

POLA PERTOLONGAN PERSALINAN 5 TAHUN TERAKHIR DI INDONESIA

Agus Suprpto¹, Dwi Hapsari² L.C. Hermawan³

BIRTH ASSISTANCE PATTERN IN INDONESIA DURING LAST 5 YEAR

Abstract. *The Information on Indonesia delivery's pattern at rural and urban area based on community data in five years periods (1996-2000) was taken from SUSENAS 2001 (National Social and Economic Survey 2001). This analysis was separated in six regions: Nusa Tenggara & Papua, Sulawesi, Kalimantan, Java, Sumatera and Bali. The analysis showed that during 1996-2000 there was slightly increasing proportion of delivery by health workers in rural dan urban area. The Indonesian target of birth delivery attended by health worker in 2000 was 80%. The target was achieved in all urban areas of the six regions and in rural area of Bali, but not in the rural areas of the other 5 regions. There was a large discrepancy between rural and urban areas. The largest discrepancy was 46% in the region of Nusa Tenggara & Papua, followed by Sulawesi (41%), Kalimantan (41%), Java (35%), Sumatera (32.5%) and Bali (14%). This findings indicate that in rural area an intensive intervention especially in birth delivery by health workers is still needed.*

Key word: birth attendance

PENDAHULUAN

Salah satu indikator penting dalam program *safe motherhood* adalah seberapa besar angka ratio kematian ibu (MMR). Kelemahan yang telah ditunjukkan oleh beberapa peneliti dalam menggunakan MMR sebagai indikator adalah angka estimasi tersebut berpresisi rendah. Penyebabnya adalah angka estimasi bawah (*lower bound*) mencapai 36-46% dari titik estimasinya (*point estimate*), dan dirasa tidak akurat menggunakannya untuk monitoring dan evaluasi dalam jangka waktu pendek dan cepat. Oleh karena itu, untuk kepentingan monitoring dan evaluasi program yang berkaitan dengan *safe motherhood*, disarankan penggunaan indikator proses, misal: rates persalinan dengan *caesarean section*.¹ Di Indonesia angka seperti dicontohkan tersebut tidaklah begitu tepat karena berbagai maksud dan kondisi.

Salah satu yang dapat digunakan adalah berapakah persalinan yang dapat ditangani oleh tenaga kesehatan. Angka ini merupakan salah satu indikator proses yang penting dalam evaluasi dan monitoring program *safe motherhood*.

Persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia walaupun masih dianggap mahal dan jangkauannya rendah tetapi hasil analisis data Susenas pada tahun 1997 menunjukkan kenaikan yang signifikan². Walaupun demikian masih cukup banyak ibu yang melakukan persalinan ke dukun bayi khususnya di perdesaan. Keadaan ini menjadikan ibu menanggung risiko 2 kali lipat yaitu komplikasi obstetri yang sulit diprediksi sebelumnya dan risiko kematian karena perawatan komplikasi yang tidak adekuat³, yang menyebabkan angka kematian ibu masih tinggi.

¹ Puslitbang Yantekkes, Badan Litbangkes

² Puslitbang Ekologi Kesehatan, Badan Litbangkes

³ Kesga

Upaya terobosan yang dilakukan sejak 1989/1990 adalah mendekatkan pelayanan profesional ke ibu hamil yaitu dengan menempatkan 54.120 bidan di desa hingga tahun pertengahan Pelita VI. Upaya ini bertujuan untuk meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan kebidanan. Dengan demikian upaya tersebut dapat menjadi salah satu cara untuk memenuhi pesan-pesan kunci MPS yang merupakan bagian dari program *safe motherhood*.

Krisis ekonomi yang terjadi sejak tahun 1997 disinyalir mempengaruhi pola pencarian pengobatan termasuk di dalamnya pencarian pertolongan persalinan. Keadaan ekonomi yang memburuk membuat jumlah keluarga kurang mampu atau miskin meningkat, seperti yang dilaporkan di Jawa Tengah, NTB dan Bengkulu, 63%-88% mengalami penurunan pendapatan baik di desa maupun di kota. Kondisi ini juga menunjukkan kecenderungan yang sama untuk Jawa Timur⁴. Keadaan tersebut ternyata juga mengakibatkan penurunan frekuensi konsumsi pangan, barang dan jasa, termasuk didalamnya kesehatan. Penurunan tersebut mencakup kualitas dan kuantitas kunjungan ke rumah sakit, Puskesmas dan bidan⁵.

