BAB I

PENGANTAR

A. Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan pada hakekatnya bertujuan agar semua lapisan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, merata dan terjangkau. Pelaksanaannya diusahakan dengan meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dan diarahkan terutama kepada masyarakat di daerah pedesaan, golongan masyarakat berpenghasilan rendah dan masyarakat yang tinggal di pemukiman baru. Di antara berbagai upaya kesehatan, program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan sesuatu program yang senantiasa diprioritaskan karena merupakan kelompok masyarakat yang paling rentan terhadap kesakitan dan kematian, yaitu ibu dan anak. Hal ini akan mendukung upaya meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas kerja sesuai dengan isu sentral peningkatan sumber daya manusia dalam Garis-garis Besar Haluan Negara 1992.

Selanjutnya, dari kedua kelompok masyarakat yang paling rentan terhadap kesakitan maupun kematian di atas, kali ini penulis akan lebih menyoroti pada kelompok anak, khususnya tentang kondisi / tingkat kesehatan, kesakitan maupun kematian pada [illegible]

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

Dalam kebijakan Departemen Kesehatan untuk menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi disebutkan, bahwa setiap tahun diperkirakan lahir sekitar 5,2 juta bayi, tetapi diperkirakan sekitar 300 ribu bayi dan 120 ribu anak balita meninggal dunia oleh karena penyakit dan kekurangan gizi, kekurangan air bersih dan sanitasi yang layak. Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun secara tajam dari 112 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1980 (SP 1980) menjadi 63 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 (SP 1990). Meskipun demikian ternyata angka tersebut masih jauh lebih tinggi dari pada negara ASEAN lainnya. Untuk itu, dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dinyatakan bahwa salah satu tujuan dan sasarannya adalah menurunkan angka kematian bayi menjadi setinggi-tingginya 45 %. pada tahun 2000, maka segala daya dan upaya perlu dikerahkan untuk tercapainya tujuan tersebut, dengan meninjau masalah kesehatan perinatal yang jelas mempunyai proporsi bermakna dalam mengembangkan strategi perencanaan dan pelaksanaan program. Harus diterima bahwa pemahaman tentang angka kesakitan dan kematian perinatal masih merupakan daerah rawan dalam pelaksanaan kesehatan kepada masyarakat yang menyeluruh (Sadjimin, 1987). Dan melihat kenyataan bahwa sebagian besar kematian bayi terjadi pada masa neonatal, maka upaya penurunan kematian perinatal merupakan langkah utama

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

Tentang Angka Kematian Perinatal (AKP), meskipun belum diperoleh data yang tepat tentang AKP untuk Indonesia dan data yang ada sekarang belum merupakan AKP nasional, didalam SKN, AKP yang dilaporkan sekitar 43-45 per 1000 kelahiran dan data ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan WHO-SEARO (1984), diantara beberapa negara Asia Tenggara (Birma, India, Thailand) dijumpai bahwa AKP di Indonesia masih tinggi, walaupun GNP Indonesia lebih besar. Sebagai perbandingan, misalnya Indonesia dengan GNP US $430 yang hampir 2 kali lebih besar dari India (US $ 240) menunjukkan AKP 45 per 1000 kelahiran, angka yang hampir sama dengan India yaitu 48,6 per 1000 kelahiran (Hanafiah, 1986). Data yang cukup berbeda dilaporkan Hariadi (1988) yaitu AKP di Indonesia 73/1000 kelahiran dan AKP ini pun melebihi AKP di negara ASEAN seperti Malaysia 28/1000 kelahiran, Thailand 44/1000 kelahiran. Dan pada tahun 2000 angka kematian perinatal dan angka BBLR diharapkan menurun setingi 50% (Sadjimin, 1987).

Masih tingginya AKP di Indonesia (walaupun harus diperhatikan tingkat generalisability dari masing-masing data), merupakan manifestasi kurangnya kesempatan penderita memperoleh pelayanan kebidanan ataupun perinatologi yang memadai karena sebagian besar penderita dengan keadaan sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah berasal dari desa, tidak

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

terlambat dalam persalinannya, seringkali sudah ditolong oleh dukun (Hegadhana dan Suharsono, 1997), dan ternyata hasil survai demografi dan kesehatan Indonesia 1991 menyebutkan bahwa persalinan yang ditolong oleh dukun 64% dan yang ditolong bidan 29% serta oleh dokter 2% dimana dukun bayi tidak saja memegang peranan dalam menolong persalinan tapi juga antenatal dan postnatal care (Zalbawi, 1996).

