Angka kematian yang tinggi didapat pada pemeriksaan hanya 1 kali, dibandingkan dengan yang tidak pernah sama sekali.

Hal ini mungkin berhubungan dengan kriteria yang dipakai ANC karena dalam kelompok ini termasuk ibu-ibu yang melakukan ANC pada dukun. Jumlah ini hanya meliputi 4,6%.

Tempat yang mendapat prioritas utama untuk pemeriksaan kehamilan adalah Puskesmas. Sesudah itu praktek bidan merupakan prioritas kedua. Ada kemungkinan besar bahwa kelompok yang melakukan pemeriksaan kehamilan di rumah sendiri, juga dilakukan oleh dukun (4,7%). Pemeriksaan kehamilan yang lengkap akan

Tabel. 4. Angka Kematian Perinatal menurut Pemeriksaan Kehamilan di daerah penelitian pedesaan beberapa negara peserta.

Pemeriksaan Kehamilan	Burma		India		Indonesia		Muangthai	
	%	AKP (%)	%	AKP (%)	%	AKP (%)	%	AKP (%)
Ya	86,6	52,4	45,7	38,4	44,1	46,0	74,2	20,5
Tidak	14,4	52,0	54,3	61,6	55,9	54,1	25,8	52,1

meliputi pemberian vaksinasi TFT (Tetanus Formol Toxoid). Ternyata imunisasi ini masih belum menyeluruh dilakukan pada ibu-ibu hamil karena dari semua responden hanya 5,7 persen mendapat vaksinasi TFT dalam jangka waktu satu tahun sebelum wawancara. Angka ini memang rendah, sehingga dapat menerangkan tingginya angka kematian neonatal oleh Tetanus Neonatorum di daerah penelitian, yaitu setinggi 17 per-seribu kelahiran (2).

## 2. Keluarga berencana

Pada penelitian pendahuluan di daerah yang sama didapatkan 18,7 persen dari seluruh wanita PUS memakai kontrasepsi (1). Angka ini di bawah perkiraan dan mungkin disebabkan karena sarana pospos K.B. kurang terjangkau oleh wanita wanita di desa. Hal ini tidak saja disebabkan kurangnya sarana akan tetapi juga karena jarak yang jauh dan medan lapangan yang sulit. Untuk daerah penelitian ini dilaporkan hanya ada 5 pos K.B. untuk 6.753 wanita PUS kurang dari 45 tahun atau rasio dari 1 pos K.B. untuk 1.350 wanita (1).

Penelitian prospektif mendapatkan angka yang lebih rendah, yaitu hanya 12,8 persen dari ibu-ibu melaporkan memakai kontrasepsi sebelum kehamilan ini. Hasil

ini lebih rendah dari hasil sebelumnya, oleh karena tercakupnya responden ibu-ibu yang hamil untuk pertama kali.

Walaupun jumlah ibu-ibu yang memakai kontrasepsi sebelum kehamilan ini tidak banyak, akan tetapi telah dicoba juga untuk menghubungkan pemakaian kontrasepsi sebelum kehamilan, dengan angka kematian perinatal dan angka kejadian BBLR. Untuk keperluan ini macam alat kontrasepsi tidak dinilai.

Dari tabel 7 terlihat bahwa kelompok tanpa kontrasepsi menunjukkan risiko kematian perinatal yang 2,5 kali lebih tinggi, dibandingkan kelompok dengan kontrasepsi. Angka ini masih harus dikurangi dengan jumlah wanita dari paritas pertama. Bila ini dilakukan maka AKP untuk kelompok tanpa kontrasepsi, memberikan angka kematian perinatal setinggi 41,6% kelahiran atau 2,2 kali lebih tinggi dari kelompok ibu-ibu dengan kontrasepsi.

Pemakaian kontrasepsi diperkirakan dapat mempengaruhi kualitas dari hasil kehamilan, termasuk berat-lahir bayi. Untuk membuktikan itu perlu ditinjau persentase BBLR pada kedua kelompok tadi. Di sini terlihat bahwa angka-kejadian-BBLR lebih rendah pada kelompok dengan kontrasepsi dibandingkan kelompok tanpa kontrasepsi, akan tetapi perbeda-

Tabel. 5. Angka Kematian Perinatal menurut jumlah pemeriksaan Kehamilan di daerah penelitian Ujung Berung.