Berdasarkan beberapa hal di atas maka yang menjadi permasalahan adalah bagaimanakah pola pertolongan persalinan yang terjadi 5 tahun terakhir (1996-2000) dan bagaimanakah pola tersebut bila dikaitkan dengan faktor domisili ibu dan regional di Indonesia?.

Manfaat dari analisis ini adalah mendapatkan informasi terbaru berbasis masyarakat tentang pola pertolongan persalinan lima tahun terakhir dan sebagai salah satu cara mendeteksi kemajuan program peningkatan kesehatan ibu dan anak sehingga dapat membantu memudahkan da-

lam perencanaan, khususnya dalam upaya peningkatan pertolongan persalinan dan program *safe motherhood* pada umumnya.

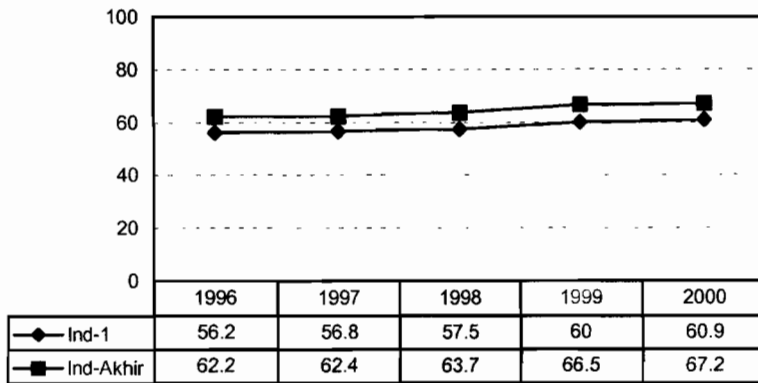
BAHAN DAN METODA

Analisis ini menggunakan data KOR SUSENAS 2001. Pola 5 tahun terakhir dihitung dengan merujuk kelompok umur berdasarkan bulan. Agar lebih tepat penggunaan umur Balita untuk merujuk tahun persalinan maka untuk tahun 2000 adalah bayi umur 2-13 bulan dan seterusnya. Penghitungan dilakukan dengan cara itu karena survei dilakukan pada bulan Februari 2001. Jumlah sampel adalah 78.511 Balita, yang terbagi dalam kelompok umur dan jumlah sampel tersebut akan dianalisis menggunakan nilai *inflate* untuk menggambarkan populasi sebenarnya.

Beberapa keterbatasan analisis adalah data KOR SUSENAS meliputi seluruh provinsi kecuali D.I. Aceh dan Maluku, hasil survei hanya menyediakan data anak Balita yang masih hidup, sehingga kejadian kelahiran pada anak Balita yang sudah meninggal tidak dapat ikut serta dalam analisis ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Informasi atau data kejadian pertolongan persalinan dalam masyarakat, dapat dikelompokkan sebagai berikut (Tabel 1). Kejadian jenis 1, nakes-nakes, adalah kejadian pada awal atau mulai proses persalinan dan berakhirnya persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan. Jadi ibu atau keluarganya sejak awal sudah memilih (*first choice*) tenaga kesehatan sebagai penolong persalinannya. Bila dilihat proporsinya dari tahun 1996 hingga akhir tahun 2000 kecenderungannya makin meningkat dari tahun ketahun.



Gambar 1. Grafik Pola Pertolongan Persalinan Pertama dan Terakhir oleh Tenaga Kesehatan di Indonesia Tahun 1996-2000 (Susenas 2001, dalam persen)

Tabel 1. Distribusi Balita Berdasarkan Tahun, Kejadian Urutan Penolong Persalinan dan Domisili di Indonesia (Data SUSENAS 2001, dalam persen).