Uraian diatas diharapkan sebagai salah satu gambaran tentang faktor yang mempengaruhi tingkat kematian perinatal. Dan karena ternyata AKP dan morbiditas perinatal merupakan indikator kasar yang disimpulkan oleh spesialis obstetri terutama di negara maju untuk menilai berhasil atau gagalnya pelayanan yang diberikan pada wanita hamil (Hegadhana dan Suharsono, 1997), bahkan AKP merupakan parameter yang lebih baik untuk menilai mutu pelayanan obstetri dibanding AKI (Kornia dan Arsana, 1995). Maka sangat diperlukan usaha-usaha untuk mengumpulkan dan memperoleh data terhadap kemungkinan faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kematian perinatal, karena faktor risiko dapat dipakai untuk beberapa maksud :

1. Membuat prediksi atas penyakit atau keadaan yang akan tiba.
2. Dipakai [illegible]

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

4. Pencegahan ; Jika faktor risiko termaksud merupakan penyebab maka dengan mengetahui faktor risiko akan dapat dicegah timbulnya penyakit (Sadjimin, 1987).

Dan data-data yang diperoleh diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar dalam rangka usaha untuk menurunkan angka kematian perinatal melalui analisis berkala.

Perumusan Masalah

Faktor-faktor apa sajakah yang menjadi faktor risiko kematian perinatal di Indonesia ?

Tujuan :

Untuk mengidentifikasi atau mengetahui faktor-faktor risiko kematian perinatal di Indonesia berdasar hasil-hasil penelitian yang pernah dilakukan.

B. Tinjauan Pustaka

1. Batasan Definisi :

a. Faktor Risiko

Yaitu: ciri atau keadaan seseorang atau sesuatu golongan yang mempunyai hubungan dengan adanya kenaikan risiko untuk menjadi atau mengalami keadaan yang kurang baik, yang merupakan kecenderungan ke proses kematian (WHO, 1978).

b. Kematian Perinatal

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

28 minggu kehamilan atau lebih, lahir mati dan setelah lahir dalam usia di bawah satu minggu.

Sebagai catatan: dalam penelitian tentang kematian perinatal, juga digunakan beberapa tambahan batasan yaitu mengenai: Berat lahir; kebanyakan peneliti menggunakan 1000 gram atau lebih sebagai batasan kriterianya. Namun ada juga peneliti yang menggunakan batasan 500 gram atau lebih seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Widjajanegara dan Natakusumah di RS Hasan Sadikin Bandung pada tahun 1979. Jumlah kehamilan; kehamilan tunggal dan kehamilan intra uterin.

c. *Istilah-istilah penting dalam perinatologi :*

(1). Bayi Lahir Mati (BLM) adalah kelahiran bayi dalam keadan meninggal yang telah mencapai umur kehamilan 28 minggu atau lebih, atau Berat Bayi Lahir (BBL) 1000 gram atau lebih.

(2). Kematian Neonatal Dini (KND) ialah kematian bayi yang lahir hidup dalam 7 hari pertama setelah lahir.

(3). Masa perinatal adalah masa sejak kehamilan 28 minggu (sesuai dengan berat bayi 1000 gram) hingga hari ke-7 setelah melahirkan.

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

(4).Kematian Perinatal adalah jumlah BLM dengan KND.

(5).Angka Kematian Perinatal (AKP) adalah :

$$\frac{(BLM + KND) \times 1000}{\text{Jumlah seluruh kelahiran hidup dan mati}}$$

2. Faktor Risiko Kematian Perinatal

Penelitian dalam rangka mengidentifikasi faktor-faktor risiko kematian perinatal di Indonesia telah cukup banyak dilakukan, meskipun sebagian besar penelitian tersebut dilaksanakan pada rumah sakit besar yang merupakan rumah sakit rujukan seperti RS. Sardjito, RSHS Bandung, RS Kariadi dan lain-lainnya. Namun meskipun jumlahnya cukup terbatas beberapa penelitian di rumah sakit tingkat kabupaten maupun Puskesmas telah pula dilaporkan.

