



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN KEMATIAN IBU DI
KABUPATEN TEGAL**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

oleh:

Anggraini Kusumawardani

NIM. 6411412229

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2017

ABSTRAK

Anggraini Kusumawardani

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal

VI + 234 halaman + 51 tabel + 2 gambar + 12 lampiran

Angka Kematian Ibu di Kabupaten Tegal masih tinggi. Tujuan penelitian adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

Metode penelitian menggunakan survei analitik dengan desain kasus kontrol. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 54 responden.

Hasil penelitian ada hubungan antara komplikasi kehamilan (p value = 0,002, OR = 6,400), komplikasi persalinan (p value = 0,002, OR = 6,400), komplikasi nifas (p value = 0,000, OR = 15,400), status gizi (p value = 0,012, OR = 4,375), status anemia (p value = 0,029, OR = 0,029), penyakit ibu (p value = 0,021, OR = 4,086), jarak kehamilan (p value = 0,029, OR = 3,400), kepemilikan asuransi kesehatan (p value = 0,000, OR = 12,250), cara persalinan (p value = 0,006, OR = 5,091), pendidikan (p value = 0,000, OR = 12,571), penghasilan keluarga (p value = 0,003, OR = 5,714), wilayah tempat tinggal (p value = 0,004, OR = 6,192), program EMAS (p value = 0,024, OR = 10,947). Tidak ada hubungan antara riwayat persalinan sebelumnya, usia, paritas, keterlambatan rujukan, pekerjaan, status pernikahan, budaya pantang makanan.

Saran peneliti agar ibu perlu mengenali tanda-tanda dini terjadinya komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas.

Kata Kunci : Faktor-Faktor, Kematian Ibu, Komplikasi

Kepustakaan : 43 (1965- 2016)

ABSTRACT

Anggraini Kusumawardani

Factors Associated with Maternal Mortality in Tegal Regency

VI + 234 pages + 51 tables + 2 images + 12 attachments

Maternal Mortality Ratio in Tegal Regency remains high. Purpose this study was determine the factors associated with maternal mortality in Tegal Regency.

This study used the analytical survey method with case control. The sampling technique used is purposive sampling with the total sample of 54 respondents.

The result of this research showed that factors of maternal mortality was pregnancy complication (p value = 0,002, OR= 6,400), birth complication (p value = 0,002, OR = 6,400), postpartum complication (p value = 0,000, OR = 15,400), nutritional status (p value = 0,012, OR = 4,375), anemia status (p value = 0,029, OR = 0,029), maternal illness (p value = 0,021, OR = 4,086), birth spacing (p value = 0,029, OR= 3,400), ownership of health insurance (p value = 0,000, OR = 12,250), mode of birth (p value = 0,006, OR = 5,091), education (p value = 0,000, OR = 12,571), family income (p value = 0,003, OR = 5,714), residential areas (p value = 0,004, OR = 6,192), EMAS program (p value = 0,024, OR = 10,947). The variables which were not related to factors of maternal mortality were history of previous birth, age, parity, late referral, job, marital status, culture of food abstinence.

The research recommended that it is necessary to detect signs of pregnancy complication, birth complication, and postpartum complication.

Keywords : Factors, Maternal Mortality, Complication

Literature : 43 (1965- 2016)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan didalam pustaka.

Semarang, Desember 2016



Peneliti

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Anggraini Kusumawardani, NIM: 6411412229, dengan judul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal".

Pada hari : Kamis

Tanggal : 15 Desember 2016

Panitia Ujian


Ketua Panitia
Prof. Dr. Fandlyo Rahayu, M.Pd
NIP. 196103201984032001

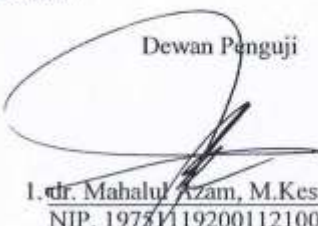
Sekretaris,


Mardiana, S.KM, M.Si
NIP. 198004202005012003

Dewan Penguji

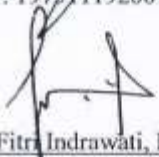
Tanggal
Persetujuan

Ketua Penguji


1. dr. Mahalul Azam, M.Kes
NIP. 197311192001121001


6/01 - 2017

Anggota Penguji


2. dr. Fitri Indrawati, M.P.H
NIP. 198307112008012008

16/01 - 2017

Anggota Penguji
(Pembimbing)


3. dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid)
NIP. 197402022001122001

6/01 - 2017

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

- ❖ Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai dari sesuatu urusan, tetaplah bekerja keras untuk urusan yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap (QS. Al-Insyirah: 6-8).
- ❖ Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri (QS. Ar-Rad: 11).
- ❖ Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kadar kesanggupannya (QS. Al-Baqarah: 286).

Persembahan

Skripsi ini ku persembahkan kepada

- ❖ Ayahanda (Bapak Taryana) dan ibunda
(Ibu Siti Chelyda) yang selalu memotivasi
dan mendoakanku
- ❖ Adikku tersayang (M. Rizkiawan
Nugroho)
- ❖ Sahabat – sahabatku
- ❖ Almamaterku Universitas Negeri
Semarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat diselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas pemberian ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid), atas pemberian ijin penelitian.
4. Dosen Pembimbing, Ibu dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid) atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dosen Penguji I, Bapak dr. Mahalul Azam, M.Kes atas saran- saran yang diberikan dalam skripsi ini.
6. Dosen Penguji II, Ibu dr. Fitri Indrawati, M.P.H., atas saran- saran yang diberikan dalam skripsi ini.

7. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama bangku kuliah.
8. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno) dan seluruh staf TU FIK UNNES yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.
9. Kepala Seksi Politik dan Hubungan Kelembagaan Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tegal Bapak Imam Purwanto, dalam urusan perijinan penelitian.
10. Kepala Bidang Litbang dan Statistik Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Tegal, Bapak Darmanto, S.Pi, M.Si, dalam urusan perijinan penelitian.
11. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Bapak dr. Hendadi Setiaji, M.Kes beserta staf dan jajarannya atas bantuan dalam urusan perijinan penelitian.
12. Masyarakat Kabupaten Tegal atas bantuan dan kerjasamanya dalam pelaksanaan penelitian.
13. Seluruh keluarga terutama kepada orangtua (Bapak Taryana dan Ibu Siti Chelyda) yang senantiasa memberikan dorongan serta doa sampai dengan penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat.
14. Teman-teman Kost JJ 4905 dan teman teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2012 atas dukungan dan motivasi dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi.
15. Semua pihak yang telah memberikan bantuan selama penulis melaksanakan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat diharapkan guna menyempurnakan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Semarang, Desember 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan.....	9
1.4 Manfaat	11
1.5 Keaslian Penelitian	12
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori.....	16
2.1.1 Definisi Kematian Ibu.....	16
2.1.2 Epidemiologi Kematian Ibu.....	17
2.1.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Kematian Ibu	18

2.1.4	Pencegahan Kematian Ibu.....	33
2.1.5	Program EMAS	36
2.2	Kerangka Teori	42
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konsep	43
3.2	Variabel Penelitian	44
3.3	Hipotesis Penelitian	44
3.4	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Data	47
3.5	Jenis dan Rancangan Penelitian	51
3.6	Populasi dan Sampel Penelitian	51
3.7	Sumber Data.....	56
3.8	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	57
3.9	Prosedur Penelitian.....	57
3.10	Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data	58
BAB IV HASIL PENELITIAN		
4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	61
4.2	Hasil Penelitian	68
4.2.1	Analisis Univariat	71
4.2.2	Analisis Bivariat	83
BAB V PEMBAHASAN		
5.1	Analisis Hasil Penelitian	107
5.2	Keterbatasan Penelitian	142
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Simpulan	143
6.2	Saran	146
DAFTAR PUSTAKA		148
LAMPIRAN.....		152

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian	12
2.1 Roadmap Kegiatan Program EMAS 2012-2016	41
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	47
4.1 Jumlah Ibu Bersalin yang Ditolong Tenaga Kesehatan di Kabupaten Tegal	65
4.2 Distribusi Kematian Ibu Menurut Puskesmas di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016	66
4.3 Distribusi Kematian Ibu Menurut Penyebab Kematian di kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016	67
4.4 Distribusi Kematian Ibu Menurut Tempat meninggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016	68
4.5 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Menurut Penyebab Kematian di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016	69
4.6 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016	70
4.7 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Berdasarkan Tempat Meninggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016	70
4.8 Distribusi Komplikasi Kehamilan	71
4.9 Distribusi Komplikasi Persalinan	72
4.10 Distribusi Komplikasi Nifas	73
4.11 Distribusi Status Gizi Ibu	74
4.12 Distribusi Status Anemia	74

4.13	Distribusi Penyakit Ibu	75
4.14	Distribusi Komplikasi Persalinan Sebelumnya	75
4.15	Distribusi Usia	76
4.16	Distribusi Paritas	76
4.17	Distribusi Jarak Kehamilan	77
4.18	Distribusi Kepemilikan Asuransi Kesehatan	77
4.19	Distribusi Cara Persalinan	78
4.20	Distribusi Keterlambatan Rujukan	79
4.21	Distribusi Pendidikan	79
4.22	Distribusi Pekerjaan	80
4.23	Distribusi Penghasilan Keluarga	80
4.24	Distribusi Status Pernikahan	81
4.25	Distribusi Wilayah Tempat Tinggal	81
4.26	Distribusi Budaya Pantang Makanan	82
4.27	Distribusi Pengetahuan tentang Program EMAS	82
4.28	Crosstab Hubungan Komplikasi Kehamilan dengan Kematian Ibu	83
4.29	Crosstab Hubungan Komplikasi Persalinan dengan Kematian Ibu	84
4.30	Crosstab Hubungan Komplikasi Nifas dengan Kematian Ibu	85
4.31	Crosstab Hubungan Status Gizi Ibu dengan Kematian Ibu	86
4.32	Crosstab Hubungan Status Anemia dengan Kematian Ibu	87
4.33	Crosstab Hubungan Penyakit Ibu dengan Kematian Ibu	89
4.34	Crosstab Hubungan Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya dengan Kematian Ibu	90

4.35 Crosstab Hubungan Usia dengan Kematian Ibu	91
4.36 Crosstab Hubungan Paritas dengan Kematian Ibu	92
4.37 Crosstab Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kematian Ibu	94
4.38 Crosstab Hubungan Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Kematian Ibu	95
4.39 Crosstab Hubungan Cara Persalinan dengan Kematian Ibu	96
4.40 Crosstab Hubungan Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu	97
4.41 Crosstab Hubungan Pendidikan dengan Kematian Ibu	98
4.42 Crosstab Hubungan Pekerjaan dengan Kematian Ibu	99
4.43 Crosstab Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kematian Ibu	100
4.44 Crosstab Hubungan Status Pernikahan dengan Kematian Ibu	101
4.45 Crosstab Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Kematian Ibu	102
4.46 Crosstab Hubungan Budaya Pantang Makanan dengan Kematian Ibu	103
4.47 Crosstab Hubungan Pengetahuan Responden tentang Program EMAS dengan kematian Ibu	105
4.48 Hasil Analisis Bivariat Hubungan antara Seluruh Variabel dengan kematian Ibu	106

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	42
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	43

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi	152
Lampiran 2. Ethical Clearance	153
Lampiran 3. Surat In Penelitian dari Kesbangpol dan Linmas	154
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian dari BAPPEDA	155
Lampiran 5. Lembar Penjelasan kepada Calon Subjek	156
Lampiran 6. Persetujuan Keikutsertaan Penelitian	159
Lampiran 7. Kuesioner Penelitian	160
Lampiran 8. Data Sampel Kasus dan Kontrol	167
Lampiran 9. Rekapitulasi Hasil Penelitian	169
Lampiran 10. Hasil Analisis Univariat	181
Lampiran 11. Hasil Analisis Bivariat	186
Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian	217

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kematian ibu menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases* (ICD-10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan atau dalam 42 hari setelah kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, akan tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan.

Data WHO menunjukkan, 99% kematian ibu terjadi akibat masalah persalinan atau kelahiran. Angka kematian yang tinggi umumnya disebabkan masih kurangnya pengetahuan tentang sebab dan penanggulangan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Data WHO tahun 2008 – 2013, penyebab kematian ibu berturut-turut adalah perdarahan (35%), *preeklampsia* dan *eklampsia* (18%), penyebab tidak langsung (18%), karakteristik ibu dan perilaku kesehatan ibu hamil (11%), aborsi dan keguguran (9%), keracunan darah atau *sepsis* (8%), *emboli* (1%) (WHO, 2013).

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), pada tahun 2011 jumlah kematian ibu adalah 228 per 100.000 kelahiran, dan pada tahun 2012 SDKI kembali mencatat kenaikan AKI yang signifikan, yakni dari 228 menjadi

359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, yang membuat angka kematian ibu di Indonesia tertinggi di Asia Tenggara.

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2014, angka kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah sebesar 126,55/100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan Angka kematian Ibu pada tahun 2013 sebesar 118,62/100.000 kelahiran hidup. Hal ini berarti terjadi peningkatan permasalahan kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah.

Sebesar 57,95% kematian ibu terjadi pada waktu nifas, pada waktu hamil sebesar 27,00% dan pada waktu persalinan sebesar 15,05%. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia produktif (20 - 34 tahun) sebesar 62,02%, kemudian pada kelompok umur > 35 tahun sebesar 30,52% dan pada kelompok umur < 20 tahun sebesar 7,45%. (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2014).

Empat Kabupaten dengan jumlah kasus kematian ibu terbanyak di Provinsi Jawa Tengah terdapat di daerah pantai utara. Empat Kabupaten tersebut adalah Kabupaten Brebes, Kabupaten Tegal, Kabupaten Pemalang dan Kabupaten Pekalongan. Sedangkan kabupaten/kota dengan jumlah kasus kematian maternal paling sedikit adalah Kota Magelang dan Kota Salatiga dengan 2 kematian.

Data pada profil kesehatan di Jawa Tengah pada tahun 2014, menunjukkan bahwa Kabupaten Tegal memiliki jumlah kasus kematian ibu tertinggi kedua di Jawa Tengah. Kematian ibu di Kabupaten Tegal menurut data profil kesehatan Jawa Tengah tahun 2014 menunjukkan angka sebesar 47 kasus kematian ibu.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, angka kematian ibu pada tahun 2013 sebanyak 42 kematian. Pada tahun 2014 jumlah kematian ibu sebanyak 47 kematian dan pada tahun 2015 jumlah kematian ibu di Kabupaten Tegal sebanyak 33 kematian.

Kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal di antaranya terjadi di Wilayah kerja Puskesmas Bumijawa sebanyak 2 orang, Balapulang 1 orang, Danasari 1 orang, Adiwerna 4 orang, Kedung Banteng 2 orang, Pangkah 3 orang, Lebaksiu 2 orang, Bangungalih 1 orang, Suradadi 2 orang, Jatinegara 1 orang, Kramat 2 orang, Warureja 1 orang, Kupu 1 orang, Slawi 1 orang, Margasari 3 orang, Talang 1 orang, Jatibogor 1 orang, Kaladawa 1 orang, dan Dukuhturi 2 orang.

Pada tahun 2015, kasus kematian ibu dialami oleh ibu yang tingkat pendidikannya rendah yaitu SD dan SMP sebanyak 22 orang. Kasus kematian ibu yang dialami oleh ibu yang berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang, ibu yang berusia 20 – 34 tahun sebanyak 26 orang, dan ibu yang berusia lebih dari 35 tahun sebanyak 5 orang. Sebagian besar ibu yang meninggal di Kabupaten Tegal pada tahun 2015 disebabkan karena perdarahan. Sebanyak 18 orang meninggal pada saat masa nifas, 10 orang meninggal pada saat persalinan, dan sebanyak 5 orang meninggal pada masa kehamilan. Dari 33 kasus kematian ibu pada tahun 2015, 29 orang diantaranya meninggal di Rumah Sakit, 2 orang meninggal di rumah, 1 orang meninggal di PONEB, dan 1 orang meninggal dalam perjalanan menuju rumah sakit.

Kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal diantaranya disebabkan oleh perdarahan sebanyak 8 orang, PEB 7 orang, TBC 1 orang, KEK 1 orang, Decomp

cordis 6 orang, Anemia 1 orang, Odema pulmo 3 orang, KPD 1 orang, HIV 1 orang, Gagal nafas 1 orang, dan aspirasi 1 orang.

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan Indonesia meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut dikarenakan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan.

Jawa Tengah merupakan salah satu dari 6 provinsi di Indonesia yang diadakan program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*). EMAS dilaksanakan di 30 Kabupaten dalam 6 provinsi yang memiliki jumlah kematian ibu dan neonatal besar. Di Jawa Tengah, terdapat 2 Kabupaten yang dijadikan daerah intervensi program EMAS yaitu Kabupaten Tegal dan Kabupaten Banyumas.

Pada tahun 2011, Kabupaten Tegal menempati posisi paling tinggi angka kematian ibu dibandingkan dengan kabupaten/kota lain yang menjalankan program EMAS di Jawa Tengah yaitu sebanyak 51 kasus kematian dari 25.955 kelahiran hidup. Hal tersebut menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Tegal terutama kesehatan ibu masih tergolong rendah. Padahal

Pemerintah Kabupaten Tegal berkomitmen untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Selain itu, sebagai Kabupaten yang menjalankan upaya pencapaian tujuan dari *Millennium Development Goals* (MDGs), maka hal tersebut dikhawatirkan dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan keempat dan kelima dari MDGs di Kabupaten Tegal yaitu menurunkan tingkat kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu hamil yang sesuai dengan Peraturan Bupati Tegal Nomor 43 Tahun 2011 tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium/*Millennium Development Goals* (MDGs) Kabupaten Tegal Tahun 2011 - 2015. Apabila hal tersebut tetap dibiarkan tanpa adanya upaya untuk memecahkan permasalahan tersebut, maka angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Kabupaten Tegal dikhawatirkan akan terus meningkat.

Atas kebijakan dari Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dari beberapa kabupaten/kota di Jawa Tengah, Kabupaten Tegal ditunjuk untuk menjalankan program EMAS di tahun pertama yaitu pada tahun 2012 - 2013 bersama dengan Kabupaten Banyumas yang kemudian disusul oleh beberapa kabupaten/kota lain di Jawa Tengah. Ditunjuknya Kabupaten Tegal untuk menjalankan program EMAS dikarenakan Kabupaten Tegal merupakan salah satu kabupaten/kota yang memiliki angka kematian ibu dan bayi baru lahir tinggi di Indonesia. Sebagai bentuk intervensi program EMAS di Kabupaten Tegal, Pemerintah Kabupaten Tegal pun menunjuk beberapa fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta sebagai fasilitas pelayanan

kesehatan *vanguard*. *Vanguard* berarti bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk tersebut merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi pelopor dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir melalui program EMAS. Adanya *vanguard* tersebut, maka diharapkan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dapat menyebarkan hal-hal yang diperoleh dari program EMAS kepada fasilitas pelayanan kesehatan lain yang tidak tergolong kedalam fasilitas pelayanan kesehatan *vanguard*. Fasilitas pelayanan kesehatan *vanguard* tersebut terdiri dari 10 puskesmas dan 3 rumah sakit.

Namun dalam realitanya, pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal yang bertujuan untuk berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir yaitu sebesar 25% justru menunjukkan hasil yang belum mencapai target yang telah ditentukan. Program EMAS yang telah dijalankan di Kabupaten Tegal dalam beberapa tahun belakangan ini tidak menunjukkan terhadap penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% dari angka kematian ditahun sebelumnya dan angka kematian ibu di Kabupaten Tegal cenderung fluktuatif.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu dilakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal”

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan sebelumnya maka ditetapkan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.2.1 Umum

Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

1.2.2 Khusus

1.3.2.1 Determinan Dekat

1. Apakah ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
2. Apakah ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
3. Apakah ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

1.3.2.2 Determinan Antara

1. Apakah ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
2. Apakah ada hubungan antara status anemia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
3. Apakah ada hubungan antara riwayat penyakit ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
4. Apakah ada hubungan antara riwayat persalinan sebelumnya dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
5. Apakah ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

6. Apakah ada hubungan antara paritas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
7. Apakah ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
8. Apakah ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
9. Apakah ada hubungan antara cara persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
10. Apakah ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

1.3.2.3 Determinan Jauh

1. Apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
2. Apakah ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
3. Apakah ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
4. Apakah ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
5. Apakah ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?
6. Apakah ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

7. Apakah ada hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal?

1.3.2.4 Bagaimana capaian program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Tegal?

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Determinan dekat:

1. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
2. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
3. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.3.2.2 Determinan Antara

1. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
2. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara status anemia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

3. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara riwayat penyakit ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
4. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara riwayat persalinan sebelumnya dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
5. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
6. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara paritas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
7. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
8. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
9. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara cara persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
10. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.3.2.3 Determinan Jauh

1. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
2. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
3. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

4. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
5. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
6. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
7. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.3.2.4 Untuk mengetahui capaian program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Institusi (Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal)

Memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal dan memberikan masukan dalam menyusun program kesehatan sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Memberikan informasi dan menambah pustaka bagi institusi pendidikan dalam pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat sehingga menambah wawasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ibu di Kabupaten Tegal.

1.4.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam melakukan penelitian serta mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama di perkuliahan sehingga dapat mengembangkan ilmu pengetahuan yang telah dimiliki.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Faktor Risiko kematian Ibu	Nurul Aeni	2013, Kabupaten Pati	Case Control	Variabel Bebas: komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, riwayat penyakit. Terikat: Kematian Ibu	Tiga penyebab utama kematian ibu di Kabupaten Pati Tahun 2011 adalah penyakit jantung, preeklamsi/eklamsi, dan perdarahan.

