Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto

Determinan Kematian Ibu di Kabupaten Ngawi

ISBN 978-602-52417-3-4

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)
2019

Determinan Kematian Ibu di Kabupaten Ngawi

Penulis:

Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto

Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)
2019

Determinan Kematian Ibu di Kabupaten Ngawi

Penulis:

Heru Santoso Wahito Nugroho
Suparji
Sunarto

ISBN 978-602-52417-3-4

Penerbit:
Aliansi Aktivis Kesehatan /
Alliance of Health Activists (AloHA)

Cetakan kedua
2019

Address:
Ngurah Rai Street 18, Bangli, Bali, Indonesia
E-mail:
Alohaacademy2018@gmail.com
Phone:
+6282142259360 (Indonesia)
+639173045312 (Philippines)

Editor:
Tinuk Esti Handayani

Copyright holder: Author(s)

PENGANTAR

Buku ini menyajikan tentang determinan langsung maupun tidak langsung dari kematian ibu di Kabupaten Ngawi yang dicetak lagi karena animo para pembaca. Diharapkan determinan-determinan tersebut dapat digunakan sebagai acuan untuk program deselerasi kematian ibu, tak hanya di Kabupaten Ngawi, tetapi juga daerah-daerah lain, khususnya yang memiliki karakteristik yang hampir sama.

Ucapan terimakasih disampaikan kepada seluruh pihak yang telah mendukung terlaksananya penulisan buku ini yaitu:

1) *Chairman of Alliance of Health Activists* (AloHA), Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi dan Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya yang telah memfasilitasi proses penelitian dan penyusunan karya ilmiah ini.
2) Para pakar yang telah menyumbangkan pertimbangan ilmiah sesuai dengan bidangnya
3) Para enumerator yang terlibat dalam proses pengumpulan data dalam penelitian yang mendasari penulisan karya ilmiah ini.
4) Seluruh pihak lain yang telah mendukung terwujudnya buku ini

Masukan yang bersifat konstruktif diharapkan sebagai pertimbangan untuk perbaikan pada penelitian berikutnya.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul 1-----i
Halaman Judul 2-----ii
Pengantar-----iii
Daftar Isi-----iv

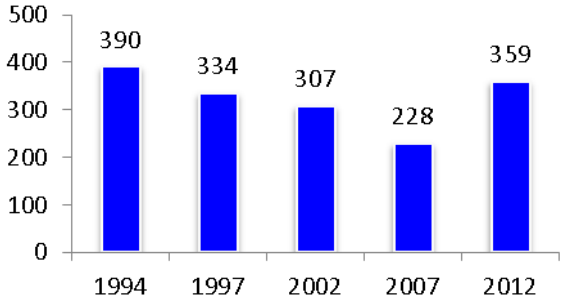
Bab 1 Pendahuluan-----1
Bab 2 Tinjauan Tentang Kematian Ibu-----4
Bab 3 Metode Penentuan Determinan Kematian Ibu-----20
Bab 4 Determinan Kematian Ibu di Kabupaten Ngawi-----30
Bab 5 Diskusi-----48
Bab 6 Kesimpulan dan Rekomendasi-----58

Referensi-----59

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Problematika Kematian Ibu

Dalam upaya mencapai MDGs, Indonesia berkomitmen untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Upaya penurunan AKI dan AKB ini sangat penting artinya karena selain menjadi target dari MDGs, juga sekaligus menjadi indikator dari status kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2012), bahkan AKI juga berkedudukan sebagai salah satu indikator penting dari kualitas pelayanan kesehatan secara umum (Garrett, 2007).



Gambar 1. *Trend* AKI di Indonesia Menurut SDKI 2012
(Sumber: BPS, BKKBN, Kemenkes RI, & *ICF International*, 2012)

Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, hingga saat ini AKI masih menjadi masalah di Indonesia. Gambar 1 menunjukkan bahwa pada tahun 2012 AKI melonjak tinggi lagi, padahal pada tahun-tahun sebelumnya telah mengalami penurunan (BPS, BKKBN, Kemenkes RI, & ICF International, 2012). Jika *trend* ini berlanjut, mungkin Indonesia tidak dapat mencapai target MDGs pada tahun 2015 (Unicef Indonesia, 2012).

Di Kabupaten Ngawi, telah terjadi penurunan AKI namun penurunan ini lebih kecil dibandingkan dengan daerah-daerah lain di

sekitarnya. Berikut ini merupakan data perbandingan antara AKI di Kabupaten Ngawi dan beberapa daerah di sekitarnya.

Masalah empiris di atas dapat dikaji lebih lanjut melalui kajian teoritis yang selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar untuk mempelajari lebih lanjut, khususnya mengenai penemuan determinan-deteriman atau faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu, khususnya di Kabupaten Ngawi. Mengacu kepada pernyataan Mc. Carty & Maine (1992) dengan beberapa modifikasi, dapat dianalisis beberapa faktor yang bisa diduga sebagai determinan kejadian kematian ibu Kabupaten Ngawi yaitu faktor pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan kesehatan, status gizi, status anemia, riwayat penyakit, usia ibu hamil, paritas, jarak kehamilan, ketaraturan *antenatal care*, penolong persalinan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, tempat pelayanan, jarak akses ke tempat pelayanan, keikutsertaan dalam kelas ibu hamil, riwayat obstetri, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Rumusan masalah yang mendasari perlunya penelitian adalah: “Apakah faktor pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan kesehatan, status gizi, status anemia, riwayat penyakit, usia ibu hamil, paritas, jarak kehamilan, ketaraturan *antenatal care*, penolong persalinan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, tempat pelayanan, jarak akses ke tempat pelayanan, keikutsertaan dalam kelas ibu hamil, riwayat obstetri, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi?”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini dirinci sebagai berikut:

1) Menganalisis pengaruh faktor pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan, status gizi, kejadian anemia kehamilan, riwayat penyakit, usia ibu hamil, paritas, jarak kehamilan, *antenatal care*, penolong persalinan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, termpat pelayanan kesehatan, jarak akses ke pelayanan kesehatan, keikutsertaan dalam kelas ibu hamil,

riwayat obstetri, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi.

2) Menganalisis besarnya risiko dari masing-masing faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi.
3) Menyusun rekomendasi terkait upaya penurunan kematian ibu berdasarkan kesimpulan penelitian.

BAB 2: TINJAUAN TENTANG KEMATIAN IBU

2.1 Kematian Ibu

2.1.1 Pengertian kematian Ibu

Kematian ibu didefinisikan sebagai "Kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan, terlepas dari durasi dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau pengelolaannya, tetapi bukan dari disengaja atau insidentil penyebab (Khlat & Ronsmans, 2009).

Angka kematian dunia telah menurun 45% sejak tahun 1990, tapi masih 800 wanita meninggal setiap hari dari kehamilan atau melahirkan terkait penyebab. Menurut Dana Populasi PBB (UNFPA) ini setara dengan "sekitar satu wanita setiap dua menit dan untuk setiap wanita yang meninggal, 20 atau 30 komplikasi perjumpaan dengan konsekuensi serius atau tahan lama. Sebagian besar kematian tersebut dan cedera sepenuhnya dicegah (Khlat & Ronsmans, 2009).

UNFPA memperkirakan bahwa 289.000 perempuan meninggal kehamilan atau melahirkan terkait penyebab pada tahun 2013. Penyebab ini berkisar dari pendarahan parah persalinan macet, yang semuanya memiliki intervensi yang sangat efektif. Sebagai perempuan telah memperoleh akses ke keluarga berencana dan bidan terampil dengan perawatan obstetrik cadangan darurat, angka kematian ibu global telah jatuh dari 380 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada 1990 menjadi 210 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013. Hal ini mengakibatkan banyak negara mengurangi separuh tingkat kematian ibu mereka (Khlat & Ronsmans, 2009)

Meskipun telah ada penurunan angka kematian di seluruh dunia, masih banyak yang harus dilakukan. tingkat tinggi masih ada, khususnya di masyarakat miskin dengan lebih dari 85% tinggal di Afrika dan Asia Selatan. Pengaruh hasil kematian ibu dalam keluarga rentan dan bayi mereka, jika mereka bertahan hidup melahirkan, lebih mungkin meninggal sebelum mencapai mereka ulang tahun kedua (Khlat & Ronsmans, 2009).

2.1.2 Faktor penyebab kematian Ibu

Faktor-faktor yang meningkatkan kematian ibu dapat langsung atau tidak langsung. Umumnya, ada perbedaan antara kematian ibu langsung yang merupakan hasil dari komplikasi kehamilan, persalinan, atau gabungan dari keduanya, dan kematian ibu tidak langsung (Khlat & Ronsmans, 2009) yang merupakan kematian terkait kehamilan pada pasien dengan yang sudah ada sebelumnya atau masalah kesehatan yang baru dikembangkan yang tidak terkait dengan kehamilan. Kematian yang tidak terkait dengan kehamilan disebut kematian ibu disengaja, insidental, atau nonobstetrikal.

Penyebab paling umum adalah perdarahan postpartum (15%), komplikasi dari aborsi yang tidak aman (15%), gangguan hipertensi kehamilan (10%), infeksi postpartum (8%), dan partus (6%), *GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014).* Penyebab lainnya termasuk pembekuan darah (3%) dan yang sudah ada kondisi (28%). Penyebab tidak langsung adalah malaria, anemia (WHO, 2005), HIV / AIDS, dan penyakit kardiovaskular, yang semuanya dapat mempersulit kehamilan atau diperburuk oleh itu.

Faktor demografi sosial seperti usia, akses ke sumber daya dan tingkat pendapatan merupakan indikator signifikan dari hasil ibu. ibu muda menghadapi risiko yang lebih tinggi dari komplikasi dan kematian selama kehamilan dari ibu yang lebih tua, terutama remaja berusia 15 tahun atau lebih muda (Conde-Agudelo, 2004). Remaja memiliki risiko lebih tinggi untuk perdarahan postpartum, endometritis nifas, persalinan per vaginam operatif, episiotomi, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan bayi kecil-untuk-kehamilan usia, yang semuanya dapat menyebabkan kematian ibu. Dukungan struktural dan dukungan keluarga dapat memberikan pengaruh. Selanjutnya, kerugian sosial dan isolasi sosial bisa berdampak buruk terhadap kesehatan ibu yang dapat menyebabkan peningkatan kematian ibu. Selain itu, kurangnya akses ke pelayanan medis yang terampil selama persalinan, perjalanan jarak ke klinik terdekat untuk menerima penanganan yang tepat, jumlah kelahiran sebelumnya, hambatan untuk mengakses pelayanan prenatal dan infrastruktur yang buruk dapat meningkatkan kematian ibu.