Dalam simposium perinatologi III, Januari 1982 disebutkan ; terdapat 5 kelompok faktor yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kematian perinatal yaitu :

1. Faktor/Kondisi Ibu meliputi :

1.1. Paritas.

Dari penelitian yang dilakuk

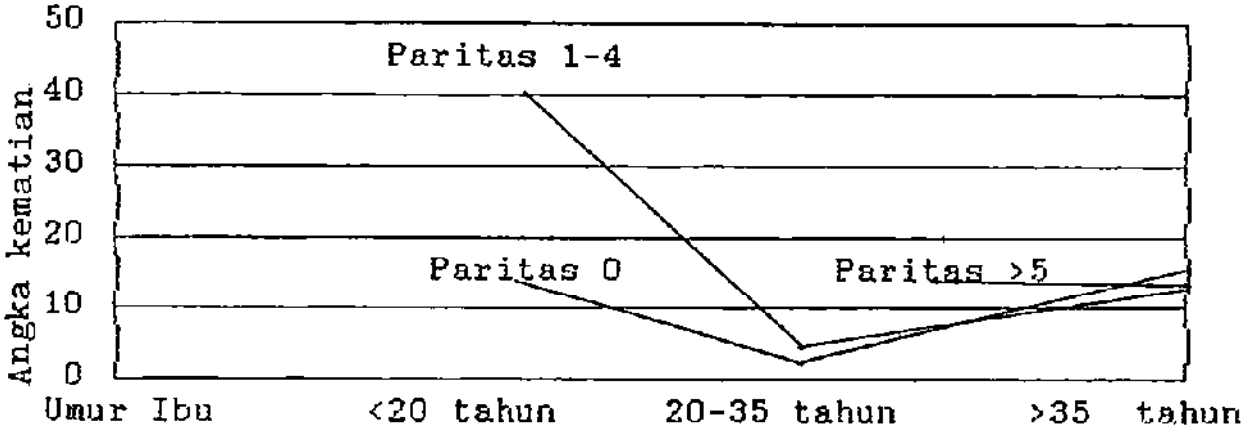
Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

ternyata AKP pada Po tidak jelas berbeda dengan P1-3 yang optimal, akan tetapi angka kematian neonatal jelas terlihat meningkat pada P4+. Sementara itu pada penelitian yang dilakukan Megadhana dan Suharsono di RS Kariadi pada tanggal 1-1-1991 sampai dengan 31-12-1995 menunjukkan AKP terendah (38,3/1000) didapatkan pada paritas II-III dan kelompok paritas I AKP hampir sama dengan kelompok paritas II-III yaitu 38,7/1000, sedangkan kelompok paritas IV-V dan > VI AKP meningkat masing-masing 77,5/1000 dan 87,3/1000. Meskipun demikian, beberapa peneliti masih memperoleh AKP pada P1 yang cukup tinggi (Boedjang,1982;Noerpramana,1979; Widjajanegara dan Natakusumah, 1979; dan Tisnawidjaya dkk.,1982) cit (Markum dkk., 1983).

Paritas ibu dengan kematian perinatal digambarkan dengan pola berbentuk huruf J (Hakimi,1997), artinya risikonya tinggi untuk ibu-ibu yang masih sangat muda dan baru pertama kali melahirkan, berkurang pada ibu-ibu berumur 20-an dan melahirkan untuk yang kedua atau ketiga kalinya, dan kemudian meningkat lagi dengan semakin meningkatnya umur dan paritas ibu.

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

Tabel 1.



Gambar 1.

Hubungan antara umur ibu dengan angka kematian perinatal menurut paritas (0,070 kasus di Unit Kebidanan RSUP Dr.Sardjito, 1 Januari 1989. s.d. 31 Desember 1994).

1.2.Usia Ibu.