2	Studi Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Barat: Faktor Determinan dan Masalahnya	U. Mariati, dkk	2011, Sumatera Barat	Direct Household Survey Method	Variabel Bebas: umur, paritas, pendidikan, penolong persalinan. Variabel Terikat: Kematian Ibu dan bayi	Penyebab kematian ibu dan bayi di beberapa kabupaten/kota seperti perdarahan, pre-eklampsia, dan partus lama sebagai penyebab kematian ibu terbanyak dan asfiksia sebagai penyebab kematian bayi terbanyak.
3	Faktor Risiko Kematian Ibu sebagai Akibat Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas di Kabupaten Bima Tahun 2011 – 2012	Sri Juharni, Tangking Widarsa, dan DN Wirawan	2012, Kabupaten Bima	Case Control	Variabel Bebas: Kadar Hb, Keterlambatan pengambilan Keputusan, Keterlambatan Penanganan Medis di Fasilitas Rujukan Variabel Terikat: Kematian Ibu	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang dijumpai meningkatkan risiko kematian ibu adalah kadar Hb <10 gr% (OR=15,19; 95% CI: 3,25-70,97), keterlambatan pengambilan keputusan (OR=9,28; 95% CI: 2,15-84,80) dan keterlambatan penanganan medis di fasilitas rujukan (OR=13,16; 95% CI: 2,28-

						104,86)
4	Faktor-Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal	Arulita Ika Fibriana	2007, Kabupaten Cilacap	Case Control	Variabel Bebas: komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas, status gizi, anemia, riwayat penyakit, riwayat KB, keterlambatan rujukan, tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan. Variabel Terikat: Kematian Maternal	Faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal adalah komplikasi kehamilan (OR=147,1), komplikasi persalinan (OR=49,2), komplikasi nifas (OR=84,9), riwayat penyakit ibu (OR=210,2), riwayat KB (OR=33,1), keterlambatan rujukan (OR=50,8)
5	Analisis Faktor Risiko Kematian Ibu (Studi Kasus di Kabupaten Banyumas)	Dwi Sarwani SR dan Sri Nurlaela	2009, Kabupaten Banyumas	Case Control	Variabel Bebas: komplikasi obstetric, riwayat penyakit, riwayat persalinan, umur ibu, paritas, jarak antar kelahiran, pemeriksaan kehamilan, penolong persalinan, pendidikan	Faktor yang mempengaruhi kematian ibu adalah komplikasi obstetri (OR = 31,9; 95% CI= 4,4 – 188,9), adanya riwayat penyakit ibu (OR = 25,4; 95% CI= 3,2 – 176,1) dan adanya kelainan saat persalinan (OR

					ibu, pekerjaan ibu, penghasilan keluarga. Variabel Terikat: Kematian Ibu	= 13,1; 95% CI= 3,8 – 147,2)
--	--	--	--	--	--	------------------------------------

Berdasarkan tabel di atas, yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada waktu dan tempat penelitian. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu adalah kepemilikan asuransi kesehatan, status pernikahan, wilayah tempat tinggal, budaya pantang makanan dan program EMAS. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kasus kontrol, dengan kasus dan kontrol yang diperoleh dari masyarakat yang dilengkapi dengan wawancara.

1.6 RUANG LINGKUP

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Tegal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober tahun 2016.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.6.4 Ruang Lingkup Sasaran

Sasaran pada penelitian ini adalah keluarga ibu yang meninggal baik meninggal saat hamil, bersalin maupun nifas, dan ibu yang tidak meninggal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Definisi Kematian Ibu

Menurut *International Classification of Disease* (ICD-10), kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang sedang hamil atau dalam periode 42 hari setelah terminasi kehamilannya, tanpa memandang lama dan lokasi kehamilan. Kematian tersebut disebabkan oleh berbagai penyebab yang berhubungan dengan kehamilan atau diperburuk oleh kehamilan atau penatalaksanaannya, tetapi bukan akibat kecelakaan atau secara kebetulan.

Kematian ibu dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

2.1.1.1 Kematian Langsung

Kematian langsung adalah kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas, yang disebabkan oleh intervensi, kegagalan, pengobatan yang tidak tepat, atau rangkaian semua peristiwa tersebut di atas.

2.1.1.2 Kematian Tidak Langsung

Kematian tidak langsung adalah kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang timbul sebelum atau selama kehamilan dan tidak disebabkan langsung oleh penyebab kebidanan, akan tetapi diperburuk oleh kehamilan yang fisiologis (Royston E dan Sue Amstrong, 1994:4).

2.1.2 Epidemiologi Kematian Ibu

Mortalitas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Kematian ibu di dunia lebih banyak terjadi di negara berkembang. Angka kematian ibu (AKI) di negara berkembang berkisar antara 50 – 800 per 100.000 kelahiran hidup (Oktavianisya, 2014).

Negara dengan jumlah kematian ibu terbesar menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2004 adalah India, Nigeria, Pakistan, Republik Kongo dan Ethiopia, Tanzania, Afganistan, Banglades, Angola, Cina dan Kenya, Indonesia dan Uganda. Semua negara tersebut menyumbang 67% dari seluruh kematian ibu di dunia. Data WHO memperkirakan 200 juta per tahun terjadi kehamilan di seluruh dunia, 20 juta mengalami kesakitan akibat kehamilan, 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, dan lebih dari 500.000 mengalami kematian pada tahun 1995. Sebanyak 50% kematian terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan. Target global MDGs (*Millenium Development Goals*) ke-5 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target MDGs ke-5 untuk menurunkan AKI adalah

off track, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk mencapainya.

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (28%). Anemia dan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya perdarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu. Eklampsia (24%), Infeksi pada masa nifas (11%). Di berbagai negara paling sedikit seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, proporsinya berkisar antara kurang dari 10% sampai hampir 60%. Walaupun seorang perempuan bertahan hidup setelah mengalami perdarahan pasca persalinan, namun ia akan menderita akibat kekurangan darah yang berat (anemia berat) dan akan mengalami masalah kesehatan yang berkepanjangan (Depkes RI, 2013).

2.1.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu

Penyebab kematian ibu merupakan suatu hal yang cukup kompleks. Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kematian ibu, dikelompokkan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (FKM UI, 1998) adalah sebagai berikut:

2.1.3.1 Determinan Dekat

Determinan dekat merupakan proses yang paling dekat terhadap kejadian kematian ibu. Determinan dekat meliputi kejadian kehamilan itu sendiri dan komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas. Wanita yang

hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, baik komplikasi kehamilan maupun persalinan.

2.1.3.1.1 Komplikasi Kehamilan

Meskipun tubuhnya sudah berfungsi secara ideal dengan efisiensi yang maksimal, seorang wanita hamil tidak kebal terhadap penyakit-penyakit yang menyerang pada keadaan tidak hamil. Masalah yang sudah ada sebelumnya memerlukan perawatan dan pengawasan tambahan karena stress fisiologis ekstra yang disebabkan oleh kehamilan. Komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu perdarahan, preeklampsia / eklampsia, dan infeksi.

2.1.3.1.1.1 Perdarahan

Salah satu penyebab kematian ibu adalah perdarahan, baik perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan muda (trimester pertama), yaitu *abortus* dan perdarahan karena Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), maupun perdarahan pada kehamilan lanjut yaitu *plasenta previa* dan *solusio plasenta* (Hanifa W, dkk:2005).

2.1.3.1.1.2 Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik merupakan penyebab perdarahan berat lainnya yang penting. Pada keadaan itu, telur yang telah dibuahi tertanam, tumbuh, dan berkembang di luar uterus. Tempat kehamilan ektopik yang paling sering terjadi adalah pada *tuba fallopi*. Karena tidak dapat menampung embrio yang terus tumbuh, tuba fallopi akan segera pecah (biasanya dalam waktu 10 minggu kehamilan pertama). Selanjutnya, terjadi perdarahan yang terkumpul dalam

rongga perut dan menimbulkan rasa nyeri setempat atau menyeluruh yang berat, pingsan, dan syok. Tanpa pengobatan, kehamilan ektopik dapat menjadi fatal hanya dalam waktu beberapa jam. Untuk itu diperlukan tindakan pembedahan untuk mengangkat tuba dan mengikat pembuluh darah yang pecah guna menghentikan perdarahan. Hampir selalu diperlukan pengganti darah yang hilang (Royston E dan Sue Amstrong, 1994:82).

2.1.3.1.1.3 Abortus

Abortus merupakan pengakhiran kehamilan dengan cara apapun sebelum janin cukup berkembang untuk dapat hidup di luar kandungan. Lebih dari 80% abortus terjadi dalam 12 minggu pertama kehamilan.

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi uterus, infeksi, syok hemoragik dan syok septik (Hanifa W,dkk:2005). Komplikasi fatal juga dapat terjadi akibat bendungan sistem pembuluh darah oleh bekuan darah, gelembung udara atau cairan, gangguan mekanisme pembekuan darah yang berat dan keracunan obat-obat abortif yang menimbulkan gagal ginjal.

2.1.3.1.1.4 Pre-eklampsia

Pre-eklampsia merupakan keadaan yang khas pada kehamilan, dan keadaan ini ditandai oleh gejala edema, hipertensi serta proteinuria. Pre-eklampsia paling sering ditemukan sesudah usia kehamilan 28 minggu. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor tertentu sebagai predisposisi antara lain kekhasan pada kehamilan, overdistensi uterus (seperti pada kehamilan kembar, abnormalitas janin), penyakit ginjal, hipertensi esensial, diabetes, disfungsi plasenta dan insidensi lebih tinggi jika makanan ibu mempunyai mutu yang buruk.

Pre-eklampsia tidak selalu terjadi kembali pada kehamilan berikutnya. Akibat pre-eklampsia yang utama adalah vasokonstriksi arterial yang menyebabkan kenaikan tekanan darah dan menurunkan pasokan darah yang efektif pada banyak organ serta jaringan tubuh, termasuk plasenta yang menyebabkan kematian janin (Farrer H, 1999:110).

2.1.3.1.1.5 Eklampsia

Eklampsia merupakan keadaan langka yang dapat terjadi mendadak dengan atau tanpa didahului oleh pre-eklampsia. Keadaan ini ditandai oleh, serangan kejang yang menyerupai kejang pada epilepsi 'grand mal' dengan pengecualian bahwa pada eklampsia biasanya tidak terdapat gangguan pengendalian sfingter. Eklampsia paling sering ditemukan selama atau sesaat sesudah persalinan.

2.1.3.1.2 Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan merupakan komplikasi yang terjadi pada saat persalinan, dapat berupa perdarahan *postpartum*, *retensio plasenta*, dan *ruptura uteri*.

2.1.3.1.2.1 Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervagina yang berlebihan setelah bayi dilahirkan. Kontraksi uterus selama persalinan bukan saja ditujukan untuk mengeluarkan bayi dan plasenta melainkan juga untuk menutup pembuluh darah yang terbuka setelah persalinan. Pada keadaan normal plasenta dikeluarkan dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi. Selanjutnya kontraksi uterus segera akan menghentikan perdarahan.

Perdarahan yang berat dapat juga timbul sebagai akibat cedera pada saat persalinan spontan atau selama persalinan melalui pembedahan. Pecahnya uterus, robekan pada leher rahim atau vagina, dan cedera pada jalan lahir bagian bawah dan perineum semuanya dapat menimbulkan perdarahan (Royston E dan Sue Armstrong, 1994:80).

2.1.3.1.2.2 Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Penyebabnya adalah plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas akan tetapi belum dilahirkan (Hanifa W,dkk:2005).

2.1.3.1.2.3 Ruptura Uteri

Ruptura uteri adalah robekan dinding Rahim akibat dilampauinya daya regang moimetrium (Abdul Bari S, dkk:2002). Pecahnya uterus merupakan komplikasi utama persalinan macet yang lain. Apabila uterus pecah akan terjadi nyeri yang hebat dan nyeri tekan di atasnya, diikuti pendarahan berat dari pembuluh darah yang robek dan kematian timbul dalam 24 jam sebagai akibat perdarahan dan syok atau akibat infeksi yang timbul kemudian. Perlu dilakukan pembedahan yang bertujuan untuk menghentikan perdarahan. Hal tersebut dapat dicapai dengan memperbaiki robekan pada uterus atau mengangkat uterus.

2.1.3.1.3 Komplikasi Nifas

Komplikasi masa nifas merupakan komplikasi yang terjadi pada masa nifas, dapat berupa penyakit dan kelainan pada uterus (*subinvolutio*) dan infeksi nifas.

2.1.3.1.3.1 Penyakit dan Kelainan pada Uterus (*subinvolutio*)

Subinvolutio adalah kemacetan atau kelambatan involusio, yaitu proses pemulihan uterus dalam masa nifas yang secara normal akan kembali kepada proporsinya semula. *Subinvolutio* disertai oleh pemanjangan periode pengeluaran lochia dan kadang-kadang oleh perdarahan yang banyak. Proses ini diikuti oleh leukore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Penyebab *subinvolutio* antara lain retensi fragmen plasenta dan infeksi pelvik (Williams, 1995).

2.1.3.1.3.2 Infeksi Nifas

Infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas. Infeksi nifas dapat terjadi pada pertolongan persalinan yang tidak mengindahkan syarat-syarat aseptis-antiseptis, partus lama, ketuban pecah dini, dan sebagainya (Hanifa W, dkk, 2005).

2.1.3.2 Determinan Antara

Determinan antara merupakan keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu. Determinan antara ini meliputi status kesehatan ibu, status reproduksi, perilaku sehat dan faktor-faktor lain yang tidak diketahui atau tidak diduga.

2.1.3.2.1 Status Kesehatan Ibu

Status kesehatan ibu yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu yaitu meliputi status gizi ibu, anemia, penyakit yang diderita ibu, dan riwayat komplikasi pada kehamilan dan persalinan sebelumnya.

2.1.3.2.1.1 Status Gizi Ibu

Status gizi dan kesehatan ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin. Masalah kesehatan dan gizi ibu hamil yang umum di negara berkembang adalah anemia gizi besi. Ibu hamil yang bermasalah dengan status gizinya atau menderita KEK dan anemia cenderung melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Status gizi ibu hamil dapat dilihat dari hasil pengukuran terhadap lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran LILA bertujuan untuk mendeteksi apakah ibu hamil termasuk kategori kurang energi kronis (KEK) atau tidak. Ibu dengan status gizi buruk juga dapat memiliki risiko untuk terjadinya perdarahan dan infeksi pada masa nifas (Depkes RI, 2000).

2.1.3.2.1.2 Anemia

Anemia selama kehamilan menyebabkan ibu hamil tidak begitu mampu untuk menghadapi kehilangan darah dan membuatnya lebih rentan terhadap infeksi. Apabila anemianya berat, kegagalan jantung cenderung terjadi. Anemia juga dapat menimbulkan hipoksia fetal dan persalinan prematur.

Anemia harus diperiksa jika kadar hemoglobin menurun sampai 11 gr (75%) atau kurang. Anemia tidak selalu terlihat dari tanda-tanda eksternal. Gejala yang terjadi biasanya samar-samar (keluhan tidak enak badan, pusing, berdebar-debar, dll). Karena alasan inilah, pengukuran kadar hemoglobin harus dilakukan

pada kunjungan pertama ke klinik antenatal dan pengukuran berikutnya dikerjakan bila terdapat indikasi. Pada kebanyakan kasus, pemberian nutrisi yang memadai dan terapi profilaksis dengan tablet zat besi membawa hasil yang memuaskan dalam mengatasi anemia fisiologis pada kehamilan. Namun demikian, anemia yang sudah ada sebelumnya merupakan permasalahan yang memerlukan intervensi secara aktif. Ada tiga penyebab keadaan ini yaitu defisiensi zat besi, defisiensi asam folat, dan talasemia minor (buku).

2.1.3.2.1.3 Penyakit yang Diderita Ibu

Penyakit yang diderita ibu ketika hamil adalah HIV. HIV pada ibu hamil, selain mengancam keselamatan ibu juga dapat menular kepada bayinya (*mother to child transmission*). Menurut data Kementerian Kesehatan tahun 2009, dari 10.026 ibu hamil menjalani test HIV, sebanyak 289 (2,9%) ibu hamil dinyatakan positif HIV.

Sifilis juga merupakan salah satu infeksi menular seksual yang juga perlu mendapat perhatian. Ibu hamil yang menderita sifilis juga berpotensi untuk melahirkan bayi dengan sifilis kongenital.

Penyakit menular lainnya yang masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat adalah Tuberkulosis (TB). Pada ibu hamil TB dapat memperburuk kesehatan dan status gizi ibu, serta mempengaruhi tumbuh kembang janin dan risiko tertular pada bayinya.

Penyakit kronis seperti hipertensi diabetes mellitus, jantung, asma berat, dan gangguan jiwa sangat mempengaruhi kondisi kesehatan ibu, janin dan bayi baru lahir. Penanganan penyakit kronis pada ibu hamil masih belum seperti

yang diharapkan dan datanya juga belum terekam dengan baik (Pedoman ANC Terpadu, 2010).

2.1.3.2.1.4 Riwayat pada Kehamilan dan Persalinan Sebelumnya

Riwayat obstetrik yang buruk seperti persalinan dengan tindakan, perdarahan, aptus lama, bekas seksio sesaria akan mempengaruhi kematian ibu. 15% persalinan yang terjadi di negara berkembang merupakan persalinan dengan tindakan, dalam hal ini seksio sesaria paling sering dilakukan. Semua persalinan dengan tindakan memiliki risiko, baik terhadap ibu maupun bayinya. Sebagian risiko timbul akibat sifat dari tindakan yang dilakukan, sebagian karena prosedur lain yang menyertai dan sebagian lagi akibat komplikasi kehamilan, yang memaksa dilakukannya tindakan. Di samping itu, dapat pula timbul komplikasi terutama perdarahan dan infeksi yang berat (Erica Royston dan Sue Armstrong, 1998).

2.1.3.2.2 Status Reproduksi

2.1.3.2.2.1 Usia Ibu Saat Hamil

Berdasarkan statistik, usia muda yang dianggap berisiko bagi kehamilan adalah di bawah 18 tahun dan usia di atas 35 tahun kehamilan akan mengancam jiwa dan janin. Umur belasan tahun merupakan masa sulit untuk mempunyai anak. Pernikahan remaja mempunyai angka perpisahan yang tinggi dan mempunyai anak dapat menambah tekanan jiwa dalam tingkat yang sangat besar bagi pasangan tersebut. Kehamilan pada ibu remaja juga dapat menimbulkan beberapa risiko yaitu anemia, tekanan darah tinggi, kelahiran prematur, dan bedah caesar. Kehamilan pada usia 35 tahun seringkali disebut

sebagai batas akhir dan sesudah usia tersebut kehamilan akan menimbulkan risiko yang lebih besar. Angka kematian ibu naik secara tetap dari 9 per 100.000 pada usia 25 - 29 tahun menjadi 66 per 100.000 sesudah usia 40 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa risiko kematian ibu meningkat pesat seiring dengan bertambahnya usia ibu saat hamil dan melahirkan.

Usia ideal bagi seorang wanita untuk hamil dan melahirkan terutama kehamilan pertama adalah antara usia 20 – 30 tahun karena dalam periode kehidupan ini, risiko wanita menghadapi komplikasi medis ketika hamil dan melahirkan tergolong yang paling rendah (Risa Arianie, dkk, 2011).

2.1.3.2.2.2 Paritas

Paritas adalah angka-angka yang menunjukkan jumlah kehamilan yang pernah dialami ibu serta status terminasi kehamilan tersebut (Juli Soemirat S, 2002). Paritas 2 – 4 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian ibu. Jumlah atau banyaknya anak yang dilahirkan, sudah terbukti bahwa multiparitas, dalam hal ini diberi batas kelahiran lebih dari 4 sering menyebabkan komplikasi baik terhadap ibu yang dilahirkan maupun anak (Hanifa W, 2005).

Paritas 1 dan umur muda berisiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental, sedangkan paritas di atas 4 dan umur tua, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan (S. Soemantri, dkk, 2004).

2.1.3.2.2.3 Jarak Kelahiran

Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kematian ibu. Persalinan dengan interval

kurang dari 24 bulan (terlalu sering) secara nasional sebesar 15%, dan merupakan kelompok risiko tinggi untuk perdarahan postpartum, kesakitan dan kematian ibu. Jarak antar kehamilan yang disarankan pada umumnya adalah paling sedikit dua tahun, untuk memungkinkan tubuh wanita dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada masa kehamilan dan laktasi (Depkes RI, 2004).

2.1.3.2.3 Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi keterjangkauan lokasi tempat pelayanan (tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis atau sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan), jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia (jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan berkualitas), dan keterjangkauan terhadap informasi (informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia) (FKM UI, 1998).

Kematian ibu seringkali dikarenakan oleh istilah “3Terlambat” yaitu terlambat mengambil keputusan untuk memberikan pertolongan kepada ibu hamil dan melahirkan, terlambat membawa ke tempat pelayanan kesehatan, dan terlambatnya tenaga medis dalam memberikan pertolongan (Depkes RI, 2003).

2.1.3.2.4 Perilaku Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi pemeriksaan antenatal. Ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya. Kemudian penolong pertama persalinan, ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar unuk

mengalami kematian dibandingkan dengan ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan.

Kepemilikan asuransi kesehatan juga merupakan salah satu perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Asuransi kesehatan merupakan salah satu upaya untuk mendekatkan akses masyarakat kecil ke pelayanan kesehatan. Seperti diketahui, selama ini biaya kesehatan di Indonesia amat mahal dan relatif belum terjangkau sebagian besar masyarakat Indonesia. Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terjadi terutama pada keadaan dimana pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem tunai (*fee for service*).

Kepemilikan asuransi kesehatan adalah ketersediaan asuransi untuk keperluan rawat jalan atau rawat inap. Orang-orang yang tidak mempunyai asuransi mempunyai kunjungan (kontak dengan dokter) yang lebih rendah dibandingkan dengan orang yang mempunyai asuransi (Littik Serlie, 2008:1).