2.1.3 Pengukuran kematian Ibu

Ada empat cara pengukuran kematian ibu yaitu rasio kematian ibu, angka kematian ibu, risiko seumur hidup dari kematian dan proporsi kematian ibu antara kematian dan perempuan usia reproduksi. Rasio kematian ibu (MMR) adalah rasio jumlah kematian ibu selama jangka waktu tertentu per 100.000 kelahiran hidup. Selama periode yang sama rasio kematian ibu digunakan sebagai ukuran kualitas sistem pelayanan kesehatan.

Angka kematian ibu (MMRate) merupakan jumlah kematian ibu pada populasi dibagi dengan jumlah wanita usia reproduksi, biasanya dinyatakan per 1.000 perempuan. Risiko seumur hidup dari kematian ibu mengacu kepada probabilitas bahwa seorang wanita 15 tahun akan mati pada akhirnya dari penyebab ibu jika dia mengalami sepanjang hidupnya risiko kematian ibu dan tingkat keseluruhan fertilitas dan mortalitas yang diamati untuk diberikan populasi. Risiko seumur hidup dewasa kematian ibu dapat diturunkan baik menggunakan rasio kematian ibu (MMR), atau angka kematian ibu (MMRate).

Proporsi kematian maternal di antara kematian perempuan usia reproduksi (PM)adalah jumlah kematian ibu dalam jangka waktu tertentu dibagi dengan total kematian di kalangan wanita usia 15-49 tahun. Pendekatan untuk mengukur angka kematian ibu termasuk survei rumah tangga, sensus, studi mortalitas usia reproduksi (RAMOS) dan otopsi verbal.

2.1.5 Variasi kematian ibu dalam negara

Ada variasi antar negara tentang kematian ibu secara signifikan, terutama di negara-negara dengan kesenjangan yang besar dalam kesetaraan pendapatan dan pendidikan dan kesenjangan kesehatan yang tinggi. Perempuan yang tinggal di daerah pedesaan mengalami kematian ibu lebih tinggi daripada wanita yang tinggal di pusat-pusat perkotaan dan pinggiran kota karena mereka yang tinggal di rumah tangga kaya, memiliki pendidikan yang lebih tinggi, atau tinggal di daerah perkotaan, telah mendapatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan mereka masyarakat pedesaan, miskin, dan kurang berpendidikan. Ada juga

perbedaan ras dan etnis dalam derajat kesehatan maternal yang dapat meningkatkan kematian ibu di kelompok marginal.

2.1.6 Upaya upaya penurunan angka kematian Ibu

1. Pencegahan

Pada awal 1900-an, tingkat kematian ibu adalah sekitar 1 per 100 untuk kelahiran hidup. Saat ini, diperkirakan ada 275.000 kematian ibu setiap tahun. Kesehatan masyarakat, teknologi dan pendekatan kebijakan adalah langkah-langkah yang dapat diambil untuk secara drastis mengurangi beban kematian ibu global.

Empat elemen penting untuk pencegahan kematian ibu, menurut UNFPA adalah: pertama, perawatan prenatal. Disarankan bahwa ibu hamil menerima setidaknya empat kali kunjungan antenatal untuk memeriksa dan memantau kesehatan ibu dan janin. Kedua, bidan terampil dengan cadangan darurat seperti dokter, perawat dan bidan yang memiliki keterampilan untuk mengelola persalinan normal dan mengenali timbulnya komplikasi. Ketiga, perawatan obstetrik darurat untuk mengatasi penyebab utama kematian ibu yang perdarahan, sepsis, aborsi yang tidak aman, gangguan hipertensi dan tenaga kerja terhambat. Terakhir, perawatan setelah melahirkan yang merupakan enam minggu setelah persalinan. Selama waktu perdarahan ini, sepsis dan hipertensi gangguan dapat terjadi dan bayi baru lahir sangat rentan segera setelah lahir. Oleh karena itu, tindak lanjut kunjungan oleh petugas kesehatan untuk menilai kesehatan ibu dan anak pada periode postnatal sangat dianjurkan.

2. Teknologi Medis

Penurunan kematian ibu telah terutama disebabkan oleh peningkatan asepsis, manajemen cairan dan transfusi darah, dan pemeriksaan kehamilan yang lebih baik. Teknologi telah dirancang untuk pengaturan miskin sumber daya yang telah efektif dalam mengurangi kematian ibu juga. *The non-pneumatik anti-shock garmen* adalah perangkat tekanan-teknologi rendah yang menurunkan kehilangan darah, mengembalikan tanda-tanda vital dan sangat membantu memperlambat perdarahan obstetrik. Hal ini

terbukti menjadi sumber daya berharga. Kondom digunakan sebagai tamponade uterus juga telah efektif dalam menghentikan perdarahan postpartum.

3. Kesehatan masyarakat

Sebagian besar kematian ibu dapat dihindari, sebagai solusi kesehatan untuk mencegah atau menangani komplikasi. Meningkatkan akses ke pelayanan antenatal, pelayanan yang terampil saat melahirkan, serta perawatan dan dukungan dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan akan mengurangi kematian ibu secara signifikan. Sangat penting bahwa semua kelahiran ditolong oleh profesional kesehatan, seperti manajemen dan pengobatan yag tepat waktu dapat membuat perbedaan antara hidup dan mati. Untuk meningkatkan kesehatan ibu, hambatan yang membatasi akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas harus diidentifikasi dan ditangani di semua tingkat sistem kesehatan. Rekomendasi untuk mengurangi angka kematian ibu termasuk akses ke pelayanan kesehatan, akses ke pelayanan keluarga berencana, dan pelayanan kebidanan darurat, pendanaan dan perawatan intrapartum. Pengurangan operasi kebidanan yang tidak perlu juga telah disarankan. Pendekatan perencanaan keluarga termasuk menghindari kehamilan di terlalu muda usia atau terlalu lama usia dan jarak kelahiran. Akses ke perawatan primer bagi perempuan bahkan sebelum mereka hamil adalah penting bersama dengan akses ke kontrasepsi.

4. Kebijakan

The Millennium Development Goals (MDGs) adalah delapan tujuan pembangunan internasional yang resmi dibentuk setelah KTT Milenium PBB tahun 2000. *Trend* sampai 2010 dapat dilihat dalam laporan yang ditulis bersama-sama oleh WHO, UNICEF, UNFPA, dan Bank Dunia. Negara dan pemerintah daerah telah mengambil langkah-langkah politik dalam mengurangi kematian ibu. Para peneliti telah mempelajari sistem kesehatan di empat negara yaitu Rwanda, Malawi, Nigeria, dan Uganda. Dibandingkan dengan tiga negara lainnya, Rwanda memiliki rekor baru baik untuk menurunkan angka kematian ibu. Berdasarkan investigasi mereka

dari studi kasus negara yang berbeda-beda ini, para peneliti menyimpulkan bahwa meningkatkan kesehatan ibu tergantung pada tiga faktor utama: 1) meninjau semua kebijakan yang berhubungan dengan kesehatan ibu sering untuk memastikan bahwa mereka secara internal koheren; 2) menegakkan standar pada penyedia layanan kesehatan ibu; 3) setiap solusi lokal untuk masalah ditemukan harus dipromosikan, tidak berkecil hati.

Dalam hal kebijakan bantuan, proporsional, bantuan yang diberikan untuk meningkatkan tingkat kematian ibu telah mengerdilkan sebagai masalah kesehatan masyarakat lainnya, seperti HIV / AIDS, telah menjadi keprihatinan internasional. Kontribusi bantuan kesehatan ibu cenderung disamakan dengan bayi yang baru lahir dan kesehatan anak, sehingga sulit untuk menilai berapa banyak bantuan yang diberikan langsung kepada kesehatan ibu untuk membantu menurunkan tingkat kematian ibu. Apapun, telah ada kemajuan dalam mengurangi angka kematian ibu secara internasional.

2.1.7 Upaya percepatan penurunan angka kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir di Indonesia meliputi

Kejadian kematian ibu dan bayi yang terbanyak terjadi pada saat persalinan, pasca persalinan, dan hari-hari pertama kehidupan bayi masih menjadi tragedi yang terus terjadi di negeri ini. Untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir diperlukan upaya dan inovasi baru, tidak bisa dengan cara-cara biasa. Upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir harus melalui jalan yang terjal. Terlebih kala itu dikaitkan dengan target Millenium Development Goals (MDGs) 2015, yakni menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 100.000 kelahiran hidup yang harus dicapai. Waktu yang tersisa hanya tinggal tiga tahun ini, tidak akan cukup untuk mencapai sasaran itu tanpa upaya-upaya yang luar biasa.

Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, penyebab langsung kematian ibu hampir 90 persen terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Sementara itu, risiko kematian ibu juga makin tinggi akibat adanya faktor keterlambatan, yang menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu.

Ada tiga risiko keterlambatan, yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk (termasuk terlambat mengenali tanda bahaya), terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan. Sedangkan pada bayi, dua pertiga kematian terjadi pada masa neonatal (28 hari pertama kehidupan). Penyebabnya terbanyak adalah bayi berat lahir rendah dan prematuritas, asfiksia (kegagalan bernapas spontan) dan infeksi.

Berbagai upaya memang telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

Upaya terobosan yang paling mutakhir adalah program Jampersal (Jaminan Persalinan) yang digulirkan sejak 2011. Program Jampersal ini diperuntukan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Keberhasilan Jampersal tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat, sehingga dukungan dari lintas sektor dalam hal kemudahan transportasi serta pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting.

