

POLA PENYAKIT PENYEBAB KEMATIAN BAYI DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN, KONDISI SOSIO EKONOMI PADA KEJADIAN KEMATIAN BAYI DI INDONESIA HASIL RISKESDAS 2007

Tety Rachmawati¹, Turniani L¹, dan Hari Basuki N²

ABSTRACT

Background: Infant health was an important health indicator because of its relationship with various factors, maternal health, the quality of access to health services, socio economic conditions and public health services. Many factors influenced the Infant Mortality Rate but it is difficult to determine dominant factors and less dominant factors. The availability of various facilities or access and health services from skilled health workers, and also changing of public mindset from traditional to modern norms in health services are factors that influence the Infant Mortality Rate. This study aimed to asses the pattern infant death cause at urban and rural, socio economic conditions and its relations to infant death. **Methods:** The study design is descriptive. Data were taken from Riskesdas 2007, conducted in all provinces 33 Provinces in Indonesia. The Unit of analysis was infant death (0–11 month) in household, during 1 July 2006–February 2008. **Results:** Results showed that infant mortality the majority patterns of infant death cause in Urban were is Low Birth Weight; followed by digestive infection, Asphyxia/aspiration and meningitis. Meanwhile pattern of Infant death cause in rural the majority were digestive infection, Pneumonia, Asphyxia/aspiration and Low Birth Weight. There was differences in access to health services between urban and rural areas. In rural areas access to health services was more difficult compared to urban. Infant deaths were more common in rural. Suggests to enhance access to health services especially in rural areas such as by enhance Desa Siaga Strategy to shorten the health services to community like Poskesdes, enhance prehospital care of obstetric and neonatal emergency at Polindes and puskesmas, socialization of ASI exclusive program, socialization of “PHBS” program.

Key words: Infant Death - Pattern of death Cause - access - socioeconomic - Riskesdas 2007

ABSTRAK

Kesehatan bayi merupakan ukuran penting kesehatan nasional karena variabel itu berkaitan dengan berbagai faktor, antara lain, kesehatan ibu, mutu akses ke layanan medis, kondisi sosio ekonomi dan praktik kesehatan masyarakat. Banyak faktor yang memengaruhi tingkat AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB. Tujuan dari analisis lanjut ini adalah mengkaji pola penyebab kematian bayi, akses pelayanan kesehatan dan kondisi sosio ekonomi dan hubungannya terhadap kematian bayi. Rancangan penelitian adalah deskriptif dengan pengambilan data potong lintang. Lokasi penelitian meliputi seluruh provinsi meliputi 33 Provinsi di Indonesia. Unit analisisnya adalah rumah tangga dengan populasinya adalah seluruh kematian bayi (0–11 bulan) yang meninggal sejak 1 Juli 2006–Februari 2008 seperti yang dilakukan pengumpulan data pada Riskesdas 2007. Perolehan data dilakukan dengan mengusulkan variabel yang dibutuhkan dalam rangka analisis sesuai dengan proposal untuk diajukan ke Badan Litbangkes Analisis dilakukan dengan analisis deskriptif. Hasil analisis didapatkan pola penyebab kematian bayi di perkotaan tertinggi adalah BBLR, kemudian infeksi saluran cerna, Asfiksia/aspirasi dan Radang otak. Sedangkan pola kematian bayi di pedesaan tertinggi adalah Infeksi saluran cerna, pneumonia, asfiksia, aspirasi dan BBLR. Terdapat perbedaan akses ke pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dengan pedesaan. Pada daerah pedesaan akses lebih sulit dibanding perkotaan. Kematian bayi terbanyak terjadi di pedesaan terutama pada daerah dengan akses “sedang” dan “sulit”. Dari analisis ini dapat disarankan peningkatan akses ke pelayanan kesehatan

¹ Peneliti Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya, 60176

Alamat korespondensi, e-mail: tety272002@yahoo.com

² Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat UNAIR, Kampus C, Jl. Mulyorejo Surabaya

khususnya di daerah pedesaan, di antaranya strategi Desa Siaga dioptimalkan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan ke masyarakat dengan Poskesdes, optimalisasi upaya pertolongan pertama gawat darurat obstetric dan neonatal di polindes dan puskesmas, sosialisasi program ASI eksklusif, sosialisasi program PHBS.

