

## ANALISIS PENYEBAB KEMATIAN PERINATAL DI KABUPATEN GARUT (STUDI EPIDEMIOLOGI DALAM UPAYA MENURUNKAN KEMATIAN PERINATAL DI PROVINSI JAWA BARAT)

Iin Prima Fitriah<sup>a\*</sup>, Dany Hilmanto<sup>b</sup>, Herman Susanto<sup>c</sup>, Hadi Susiarno<sup>c</sup>, Eddy Fadlyana<sup>b</sup>, Gustomo Panantro<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Mahasiswa Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Poltekkes Kemenekes Padang

<sup>b</sup> Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

<sup>c</sup> Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

<sup>d</sup> Rumah Sakit Dr. Slamet Kabupaten Garut

---

### Abstrak

Kematian perinatal berhubungan dengan peristiwa obstetri seperti lahir mati dan kematian neonatal dini. Kasus kematian bayi di Kabupaten Garut menduduki peringkat kedua tertinggi kematian bayi di Jawa Barat. Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan kasus kematian perinatal namun, belum memperlihatkan hasil maksimal. Tujuan penelitian adalah menganalisis penyebab kematian perinatal yang dapat dicegah. Rancangan penelitian ini adalah *Sequential Explanatory Mixed Method*. Tahap pertama melakukan teknik kuantitatif dengan studi dokumentasi terhadap dokumen Otopsi Verbal Perinatal (OVP) berjumlah 78 kasus. Uji statistik menggunakan *fisher exact*. Tahap kedua dengan teknik kualitatif dengan *indepth interview* pada empat orang keluarga bayi yang meninggal, dua orang petugas kesehatan dan dua orang penanggungjawab pencatatan dan pelaporan dan *Focus Group Discussion* (FGD) pada satu orang kepala seksi kesehatan keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dan empat orang bidan koordinator puskesmas. Penelitian dilaksanakan bulan Oktober sampai November 2016. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan jarak kelahiran, penyakit penyerta, ketersediaan fasilitas dan rujukan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah ( $p < 0,05$ ). Jarak kelahiran dan penyakit penyerta masih berkontribusi terhadap kematian perinatal yang dapat dicegah terkait dengan keterbatasan pengetahuan ibu dan juga deteksi dini baik tingkat keluarga maupun tenaga kesehatan, sedangkan ketersediaan fasilitas kesehatan terkait dengan keterbatasan alat dan sumber daya manusia kesehatan. Sebagian besar kematian perinatal dapat dicegah. Perlu kerjasama semua elemen masyarakat maupun pemerintah dalam upaya menurunkan kematian perinatal yang dapat dicegah.

**Kata Kunci:** Kematian perinatal yang dapat dicegah, faktor penyebab.

### Abstract

*The perinatal mortality is associated with obstetric events such as stillbirth and early neonatal mortality. The infant mortality case in Garut Regency was ranked the second level in West Java. The various efforts have been made in decreasing perinatal mortality but still did not show a maximum result. The purpose of the research was to analyze the causes of perinatal mortality which are preventable. This research used Mixed Method with Sequential Explanatory Mixed Method which was conducted in sequence. The first stage performed a quantitative technique with documentation research on the Perinatal Verbal Autopsy as many as 78 cases of perinatal mortality in 2015 at Health Department of Garut Regency. Statistic test was using fisher exact. The second phase with qualitative techniques with in-depth interview on the four families of infants who died, two medics and two people responsible for recording and reporting and Focus Group Discussion (FGD) on one Section chief of family health at Health Department of Garut Regency, and four midwives coordinator of health centers. The research was conducted in October and November 2016. The results showed a correlation between birth spacing, maternal disease, the availability of facility and reference factors with perinatal mortality that can be prevented ( $p < 0.05$ ). Birth spacing and comorbidities still contribute to preventable perinatal mortality associated with limited knowledge of the mother and also the early detection of both the level of the family and health workers, while the availability of health facilities related to limitations of equipment and health human resources. Most perinatal mortality can be prevented. Need the cooperation of all*

---

**Keywords:** *preventable of perinatal mortality, causing factors.*

## I. PENDAHULUAN

Kematian perinatal digunakan sebagai salah satu indikator dari kualitas kesehatan selama periode antenatal dan intranatal.<sup>1</sup> Kematian perinatal merupakan kematian bayi yang lahir pada usia kehamilan 22 minggu sampai dengan kurang 7 hari setelah kelahiran,<sup>2</sup> hal ini dikaitkan dengan penyebab kematian bayi yang berhubungan dengan peristiwa obstetri seperti lahir mati dan kematian bayi pada minggu pertama kehidupannya.<sup>2</sup>