Program Jaminan Persalinan (Jampersal) juga merupakan salah satu program pembiayaan persalinan bagi seluruh ibu yang bersalin yang sekarang sudah diganti menjadi BPJS. Namun sebagian besar masyarakat masih belum mengetahui adanya program tersebut sehingga masih banyak ibu hamil atau masyarakat yang enggan untuk memeriksa kesehatannya ke fasilitas kesehatan. Kepemilikan asuransi kesehatan juga dapat mengubah seorang ibu untuk bersalin pada tenaga kesehatan. Karena pembiayaan persalinan telah dimasukkan ke dalam

asuransi kesehatan sehingga tidak memberatkan keluarga dimana sebagian besar masyarakat di daerah pedesaan (Manfaati, Sekarwuni, dkk, 2013:4 - 6).

2.1.3.3 Determinan Jauh

Determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian ibu, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor-faktor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu (Fibriana, 2007).

2.1.3.3.1 Status Wanita dalam Keluarga dan Masyarakat

Status wanita dalam keluarga dan masyarakat antara lain meliputi tingkat pendidikan. Pendidikan ibu akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan dan perilaku ibu dalam pemeliharaan kesehatan baik dirinya maupun keluarganya, khususnya dalam perawatan selama kehamilan serta pola konsumsi pangan. Jadi pendidikan ibu yang rendah akan berpengaruh pada tingginya kejadian kematian ibu. Kemudian pekerjaan ibu, ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan. Keberdayaan wanita (*women empowerment*) juga memungkinkan wanita lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal yang terbaik bagi dirinya, termasuk kesehatan atau kehamilannya (FKM UI, 1998:10).

Status pernikahan juga dapat berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. perempuan dengan status tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan

pemeriksaan kehamilan, yang akan menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan komplikasi.

2.1.3.3.2 Status Keluarga dalam Masyarakat

Status keluarga dalam masyarakat meliputi penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga yang juga dapat berpengaruh terhadap risiko kematian ibu (FKM UI, 1998:10).

Dengan situasi ekonomi yang semakin sulit dan pandangan yang belum menjadikan kesehatan ibu hamil dan melahirkan sebagai kebutuhan yang diprioritaskan, maka masyarakat semakin berkurang untuk berkunjung ke bidan atau tenaga medis lainnya untuk memeriksa kehamilannya. Pada keluarga dengan ekonomi yang rendah dan pendidikan yang rendah, kesehatan tidak begitu diperhatikan. Kemiskinan yang melilit keluarga ibu hamil, seringkali memaksa ibu yang sedang hamil untuk tetap bekerja seperti ketika tidak hamil. Padahal masa kehamilan akan sangat rawan bila ibu harus banyak bekerja dan mengeluarkan energy yang besar. Rasa lelah akibat bekerja berat yang dilakukannya dapat mengganggu kehamilan dan janinnya, yang dapat membawa risiko keguguran atau bahkan kematian ibu (Depkes RI, 2003:7).

2.1.3.3.3 Status Masyarakat

Status keluarga dalam masyarakat meliputi tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumber daya (misalnya jumlah dokter dan pelayanan kesehatan yang memadai), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi (FKM UI, 1998:10).

Indonesia merupakan suatu negara yang sangat luas. Namun luas wilayah ini belum dapat diimbangi dengan kecukupan ketersediaan sarana pelayanan publik, termasuk dalam bidang kesehatan. Tidak semua desa memiliki puskesmas dan tenaga medis seperti dokter atau bidan. Secara geografis masih banyak masyarakat yang tinggal jauh dari sarana kesehatan. Hal ini dapat diperburuk lagi ketika fasilitas transportasi yang terbatas atau bahkan tidak ada. Bisa juga fasilitas jalan yang ada tidak memungkinkan angkutan umum memasuki daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan tersebut. Jika keadaan geografis seperti ini masih banyak dijumpai, maka ibu hamil yang akan melahirkan (terutama ketika malam hari) akan sangat kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga medis dengan cepat, yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian ibu (Depkes RI, 2003:8).

2.1.3.3.4 Budaya Pantang Makanan

Budaya pantang makanan adalah bahan makanan atau masakan yang tidak boleh dimakan oleh para individu (ibu hamil) dalam masyarakat karena alasan yang bersifat budaya (Marsetya dalam Susanti, 2013:5).

Penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energi kronis pada ibu hamil pernah dilakukan oleh Rahmانيar (2011) dengan hasil bahwa pada faktor pantang makanan adanya hubungan dengan kejadian Kurang Energi Kronis (KEK).

Dampak komplikasi kekurangan gizi pada ibu hamil diantaranya adalah kurang energi kronis, anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, terkena penyakit infeksi, persalinan sebelum waktunya (*premature*),

pendarahan setelah persalinan, abortus, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Beberapa pola pantang makanan hanya dianut oleh suatu golongan masyarakat atau oleh bagian yang lebih besar dari penduduk. Pola lain hanya berlaku untuk kelompok dalam suatu penduduk tertentu dan pada waktu tertentu. Bila pola pantangan berlaku bagi seluruh penduduk dan sepanjang hidupnya, kekurangan zat gizi cenderung tidak akan berkembang seperti jika pantangan itu hanya berlaku bagi sekelompok masyarakat tertentu selama satu tahap dalam siklusnya.

Upaya yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan untuk menanggulangi kejadian berpantang makanan adalah dengan memberikan pengertian serta penyuluhan dengan sebaik-baiknya, bahwa berpantang makanan yang mengandung gizi adalah dapat menyebabkan gizi ibu hamil terganggu. Perbaikan gizi untuk ibu hamil dengan KEK adalah dengan memperbanyak konsumsi jenis makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, mie dan kentang. Yang mengandung protein hewani yaitu : daging, ikan, ayam, telur. Sumber protein nabati yaitu : tempe, tahu, kacang-kacangan.

2.1.4 Pencegahan Kematian Ibu

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena sebagian komplikasi kebidanan dapat ditangani. Setidaknya ada tiga kondisi yang perlu dicermati dalam menyelamatkan ibu, yaitu:

2.1.4.1 Pertama, sifat komplikasi obstetrik yang tidak dapat diprediksi akan dialami oleh siapa dan kapan terjadi (dalam kehamilan, persalinan atau pasca-salin terutama 24 jam pertama pasca-salin). Hal ini menempatkan setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami komplikasi kebidanan yang dapat mengancam jiwanya.

2.1.4.2 Kedua, karena setiap kehamilan berisiko maka seharusnya setiap ibu mempunyai akses terhadap pelayanan yang adekuat yang dibutuhkannya saat komplikasi terjadi. Sebagian komplikasi dapat mengancam jiwa sehingga harus segera mendapatkan pertolongan di rumah sakit yang mampu memberikan pertolongan kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir.

2.1.4.3 Ketiga, sebagian besar kematian ibu terjadi pada masa persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan, suatu periode yang sangat singkat sehingga akses terhadap dan kualitas pelayanan pada periode ini perlu mendapatkan prioritas agar mempunyai daya ungkit yang tinggi dalam menurunkan kematian ibu.

Dalam kenyataannya, langkah-langkah pencegahan dan penanganan komplikasi tersebut diatas seringkali tidak terjadi, yang disebabkan oleh karena keterlambatan dalam setiap langkah, yaitu:

1. Terlambat mengambil keputusan

Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- 1) Ibu terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan walaupun akses terhadap tenaga kesehatan tersedia 24/7 (24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu), oleh karena masalah tradisi/kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya non-medis dan biaya medis lainnya (obat jenis tertentu, pemeriksaan golongan darah, transport untuk mencari darah/obat, dll).
 - 2) Keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu.
 - 3) Tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan/atau mengidentifikasi komplikasi secara dini, yang disebabkan oleh karena kompetensi tenaga kesehatan tidak optimal, antara lain kemampuan dalam melakukan APN (Asuhan Persalinan Normal) sesuai standar dan penanganan pertama keadaan GDON (Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal).
 - 4) Tenaga kesehatan tidak mampu mengadvokasi pasien dan keluarganya mengenai pentingnya merujuk tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu.
2. Terlambat Mencapai RS Rujukan dan Rujukan Tidak Efektif, yang dapat disebabkan oleh:
- 1) Masalah geografis
 - 2) Ketersediaan alat transportasi
 - 3) Stabilisasi pasien komplikasi (misalnya pre-syok) tidak terjadi/tidak efektif karena keterampilan tenaga kesehatan yg kurang optimal dan/atau obat/alat kurang lengkap

- 4) Monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindaklanjuti.
3. Terlambat Mendapatkan Pertolongan Adekuat di RS Rujukan, yang dapat disebabkan karena :
 - 1) Sistem administratif pelayanan kasus gawat darurat di RS tidak efektif
 - 2) Tenaga kesehatan yang dibutuhkan (SPOG, Anestesi, Anak, dll) tidak tersedia
 - 3) Tenaga Kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia
 - 4) Sarana dan prasarana tidak lengkap/tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat
 - 5) Darah tidak segera tersedia
 - 6) Pasien tiba di RS dengan “kondisi medis yang sulit diselamatkan”
 - 7) Kurang jelasnya Pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif.
 - 8) Kurangnya informasi di masyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.

2.1.5 Program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*)

EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) adalah sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan USAID selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Program ini berupaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, terutama untuk kesehatan ibu dan anak dibidang fasilitas kesehatan. Pemerintah telah menetapkan kebijakan tentang peningkatan pelayanan kesehatan terutama *maternal* dan *neonatal* yang salah satu tujuannya untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak (Alamsyah, 2012).

Program EMAS mendukung pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten, dalam berjejaring dengan Organisasi Masyarakat Sipil, fasilitas kesehatan publik dan swasta, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, dan sektor swasta, dan lain-lain. Program ini akan berkontribusi terhadap percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Indonesia (EMAS, 2012).

Program EMAS dilakukan di 30 kabupaten dan 6 propinsi yaitu:

1. Sumatera Utara daerah intervensinya adalah Kabupaten Deli Serdang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Medan, Kota Tebing Tinggi, Kabupaten Langkat, Kabupaten Karo, Kota Pematang Siantar, Kabupaten Serdang Bedagai, Kab Simalungun, dan Kota Binjai.
2. Banten daerah intervensinya adalah Kabupaten Serang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Tangerang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Pendeglang, dan Kota Cilegon.
3. Jawa Barat daerah intervensinya adalah Kabupaten Bandung. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Garut, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Cianjur, Kota Bandung, Kota Cimahi, Kabupaten Bandung Barat. Daerah intervensi lain di Jawa Barat adalah Kabupaten Cirebon. Kabupaten di sekitar daerah

intervensi adalah Kota Cirebon, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Kuningan.

4. Jawa Tengah daerah intervensinya adalah Kabupaten Tegal. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Tegal, Kabupaten Brebes, Kabupaten Pemalang, Kabupaten Pekalongan, dan Kota Pekalongan. Daerah intervensi lain di Jawa tengah adalah Kabupaten Banyumas. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Kebumen, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten Banjarnegara.
5. Jawa Timur daerah intervensinya adalah Kabupaten Malang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kota Malang, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Pasuruan, Kota Batu, dan Kabupaten Blitar.
6. Sulawesi Selatan. Daerah intervensinya adalah Kabupaten Pinrang. Kabupaten di sekitar daerah intervensi adalah Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Enrekang, Sidenreng Rappang, dan Kota Pare-Pare.

2.1.5.1 Tujuan *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS)

1. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi maternal-neonatal
 - 1) Memastikan prioritas intervensi medis berdampak besar pada penurunan kematian ibu dan neonates diterapkan di Puskesmas dan Rumah Sakit.
 - 2) Melakukan pendekatan tata kelola (*clinical governance*) diterapkan di Puskesmas dan Rumah Sakit.
2. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi sistem rujukan antar Puskesmas dan Rumah Sakit.

- 1) Melakukan penguatan sistem rujukan, dimana tenaga kesehatan atau bidan yang ada di desa ataupun di Puskesmas merujuk ke Rumah Sakit dalam kondisi yang bersiap.
- 2) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan dan pemerintah daerah.
- 3) Meningkatkan akses masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Hardjono, 2013).

Untuk melakukan semua hal tersebut, program EMAS fokus terhadap:

1. Memperbaiki dan memperkuat jalinan antara Rumah Sakit dan Puskesmas.
2. Menggunakan teknologi berbasis web dan ponsel sederhana untuk meningkatkan komunikasi, memperpendek waktu rujukan, dan memastikan pasien distabilkan kondisinya.
3. Menetapkan sekumpulan standar dan audit berkala yang dapat membantu pihak kabupaten untuk mengenali dan memantau semua kelebihan dan kekurangan dalam sistem rujukan dan memastikan dibuatnya kebijakan dan standar pelayanan yang sesuai.
4. Mengurangi halangan keuangan dan memastikan semua orang mempunyai akses setara untuk memperoleh jaminan sosial.

2.1.5.2 Konsentrasi Program EMAS

Dalam melaksanakan program ini, tidak semua yang berkaitan dengan kematian ibu dan bayi diintervensi, tetapi terkonsentrasi kepada 7 penyebab kematian maternal dan neonatal, bidang kematian ibu ada 4 penyebab yang akan diintervensi yaitu kejadian perdarahan (*hemorrhage*), preeklamsia

berat/eklamsia, infeksi dan partus macet (*prolonged labor*), sedangkan untuk neonatal yang diintervensi adalah asfiksia, sepsis, dan berat bayi lahir rendah.

2.1.5.3 Framework dan Intervensi Program EMAS

Program EMAS dalam melaksanakan programnya menggunakan pendekatan *Vanguard* dimana sistem rujukan yang digunakan adalah satu RS akan dikunjungi Puskesmas dimana disinilah nanti dijalin sistem rujukan, Puskesmas akan merujuk ke RS tertentu untuk meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan professional sehingga pada akhirnya mampu menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Intervensi yang dilakukan melalui *quality improvement* atau peningkatan kualitas di Rumah Sakit dan stakeholders yang mempunyai kemampuan untuk membuat kebijakan seperti Kepala Dinas Kesehatan, direktur RS khususnya dokter spesialis obgyn dan anak, serta tenaga spesialis lainnya yang mendukung. Selain dari peningkatan kualitas tenaga kesehatan, program ini juga menggunakan SMS sebagai media untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak dengan nama SIJARIEMAS.

2.1.5.4 Roadmap Kegiatan Governace Program EMAS 2012 – 2016

Program EMAS direncanakan berjalan di Indonesia selama 5 tahun (2012-2016) dengan berbagai intervensi yang dilakukan dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak sebesar 25% sehingga tujuan dari MDGs menurunkan angka kematian ibu sebesar $\frac{3}{4}$ atau menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan 23 per 1000 kelahiran hidup ditahun 2015 tercapai. Program

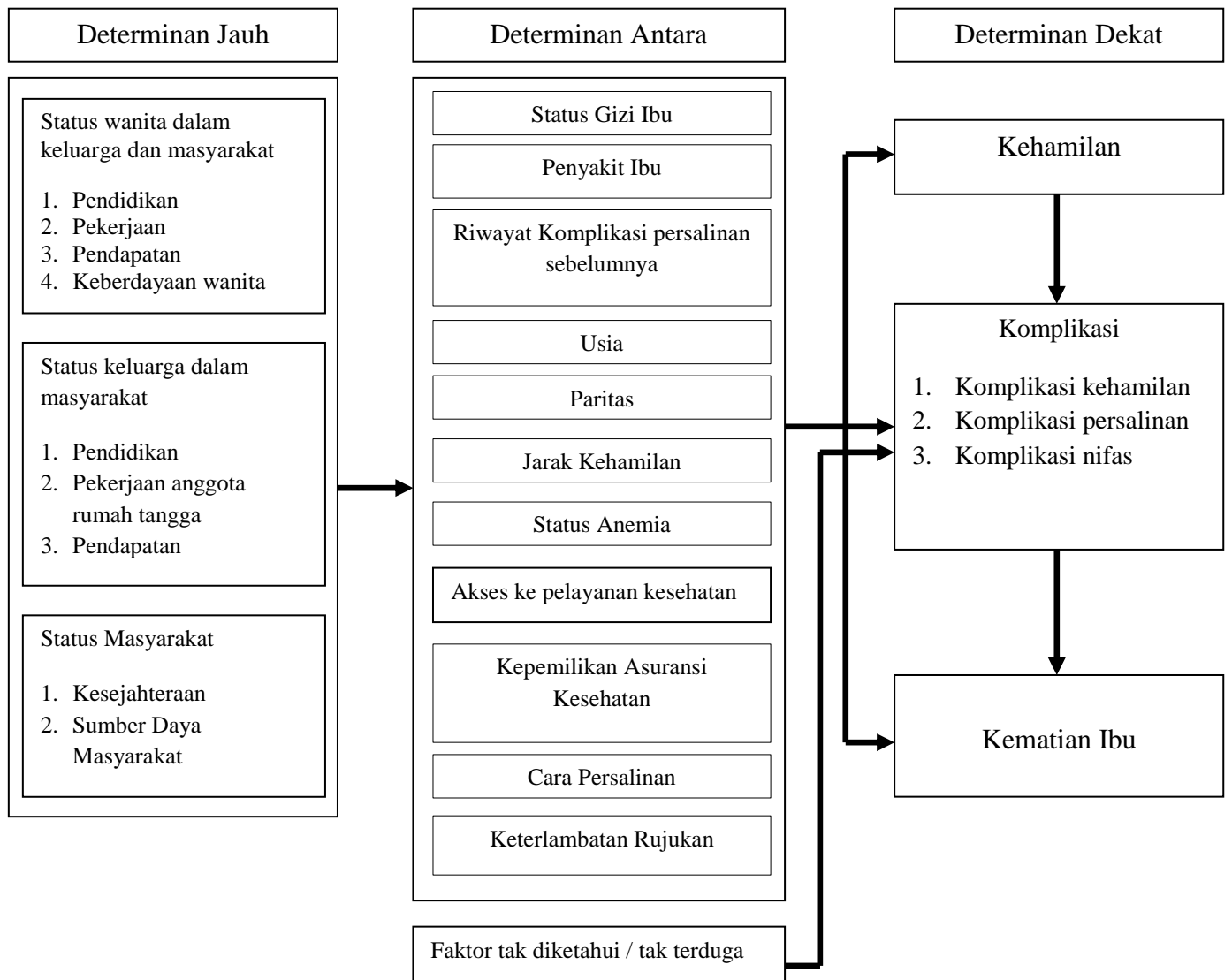
EMAS dalam mengimplementasikan program membagi kegiatan dalam target tahunan sehingga tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu menjadi tercapai.

Tabel 2.1 Roadmap Kegiatan Program EMAS 2012 – 2016

No.	Tahun	Kegiatan	Capaian
1	2012	Pembangunan Kelembagaan (Pokja) pembangunan kesadaran, pengenalan teknologi, partisipasi dan transparansi	SIJARIEMAS (Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal dan Neonatal), SIGAPKU (Sistem Informasi Gerbang Pelayanan Kesehatan Publik), SIPPP (Sistem Informasi Penguatan Pembelajaran dan Performa) melalui SMS dan Voice (call center)
2	2013	Peningkatan partisipasi dan transparansi pelayanan melalui maklumat pelayanan dan umpan balik, akses yang baik terhadap pembiayaan	Penguatan intervensi tahun pertama melalui aplikasi telepon seluler
3	2014	Penguatan sistem rujukan dengan dukungan regulasi yang baik, pelayanan berkualitas dan akses yang lebih baik, didukung kolaborasi stakeholders	Penguatan intervensi tahun 1 dan ke 2 serta integrasi sistem
4	2015	Perluasan partisipasi dan transparansi dalam pelayanan KIA	Penguatan intervensi tahun 1, ke 2 dan ke 3 serta integrasi dan mengimplementasikan sistem
5	2016	Kelembagaan rujukan yang kuat, jaminan pembiayaan bagi kelompok miskin, akses yang adil terhadap pelayanan KIA	Penguatan intervensi tahun 1, ke 2, ke 3 dan ke 4 serta potensi teknologi baru (innovation)

Sumber: D Lutan, USU, 2016

2.2 KERANGKA TEORI

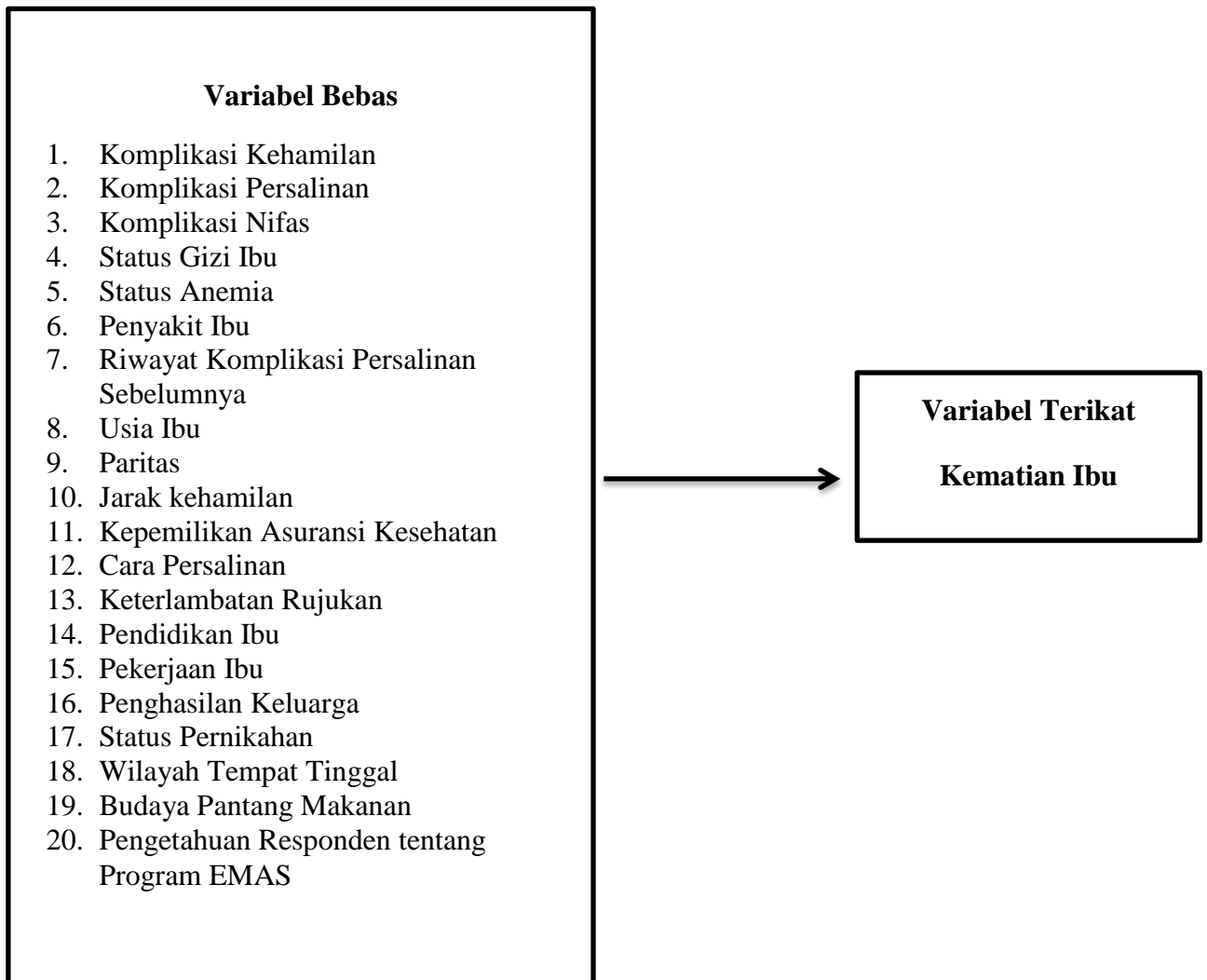


Gambar 2.1 : Kerangka Teori, sumber: McCarthy dan Maine (FKM UI, 1998)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 : Kerangka Konsep

3.2 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang apabila ia berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain (Sastroasmoro, 2011). Variabel bebas pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu (komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas, status gizi ibu, status anemia, penyakit ibu, riwayat persalinan sebelumnya, usia, paritas, jarak kehamilan, kepemilikan asuransi kesehatan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, penghasilan keluarga, status pernikahan, wilayah tempat tinggal, budaya pantang makanan, dan pengetahuan responden tentang program EMAS).