Kata kunci: Kematian bayi – Pola penyebab kematian — sosio ekonomi – Riskesdas 2007

PENDAHULUAN

Angka Kematian Bayi (AKB) menurut hasil SDKI 2002–2003 adalah sebesar 52 per 1.000 kelahiran hidup, Surkesnas/Susenas berturut-turut pada tahun 2001 sebesar 50 per 1.000 kelahiran hidup dan tahun 2002–2003 menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2000 Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam *World Summit for Children* (WSC) yaitu 65 per 1000 kelahiran hidup. Walaupun begitu, angka kematian bayi ini masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand.

Variasi kematian bayi antarprovinsi masih cukup besar, dengan kematian paling tinggi terjadi di Nusa Tenggara Barat yaitu hampir lima kali lebih tinggi dari angka kematian bayi di Yogyakarta. Provinsi dengan AKB terendah adalah Bali (14 per 1.000 kelahiran hidup), DI Yogyakarta (20 per 1.000 kelahiran hidup), dan Sulawesi Utara (25 per 1.000 kelahiran hidup). Sedangkan AKB tertinggi di Provinsi Gorontalo (77 per 1.000 kelahiran hidup), Nusa Tenggara Barat (74 per 1.000 kelahiran hidup), dan Sulawesi Tenggara (67 per 1.000 kelahiran hidup) (Profil Kesehatan Indonesia, 2005).

Ada banyak faktor yang memengaruhi tingkat AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern

dalam bidang kesehatan merupakan berbagai faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB. Menurunnya AKB dalam beberapa waktu terakhir memberi gambaran adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat (Profil Kesehatan Indonesia, 2005).

Dari hasil studi mortalitas SKRT menunjukkan bahwa angka kematian bayi karena pneumonia dan diare masih cukup tinggi. Sebagian besar dari neonatal yang meninggal pernah mendapatkan pemeriksaan 4 kali atau lebih (60,8%), pemeriksaan pada usia kandungan trimester pertama (64,6%) dan mendapatkan perlindungan terhadap tetanus secara lengkap (53%).

Infeksi sebagai penyebab kematian neonatal masih banyak dijumpai. Infeksi ini termasuk tetanus neonatorum, sepsis, pneumonia. Masih sekitar 12 negara dengan estimasi kasus neonatal tetanus yang tinggi termasuk di Indonesia (Djaya Sarimawar, 2003).

Mengingat pentingnya permasalahan kesehatan balita, data perlu di "*update*" berdasarkan data mutakhir (Riset Kesehatan Dasar). Pada tahun 2007 Indonesia telah melaksanakan Riset secara Nasional yaitu Riskesdas yang menghasilkan data kesehatan masyarakat, data otopsi verbal kematian dan laboratorium. Berdasarkan data dan permasalahan di atas dilakukan analisis lanjut yang mempunyai tujuan mengetahui pola penyakit penyebab kematian bayi, akses ke pelayanan kesehatan dan kondisi sosio ekonomi dari kejadian kematian bayi pada Riset Kesehatan Dasar 2007 dengan menggunakan data kesehatan masyarakat dan otopsi verbal kematian.