No.	Domisili, Kejadian Persalinan Berdasar Penolong Pertama & Terakhir Persalinan.	Tahun				
		1996	1997	1998	1999	2000
1	Perkotaan-Indonesia					
	Nakes- nakes	79,2	78,9	79,2	80,8	80,6
	Non-nakes	4,2	4,2	3,7	3,6	4,0
	Non-non nakes	15,5	16,1	16,0	14,4	14,1
	Nakes-non nakes	1,1	0,5	1,1	1,1	1,3
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2	Perdesaan-Indonesia					
	Nakes-nakes	37,7	38,9	40,4	42,0	43,8
	Non-nakes	9,5	9,6	9,4	10,8	10,3
	Non-non nakes	51,2	49,8	48,2	45,2	44,0
	Nakes-non nakes	1,5	1,7	2,0	2,0	1,9
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Proporsi lebih besar di perkotaan dibanding di perdesaan, bahkan hampir dua kalinya. Ini menunjukkan kesenjangan dan masalah besar tentang akses ibu bersalin di perkotaan dan di perdesaan, mengingat sebagian besar upaya *safe motherhood* ditujukan di daerah perdesaan. Permasalahannya adalah kemungkinan ada hambatan pada salah satu bagian selama satu dasa warsa penempatan bidan di desa dan program-program penyertanya.

Kejadian jenis 2, non nakes-nakes, adalah kejadian persalinan yang diawali oleh tenaga non kesehatan dan berakhir oleh tenaga kesehatan. Pada keadaan ini ibu hamil atau keluarganya pada mulanya menggunakan tenaga non kesehatan, kemudian berakhir pada tenaga kesehatan karena beberapa alasan. Di antaranya adalah karena ada kesulitan atau komplikasi persalinan, atau adanya kerjasama yang baik antara tenaga non kesehatan dan keseha-

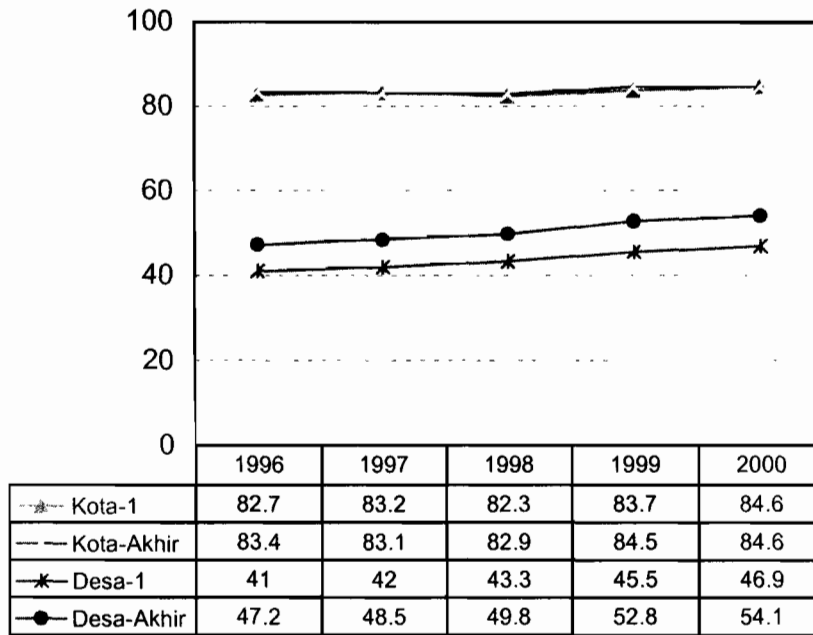
tan. Di perdesaan kecenderungannya makin naik sedangkan di perkotaan menurun. Bila ini dianggap sebagai kejadian pendampingan, bukan sebagai keterpaksaan medik maka hasil ini bernilai positif bagi bidan di desa. Tetapi bila sebagai kejadian keterpaksaan medik maka ini pertanda buruk bagi pendekatan ibu hamil di perdesaan.

Kejadian jenis 3, non nakes-non nakes adalah kejadian persalinan berawal dari tenaga non kesehatan dan berakhir juga oleh tenaga non kesehatan. Jadi sejak mulanya ibu hamil atau keluarganya sudah memilih tenaga non kesehatan sebagai penolong persalinannya. Di daerah perdesaan lebih besar dibanding di daerah perkotaan. Di perdesaan 3 kali lebih besar dibanding di perkotaan. Proporsinya dari tahun ketahun cenderung turun, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Perubahannya tidak akseleratif, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Mengingat setiap persalinan adalah kejadian yang sangat berisiko bagi ibu dan bayinya, maka di perdesaan masih diperlukan upaya yang lebih besar lagi agar ibu tidak dihadapkan pada dua risiko yaitu: risiko proses persalinannya sendiri dan risiko tidak memperoleh penolong yang adekuat.