Usia Ibu yang optimal dengan AKP yang terendah ialah golongan umur 24-31 tahun, sedangkan golongan umur 18 tahun dan lebih dari 35 tahun terdapat AKP yang 1,5 kali lebih besar (Markum dkk., 1983). Hasil ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilaporkan Megadhana dan Suharsono (1997) di mana Angka Kematian Perinatal juga tinggi pada kelompok ibu-ibu de
kurang dari 19 tahun dan l
dari 35 tahun dan yang tengg

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

pada kelompok umur 25-29 tahun yang termasuk kelompok umur reproduksi sehat. Dan hasil ini juga sesuai dengan yang dilaporkan Widjajanegara dan Natakusumah (1979) bahwa kematian bayi meningkat setelah umur 35 tahun dan juga semakin muda umur. Hasil yang dilaporkan oleh beberapa peneliti luar negeri seperti Omran (1974) dan Horger (1979) cit Widjajanegara dan Natakusumah (1979) menunjukkan hasil yang sama.

1.3. Jarak antara 2 kehamilan.

Jarak kehamilan yang terlalu pendek yaitu kurang dari 2 tahun akan meningkatkan risiko kematian perinatal 2,3 kali lebih besar dibanding jarak kelahiran lebih dari 2 tahun (Widagdo,1985).

1.4. Pengawasan dan pemeriksaan Antenatal (Antenatal Care) dan Post Natal Care (PNC).

Telah dilaporkan bahwa 50 % ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Pendidikan tidak pernah melakukan Antenatal sebelumnya dan AK ibu yang tidak terdaftar in

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

lebih besar dari pada golongan ibu yang terdaftar (yang melakukan ANC) (Markum dkk., 1983). Hasil ini sesuai dengan yang dilaporkan Tanjung dkk. (1976)di mana AKP pada kasus tidak terdaftar adalah 184,8 sedang pada kasus terdaftar hanya 109,4. Sementara itu AKP sebesar 85,7% didapat pada ibu-ibu yang tidak melakukan ANC di RSU Menado (Rathu dan Wower, 1979).

Dalam penelitian lainnya ternyata AKP dapat turun menjadi kurang lebih 50 % pada kunjungan antenatal sebanyak 1-3 kali akan lebih rendah lagi menjadi kurang lebih 80% pada kunjungan antenatal 4-6 laki (Markum, dkk., 1983). Hasil yang sedikit berbeda dilaporkan oleh Maridin dan Siswosudarmo (1997). Bahwa ANC yang jelek (kurang dari 4 kali) mempunyai risiko kematian 3,0 kali dan secara statistik bermakna.

Dan di Puskesmas yang merupakan pos terdepan dalam usaha-usaha kesehatan, ternyata frekuensi dan kuali

masih sangat kurang. Di mana

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

BKIA. Ini pun kebanyakan mulai umur kehamilan 7 bulan baru memeriksakan (Suryatini, 1983).

Sedangkan kematian bayi dari ibu yang tidak pernah melakukan ANC sebanyak 835 penderita dari 989. Jadi meliputi 84,4% dari seluruh kematian perinatal yang dilaporkan di RSHS Bandung (Widjajanegara dan Natakusumah, 1979).

1.5. Kesehatan Ibu.

Termasuk dalam golongan ini misalnya adalah keadaan gizi ibu yang kurang, anemia, penyakit genetik dan penyakit lain seperti hipertensi. Penyakit yang dapat menimbulkan komplikasi persalinan dan adanya penyakit kehamilan menaikkan risiko kematian perinatal sebesar 2,4 kali (Maridin dan Siswosudarmo, 1997).

1.6. Keengganan Menyusukan Bayi.

Telah dikemukakan oleh Chalik (1982) cit Markum, dkk. (1983) tentang pentingnya pemberian air susu ibu. Karena selain dapat mencegah kejadian infeksi pada masa bayi, juga dapat mencegah infeksi pada masa
sehingga dapat memperkec
kematian perinatal

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

2. Faktor Sosio Ekonomi, meliputi

2.1. Pendidikan Ibu.

Makin tingginya pendidikan, maka makin rendah angka kematian perinatal. Menurut Sulaiman dan Dinan (1982)cit Markum,dkk. (1983) AKP pada golongan ibu tanpa pendidikan 2,5 kali lebih besar dari pada golongan ibu yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan akan lebih jelas terlihat pada tingginya angka kelahiran mati daripada kematian neonatal. Bagaimanapun menurut penelitian tersebut faktor perawatan antenatal lebih mempunyai peranan dari pada faktor pendidikan tetapi melakukan perawatan antenatal, lebih kecil daripada golongan yang berpendidikan tinggi tanpa perawatan antenatal, yaitu masing-masing 30,48% dan 61%.