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas (Sastroasmoro, 2011). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian kematian ibu.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian.

3.3.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara faktor-faktor yang terdiri dari determinan dekat, determinan antara, dan determinan jauh dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

3.3.2 Hipotesis Minor

3.3.2.1 Determinan Dekat

1. Ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
2. Ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
3. Ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

3.3.2.2 Determinan Antara

1. Ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
2. Ada hubungan antara status anemia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
3. Ada hubungan antara riwayat penyakit ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
4. Ada hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
5. Ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

6. Ada hubungan antara paritas dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
7. Ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
8. Ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
9. Ada hubungan antara cara persalinan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
10. Ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

1.3.2.4 Determinan Jauh

8. Ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
9. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
10. Ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
11. Ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
12. Ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.
13. Ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

14. Ada hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal.

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Ukuran	Skala
1	Variabel Terikat: Kematian Maternal	Kematian wanita pada saat hamil sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung pada umur kehamilan dan letak kehamilan di dalam atau di luar kandungan disebabkan oleh kehamilannya atau kondisi tubuh yang memburuk akibat kehamilan, atau diakibatkan oleh kesalahan pada pertolongan persalinan. Dalam hal tersebut tidak termasuk kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau ketidaksengajaan (ICD-10).	Kuesioner	1. Ya (mengalami kematian maternal) 2. Tidak (tidak mengalami kematian maternal)	Nominal
2	Komplikasi Kehamilan	Komplikasi yang terjadi selama kehamilan terakhir, dapat berupa perdarahan pre-eklampsia/eklampsia, atau infeksi. Ibu hamil berisiko tinggi untuk mengalami kematian maternal bila terdapat komplikasi pada kehamilannya (Lestari, Laeli Puji, 2009).	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak Ada	Nominal
3	Komplikasi Persalinan	Komplikasi yang terjadi selama proses persalinan berupa perdarahan, partus lama, infeksi, ketuban pecah dini, eklampsia, syok, kelainan plasenta, kelainan letak yang terjadi menjelang	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak Ada	Nominal

		atau pada saat persalinan. Ibu hamil berisiko tinggi untuk mengalami kematian maternal bila terdapat komplikasi pada persalinannya (Lestari, Laeli Puji, 2009).			
4	Komplikasi Nifas	Komplikasi yang terjadi dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, berupa infeksi nifas (Lestari, Laeli Puji, 2009).	Kuesioner	1. Ada 2. Tidak Ada	Nominal
5	Status Gizi Ibu	Penilaian gizi ibu berdasarkan pada pengukuran LILA (lingkar lengan atas) dengan menggunakan pita lila yang dinyatakan dalam satuan cm. Ibu hamil berisiko bila LILA < 23,5 (menderita KEK).	KMS ibu hamil, register kohort ibu hamil	1. KEK 2. Tidak KEK	Nominal
6	Status Anemia	Kadar hemoglobin (Hb) ibu pada saat hamil < 11 gram/dl.	KMS ibu hamil, register kohort ibu hamil	1. Anemia 2. Tidak anemia	Nominal
7	Penyakit Ibu	Salah satu jenis penyakit penyerta yang diderita ibu sebelum maupun selama kehamilan (penyakit infeksi, penyakit kronik) seperti tuberkulosis, penyakit jantung, ginjal, dan lain-lain.	Kuesioner, wawancara, catatan medik	1. Menderita Penyakit 2. Tidak Menderita Penyakit	Nominal
8	Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya	Riwayat persalinan yang tidak normal yang dialami ibu pada persalinan terdahulu. Misalnya perdarahan, infeksi, eklampsia, partus macet, rupture uteri, dan lain-lain.	Kuesioner, wawancara, catatan medik	1. Ada 2. Tidak Ada	Nominal
9	Usia Ibu	Jumlah tahun atau lama waktu yang dimiliki oleh ibu sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner, wawancara, catatan medik	1. < 20 tahun atau > 35 tahun 2. 20 – 35 tahun	Ordinal
10	Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami ibu.	Kuesioner, wawancara, catatan medik, dokumen	1. Paritas \leq 1 atau paritas > 3 2. Paritas 2 – 3	Ordinal

			otopsi verbal		
11	Jarak Kehamilan	Interval waktu kehamilan terakhir dengan kehamilan sebelumnya yang dinyatakan dalam satuan tahun.	Kuesioner, wawancara, catatan medik	1. ≤ 2 tahun 2. > 2 tahun	Ordinal
12	Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Kepemilikan asuransi kesehatan adalah ketersediaan asuransi untuk keperluan rawat jalan atau rawat inap (Littik, Serlie, 2008).	Kuesioner, wawancara	1. Tidak memiliki asuransi kesehatan 2. Memiliki asuransi kesehatan	Nominal
13	Cara Persalinan	Cara ibu melahirkan pada saat persalinan terakhir. Ibu hamil berisiko untuk mengalami kematian maternal bila persalinan dilakukan dengan tindakan.	Kuesioner, wawancara, catatan medik, dokumen otopsi verbal	1. Tindakan 2. Spontan	Nominal
14	Keterlambatan Rujukan	Keterlambatan pemindahan ibu bersalin pada saat terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, atau nifas, ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap peralatan, dengan tenaga penolong yang lebih ahli. Tempat rujukan adalah rumah sakit dan sebab merujuk karena terdapat masalah medik/komplikasi pada saat kehamilan, persalinan atau nifas. Ibu hamil berisiko mengalami kematian maternal bila dalam pelaksanaan rujukan mengalami setidaknya salah satu dari tiga keterlambatan, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk, keterlambatan dalam mencapai tempat rujukan dan keterlambatan memperoleh pelayanan di tempat pelayanan kesehatan rujukan.	Kuesioner, wawancara, catatan medik, dokumen otopsi verbal	1. Terlambat 2. Tidak terlambat	Nominal
15	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal	Kuesioner,	1. Pendidikan	Nominal

	Ibu	yang pernah dijalani ibu sampai persalinan terakhir.	wawancara	Dasar (tamat SD dan tamat SMP) 2. Pendidikan Lanjut (tamat SMA dan tamat perguruan tinggi)	
16	Pekerjaan Ibu	Mata pencaharian/kegiatan ibu yang dilakukan selain sebagai ibu rumah tangga dalam kurun waktu kehamilan sampai persalinan.	Kuesioner, wawancara	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
17	Penghasilan Keluarga	Banyaknya penghasilan setiap bulan untuk memenuhi kebutuhan keluarga inti yang diukur dengan satuan rupiah. Ibu hamil berisiko bila jumlah pendapatan keluarga berada di bawah rata-rata upah minimum regional.	Kuesioner, wawancara	1. < upah minimum regional 2. > upah minimum regional	Ordinal
18	Status Pernikahan	Keadaan dan kedudukan <i>pernikahan</i> yang telah dilangsungkan. Perempuan dengan status tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, yang akan menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan komplikasi. (Modul AKI Depkes RI)	Kuesioner, wawancara	1. Tidak menikah 2. Menikah	Nominal
19	Wilayah tempat Tinggal	Wilayah dimana ibu berdomisili, dibedakan menjadi daerah pedesaan dan perkotaan. (Fibriana, Arulita Ika, 2007).	Kuesioner, wawancara	1. Desa 2. Kota	Nominal
20	Budaya Pantang	Bahan makanan atau masakan yang tidak boleh dimakan	Kuesioner, wawancara	1. Melakukan 2. Tidak	Nominal

	Makanan	oleh para individu (ibu hamil) dalam masyarakat karena alasan yang bersifat budaya. (Susanti, Aisyah, 2013).		melakukan	
21	Pengetahuan responden tentang Program EMAS	Program EMAS adalah sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan USAID selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir. (EMAS, 2012)	Kuesioner, wawancara	1. Tidak mengetahui program EMAS 2. Mengetahui program EMAS	Nominal

3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol (*case control study*), yaitu rancangan studi epidemiologi yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan status paparannya (Bhisma Murti, 1997:110). Pada studi kasus kontrol penelitian dimulai dengan mengidentifikasi subyek dengan efek atau penyakit tertentu (yang disebut sebagai kasus) dan kelompok tanpa efek (sebagai kontrol) kemudian ditelusur secara retrospektif ada atau tidaknya faktor risiko yang berperan terhadap efek (Sudigdo Sastroasmoro, 2002:111).

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel yang diambil dalam penelitian ini yaitu:

3.6.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2005).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu di Kabupaten Tegal, dengan karakteristik tertentu, yaitu wanita yang sudah mengalami hamil hingga ibu yang sudah mempunyai anak (pernah melahirkan). Populasi ini dibagi menjadi kelompok yaitu:

3.6.1.1 Populasi Kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami kematian ibu di Kabupaten Tegal dan tercatat dalam data kematian ibu di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi kasus yaitu:

1. Kasus kematian ibu terjadi di Kabupaten Tegal
2. Tercatat dalam data kematian ibu

Kriteria eksklusi kasus yaitu:

1. Responden (keluarga dari kelompok kasus yang mengetahui kronologi terjadinya kematian ibu) telah pindah dari Kabupaten Tegal
2. Responden kasus kematian ibu (keluarga dari kelompok kasus yang mengetahui kronologi terjadinya kematian ibu) telah didatangi 3 kali untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil ditemui.

3.6.1.2 Populasi Kontrol

Populasi kontrol pada penelitian ini adalah semua ibu pasca persalinan di Kabupaten Tegal yang tidak mengalami kematian ibu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi kontrol yaitu:

1. Ibu yang tidak mengalami kematian maternal pada hari yang sama atau hampir bersamaan dengan terjadinya kasus kematian maternal.
2. Bertempat tinggal atau pada saat penelitian berada di wilayah Kabupaten Tegal.
3. Bersedia mengikuti penelitian.

Kriteria eksklusi kontrol yaitu:

1. Responden (ibu yang tidak mengalami kematian maternal) telah pindah dari Kabupaten Tegal.
2. Responden penelitian telah 3 kali didatangi untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil ditemui.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan subyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel kasus dan sampel kontrol.

3.6.2.1 Teknik Pengambilan Sampel

Cara pemilihan sampel dalam penelitian ini sampel diambil dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu

pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010).

3.6.2.2 Sampel Kasus

Sampel kasus dalam penelitian ini adalah kasus kematian maternal di Kabupaten Tegal pada tahun 2015 sampai dengan bulan Agustus 2016 dan tercatat dalam data kematian ibu di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal.

3.6.2.3 Sampel Kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah ibu pasca persalinan yang tidak mengalami kematian ibu pada tahun 2015 sampai dengan bulan Agustus 2016.

3.6.2.4 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus:

$$n_1 = n_2 = \frac{(z_\alpha \sqrt{2PQ} + z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

z_α = tingkat kepercayaan

z_β = kekuatan penelitian

P_1 = proporsi kasus

P_2 = proporsi kontrol

OR = *odd ratio*

(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002:277).

Penentuan besar sampel untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol, dengan berdasarkan pada perhitungan *odd ratio* (OR) dari penelitian terdahulu,

yaitu 7,86 dengan tingkat kepercayaan ($Z\alpha$) sebesar 95% yaitu 1,96 dan kekuatan ($Z\beta$) sebesar 80% yaitu 0,84 adalah sebagai berikut:

$$P_2 = \frac{b}{b+d} = \frac{2}{2+22} = 0,08$$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_2) + (OR \times P_2)} = \frac{7,86 \times 0,08}{(1 - 0,08) + (7,86 \times 0,08)} = 0,4$$

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,4 + 0,08}{2} = 0,24$$

$$Q = 1 - 0,24 = 0,76$$

$$Q_1 = 1 - 0,4 = 0,6$$

$$Q_2 = 1 - 0,08 = 0,92$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(z_\alpha \sqrt{2PQ} + z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{(1,96\sqrt{2 \times 0,24 \times 0,76} + 0,84\sqrt{0,4 \times 0,6 + 0,08 \times 0,92})^2}{(0,4 - 0,08)^2} \\ &= \frac{(1,96 \times 0,6 + 0,84 \times 0,56)^2}{0,1024} \\ &= \frac{(1,646)^2}{0,1024} = \frac{2,709316}{0,1024} = 26,46 = 27 \end{aligned}$$

Jadi, besar sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 27 orang. Perbandingan kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah 1:1. Sampel akan diambil sampai dengan laporan terakhir yaitu sampai bulan Agustus 2016.

3.7 Sumber Data

3.7.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner untuk mengetahui informasi mengenai kematian ibu. Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengadakan tanya jawab secara langsung maupun tidak langsung. Wawancara untuk mendapatkan data penunjang dengan menggunakan kuesioner.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan pendukung untuk melengkapi data primer dan merupakan data yang diperoleh bukan dari responden yang akan diteliti akan tetapi dari sumber lain. Data sekunder diperoleh dari catatan kematian maternal, KMS ibu hamil, register kohort ibu hamil, catatan persalinan, dan dokumen otopsi verbal. Data sekunder yang diambil oleh peneliti antara lain:

Tabel 3.2 Data Sekunder

No	Data	Sumber
1.	Prevalensi Kematian Ibu di Indonesia	Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014
2.	Prevalensi Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah	Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
3.	Prevalensi Kematian Ibu di Kabupaten Tegal	Dinas Kesehatan Kabupaen Tegal
4.	Jumlah Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Tegal	Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah perangkat yang digunakan untuk memperoleh data yang kemudian diolah dan dianalisis. Berdasarkan kerangka konsep dan dari tabel penelitian kemudian disusun instrumen untuk mengumpulkan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner.

3.8.1.1 Kuesioner

Pentingnya kuesioner sebagai alat pengumpul data adalah untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan penelitian tersebut. Oleh karena itu, isi dari kuesioner adalah sesuai dengan hipotesis penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2005).

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara dengan kuesioner

Metode wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010:139).

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Pra Penelitian

Data mengenai kasus kematian ibu didapatkan dari data kematian ibu yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, sedangkan sampel kontrol

diperoleh dari puskesmas yang di wilayah kerjanya terdapat kasus kematian ibu.

3.9.2 Pelaksanaan

Responden dari kelompok kasus diwawancarai dengan menggunakan kuesioner. Oleh karena kasus adalah kematian ibu maka wawancara dilakukan pada keluarga ibu yang meninggal, yang mengetahui riwayat perjalanan kasus sampai dengan meninggal. Kegiatan yang sama juga dilakukan pada responden dari kelompok kontrol, yaitu pada kelompok kontrol juga dilakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner yang sama dengan kasus. Data kualitatif diperoleh dari hasil wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap responden kasus kematian ibu untuk mengetahui kronologi terjadinya kematian ibu.

3.9.3 Pasca Penelitian

Setelah data terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data secara univariat dan bivariat berdasarkan pengaruh variabel-variabel yang diteliti, sedangkan data kualitatif disajikan dalam bentuk narasi sebagai pendukung penelitian kuantitatif.

3.10 Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data

3.10.1 Teknik Pengolahan Data

3.10.1.1 *Editing* (Pemeriksaan Data)

Editing merupakan kegiatan pengecekan isi kuesioner apakah kuesioner sudah diisi dengan lengkap, jelas jawaban dari responden, relevan jawaban

dengan pertanyaan, dan konsisten. Jika ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (*drop out*).

3.10.1.2 *Coding* (Pemberian Kode)

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode bertujuan untuk mempermudah analisi data dan entry data.

3.10.1.3 *Skoring*

Pemberian skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

3.10.1.4 *Tabulasi*

Tabulasi dimaksudkan untuk memasukkan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

3.10.1.5 *Entry Data* (Memasukkan Data)

Memasukkan data yang diperoleh ke dalam perangkat komputer.

3.10.2 Teknik Analisis data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan dua cara, yaitu:

3.10.1 Analisis Univariat

Analisa Univariat adalah analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel. Analisis univariat yang digunakan yaitu tabel

distribusi frekuensi untuk mengetahui jumlah data yang diperoleh pada setiap variabel.

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang digunakan untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan uji statistik yang disesuaikan dengan data yang ada. Uji statistik yang dipergunakan yaitu Uji Chi-square dengan signifikan yang digunakan adalah 95% dan derajat kemaknaan atau p sebesar 5%.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Keadaan Geografis Kabupaten Tegal

Kabupaten Tegal merupakan salah satu kabupaten di wilayah administratif Provinsi Jawa Tengah dengan ibu kota kabupaten berada di Kota Slawi, yang terletak di pesisir Utara bagian Barat dan sebagian wilayahnya berbatasan dengan Laut Jawa atau dikenal dengan pantai Utara (Pantura). Kecamatan-kecamatan yang wilayahnya berbatasan langsung dengan Laut Jawa adalah Kecamatan Suradadi, Kecamatan Kramat dan Kecamatan Warureja. Kabupaten Tegal secara administratif terdiri dari 18 kecamatan yang terdiri dari 281 desa dan 6 kelurahan.

4.1.2 Sarana Kesehatan

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang diulas pada pada bagian ini terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan.

4.1.2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Jumlah puskesmas di Kabupaten Tegal sampai dengan Desember 2014 sebanyak 29 unit. Jumlah tersebut terdiri dari 21 unit puskesmas non rawat inap dan 8 unit puskesmas rawat inap. Jumlah ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2012 yaitu sebanyak 6 unit. Peningkatan jumlah puskesmas tidak mengindikasikan secara langsung seberapa baik keberadaan puskesmas mampu memenuhi

kebutuhan pelayanan kesehatan primer di masyarakat. Indikator yang mampu menggambarkan secara kasar tercukupinya kebutuhan pelayanan kesehatan primer oleh puskesmas adalah rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk.

Puskesmas juga menyelenggarakan upaya kesehatan pengembangan. Salah satu upaya kesehatan pengembangan puskesmas di Kabupaten Tegal berupa Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan pengembangan puskesmas mampu persalinan. Upaya kesehatan ini dilakukan untuk mendekatkan akses masyarakat kepada pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal menetapkan indikator persentase puskesmas rawat inap yang mampu PONED pada tahun 2015 dengan target sebesar 90%. Jumlah puskesmas rawat inap yang telah mampu PONED pada tahun 2015 sebanyak 11 puskesmas yaitu Puskesmas Tarub, Puskesmas Pagerbarang, Puskesmas Kesambi, Puskesmas Warureja, Puskesmas Kramat, Puskesmas Suradadi, Puskesmas Pangkah, Puskesmas Talang, Puskesmas Kaladawa, Puskesmas Kambangan, dan Puskesmas Bojong, dengan persentase sebesar 95,86%. Angka ini telah memenuhi target 90% pada tahun 2015.

4.1.2.2 Rumah Sakit

Rumah sakit publik di Kabupaten Tegal dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Tegal, TNI/Polri, serta swasta non profit (organisasi keagamaan dan organisasi sosial). Jumlah rumah sakit publik di Kabupaten Tegal sampai dengan tahun 2015 sebanyak 3 unit, yang terdiri atas Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) berjumlah 2 unit dan Rumah Sakit Tentara (RST) berjumlah 1 unit. Berbeda dengan rumah sakit publik, rumah sakit privat dikelola oleh swasta

(perorangan, perusahaan dan swasta lainnya). Pada tahun 2015 terdapat 4 unit rumah sakit swasta di Kabupaten Tegal yang terdiri dari 3 unit RSUD dan 1 unit RS Khusus KIA.

Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif adalah upaya yang dilakukan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka kematian Anak. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa kematian ibu dan kematian anak banyak terjadi di Rumah Sakit. Rumah Sakit berkontribusi terhadap 40 - 70% Angka Kematian Ibu, persalinan di rumah berkontribusi sebesar 20 - 35%, dan persalinan yang terjadi di perjalanan sebesar 10 - 18% (Lancet, 2005). Dengan melihat fakta tersebut maka dapat dikatakan bahwa dibutuhkan adanya upaya penurunan AKI yang difokuskan di rumah sakit. Salah satu program kesehatan yang dilaksanakan untuk menurunkan kematian ibu adalah implementasi Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Jumlah Rumah Sakit PONEK sampai dengan tahun 2013 sebanyak 5 unit. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 4 unit rumah sakit melaksanakan PONEK.