Melalui program ini, pada tahun 2012 Pemerintah menjamin pembiayaan persalinan sekitar 2,5 juta ibu hamil agar mereka mendapatkan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan bayi yang dilahirkan sampai dengan masa neonatal di fasilitas kesehatan. Program yang punya slogan Ibu Selamat, Bayi Lahir Sehat ini diharapkan memberikan kontribusi besar dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Lalu bagaimana dengan kecenderungan angka kematian ibu sejauh ini, terutama setelah berbagai upaya dilakukan? Kalau mengacu pada hasil Survey Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan selama kurun waktu 1994-2007, AKI memang terus menunjukkan tren menurun. Hasil SDKI 2007 menunjukkan AKI

sebesar 228 per 100.000. Namun, melihat tren penurunan AKI yang berlangsung lambat, dikhawatirkan sasaran MDG 5a tidak akan tecapai. Demikian juga dengan sasaran MDG 4, perlu upaya lebih keras agar penurunan AKI dan AKB melebihi tren yang ada sekarang. Tidak bisa lagi upaya itu dilakukan secara business as usual. Upaya-upaya inovasi yang memiliki daya ungkit yang tinggi harus segera dikedepankan.

1. Komitmen Pemerintah Pusat dan Daerah

Dapat dikatakan bahwa semua Pemerintah Daerah Provinsi memiliki komitmen untuk mendukung pencapaian Millineum Developmen Goals termasuk percepatan penurunan kematian ibu dan kematian bayi baru lahir dengan menyusun Rencana Aksi Daerah disamping terobosan lainnya. Berikut beberapa contoh komitmen yang ada; Provinsi Nusa Tenggara Barat telah mencanangkan Program AKINO (Angka Kematian Ibu dan Bayi Nol) dengan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KIA hingga ke tingkat desa. Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan Program Revolusi KIA dengan tekad mendorong semua persalinan berlangsung di fasilitas kesehatan yang memadai (puskesmas). Pemda DI Yogyakarta berkomitment meningkatkan kualitas pelayanan dan penguatan sistem rujukan, serta penggerakan semua lintas sektor dalam percepatan pencapaian target MDGs oleh Pemda Provinsi Sumatera Barat.

Pemerintah daerah, baik itu di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota juga diharapkan memiliki komitmen untuk terus memperkuat sistem kesehatan. Pemerintah provinsi diharapkan menganggarkan dana yang cukup besar untuk mendukung peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan melalui Puskesmas hendaknya hendaknya diimbangi dengan ketersediaan RS Rujukan Regional dan RS Rujukan Provinsi yang terjangkau dan berkualitas. Dukungan pemerintah provinsi diharapkan juga diimbangi dengan dukungan pemerintah kabupaten/kota dalam implementasi upaya penurunan kematian ibu dan bayi. Antara lain melalui penguatan SDM, ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan, anggaran, dan *p*enerapan tata kelola yang baik (good governance) di tingkat kabupaten/kota.

Keberhasilan percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pelayanan kesehatan namun juga kemudahan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan disamping pola pencarian pertolongan kesehatan dari masyarakat. Perbaikan infrastruktur yang akan menunjang akses kepada pelayanan kesehatan seperti transportasi, ketersediaan listrik, ketersediaan air bersih dan sanitasi, serta pendidikan dan pemberdayaan masyarakat utamanya terkait kesehatan ibu dan anak yang menjadi tanggung jawab sektor lain memiliki peran sangat besar. Demikian pula keterlibatan masyarakat madani, lembaga swadaya masyarakat dalam pemberdayaan dan menggerakkan masyarakat sebagai pengguna serta organisasi profesi sebagai pemberi pelayanan kesehatan.

2. Dukungan masyarakat madani

Di lain pihak dukungan organisasi profesi tidak kalah pentingnya melalui deklarasi yang mereka canangkan pada tahun 2009, organisasi profesi ini adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), dan Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA). Organisasi profesi berkomitmen meningkatkan profesionalisme anggotanya untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi ibu dan anak. Pada tahun yang sama sekumpulan LSM dan organisasi masyarakat madani bergabung dalam Gerakan Kesehatan Ibu dan Anak juga mendukung pencapaian MDGs 2015 melalui advokasi dan pemberdayaan masyarakat. Pemerintah juga menjalin kerja sama dengan berbagai Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Negeri pada November 2011 menandatangani deklarasi Semarang agar dengan pendekatan Tri Darma Perguruan Tinggi: pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat, perguruan tinggi dapat memberikan sumbangsihnya dalam pengembangan, implementasi dan monitoring serta evaluasi dari setiap kebijakan kesehatan, khususnya dalam pencapaian MDGs di tingkat nasional dan di tingkat daerah.

3. Dukungan development partners

Upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir harus melalui jalan yang terjal. Terlebih kala itu dikaitkan dengan target Millenium Development Goals (MDGs) 2015 waktu yang tersisa hanya tinggal tiga tahun ini, sehingga diperlukan upaya-upaya yang luar biasa. Pemerintah pusat dan daerah serta developmen partner berupaya mengembangkan upaya inovatif yang memiliki daya ungkit tinggi dalam upaya percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir. Fokus pada penyebab utama kematian, pada daerah prioritas baik daerah yang memiliki kasus kematian tinggi pada ibu dan bayi baru lahir serta pada daerah yang sulit akses pelayanan tidak berarti melupakan lainnya.

Upaya inovatif tersebut antara lain; penggunaan technologi terkini pada transfer of knowledge maupun pendampingan dalam memberi pelayanan serta pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan 'SMS', metode pendampingan pada capasity building 1baik dalam hal management program maupun peningkatan kualitas pelayanan, serta memberi kewenangan lebih pada tenaga kesehatan yang sudah terlatih pada daerah dengan kriteria khusus dimana ketidaktersediaan tenaga kesehatan yang berkompeten.

Pemerintah Indonesia menjalin kerja sama dengan masyarakat internasional dengan prinsip kerja sama kemitraan, untuk mendukung upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Kerja sama dengan berbagai *development partners* dalam bidang kesehatan ibu dan anak telah berlangsung lama, beberapa kemitraan tersebut adalah :

1) AIP MNH (Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health), bekerja sama dengan Pemerintah Australia di 14 Kabupaten di Provinsi NTT sejak 2008, bertujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak. Program ini bergerak dalam bidang pemberdayaan perempuan dan masyarakat, penigkatan kualitas pelayanan KIA di tingkat puskesmas dan RS serta peningkatan tata kelola di tingkat kabupaten. Pengalaman menarik dari program ini adalah pengalaman kemitraan antara RS besar dan maju dengan RS kabupaten di NTT yaitu kegiatan sister hospital.
2) GAVI (Global Alliance for Vaccine & Immunization) bekerja beberapa kabupaten di 5 provinsi (Banten, Jabar, Sulsel, Papua

Barat dan Papua), bertujuan meningkatkan cakupan imunisasi dan KIA melalui berbagai kegiatan peningkatan partisipasi kader dan masyarakat, memperkuat manajemen puskesmas dan kabupaten/kota.

3) MCHIP (Maternal & Child Integrated Program) bekerjasama dengan USAID di 3 kabupaten (Bireuen, Aceh, Serang-Banten dan Kab.Kutai Timur- Kalimantan Timur)
4) Pengembangan buku KIA oleh JICA walaupun kerjasama project telah berakhir namun buku KIA telah diterapan di seluruh Indonesia.
5) UNICEF melalui beberapa kabupaten di wilayah kerjanya seperti ACEH, Jawa Tengah, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur (kerjasama dengan Child Fund) serta Papua meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat terkait kesehatan ibu dan anak dan peningkatan kualitas pelayanan anak melalui manajemen terpadu balita sakit (MTBS).
6) Tidak terkecuali WHO memfasilitasi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak baik dalam dukungan penyusunan standar pelayanan maupun capasity building.

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan RI meluncurkan program EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival, bekerja sama dengan USAID dengan kurun waktu 2012 – 2016, yang diluncurkan 26 Januari 2012 sebagai salah satu bentuk kerjasama Pemerintah Indonesia dengan USAID dalam rangka percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir di 6 provinsi terpilih yaitu Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah dan JawaTimur yang menyumbangkan kurang lebih 50 persen dari kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dalam program ini Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan JHPIEGO, serta mitra-mitra lainnya seperti Save the Children, Research Triangle Internasional, Muhammadiyah dan Rumah Sakit Budi Kemuliaan

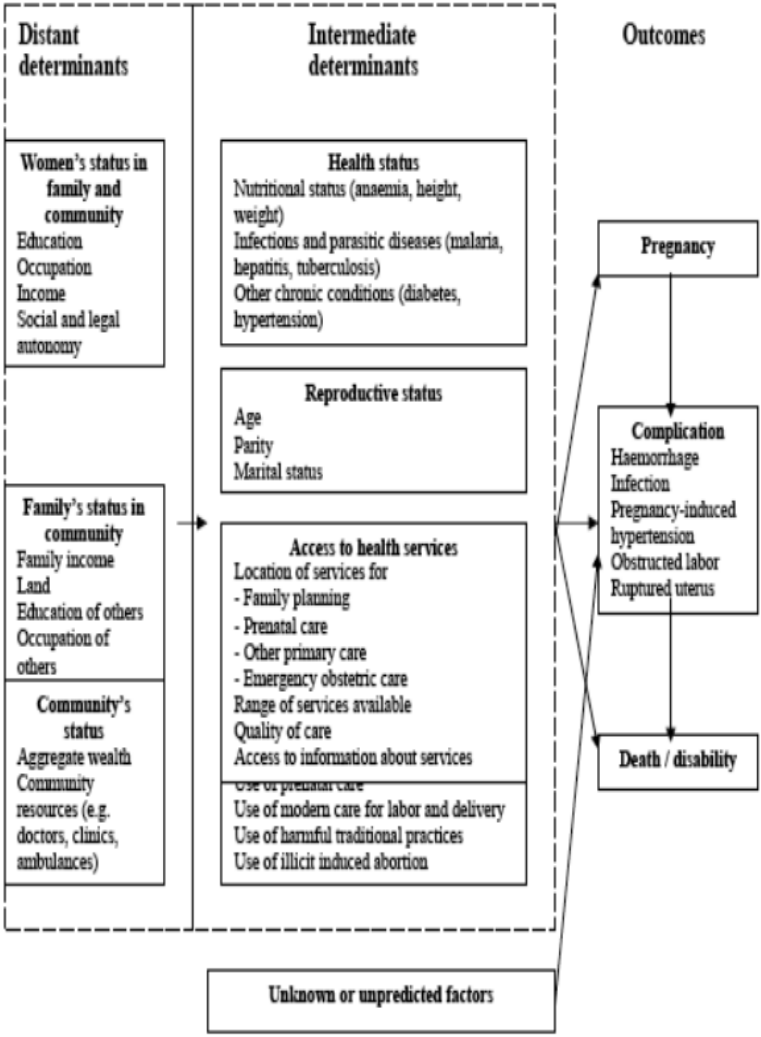
Upaya yang akan dilaksanakan adalah dengan peningkatan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal dengan cara memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian dan tata kelola klinis (clinical governance) diterapkan di RS dan Puskesmas. Upaya lain dalam program EMAS ini dengan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan dasar di

Puskesmas sampai ke RS rujukan di tingkat kabupaten/kota. Masyarakat pun dilibatkan dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas fasilitas kesehatan ini. Untuk itu, program ini juga akan mengembangkan mekanisme umpan balik dari masyarakat ke pemerintah daerah menggunakan teknologi informasi seperti media sosial dan SMS gateway, dan memperkuat forum masyarakat agar dapat menuntut pelayanan yang lebih efektif dan efisien melalui maklumat pelayanan (service charter) dan Citizen Report Card.