Kejadian jenis 4, nakes-non nakes, adalah kejadian persalinan yang diawali oleh tenaga kesehatan tetapi berakhir di tangan tenaga non kesehatan. Pada mulanya ibu atau keluarganya sudah memilih tenaga kesehatan tetapi oleh karena suatu keadaan tertentu menyebabkan tenaga non kesehatan yang menanganinya. Kejadian ini relatif jarang terjadi, nampak dari proporsinya kecil dan stabil dari tahun ketahun dan tidak menunjukkan beda yang besar antara desa dan kota. Nilai positif bagi program adalah bahwa ibu hamil sudah

menentukan pilihan pertamanya ke nakes. Sebagai gambaran kemungkinan kejadian ini sama dengan kejadian yang pernah diobservasi penulis ketika mengadakan penelitian pemakaian buku panduan ibu hamil di Klaten Jawa Tengah. Pada saat ibu hamil merasakan akan datang persalinan, keluarga memanggil bidan, setelah bidan datang dan diperiksa, diperkirakan persalinan akan terjadi 4 jam kemudian. Karena dianggap masih lama maka bidan kembali ke posnya, pada saat itu dukun juga dipanggil dan sudah datang dan kenal baik dengan bidannya. Sesuai perkiraan, 2-3 jam kemudian bidan datang lagi ke tempat ibu hamil, dan ternyata persalinan sudah terjadi dengan dibantu oleh dukun. Bidan memeriksa ibu dan bayi serta membantu kebersihannya.

Kejadian-kejadian persalinan dapat diklasifikasikan juga menjadi: a) penolong pertama dan b) penolong terakhir. Pada klasifikasi penolong pertama, penolong nakes adalah jumlah proporsi kejadian 1 dan kejadian 4. sedangkan penolong non nakes adalah jumlah proporsi kejadian 2 dan 3. Pada klasifikasi penolong terakhir, penolong nakes adalah jumlah proporsi kejadian 1 dan 2 dan penolong non nakes adalah jumlah proporsi kejadian 3 dan 4. Bila diklasifikasikan seperti diatas maka pola persalinan dapat digambarkan seperti grafik dan data di bawah ini. Pola persalinan berdasarkan penolong pertama dan terakhir oleh tenaga kesehatan menunjukkan adanya peningkatan dari tahun ke tahun. Peningkatan berlangsung sedikit demi sedikit tetapi terus menerus walaupun telah terjadi berbagai krisis multidimensi yang berpengaruh terhadap upaya keras pemerintah dalam peningkatan cakupan persalinan yang sedang digalakkan.



Gambar 2. Pola Pertolongan Persalinan Pertama dan Terakhir oleh Tenaga Kesehatan di Daerah Perdesaan dan Perkotaan Indonesia 1996-2000.

Bila diperhatikan Gambar 2, di daerah perdesaan dan perkotaan proses peningkatan juga nampak berjalan perlahan dan terus menerus dari waktu ke waktu. Bila melihat konsisten grafisnya, maka pada periode tersebut di daerah perkotaan relatif tidak ada peningkatan, sedangkan di perdesaan lebih nampak peningkatannya. Pada akhir tahun 2000 peningkatan di daerah perdesaan relatif lebih tinggi dibanding di daerah perkotaan, namun masih jauh dari target nasional 80% pada tahun tersebut. Dengan demikian yang harus terus menjadi perhatian adalah bahwa di perdesaan proporsi persalinan nakes masih rendah, selisih atau beda dengan perkotaan besar, berdasarkan penolong pertama selisihnya 37,7%, sedangkan menurut penolong terakhir 30,5%. Bila dilihat perubahan nilai proporsi persalinan nakes dari tahun ke tahun baik secara total (Indonesia), di perdesaan maupun di perkotaan, tidak per-

nah terjadi peningkatan akseleratif, hal ini menjadi cermin bahwa program-program akselerasi di bidang persalinan hanya bermanfaat untuk menjaga atau memelihara konsisten aksesibilitas saja, belum menghasilkan akselerasi sesuai harapan. Karena konsistensi ini dapat juga merupakan efek dari proses kematangan (*mature*) masyarakat karena faktor lain, sedangkan program *safe motherhood* yang salah satu targetnya adalah akselerasi peningkatan cakupan persalinan, masih ada kendala dalam penerapannya. Masalah tersebut nampak nyata bila melihat nilai proporsi yang masih jauh dari target yang ditetapkan yaitu 80% persalinan terakhir oleh nakes pada tahun 2000. Dengan demikian terlihat bahwa upaya percepatan penurunan AKI terkesan masih lambat, sehingga aksi nyata secara nasional untuk menurunkan AKI masih perlu ditingkatkan.