4.1.3 Kesehatan Ibu

AKI di Kabupaten Tegal dalam empat tahun terakhir telah mengalami fluktuasi yaitu sebesar 173 per 100.000 kelahiran hidup (47 kematian ibu maternal dari 27.095 kelahiran hidup) pada tahun 2014. Lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 146,6 per 100.000 kelahiran hidup (42 kematian ibu maternal dari 28.643 kelahiran hidup) pada tahun 2013. Lebih tinggi dibandingkan tahun 2012 yaitu sebesar 145,4 per 100.000 kelahiran hidup (39 kematian ibu maternal dari 27.912

kelahiran hidup), dan lebih rendah jika dibandingkan dengan tahun 2011 yaitu sebesar 196,5 per 100.000 kelahiran hidup (51 kematian ibu maternal dari 25.955 kelahiran hidup). AKI tahun 2010 sebesar 97,66 per 100.000 kelahiran hidup (27 kematian ibu maternal dari 27.645 kelahiran hidup).

4.1.3.1 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator Cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan Cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K1 dan K4 di Kabupaten Tegal mengalami fluktuasi. Cakupan K1 dan K4 yang mengalami kenaikan tersebut menunjukkan semakin baiknya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Cakupan K1 selalu mengalami peningkatan, kecuali di tahun 2011 dan 2012, kemudian meningkat lagi menjadi 97,12% pada tahun 2013. Hal itu berbeda dengan cakupan K4 yang pernah mengalami kenaikan dari 85,67% pada 2007 menjadi 85,04% pada 2008, kemudian setelah itu mengalami peningkatan yang cukup signifikan menjadi 89,73% di tahun 2009, kemudian di tahun berikutnya mengalami penurunan menjadi 84,69%. Setelah mengalami kenaikan, cakupan K4 kembali menurun

pada 2012 (89,2%) dan tahun 2013 (86,58%) dari pada tahun 2011 (92,2%). Pada tahun 2014 cakupan K4 kembali naik menjadi 91,3%.

4.1.3.2 Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Cakupan pelayanan ibu bersalin oleh tenaga kesehatan pada tahun 2014 adalah sebesar 93,7%, dimana angka ini telah dapat memenuhi target Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 2014 yakni sebesar 90%.

Sebagian besar Puskesmas (24 puskesmas) di Kabupaten Tegal telah dapat mencapai target renstra tersebut, dan selebihnya yakni sebanyak 5 puskesmas belum dapat mencapai target. Tiga Puskesmas dengan cakupan tertinggi adalah Pagiyanten (112,7%), Jatibogor (112,5%), dan Balapulang (103,7%). Sedangkan tiga Puskesmas dengan cakupan terendah adalah Puskesmas Jatinegara (83,5%), Bojong (77%), dan Bumijawa (76%).

Jumlah ibu bersalin pada tahun 2014 mencapai 28.917 orang. Dari jumlah tersebut yang mendapat pertolongan oleh tenaga kesehatan sebanyak 27.095 orang atau sekitar 93,70%. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan tahun 2012 dan 2013,

Tabel 4.1 Jumlah Ibu Bersalin yang Ditolong Tenaga Kesehatan di Kabupaten Tegal Tahun 2014

No.	Uraian	2010	2011	2012	2013	2014
1	Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan	26.410	27.935	27.399	28.430	27.095
2	Jumlah total ibu bersalin	28.940	29.530	29.555	31.266	28.917
3	Persentase (%)	91,26	92,77	92,71	90,96	93,70

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2014

4.1.3.3 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Capaian cakupan kunjungan nifas (KF3) di Kabupaten Tegal dalam kurun waktu 8 tahun terakhir mengalami fluktuasi. Berbagai upaya dilakukan oleh Pemerintah dan masyarakat termasuk sektor swasta. Program penempatan Pegawai Tidak Tetap (PTT) untuk bidan terus dilaksanakan. Selain itu, dengan diluncurkannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010, Puskesmas, Poskesdes, dan Posyandu lebih terbantu dalam mengintensifkan implementasi upaya kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan ibu nifas, di antaranya kegiatan sweeping atau kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

4.1.4 Deskripsi Kasus Kematian Ibu

4.1.4.1 Distribusi Kematian Ibu Menurut Puskesmas

Penyebaran kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal pada tahun 2015 sampai Agustus 2016 terjadi pada beberapa wilayah kerja Puskesmas. Kasus Kematian Ibu tersebar di 23 wilayah puskesmas (17 kecamatan) dari 18 kecamatan yang ada di Kabupaten Tegal.

Tabel 4.2 Distribusi Kematian Ibu Menurut Puskesmas di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016

No.	Puskesmas	2015		Januari – Agustus 2016	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kramat	2	6,1	3	13
2	Suradadi	2	6,1	3	13
3	Adiwerna	4	12,1	-	-
4	Balapulang	1	3	3	13
5	Bumijawa	2	6,1	2	8,7
6	Margasari	3	9,1	1	4,3
7	Talang	1	3	3	13
8	Pangkah	3	9,1	-	-

9	Bangungalih	1	3	1	4,3
10	Dukuhturi	2	6,1	-	-
11	Jatinegara	1	3	1	4,3
12	Kaladawa	1	3	1	4,3
13	Kedungbanteng	2	6,1	-	-
14	Lebaksiu	3	9,1	-	-
15	Bojong	-	-	1	4,3
16	Danasari	1	3	-	-
17	Jatibogor	1	3	-	-
18	Kupu	1	3	-	-
19	Pagerbarang	-	-	1	4,3
20	Penusupan	-	-	1	4,3
21	Slawi	1	3	-	-
22	Warureja	1	3	1	4,3
23	Tarub	-	-	1	4,3
	Jumlah	33	100	23	100

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2016

4.1.4.2 Distribusi Kematian Ibu Menurut Penyebab Kematian di Kabupaten Tegal

Tahun 2015 – Agustus 2016

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, diperoleh informasi mengenai penyebab kematian ibu di Kabupaten Tegal sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Kematian Ibu Menurut Penyebab Kematian di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016

No.	Penyebab Kematian Ibu	2015		Januari – Agustus 2016	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Kematian akibat komplikasi obstetric langsung				
	a. Perdarahan	8	24,2	4	17,4
	b. Preeklampsia/eklampsia	7	21,2	9	39,1
	c. Sesak nafas	2	6,1	2	8,7
	d. Infeksi nifas	-	-	1	4,3
	e. Odema pulmo	3	9,1	2	8,7
	f. KPD	3	9,1	2	8,7
	g. Decomp Cordis	4	12,1	2	8,7
	h. Emboli air ketuban	1	3	-	-
2	Kematian akibat komplikasi tidak langsung				
	a. TBC	1	3	-	-

b. HIV	1	3	-	-
c. Anemia	1	3	-	-
d. Penyakit Jantung	2	6,1	-	-
e. Hepatitis	-	-	1	4,3
Jumlah	33	100	23	100

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2016

4.1.4.3 Distribusi Kematian Ibu Menurut Tempat Meninggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, diperoleh informasi mengenai tempat meninggal kematian ibu di Kabupaten Tegal sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Kematian Ibu Menurut Tempat meninggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016

No.	Tempat Meninggal	2015		Januari – Agustus 2016	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Rumah Sakit	29	87,9	21	91,3
2	Rumah	2	6,1	-	-
3	PONED	1	3	1	4,3
4	Perjalanan	1	3	1	4,3
	Jumlah	33	100	23	100

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal Tahun 2016

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Penyebab Kematian Ibu

Berdasarkan data dari hasil otopsi verbal dan wawancara terhadap 27 responden pada kasus kematian ibu, diperoleh informasi mengenai penyebab kematian ibu di Kabupaten Tegal adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Menurut Penyebab Kematian di Kabupaten Tegal Tahun 2015 sampai Agustus 2016

No.	Penyebab Kematian Ibu	Jumlah	Persentase (%)
1	Kematian akibat komplikasi obstetric langsung		
	i. Perdarahan	5	18,5
	j. Preeklampsia/eklampsia	8	29,6
	k. Sesak nafas	2	7,4
	l. Infeksi nifas	1	3,7
	m. Odema pulmo	1	3,7
	n. KPD	3	11,1
	o. Decomp Cordis	3	11,1
	p. Emboli air ketuban	1	3,7
2	Kematian akibat komplikasi tidak langsung		
	f. TBC	1	3,7
	g. HIV	1	3,7
	h. Anemia	1	3,7
Jumlah		27	100

Penyebab kematian ibu pada 27 kasus kematian ibu di Kabupaten Tegal memperlihatkan bahwa penyebab kematian ibu tertinggi adalah preeklampsia/eklampsia (29,6%), Perdarahan (18,5%), KPD (11,1%), Decomp Cordis (11,1%), Penyakit yang memperburuk kondisi ibu (11,1%), sesak nafas (7,4%), infeksi nifas (3,7%), odema pulmo (3,7%), emboli air ketuban (3,7%). Kematian ibu di Kabupaten Tegal sebagian besar terjadi saat masa nifas yaitu 13 kasus (48,1%), meninggal saat bersalin 10 kasus (37%), dan meninggal pada saat hamil 4 kasus (14,8%).

Penyebab kematian ibu pada tahun 2015 terdiri dari perdarahan 2 orang, preeklampsia/eklampsia 3 orang, sesak nafas 2 orang, infeksi nifas 1 orang, KPD 2 orang, decomp cordis 2 orang, emboli air ketuban 1 orang, dan kematian akibat komplikasi tidak langsung 3 orang. Sedangkan pada tahun 2016, penyebab

kematian ibu terdiri dari perdarahan 3 orang, preeklampsia/eklampsia 5 orang, odema pulmo 1 orang, KPD 1 orang, dan decomp cordis 1 orang.

4.2.2 Wilayah Tempat Tinggal Kasus Kematian Ibu

Tabel 4.6 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016

No.	Wilayah Tempat Tinggal (Kecamatan)	Jumlah Kasus	Persentase (%)
1	Adiwerna	3	11,1
2	Balapulang	3	11,1
3	Bumijawa	2	7,4
4	Kramat	8	29,6
5	Margasari	2	7,4
6	Pangkah	4	14,8
7	Slawi	1	3,7
8	Talang	4	14,8
	Jumlah	27	100

Dari tabel 4.6 dapat dilihat bahwa kasus kematian ibu terbesar di Kecamatan Kramat sebesar 29,6%. Kecamatan yang wilayahnya jauh dari Rumah Sakit adalah Kecamatan Bumijawa dengan 2 kasus kematian ibu (7,4%) dan Kecamatan Margasari dengan 2 kasus kematian ibu (7,4%).

4.2.3 Tempat Meninggal

Tabel 4.7 Distribusi Sampel Kasus Kematian Ibu Berdasarkan Tempat Meninggal di Kabupaten Tegal Tahun 2015 – Agustus 2016

No.	Tempat Meninggal	Jumlah	Persentase (%)
1	Rumah Sakit	24	88,9
2	Rumah	1	3,7
3	PONED	1	3,7
4	Perjalanan	1	3,7
	Jumlah	27	100

Dari tabel 4.7 dapat dilihat bahwa kasus kematian ibu sebagian besar meninggal di rumah sakit (88,9%) dengan penyebab kematian karena perdarahan, preeklampsia/eklampsia, sesak nafas, infeksi nifas, odema pulmo, KPD, decomp cordis, emboli air ketuban, TBC, HIV, dan anemia. Disusul meninggal di rumah (3,7%) dengan penyebab kematian karena perdarahan, di Poned (3,7%) dengan penyebab kematian karena preeklampsia berat, dan di perjalanan (3,7%) dengan penyebab kematian karena sesak nafas.

4.2.4 Analisis Univariat

4.2.4.1 Komplikasi Kehamilan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan komplikasi kehamilan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Komplikasi Kehamilan

Komplikasi Kehamilan	Frekuensi	Persentase (%)
Ada (pendarahan, preeklampsia/eklampsia, infeksi kehamilan)	33	61,1
Tidak Ada	21	38,9
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami komplikasi kehamilan sebanyak 33 orang dengan persentase 61,1%, sedangkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan sebanyak 21 orang dengan persentase 38,9%.

Proporsi komplikasi kehamilan yaitu eklampsia/preeklampsia sebanyak 19 orang (57,6%), infeksi kehamilan sebanyak 3 orang (9,1%), ketuban pecah dini sebanyak 5 orang (15,2%), dan pendarahan sebanyak 6 orang (19,2%).

4.2.4.2 Komplikasi Persalinan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan komplikasi persalinan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.9 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Komplikasi Persalinan

Komplikasi Persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
Ada (perdarahan, plasenta tertinggal, partus lama, preeklampsia/eklampsia, infeksi, syok)	33	61,1
Tidak Ada	21	38,9
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami komplikasi persalinan sebanyak 33 orang dengan persentase 61,1%, sedangkan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan sebanyak 21 orang dengan persentase 38,9%.

Proporsi komplikasi persalinan yaitu eklampsia/preeklampsia sebanyak 16 orang (48,5%), emboli air ketuban sebanyak 2 orang (6,1%), partus lama sebanyak 2 orang (6,1%), perdarahan sebanyak 6 orang (18,2%), plasenta tertinggal sebanyak 1 orang (3%), letak sungsang sebanyak 1 orang (3%), dan syok sebanyak 4 orang (12,1%).

4.2.4.3 Komplikasi Nifas

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan komplikasi nifas dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Komplikasi Nifas

Komplikasi Nifas	Frekuensi	Persentase (%)
Ada (perdarahan, preeklampsia/eklampsia, keluar cairan berbau, kencing saat lahir, nyeri pinggul, payudara bengkak)	26	48,1
Tidak Ada	28	51,9
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.10 dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami komplikasi nifas sebanyak 26 orang dengan persentase 48,1%, sedangkan ibu yang tidak mengalami komplikasi nifas sebanyak 28 orang dengan persentase 51,9%.

Proporsi komplikasi nifas yaitu eklampsia/preeklampsia sebanyak 12 orang (46,2%), infeksi nifas sebanyak 3 orang (11,5%), nyeri pinggul sebanyak 2 orang (7,7%), payudara bengkak sebanyak 2 orang (7,7%), dan perdarahan sebanyak 7 orang (26,9%).

4.2.4.4 Status Gizi

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan status gizi ibu dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.11 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Status Gizi Ibu

Status Gizi Ibu	Frekuensi	Persentase (%)
KEK	32	59,3
Tidak KEK	22	40,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.11 dapat diketahui bahwa ibu yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) sebanyak 32 orang dengan persentase 59,3%, sedangkan ibu yang tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm) sebanyak 22 orang dengan persentase 40,7%.

4.2.4.5 Status Anemia

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan status anemia dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.12 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Status Anemia

Status Anemia	Frekuensi	Persentase (%)
Anemia	28	51,9
Tidak Anemia	26	48,1
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.12 dapat diketahui bahwa ibu yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) sebanyak 28 orang dengan persentase 51,9%, sedangkan ibu yang tidak menderita anemia (kadar hemoglobin > 11 gr/dl) sebanyak 26 orang dengan persentase 48,1%.

4.2.4.6 Penyakit Ibu

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan penyakit ibu dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.13 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Penyakit Ibu

Penyakit Ibu	Frekuensi	Persentase (%)
Menderita Penyakit	18	33,3
Tidak Menderita Penyakit	36	66,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.13 dapat diketahui bahwa ibu yang menderita penyakit sebanyak 18 orang dengan persentase 33,3%, sedangkan ibu yang tidak menderita penyakit sebanyak 36 orang dengan persentase 66,7%.

Proporsi penyakit ibu yaitu asma sebanyak 2 orang (11,1%), hipertensi sebanyak 3 orang (16,7%), hepatitis sebanyak 2 orang (11,1%), penyakit jantung sebanyak 5 orang (27,8%), TB Paru sebanyak 2 orang (11,1%), HIV sebanyak 1 orang (5,6%), dan Thypoid sebanyak 3 orang (16,7%).

4.2.4.7 Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.14 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya

Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya	Frekuensi	Persentase (%)
Ada (perdarahan, plasenta tertinggal, partus lama, preeklampsia/eklampsia, infeksi, syok)	23	42,6
Tidak Ada	31	57,4
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.14 dapat diketahui bahwa ibu yang memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya sebanyak 23 orang dengan persentase 42,6%, sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya sebanyak 31 orang dengan persentase 57,4%.

4.2.4.8 Usia

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.15 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Usia

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
< 20 tahun atau > 35 tahun	9	16,7
20 – 35 tahun	45	83,3
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.15 dapat diketahui bahwa ibu yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun sebanyak 9 orang dengan persentase 16,7%, sedangkan ibu yang berusia 20 – 35 tahun sebanyak 45 orang dengan persentase 83,3%.

4.2.4.9 Paritas

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan paritas dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.16 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Paritas

Paritas	Frekuensi	Persentase (%)
≤ 1 atau > 3	24	44,4
2 sampai 3	30	55,6
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.16 dapat diketahui bahwa ibu dengan paritas ≤ 1 atau > 3 sebanyak 24 orang dengan persentase 44,4%, sedangkan ibu dengan paritas 2 sampai 3 sebanyak 30 orang dengan persentase 55,6%.

4.2.4.10 Jarak Kehamilan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan jarak kehamilan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.17 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Jarak Kehamilan

Jarak Kehamilan	Frekuensi	Persentase (%)
≤ 2 tahun	28	51,9
>2 tahun	26	48,1
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.17 dapat diketahui bahwa ibu dengan jarak kehamilan ≤ 2 tahun sebanyak 28 orang dengan persentase 51,9%, sedangkan ibu dengan jarak kehamilan > 2 tahun sebanyak 26 orang dengan persentase 48,1%.

4.2.4.11 Kepemilikan Asuransi Kesehatan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan kepemilikan asuransi kesehatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.18 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Kepemilikan Asuransi Kesehatan

Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Memiliki	27	50
Memiliki (Jamkesda, BPJS)	27	50
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.18 dapat diketahui bahwa ibu yang tidak memiliki asuransi kesehatan sebanyak 27 orang dengan persentase 50%, sedangkan ibu yang memiliki asuransi kesehatan sebanyak 27 orang dengan persentase 50%.

Proporsi yang tidak memiliki asuransi kesehatan yaitu biaya sendiri sebanyak 19 orang (70,4%), bantuan dari kerabat sebanyak 6 orang (22,2%), dan pinjam dari kerabat sebanyak 2 orang (7,4%).

4.2.4.12 Cara Persalinan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan cara persalinan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.19 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Cara Persalinan

Cara Persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
Tindakan	32	59,3
Spontan	22	40,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.19 dapat diketahui bahwa ibu yang cara persalinannya dengan tindakan sebanyak 32 orang dengan persentase 59,3%, sedangkan ibu yang cara persalinannya dengan spontan sebanyak 22 orang dengan persentase 40,7%.

4.2.4.13 Keterlambatan Rujukan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan keterlambatan rujukan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.20 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Keterlambatan Rujukan

Keterlambatan Rujukan	Frekuensi	Persentase (%)
Terlambat	5	9,3
Tidak Terlambat	49	90,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.20 dapat diketahui bahwa ibu yang mengalami keterlambatan rujukan sebanyak 5 orang dengan persentase 9,3%, sedangkan ibu yang tidak mengalami keterlambatan rujukan sebanyak 49 orang dengan persentase 90,7%.

4.2.4.14 Pendidikan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.21 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
≤ SMP	25	46,3
>SMP	29	53,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.21 dapat diketahui bahwa ibu dengan tingkat pendidikan ≤ SMP sebanyak 25 orang dengan persentase 46,3%, sedangkan ibu dengan tingkat pendidikan > SMP sebanyak 29 orang dengan persentase 53,7%.

4.2.4.15 Pekerjaan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.22 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Bekerja	16	29,6
Tidak Bekerja	38	70,4
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.22 dapat diketahui bahwa ibu yang bekerja sebanyak 16 orang dengan persentase 29,6%, sedangkan ibu yang tidak bekerja sebanyak 38 orang dengan persentase 70,4%.

Proporsi pekerjaan yaitu buruh sebanyak 1 orang (6,7%), karyawan swasta sebanyak 4 orang (26,7%), pedagang sebanyak 3 orang (20%), penjahit sebanyak 1 orang (6,7%), dan PNS sebanyak 6 orang (40%).

4.2.4.16 Penghasilan Keluarga

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan penghasilan keluarga dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.23 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Penghasilan Keluarga

Penghasilan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
< UMR	25	46,3
>UMR	29	53,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.23 dapat diketahui bahwa ibu dengan penghasilan keluarga < UMR sebanyak 25 orang dengan persentase 46,3%, sedangkan ibu dengan penghasilan keluarga > UMR sebanyak 29 orang dengan persentase 53,7%.

4.2.4.17 Status Pernikahan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan status pernikahan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.24 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Menikah	2	3,7
Menikah	52	96,3
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.24 dapat diketahui bahwa ibu yang tidak menikah sebanyak 2 orang dengan persentase 3,7%, sedangkan ibu yang menikah sebanyak 52 orang dengan persentase 96,3%.

4.2.4.18 Wilayah Tempat Tinggal

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan wilayah tempat tinggal dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.25 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah Tempat Tinggal	Frekuensi	Persentase (%)
Pedesaan	36	66,7
Perkotaan	18	33,3
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.25 dapat diketahui bahwa ibu yang bertempat tinggal di pedesaan sebanyak 36 orang dengan persentase 66,7%, sedangkan ibu yang bertempat tinggal di perkotaan sebanyak 18 orang dengan persentase 33,3%.

4.2.4.19 Budaya Pantang Makanan

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan budaya pantang makanan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.26 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Budaya Pantang Makanan

Budaya Pantang Makanan	Frekuensi	Persentase (%)
Melakukan	7	13,0
Tidak Melakukan	47	87,0
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.26 dapat diketahui bahwa ibu yang melakukan pantang makanan sebanyak 7 orang dengan persentase 13%, sedangkan ibu yang tidak melakukan pantang makanan sebanyak 47 orang dengan persentase 87%.