Jumlah Pemeriksaan Kehamilan.	Ujung — Berung	
	Jumlah Ibu	AKP (%)
0	728	41,2
1	74	94,6
2	125	40,0
3	74	27,0
4	64	46,9
5 +	238	42,0
T o t a l	1303	43,7

Tabel 6. Tempat pemeriksaan kehamilan di Ujung - Berung.

Tempat pemeriksaan	%
Puskesmas	73,6
Pratek Bidan	14,9
Rumah sendiri	4,7
Rumah Dukun	4,6
Praktek Dokter	2,1.
T o t a l	100,0

Tabel 7. Pemakaian kontrasepsi sebelum hamil dan angka kematian perinatal dan angka kejadian BBLR (N = 1303).

Memakai kontrasepsi	%	AKP ‰	BBLR %
Ya	12.3	19	12.8
Tidak	87.7	48	15.1

an ini tidak bermakna ( $P > 0,05$ ). Mungkin bila jumlah responden untuk kelompok pemakai kontrasepsi lebih besar, dapat diharapkan angka-angka yang lebih meyakinkan.

### 3. Penolong persalinan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa di daerah Ujung-Berung 87% dari kelahiran ditolong oleh dukun-bayi. Jumlah dukun bayi adalah 45 orang, di antaranya 11 dukun bayi telah mendapat latihan sebelum penelitian dimulai.

Dengan asumsi bahwa dukun bayi terlatih akan memperlihatkan ketrampilan yang lebih baik dalam menolong persalinan, maka angka kematian-perinatal telah dibandingkan pada kedua kelompok tadi. Di sini telah dilakukan juga perbandingan dengan hasil penelitian di beberapa negara peserta lainnya.

Dibandingkan dengan negara tetangga kita, persalinan yang ditolong oleh dukun-bayi paling tinggi untuk India dan Indone-

sia yaitu berkisar antara 87–91%. Kedua negara ini juga menunjukkan hasil yang tidak berbeda untuk angka-kematian-perinatal bayi-bayi yang ditolong dukun-bayi terlatih dan tidak terlatih. Berbeda dengan kedua negara ini, Muangthai dan Burma lebih banyak melaporkan kelahiran yang ditolong oleh bidan. Burma tidak membedakan kualitas dukun-bayi. Sedangkan Muangthai melaporkan jumlah dukun-bayi terlatih yang jauh lebih besar. Sangat menarik di sini adalah kematian pada kelompok kelahiran oleh bidan di Burma, yang tidak banyak berbeda dengan kelahiran oleh dukun bayi.

Indonesia dan India melaporkan angka kematian perinatal tertinggi untuk kelahiran yang ditolong oleh dokter. Mengingat jumlah ini sangat sedikit, maka angka kematian yang tinggi ini, kemungkinan besar disebabkan oleh kasus-risiko tinggi yang terlambat dirujuk.

Persalinan pada kelompok "lain-lain" mencakup persalinan oleh tetangga atau

keluarga lainnya (nenek). Kelompok ini juga untuk sebagian besar mencakup kasus *kebrojolan*, sehingga dapat menerangkan tingginya angka-kematian-perinatal pada kelompok tadi.

Kematian perinatal yang dihubungkan dengan tempat persalinan dapat dilihat pada tabel 9, juga disini angka kematian Perinatal di Indonesia dibandingkan dengan beberapa negara tetangga lainnya.

Burma dan Indonesia melaporkan kelahiran rumah yang tertinggi, berlainan dengan Muangthai di mana kelahiran di klinik bidan lebih banyak dilaporkan.

Mengenai hasil angka-kematian-perinatal menurut tempat bersalin tidak dapat ditarik suatu kesimpulan umum. Karena berhubungan dengan alasan seorang ibu melahirkan di tempat tertentu. Kelahiran

di R.S./Klinik Bersalin selain atas kemauan sendiri, dapat juga disebabkan oleh karena rujukan. Seperti yang terlihat dari hasil angka kematian perinatal R.S./Klinik Bersalin di Burma dan Klinik bidan di Muangthai. Mengenai keadaan di Ujung-Berung, Indonesia hasilnya seperti yang diperkirakan. Yaitu angka kematian tertinggi di rumah dan paling rendah di rumah Sakit/Klinik Bersalin. Hasil ini erat hubungannya dengan penolong persalinan, karena persalinan di rumah telah banyak dilakukan oleh dukun.