Tekad dan tujuan Kementerian Kesehatan untuk mencapai Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan dapat diraih dengan dukungan berbagai pihak, demi kesejahteraan masyarakat umumnya dan kesehatan ibu dan anak khususnya. Tak ada harapan yang tak dapat diraih dengan karya nyata melalui kerja keras dan kerja cerdas.

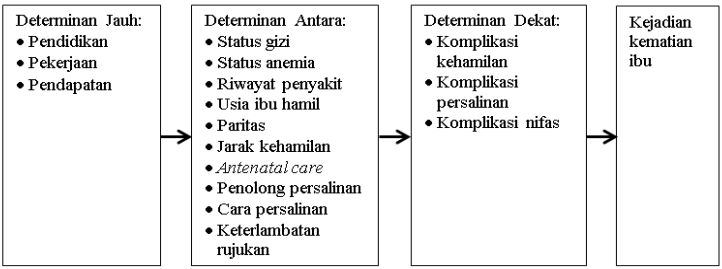
2.2 Kerangka Teori dan Kerangka Konseptual

Salah satu kerangka teori yang bagus untuk digunakan sebagai acuan pokok dalam penelitian tentang kematian ibu adalah kerangka klasik determinan kematian maternal menurut Mc. Carthy & Maine (1992) sebagainana disajikan pada Gambar 2.1.



Gambar 2.1. Kerangka Teori Kematian Ibu

Berdasarkan kerangka teori menurut Mc. Carthy & Maine (1992) sebagaimana telah diuraikan pada bagian terdahulu, selanjutnya disusun kerangka konseptual penelitian seperti ditampilkan pada Gambar 3.2, mengacu kepada penyederhanaan menurut Aeni (2013) dalam penelitian risiko kematian ibu di Kabupaten Pati, Jawa Tengah.



Gambar 3.2. Kerangka Konseptual Penelitian
(Sumber: Mc. Carthy & Maine, 1992; Aeni, 2013)

2.3 Hipotesis Penelitian

Mengacu kepada kerangka konseptual penelitian, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

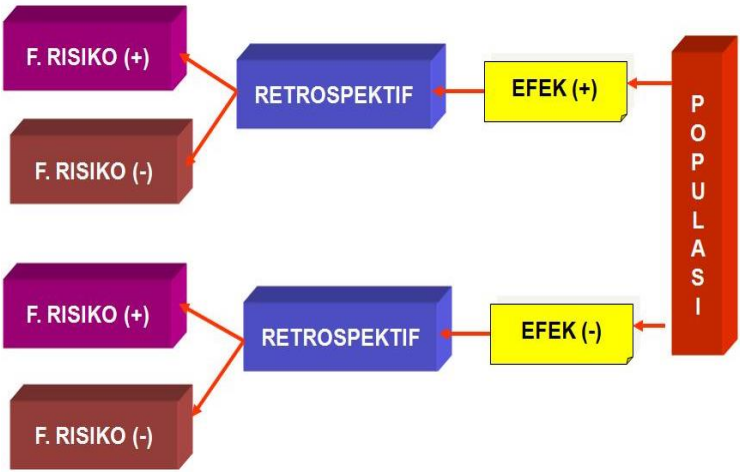
1) Tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
2) Status pekerjaan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
3) Pendapatan ibu berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
4) Sumber pembiayaan kesehatan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
5) Status gizi ibu berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
6) Kejadian anemia kehamilan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
7) Riwayat penyakit yang dialami oleh ibu berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
8) Usia ibu hamil berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
9) Paritas berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
10) Jarak kehamilan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
11) Keteraturan *antenatal care* berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
12) Penolong persalinan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
13) Cara persalinan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
14) Keterlambatan rujukan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
15) Tempat pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
16) Jarak tempat pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
17) Riwayat obstetri yang dialami oleh ibu berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi

18) Komplikasi kehamilan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
19) Komplikasi persalinan berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi
20) Komplikasi nifas berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi

BAB 3: METODE PENENTUAN DETERMINAN KEMATIAN IBU

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan *case-control* (kasus-kontrol), yang diilustrasikan pada dengan penjelasan sebagai berikut:



Keterangan:

Efek (+) = Kasus : Ibu meninggal pada masa kehamilan, persalinan, nifas

Efek (-) = Kontrol : Ibu tidak meninggal pada masa pada masa kehamilan, persalinan, nifas

Faktor risiko mencakup pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan pelayanan kesehatan, status gizi, anemia kehamilan, riwayat penyakit, usia ibu hamil, jarak kehamilan, paritas, *antenatal care*, penolong persalinan, cara persalian, keterlambatan rujukan, tempat pelayanan kesehatan, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan, riwayat obstetri, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas.

Gambar 3.1. Rancangan Penelitian Kasus-Kontrol

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu dalam masa kehamilan, persalinan, dan nifas di wilayah Kabupaten Ngawi selama tahun 2013 sampai dengan tahun 2015. Dari populasi tersebut di atas, ditentukan dua kelompok sampel penelitian yaitu sampel kasus dan sampel kontrol, yang dijelaskan sebagai berikut:

1) **Sampel kasus** adalah ibu yang meninggal selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang diakibatkan oleh semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera.
2) **Sampel kontrol** adalah ibu yang tidak meninggal selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, berdomisili di desa yang sama dengan ibu yang mengalami kematian, dan mempunyai usia kehamilan atau waktu persalinan yang berdekatan.

Besar sampel kasus (n_1) adalah seluruh ibu yang meninggal selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan selama tahun 2013 sampai dengan 2015 yaitu 51 orang. Besar sampel kontrol (n_2) sama dengan besar sampel kasus yaitu 51 orang. Sampel kasus dipilih menggunakan teknik total sampling, atau seluruh kasus yang ada dijadikan subyek penelitian, sedangkan sampel kontrol diambil dengan teknik *probability sampling* yaitu *simple random sampling*, dengan memperhatikan batasan untuk sampel kontrol sebagaimana telah diuraikan di atas.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel yang menjadi obyek studi dalam penelitian ini terdiri atas variabel terikat dan variabel bebas. Variabel terikat (Y) adalah kejadian kematian ibu, sedangkan variabel bebas (X_1 sampai dengan X_{19}) terdiri atas determinan jauh, determinan antara dan determinan dekat dari kematian ibu, yang masing-masing dijelaskan sebagai berikut:

"Determinan jauh" dari kejadian kematian ibu, meliputi:

- Pendidikan (X_1)
- Pekerjaan (X_2)
- Pendapatan (X_3)

- Sumber pembiayaan (X_4)

"Determinan antara" dari kematian ibu, meliputi:

- Status gizi (X_5)
- Kejadian anemia kehamilan (X_6)
- Riwayat penyakit (X_7)
- Usia ibu hamil (X_8)
- Paritas (X_9)
- Jarak kehamilan (X_{10})
- *Antenatal care* (X_{11})
- Penolong persalinan (X_{12})
- Cara persalinan (X_{13})
- Keterlambatan rujukan (X_{14})
- Tempat pelayanan kesehatan (X_{15})
- Jarak ke tempat pelayanan kesehatan (X_{16})
- Riwayat obstetri (X_{17})

"Determinan dekat", meliputi:

- Komplikasi kehamilan (X_{18})
- Komplikasi persalinan (X_{19})
- Komplikasi nifas (X_{20})

Variabel terikat, yaitu:

- Kejadian kematian ibu (Y)

Selanjutnya masing-masing dari variabel tersebut di atas didefinisikan secara operasional sebagai berikut:

1. Tingkat pendidikan ibu adalah ijazah tertinggi yang dimiliki oleh ibu yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: pendidikan dasar ke bawah dan tidak berisiko: pendidikan menengah ke atas.
2. Status pekerjaan ibu adalah jenis sumber nafkah utama yang diperoleh oleh ibu yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: bekerja dan tidak berisiko: tidak bekerja.
3. Pendapatan ibu adalah rerata penghasilan keluarga dalam rupiah per bulan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data

sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: ≤ 2 juta rupiah per bulan dan tidak berisiko: > 2 juta rupiah per bulan.

4. Sumber pembiayaan adalah sumber biaya yang harus ditanggung ketika mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: sumber biaya mandiri dan tidak berisiko: sumber biaya jaminan kesehatan.
5. Status gizi adalah adalah ukuran lingkar lengan atas dari ibu sebagai ukuran kejadian KEK yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: mengalami kekurangan energi kronik (KEK) dan tidak berisiko: mengalami kekurangan energi kronik (KEK).
6. Kejadian anemia kehamilan adalah adalah kadar hemoglobin dalam darah ibu selama masa kehamilan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: kadar hemoglobin ≤10 mg% dan tidak berisiko: kadar hemoglobin >10 mg%.
7. Riwayat penyakit adalah adalah penyakit penyerta yang pernah dialami oleh ibu (misalnya penyakit jantung, hipertensi, DM, dan penyakit serius lainnya) yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: ada riwayat penyakit dan tidak berisiko: tidak ada riwayat penyakit.
8. Usia ibu hamil adalah adalah usia ibu pada saat hamil yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: usia ibu <20 tahun atau > 35 tahun dan tidak berisiko: usia ibu 20-35 tahun.
9. Paritas ibu adalah adalah frekuensi melahirkan yang dialami oleh ibu yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data

sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: paritas 1 atau >3 dan tidak berisiko: paritas 2 atau 3.