4.2.4.20 Pengetahuan Responden tentang Program EMAS

Distribusi kasus dan kontrol berdasarkan pengetahuan tentang program EMAS dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.27 Distribusi Kasus dan Kontrol menurut Pengetahuan tentang Program EMAS

Pengetahuan responden tentang Program EMAS	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Mengetahui	45	83,3
Mengetahui	9	16,7
Jumlah	54	100

Berdasarkan tabel 4.27 dapat diketahui bahwa responden kelompok kasus dan kontrol yang tidak mengetahui program EMAS sebanyak 45 orang dengan

persentase 83,3%, sedangkan responden kelompok kasus dan kontrol yang mengetahui program EMAS sebanyak 9 orang dengan persentase 16,7%.

4.2.5 Analisis Bivariat

4.2.5.1 Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.28 Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan dengan Kematian Ibu

Komplikasi Kehamilan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
Ada	22	81,5	11	40,7	33	61,1	0,002	6,400
Tidak Ada	5	18,5	16	59,3	21	38,9		1,856 – 22,068
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.28, hasil analisis hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian ibu, dikategorikan ada komplikasi kehamilan dan tidak ada komplikasi kehamilan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi kehamilan. Proporsi adanya komplikasi kehamilan pada kelompok kasus sebesar 81,5%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 40,7%. Proporsi tidak adanya komplikasi kehamilan pada kelompok kasus sebesar 18,5%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 59,3%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel.

Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,002 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,002 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6,400$ ($OR > 1$) dengan interval 1,856 – 22,068 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang mengalami komplikasi kehamilan memiliki risiko 6,400 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan.

4.2.5.2 Hubungan Antara Komplikasi Persalinan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.29 Hubungan Antara Komplikasi Persalinan dengan Kematian Ibu

Komplikasi Persalinan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Ada	22	81,5	11	40,7	33	61,1	0,002	6,400
Tidak Ada	5	18,5	16	59,3	21	38,9		1,856 – 22,068
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.29, hasil analisis hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian ibu, dikategorikan ada komplikasi persalinan dan tidak ada komplikasi persalinan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi persalinan. Proporsi adanya komplikasi persalinan pada kelompok kasus sebesar 81,5%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 40,7%. Proporsi tidak adanya komplikasi persalinan pada kelompok kasus sebesar 18,5%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 59,3%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,002 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,002 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6,400$ ($OR > 1$) dengan interval 1,856 – 22,068 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang mengalami komplikasi persalinan memiliki risiko 6,400 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan.

4.2.5.3 Hubungan Antara Komplikasi Nifas dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.30 Hubungan Antara Komplikasi Nifas dengan Kematian Ibu

Komplikasi Nifas	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Ada	21	77,8	5	18,5	26	48,1	0,000	15,400
Tidak Ada	6	22,2	22	81,5	28	51,9		4,077 – 58,166
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.30, hasil analisis hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian ibu, dikategorikan ada komplikasi nifas dan tidak ada komplikasi nifas. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi nifas. Proporsi adanya komplikasi nifas pada kelompok kasus sebesar 77,8%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 18,5%.

Proporsi tidak adanya komplikasi nifas pada kelompok kasus sebesar 22,2%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 81,5%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 15,400 (OR > 1) dengan interval 4,077 – 58,166 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang mengalami komplikasi nifas memiliki risiko 15,400 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi nifas.

4.2.5.4 Hubungan Antara Status Gizi Ibu dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara status gizi ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.31 Hubungan Antara Status Gizi Ibu dengan Kematian Ibu

Status Gizi Ibu	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
KEK	21	77,8	12	44,4	33	61,1	0,012	4,375
Tidak KEK	6	22,2	15	55,6	21	38,9		1,340 – 14,280
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.31, hasil analisis hubungan antara status gizi ibu dengan kematian ibu, dikategorikan menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) dan tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm). Ibu yang berisiko terjadinya

kematian adalah pada kelompok kasus yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm). Proporsi menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) pada kelompok kasus sebesar 77,8%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 44,4%. Proporsi tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm) pada kelompok kasus sebesar 22,2%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 55,6%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,012 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,012 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 4,375 (OR > 1) dengan interval 1,340 – 14,280 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) memiliki risiko 4,375 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm).

4.2.5.5 Hubungan Antara Status Anemia dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara status anemia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.32 Hubungan Antara Status Anemia dengan Kematian Ibu

Status Anemia	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
Anemia	18	66,7	10	37,0	28	51,9	0,029	3,400
Tidak Anemia	9	33,3	17	63,0	26	48,1		1,111 – 10,402
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.32, hasil analisis hubungan antara status anemia dengan kematian ibu, dikategorikan menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) dan tidak menderita anemia (kadar hemoglobin > 11 gr/dl). Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl). Proporsi menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) pada kelompok kasus sebesar 66,7%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 37%. Proporsi tidak menderita anemia (kadar hemoglobin > 11 gr/dl) pada kelompok kasus sebesar 33,3%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 63%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,029 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,029 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 3,400 (OR > 1) dengan interval 1,111 – 10,402 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) memiliki risiko 3,400 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita anemia (kadar hemoglobin > 11 gr/dl).

4.2.5.6 Hubungan Antara Penyakit Ibu dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara penyakit ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.33 Hubungan Antara Penyakit Ibu dengan Kematian Ibu

Penyakit Ibu	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
Menderita Penyakit	13	48,1	5	18,5	18	51,9	0,021	4,086 1,194 – 13,978
Tidak Menderita Penyakit	14	51,9	22	81,5	36	48,1		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.33, hasil analisis hubungan antara penyakit ibu dengan kematian ibu, dikategorikan menderita penyakit dan tidak menderita penyakit. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang menderita penyakit. Proporsi menderita penyakit pada kelompok kasus sebesar 48,1%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 18,5%. Proporsi tidak menderita penyakit pada kelompok kasus sebesar 51,9%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 81,5%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,021 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,021 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 4,086 (OR > 1) dengan interval 1,194 – 13,978 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang menderita penyakit memiliki risiko 4,086 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita penyakit.

4.2.5.7 Hubungan Antara Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.34 Hubungan Antara Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya dengan Kematian Ibu

Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Ada	13	48,1	10	37,0	23	42,6	0,409	1,579
Tidak Ada	14	51,9	17	63,0	31	57,4		0,533 – 4,678
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.34, hasil analisis hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kematian ibu, dikategorikan ada riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dan tidak ada riwayat komplikasi persalinan sebelumnya. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya. Proporsi ada riwayat komplikasi persalinan sebelumnya pada kelompok kasus sebesar 48,1%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 37%. Proporsi tidak ada riwayat komplikasi persalinan pada kelompok kasus sebesar 51,9%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 63%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0)

dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,409 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,409 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kematian ibu.

4.2.5.8 Hubungan Antara Usia dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara usia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.35 Hubungan Antara Usia dengan Kematian Ibu

Usia	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
< 20 tahun atau > 35 tahun	5	18,5	4	14,8	9	16,7	1,000	1,307 0,310 – 5,509
20 – 35 tahun	22	81,5	23	85,2	45	83,3		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.35, hasil analisis hubungan antara usia dengan kematian ibu, dikategorikan usia < 20 tahun atau > 35 tahun dan 20 – 35 tahun. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun. Proporsi usia < 20 tahun atau > 35 tahun pada kelompok kasus sebesar 18,5%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 14,8%. Proporsi usia 20 – 35 tahun pada kelompok kasus sebesar 81,5%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 85,2%.

Proporsi usia ibu yaitu 19 tahun sebesar 1,9% (1 orang), 22 tahun sebesar 5,6% (3 orang), 23 tahun sebesar 1,9% (1 orang), 24 tahun sebesar 5,6% (3 orang), 25 tahun sebesar 3,7% (2 orang), 26 tahun sebesar 9,3% (5 orang), 27 tahun sebesar 11,1% (6 orang), 28 tahun sebesar 13% (7 orang), 30 tahun sebesar 5,6% (3 orang), 31 tahun sebesar 1,9% (1 orang), 32 tahun sebesar 1,9% (1 orang), 33 tahun sebesar 13% (7 orang), 34 tahun sebesar 7,4% (4 orang), 35 tahun sebesar 3,7% (2 orang), 36 tahun sebesar 3,7% (2 orang), 37 tahun sebesar 7,4% (4 orang), 38 tahun sebesar 1,9% (1 orang) dan 40 tahun sebesar 1,9% (1 orang).

Hasil uji hubungan tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* karena terdapat 2 sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, sehingga menggunakan uji *fisher*. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 1,000 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($1,000 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara usia dengan kematian ibu.

4.2.5.9 Hubungan Antara Paritas dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara paritas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.36 Hubungan Antara Paritas dengan Kematian Ibu

Paritas	Status Ibu				Jumlah	<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup				
	N	%	N	%			
< 1 atau > 3	13	48,1	11	40,7	24	44,4	0,584
2 sampai 3	14	51,9	16	59,3	30	55,6	0,460 – 3,964
Jumlah	27	100	27	100	54	100	

Berdasarkan pada tabel 4.36, hasil analisis hubungan antara paritas dengan kematian ibu, dikategorikan paritas ≤ 1 atau > 3 dan paritas 2 sampai 3. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang memiliki paritas ≤ 1 atau > 3 . Proporsi paritas ≤ 1 atau > 3 pada kelompok kasus sebesar 48,1%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 40,7%. Proporsi paritas 2 sampai 3 pada kelompok kasus sebesar 51,9%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 59,3%.

Proporsi paritas yaitu paritas 1 sebesar 33,3% (18 orang), paritas 2 sebesar 37% (20 orang), paritas 3 sebesar 20,4% (11 orang), paritas 4 sebesar 7,4% (4 orang), dan paritas 5 sebesar 1,9% (1 orang).

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,584 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,584 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara paritas dengan kematian ibu.

4.2.5.10 Hubungan Antara Jarak Kehamilan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara jarak kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.37 Hubungan Antara Jarak Kehamilan dengan Kematian Ibu

Jarak Kehamilan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
≤ 2 tahun	18	66,7	10	37,0	28	51,9	0,029	3,400 1,111 – 10,402
>2 tahun	9	33,3	17	63,0	26	48,1		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.37, hasil analisis hubungan antara jarak kehamilan dengan kematian ibu, dikategorikan jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan jarak kehamilan > 2 tahun. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang jarak kehamilannya ≤ 2 tahun. Proporsi jarak kehamilan ≤ 2 tahun pada kelompok kasus sebesar 66,7%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 37%. Proporsi jarak kehamilan > 2 tahun pada kelompok kasus sebesar 33,3%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 63%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,029 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,029 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 3,400 (OR > 1) dengan interval 1,111 – 10,402 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang jarak kehamilannya ≤ 2 tahun memiliki risiko 3,400 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang jarak kehamilannya > 2 tahun.

4.2.5.11 Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.38 Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan Kematian Ibu

Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Tidak Memiliki	21	77,8	6	22,2	27	50,0	0,000	12,250 3,395 – 44,196
Memiliki	6	22,2	21	77,8	27	50,0		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.38, hasil analisis hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kematian ibu, dikategorikan tidak memiliki asuransi kesehatan dan tidak memiliki asuransi kesehatan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Proporsi tidak memiliki asuransi kesehatan pada kelompok kasus sebesar 77,8%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 22,2%. Proporsi memiliki asuransi kesehatan pada kelompok kasus sebesar 22,2%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 77,8%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel.

Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 12,250$ ($OR > 1$) dengan interval 3,395 – 44,196 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang tidak memiliki asuransi kesehatan memiliki risiko 12,250 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang memiliki asuransi kesehatan.

4.2.5.12 Hubungan Antara Cara Persalinan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara cara persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.39 Hubungan Antara Cara Persalinan dengan Kematian Ibu

Cara Persalinan	Status Ibu		Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal	Hidup	N	%		
Tindakan	21	77,8	11	40,7	0,006	5,091 1,551 – 16,709
Spontan	6	22,2	16	59,3		
Jumlah	27	100	27	100	54	100

Berdasarkan pada tabel 4.39, hasil analisis hubungan antara cara persalinan dengan kematian ibu, dikategorikan cara persalinan dengan tindakan dan cara persalinan dengan spontan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang cara persalinannya dengan tindakan. Proporsi tindakan pada kelompok kasus sebesar 77,8%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 40,7%. Proporsi spontan pada kelompok kasus sebesar 22,2%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 59,3%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,006 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,006 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 5,091$ ($OR > 1$) dengan interval 1,551 – 16,709 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang cara persalinannya dengan tindakan memiliki risiko 5,091 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang cara persalinannya dengan spontan.

4.2.5.13 Hubungan Antara Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.40 Hubungan Antara Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu

Keterlambatan Rujukan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
Terlambat	5	18,5	0	0	5	9,3	0,051	2,227 1,633 – 3,037
Tidak Terlambat	22	81,5	27	100,0	49	90,7		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.40, hasil analisis hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu, dikategorikan terlambat dan tidak terlambat. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang terlambat dirujuk. Proporsi terlambat pada kelompok kasus sebesar 18,5%, lebih besar dari

kelompok kontrol sebesar 0%. Proporsi tidak terlambat pada kelompok kasus sebesar 81,5%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 100%.

Hasil uji hubungan tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* karena terdapat 2 sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, sehingga menggunakan uji *fisher*. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,051 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,051 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu.

4.2.5.14 Hubungan Antara Pendidikan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara pendidikan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.41 Hubungan Antara Pendidikan dengan Kematian Ibu

Pendidikan	Status Ibu				Jumlah	<i>p-value</i>	OR 95% CI	
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%				N
≤ SMP	20	74,1	5	18,5	25	46,3	0,000	12,571
>SMP	7	25,9	22	81,5	29	53,7		3,434 – 46,018
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.41, hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kematian ibu, dikategorikan \leq SMP dan $>$ SMP. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang tingkat pendidikannya \leq SMP. Proporsi \leq SMP pada kelompok kasus sebesar 74,1%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 18,5%. Proporsi $>$ SMP pada kelompok kasus sebesar 25,9%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 81,5%.

Proporsi pendidikan ibu yaitu Perguruan tinggi sebesar 9,3% (5 orang), Akademi sebesar 9,3% (5 orang), SMA sebesar 35,2% (19 orang), SMP sebesar 22,2% (12 orang), dan SD sebesar 24,1% (13 orang).

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 12,571 (OR > 1) dengan interval 3,434 – 46,018 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang tingkat pendidikannya \leq SMP memiliki risiko 12,571 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tingkat pendidikannya > SMP.

4.2.5.15 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.42 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kematian Ibu

Pekerjaan	Status Ibu				Jumlah	<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup				
	N	%	N	%			
Bekerja	7	25,9	9	33,3	24	29,6	0,551 0,216 – 2,267
Tidak Bekerja	20	74,1	18	66,7	30	70,4	
Jumlah	27	100	27	100	54	100	

Berdasarkan pada tabel 4.42, hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu, dikategorikan bekerja dan tidak bekerja. Ibu yang berisiko

terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang bekerja. Proporsi bekerja pada kelompok kasus sebesar 25,9%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 33,3%. Proporsi tidak bekerja pada kelompok kasus sebesar 74,1%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 66,7%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,551 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,551 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu.

4.2.5.16 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara penghasilan keluarga dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.43 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Kematian Ibu

Penghasilan Keluarga	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
< UMR	18	66,7	7	25,9	25	46,3	0,003	5,714
>UMR	9	33,3	20	74,1	29	53,7		1,764 – 18,507
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.43, hasil analisis hubungan antara penghasilan keluarga dengan kematian ibu, dikategorikan < UMR dan > UMR. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang penghasilannya < UMR. Proporsi < UMR pada kelompok kasus sebesar 66,7%, lebih

besar dari kelompok kontrol sebesar 25,9%. Proporsi $>$ UMR pada kelompok kasus sebesar 33,3%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 74,1%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,003 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,003 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 5,714 (OR $>$ 1) dengan interval 1,764 – 18,507 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu dengan penghasilan keluarga $<$ UMR memiliki risiko 5,714 kali mengalami kematian dibandingkan ibu dengan penghasilan keluarga $>$ UMR.

4.2.5.17 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.44 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kematian Ibu

Status Pernikahan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Tidak Menikah	2	7,4	0	0	2	3,7	0,491	2,080 1,568 – 2,759
Menikah	25	92,6	27	100,0	52	96,3		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.44, hasil analisis hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu, dikategorikan tidak menikah dan menikah. Ibu

yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang tidak menikah. Proporsi tidak menikah pada kelompok kasus sebesar 7,4%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 0%. Proporsi menikah pada kelompok kasus sebesar 92,6%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 100%.

Hasil uji hubungan tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* karena terdapat 2 sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, sehingga menggunakan uji *fisher*. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,491 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,491 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu.

4.2.5.18 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.45 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kematian Ibu

Wilayah Tempat Tinggal	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Pedesaan	23	85,2	13	48,1	36	66,7	0,004	6,192
Perkotaan	4	14,8	14	51,9	18	33,3		1,683 – 22,785
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.45, hasil analisis hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kematian ibu, dikategorikan pedesaan dan perkotaan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang bertempat tinggal di pedesaan. Proporsi pedesaan pada kelompok kasus sebesar 85,2%, lebih

besar dari kelompok kontrol sebesar 48,1%. Proporsi perkotaan pada kelompok kasus sebesar 14,8%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 51,9%.

Hasil uji hubungan tersebut memenuhi syarat untuk uji dengan menggunakan *chi square* karena tidak terdapat sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,004 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,004 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6,192$ ($OR > 1$) dengan interval 1,683 – 22,785 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang bertempat tinggal di pedesaan memiliki risiko 6,192 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang bertempat tinggal di perkotaan.

4.2.5.19 Hubungan Antara Budaya Pantang Makanan dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.46 Hubungan Antara Budaya Pantang Makanan dengan Kematian Ibu

Budaya Pantang Makanan	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup					
	N	%	N	%	N	%		
Melakukan	5	18,5	2	7,4	7	13,0	0,420	2,841 0,500 – 16,138
Tidak Melakukan	22	81,5	25	92,6	47	87,0		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.46, hasil analisis hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu, dikategorikan melakukan dan tidak

melakukan. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang melakukan budaya pantang makanan. Proporsi melakukan pada kelompok kasus sebesar 18,5%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 7,4%. Proporsi tidak melakukan pada kelompok kasus sebesar 81,5%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 92,6%.

Hasil uji hubungan tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* karena terdapat 2 sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, sehingga menggunakan uji *fisher*. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,420 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,420 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu.

4.2.5.20 Hubungan Antara Pengetahuan Responden tentang Program EMAS dengan Kematian Ibu

Adapun untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu tentang program EMAS dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.47 Hubungan Antara Pengetahuan Ibu tentang Program EMAS dengan Kematian Ibu

Pengetahuan responden tentang Program EMAS	Status Ibu				Jumlah		<i>p-value</i>	OR 95% CI
	Meninggal		Hidup		N	%		
	N	%	N	%				
Tidak Mengetahui	26	96,3	19	70,4	45	83,3	0,024	10,947 1,261 – 95,057
Mengetahui	1	3,7	8	29,6	9	16,7		
Jumlah	27	100	27	100	54	100		

Berdasarkan pada tabel 4.47, hasil analisis hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kematian ibu, dikategorikan mengetahui program EMAS dan tidak mengetahui program EMAS. Ibu yang berisiko terjadinya kematian adalah pada kelompok kasus yang tidak mengetahui. Proporsi tidak mengetahui pada kelompok kasus sebesar 96,3%, lebih besar dari kelompok kontrol sebesar 70,4%. Proporsi mengetahui pada kelompok kasus sebesar 3,7%, lebih kecil dari kelompok kontrol sebesar 29,6%.

Hasil uji hubungan tersebut tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* karena terdapat 2 sel dengan nilai *observed* nol (0) dan sel dengan nilai *expected* (E) kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel, sehingga menggunakan uji *fisher*. Dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* 0,424 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,024 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 10,947 (OR > 1) dengan interval 1,261 – 95,057 (tidak mencakup angka 1) artinya ibu yang tidak mengetahui program EMAS memiliki risiko 10,947 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang mengetahui program EMAS.

Tabel 4.48 Hasil analisis bivariat hubungan antara seluruh variabel dengan kematian ibu

Variabel	<i>p value</i>	OR 95% CI	Hasil
Komplikasi Kehamilan	0,002	6,400 1,856 – 22,068	Ada Hubungan
Komplikasi Persalinan	0,002	6,400 1,856 – 22,068	Ada Hubungan
Komplikasi Nifas	0,000	15,400 4,077 – 58,166	Ada Hubungan
Status Gizi Ibu	0,012	4,375 1,340 – 14,280	Ada Hubungan
Status Anemia	0,029	3,400 1,111 – 10,402	Ada Hubungan
Penyakit Ibu	0,021	4,086 1,194 – 13,978	Ada Hubungan
Riwayat Persalinan Sebelumnya	0,409	1,579 0,533 – 4,678	Tidak Ada Hubungan
Usia	1,000	1,307 0,310 – 5,509	Tidak Ada Hubungan
Paritas	0,584	1,351 0,460 – 3,964	Tidak Ada Hubungan
Jarak Kehamilan	0,029	3,400 1,111 – 10,402	Ada Hubungan
Kepemilikan Asuransi Kesehatan	0,000	12,250 3,395 – 44,196	Ada Hubungan
Cara Persalinan	0,006	5,091 1,551 – 16,709	Ada Hubungan
Keterlambatan Rujukan	0,051	2,227 1,633 – 3,037	Tidak Ada Hubungan
Pendidikan	0,000	12,571 3,434 – 46,018	Ada Hubungan
Pekerjaan	0,551	0,700 0,216 – 2,267	Tidak Ada Hubungan
Penghasilan Keluarga	0,003	5,714 1,764 – 18,507	Ada Hubungan
Status Pernikahan	0,491	2,080 1,568 – 2,759	Tidak ada Hubungan
Wilayah Tempat Tinggal	0,004	6,192 1,683 – 22,785	Ada Hubungan
Budaya Pantang Makanan	0,420	2,841 0,500 – 16,138	Tidak ada Hubungan
Pengetahuan tentang Program EMAS	0,024	10,947 1,261 – 95,057	Ada Hubungan

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Analisis Hasil Penelitian

5.1.1 Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komplikasi kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,002 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,002 < 0,05$), artinya ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 6,4 artinya ibu yang mengalami komplikasi kehamilan memiliki risiko 6,4 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa komplikasi kehamilan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 22 orang meninggal (81,5%) yang mengalami komplikasi kehamilan dan 5 orang meninggal (18,5%) yang tidak mengalami komplikasi kehamilan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 11 orang (40,7%) yang mengalami komplikasi kehamilan dan 16 orang (59,3%) yang tidak mengalami komplikasi kehamilan.