#### 4. Rujukan

Salah satu ukuran dari pelayanan kesehatan adalah kelancaran merujuk. Sampai saat ini laporan mengenai rujukan masih sangat terbatas, terutama untuk daerah

Tabel 8. Angka Kematian Perinatal menurut Penolong Persalinan di daerah pedesaan beberapa negara.

Penolong persalinan	Burma		Muangthai		Indonesia		India	
	%	AKP	%	AKP	%	AKP	%	AKP
Bidan	49,6	44,1	33,6	6,5	10,5	24,0	9,9	58,1
Dukun terlatih	47,2	42,6	51,4	21,2	28,4	41	22,8	44,9
Dukun tak terlatih			15,0	82,5	58,9	47	64,4	46,6
Lain-lain			—	—	1,3	(71)	—	—
Dokter	3,2	273	—	—	1,1	(167)	4,9	71,4
Total	100,0	51,2	100,0	28,4	100,0	43,6	100,0	48,6

Tabel 9. Angka kematian menurut tempat bersalin di daerah pedesaan beberapa negara.

Tempat bersalin	Burma		Muangthai		Indonesia	
	%	AKP	%	AKP	%	AKP
R. sendiri	95,1	41,7	40,7	24,0	89,2	45,5
RS/Kl. Bersalin	4,9	235,3	2,7	30,4	6,3	24,4
Klinik Bidan	—	—	55,3	66,7	4,0	38,5
Lain-lain	—	—	1,3	—	0,5	—
Total	100,0	51,2	100,0	28,4	100,0	43,6

pedesaan. Laporan yang ada biasanya berasal dari ibu-ibu yang dirujuk ke Rumah Sakit. Sedangkan berapa persen dari bayi-bayi yang memerlukan rujukan di daerah pedesaan sampai saat ini tidak ada angka-angka yang resmi.

Penelitian Perinatal di Ujung-Berung telah mengumpulkan beberapa data mengenai masalah rujukan ini. Sebagai bahan patokan untuk merujuk bayi adalah, bayi yang menunjukkan salah satu dari 8 gejala utama penyakit neonatus. Gejala-gejala yang dimaksud tadi adalah kejang-kejang, kuning (icterus), perut kembung, perdarahan, bayi kecil, bayi dengan kelainan bawaan dan bayi dengan gangguan pernapasan dan terakhir adalah bayi dengan kemungkinan sakit jantung (6). Untuk keperluan identifikasi itu, tiap bidan peneliti dibekali foto-foto dari bayi-bayi dengan gejala tersebut diatas (7).

Angka kematian yang dihitung di sini adalah angka-kematian-neonatal-dini seperti terlihat pada tabel 10.

bahwa angka-kematian neonatal-dini paling tinggi pada kelompok yang dirujuk dalam 24 jam pertama sesudah lahir. Angka yang tinggi ini mungkin disebabkan karena kelompok terakhir ini juga mencakup bayi-bayi yang menderita asphyxia berat dan bayi-bayi yang sangat kecil (kurang dari 1500 gram).

Tabel 10 juga memperlihatkan bahwa bayi-bayi yang dirujuk ini termasuk kelompok risiko tinggi ditinjau dari berat lahirnya. Angka kejadian BBLR pada kelompok yang dirujuk ternyata satu setengah kali lebih tinggi dibandingkan dengan angka BBLR secara keseluruhan untuk daerah penelitian (14,7 persen).

Untuk mendapat gambaran mengenai sebab kematian perinatal di negara-negara peserta penelitian perinatal ini, tabel 11 memberikan gambaran tersebut.

Bila dibandingkan dengan negara lainnya, Indonesia dan India melaporkan anoksia/asfiksia sebagai penyebab kematian per-

Tabel 10. Angka kematian-neonatal-dini menurut status rujukan.