Secara global, sekitar 136 juta kelahiran terjadi setiap tahun, sekitar 3,7 juta meninggal selama neonatal dan 3,3 juta yang lahir mati.<sup>2, 4</sup> Lebih dari 6,3 juta kematian perinatal terjadi di seluruh dunia. Angka kematian perinatal adalah lima kali lebih tinggi di negara berkembang. Sekitar 98% kematian perinatal terjadi di negara-negara berkembang dan 27% pada negara-negara maju. Angka Kematian perinatal tertinggi terjadi di Afrika yaitu 62 kematian per 1000 kelahiran, terutama di Afrika Tengah yaitu 75 per 1000 kelahiran dan Afrika Barat yaitu 76 per seribu kelahiran, sedangkan di Asia, angka kematian didapatkan 50 per 1000 kelahiran, dengan 65 per 1.000 kelahiran di Asia Selatan dan Asia Tengah.<sup>3</sup>

Laporan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa angka kematian perinatal adalah sebesar 26/1000 kelahiran.<sup>5</sup> Berdasarkan jumlah kasus kematian bayi, Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 menduduki peringkat ketiga di Indonesia yaitu 4.650 kasus. Angka kematian perinatal di provinsi Jawa Barat berdasarkan laporan tersebut adalah 24/1000 kelahiran. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada 27 kabupaten/kota se-Jawa Barat pada tahun 2014 terdapat 4650 kematian bayi dan sebanyak 2.653 merupakan kasus kematian perinatal dengan 1.055 kasus lahir mati dan 1.508 kasus kematian neonatal dini. Kabupaten Garut pada tahun 2014 menduduki peringkat ke-2 tertinggi kasus kematian bayi yaitu 541 kasus.

Kasus kematian perinatal sebesar 402 kasus, dengan 217 lahir mati dan 185 kematian pada neonatal dini.<sup>6</sup> Namun dimungkinkan angka ini belum sesuai dengan yang terjadi dilapangan karena diasumsikan banyak data-data kematian yang belum dilaporkan dengan baik.

Beberapa studi menyebutkan sebagian besar faktor kematian perinatal yang dapat dicegah seperti faktor tenaga kesehatan, faktor pasien, faktor transportasi/rujukan dan faktor administrasi. Faktor pasien lebih dipengaruhi oleh kondisi maternal seperti karakteristik ibu diantaranya umur, paritas, jarak kehamilan, penyakit penyerta serta faktor bayi seperti kelainan bawaan yang dibawa sejak kehamilan. Faktor petugas lebih dipengaruhi oleh kompetensi dari petugas kesehatan. Faktor ketersediaan fasilitas kesehatan lebih dipengaruhi oleh ketersediaan darah, alat dan obat di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.<sup>7,8</sup>

Kabupaten Garut berdasarkan karakteristik topografi terdiri dari daerah yang beragam. Daerah sebelah Utara, Timur dan Barat secara umum merupakan daerah dataran tinggi dengan kondisi alam berbukit-bukit dan pegunungan, sedangkan kondisi daerah sebelah Selatan sebagian besar permukaan tanahnya memiliki kemiringan yang relatif cukup curam dan beberapa tempat labil. Luas wilayah Kabupaten Garut 3.065,19 km<sup>2</sup>, yang terdiri dari 42 kecamatan, 21 Kelurahan, dan 424 desa.<sup>9</sup> Hal ini memungkinkan sulitnya pelaksanaan proses rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjut.

Kabupaten Garut ditinjau dari segi budaya, masih tingginya pernikahan usia dini. Ditinjau dari segi pendidikan sebagian besar masyarakat pendidikannya adalah selevel kelas satu SMP. Ditinjau dari segi sosial ekonomi Kabupaten Garut didapatkan sekitar 12,22% masyarakat dengan tingkat ekonomi yang rendah (masyarakat miskin), hal ini lebih besar dari angka nasional maupun angka Jawa Barat.<sup>10</sup> Di Kabupaten Garut

ditemukan bahwa persoalan serius tentang kesehatan bayi baru lahir terganjal oleh pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat yang masih menganut keyakinan turun temurun. Dari 10 kecamatan di kabupaten Garut, salah satu bukti perilaku yang sulit diubah adalah 56% ibu lebih memilih pergi ke dukun bayi (paraji) untuk memeriksakan kehamilannya, pertolongan persalinan, dan asuhan bayi baru lahir. Persepsi sebagian dari mereka, paraji adalah tempat pertolongan untuk persalinan lancar dan norma, sementara tenaga kesehatan untuk pertolongan persalinan yang bermasalah atau komplikasi. Keadaan ini imbuhnya akan terus berlangsung selama tingkat kepercayaan masyarakat terhadap hal yang merugikan kesehatan masih tinggi, sehingga hal ini berkontribusi terhadap meningkatnya kasus kematian perinatal yang dapat dicegah di Kabupaten Garut.<sup>11</sup>