Jenis komplikasi kehamilan pada kelompok kasus adalah eklampsia/preeklampsia 15 orang (45,5%), infeksi kehamilan 2 orang (6,1%), ketuban pecah dini 3 orang (9,1%), dan pendarahan 2 orang (6,1%). Sedangkan

pada kelompok kontrol, jenis komplikasi kehamilan yang dialami adalah eklampsia/preeklampsia 4 orang (12,1%), infeksi kehamilan 1 orang (3%), ketuban pecah dini 2 orang (6,1%), dan pendarahan 4 orang (12,1%).

Menurut Suwardjono S dan Abdul Bari S. dalam Hanifa W., dkk., (2005:23) perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan muda trisemester pertama yaitu abortus dan perdarahan karena kehamilan ektopik terganggu (KET) sedangkan perdarahan pada kehamilan lanjut, yaitu diantaranya plasenta previa dan solusio plasenta. Selain akibat perdarahan pada masa kehamilan, terjadinya komplikasi kehamilan yang menyebabkan kematian maternal menurut Abdul Bari S., dkk (2002:221) adalah infeksi kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil, yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit.

5.1.2 Hubungan Antara Komplikasi Persalinan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komplikasi persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,002 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,002 < 0,05$), artinya ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 6,4 artinya ibu yang mengalami komplikasi kehamilan memiliki risiko 6,4 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa komplikasi persalinan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 22 orang meninggal (81,5%) yang mengalami komplikasi persalinan dan 5 orang meninggal (18,5%) yang tidak mengalami komplikasi persalinan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 11 orang (40,7%) yang mengalami komplikasi persalinan dan 16 orang (59,3%) yang tidak mengalami komplikasi persalinan.

Jenis komplikasi persalinan pada kelompok kasus adalah eklampsia/preeklampsia 12 orang (36,4%), emboli air ketuban 1 orang (3%), perdarahan 5 orang (15,2%), plasenta tertinggal 1 orang (3%) dan syok 3 orang (9,1%). Sedangkan jenis komplikasi persalinan pada kelompok kontrol adalah eklampsia/preeklampsia 4 orang (12,1%), emboli air ketuban 1 orang (3%), partus lama 1 orang (3%), perdarahan 1 orang (3%), letak sungsang 2 orang (6,1%), dan syok 1 orang (3%).

Kematian akibat komplikasi saat persalinan disebabkan oleh banyak hal, menurut Seto M. dan M. Nadir A. dalam Hanifa W., dkk., (2005:653) komplikasi yang sering terjadi pada saat kelahiran yang mengakibatkan kematian diantaranya adalah adanya perdarahan postpartum yang merupakan perdarahan setelah anak lahir melebihi 500 ml, retensio plasenta yaitu plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir yang disebabkan oleh plasenta belum lepas dari dinding uterus maupun plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Sedangkan menurut Abdul Bari S., dkk (2002:169) terjadinya komplikasi saat persalinan seringkali

disebabkan oleh ruptura uteri yaitu robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang myometrium.

5.1.3 Hubungan Antara Komplikasi Nifas dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komplikasi nifas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), artinya ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 15,4 artinya ibu yang mengalami komplikasi nifas memiliki risiko 15,4 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi nifas.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa komplikasi nifas merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 21 orang meninggal (77,8%) yang mengalami komplikasi nifas dan 6 orang meninggal (22,2%) yang tidak mengalami komplikasi nifas. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 5 orang (18,5%) yang mengalami komplikasi nifas dan 22 orang (81,5%) yang tidak mengalami komplikasi nifas.

Jenis komplikasi nifas pada kelompok kasus adalah eklampsia/eklampsia 10 orang (38,5%), infeksi nifas 3 orang (11,5%), nyeri pinggul 1 orang (3,8%), payudara bengkak 1 orang (3,8%), dan perdarahan 6 orang (23,1%). Sedangkan jenis komplikasi nifas pada kelompok kontrol adalah eklampsia/preeklampsia 2 orang (7,7%), nyeri pinggul 1 orang (3,8%), payudara bengkak 1 orang (3,8%), perdarahan 1 orang (3,8%).

Menurut Williams (1995:561) secara normal proses pemulihan uterus dalam masa nifas akan kembali kepada proporsinya semula. Adanya keterlambatan proses pemulihan uterus seringkali disertai oleh pemanjangan periode pengeluaran lochia dan kadang-kadang oleh perdarahan yang banyak. Proses ini dapat diikuti oleh leukore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Kematian pada masa nifas akibat keterlambatan masa pemulihan uterus yang sering terjadi disebabkan oleh adanya pendarahan uterus yang berlebihan dalam kurun waktu yang lama. Selain itu kematian pada masa nifas juga dikarenakan oleh terjadinya infeksi akibat pertolongan persalinan yang tidak mengindahkan syarat-syarat aseptis-antiseptis, partus lama, ketuban pecah dini, dan sebagainya.

5.1.4 Hubungan Antara Status Gizi Ibu dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status gizi ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,012 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,012 < 0,05$), artinya ada hubungan antara status gizi ibu dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 4,375 artinya ibu yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) memiliki risiko 4,375 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm).

Hal ini dapat menggambarkan bahwa status gizi ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian

dilapangan terdapat 21 orang meninggal (77,8%) yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) dan 6 orang meninggal (22,2%) yang tidak menderita KEK (ukuran LILA > 23,5 cm). Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 12 orang (44,4%) yang menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm) dan 15 orang (55,6%) yang tidak menderita KEK (ukuran LILA < 23,5 cm).

Hal ini sejalan dengan pendapat Sjahmien Moehji (2003;14) menyatakan bahwa jika masukan zat gizi dari makanan tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi defisiensi zat gizi, yang termanifestasi oleh adanya gejala yang timbul. Masukan zat gizi yang berasal dari makanan yang dimakan setiap hari harus dapat memenuhi kebutuhan. Disamping untuk memenuhi kebutuhan tubuh ibunya sendiri, zat gizi juga dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin.

5.1.5 Hubungan Antara Status Anemia dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara status anemia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,029 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,029 < 0,05$), artinya ada hubungan antara status anemia dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 3,4 artinya ibu yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) memiliki risiko 3,4 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita anemia (kadar hemoglobin > 11 gr/dl).

Hal ini dapat menggambarkan bahwa status anemia merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 18 orang meninggal (66,7%) yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) dan 9 orang meninggal (33,3%) yang tidak menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl). Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 orang (37%) yang menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl) dan 17 orang (63%) yang tidak menderita anemia (kadar hemoglobin < 11 gr/dl).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa semakin rendah kadar hemoglobin, semakin besar risiko untuk mengalami perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian. Hal ini sependapat dengan Sarwono (2008), kekurangan kadar hemoglobin dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang dibawa/ditransfer ke sel tubuh maupun sel otak dan uterus. Jumlah oksigen dalam darah yang kurang menyebabkan otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan adekuat sehingga timbul *atonia uteri* yang mengakibatkan perdarahan.

5.1.6 Hubungan Antara Penyakit Ibu dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara penyakit ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,021 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,021 < 0,05$), artinya ada hubungan antara penyakit ibu dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 4,086 artinya ibu yang menderita penyakit memiliki risiko 4,086 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tidak menderita penyakit.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa penyakit ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 13 orang meninggal (48,1%) yang menderita penyakit dan 14 orang meninggal (51,9%) yang tidak menderita penyakit. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 5 orang (18,5%) yang menderita penyakit dan 22 orang (81,5%) yang tidak menderita penyakit.

Jenis penyakit ibu pada kelompok kasus adalah asma 2 orang (11,1%), hepatitis 2 orang (11,1%), hipertensi 1 orang (5,6%), HIV 1 orang (5,6%), penyakit jantung 4 orang (22,2%), TB Paru 2 orang (11,1%), dan Thypoid 1 orang (5,6%). Sedangkan jenis penyakit ibu pada kelompok kontrol adalah hipertensi 2 orang (11,1%), penyakit jantung 1 orang (5,6%), thypoid 2 orang (11,1%).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Brobin *et all*, 2001) yang menyatakan penyakit yang berpengaruh terhadap kematian ibu adalah anemia dan malaria. (Rogo, 2002) menyatakan penyakit yang berhubungan dengan kematian ibu adalah jantung, hipertensi, epilepsi dan asma bronkiale. Penyakit menahun seperti tuberkulosis, penyakit jantung, ginjal, malaria, hepatitis, anemia dn malnutrisi merupakan penyakit yang menyumbang kematian ibu di negara berkembang.

5.1.7 Hubungan Antara Riwayat Persalinan Sebelumnya dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,409 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,409 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa riwayat komplikasi persalinan sebelumnya bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 13 orang meninggal (48,1%) yang memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dan 14 orang meninggal (51,9%) yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 orang (37%) yang memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya dan 17 orang (63%) yang tidak memiliki riwayat komplikasi persalinan sebelumnya.

Pada penelitian ini sebagian kasus kematian ibu terjadi pada riwayat obstetri yang baik. Hal ini dapat terjadi dikarenakan komplikasi yang pernah dialami oleh ibu hamil ada yang bersifat menetap maupun tidak menetap. Komplikasi menetap adalah komplikasi yang tetap ada sampai kehamilan berikutnya misalnya panggul sempit, sedangkan penyebab tidak menetap adalah penyebab yang bisa ditangani atau disembuhkan sebelum kehamilan berikutnya misalnya perdarahan, anemia dan lain sebagainya. Akan tetapi penyebab yang tidak menetap ini juga akan menjadi penyebab komplikasi pada kehamilan berikutnya apabila belum tertangani dengan baik. Oleh karena itu pada ibu hamil

dengan riwayat obstetri yang baik belum tentu tidak mengalami risiko pada saat proses persalinan dan nifas karena masih banyak kemungkinan terjadi masalah/komplikasi pada saat persalinan dan masa nifas itu sendiri.

Riwayat obstetri yang jelek misalnya pernah abortus, seksio secaria dan komplikasi sebelumnya misalnya perdarahan, preeklamsia/eklamsia, seksio sesaria sebelumnya, *ekstraksi vakum*, melahirkan *prematum*/BBLR, *forcep*, partus lama, ketuban pecah dini dan melahirkan bayi mati akan mempengaruhi kehamilan, persalinan dan nifas sekarang sehingga akan membawa risiko terhadap kematian ibu.

5.1.8 Hubungan Antara Usia dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *fisher* yang diperoleh *p value* = 1,000 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($1,000 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara usia dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa usia bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 5 orang meninggal (18,5%) yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun dan 22 orang meninggal (81,5%) yang berusia 20 – 30 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 4 orang (14,8%) yang berusia < 20 tahun atau > 35 dan 23 orang (85,2%) yang berusia 20 – 35 tahun.

Proporsi usia pada ibu yang meninggal yaitu 22 tahun sebesar 7,4% (2 orang), 23 tahun sebesar 3,7% (1 orang), 24 tahun sebesar 7,4% (2 orang), 25 tahun sebesar 7,4% (2 orang), 26 tahun sebesar 7,4% (2 orang), 27 tahun sebesar 7,4% (2 orang), 28 tahun sebesar 14,8% (4 orang), 30 tahun sebesar 3,7% (1 orang), 32 tahun sebesar 3,7% (1 orang), 33 tahun sebesar 14,8% (4 orang), 35 tahun sebesar 3,7% (1 orang), 36 tahun sebesar 3,7% (1 orang), 37 tahun sebesar 11,1% (3 orang), dan 40 tahun sebesar 3,7% (1 orang).

Kematian ibu antara lain disebabkan oleh usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua atau terlalu tua. Berbagai bukti ilmiah menunjukkan bahwa umur melahirkan anak pertama dibawah usia 20 tahun memiliki risiko kematian ibu yang lebih tinggi dibandingkan usia lainnya. Begitu pula pada wanita usia lebih dari 35 tahun, selain risiko kematian ibunya meningkat, risiko terhadap kematian dan kecacatan janin yang dilahirkan lebih tinggi jika dibandingkan usia 20 – 35 tahun (Siswanto, Agus W, 2004).

Usia ideal melahirkan adalah usia 20 – 35 tahun. Usia ideal inilah yang diprioritaskan dalam berbagai promosi kesehatan reproduksi. Kehamilan pada umur < 20 tahun akan mempunyai risiko lebih tinggi, karena belum matangnya pertumbuhan organ biologis dan fungsi tubuh secara baik. (Supratiknyo, 1995).

5.1.9 Hubungan Antara Paritas dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,584 dimana itu

lebih besar dari 0,05 ($0,584 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara paritas dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa paritas bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 13 orang meninggal (48,1%) dengan paritas ≤ 1 atau > 3 dan 14 orang meninggal (51,9%) dengan paritas 2 sampai 3. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 11 orang (40,7%) dengan paritas ≤ 1 atau > 3 dan 16 orang (59,3%) dengan paritas 2 sampai 3. Proporsi paritas pada ibu yang meninggal yaitu paritas 1 sebesar 33,3% (9 orang), paritas 2 sebesar 40,7% (11 orang), paritas 3 sebesar 11,1% (3 orang), paritas 4 sebesar 11,1% (3 orang) dan paritas 5 sebesar 3,7% (1 orang).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Fika Nurul Hidayah (2013) yang menyatakan paritas bukan merupakan faktor langsung yang menyebabkan kematian ibu. Secara teoritis paritas yang rendah dapat menyebabkan ketidaksiapan ibu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan maka uterus semakin lemah sehingga besar risiko komplikasi kehamilan (Manuaba, 2007).

5.1.10 Hubungan Antara Jarak Kehamilan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh $p\ value = 0,029$ dimana

itu lebih kecil dari 0,05 ($0,029 < 0,05$), artinya ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 3,4 artinya ibu dengan jarak kehamilan ≤ 2 tahun memiliki risiko 3,4 kali mengalami kematian dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan > 2 tahun.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa jarak kehamilan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 18 orang meninggal (66,7%) dengan jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan 9 orang meninggal (33,3%) dengan jarak kehamilan > 2 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 orang (37%) dengan jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan 17 orang (63%) dengan jarak kehamilan > 2 tahun.

Jarak kelahiran yang pendek akan menyebabkan seorang ibu belum cukup waktu untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan sebelumnya. Ibu hamil dalam kondisi tubuh kurang sehat inilah yang merupakan salah satu faktor penyebab kematian ibu dan bayi (Manuaba, 2007).

5.1.11 Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dengan

Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), artinya ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 12,250 artinya ibu yang tidak memiliki

asuransi kesehatan memiliki risiko 12,250 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang memiliki asuransi kesehatan

Hal ini dapat menggambarkan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian di lapangan terdapat 21 orang meninggal (77,8%) yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan 6 orang meninggal (22,2%) yang memiliki asuransi kesehatan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 6 orang (77,8%) yang tidak memiliki asuransi kesehatan dan 21 orang (77,8%) yang memiliki asuransi kesehatan.

Proporsi kepemilikan asuransi kesehatan pada ibu yang meninggal yaitu jamkesda 2 orang (7,4%), BPJS 4 orang (14,8%), dan biaya umum atau mandiri 21 orang (77,7%) yang terdiri dari biaya sendiri 13 orang, bantuan dari kerabat 6 orang, dan pinjam dari kerabat 2 orang.

Tidak memiliki asuransi kesehatan dapat mengakibatkan pada keterlambatan rujukan sehingga dapat memperburuk kondisi ibu. Keterjangkauan biaya yang dikeluarkan oleh ibu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan apakah termasuk bisa dijangkau atau memberatkan yang dikaitkan pula dengan tingkat penghasilan ibu atau keluarga, bantuan pembiayaan dari kerabat, subsidi, dan asuransi. Selain itu juga mengenai prioritas atau alokasi dari penghasilan atau dana yang dimiliki untuk kepentingan kesehatan.

5.1.12 Hubungan Antara Cara Persalinan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara cara persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,006 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,006 < 0,05$), artinya ada hubungan antara cara persalinan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 5,091 artinya ibu yang cara persalinannya dengan tindakan memiliki risiko 5,091 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang cara persalinannya dengan spontan.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa cara persalinan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 21 orang meninggal (77,8%) yang cara persalinannya dengan tindakan dan 6 orang meninggal (22,2%) yang cara persalinannya dengan spontan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 11 orang (40,7%) yang cara persalinannya dengan tindakan dan 16 orang (59,3%) yang cara persalinannya dengan spontan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Tharoux et all, 2006) dan (Burrows et all, 2004) yang menyatakan kematian maternal lebih besar pada wanita dengan operasi caesar di bandingkan persalinan lewat vaginal. Jika selama proses persalinan berlangsung terjadi komplikasi seperti tidak ada kemajuan dalam persalinan, denyut jantung yang abnormal, ketuban pecah dini, kelainan posisi bayi, bayi kembar, distosia bahu, prolapsus korda umbilikalis maka akan

dilakukan tindakan seperti induksi persalinan, persalinan dengan bantuan forseps/vakum atau persalinan caesar.

Dengan di induksi maka kontraksi rahim menjadi kuat, dan bila tidak menunjukkan kemajuan persalinan dapat menyebabkan gangguan denyut jantung pada bayi maupun pada ibunya. Pemakaian forsep/vakum dapat menyebabkan memar pada wajah dan robekan pada kulit kepala bayi, pada ibu dapat menyebabkan robekan pada vagina yang bisa menyebabkan perdarahan. Pada persalinan caesar bila ibu tidak dianjurkan untuk segera latihan berjalan akan menyebabkan emboli paru dan kemungkinan perdarahan lebih banyak.

5.1.13 Hubungan Antara Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *fisher* yang diperoleh *p value* = 0,051 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,051 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa keterlambatan rujukan bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 5 orang meninggal (18,5%) yang terlambat dirujuk dan 22 orang meninggal (81,5%) yang tidak terlambat dirujuk. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada (0%) yang terlambat dirujuk dan 27 orang (100%) yang tidak terlambat dirujuk.

Rujukan terlambat terjadi sebagian besar pada jarak tempuh yang jauh. Selain itu biaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan rujukan. biaya sangat diperlukan ketika ibu hamil harus dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik dan lengkap dalam menangani masalah yang dialami oleh ibu hamil. Keterbatasan biaya akan membuat ibu hamil dan keluarga mengambil keputusan yang tidak diharapkan karena ketidakmampuan untuk membayar biaya di rumah sakit yang dibutuhkan. Ibu hamil yang belum mempunyai kesiapan biaya yang baik akan mengalami rasa khawatir ketika harus dilakukan rujukan ke rumah sakit karena tidak tersedia dana yang memadai. Biaya dalam proses persalinan dapat disiapkan sendiri ataupun bantuan dari pemerintah misalnya jampersal. Ibu hamil tidak perlu khawatir terhadap biaya pada saat membutuhkan pelayanan yang lebih baik untuk menangani masalahnya karena adanya program jampersal. (Sumarni, 2013).

5.1.14 Hubungan Antara Pendidikan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,000 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,000 < 0,05$), artinya ada hubungan antara pendidikan dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 12,571 artinya ibu tingkat pendidikannya \leq SMP memiliki risiko 12,571 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang tingkat pendidikannya $>$ SMP.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa pendidikan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 20 orang meninggal (74,1%) yang tingkat pendidikannya \leq SMP dan 7 orang meninggal (25,9%) yang tingkat pendidikannya $>$ SMP. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 5 orang (18,5%) yang tingkat pendidikannya \leq SMP dan 22 orang (81,5%) yang tingkat pendidikannya $>$ SMP. Proporsi pendidikan pada ibu yang meninggal yaitu perguruan tinggi sebesar 3,7% (1 orang), akademi sebesar 11,1% (3 orang), SMA sebesar 11,1% (3 orang), SMP sebesar 33,3% (9 orang) dan SD sebesar 40,7% (11 orang).

Tingkat pendidikan merupakan jenjang dalam penyelesaian proses pembelajaran secara formal. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan pengetahuannya dan perilakunya juga semakin baik. Karena dengan pendidikan yang makin tinggi, maka informasi dan pengetahuan yang diperoleh juga makin banyak, sehingga perubahan perilaku kearah yang baik diharapkan dapat terjadi. (Suryani, 2007)

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh sejak proses kehamilan sampai dengan proses persalinan. Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung untuk menikah pada usia yang matur diatas 20 tahun. Pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan kemampuan ibu dalam mengatur jarak kehamilan, jumlah anak, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dalam pemeriksaan kehamilan dan proses persalinan.

5.1.15 Hubungan Antara Pekerjaan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,551 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,551 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa pekerjaan bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 7 orang meninggal (25,9%) yang bekerja dan 20 orang meninggal (74,1%) yang tidak bekerja. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 9 orang (33,3%) yang bekerja dan 18 orang (66,7%) yang tidak bekerja.

Jenis pekerjaan pada kelompok kasus adalah buruh 1 orang (6,7%), karyawan swasta 3 orang (20%), pedagang 1 orang (6,7%), penjahit 1 orang (6,7%), dan PNS 1 orang (6,7%). Sedangkan jenis pekerjaan pada kelompok kontrol adalah buruh 1 orang (6,7%), karyawan swasta 1 orang (6,7%), pedagang 2 orang (13,3%), dan PNS 5 orang (33,3%).