Pada awal masa krisis ekonomi di khawatirkan pola persalinan nakes di Indonesia akan banyak berubah karena kemampuan akses ke pelayanan kesehatan menurun. Untuk mengatasi hal tersebut telah banyak program dan bantuan yang diberikan, diantaranya adalah program JPSBK. Program ini memberikan pelayanan kebidanan dasar secara cuma-cuma bagi ibu hamil miskin. Oleh sebab itu pola perubahan tidak begitu mencolok, hanya ada hambatan peningkatan pola persalinan ke nakes.

Sudah lebih dari satu dasawarsa, program utama *safemotherhood* ditujukan untuk masyarakat di perdesaan, dengan harapan di perdesaan terjadi peningkatan persalinan nakes yang besar, beda proporsi antara perdesaan dan perkotaan semakin kecil dengan cepat. Tabel 4 menganalisa perbedaan perdesaan dan perkotaan berdasarkan penolong pertama persalinan oleh nakes.

Terdapat perbedaan makna aksesibilitas persalinan nakes menurut penolong pertama dan persalinan nakes menurut penolong terakhir. Persalinan nakes menurut penolong terakhir, tidak dapat sepenuhnya menjelaskan persalinan murni oleh nakes dan persalinan pendampingan, tetapi juga ada kemungkinan rujukan terpaksa karena alasan medik. Data Susenas ini tidak dapat menjelaskan hal tersebut. Se-

dangkan persalinan nakes menurut penolong pertama lebih tegas menjelaskan akses ibu hamil yang pertama kali. Dengan demikian diperoleh gambaran bahwa bila ingin mengukur akses ibu ke persalinan nakes lebih baik digunakan penolong pertama, walaupun target perbandingan diperuntukkan penolong terakhir dengan pertimbangan nilai pencapaian kedua keadaan tersebut tidak terlalu berbeda.

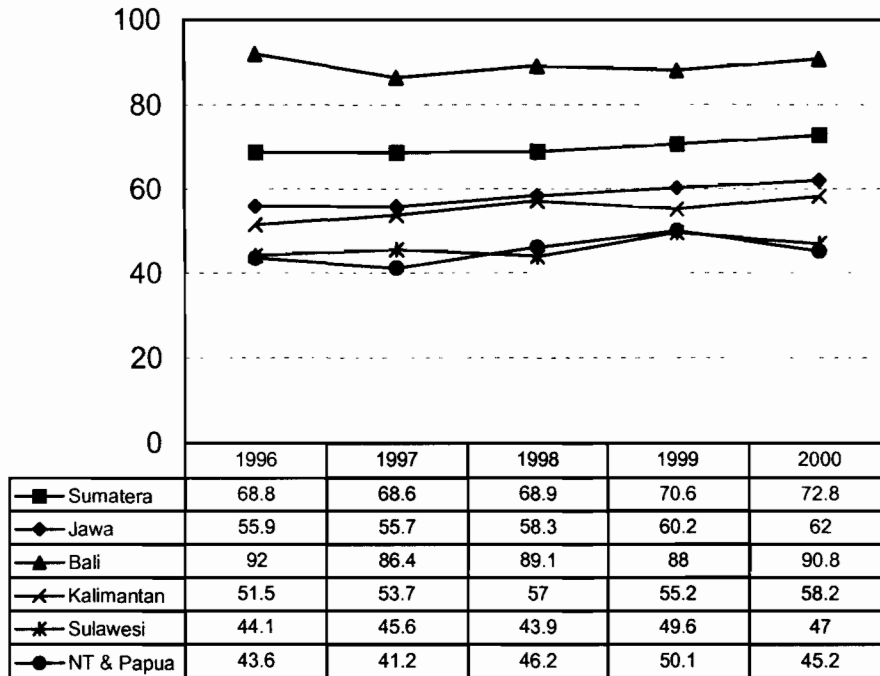
Tabel 2 menunjukkan bahwa beda proporsi pertolongan pertama persalinan nakes antara perdesaan dan perkotaan sangat besar. Pada tahun 1996 sebesar 42% dan pada akhir tahun 2000 masih 38%. Perubahan beda proporsi dari tahun ke tahun relatif kecil, tidak akseleratif, berkisar antara 0,5%-2,2%, rata-rata: 1,0%.