## II. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *Sequential Explanatory Mixed Methods*. Tahap awal penelitian dilakukan secara kuantitatif dengan studi *cross sectional* yaitu studi dokumentasi terhadap rekap kematian perinatal serta dokumen Audit Maternal Perinatal (AMP) sebanyak 78 dokumen. Tahap selanjutnya melakukan penelitian kualitatif dengan metode *Indepth Interview* yang terdiri dari keluarga perinatal yang meninggal sebanyak 4 orang, petugas kesehatan 2 orang, penanggung jawab pencatatan dan pelaporan sebanyak 2 orang, dan *Focus Group Discussion (FGD)* yang terdiri dari Kasie. Kesehatan Keluarga Dinkes Kab Garut, bidan koordinator Puskesmas Pasundan, Guntur dan Siliwangi yang merupakan kecamatan tertinggi kematian perinatalnya dan Bidan koordinator puskesmas Karang Tengah sebagai kecamatan terendah kematian perinatalnya. Data yang digunakan pada penelitian kuantitatif adalah data sekunder yaitu dokumen rekap kematian perinatal dan dokumen Audit Maternal Perinatal (AMP) dan data penelitian kualitatif dengan pedoman wawancara terhadap partisipan. Analisis data kuantitatif dengan menggunakan analisis univariabel dengan distribusi frekuensi dan analisis bivariabel

dengan uji *fisher exact*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kabupaten Garut pada bulan Oktober sampai November 2016. Berikut deskripsi hasil pengumpulan data yang meliputi analisis univariabel dan bivariabel.

## III. HASIL PENELITIAN

### A. Hasil Penelitian Kuantitatif

**Tabel 1**

Distribusi frekuensi penyebab kematian,, periode kematian, tempat kematian, penolong persalinan dan kasus rujukan pada kematian perinatal di Kabupaten Garut Tahun 2015.

Kematian Perinatal	n	%
Penyebab Kematian		
Kematian Tidak Dapat Dicegah	17	21,8
Kematian dapat Dicegah	61	78,2
Periode Kematian		
Lahir Mati	16	20,5
Kematian Neonatal Dini	62	79,5
Tempat Kematian		
Non Fasilitas Kesehatan	15	19,2
Fasilitas Kesehatan	63	80,8
Penolong Persalinan		
Paraji	17	21,8
Bidan	38	48,7
Dokter	23	29,5
Kasus Rujukan		
Bukan Kasus Rujukan	27	34,6
Kasus Rujukan	51	65,4

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar kasus kematian perinatal yang terjadi adalah dapat dicegah, sebagian besar kematian terjadi pada lahir, sebagian besar kematian perinatal terjadi pada fasilitas kesehatan, hampir sebagian besar kematian ditolong oleh bidan, dan sebagian besar kematian merupakan kasus rujukan.

**Tabel 2.**

Kematian perinatal yang dapat dicegah berdasarkan faktor pasien, ketersediaan fasilitas dan rujukan

Karakteristik (n=78)	Kematian Perinatal				Total		Nilai p
	Dapat Dicegah		Tidak Dapat Dicegah		f	%	
	F	%	F	%			
Umur							
Berisiko Tinggi	22	28,2	8	10,3	30	38,5	0,291
Berisiko Rendah	39	50	9	11,5	48	61,5	
Paritas							
Berisiko Tinggi	4	5,1	2	2,6	6	7,7	0,390
Berisiko Rendah	57	73,1	15	19,2	72	92,3	
Jarak Kelahiran							
Berisiko Tinggi	33	42,3	5	6,4	38	48,7	0,040
Berisiko Rendah	9	11,3	6	7,6	15	19,2	
Missing data					25	32,1	
Penyakit Penyerta							
Ada	7	8,9	8	10,3	15	19,2	0,003
Tidak ada	54	69,3	9	11,5	63	80,8	
Riwayat ANC							
<4 Kali	23	29,5	4	5,1	27	34,6	0,215
>4 Kali	38	48,7	13	16,7	51	65,4	

\*Uji Fisher Exact bermakna jika nilai  $p \leq 0,05$ 

Tabel 2 menunjukkan bahwa faktor pasien (jarak kelahiran dan penyakit penyerta), faktor rujukan dan faktor ketersediaan alat berhubungan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah. Faktor pasien (umur, paritas dan riwayat ANC) tidak berhubungan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah. Penelitian kualitatif menemukan bahwa secara kuantitas pelayanan ANC telah terpenuhi namun secara kualitas pelayanan ANC masih sangat rendah.