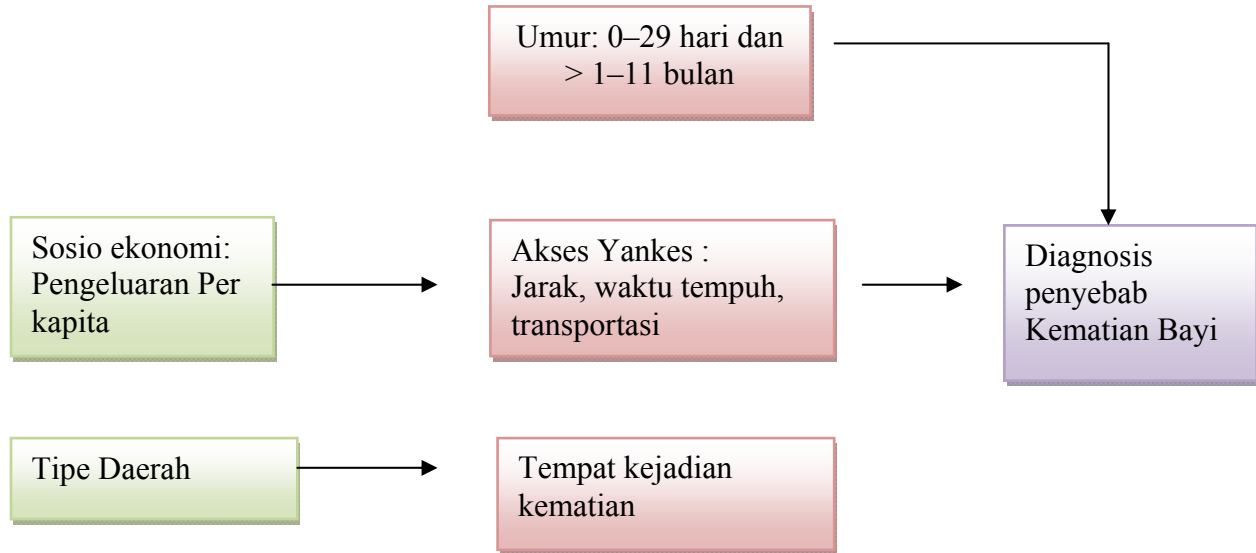
METODE

Kerangka Konsep Kematian Bayi

Distant Determinant

Intermediate Determinant

Outcome



Lokasi penelitian meliputi seluruh Provinsi yaitu 33 (tiga puluh tiga) Provinsi di Indonesia. Rancangan penelitian adalah *cross-sectional* dari data mortalitas Riskesdas 2007 yang berintegrasi dengan Susenas 2007. Rancangan sampel dari Susenas 2007 dipakai sebagai rancangan sampel mortalitas Riskesdas 2007. Sampling Susenas 2007 berdasarkan prosedur PPS (*Probability Proportional to Size*) seleksi dari blok sensus terpilih. Untuk setiap blok sensus dipilih secara *systematic random sampling* sebesar 16 rumah tangga.

Sampel adalah semua data mortalitas yang memenuhi syarat penelitian yaitu: kasus kematian bayi berumur 0–11 bulan yang diambil dari kuesioner AV1 dan AV2 data Riset Kesehatan Dasar 2007 yang meninggal sejak 1 Juli 2006–Pebruari 2008, kematian telah diidentifikasi secara lengkap oleh dokter wawancara dengan teknik autopsi verbal, dan merupakan *underlying cause of death* yang diklasifikasikan menurut *International Classification of Diseases 10* (ICD-10).

Data yang dianalisis diperoleh dengan mengusulkan variabel yang dibutuhkan dalam rangka analisis sesuai dengan proposal untuk diajukan ke

Badan Litbangkes. Analisis dilakukan dengan analisis deskriptif.

HASIL

1. Karakteristik

Jika dilihat karakteristik secara umum kematian bayi (0–11 bulan) terbanyak terjadi di pedesaan, lebih dari 40% kematian bayi terjadi pada umur < 1 bulan. Secara rinci (Tabel 1) kematian bayi (0–11 bulan) adalah 51,3% terbanyak terjadi di pedesaan dan 48,7% kematian tersebut terjadi pada kematian bayi < 1 bulan. Sedangkan Jenis kelamin kematian bayi secara umum terbanyak adalah laki-laki untuk di perkotaan maupun di pedesaan.

Dilihat dari tempat saat meninggal, kematian bayi secara umum terjadi di rumah, kemudian di fasilitas kesehatan. Menurut Tipe daerah, kematian bayi di pedesaan terbanyak terjadi di rumah. Sedangkan di perkotaan terbanyak kematian bayi terjadi di fasilitas kesehatan walaupun kematian yang terjadi di rumah juga cukup tinggi. Di pedesaan terjadi kematian bayi di perjalanan. Dilihat dari tingkat pengeluaran perkapita, kematian bayi di perkotaan maupun di

Tabel 1. Kematian Bayi menurut Karakteristik dan Tipe Daerah di Indonesia, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tipe Daerah			
	Perkotaan		Perdesaan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Umur saat meninggal (n = 363)				
< 1 bln	45	44,1	127	48,7
1–11 bln	57	55,9	134	51,3
Jenis Kelamin (n = 362)				
Laki-laki	59	58,4	150	57,5
Perempuan	42	41,6	111	42,5
Tempat saat meninggal (n = 358)				
Fasilitas kesehatan	53	53,5	70	27,0
Rumah	46	46,5	186	71,8
di perjalanan	0	0	3	1,2
Tingkat pengeluaran perkapita (n = 360)				
Pengeluaran per kapita rendah (kuintil 1–3)	56	55,4	175	67,6
Pengeluaran per kapita tinggi (kuintil 4–5)	45	44,6	84	32,4

perdesaan tinggi pada kuintil 1–3 yang merupakan keluarga miskin.