Mengingat begitu luas dan kompleks masalah yang dihadapi oleh berbagai regional di Indonesia, maka dalam analisis ini dibedakan antara 6 wilayah, yaitu: Sumatera, Jawa, Bali, Kalimantan, Sulawesi, dan kepulauan lain (Nusa Tenggara serta Papua). Perbedaan ini akan memudahkan teknis pembinaan pada tiap kawasan. Oleh karenanya perlu dilakukan olah data untuk perbandingan ke enam wilayah tersebut.

Gambar 3 memperlihatkan bahwa pada semua wilayah, pertolongan pertama ke nakes meningkat secara perlahan dari tahun ke tahun. Daerah Sulawesi dan Nusa

Tabel 2. Perubahan Beda Proporsi Pertolongan Pertama Persalinan Nakes di Desa dan Kota di Indonesia (Susenas 2001)

Indonesia	1996	1997	1998	1999	2000
Beda proporsi antara kota dan desa (makin kecil makin baik)	41,7	41,2	39,0	38,2	37,7
Perubahan beda proporsi (makin besar makin baik)	0,5	2,2	0,8	0,5	
	rata-rata : 1,0%				



Gambar 3. Pola Pertolongan Pertama Persalinan Nakes Berdasarkan Regional di Indonesia Tahun 1996 - 2000

Tenggara-Papua paling rendah persalinan oleh nakes, bahkan hingga akhir tahun 2000 persalinan nakes baru mencapai setengah target 80%, yaitu: 45% dan 47%.

Di Jawa yang dianggap mempunyai keadaan yang lebih kondusif untuk memperoleh persalinan nakes, ternyata persalinan oleh nakes masih lebih rendah dibandingkan daerah Sumatera dan tidak berbeda jauh dengan Kalimantan. Pada akhir tahun 2000 daerah Sumatera sudah hampir mendekati target nasional 80%, yaitu 73 %, sedangkan di Jawa baru 62% saja. Hal ini dapat digunakan sebagai catatan bahwa proses yang ada di Sumatera perlu menjadi cerminan daerah lainnya, walaupun proses yang terjadi berlangsung tidak akseleratif juga. Dari Gambar 3 juga nampak jelas bahwa hanya daerah Bali saja yang telah melampaui target nasional 80%, bahkan 5

tahun terakhir sudah melebihi target nasional 80%. Keberhasilan ini dapat terjadi karena pertumbuhan ekonomi yang merata tiap penduduk, dukungan budaya setempat, misal: sifat keterbukaan terhadap budaya luar daerahnya.

Untuk kajian lebih lanjut pada daerah Sumatera dapat dilihat pada Tabel 3, dimana juga ditemukan adanya perbedaan proporsi persalinan nakes yang besar antara perdesaan dan perkotaan. Perbedaan tersebut nampak makin kecil secara perlahan dan tidak terjadi peningkatan persalinan nakes yang akseleratif di pedesaan walaupun di daerah tersebut juga dilakukan program yang bersifat akseleratif. Pada akhir tahun 2000 perbedaan proporsi antara desa dan kota adalah 93,5%-61,0% = 32,5%, suatu kesenjangan yang cukup besar, walaupun di desa proporsi persalinan

Tabel 3. Perubahan Beda Proporsi Pertolongan Persalinan Tenaga Kesehatan Pertama di Perdesaan dan Perkotaan Menurut Wilayah

Regional	1996	1997	1998	1999	2000
1. Sumatera					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	35,6	37,0	34,6	35,1	32,5
Perubahan beda proporsi	-1,4	2,4	-0,5	2,6	rerata : 0,8%
2. Jawa					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	41,8	38,2	37,9	37,8	35,0
Perubahan beda proporsi	3,6	0,3	0,1	2,8	rerata : 1,7%
3. Bali					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	28,0	23,8	17,9	16,6	13,7
Perubahan beda proporsi	4,2	5,9	1,3	2,9	rerata : 3,6%
4. Kalimantan					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	45,0	42,3	39,9	37,8	40,8
Perubahan beda proporsi	2,7	2,4	2,1	-3,0	rerata : 1,1%
5. Sulawesi					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	41,8	47,5	41,1	37,8	4,4
Perubahan beda proporsi	-5,7	6,4	3,3	-3,6	rerata : 0,1%
6. Nusa Tenggara & Papua					
Beda proporsi antara perkotaan dan perdesaan	50,6	50,0	51,6	50,8	46,1
Perubahan beda proporsi	0,6	-1,6	0,8	4,7	rerata : 1,1%

Ket : tanda (-) menunjukkan perbedaan perkotaan dengan perdesaan antar tahun melebar

nakes sudah suatu kesenjangan yang cukup besar, walaupun di desa proporsi persalinan nakes sudah lebih besar dari 50%, yaitu 61%. keadaan ini sudah lebih baik dibanding perdesaan wilayah lainnya.