## B. Hasil Penelitian Kualitatif

Hasil penelitian kualitatif dijelaskan sebagai berikut:

### 1) Penyebab Kematian Perinatal

Sebagian besar kasus kematian perinatal di Kabupaten Garut adalah dapat dicegah. Seperti penuturan partisipan sebagai berikut:

*“Sebetulnya dicegah ya bisa wae, ya mungkin seperti yang ibu yang KEK ya. Ya itu kan mungkin kalau kembali lagi ke ekonomi itu ya paling susah. Apa harus gimana gitu. Kalau penyuluhan sih ya udah, ya dilaksanakan PMT juga sama. Kalau tapi dia ekonominya yang minimal itu kan sulit juga dia mungkin untuk kehidupan sehari-harinya.” (R2, FGD).*

Penyakit penyerta merupakan komplikasi obstetri yang banyak memberikan kontribusi terhadap kematian perinatal. Penyakit penyerta yang dialami oleh ibu selama hamil diantaranya adalah Preeklampsia Berat (PEB), Mioma Uteri, ibu Kekurangan Energi Kalori (KEK) yang mengakibatkan anemia pada kehamilan dan persalinan. Kekurangan energi kalori sangat berhubungan erat dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten Garut yang rendah.

*“Kalau dari ... ya melihat kematian bayi di sini kan banyaknya yang ditolong di rumah sakit ya, jadi rujukan di rumah sakit. Mungkin dari penanganan di rumah sakitnya atau gimana. Terus prematur. Itu kalau misalnya prematur itu mungkin dari banyaknya ini kan KEK, yang KEK ya. Jadi mungkin kesatu, KEK itu sulit sekali karena bersangkutan dengan sosial ekonomi. Kadang kita juga kan udah kasih penyuluhan gitu ya, terus dikasih ada makanan tambahan untuk Ibu hamil. Tapi kalau misalnya dia tetap sosial ekonominya rendah dan dia juga tidak bisa meningkatkan untuk ininya, pola makanan kebutuhannya, jadi masih susah gitu. Karena banyaknya yang prematur yang BBLR gitu” (R1, FGD)*

*“Itu dari ibu yang PEB, kebanyakan dari ibu yang PEB, satu dari kehamilan dengan miom” (R3, FGD)*

Salah satu hal juga yang berkontribusi terhadap kematian perinatal di Kabupaten Garut adalah kualitas *Antenatal Care* yang masih sangat rendah, namun ditinjau dari kuantitas *Antenatal Care* sudah memenuhi. Kuantitas kunjungan ANC harus ditunjang oleh ANC yang berkualitas.

*“Kalau puskesmas mah mungkin sudah melaksanakan. Puskesmas sudah melaksanakan 10T.(R2, FGD) Seluruhnya, seluruh puskesmas. Kalau untuk posyandu Kayaknya nggak 10T deh. Bidan desa mah kayaknya paling 7T ya, (R3, FGD), Mungkin 5T”. (R1, FGD)*

*“Masalahnya mungkin begini, kalau di posyandu itu seperti mau melaksanakan 7T aja, pemeriksaan HB itu tidak memungkinkan. Ketika mereka dianjurkan untuk ke puskesmas masalahnya dengan biaya, masalah biaya”. (R3,FGD)*

Jarak kelahiran yang terlalu dekat yang menyebabkan kematian perinatal di Kabupaten Garut disebabkan oleh pasca Abortus dan *still birth*.

*“Jarak kelahiran yang rendah biasanya mah ibu-ibu ntu setelah keguguran pada ga mau ber KB dulu. Terus ya kalau bayinya meninggal sebelum kehamilan ini mah pingin cepat-cepat hamil lagi”(R3, FGD).*

## 2) Sarana dan Prasarana Kegawatdaruratan Perinatal

Rumah sakit sebagai pusat rujukan masih memiliki keterbatasan dalam ketersediaan alat dalam melakukan penanganan terhadap bayi- bayi yang bermasalah.

*“Keterbatasan alat mungkin kita iya ya, seperti ventilator kita terbatas dengan sarana listrik misalnya ya karena belum ada-, listriknya masih paralel. Kemudian oksigen, belum oksigen sentral. Jadi memang ada beberapa keterbatasan untuk sarana prasarana.” (R4, Indept)*

Berkaitan dengan jumlah tenaga kesehatan yang bekerja masih sangat terbatas, keterbatasan tersebut terdiri dari jumlah perawat, bidan dan spesialis anak yang masih sangat terbatas.