10. Jarak kehamilan adalah jarak antara suatu kehamilan dengan kehamilan berikutnya yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan tidak berisiko: jarak kehamilan 2 tahun atau lebih.
11. *Antenatal care* adalah keteraturan ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: tidak teratur yang ditentukan dari pencapaian K1 dan K4 dan tidak berisiko: teratur yang ditentukan dari pencapaian K1 dan K4.
12. Penolong persalinan adalah status profesionalisme orang yang menolong proses persalinan ibu yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: penolong bukan tenaga kesehatan dan tidak berisiko: penolong tenaga kesehatan.
13. Cara persalinan adalah teknik pengeluaran bayi pada saat proses persalinan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: persalinan spontan dan tidak berisiko: persalinan tindakan.
14. Keterlambatan rujukan adalah status keterlambatan yang dialami oleh ibu ketika menggunakan pelayanan rujukan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal berkategori dikotomik yaitu berisiko: mengalami keterlambatan rujukan dan tidak berisiko: tidak mengalami keterlambatan rujukan.

15. Tempat pelayanan kesehatan adalah karakteristik tempat yang digunakan oleh ibu dalam mendapatkan pelayanan persalinan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu berisiko: rumah dan tidak berisiko: bidan praktik mandiri, polindes/poskesdes, puskesmas, puskesmas poned, dan rumah sakit.
16. Jarak ke tempat pelayanan kesehatan adalah taksiran jarak antara rumah ibu dengan tempat yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu berisiko: >10 km dan tidak berisiko: ≤10 km.
17. Riwayat obstetri adalah riwayat komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas pada kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu, yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu berisiko: ada riwayat komplikasi dan tidak berisiko: tidak ada riwayat komplikasi.
18. Komplikasi kehamilan adalah keberadaan penyulit yang dialami oleh ibu selama masa kehamilan yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu berisiko: ada riwayat komplikasi dan tidak berisiko: tidak ada riwayat komplikasi.
19. Komplikasi kehamilan adalah keberadaan penyulit yang dialami oleh ibu selama masa kehamilan, yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu berisiko: ada penyulit kehamilan dan tidak berisiko: tidak ada penyulit kehamilan.
20. Komplikasi nifas adalah keberadaan penyulit yang dialami oleh ibu selama masa nifas, yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu dan/ atau melalui wawancara, dengan hasil berupa data berskala

nominal multikategorik yaitu berisiko: ada penyulit nifas dan tidak berisiko: tidak ada penyulit nifas.

21. Kejadian kematian ibu adalah kejadian meninggalnya ibu selama masa kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang diakibatkan oleh semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera, yang diperoleh melalui studi dokumentasi pada data sekunder yaitu rekam medik pelayanan kesehatan ibu, dengan hasil berupa data berskala nominal multikategorik yaitu terjadi kematian ibu dan tidak ada terjadi kematian ibu.

3.4 Pengumpulan Data

Data penelitian untuk masing-masing variabel merupakan data sekunder yang diperoleh dari rekam medik kehamilan, persalinan, dan nifas. Data rekam medik yang relevan selanjutnya disalin ke dalam lembar observasi yang telah disiapkan. Jika ada data rekam medik yang tidak lengkap atau masih diragukan validitasnya, dilakukan penelusuran lebih lanjut melalui wawancara terhadap tenaga kesehatan terkait.

3.5 Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dalam 3 tahap yaitu *editing*, *coding*, dan *tabulating*.

1) *Editing* (penyuntingan) adalah tahap agar pemeriksaan ulang data agar bisa dipastikan bahwa data sudah lengkap dan tepat.
2) *Coding* merupakan kegiatan mengubah data kategori variabel menjadi kode, supaya manajemen data selanjutnya dapat dilakukan dengan mudah. Proses *coding* mengacu kepada daftar kode sebagai sesuai dengan pedoman sebagai berikut:

Tabel 3.1. Daftar Kode untuk Variabel Penelitian

Variabel	Kode	Keterangan
Pendidikan (X_1)	1	≤ SMP
	2	≥ SMA
Pekerjaan (X_2)	1	Bekerja
	2	Tidak bekerja
Pendapatan (X_3)	1	≤ Rp. 2 juta/ bulan
	2	> Rp. 2 juta/ bulan
Sumber pembiayaan (X_4)	1	Mandiri
	2	Jaminan kesehatan
Status gizi (X_5)	1	KEK
	2	Tidak KEK
Kejadian anemia kehamilan (X_6)	1	Anemia
	2	Tidak anemia
Riwayat penyakit (X_7)	1	Mempunyai
	2	Tidak mempunyai
Usia ibu hamil (X_8)	1	< 20 tahun atau > 35 tahun
	2	20-35 tahun
Paritas (X_9)	1	1 atau > 4
	2	2-4
Jarak kehamilan (X_{10})	1	< 2 tahun
	2	≥ 2 tahun
Antenatal care (X_{11})	1	Tidak teratur
	2	Teratur
Penolong persalinan (X_{12})	1	Non tenaga kesehatan
	2	Tenaga kesehatan
Cara persalinan (X_{13})	1	Tindakan
	2	Spontan
Keterlambatan rujukan (X_{14})	1	Terlambat
	2	Tidak terlambat
Tempat pelayanan (X_{15})	1	Rumah
	2	BPM
	3	Polindes/ Poskesdes
	4	Puskesmas
	5	Puskesmas Poned
	6	Rumah Sakit
Jarak ke tempat pelayanan (X_{16})	1	> 10 km
	2	≤ 10 km
Keikutsertaan dalam kelas ibu hamil (X_{17})	1	Tidak ikut kelas ibu hamil
	2	Ikut kelas ibu hamil
Riwayat obstetri (X_{18})	1	Ada riwayat obstetri
	2	Tak ada riwayat obstetri
Komplikasi persalinan (X_{19})	1	Mengalami
	0	Tidak mengalami
Komplikasi nifas (X_{20})	1	Mengalami
	0	Tidak mengalami
Kejadian kematian ibu (Y_{21})	1	Terjadi kematian ibu
	0	Tidak terjadi kematian ibu

3) *Tabulating* (tabulasi) adalah proses memasukkan kode untuk setiap kategori variabel ke dalam tabel yang telah dipersiapkan yang mencakup no urut subyek penelitian dan seluruh variabel yang diteliti. Format tabulasi data disajikan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2. Format Tabulasi Data Penelitian

No	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	X_{10}	X_{11}	X_{12}	X_{13}	X_{14}	X_{15}	X_{16}	X_{17}	X_{18}	X_{19}	X_{20}	X_{21}	Y
1																						
2																						
3																						
4																						
Dst.																						

Secara praktis, kegiatan *editing, coding*, dan *tabulating* dapat dilakukan secara simultan dengan bantuan *computer software*.

3.6 Analisis data

Data yang telah ditabulasikan selanjutnya dianalisis menggunakan metode statistika deskriptif dan metode statistika analitik.

1) Analisis data menggunakan metode statistika deskriptif
   Analisis data pada tahap ini ditujukan untuk mendeskripsikan data dari masing-masing variabel. Karena jenis data adalah kategorik dengan skala nominal, maka metode yang dipilih adalah distribusi frekuensi relatif, yang disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.
2) Analisis data menggunakan metode statistika analitik.
   Analisis data pada tahap ini ditujukan untuk menguji hipotesis bahwa kejadian kematian ibu (Y) dipengaruhi oleh keenambelas determinan (X_1 sampai dengan X_{20}). Langkah-langkah uji hipotesis yang direncanakan adalah sebagai berikut:
   a) Seleksi kandidat
      Tahap ini ditujukan untuk menyeleksi satu demi satu determinan (X_1 sampai dengan X_{16}) apakah layak untuk masuk ke dalam analisis multivariat. Uji yang digunakan adalah *Logistic Regression Analysis* yakni menguji pengaruh masing-masing determinan (X) terhadap kejadian kematian ibu (Y). Karena ada 16 determinan, maka

dilakukan 16 kali pengujian. Suatu determinan dinyatakan lolos seleksi kandidat jika dalam *Logistic Regression Analysis* didapatkan *p-value* <0,25.

b) Analisis multivariat

Tahap ini ditujukan untuk menguji signifikansi pengaruh seluruh determinan (yang telah lolos seleksi kandidat) secara bersama-sama terhadap kejadian kematian ibu. Pengaruh dari suatu determinan dikatakan signifikan jika didapatkan *p-value* <0,05. Dengan demikian, secara multivariat hanya determinan yang mempunyai *p-value* <0,05 yang disimpulkan sebagai determinan yang bermakna bagi kejadian kematian ibu di tempat penelitian.

Selanjutnya dari seluruh determinan yang bermakna, juga dapat ditentukan pula besarnya pengaruh dari masing-masing determinan tersebut terhadap kejadian kematian ibu berdasarkan *p-value*.

Untuk menganalisis besarnya risiko dari masing-masing determinan yang telah terbukti bermakna, digunakan formula *Odd Ratio*.

BAB 4: DETERMINAN KEMATIAN IBU DI KABUPATEN NGAWI

4.1 Deskripsi Faktor yang Diduga Sebagai Determinan Kematian Ibu

Berikut ini disajikan hasil analisis secara deskriptif tentang faktor-faktor yang diduga sebagai determinan kematian ibu di Kabupaten Ngawi (Tabel 4.1 sampai dengan Tabel 4.20).

Tabel 4.1 Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Tingkat Pendidikan	Dasar atau tidak sekolah	4 7.8%	10 18.9%	14 13.5%
	Menengah atau PT	48 92.3%	42 80.8%	90 86.5%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Berdasarkan tampilan data pada Tabel 4.1 dapat dicermati bahwa tidak ada perbedaan mencolok dalam hal distribusi riwayat pendidikan antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, hanya sebagian kecil ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih berisiko (pendidikan dasar atau tidak sekolah), yaitu dengan proporsi masing-masing 7,8% dan 18,9%.

Tabel 4.2 Distribusi Status Pekerjaan Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Status Pekerjaan	Bekerja	4 7.8%	10 18.9%	14 13.5%
	Tidak bekerja	48 92.3%	42 80.8%	90 86.5%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Berdasarkan tampilan data pada Tabel 4.2 dapat dicermati bahwa tidak ada perbedaan mencolok dalam hal distribusi status pekerjaan antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, hanya sebagian kecil ibu yang memiliki status pekerjaan yang lebih berisiko (bekerja), yaitu dengan proporsi masing-masing 7,8% dan 18,9%.