2.2. Keadaan Ekonomi.

Meskipun status sosial ekonomi dapat menjadi *confounding factor* d

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

Namun tidak disangkal lagi bahwa tingkat ekonomi cukup akan lebih dapat menikmati fasilitas pelayanan di bandingkan dengan yang lebih rendah (Markum dkk., 1983), dan di pedesaan masih banyak sekali dijumpai ibu hamil yang status gizinya jelek karena tingkat sosial ekonominya yang rendah (Suryatini, 1983).

3. Faktor Lingkungan, yang meliputi :

3.1. Pemukiman.

Sudah banyak dilaporkan bahwa Angka Kematian Perinatal di daerah pedesaan 2,5 kali lebih tinggi dari pada di daerah perkotaan yang mungkin disebabkan kesempatan pendidikan yang lebih baik, tingkat ekonomi yang lebih tinggi dan fasilitas pelayanan yang lebih memadai. Menurut Sulaiman dan Dinan cit Markum dkk. (1983), urutan risiko kematian perinatal yang disesuaikan dengan pemukiman ialah sebagai berikut; pemukiman perkotaan, perkotaan kumuh, pedesaan, dan pedesaan kumuh (Markum dkk., 1983).

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

3.2. Kesehatan Lingkungan.

Secara tidak langsung kesehatan lingkungan akan mempengaruhi angka kematian perinatal, misalnya adanya infeksi atau infestasi parasit mempengaruhi derajat kesehatan ibu. Sebagai contoh, anemia pada ibu oleh karena adanya infeksi menahun atau infestasi parasit yang akan menghasilkan kelahiran bayi BLR yang mempunyai risiko kematian perinatal yang lebih tinggi (Markum dkk., 1983).

4. Faktor Pelayanan, yang meliputi :

4.1. Cakupan Pelayanan.

Oleh karena unit pelayanan kesehatan belum bemadai, menurut Survai Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986 menunjukkan bahwa pertolongan persalinan 83,1% persalinan di rumah, diantarannya 85,5% masih mencari dukun sebagai penolong pertama. Hasil yang hampir sama dilaporkan Suryatini (1983) bahwa 80% persalinan di wilayah Puskesmas Ponjong ditolong . . . . baik yang terlatih maupun [illegible]

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

melaporkan 70%-75% persalinan masih ditolong oleh dukun yang tidak terlatih, padahal pimpinan persalinan jelas memegang peran penting dalam menurunkan kematian perinatal (Rathu dan Wower, 1976). Dan di Puskesmas Pengasih dari 21 kasus kematian perinatal, 11 diantaranya ditolong oleh dukun tidak terlatih (Isdiyati, 1983). Hal ini menunjukkan cakupan pelayanan kesehatan dan pertolongan ibu bersalin oleh tenaga terlatih masih kurang.

4.2. Sistem Rujukan.

Disamping belum sempurnanya kelancaran sistem rujukan yang tersedia, juga pemanfaatannya kurang tepat (Markum dkk., 1983). Dari 55 rumah sakit tipe C di 9 propinsi yang diteliti pada bulan Mei sampai dengan Juni 1984, hanya 83,6% yang melaksanakan pelayanan rujukan dan dari 45.227 persalinan yang ada, hanya 12,5% yang merupakan kasus rujukan (Wiknjosastro dkk., 1984). Di RSUP Denpasar dilaporkan da
per 7239 persalinan, tern
merupakan kasus rujukan ban

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

sementara sisanya datang dari rujukan. Hal ini sebagai salah satu contoh masih belum optimalnya sistem rujukan. Meskipun demikian sudah ada beberapa rumah sakit Top Referal seperti RSHS Bandung yang sudah mencoba mengembangkan cara kerja dari sistem rujukan ini (Widjajanegara dan Natakusumah, 1979).