*“Nah itu rasio petugas pasien ya, pasien perbulan itu 400 sampai 600, perawat peri itu ada 31 dengan saya ya, berarti 30 staf perawat peri. Kemudian untuk dinas yang malam itu satu shift ada enam orang, tiga orang di level 1, tiga orang di level 2.Misalnya SC kan ada okanya di depan, kemudian kalau lahir ada yang SC berarti dua orang berangkat ke sana, di sini satu orang siap untuk partus, yang tiga orang memegang level 2. Kalau misalnya ada yang lahir di Poned berarti satu orang berangkat ke Poned, atau yang lahir di ICU misalnya satu orang lahir di ICU dengan jarak yang sangat jauh. Berarti yang megang level 2 pindah megang level 1 untuk persiapan partus”.(R4, Indept)*

Permasalahan lain juga diungkapkan bahwa tidak dilakukannya *rooming in* terhadap bayi yang tidak bermasalah sehingga jumlah bayi yang dirawat di ruang perinatologi menjadi lebih banyak, sehingga hal ini berpengaruh terhadap jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan yang tersedia tidak dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

*“Untuk rooming in itu sebenarnya sudah koordi-, dulu pernah ya kita rooming in, kemudian nggak jalan. Kemudian dari depan mau rooming in lagi sudah kita koordinasi. Yang dipikirkan adalah menurut dokter anaknya keselamatan bayi. Keselamatan bayi itu tidak hanya hilang saja, tidak hanya keselamatan dicuri atau diculik saja, tapi juga keselamatan fisiknya dari berbagai misalnya nosokomial atau hilangnya panas dan sebagainya. Jadi untuk saat ini menurut para dokter spesialis anaknya ruangan kelas 3, kelas 2, itu belum layak untuk rooming in. Kadang pasiennya di sana banyak, kadang ibunya pakai satu tempat tidur dua pasien. Jadi menurut dokter spesialis anak itu tidak aman untuk bayi gitu.” (R4, indept).*

Pelaksanaan ANC yang berkualitas harus ditunjang oleh fasilitas kesehatan yang memadai, namun pelaksanaan ANC yang berkualitas terganjal oleh keterbatasan sarana kesehatan seperti alat pemeriksaan hemoglobin, protein urine, pemeriksaan HIV dan lain sebagainya serta keterbatasan petugas kesehatan yang tersedia seperti analis kesehatan dan petugas gizi. Seperti penuturan partisipan sebagai berikut:

*“Alat lab tadi juga nggak bisa dibawa ke posyandu. Kalau pun ada alat lab ya SDM ntek aya, ya.” (R2, FGD)*

*“Untuk Karang Tengah kan petugas lab nggak ada, alat lab nggak ada.”(R4, FGD)*

### 3) Keterlambatan Rujukan

Sebagian besar kematian perinatal terjadi di rumah sakit. Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan rujukan sehingga memungkinkan banyak kematian perinatal yang terjadi. Bayi yang dirujuk ke rumah sakit umumnya berasal dari rujukan dari paraji, dimana hal ini sudah melalui proses rujukan dari bidan atau puskesmas terlebih dahulu. Seperti penuturan responden sebagai berikut:

*“Ada beberapa ibu yang lahir di paraji dulu, dari paraji ke bidan dulu, letaknya jauh...”(R4, Indpt)*

Keterlambatan dalam melakukan tindakan rujukan disebabkan oleh terlambatnya dalam pengambilan keputusan, terlambat dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan terlambatnya ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan.

*“Nggak, karena mungkin persepsi dia itu ya lahir mati tadi, kenapa nggak dirujuk, gitu kan persepsi dia lahir mati. Nggak ada napas, nggak ada apa, kenapa mesti dirujuk katanya. Sudah yakin bahwa itu dia lahir mati.”(R2, FGD)*

*“...Jadi keterlambatan mengambil keputusan dari keluarga. Pas ke rumah sakit juga itu diantar sama pihak puskesmas.” (R3, FGD)*

*“...Iya..nyampe di rumah sakit dokter lagi operasi cegah di rumah sakit lain..jadi menunggu dulu”.(R6, Indpt).*

Sebagian besar kematian perinatal adalah kasus rujukan sehingga, sebagian besar kematian terjadi di rumah sakit, karena rumah sakit merupakan pusat rujukan baik dari masyarakat maupun fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Beberapa responden menuturkan bahwa banyak ibu bersalin dengan risiko menolak untuk dilakukan tindakan rujukan. Namun dibeberapa puskesmas bidan desa dan kader sudah melakukan rujukan ke puskesmas PONEB.

*“Kalau misalnya penanganan untuk pelayanan mah kayak tadi kata Ibu dibilang*

*seperti kartu BPJS yang itu ya, pernah kejadian di puskesmas ..juga. Dia memang punya KIS, terus harusnya memang dia nggak mau, keukeuh nggak nggak mau dirujuk. Sampai ditunggu dia, ah mau ke sana dulu, hayo diantar-antar pakai itu pakai ambulance, supaya dia itu mau benar ke rumah sakit, sampai gitu tindakannya gitu dari puskesmas. Dia kan suka bilang gini, bu ya dirujuk ya, pergi ke ini, ya ya, tahunya dia nggak pergi ke rumah sakit gitu. Nah itu kebanyakan suka gitu. Tahu-tahu kita dengar oh tahunya ditolong sama siapa gitu, tapi ya kalau selamat alhamdulillah. Kalau ada masalah yang jadi ini masalah gitu. Sampai ditunggu-tunggu sampai diantar dulu, ya mau ke sana dulu, mau ngurusin ini, iya sok diantar, diantar itu sama ambulance gitu. Akhirnya ya mau ke rumah sakit karena terus ditutur-tutur gitu, diikutin. Jadi sebenarnya masalah kalau masalah ekonomi mungkin agak berat juga”. (R2, FGD)*

Permasalahan pada saat proses rujukan adalah tidak dilakukan stabilisasi pra rujukan sehingga kondisi bayi yang dirujuk ke rumah sakit sudah buruk.