Tabel 4.3 Distribusi Pendapatan Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Pendapatan	Rp 2 juta ke bawah	49	42	91
		94.2%	80.8%	87.5%
	> Rp 2 juta	3	10	13
		5.8%	19.2%	12.5%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan mencolok dalam hal distribusi pendapatan antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, hanya sebagian besar ibu memiliki pendapatan yang lebih berisiko yaitu pendapatan rendah (pendapatan tidak lebih dari 2 juta rupiah), dengan proporsi masing-masing 94,2% dan 80,8%.

Tabel 4.4 Distribusi Sumber Pembiayaan Kesehatan yang digunakan oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Sumber Pembiayaan	Mandiri	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	Jaminan Kesehatan	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan sumber pembiayaan yang dikeluarkan oleh ibu dalam memperoleh pelayanan kesehatan antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, tak ada ibu yang menggunakan sumber biaya mandiri, semua menggunakan jaminan kesehatan.

Tabel 4.5 Distribusi Status Gizi Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Status Gizi	KEK	4	5	9
		7.7%	9.6%	8.7%
	Tidak KEK	48	47	95
		92.3%	90.4%	91.3%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan status gizi yang mencolok antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, ada sebagian kecil ibu yang mengalami kekurangan energi kronik, yaitu masing-masing 7,7% dan 9,6%.

Tabel 4.6 Distribusi Kejadian Anemia yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Kejadian anemia Kehamilan	Anemia	34	39	73
		65.4%	75.0%	70.2%
	Tidak anemia	18	13	31
		34.6%	25.0%	29.8%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kejadian anemia yang mencolok antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, sebagian besar ibu memiliki risiko yaitu mengalami anemia kehamilan, yaitu masing-masing 65,4% dan 75,0%.

Tabel 4.7 memberikan gambaran bahwa ada perbedaan riwayat penyakit antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian, meskipun perbedaan tersebut tidak telalu besar. Dari kelompok ibu yang mengalami kematian, 19,2% di antara mereka memiliki riwayat penyakit, sedangkan dari kelompok ibu yang tidak mengalami kematian, hanya 3,8% yang memiliki riwayat penyakit.

Tabel 4.7 Distribusi Riwayat Penyakit yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Riwayat Penyakit	Ada riwayat penyakit	10	2	12
		19.2%	3.8%	11.5%
	Tak ada riwayat penyakit	42	50	92
		80.8%	96.2%	88.5%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.8 Distribusi Usia Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Usia	<20 tahun atau >35 tahun	13	9	22
		25.0%	17.3%	21.2%
	20-35 tahun	39	43	82
		75.0%	82.7%	78.8%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.8 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan usia secara mencolok antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, masih cukup besar proporsi ibu yang memiliki usia berisiko (<20 tahun atau >35 tahun), yaitu masing-masing adalah 25,0% dan 17,3%.

Tabel 4.9 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan paritas secara mencolok antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, masih cukup besar proporsi ibu yang memiliki paritas berisiko (1 atau >3), yaitu masing-masing 48,1% dan 69,2%.

Tabel 4.9 Distribusi Paritas Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Paritas	1 atau >3	25	36	61
		48.1%	69.2%	58.7%
	2-3	27	16	43
		51.9%	30.8%	41.3%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.10 Distribusi Jarak Kehamilan yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Jarak Kehamilan	<2 tahun	0	4	4
		0.0%	7.7%	3.8%
	2 tahun atau lebih	52	48	47
		100.0%	92.3%	96.2%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.10 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan jarak kehamilan secara mencolok antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kelompok ibu multipara yang mengalami kematian, tak ada (0%) seorangpun yang memiliki jarak kelahiran berisiko (kurang dari 2 tahun), sedangkan pada kelompok ibu multipara yang tidak mengalami kematian, ada 7,7% orang memiliki jarak kelahiran kurang dari 2 tahun.

Tabel 4.11 Distribusi Keteraturan *Antenatal Care* yang Dilakukan oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Antenatal care	Tidak teratur	3	4	7
		5.8%	7.7%	6.7%
	Teratur	49	48	97
		94.2%	92.3%	93.3%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.11 memberikan gambaran bahwa hampir tidak ada perbedaan keteraturan *antenatal care* antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, hanya sebagian kecil ibu yang belum teratur melakukan *antenatal care* yaitu masing-masing 5,8% dan 7,7%.

Tabel 4.12 Distribusi Penolong Ibu Bersalin di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Penolong Persalinan	Bukan Nakes	1	8	9
		1.9%	15.4%	8.7%
	Nakes	51	44	95
		98.1%	84.6%	91.3%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.12 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan penolong persalinan secara mencolok antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, sebagian kecil ibu masih menggunakan dukun sebagai penolong persalinan yaitu masing-masing 1,9% dan 15,4%. Dalam hal ini, semua dukun yang menjadi penolong persalinan merupakan dukun terlatih.

Tabel 4.13 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan cara persalinan antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, tidak ada sama sekali (0%) ibu yang menjalani cara persalinan tindakan, semua ibu melahirkan secara spontan.

Tabel 4.13 Distribusi Cara Persalinan Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Cara Persalinan	Tindakan	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	Spontan	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.14 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan keterlambatan rujukan antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, tidak ada sama sekali (0%) ibu yang mengalami keterlambatan rujukan.

Tabel 4.14 Distribusi Keterlambatan Rujukan Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Keterlambatan Rujukan	Terlambat	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	Tidak terlambat	52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.15 Distribusi Tempat Pelayanan Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Tempat Pelayanan	Rumah	1	8	9
		1.9%	15.4%	8.7%
	BPM	15	10	25
		28.8%	19.2%	24.0%
	Polindes, Poskesdes	29	22	51
		55.8%	42.3%	49.0%
	Puskesmas	4	3	7
		7.7%	5.8%	6.7%
	Puskesmas PONED	0	8	8
		0.0%	15.4%	7.7%
	Rumah sakit	3	1	4
		5.8%	1.9%	3.8%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.15 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan tempat persalinan secara mencolok antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, sebagian kecil ibu masih bersalin di rumah, yaitu masing-masing 1,9% dan 15,4%.

Tabel 4.16 Distribusi Jarak Akses Ibu ke Tempat Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Jarak ke Tempat Pelayanan	>10 km	21 40.4%	21 40.4%	42 40.4%
	10 km atau kurang	31 59.6%	31 59.6%	62 59.6%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Tabel 4.16 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan jarak akses ke tempat persalinan secara mencolok antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, masih banyak ibu yang memiliki jarak akses yang jauh, yaitu masing-masing 40,4%.

Tabel 4.17 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan keikutsertaan dalam kelas ibu hamil secara mencolok antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, hanya sebagian kecil ibu yang tidak mengikuti kelas ibu hamil, yaitu masing-masing 3,8% dan 1,9%.

Tabel 4.17 Distribusi Keikutsertaan Ibu dalam Kelas Ibu Hamil di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Keikutsertaan dalam Kelas Ibu Hamil	Bukan perserta kelas ibu hamil	2 3.8%	1 1.9%	3 2.9%
	Peserta kelas ibu hamil	50 96.2%	51 98.1%	101 97.1%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Tabel 4.18 Distribusi Riwayat Obstetri Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Riwayat Obstetri	Ada riwayat obstetri	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	Tidak ada riwayat obstetri	52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Tabel 4.18 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan keterlambatan rujukan antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, tidak ada sama sekali (0%) ibu yang memiliki riwayat obstetri bermasalah.

Tabel 4.19 Distribusi Komplikasi Kehamilan yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Komplikasi kehamilan	Ada komplikasi kehamilan	12	1	13
		23.1%	1.9%	12.5%
	Tak ada komplikasi kehamilan	40	51	91
		76.9%	98.1%	87.5%
Total		52	52	104
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 4.19 memberikan gambaran bahwa ada perbedaan mencolok dalam hal komplikasi kehamilan yang dialami antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Dari kelompok ibu yang mengalami kematian, ada 23,1% yang mengalami komplikasi kehamilan, sedangkan dari kelompok ibu yang tak mengalami kematian hanya ada 1,9% yang mengalami komplikasi kehamilan.

Tabel 4.20 Distribusi Komplikasi Persalinan yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Komplikasi Persalinan	Ada komplikasi persalinan	7 13.5%	1 1.9%	7 6.7%
	Tak ada komplikasi persalinan	45 86.5%	51 98.1%	97 93.3%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

Tabel 4.20 memberikan gambaran bahwa ada perbedaan mencolok dalam hal komplikasi persalinan antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Dari kelompok ibu yang mengalami kematian, ada 13,5% yang mengalami komplikasi kehamilan, sedangkan dari kelompok ibu yang tak mengalami kematian hanya ada 1,9% yang mengalami komplikasi kehamilan.

Tabel 4.21 memberikan gambaran bahwa tidak ada perbedaan komplikasi nifas antara antara kelompok ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, tidak ada sama sekali (0%) ibu yang memiliki komplikasi nifas.

Tabel 4.21 Distribusi Komplikasi Nifas yang Dialami oleh Ibu di Kabupaten Ngawi 2015

		Kematian Ibu		Total
		Meninggal	Hidup	
Komplikasi Nifas	Ada komplikasi nifas	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	Tak ada komplikasi nifas	52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%
Total		52 100.0%	52 100.0%	104 100.0%

4.2 Analisis Determinan Kematian Ibu

Pada tahap analisis bivariabel yaitu pengujian pengaruh masing-masing faktor yang diduga sebagai determinan terhadap kejadian kematian ibu, menggunakan uji regresi logistik, didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Hasil uji pengaruh tingkat pendidikan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,095 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
2. Hasil uji pengaruh status pekerjaan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,095 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
3. Hasil uji pengaruh pendapatan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,049 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
4. Hasil uji pengaruh sumber pembiayaan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
5. Hasil uji pengaruh status gizi terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,728 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
6. Hasil uji pengaruh kejadian anemia kehamilan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,285 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
7. Hasil uji pengaruh riwayat penyakit terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,026 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
8. Hasil uji pengaruh usia terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,339 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
9. Hasil uji pengaruh paritas terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,030 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
10. Hasil uji pengaruh jarak kehamilan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,999 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
11. Hasil uji pengaruh keteraturan *antenatal care* terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,696 (>0,25), maka

faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.