2. Pola Penyebab Kematian

Dari hasil analisis lanjut tampak bahwa pola penyebab kematian bayi (0–11 bulan) terbanyak adalah Infeksi Saluran Pencernaan 15,8%, Asfiksia/Aspirasi 13,8%, Pneumonia 13,1%, BBLR 12,2% dan Sepsis 6,3%. (Lihat Tabel 2)

Dilihat menurut Tipe Daerah terlihat perbedaan pola kematian bayi antara di perkotaan dan di perdesaan. Di perkotaan pola kematian terbanyak adalah penyakit non infeksi yaitu Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), kemudian kedua baru penyakit infeksi yaitu infeksi saluran cerna, selanjutnya asfiksia-aspirasi dan radang otak masing-masing di atas 10%. Pneumonia, sepsis, kelainan congenital dan Kekurangan Energi Protein (KEP) ditemukan juga di

Tabel 2. 10 (sepuluh) Penyebab Kematian Bayi Terbanyak di Indonesia, Riskesdas 2007

No. Penyebab Kematian (n = 401)	%
1. Infeksi Saluran Pencernaan	15,8
2. Asfiksia/Aspirasi	13,8
3. Pneumonia	13,1
4. BBLR	12,2
5. Sepsis	6,3
6. Radang Otak	4,9
7. Kelainan Kongenital	3,7
8. Hipotermia	2,5
9. Malaria	2,0
10. Kejang Demam	2,0

perkotaan.

Pola kematian bayi di perdesaan terbanyak didominasi penyakit infeksi yaitu Infeksi saluran cerna,

Tabel 3. 10 (Sepuluh) Pola Penyebab Kematian Bayi (0–11 bulan) menurut Tipe Daerah, Riskesdas 2007

No.	Perkotaan (n = 101)	%	Perdesaan (n = 262)	%
1.	BBLR	14,9	Infeksi saluran cerna	16,4
2.	Infeksi saluran cerna	13,9	Pneumonia	15,3
3.	Asfiksia/aspirasi	13,9	Asfiksia/aspirasi	12,6
4.	Radang Otak	10,9	BBLR	11,5
5.	Pneumonia	7,9	Sepsis	6,5
6.	Sepsis	7,9	Malaria	2,7
7.	Kelainan Kongenital	5,9	Radang Otak	2,7
8.	KEP	3,0	Kelainan Kongenital	2,7
9.	Kejang Demam	2,0	Hipotermia	2,7
10.	Hepatitis	2,0	Ileus/Hernia/Obstruksi usus	2,3

pneumonia, asfiksia/aspirasi, BBLR dengan masing-masing lebih dari 10%, kemudian disusul sepsis, malaria, radang otak, kelainan congenital, hipotermia dan ileus/hernia, obstruksi usus. (Tabel 3)

3. Sosio ekonomi

Sosio ekonomi di kelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan kemudian dikelompokkan perkuintil. Semakin besar kuintil (5), semakin besar pengeluaran per kapita berarti semakin tinggi sosio ekonominya demikian juga sebaliknya. Berdasarkan hasil analisis ini didapatkan bahwa kematian bayi < 1 (satu) bulan tertinggi pada kuintil-2 dan hampir merata pada semua kuintil kecuali menurun pada kuintil-3. Sedangkan kematian bayi pada umur 1–11 bulan cenderung menurun dengan meningkatnya kuintil, kecuali kuintil-3 menurun paling rendah. (Tabel 4)

Tabel 4. Persentase Kematian Bayi menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita per Bulan dan Umur Saat Meninggal di Indonesia, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran perkapita (n =360)	Umur saat meninggal (%)	
	< 1 bulan	1–11 bulan
Kuintil 1	22,2	30,7
Kuintil 2	25,1	22,2
Kuintil 3	14,0	13,8
Kuintil 4	18,1	18,0
Kuintil 5	20,5	15,3

Chi Square = 4,070 p = 0,397

Hasil analisis statistik dengan Chi Square didapatkan tidak ada perbedaan tingkat sosio ekonomi antara keluarga dengan kasus kematian bayi < 1 bulan dan 1–11 bulan (p = 0,397).