*“Datang biasanya kalau yang preterm itu hipotermi, kemudian belum dipasang infus dan sebagainya...iya mungkin juga hal-hal seperti itu juga perlu disampaikan stabilisasi dan sebagainya itu harus disiapkan sebelum berangkat untuk rujukan, biasanya seperti itu. Kadang bayi datang diselimutin-diselimutin, tapi nggak pakai pampers basah kesini. Suhu 35 atau 35 kurang itu sering”.(R5, Indpt)*

Banyaknya kasus rujukan yang bermasalah dengan jaminan kesehatan. Banyaknya permasalahan tersebut berkaitan dengan jaminan kesehatan seperti tidak tepatnya sasaran dalam pemberian kartu KIS, pengurusan kartu jaminan kesehatan yang membutuhkan masa aktif yang lama dan administrasi pengurusan yang rumit, serta biaya yang terlalu besar dalam pembayaran kartu peserta setiap bulannya.

*“Nggak punya BPJS, Nggak punya. Bidannya langsung nelepon ke bu bikor, kata bu bikor ya sekarang siapa yang itu aja dululah”.(R3, FGD)*

*“Karena kan sekarang BPJS itu seluruh keluarga ditanggung. Makanya jadi susah*

kan kalau yang dengan penghasilan misalkan 20 ribu sehari".(R2, FGD).

#### IV. PEMBAHASAN

Berdasarkan pengolahan data didapatkan bahwa terdapatnya hubungan faktor pasien (jarak kelahiran dan penyakit penyerta), faktor ketersediaan fasilitas kesehatan dan faktor rujukan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah dengan nilai  $p \leq 0,05$ . Faktor pasien berdasarkan umur, paritas dan riwayat ANC tidak terdapat hubungan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah dengan nilai  $p \geq 0,05$ .

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jarak kelahiran yang berisiko disebabkan oleh kegagalan kontrasepsi dan riwayat abortus. Hal senada juga diungkapkan oleh beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa jarak yang kurang dari dua tahun akan mempengaruhi kondisi fisik dan rahim ibu yang masih membutuhkan istirahat yang mencukupi dan juga berkemungkinan ibu masih menyusui. Adapun beberapa hal yang melatar belakangi ibu hamil kembali adalah suami ingin segera memiliki keturunan lagi, riwayat abortus dan kegagalan kontrasepsi.<sup>13</sup>

Sebagian besar penyakit penyerta terjadi disebabkan oleh status sosial ekonomi ibu hami yang rendah, sehingga ibu tidak mampu untuk memenuhi gizi yang baik pada saat hamil. Beberapa penyakit penyerta yang terjadi seperti Hipertensi (PEB). Anemia dan Kekurangan Energi Kalori (KEK).

Penyakit penyerta pada ibu sering mengorbankan keselamatan bayi, artinya untuk menyelamatkan nyawa ibu pada saat hamil dan bersalin terminasi kehamilan harus dilakukan sedangkan bayi secara fisik belum siap untuk dilahirkan sehingga risiko terjadinya permasalahan dan kematian perinatal sangat tinggi. Begitu juga dengan kondisi ibu yang sakit dan bermasalah seperti anemia, demam, infeksi TORCH akan membuat kondisi bayi yang lahir menjadi bermasalah dan berisiko tinggi terjadinya kematian.

Tingginya kematian perinatal pada umur dan paritas tidak berisiko disebabkan oleh usia reproduksi ibu sehingga bayi pun banyak yang lahir pada rentang usia ini.

Ditinjau dari kuantitas ANC ibu hamil telah memenuhi standar yang telah

ditetapkan oleh WHO namun ketika penelitian kualitatif didapatkan fenomena bahwa secara kuantitas telah memenuhi namun secara kualitas belum memenuhi standar yang telah ditetapkan, seperti tidak dilakukannya pemeriksaan Hb dan Protein urine, tidak ada pendidikan dan konseling tentang tanda bahaya selama kehamilan, tidak dilakukannya pemeriksaan laboratorium untuk deteksi HIV. Kasus *still birth* terjadi akibat ibu hamil tidak bisa mengenali tanda bahaya kehamilan sehingga ketika terjadi kondisi berkurangnya gerakan janin, ibu tersebut tidak dapat mengenali hal tersebut sebagai tanda bahaya akibatnya bayi sudah meninggal 2 hari bahkan sudah seminggu di dalam kandungan.