4.3. Fasilitas Rumah Sakit Rujukan.

Peralatan yang tersedia di Rumah Sakit Rujukan masih ada yang belum memadai baik untuk menangani ibu maupun bayi dengan risiko tinggi (Markum dkk., 1983). Dan dari 55 Rumah Sakit tipe C yang pernah diteliti menunjukkan bahwa tidak semua memiliki fasilitas yang cukup, karena inkubator hanya 96,4%. Hal yang sama ditemukan pula untuk fasilitas lainnya yakni resusitasi hanya di 85,4%, Kardiotograf, USG dan neonatal monitor di 7,3% serta Laboratorium di 87,3% Rumah Sakit tipe C (Wiknjosastro dkk., 1984).

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

5. Faktor Bayi, meliputi :

5.1. Berat Badan Lahir.

Yang dimaksud dengan BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan < 2500 gram. Angka kematian pada bayi-bayi ini lebih tinggi daripada bayi yang lahir dengan berat badan normal. Bayi BBLR merupakan salah satu penyebab utama tingginya morbiditas dan mortalitas perinatal. Disamping itu karena bayi BLR mempunyai kemungkinan yang tinggi untuk meninggal sebelum usia 1 tahun. Maka hal ini merupakan masalah kesehatan yang serius (Alihsyahbana,et al, 1982) cit (Markum dkk., 1983).

Menurut WHO, angka kejadian BBLR lebih dari 10% merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian. Dan penelitian tentang insidensi BBLR serta risiko kematian perinatal yang ditimbulkannya telah cukup banyak dilaporkan dengan data-data yang cukup bervariasi. Widjajanegara dan Natakusumah (1979) melaporkan bahwa frekuensi terendah END (Early Neonatal Death) ditemukan pada kelompok 2500-

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

5.2. Masa Kehamilan.

Pada masa kehamilan 37-41 minggu tercatat angka kematian perinatal yang paling rendah. Kelompok umur kehamilan kurang dari 37 minggu mempunyai risiko kematian perinatal 3,5 kali, sedangkan umur kehamilan >42 minggu dengan risiko 2,1 kali (Maridin dan Siswosudarmo, 1997).

5.3. Kesehatan Bayi.

Bayi lahir dari ibu dengan kelainan dan komplikasi kehamilan dan persalinan atau dengan nilai apgar yang rendah maupun dengan adanya cacat bawaan akan meningkatkan risiko kematian perinatal dan beberapa peneliti telah melaporkan hal tersebut. Perdarahan antepartum karena plasenta previa dan solusio plasenta, kelainan letak seperti presentasi bokong, letak lintang serta prolapsus funikuli dan preeklampsia meningkatkan KPN. Data yang lebih rinci dilaporkan oleh Siswosudarmo (1996) bahwa KPN meningkat pada 1 kehamilan yang meliputi a

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

1,8x , c. plasenta previa 1,6x dan pada kasus solusio plasenta semua bayi mati. 2) Jenis persalinan seperti, a. Versi ektraksi 3.0 kali, b. Ektraksi forsep 2,5 kali, c. sungsang 2,2 kali, d. bedah sesar 2,1 kali dan e. ekstraksi vakum 1,8 kali dan pada penelitian berikutnya yang dilakukan oleh Maridin dan Siswosudarmo (1997) dilaporkan bahwa KPD (Ketuban Pecah dini) meningkatkan risiko KPN sebesar 1,6 kali dan persalinan dengan tindakan meningkatkan KPN 2,1 kali dibanding persalinan normal.

Sementara itu, di Puskesmas Ponjong dilaporkan juga bahwa kelainan letak memang meningkatkan KPN, namun sayang tidak ada data yang lebih rinci tentang hal tersebut (Suryatini, 1983). Dan beberapa variabel lain yang juga meningkatkan KPN antara lain : Paritus kasep, perdarahan antepartum, kelainan kongenital dan kehamilan risiko tinggi (Kornia dan Arsana, 1995) juga ekstraksi kaki dan be
(Megadhana dan Suharson

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

yang termasuk kehamilan risiko tinggi yaitu Gemelli juga dapat meningkatkan KPN meskipun hal ini sangat dipengaruhi oleh cara persalinan yang dilakukan. Persalinan yang dilakukan secara operatif meningkatkan KPN (Tanjung dkk., 1976).