Di Jawa yang sering dianggap mempunyai keadaan geografis, transportasi dan sosial lebih baik, ternyata persalinan nakes baru sangat dekat dengan target pada akhir tahun 2000, yaitu 80%. Sedangkan di daerah perdesaan persalinan nakesnya masih sangat rendah, yaitu hanya 45% saja, hanya separuh lebih sedikit dari target nasional. Terdapat perbedaan yang besar antara perdesaan dan perkotaan, perbedaan pada akhir tahun 2000 sebesar 35%. Pada Tabel 3 nampak juga bahwa di perdesaan peningkatannya lebih tinggi dan konsisten di banding di daerah perkotaan. Keadaan ini menjadi rangsangan tersendiri bagi evaluasi proses penempatan bidan di desa di Jawa yang dikatakan lebih intensif dan progresif dibanding daerah lainnya.

Di Bali persalinan nakes di perkotaan maupun di perdesaan sudah mencapai target nasional, di perkotaan 98% sedangkan di perdesaan 84%. Perbedaan proporsi perdesaan dan perkotaan relatif kecil hanya 14% saja pada tahun 2000, dan nampaknya semakin tahun semakin kecil. Di perkotaan pada tahun 1996 pernah mencapai 100% seluruh persalinan oleh nakes sedangkan di perdesaan proporsi tertinggi dicapai pada tahun 2000 yaitu 84%. Keadaan di Bali ini sangat berbeda jauh bila dibandingkan dengan wilayah lainnya.

Di Kalimantan, persalinan nakes antara perdesaan dan perkotaan sangat berbeda jauh. Di daerah perkotaan sudah mencapai target nasional sedangkan di daerah perdesaan hanya separuh, yaitu hanya 42% pada akhir tahun 2000. Perbedaan perdesaan dan perkotaan pada akhir tahun 2000 sebesar 41%, suatu kesenjangan yang

besar. Di perkotaan perkembangannya relatif stabil tidak terjadi kenaikan, sedangkan di perdesaan peningkatannya sangat lambat.

Di Sulawesi, baik di perdesaan maupun di perkotaan, peningkatan persalinan nakes dari tahun ke tahun berjalan sangat lambat, tidak mencapai target nasional dan terdapat perbedaan besar antara perdesaan dan perkotaan. Pada akhir tahun 2000 perbedaan tersebut mencapai 41%.

Di Kawasan Nusa Tenggara dan Papua nampak keadaan persalinan nakes di perdesaannya paling rendah dibanding lainnya, di mana pada akhir tahun 2000 baru mencapai 29% saja. Peningkatannya dari tahun ke tahun sangat perlahan tidak akseleratif. Di perkotaan persalinan nakes sudah mencapai 75%, jadi ada beda proporsi yang besar antar perdesaan dan perkotaan, yaitu 46%. Melihat perkembangan peningkatan persalinan nakes di perdesaan dari regional ini nampak bahwa akselerasi pada semua perdesaan tidak terjadi.

Dari keenam wilayah di atas, berdasar penolong pertama nakes, maka daerah perkotaan Sumatera, Bali, dan Kalimantan saja yang telah mencapai target nasional pada tahun 2000, yaitu di atas atau sama dengan 80%, dan hanya satu perdesaan yang telah mencapai target nasional yaitu di Bali dan nampak sudah berlangsung lebih dari 5 tahun yang lalu.