Intervensi yang berfokus pada pendidikan kesehatan pada masa antenatal, *screening* yang tepat, serta pemantauan dan pengelolaan kondisi ibu selama periode antenatal harus diperkuat. Kehadiran dokter pada setiap kelahiran baik pada kondisi normal maupun pada kondisi kegawatdaruratan perinatal, hal ini penting untuk memastikan awal kelangsungan hidup bayi dan menghindari faktor-faktor risiko potensial untuk kematian.<sup>14</sup>

Masih tingginya kepercayaan masyarakat untuk ditolong persalinannya oleh paraji merupakan permasalahan yang sangat sulit untuk diselesaikan di daerah ini. Masyarakat sangat menggantungkan kesehatannya seperti pertolongan persalinan dengan ibu paraji dan persalinan dilakukan di rumah pasien. Tugas tenaga kesehatan di sana adalah hanya untuk memastikan ibu dan bayi baru lahir sudah dengan kondisi aman. Sehingga mereka cenderung memanggil petugas kesehatan ketika persalinan sudah selesai atau juga pada saat persalinan telah bermasalah. Hal inilah yang menjadi permasalahan dalam meningkatkan kematian perinatal. Hal ini menunjukkan bahwa persalinan yang ditolong oleh tenaga yang tidak terlatih akan banyak menyebabkan komplikasi dan kematian pada bayi. Fenomena lain juga ditemukan bahwa persalinan yang ditolong oleh paraji disebabkan karena ibu memiliki hubungan kekerabatan dengan paraji, sehingga orang yang dipanggil terlebih dahulu ketika proses persalinan adalah paraji.

Penelitian yang dilakukan oleh Angrodi menyebutkan bahwa masyarakat masih banyak yang beranggapan bahwa bila persalinan ditolong oleh bidan biayanya mahal sedangkan bila ditolong oleh dukun bisa membayar berapa saja. Hal yang terpenting adalah bahwa dukun dilihat mempunyai 'jampe-jampe' yang kuat sehingga ibu yang akan bersalin lebih tenang bila ditolong oleh dukun. Penyebab lain mengapa bidan tidak dipilih dalam membantu persalinan adalah bahwa selain umurnya masih relatif muda, bidan dipandang belum memiliki pengalaman melahirkan dan kebanyakan belum dikenal oleh masyarakat. Peranan dukun bayi dalam proses kehamilan dan persalinan berkaitan sangat erat dengan budaya setempat dan kebiasaan setempat. Dari konsep 'the three delays', salah satu faktor kematian ibu dan bayi adalah terlambatnya pengambilan keputusan yang diambil oleh keluarga dan masyarakat termasuk dukunnya. Maka wajar jika terjadi kematian ibu dan bayi karena akibat dari terlambatnya mengambil keputusan dari keluarga, masyarakat dan dukun, sehingga keluarga, masyarakat dan dukun ikut bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan bayinya.<sup>15</sup>

Keterlambatan penanganan kegawatdaruratan baik pada maternal maupun perinatal dapat disebabkan oleh kesiapan sarana dan prasarana, kesiapan petugas baik dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan. Kesiapan fasilitas dan kompetensi penolong menjadi hal sangat utama dalam penyelamatan ibu dan bayi. Fenomena yang terjadi di Kabupaten Garut adalah tingginya kematian perinatal yang terjadi di rumah sakit. Wawancara mendalam yang dilakukan terhadap *partisipant* adalah keterbatasan ketersediaan alat dan besarnya rasio antara tenaga kesehatan dengan jumlah bayi yang ada.

Hasil penelitian di Tanzania juga menyebutkan bahwa pertolongan persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat serta harus didukung oleh ketersediaan fasilitas yang lengkap dan memadai sehingga hal ini sangat

penting untuk menurunkan kematian ibu dan bayi.<sup>16</sup>

Keterlambatan rujukan yang terjadi, disebabkan oleh berbagai faktor seperti pengambilan keputusan yang lambat, terlambatnya bayi untuk dibawa ke fasilitas kesehatan rujukan serta terlambatnya bayi untuk ditangani di pusat rujukan. Keterlambatan dalam pelaksanaan rujukan juga disebabkan oleh pengambilan keputusan masih didominasi oleh suami dan keluarga, sehingga tidak segera dapat mengambil keputusan apakah akan dilakukan tindakan rujukan atau tidak.