12. Hasil uji pengaruh penolong persalinan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,039 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
13. Hasil uji pengaruh cara persalinan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
14. Hasil uji pengaruh keterlambatan rujukan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
15. Hasil uji pengaruh tempat pelayanan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,356 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
16. Hasil uji pengaruh jarak akses ke tempat pelayanan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
17. Hasil uji pengaruh keikutsertaan dalam kelas ibu hamil terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
18. Hasil uji pengaruh riwayat obstetri terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
19. Hasil uji pengaruh komplikasi kehamilan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,010 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
20. Hasil uji pengaruh komplikasi persalinan terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 0,057 (<0,25), maka faktor ini dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.
21. Hasil uji pengaruh komplikasi nifas terhadap kejadian kematian ibu didapatkan nilai p= 1,000 (>0,25), maka faktor ini tidak dapat dimasukkan ke dalam pengujian lebih lanjut.

Berdasarkan hasil analisis bivariabel di atas yang merupakan tahapan seleksi kandidat faktor yang dapat masuk ke dalam analisis lebih lanjut yakni uji regresi logistik ganda, maka disimpulkan bahwa faktor yang masuk analisis regresi logistik ganda adalah:

tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, riwayat penyakit, paritas, penolong persalinan, komplikasi kehamilan, serta komplikasi persalinan. Selanjutnya disampaikan ringkasan hasil akhir uji regresi logistik ganda, yang menyimpulkan 5 faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu sebagai berikut:

1. Faktor pekerjaan berpengaruh negatif terhadap kejadian kematian ibu dengan nilai p= 0,030
2. Faktor riwayat penyakit berpengaruh positif terhadap kejadian kematian ibu dengan nilai p= 0,045
3. Faktor paritas berpengaruh negatif terhadap kejadian kematian ibu dengan nilai p= 0,017
4. Faktor penolong berpengaruh negatif terhadap kejadian kematian ibu dengan nilai p= 0,040
5. Faktor komplikasi kehamilan berpengaruh positif terhadap kejadian kematian ibu dengan nilai p= 0,011

BAB 5: DISKUSI

5.1 Determinan Jauh dari Kematian Ibu

Dari hasil analisis data diketahui bahwa seluruh determinan jauh yang diteliti yakni pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan sumber pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bukan merupakan determinan yang signifikan terhadap kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Dengan kata lain, karakteristik pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan sumber pembiayaan dari para ibu yang mengalami kematian maupun yang tidak mengalami kematian tidak berbeda secara mencolok.

Terkait dengan tingkat pendidikan ibu, hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ibu berpendidikan menengah dan tinggi, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun yang tidak mengalami kematian. Hal ini diperkuat dengan hasil analisis bahwa tingkat pendidikan bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Dengan demikian, tidak ditemukan adanya resiko dari faktor tingkat pendidikan, di mana tingkat pendidikan ibu merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan ibu, termasuk mengenai pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan ibu.

Terkait dengan pekerjaan ibu, tidak tampak adanya jenis pekerjaan tertentu yang bisa membedakan karakteristik ibu hamil yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Sebagian besar ibu memiliki status tidak bekerja, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun ibu yang tidak mengalami kematian. Ini dipertegas dengan hasil analisis data yang menunjukkan bahwa pekerjaan bukan merupakan determinan jauh yang signifikan bagi kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Dengan demikian, status pekerjaan tidak bisa dipandang sebagai faktor yang berkontribusi dalam kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi.

Terkait dengan pendapatan ibu, tidak tampak adanya perbedaan pendapatan antara ibu yang mengalami kematian dan tak mengalami kematian. Pada kedua kelompok, mayoritas ibu berpenghasilan rendah, dan secara keseluruhan mereka menggunakan sumber pembiayaan jaminan kesehatan untuk

mendapatkan pelayanan kesehatan. Hasil analisis data juga menunjukkan bahwa pendapatan dan sumber pembiayaan kesehatan bukan merupakan determinan jauh yang signifikan bagi kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Kendati kelompok ibu yang mengalami kematian berpenghasilan rendah, bukan berarti bahwa mereka pasti akan berpotensi untuk mengalami kesulitan mendapatkan akses layanan kesehatan, karena pemerintah telah melakukan upaya-upaya yang dapat memberikan jaminan kesehatan yang memadai bagi masyarakat, sebagaimana yang diterima oleh masyarakat Kabupaten Ngawi yaitu pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Selain itu, terkait dengan kesehatan ibu, pemerintah juga telah memberikan pelayanan dengan biaya yang rendah sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat berpenghasilan rendah sekalipun. Jadi, meskipun sebagaian ibu perpenghasilan rendah, namun mereka tetap memiliki kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan dalam masa kehamilan, persalinan, dan nifas melalui program pemerintah ini.

Dengan pembuktian bahwa pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan sumber pembiayaan bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kematian ibu di Kabupaten Ngawi, maka seyogyanya ketiga faktor tersebut tidak ditetapkan sebagai poin prioritas dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Namun bukan berarti keempat faktor tersebut boleh dikesampingkan sama sekali, karena secara logis dan empiris keempat faktor tersebut telah dibuktikan sebagai faktor yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap kejadian kematian ibu (Aeni, 2013; Mc. Carthy & D Maine, 1992).

5.2 Determinan Antara dari Kematian Ibu

Berdasarkan hasil analisis data diketahui bahwa mayoritas determinan antara yaitu status gizi, kejadian anemia, usia ibu hamil, paritas, jarak kehamilan, *antenatal care*, penolong persalinan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, tempat pelayanan kesehatan, jarak pelayanan kesehatan, keikutsertaan dalam kelas ibu hamil, serta riwayat obstetri bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hanya ada satu faktor yang terbukti sebagai determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu yaitu riwayat penyakit yang dialami oleh ibu.

Terkait dengan status gizi ibu secara umum, hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil ibu yang mengalami kekurangan energi kronik, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun yang tidak mengalami kematian. Secara logis, ini menunjukkan bahwa faktor gizi bukanlah determinan yang signifikan bagi kematian ibu di Kabupaten Ngawi, yang diperkuat dengan hasil analisis statistik bahwa status gizi tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu.

Analisis data secara deskriptif menunjukkan bahwa pada kelompok ibu yang mengalami kematian, sebagian besar dari mereka mengalami anemia kehamilan yang ditandai dengan kadar hemoglobin yang rendah. Kondisi yang sama juga dialami oleh kelompok ibu yang tidak mengalami kematian. Dengan demikian, secara logis bisa diketahui bahwa kejadian anemia kehamilan bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Logika ini diperkuat oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa kejadian anemia kehamilan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Meskipun kejadian anemia tidak terbukti sebagai determinan bagi kejadian kematian ibu, namun melihat kondisi empiris bahwa angka kejadian anemia kehamilan yang tinggi, maka kondisi ini layak untuk diperhatikan karena dapat berdampak pada status kesehatan ibu baik pada masa kehamilan, persalinan, nifas, juga bagi kondisi bayi yang dilahirkan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan riwayat penyakit yang dialami oleh para ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Di antara para ibu yang mengalami kematian ada 19,2% yang memiliki riwayat penyakit, sedangkan pada kelompok ibu yang tidak mengalami kematian, hanya 3,8% yang memiliki riwayat penyakit. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa riwayat penyakit berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Dengan demikian bisa dikatakan riwayat penyakit merupakan determinan antara yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi, selaras dengan kerangka teoritis tentang determinan kematian ibu yang disampaikan oleh Mc. Carthy & D Maine (1992) yang telah banyak digunakan sebagai acuan dalam penelitian-penelitian tentang kematian ibu. Oleh karena itu, riwayat penyakit yang dialami oleh ibu patut menjadi salah satu perhatian utama dalam upaya penurunan kematian ibu di Kabupaten Ngawi.

Berkaitan dengan usia ibu hamil, hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, hanya sedikit ibu yang memiliki usia beresiko untuk hamil dan bersalin yaitu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Bisa dikatakan bahwa secara umum kedua kelompok memiliki usia reproduksi yang relatif sehat. Kondisi ini mengindikasikan bahwa usia ibu hamil bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian Ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa usia ibu tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, usia ibu hamil bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, namun demikian faktor ini juga tidak boleh diabaikan begitu saja, karena meskipun dalam proporsi yang relatif kecil, usia kehamilan yang terlalu muda dan terlalu tua masih ditemukan, dan ini bisa berdampak pada kondisi kesehatan selama periode kehamilan, persalinan, nifas, juga pada kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan.

Mengenai paritas ibu, hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, sesungguhnya memiliki proporsi paritas berisiko yang cukup besar yakni masing-masing 48,1% dan 69,2%. Namun perlu dicermati bahwa yang tergolong paritas berisiko adalah 1 dan >3, dan kebetulan sebagian besar dari paritas berisiko di Kabupaten Ngawi adalah paritas 1 (baru pertama kali melahirkan). Dengan demikian, ini merupakan faktor alamiah yang tidak bisa dimodifikasi. Jika kelak ibu mengalami kehamilan dan persalinan yang kedua, maka secara otomatis faktor risiko ini akan menghilang, karena paritas 2 dan 3 merupakan situasi yang paling aman terkait dengan risiko terjadinya kematian ibu. Karena mayoritas paritas berisiko disebabkan oleh paritas 1, maka secara logis akan memiliki nilai risiko yang lebih rendah, jika dibandingkan dengan paritas >3. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa paritas bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu Kabupaten Ngawi. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, paritas ibu bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, namun demikian faktor ini juga tidak boleh diabaikan begitu saja, karena paritas berisiko memiliki proporsi yang besar dan

ini merupakan faktor yang perlu diwaspadai untuk mencegah terjadinya kematian ibu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, hanya sedikit ibu yang memiliki jarak kehamilan beresiko yaitu kurang dari 2 tahun. Bisa dikatakan bahwa secara umum kedua kelompok sama-sama memiliki jarak kehamilan yang relatif aman. Kondisi ini mengindikasikan bahwa jarak kehamilan bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian Ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa jarak kehamilan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan kenyataan ini, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, jarak kehamilan bukanlah faktor yang perlu diprioritaskan, namun faktor ini juga tidak boleh diabaikan begitu saja, karena meskipun dalam proporsi yang relatif kecil, jarak kehamilan yang berisiko masih juga ditemukan, dan keadaan ini dapat mempertinggi risiko terjadinya kematian ibu.