PEMBAHASAN

Kesehatan bayi merupakan ukuran penting kesehatan nasional karena variabel itu berkaitan dengan berbagai faktor, antara lain, kesehatan ibu, mutu akses ke layanan medis, kondisi sosio ekonomi dan praktik kesehatan masyarakat. Kematian bayi dapat dibagi dalam kematian neonatal (28 hari pertama) dan kematian pascaneonatal (antara 28–365 hari) dalam Riskesdas 2007 terdapat perbedaan pola penyebab kematian neonatal dengan pascaneonatal.

Kematian neonatal paling lazim disebabkan oleh kejadian prenatal dan kejadian tepat setelah lahir. Layanan prenatal yang memadai, dilengkapi dengan pengkajian dan manajemen resiko, serta kemajuan dalam teknologi peralatan intensif bayi baru lahir dapat membantu menurunkan kematian neonatal. Level pada kuintil tidak terlalu berpengaruh terhadap kematian neonatal, tetapi pada kematian pascaneonatal semakin rendah level kuintil yang artinya semakin miskin maka semakin tinggi kematian bayi. Hal ini dapat dipahami karena kesehatan bayi selama periode pascanatal lebih bergantung pada lingkungan bayi, yang mencakup antara lain ketrampilan menjadi orangtua dan ketersediaan serta pemanfaatan layanan pediatrik. (McKenzie, J.F, *et al.*, 2002). Faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kematian bayi dalam pemanfaatan layanan kesehatan adalah akses, kondisi sosial ekonomi, pengetahuan orangtua.

Jika dilihat dari penyebab penyakit (Tabel 5), pola penyakit penyebab kematian bayi dari tahun 1992 dan 1995 tidak terlalu banyak mengalami perubahan dan masih didominasi oleh penyakit infeksi. Berbeda pada tahun 2001 di mana gangguan perinatal menduduki peringkat pertama, kondisi ini

Tabel 5. Proporsi Penyakit penyebab Kematian Bayi di Indonesia Hasil SKRT 1992, 1995 dan Surkesnas 2001.

Terbanyak ke	Pola Penyakit Penyebab Kematian bayi		
	SKRT 1992	SKRT 1995	Surkesnas 2001
1.	ISPA	Penyakit Sistem pernapasan	Gangguan Perinatal
2.	Diare	Gangguan Perinatal	Sistem Pernapasan
3.	Tetanus Neonatorum	Diare	Diare
4.	Penyakit Sisten saraf	Penyakit Sistem Saraf	Sistem Pencernaan
5.	Gangguan Perinatal	Tetanus	Gejala tidak jelas
6.	Diteri, pertusis dan Campak	Infeksi dan Parasit Lainnya	Tetanus

Sumber: Badan Litbangkes, Publikasi hasil SKRT 1992 dan 1995, SURKESNAS 2001

diperkirakan karena kualitas pemeriksaan ibu hamil dan pertolongan persalinan masih perlu ditingkatkan walaupun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah meningkat. (Badan Litbangkes, 2001).

Hasil Riskesdas 2007 penyakit infeksi saluran pencernaan (termasuk Diare) menduduki peringkat pertama baru kemudian penyakit perinatal. Pola penyakit penyebab kematian di perkotaan dan perdesaan terdapat hal yang menarik yaitu di perkotaan penyebab kematian bayi tertinggi adalah BBLR, demikian juga di perdesaan walaupun bukan tertinggi BBLR juga banyak ditemukan di perdesaan. Seperti diketahui BBLR merupakan faktor paling berhubungan dengan kematian bayi di mana kemungkinan bayi BBLR meninggal pada tahun pertama kehidupan adalah 40 kali lebih besar daripada bayi yang sehat. BBLR dapat terjadi akibat pertumbuhan intrauterine yang buruk, kelahiran kurang bulan, atau kombinasi keduanya, karakteristik ibu juga merupakan faktor risiko yang berkaitan. Faktor-faktor sosio ekonomi seperti pendapatan rendah dan pendidikan yang kurang juga berhubungan dengan lahirnya bayi BBLR. (McKenzie, J.F *et al.*, 2002).

Berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap kematian perinatal dan neonatal. Berat badan lahir rendah (BBLR) dibedakan dalam 2 kategori yaitu: BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *intrauterine growth retardation* (IUGR) yaitu bayi cukup bulan tetapi berat kurang untuk usianya. Banyak BBLR di negara berkembang dengan IUGR sebagai akibat ibu dengan status gizi buruk, anemi, malaria, dan menderita penyakit menular seksual (PMS) sebelum konsepsi atau ketika hamil, namun dari hasil survei proporsi kematian BBLR dengan IUGR hanya 1,4%. (Djaya Sarimawar, 2003).

Jika dikaji lebih lanjut pada analisis ini kematian bayi dengan BBLR justru lebih tinggi pada kuintil 4–5 (sosio ekonomi tinggi), hal ini perlu penelitian lebih lanjut apakah mungkin faktor pengetahuan kesehatan reproduksi dan gizi yang “kurang” merupakan salah satu yang menyebabkan tingginya kematian bayi karena BBLR atukah ada penyebab lain.

Hal lain yang juga menarik adalah Kekurangan Energi Protein (KEP) ditemukan sebagai 10 pola penyebab kematian bayi di perkotaan. Sedangkan di perdesaan penyakit infeksi masih mendominasi termasuk Malaria pada daerah endemis. Di perdesaan

juga ditemukan penyebab kematian bayi karena Ileus/hernia/Obstruksi usus cukup tinggi. Hal ini sangat mungkin terkait dengan masih adanya kebiasaan di masyarakat memberikan makanan tambahan (pisang, nasi, dan lain-lain) pada saat bayi baru lahir atau usia bayi belum mencapai 4–6 bulan, di mana bayi sebetulnya belum boleh mendapatkan makanan tambahan selain ASI. Di sini pentingnya sosialisasi tentang ASI eksklusif bahwa ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi dan anak. ASI membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal serta melindungi terhadap penyakit. ASI mengandung keseimbangan gizi sempurna untuk bayi.

Secara umum kejadian kematian bayi di perdesaan lebih tinggi, dan jika dilihat tempat saat meninggal baik meninggal di fasilitas kesehatan maupun di rumah, kejadian kematian bayi di perdesaan juga lebih tinggi dibanding di perkotaan. Kejadian kematian bayi di rumah di perdesaan sangat menyolok (71,8%).

Kematian bayi pada tiap level kuintil di perdesaan lebih tinggi, terutama pada kuintil 1–2 yang merupakan keluarga miskin. Bayi baru lahir yang ibunya tidak dapat diselamatkan dari kematian akan mempunyai risiko kematian 3–5 kali lebih besar dari bayi baru lahir yang mempunyai ibu. (McKenzie, J.F *et al.*, 2002). Kemiskinan akan membuat ibu hamil menjadi rentan terhadap berbagai risiko yang dapat menyebabkan kematian maternal.

Dalam laporan nasional Riskesdas 2007 terlihat penyebab kematian neonatal didominasi oleh penyakit non infeksi yang sebagian besar berkaitan dengan faktor endogen atau yang berkaitan dengan kondisi saat dalam kandungan sedangkan kematian bayi umur 1–11 bulan didominasi penyakit infeksi atau penyakit yang diakibatkan faktor eksogen atau yang berkaitan dengan lingkungannya. Hal ini didukung dengan kondisi sosio ekonomi pada penelitian ini, kematian bayi < 1 tahun sosio ekonomi tidak terlalu berpengaruh hal ini tampak dengan tidak terlalu berbeda presentase tiap kuintilnya, tapi pada kematian bayi > 1–11 bulan terdapat kecenderungan menurun persentasenya seiring dengan meningkatnya kuintil/sosio ekonomi.