Penelitian yang dilakukan di Burkina Faso juga menyebutkan bahwa alasan terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan rujukan yang pertama adalah kemiskinan, yang menghambat keluarga mencari perawatan kebidanan. Yang kedua adalah kurangnya pemberdayaan perempuan. proses pengambilan keputusan untuk menggunakan fasilitas kesehatan untuk perawatan dengan tenaga kesehatan terutama dikelola oleh suami, orang tuanya (ibu atau ayah mertua) atau saudara-saudaranya. Proses dalam memutuskan untuk mencari perawatan rujukan dipengaruhi oleh persepsi masyarakat tentang keseriusan kondisi, sulitnya akses dan biaya yang terlibat dalam transportasi, biaya hidup di rumah sakit, dan kualitas pelayanan kesehatan di tingkat rujukan. penelitian ini juga menyebutkan bahwa pengambilan keputusan didominasi oleh suami dan keluarga karena mereka beranggapan bahwa perempuan tidak memiliki kekuatan yang cukup untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai rumah tangga dan kesehatan. Mereka merujuk pada suami atau ibu mertua. Pentingnya ibu mertua yang dalam proses ini adalah bahwa dalam beberapa situasi, beberapa rumah tangga hidup sebagai salah satu keluarga dengan ibu mertua sebagai orang kunci untuk semua hal tentang wanita (seperti memasak, kehamilan dan persalinan, kesehatan bayi baru lahir, anak-anak dan wanita).<sup>17</sup>

## V. KESIMPULAN

Terdapat hubungan faktor pasien (jarak kelahiran dan penyakit penyerta), faktor ketersediaan alat dan faktor rujukan dengan



kematian perinatal yang dapat dicegah di Kabupaten Garut. tidak terdapat hubungan karakteristik ibu (umur, paritas dan riwayat ANC) dengan kematian perinatal yang dapat dicegah. Jarak kelahiran berhubungan dengan kematian perinatal disebabkan oleh ketidaktahuan ibu tentang kontrasepsi pada pasca abortus dan kelahiran bayi mati. Terlambatnya mengenali dan melakukan penanganan terhadap ibu hamil dengan penyakit penyerta berkontribusi terhadap kematian perinatal yang dapat dicegah, sedangkan ketersediaan fasilitas kesehatan berhubungan dengan kematian perinatal yang dapat dicegah disebabkan oleh keterbatasan alat dan sumber daya manusia kesehatan yang ada. Tidak terdapat hubungan hambatan proses rujukan dengan keterlambatan rujukan perinatal. Telah memburuknya kondisi bayi yang dirujuk dan lambatnya pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan menjadi faktor yang berperan dalam terjadinya keterlambatan rujukan. Pencatatan dan pelaporan kematian perinatal belum berjalan dengan baik. Faktor sumber daya manusia berkontribusi terhadap pencatatan dan pelaporan kematian perinatal yang belum lengkap di Kabupaten Garut.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Mpembeni R, Jonathan, Mughamba. Perinatal mortality and associated factors among deliveries in three municipal hospitals of Dar Es Salaam, Tanzania. *J Pediatric Neonatal Care*. 2014;1(4):1-7.
- WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health. Geneva: 2016.
- WHO. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. Geneva: 2006.
- JE Lawn, D Osrin, S Cousens. Four million neonatal deaths: Counting and attribution of cause of death. *Pediatric Perinatology Epidemiology* 2008;22(5).
- BkbbN, BPS, Kemenkes RI. Survey Demografi Kesehatan Indonesia. Jakarta 2012.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. Profil kesehatan Propinsi Jawa Barat tahun 2014. In: RI K, editor. Bandung: 2014.
- Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoher A, Agrawal P, et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014:1-12.
- WHO. Newborns: reducing mortality. Geneva: 2016.
- Pemerintah Kabupaten Garut. Rencana pembangunan jangka menengah daerah Kabupaten Garut tahun 2014 – 2019. Garut 2014.
- Agustina M. Fenomena pernikahan usia dini dalam konteks himpitan ekonomi: Universitas Pendidikan Indonesia; 2014.
- DS Manandhar. Perinatal death audit. *Kathmandu Univ Med*. 2004;2(4):83-375.
- Mahmudah U, Cahyati WH, Wahyuningsih AS. Faktor ibu dan bayi yang berhubungan dengan kejadian kematian perinatal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2011;7(11):41-50.
- Bound, Buttler, Spektor. Classification and causes of perinatal mortality. *J Health Medicine*. 2013.
- WHO. Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO. 2016.
- Anggorodi R. Dukun bayi dalam persalinan oleh masyarakat indonesia. *Makara Kesehatan*. 2009;13(1):9-14.
- Danforth EJ, Kruk ME, Rockers PC, Mbaruku G, Galea S. Household decision-making about delivery in health facilities: evidence from Tanzania. *Health Population Nutrition*. 2009;5:696-703.
- Some DT, Sombie I, Meda N. How decision for seeking maternal care is made - a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reproductive Health*. 2013;10(8).