Berkaitan dengan keteratuan ibu hamil dalam melakukan *antenatal care*, hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh ibu sudah teratur dalam melakukan *antenatal care*, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa kematian ibu bukan disebabkan oleh keteraturan ibu dalam menjalani pemeriksaan kehamilan. Kondisi di atas menunjukkan bahwa keteraturan ibu dalam menjalani *antenatal care* ibu hamil bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa keteraturan ibu dalam menjalani *antenatal care* tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, keteraturan ibu dalam menjalani *antenatal care* bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, mesikpun juga tidak boleh diabaikan, untuk mengantisipasi agar kondisi yang sudah baik ini dapat dipertahankan.

Berkaitan dengan penolong persalinan, hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, hanya sedikit ibu yang

memiliki penolong persalinan beresiko yaitu persalinan yang ditolong selain oleh tenaga kesehatan. Dengan demikian, secara umum kedua kelompok telah mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa penolong persalinan bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian Ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini didukung dengan hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa penolong persalinan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Oleh karena itu, dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, penolong persalinan bukan tergolong sebagai faktor yang menjadi prioritas, tetapi tidak berarti faktor ini bisa diabaikan, karena meskipun hanya sejumlah kecil, masih ada persalinan yang ditolong oleh dukun. Meskipun seluruh dukun ini telah terlatih, namun secara ideal seharusnya persalinan ditolong oleh tenaga profesional seperti bidan atau dokter, sehingga risiko terjadinya kematian ibu dapat dikurangi.

Berkaitan dengan cara persalinan yang dialami oleh ibu, hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh telah melahirkan secara spontan, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian. Berdasarkan fakta tersebut, berarti kematian ibu di Kabupaten Ngawi tidak disebabkan oleh faktor cara persalinan, atau dengan kata lain cara persalinan bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa cara persalinan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan informasi tersebut, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, cara persalinan bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, mesikpun juga tidak boleh diabaikan, untuk mengantisipasi agar kondisi yang sudah baik ini dapat dipertahankan.

Berkaitan dengan faktor keterlambatan rujukan, hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh ibu tidak ada yang mengalami keterlambatan rujukan, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa kematian ibu bukan disebabkan oleh faktor keterlambatan rujukan. Kondisi di atas menunjukkan bahwa keterlambatan rujukan bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa keterlambatan

rujukn tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, keterlambatan rujukan bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, mesikpun juga tidak boleh diabaikan, untuk mengantisipasi agar kondisi yang ideal seperti ini dapat dipertahankan.

Berkaitan dengan tempat berlangsungnya persalinan, hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, hanya hanya sebagian kecil ibu yang menjalani persalinan lebih beresiko yaitu di rumah. Bisa dikatakan bahwa secara umum kedua kelompok sudah memilih tempat persalinan yang tepat. Kondisi ini mengindikasikan bahwa tempat persalinan bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian Ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa tempat persainan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, tempat persalinan bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, namun demikian faktor ini juga tidak boleh diabaikan, karena meskipun dalam proporsi kecil, tempat persalinan yang kurang tepat bisa berdampak pada terjadinya kematian ibu.

Analisis data secara deskriptif menunjukkan bahwa pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, sebagian besar dari mereka memiliki jarak akses yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan (>10 km). Dengan demikian, jarak akses ke tempat pelayanan kesehatan bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini diperkuat dengan hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa jarak akses ke tempat pelayanan kesehatan tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Walaupun jarak akses ke tempat pelayanan kesehatan tidak terbukti sebagai determinan bagi kejadian kematian ibu, namun melihat kondisi di lapangan bahwa proporsinya cukup besar, maka kondisi ini layak untuk diperhatikan supaya lebih mudah untuk diantisipasi.

Berkaitan dengan keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil, hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil ibu yang belum mengikuti kelas ibu hamil, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian. Dengan

demikian, status keikutsertaan dalam kelas ibu hamil bukan merupakan salah satu penyebab dari kejadian kematian. Dengan kata lain, keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam kelas ibu hamil tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan kondisi empiris ini, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, keikutsertaan ibu dalam kelas ibu hamil seyogyanya tidak ditetapkan sebagai salah satu faktor yang perlu diprioritaskan, meskipun juga tidak boleh diabaikan, untuk mengantisipasi agar kondisi yang sudah baik ini dapat dipertahankan, karena kelas ibu hamil sangat berguna bagi ibu untuk mewujudkan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas yang sehat.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian, tak seorangpun (0%) yang memiliki riwayat obstetri berisiko. Dengan demikian, status obstetri bukan merupakan salah satu penyebab dari kejadian kematian. Dengan kata lain, status obstetri bukan merupakan determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini didukung dengan hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa riwayat obstetri tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan kondisi empiris ini, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, sebaiknya riwayat obsteri tidak ditetapkan sebagai sebagai salah satu faktor yang perlu diprioritaskan. Namun bukan berarti faktor ini bisa diabaikan sama sekali, karena berdasarkan riwayat obstetri dapat diantisipasi terjadinya penyulit-penyulit yang bakal dialami oleh ibu, baik selama prose kehamilan, persalinan, maupun nifas.

5.3 Determinan Dekat dari Kematian Ibu

Berdasarkan hasil analisis data diketahui bahwa dari ketiga faktor yang diduga sebagai determinan dekat, komplikasi kehamilan dan komplikasi persalinan terbukti sebagai determinan dekat bagi kejadian kematian ibu, sedangkan komplikasi nifas tak terbukti sebagai determinan dekat dari kematian ibu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan komplikasi kehamilan yang dialami oleh para ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Di antara para ibu yang mengalami kematian, ada 23,1% yang mengalami komplikasi kehamilan, sedangkan pada kelompok ibu yang tidak mengalami kematian, hanya 1,9% yang mengalami komplikasi kehamilan. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa komplikasi kehamilan berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian kematian ibu. Dengan demikian bisa dikatakan komplikasi kehamilan merupakan determinan dekat yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi, selaras dengan kerangka teoritis tentang determinan kematian ibu yang disampaikan oleh Mc. Carthy & D Maine (1992) yang telah banyak digunakan sebagai acuan dalam penelitian-penelitian tentang kematian ibu. Oleh karena itu, komplikasi kehamilan yang dialami oleh ibu harus menjadi salah satu perhatian utama dalam upaya penurunan kematian ibu di Kabupaten Ngawi.

Seperti halnya komplikasi kehamilan, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa adanya perbedaan komplikasi persalinan yang dialami oleh para ibu yang mengalami kematian dan tidak mengalami kematian. Di antara para ibu yang mengalami kematian, ada 13,5% yang mengalami komplikasi persalinan, sedangkan pada kelompok ibu yang tidak mengalami kematian, hanya 1,9% yang mengalami komplikasi persalinan. Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa komplikasi persalinan berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian kematian ibu. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa komplikasi persalinan merupakan determinan dekat yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini selaras dengan kerangka teoritis tentang determinan kematian ibu yang disampaikan oleh Mc. Carthy & D Maine (1992) yang telah banyak digunakan sebagai acuan dalam penelitian-penelitian tentang kematian ibu. Dengan demikian, komplikasi persalinan yang dialami oleh ibu harus menjadi salah satu prioritas dalam upaya penurunan kematian ibu di Kabupaten Ngawi.

Berkaitan dengan komplikasi nifas, hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh ibu tidak mengalami komplikasi nifas, baik pada kelompok ibu yang mengalami kematian maupun tidak mengalami kematian. Dengan demikian, bisa dikatakan bahwa kematian ibu bukan disebabkan oleh komplikasi nifas. Kondisi di

atas menunjukkan bahwa komplikasi nifas bukanlah determinan yang signifikan bagi kejadian kematian ibu di Kabupaten Ngawi. Hal ini dipertegas oleh hasil uji hipotesis yang menunjukkan bahwa komplikasi nifas tidak berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. Berdasarkan realita tersebut di atas, maka dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Ngawi, komplikasi nifas bukan merupakan faktor yang perlu diprioritaskan, meskipun juga tidak boleh diabaikan, karena dalam mas nifas ada peluang untuk terjadi berbagai komplikasi yang dapat membahayakan ibu.

BAB 6: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa kematian ibu di wilayah Kabupaten Ngawi dipengaruhi komplikasi kehamilan dan persalinan sebagai determinan dekat, dan riwayat penyakit ibu hamil sebagai determinan antara.

6.2 Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan penelitian direkomendasikan agar Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi sebagai institusi yang bertanggungjawab dalam upaya penurunan kematian ibu lebih berfokus kepada kasus-kasus komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan riwayat penyakit ibu hamil, tanpa mengesampingkan faktor-faktor lain yang secara umum telah dikenal sebagai determinan dekat, determinan antara, dan determinan jauh dari kematian ibu.

REFERENSI

Aeni, N., 2013. Faktor Risiko Kematian Ibu. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, vol. 7 no. 10, pp. 453-459.

BPS, BKKBN, Kemenkes RI, ICF International, 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes RI, & ICF International.

Garrett, L., 2007. The Challenge of Global Health. Foreign Affair, vol. 86, pp. 14-38.

GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.". Lancet **385**: 117–71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2. PMC 4340604. PMID 25530442.

Kemenkes RI, 2012. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Nugroho, H. S. W. 2014. Analisis Data Secara Deskriptif untuk Data Kategorik. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).

Nugroho, H. S. W., Suparji. 2015. Hasil Survei Determinan Kematian Ibu di Kabupaten Ngawi. Ngawi: Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi & FORIKES.

Khlat, M., & Ronsmans, C. (2009). Deaths Attributable to Childbearing in Matlab, Bangladesh: Indirect Causes of Maternal Mortality Questioned. American Journal of Epidemiology, 151(3), 300-306.

Mc. Carthy J & D Maine. 1992. A Framework for Determining Maternal Mortality. Studies in Family Planning, vol. 22, pp. 23-33.

Unicef Indonesia, 2012. Ringkasan Kajian: Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Unicef.

UNICEF, UNFPA, World Bank (2012) Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF.WHO, 2005. Health and Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization.

WHO, 2014. Maternal mortality: Fact sheet N°348. World Health Organization. WHO. Retrieved 20 June 2014.