Untuk analisis lebih detail pola perkembangan beda proporsi antara perdesaan dan perkotaan dari ke enam wilayah di atas dapat dilihat pada Tabel 3. Olah data dibawah ini diperlukan karena sudah lebih dari satu dasawarsa desa menjadi sasaran peningkatan persalinan nakes, khususnya dengan cara ditempatkannya bidan di perdesaan, sehingga diharapkan di perdesaan perkembangannya lebih cepat, semakin

mendekati pola proporsi di perkotaan. Keadaan di atas mungkin disebabkan oleh faktor-faktor seperti yang ditemukan pada penelitian PUSKA-UI tahun 1995 yang dilakukan secara kualitatif mengenai Peran dan Fungsi Bidan di empat provinsi di Indonesia.⁶ Faktor tersebut adalah pada kenyataan di lapangan, bidan di desa belum dapat melaksanakan tugas dengan baik karena ketrampilan bidan secara teknis dan rasa percaya diri belum memadai yang disebabkan oleh masa pendidikan dan orientasi sebelum terjun ke desa masih kurang. Hal lain adalah mengenai penempatan, bidan yang ditempatkan di desa dimana ada tenaga kesehatan lain (bidan senior, perawat, mantri, atau dokter) atau dekat dengan pelayanan kesehatan yang lebih lengkap, keberadaannya tidak begitu dirasakan manfaatnya oleh masyarakat sekitarnya. Perbedaan suku dan agama antara bidan di desa dan mayoritas masyarakatnya cukup mempengaruhi keleluasaan bergerak, selain itu masih banyak ibu melahirkan yang mempercayai jampi dan doa dukun.

Besar beda proporsi antara perdesaan dan perkotaan ditunjukkan pada Tabel 3. Beda proporsi antara perdesaan dan perkotaan semakin kecil semakin baik sehingga nilai perubahan beda proporsi semakin besar semakin baik.

Kalau diperhatikan kolom tahun 2000 nampak bahwa beda proporsi terbesar antara perdesaan dan perkotaan terjadi di kawasan Nusa Tenggara dan Papua, sebesar 46%, dan terkecil adalah di Bali yaitu hanya 14% saja. Sedangkan rata-rata perubahan beda proporsi tercepat ada di Bali sedangkan yang paling lambat ada di Sulawesi. Bila disusun secara berurutan hasilnya sebagai berikut, urutan beda proporsi persalinan nakes antara daerah perdesaan dan perkotaan dari yang terbesar pada tahun 2000:

1. Sulawesi
2. Nusa Tenggara dan Papua
3. Kalimantan
4. Jawa
5. Sumatera
6. Bali

SIMPULAN

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa walaupun terjadi peningkatan terus menerus pada lima tahun terakhir (1996-2000) tetapi peningkatannya tidak akseleratif, baik di perdesaan maupun di perkotaan. Perbedaan peningkatan antara perdesaan dan perkotaan masing-masing wilayah berbeda, maka pada saat ini program selayaknya memprioritaskan program akselerasi sesuai urutan di atas. Artinya prioritas waktu pembinaan, dana, mobilisasi dan sebagainya lebih diperhatikan pada daerah perdesaan di mulai dari Nusa Tenggara dan Papua, Kalimantan, Jawa, Sumatera, dan Bali.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Soeharsono Soemantri, PhD (koordinator Surkesnas), Rie Fujizawa dan Pieter Pachner (WHO), Dr. Lukman (Kesga) atas kesempatan dan pengarahan yang diberikan. Tidak lupa ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada Dr. M. Sudomo dan Pretty Multihartina D, PhD yang telah memberikan pengarahan dalam penulisan.

DAFTAR RUJUKAN

1. P.Bueken. Is estimating Maternal Mortality Usefull?. Bulletin Of World Health Organization, Vol 79 (3) 2001. p: 179.
2. D. Budijanto dan A.Suprpto. Analisis kecenderungan pencarian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia. Buletin

- Penelitian Sistem Kesehatan, Vol 2. No.2. Surabaya Desember 1998. hal 58-74.
3. Sarimawar Djaja dan Agus Suwandono. Determinants of Maternal Morbidity in Indonesia, Regional Health Forum; vol 4, no.1&2. 2000. p: 81- 90.
 4. Mewa Ariani, et al. Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Pendapatan dan Konsumsi Pangan Pokok Rumah Tangga Berpendapatan Rendah. Gizi Indonesia. Bogor 2000. hal 43-52
 5. Handewi, Wahida, dan Mewa A. Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Konsumsi pangan dan Non Pangan Pada Rumah Tangga Berpendapatan Rendah, Gizi Indonesia. Bogor 2000. hal 53-64.
 6. PUSKA-UI. Studi Peran dan Fungsi Bidan di Empat Provinsi di Indonesia. Depok 1995