Status rujukan	Jumlah lahir hidup	Jumlah † 7 hari	K.N.D. %	BBLR %
Tidak dirujuk	1243	33	27,2	13,0
Dirujuk				
24 jam	12	5	416,6	—
24 — 47 jam	8	3	375,0	—
48 + jam	24	1	41,7	—
Total	44	9	204,5	21,5
Menolak	5	2	400,0	(34,6)

Tabel 10 memperlihatkan bahwa kelompok yang memerlukan rujukan terdiri dari 49 bayi (3,8%). Dari jumlah ini 5 orang menolak (10,2%). Perbedaan yang bermakna didapatkan pada angka-kematian-neonatal-dini dari kelompok yang dirujuk dan yang menolak ( $P < 0,05$ ). Pada kelompok terakhir ini angka kematiannya hampir 2x lebih tinggi dari kelompok pertama. Hasil penelitian ini menunjukkan

tama. Di Indonesia sebab ke-dua adalah infeksi. Variasi sebab kematian paling banyak dilaporkan oleh Burma dengan adanya perdarahan otak. Ini disebabkan karena di Burma sebab kematian ditegakkan dari bedah mayat yang berhasil dilakukan pada  $\pm 80\%$  dari semua kasus kematian. Juga Muangthai melaporkan 15,4 — 60% kejadian otopsi, sedangkan di India dan Indonesia otopsi tidak dilakukan (10).



Tabel 11. Sebab Kematian Perinatal disusun menurut urutan persentase tertinggi (10).

Penyebab	Burma	India	Indonesia	Muangthai
Prematur/BBLR	1	2	3	5
Anoksi/asphiksia	2	1	1	3
Infeksi	3	—	2	1
Trauma lahir	4	5	—	4
Perdarahan Otak	5	—	—	—
Cacat bawaan	6	4	3	3
Tidak mau minum	—	3	—	—
Peny. pernapasan lain	—	—	3	2

## P E M B A H A S A N

Negara Indonesia masih termasuk negara miskin, walaupun sudah didapatkan kenaikan GNP per kapita. Kemiskinan biasanya disertai dengan angka kelahiran dan angka kematian bayi yang tinggi. Ibu-ibu dari lingkungan miskin sering menunjukkan sifat-sifat tertentu seperti kehamilan umur muda, paritas tinggi dan jarak kehamilan pendek. Selain itu ibu-ibu ini mempunyai masa produksi yang panjang dibandingkan dengan ibu-ibu dari tingkat sosial tinggi (7).

Mereka juga cenderung menunjukkan komplikasi kehamilan dan riwayat kehamilan yang lebih buruk. Semua faktor-faktor ini mengakibatkan hasil kematian perinatal dan angka kejadian berat badan lahir rendah.

Tidak dapat disangkal bahwa perbaikan kesehatan ibu dan anak merupakan usaha yang penting untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan karena ibu dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap pengaruh faktor-faktor lingkungan, sebaliknya mereka juga merupakan kelompok yang paling responsif terhadap perbaikan pelayanan kesehatan.

Bagi negara berkembang, cara pelayanan kesehatan yang biasa dipergunakan di negara maju sering tidak dapat dipakai, ka-

rena pada yang terakhir ini tidak dapat hubungan yang timbal balik dengan pelayanan kesehatan tradisional (4). Selain itu di negara berkembang jumlah tenaga kesehatan pada umumnya sangat kurang dan disertai infrastruktur dan fasilitas yang kurang, mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan.

Engstrum (1976), menulis bahwa di negara berkembang hanya 10% dari keluarga mempergunakan sarana kesehatan bagi ibu dan anak (4).

Kenyataan ini tidak saja disebabkan oleh karena pusat pelayanan kesehatan kurang terjangkau oleh kebanyakan kelompok risiko (ibu dan anak). Akan tetapi juga disebabkan oleh karena kepercayaan masyarakat kepada pelayanan kesehatan tradisional yang masih tinggi. Kedua sebab ini jelas dapat terjadi bersama-sama. Sehingga tidak mengherankan bila tidak didapatkan hubungan yang jelas antara jumlah pemeriksaan kehamilan dan angka kematian perinatal. Khususnya di daerah penelitian Ujung - Berung 47.5 persen dari ibu-ibu hamil melakukan ANC, akan tetapi kelahiran pada dukun bayi dilakukan oleh 87% dari responden ibu hamil.