KESIMPULAN

Kematian bayi dapat dibagi dalam kematian neonatal (28 hari pertama) dan kematian pascaneonatal (antara 28–365 hari), dalam Riskesdas

2007 didapatkan perbedaan pola penyebab kematian neonatal dan pascaneonatal terdapat perbedaan. Secara umum kejadian kematian bayi di perdesaan lebih tinggi dan jika dilihat tempat saat meninggal baik meninggal di fasilitas kesehatan maupun di rumah kejadian kematian bayi di perdesaan juga lebih tinggi dibanding di perkotaan. Namun kejadian kematian bayi di “rumah” di perdesaan sangat menyolok. Kematian bayi pada tiap level kuintil di perdesaan lebih tinggi, terutama pada kuintil 1–2 yang merupakan keluarga miskin.

Pola penyebab kematian bayi di perkotaan tertinggi adalah BBLR, kemudian infeksi saluran cerna, Asfiksia/aspirasi dan Radang otak. Sedangkan pola kematian bayi di perdesaan tertinggi adalah Infeksi saluran cerna, Pneumonia, Asfiksia/aspirasi dan BBLR. Kekurangan Energi Protein ditemukan dalam 10 pola penyakit di perkotaan, sedangkan di perdesaan ditemukan Ileus/hernia/Obstruksi usus.

Saran

Berdasarkan Kesimpulan di atas dapat disarankan sebagai berikut:

1. Peningkatan Akses di daerah pedesaan, di antaranya strategi Desa Siaga dioptimalkan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan ke masyarakat melalui poskesdes.
2. Optimalisasi upaya pertolongan pertama gawat darurat obstetrik dan neonatal di tingkat desa melalui polindes.
3. Optimalisasi Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas dan sistem rujukannya.
4. Meningkatkan dalam sosialisasi program ASI eksklusif di masyarakat
5. Meningkatkan dalam sosialisasi program PHBS di masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

Adriaansz, G. Periode Kritis dalam Rentang Kehamilan, Persalinan dan Nifas dan Penyediaan Berbagai Jenjang Pelayanan Bagi Upaya Penurunan Kematian Ibu, Bayi dan Anak. Health Service Program – USAID. 2007.

- Anonim, 2002. Mencegah Perdarahan Pascapersalinan: Menangani Persalinan Kala Tiga. Outlook. 2002. 19 (Jun).
- Batubara I, Khusun H, Guarenti L, Zahara L. Laporan Needs Assesment Penyediaan Pelayanan Kesehatan Obstetri dan Neonatal Emergency di Provinsi Maluku Utara. Depkes RI bekerja sama dengan WHO.
- Depkes RI. Dirjen Yanmedik. Derajat Kesehatan dalam: Morbiditas dan Mortalitas. 2005.
- Depkes RI. Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota. Kepmenkes RI No. 1091/MENKES/SK/X/2004. Depkes RI. 2004.
- Depkes RI, 2004. Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Depkes RI. 2004.
- Depkes RI, 2007. Profil Kesehatan Indonesia 2005.
- Djaja Sarimawar, 2003. Penyakit Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir (Neonatal) dan Sistem Pelayanan kesehatan yang Berkaitan di Indonesia.
- Gunasekera PC, PS Wijesinghe, IMR Goonewadene, 2003. Mortality in Sri Lanka. <http://w3.whosea.org/rhf/rhf6-2/emergencycare.htm>.
- Haupt, Arthur., Thomas T. Kane. 2001. Population Handbook. Population Reference Bureau.
- McCarthy J and Maine D, 1992. A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. Studies in Family Planning vol. 23 No. 1 January/February 1992 pp. 23–33.
- McKenzie James F, Pinger Robert R, Kotecki Jerome E., 2002. Kesehatan Masyarakat. Suatu Pengantar. Edisi 4. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Hal. 196–199.
- Mosley W. Henry and Chen Lincoln C, 1983. An Analytical Framework for the study of Child Survival in Developing Countries.
- Nasution, Syamsyul A. Gambar Penanganan Kasus Kedaruratan Obstetri di RSUD. 2003. Tanjung Pura Kabupaten Langkat dan RSUD. Kisaran Kabupaten Asahan. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Digitized by USU digital Library.
- Rachmawati, Tety, dkk., 2006. Upaya Peningkatan Fungsi Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam Rangka Akselerasi Penurunan AKB dan AKI. Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Surabaya.