3. Penyebab Kematian Perinatal.

Beberapa penelitian guna mengetahui penyebab dari kematian perinatal telah dilakukan diberbagai senter kesehatan di Indonesia. Namun data-data tentang penyebab kematian perinatal yang mereka laporkan hanya berdasar pemeriksaan klinis dan laboratoris dan tidak dilakukan otopsi. Salah satu alasan yang dikemukakan adalah karena otopsi klinis belum diterima masyarakat.

Dari beberapa penelitian yang ada, didapatkan kemiripan dengan sedikit variasi tentang berbagai aspek penyebab kematian perinatal di Indonesia. Pada penelitian yang dilakukan di pedesaan Ujung Berung Jawa Barat dilaporlkan AKP sebesar 43,9% dan sebagian besar (72,4%) merupakan KND dan sisanya lebih mati. Adapun penyebab kematian perina

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

yaitu; 1. Hypoksia/anoksia, 2. Infeksi spesifik (terutama tetanus neonatorum), 3. BBLR, 4. Gangguan pernafasan, 5. Kelainan kongenital. Dan hasil penelitian ini banyak digunakan oleh beberapa peneliti dan penulis jurnal ilmiah tentang KPN dan segala aspeknya sebagai bahan perbandingan.

Sementara itu penelitian yang dilakukan di 55 RS tipe C di 9 propinsi di Indonesia dilaporkan dari 5.596 kasus kematian perinatal yang ada, hanya 2.164 (38,6%) yang diketahui penyebabnya, adapun penyebab terbanyak adalah asfiksia (14,2%) menyusul infeksi (9,1%), RDS (5,3%), Enteritis (3,1%), dan trauma (1,9%). Penelitian lain yang menunjukkan asfiksia sebagai penyebab KPN terbanyak juga dilaporkan oleh Tanjung dkk. (1976) di mana asfiksia didapatkan sebesar 65,4% menyusul ruptura uteri dan penyakit ibu (7,7%) dan tali pusat menumbung, pre eklampsia serta prematur sebanyak 3,8% sedang yang tidak diketahui 7,7%. Hal yang sama juga dilaporkan oleh Maridin dan Siswosudarmo (1997) di mana asfiksia yang didapatkannya sebesar 32,4% menyusul prematuritas atau RDS 17,6%, trauma l
infeksi 5,6% dan kelainan kongen

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

Sedangkan beberapa peneliti lain menguraikan secara lebih rinci tentang penyebab KPN ini, denga/membagi penyebab KPN menjadi 2 yaitu penyebab IUFD (lahir mati) dan KND. Peneliti-peneliti tersebut antara lain : Kornia dan Arsana (1995) melaporkan dugaan penyebab IUFD sebagai berikut :

Tabel 2. DUGAAN KEMATIAN PADA IUFD

PENYEBAB	JUMLAH	%
Partus Kasep	36	
Antepartum Bleeding	30	20,0
Preeklampsia	5	3,3
Insufisiensi Placenta	5	3,3
Prolaps Funiculi	4	2,6
Belitan Tali Pusat	4	2,6
Cacat Bawaan	5	3,3
Tidak Jelas	61	40,67
TOTAL	150	100

Tabel 3. DUGAAN PENYEBAB KEMATIAN NEONATAL DINI

PENYEBAB	JUMLAH	%
Asfiksia	35	22,43
Gagal Nafas	35	35,24
Aspirasi	8	5,12
Sepsis	22	14,10
Kelainan Kongenital	5	9,61
Tidak diketahui	21	13,50
TOTAL	156	100

Data diatas menunjukkan penyebal

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional

prematur dan data yang sama dilaporkan oleh Megadhana dan Suharsono (1997), di mana prematuritas menempati 40,0% dari seluruh penyebab KND, menyusul asfiksia 25,0%, sepsis 18,8%, cacat bawaan 11,7% distres respirasi 2,6% serta perdarahan intrakranial 1,9%. Dan data ini juga sesuai dengan data dari Puskesmas Pengasih, di mana selama tahun 1982 jumlah kematian yang dilaporkan 21, Adapun perkiraan sebab kematian adalah sebagai berikut : a. Lahir mati disebabkan oleh asfiksia karena letak sungsang dan partus lama serta prematur/BBL, b. KND disebabkan oleh Prematur/BBL dan

Created with nitroPDF professional
download the free trial online at nitropdf.com/professional