Dibandingkan dengan laporan Muangthai, mereka mendapatkan perbedaan yang jelas, dari AKP antara kelompok yang melakukan ANC dan yang tidak. Mungkin hal ini disebabkan oleh karena

perbedaan dalam kriteria. Muangthai menganggap ANC hanya bisa dianggap berarti (*valid*) bila kelahirannya juga dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih atau dilakukan di klinik Bersalin/Rumah sakit (13). Dengan demikian maka jumlah ANC untuk penelitian di Ujung berung sulit dinilai sebagai variabel yang menentukan hasil kehamilan. Lebih-lebih lagi karena penyuntikan TFT hanya dilakukan pada 5,7% dari ibu hamil.

Dibandingkan dengan negara peserta penelitian perinatal lainnya Muangthai melaporkan kelahiran di klinik yang paling tinggi dengan hasil AKP yang terendah. Pada ketiga negara peserta lainnya kelahiran rumah masih merupakan suatu kebiasaan untuk daerah pedesaan. Tingginya AKP berhubungan dengan jumlah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi.

Penilaian AKP yang dihubungkan dengan dukun terlatih dan tidak terlatih hanya dilaporkan oleh Muangthai, India dan Indonesia. Kecuali untuk Muangthai, bagi kedua negara peserta lainnya tidak didapatkan perbedaan dalam AKP antara kedua kelompok dukun tadi. Mungkin keadaan di India tidak banyak berbeda dengan keadaan di Indonesia. Disini tidak saja kurangnya jumlah dukun terlatih akan tetapi juga kurangnya supervisi pada dukun terlatih merupakan masalah yang penting (3).

Penelitian perinatal di Ujung Berung juga telah menghubungkan AKP dengan pelayanan kontrasepsi, walaupun macam kontrasepsi di sini tidak dinilai. Terlihat adanya AKP yang lebih rendah pada kelompok ibu-ibu dengan kontrasepsi. Tentunya di sini jarak kehamilan memegang peranan.

Angka kematian yang begitu tinggi pada bayi-bayi yang dirujuk selain disebabkan oleh beratnya penyakit, juga berhubungan dengan jarak yang jauh antara rumah ke pusat pelayanan kesehatan yang terdekat. Hasil ini sesuai seperti

yang dilaporkan oleh Rahman (1982) untuk anak-anak yang meninggal karena diare. Peneliti ini melaporkan bahwa didapatkan hubungan yang erat antara kematian dan jarak dari pusat pelayanan kesehatan (1).

Di daerah Ujung Berung masih didapatkan 10,2% bayi-bayi yang orang tuanya menolak dirujuk. Angka kematian kelompok ini 2 kali lebih tinggi dari kelompok yang dirujuk. Alasan menolak mungkin berhubungan dengan sifat *nrimo* dari masyarakat, terutama kalau bayi tampak sakit berat. Orang tua memberikan alasan bahwa lebih baik bayinya meninggal di rumah.

AKP merupakan faktor penting yang ikut menentukan angka kematian bayi. Khususnya untuk daerah penelitian Ujung Berung kematian neonatal dilaporkan besarnya  $\pm 50\%$  dari angka kematian bayi (2). Kejadian yang sama juga dilaporkan negara berkembang lainnya. Ini berarti bahwa bulan pertama kehidupan (kematian neonatal) merupakan periode yang paling penting dalam masa bayi (0 - 1 tahun). Sehingga dapat dimengerti bahwa usaha untuk menurunkan angka kematian bayi harus lebih menitik beratkan pada usaha menurunkan angka kematian neonatal/perinatal.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Dari laporan yang disampaikan di sini dapat disimpulkan bahwa masalah utama pada pelayanan kesehatan perinatal di Ujung Berung adalah :

1. Kurangnya pencakupan dari kelompok resiko, yang berhubungan dengan infrastruktur yang didapatkan di kecamatan Ujung Berung.
2. Penggunaan (utilisasi) yang rendah dari pelayanan kesehatan KIA yang ada.
3. Kurangnya tenaga kesehatan di semua tingkat (Propinsi dan kabupaten) dan

terutama pada tingkat primer (desa).

4. Masyarakat sendiri kurang dilibatkan dalam usaha meningkatkan taraf kesehatan sendiri khususnya dalam perawatan kesehatan Ibu dan Anak.
5. Kurang berhasilnya identifikasi dan perumusan masalah yang mendasar dalam situasi kesehatan seperti ini.

Usaha untuk menurunkan AKP, yang masalahnya sangat berkaitan dengan AKB dan kesehatan Ibu dan Anak, strategi pendekatan resiko mungkin dapat diterapkan di sini, dengan cara sebagai berikut :

1. Meningkatkan tugas dan kewajiban (*maximal utilization*) dari sumber manusia yang secara formal maupun informal bergerak di bidang pelayanan kesehatan perinatal.
2. Membentuk sistim pelayanan kesehatan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan minimal Ibu dan Anak disertai dengan penjarangan dan rujukan kasus-kasus resiko ke pusat pelayanan yang lebih tinggi.
3. Membentuk suatu pusat regional pelayanan KIA untuk mengisi kekurangan pelayanan KIA, dalam arti memberikan fasilitas pendidikan dan latihan bagi semua petugas dari berbagai tingkat propinsi, kabupaten, kecamatan dan desa.
4. Untuk dapat mempergunakan sumber manusia secara efektif dan ekonomis tanpa memberikan beban yang berlebihan, latihan dan pendidikan perlu diarahkan sehingga semua katagori pelayanan dari masyarakat dapat bekerja bersama-sama dengan mendapat keterampilan merujuk pada saat yang tepat ketingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.
5. Mengintegrasikan usaha menurunkan AKP dan AKB, ke dalam program-program pembangunan masyarakat itu sendiri.

6. Meningkatkan pendidikan/latihan tenaga kesehatan tradisional dan mengintegrasikan mereka ke pelayanan kesehatan formal.

## R U J U K A N

1. A. Alisjahbana, Abdurahman Sukadi, Sri Indayati Soewaryo dan Dadang Effendi. Perinatal Mortality & Morbidity Survey and Hypertensive Disorders in Pregnancy. Final Report II Population Background and retrospective survey. (1981).
2. A. Alisjahbana, E. Suroto-Hamzah, Suganda Tanuwidjaya, S. Wiradisuria, B. Abisujak. Perinatal mortality & morbidity survey and low Birth weight. Final Report V. The pregnancy outcome in Ujung Berung, West Java. (1983).
3. A. Alisjahbana, Dudih Ranadipura & Suganda Tanuwidjaja. The attitude knowledge and behaviour of traditional Birth Attendants in rural are Ujung Berung West Java. *Bulletin Penelitian Kesehatan* 11 (2) 1983 35- 42.
4. L. Engstrom, Perinatal Medicine. A. Concern of the World in Perinatal Care in developing countries. 5th European Congress of Perinatal Medicine. Joint Workshop Gino 1976.
5. Laporan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Jawa Barat 1982.
6. Pierrogs & Ferarra A. Approach to the Medical Care of the Sick Newborn. The Mosby, Saint Louis 1971. hal 84 — 126.
7. A. Petros Barvazian & M. Behar. Problems Indentification: Low Birth weight, a major global problem. Sarec Report no. R.2 (1978) halaman 9 — 14.
8. Perara T. Perinatal morbidity & mortality trends in Southeast Asia. Asean

- Perinatal Health issues. Proceedings Asean Pediatric Federation Workshop on Perinatal mortality & Morbidity. Kuala Lumpur June 6 - 7 1983.
9. Penri Khanja Nasthan, Thailand, Komunikasi pribadi.
  10. Perinatal mortality and morbidity, including Low Birth weight A South-East Asia Regional Profile. SEARO-REGIONAL Health Papers No. 3 1984: 68 - 69.
  11. James Grant. Situasi anak-anak di Dunia (1984). Unicef.
  12. Jon Rohde. Why the other half dies, the science and politics of Child Mortality in the third World. *Assignment Children*, 61/62, 1983 hal. 35.
  13. Rahman M.M. et al. A Diarrhoea Clinic in rural Bangladesh Influence of distance, age, Sex on attendance and diarrhoeal mortality. *Am. J. of Public Health* 72 (10) 1982.
  14. Tissa Devender. South east Asia Assessment, Draper Fund Report, no. 13, June 1984 hal. 16 - 18.