Dalam penelitian ini sebagian besar kematian ibu terjadi pada ibu rumah tangga, hal ini dimungkinkan karena pada ibu rumah tangga yang disibukan dengan urusan domestik rumah tangga akan mempunyai waktu yang relatif sedikit untuk mendapatkan informasi yang memadai tentang kesehatannya. Hal tersebut juga terkait dengan keadaan ekonomi keluarga, pengetahuan ibu sendiri yang kurang. Ibu yang bekerja sebagai ibu rumah tangga secara ekonomi sangat tergantung pada pendapatan suaminya dan tidak mempunyai pendapatan lebih

yang bisa digunakan untuk memperoleh kebutuhan selama hamil, melahirkan dan masa nifas.

5.1.16 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,003 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,003 < 0,05$), artinya ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 5,714 artinya ibu yang penghasilan keluarganya < UMR memiliki risiko 5,714 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang penghasilan kelaurganya > UMR.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa penghasilan kelaurga merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian di lapangan terdapat 18 orang meninggal (66,7%) yang penghasilan kelaurganya < UMR dan 9 orang meninggal (33,3%) yang penghasilan kelaurganya > UMR. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 7 orang (25,9%) yang penghasilan kelaurganya < UMR dan 20 orang (74,1%) yang penghasilan kelaurganya > UMR.

Sebagian ibu hamil yang tingkat ekonominya tinggi, akan mengikuti perawatan medis kehamilan semenjak stadium dini. Akan tetapi pada golongan yang berpendapatan rendah cenderung menunda perawatan kehamilannya sampai hamil lanjut, ini pun bila mereka bisa mendapatkannya. Kurangnya pengawasan

medis berarti penyakit-penyakit yang diderita oleh ibu hamil akan berkembang tanpa didiagnosis (Robert E, dkk. 1998).

Situasi ekonomi yang semakin sulit dan pandangan masyarakat yang belum menjadikan keseatan ibu hamil dan melahirkan sebagai kebutuhan pokok yang diprioritaskan. Maka masyarakat semakin berkurang untuk berkunjung ke bidan atau tenaga kesehatan yang lainnya untuk memeriksakan kehamilannya. Bagi orang yang memiliki kecukupan uang memang tidak akan terasa mengeluarkan biaya untuk memeriksakan kesehatan ibu hamil, tetapi bagi masyarakat yang tingkat ekonominya rendah, biaya pemeriksaan menjadi beban berat. Akibatnya mereka memilih untuk tidak memeriksakan kehamilannya (Depkes RI, 2003).

5.1.17 Hubungan Antara Status Pernikahan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *fisher* yang diperoleh *p value* = 0,491 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,491 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa status pernikahan bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian di lapangan terdapat 2 orang meninggal (7,4%) yang tidak menikah dan 25 orang meninggal (92,6%) yang menikah. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada (0%) yang tidak menikah dan 27 orang (100%) yang menikah.

Status pernikahan juga dapat berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu. perempuan dengan status tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, yang akan menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan komplikasi.

5.1.18 Hubungan Antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara wilayah tempat tinggal dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p value* = 0,004 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,004 < 0,05$), artinya ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 6,192 artinya ibu yang bertempat tinggal di pedesaan memiliki risiko 6,192 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang bertempat tinggal di perkotaan.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa wilayah tempat tinggal merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian di lapangan terdapat 23 orang meninggal (85,2%) yang bertempat tinggal di pedesaan dan 4 orang meninggal (14,8%) yang bertempat tinggal di perkotaan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 13 orang (48,1%) yang bertempat tinggal di pedesaan dan 14 orang (51,9%) yang bertempat tinggal di perkotaan.

Lokasi pedesaan sering sulit dijangkau karena terbatasnya transportasi dan biaya serta memakan waktu lama. Kadang ditemui tenaga kesehatan tidak ditempat, polindes kosong, puskesmas pembantu kosong karena tidak ada jadwal bidan datang, puskesmas sudah tutup di luar jam kerja. Hal-hal inilah yang menjadi salah satu penyebab tidak langsung dari kematian ibu.

5.1.19 Hubungan Antara Budaya Pantang Makanan dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *fisher* yang diperoleh *p value* = 0,420 dimana itu lebih besar dari 0,05 ($0,420 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa budaya pantang makanan bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian di lapangan terdapat 5 orang meninggal (18,5%) yang melakukan budaya pantang makanan dan 22 orang meninggal (81,5%) yang tidak melakukan budaya pantang makanan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 2 (7,4%) yang melakukan budaya pantang makanan dan 25 orang (92,6%) yang tidak melakukan budaya pantang makanan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmaniari (2011) yang menyatakan bahwa faktor pantang makanan terdapat hubungan dengan kejadian Kurang Energi Kronis. Hal ini terjadi karena ibu hamil berpantang makanan-makanan yang tidak merugikan ataupun membahayakan

kesehatan serta tidak mengganggu kebutuhan akan gizi karena zat gizi yang terkandung didalam makan tersebut dapat diperoleh pada makanan lain dan mudah didapat.

5.1.20 Hubungan Antara Pengetahuan Responden tentang Program EMAS dengan Kematian Ibu

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang program EMAS dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *fisher* yang diperoleh *p value* = 0,024 dimana itu lebih kecil dari 0,05 ($0,024 < 0,05$), artinya ada hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kematian ibu. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 10,947 artinya ibu yang tidak mengetahui program EMAS memiliki risiko 10,947 kali mengalami kematian dibandingkan ibu yang mengetahui program EMAS.

Hal ini dapat menggambarkan bahwa pengetahuan responden tentang program EMAS merupakan faktor yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal. Hasil penelitian dilapangan terdapat 26 orang meninggal (96,3%) yang anggota keluarganya tidak mengetahui program EMAS dan 1 orang meninggal (3,7%) anggota keluarganya mengetahui program EMAS. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 19 orang (70,4%) yang tidak mengetahui program EMAS dan 8 orang (29,6%) yang mengetahui program EMAS.

Pengetahuan tentang program EMAS secara tidak langsung dapat berhubungan dengan kematian ibu. Hal tersebut disebabkan karena penyebaran

informasi mengenai pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal tidak dapat diketahui oleh seluruh masyarakat Kabupaten Tegal. Selain itu, sosialisasi yang dilakukan oleh MKIA tidak menyeluruh pada semua masyarakat Kabupaten Tegal, sehingga masyarakat banyak yang tidak tau mengenai program EMAS.

5.2 Capaian program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Tegal.

EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) adalah sebuah program kerjasama Kementerian Kesehatan RI dan USAID selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Program ini berupaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, terutama untuk kesehatan ibu dan anak dibidang fasilitas kesehatan. Pemerintah telah menetapkan kebijakan tentang peningkatan pelayanan kesehatan terutama *maternal* dan *neonatal* yang salah satu tujuannya untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak (Alamsyah, 2012).

Pada tahun 2011, Kabupaten Tegal menempati posisi paling tinggi angka kematian ibu melahirkan dibandingkan dengan kabupaten/kota lain yang menjalankan program EMAS di Jawa Tengah yaitu sebanyak 51 kasus kematian dari 25.955 kelahiran hidup (196,5 per 100.000 kelahiran hidup). Hal tersebut tentu saja menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Tegal terutama kesehatan ibu dan anak masih tergolong rendah. Padahal Pemerintah Kabupaten Tegal berkomitmen untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui Peraturan Daerah Kabupaten Tegal Nomor 5

Tahun 2011 Tentang Penyelenggaraan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan.

Selain itu, sebagai Kabupaten yang menjalankan upaya pencapaian tujuan dari *Millennium Development Goals* (MDGs), maka hal tersebut dikhawatirkan dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan keempat dan kelima dari MDGs di Kabupaten Tegal yaitu menurunkan tingkat kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu hamil yang sesuai dengan Peraturan Bupati Tegal Nomor 43 Tahun 2011 tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium/*Millennium Development Goals* (MDGs) Kabupaten Tegal Tahun 2011 - 2015. Apabila hal tersebut tetap dibiarkan tanpa adanya upaya untuk memecahkan permasalahan tersebut, maka angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Kabupaten Tegal dikhawatirkan akan terus meningkat.

Atas kebijakan dari Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dari beberapa kabupaten/kota di Jawa Tengah, Kabupaten Tegal ditunjuk untuk menjalankan program EMAS di tahun pertama yaitu pada tahun 2012 - 2013 bersama dengan Kabupaten Banyumas yang kemudian disusul oleh beberapa kabupaten/kota lain di Jawa Tengah. Ditunjuknya Kabupaten Tegal untuk menjalankan program EMAS dikarenakan Kabupaten Tegal merupakan salah satu kabupaten/kota yang memiliki angka kematian ibu dan bayi baru lahir tinggi di Indonesia. Sebagai bentuk intervensi program EMAS di Kabupaten Tegal, Pemerintah Kabupaten Tegal pun menunjuk beberapa fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta sebagai fasilitas pelayanan

kesehatan *vanguard*. *Vanguard* berarti bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang ditunjuk tersebut merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi pelopor dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir melalui program EMAS. Adanya *vanguard* tersebut, maka diharapkan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dapat menyebarkan hal-hal yang diperoleh dari program EMAS kepada fasilitas pelayanan kesehatan lain yang tidak tergolong kedalam fasilitas pelayanan kesehatan *vanguard*. Fasilitas pelayanan kesehatan *vanguard* tersebut terdiri dari 10 puskesmas dan 3 rumah sakit, seperti Puskesmas Jatinegara, Puskesmas Pegerbarang, Puskesmas Bumijawa, Puskesmas Tarub, Puskesmas Margasari, Puskesmas Suradadi, Puskesmas Balapulang, Puskesmas Dukuhwaru, Puskesmas Pagiyanten, Rumah Bersalin Hj Mafroh, RSUD dr. Soeselo, RS Adella Slawi, dan RSI Muhammadiyah Singkil Adiwerna. Berjalannya program EMAS di Kabupaten Tegal diharapkan mampu berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Kabupaten Tegal sehingga dapat menyumbang penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir ditingkat nasional pula.

Namun dalam realitanya, pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal yang bertujuan untuk berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir yaitu sebesar 25% justru menunjukkan hasil yang belum mencapai target yang telah ditentukan. Program EMAS yang telah dijalankan di Kabupaten Tegal dalam beberapa tahun belakangan ini tidak menunjukkan terhadap penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% dari angka kematian ditahun sebelumnya.

AKI di Kabupaten Tegal dari tahun 2011 hingga tahun 2014 cenderung fluktuatif, yaitu pada tahun 2011 sebesar 51 kematian ibu dari 25.955 kelahiran hidup (196,5 per 100.000 kelahiran hidup), tahun 2012 sebesar 39 kematian ibu dari 27.912 kelahiran hidup (145,4 per 100.000 kelahiran hidup), tahun 2013 sebesar 42 kematian ibu dari 28.643 kelahiran hidup (146,6 per 100.000 kelahiran hidup), dan tahun 2014 sebesar 47 kematian ibu dari 27.095 kelahiran hidup (173 per 100.000 kelahiran hidup).

5.2.1 Pelaksana Program EMAS

Pelaksana program EMAS di Kabupaten Tegal tidak hanya melibatkan orang-orang dari pemerintahan khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, tetapi juga melibatkan SKPD-SKPD lain yang terkait. Selain itu juga melibatkan aktor-aktor non-pemerintahan, seperti organisasi kemasyarakatan dan organisasi kesehatan profesional.

Pelaksana program EMAS diantaranya yaitu Kelompok Kerja (Pokja), Tim Pendampingan, Tim Audit Maternal Perinatal yang terdiri dari Tim Manajemen Audit Maternal dan Neonatal dan Tim Pengkaji Audit Maternal Perinatal, FMM (Forum Masyarakat Madani) Kabupaten Tegal, dan Tim EMAS Kabupaten Tegal yang terdiri dari *District Team Leader* (DTL) Kabupaten Tegal, *Civil Society Strengthening Coordinator* (CSSC), *Quality Improvement Coordinator* (QIC), *Administrative Assistant* (AA).

5.2.2 Fasilitas

Untuk menunjang pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal sehingga dapat mencapai tujuan-tujuan tersebut, maka pada tahun pertama

pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal puskesmas dan rumah sakit *vanguard* diberikan beberapa fasilitas fisik seperti inkubator, tempat tidur pasien, meja persalinan, troli, tabung oksigen, penghangat bayi, resusitasi bayi, sungkup untuk bayi, anak dan dewasa, alat peraga, komputer, tablet, timbangan, troli emergensi, tirai, suction dan panduan-panduan. Sedangkan ditahap selanjutnya, EMAS memberikan fasilitas fisik berupa buku-buku. Pemberian fasilitas fisik tersebut didasarkan pada hasil pemantauan yang dilakukan. Hasil pemantauan tersebut maka ditemukan beberapa alat yang seharusnya tersedia dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir namun tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

Tidak hanya fasilitas fisik saja yang diberikan, tetapi juga diberikan fasilitasi berupa pelatihan-pelatihan atau *drill* bagi tenaga kesehatan. Program EMAS juga memberikan sarana lain yaitu berupa sistem informasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dan meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan. Sarana tersebut yaitu SIJARIEMAS (Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal and Neonatal). Adanya SIJARIEMAS di Kabupaten Tegal memungkinkan bahwa proses rujukan dapat dilakukan dengan memanfaatkan teknologi yaitu SMS, sehingga dapat mempersingkat waktu rujukan dan pasien dapat memperoleh rumah sakit yang tepat.

Pelaksanaan SIJARIEMAS di Kabupaten Tegal banyak ditemukan berbagai hambatan. Berikut ini merupakan hambatan-hambatan yang muncul dalam pengaplikasian SIJARIEMAS di Kabupaten Tegal:

1. Tenaga kesehatan tidak terbiasa dengan pemanfaatan teknologi dalam proses rujukan.
2. Kendala jaringan sering terjadi.
3. Ketidapatuhan perujuk dan tempat rujukan dalam pemanfaatan SIJARIEMAS.

Dari berbagai hambatan tersebut kemudian dilakukan beberapa langkah guna memecahkan permasalahan tersebut di atas. Berikut ini merupakan beberapa upaya yang dilakukan guna mengatasi hambatan tersebut:

1. Mengedukasi tenaga kesehatan dalam pemakaian SIJARIEMAS dalam proses rujukan.
2. Melakukan evaluasi dan monitoring secara rutin, yang mana dari hasil evaluasi dan monitoring tersebut dijadikan sebagai bahan dalam membuat rencana tindak lanjut
3. Mengubah SOP rujukan melalui SIJARIEMAS yaitu rujukan dapat dilakukan dengan melalui telepon tetapi harus diikuti dengan SMS.

Hal ini menunjukkan bahwa fasilitas yang diberikan oleh EMAS telah memberikan manfaat. Adanya pemberian fasilitas fisik yang didasarkan pada kebutuhan, maka kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan akan peralatan untuk menunjang pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir menjadi terpenuhi. Fasilitas berupa ilmu dapat menambahkan ilmu-ilmu baru kepada tenaga kesehatan, sehingga dapat diaplikasikan kepada pasien penerima layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Sedangkan fasilitas berupa sarana sistem

informasi dapat mempersingkat waktu rujukan walaupun disertai dengan munculnya beberapa hambatan.

5.2.3 Sosialisasi

Sosialisasi program EMAS di Kabupaten Tegal dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Sosialisasi tersebut berlangsung bersamaan dengan kegiatan *launching* program EMAS. Sementara itu, sosialisasi program EMAS di Kabupaten Tegal juga dilakukan kepada tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan selaku kelompok sasaran pada awal-awal tahun 2012. Sosialisasi ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal dengan mengadakan pertemuan dengan Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator.

Sosialisasi program EMAS di Kabupaten Tegal juga disosialisasikan kepada masyarakat. Kegiatan sosialisasi program EMAS di Kabupaten Tegal kepada masyarakat dilakukan melalui kegiatan posyandu dengan cara melakukan penyuluhan oleh MKIA di tingkat desa. Selain itu, sosialisasi kepada masyarakat juga dilakukan dengan cara lain yaitu dengan menggunakan teknik *audio streaming* melalui siaran langsung di radio. Sosialisasi program EMAS di Kabupaten Tegal melalui siaran radio dilakukan oleh FMM Kabupaten Tegal dan diudarakan oleh Slawi FM dalam acara Kabar Bupati yang mengudara setiap hari senin mulai pukul 08.00 WIB. Materi yang disiarkan berupa layanan aduan dari masyarakat untuk meningkatkan pelayanan bagi kesehatan ibu dan anak ataupun hambatan dalam rujukan.

Pemanfaatan radio sebagai sarana sosialisasi dianggap kurang tepat, mengingat di era sekarang ini sudah sangat jarang sekali masyarakat yang memanfaatkan radio sebagai sarana hiburan. Hal tersebut menyebabkan penyebaran informasi mengenai pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal tidak dapat diketahui oleh seluruh masyarakat Kabupaten Tegal. Selain itu, sosialisasi yang dilakukan oleh MKIA tidak menyeluruh pada semua masyarakat Kabupaten Tegal. Hal tersebut mengingat bahwa persebaran MKIA (Motivator Kesehatan Ibu dan Anak) hanya pada 8 kecamatan yang diintervensi oleh EMAS yaitu Puskesmas Jatinegara, Puskesmas Bumijawa, Puskesmas Margasari, Puskesmas Balapulung, Puskesmas Pagiyanten, Puskesmas Pagerbarang, Puskesmas Tarub, dan Puskesmas Suradadi sedangkan FMM Kabupaten Tegal belum melakukan replikasi kepada kecamatan-kecamatan lain yang tidak diintervensi oleh EMAS, sedangkan di Kabupaten Tegal jumlah keseluruhan kecamatan yaitu 18 kecamatan sehingga berdampak pada ketidakmerataan pengetahuan masyarakat mengenai program EMAS di Kabupaten Tegal.

Terdapat juga pelatihan-pelatihan bagi Tim Pendampingan dan FMM Kabupaten Tegal. Pelatihan bagi Tim Pendampingan bertujuan agar Tim Pendampingan dapat menjadi narasumber dengan baik. Tim Pendampingan memiliki salah satu tugas untuk menjadi narasumber dalam upaya untuk mereplikasi program EMAS kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak termasuk dalam puskesmas dan rumah sakit *vanguard* di dalam maupun di luar batas wilayah administrasi Kabupaten Tegal. Sedangkan FMM Kabupaten Tegal

diberikan arahan agar dapat masuk ke dalam Dinas-dinas terkait, melakukan pendampingan dengan baik dan dapat berbicara dengan MKIA dengan baik pula.

5.2.4 Hambatan

Pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal tidak terlepas dari berbagai hambatan. Hambatan yang muncul dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal yaitu:

1. Ketidakpatuhan perujuk dan tempat rujukan dalam pemanfaatan SIJARIEMAS
2. Tenaga kesehatan tidak terbiasa dengan pemanfaatan teknologi dalam proses rujukan
3. Kendala jaringan sering terjadi dalam SIJARIEMAS
4. Sosialisasi kepada masyarakat tidak merata
5. Ketidaktersediaan SOP bagi pelaksana program EMAS di Kabupaten Tegal khususnya dalam kegiatan pendampingan bagi tenaga kesehatan yang diadakan oleh Tim EMAS

5.2.5 Capaian Program EMAS

Berikut ini merupakan perkembangan pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal tahun 2014-2015 berdasarkan tujuan khusus program EMAS:

1. Meningkatnya pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani kasus-kasus yang berisiko.
2. Semua kasus kematian ibu telah dilakukan audit
3. Standar kinerja klinik pada area maternal di Rumah Sakit mencapai angka rata-rata 90%

4. Standar kinerja klinik pada area neonatal di Rumah Sakit mencapai angka di atas 90%.
5. Standar kinerja klinik pada area pencegahan infeksi di Rumah Sakit mencapai 100%
6. Standar kinerja klinik di Puskesmas mencapai angka rata-rata di atas 80%.
7. Banyaknya rujukan dengan memanfaatkan SIJARIEMAS
8. Respon rujukan yang kurang dari 10 menit mencapai angka 95%.
9. Ketersediaan masyarakat untuk menyampaikan keluhan terhadap pelayanan kesehatan melalui FMM Kabupaten Tegal.

Berbagai pencapaian tujuan khusus program EMAS di atas dalam realitanya tidak mampu berdampak pada penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Kabupaten Tegal. Hal tersebut mengingat bahwa dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir tidak hanya dari faktor tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatannya saja yang diperhatikan.

Kondisi tersebut didukung dengan ketidakmerataan intervensi FMM Kecamatan dan MKIA di Kabupaten Tegal. Sementara itu, FMM Kabupaten Tegal belum melakukan replikasi kepada kecamatan-kecamatan yang tidak diintervensi oleh program EMAS. Padahal dengan adanya FMM di suatu kecamatan maka terdapat pula MKIA pada desa-desa di kecamatan yang bersangkutan, di mana dengan adanya MKIA maka suatu desa mempunyai pendamping khususnya dalam mendampingi ibu hamil dan keluarganya.

Di sisi lain, MKIA berasal dari organisasi masyarakat yang memiliki kepedulian terhadap kesehatan ibu dan anak, di mana kontribusi mereka terhadap

program EMAS didasarkan pada kesukarelaan. Tidak semua orang yang melakukan pekerjaan secara sukarela dapat memiliki produktivitas kerja yang tinggi. Bahkan seseorang yang bekerja dengan adanya imbalan pun tidak menjamin seseorang tersebut dapat bekerja dengan baik. Oleh karena itu, guna mendorong dan mempertahankan produktivitas kinerja yang tinggi khususnya pada MKIA sangat diperlukan adanya pemberian insentif sehingga para MKIA diharapkan akan lebih termotivasi untuk melakukan kinerja yang optimal khususnya dalam melakukan pendampingan-pendampingan kepada masyarakat.

Untuk itu pemerintah Kabupaten Tegal diharapkan dapat melanjutkan aktivitas-aktivitas yang dilakukan selama program EMAS berlangsung di Kabupaten Tegal. Di samping menjalankan roh-roh yang telah didapatkan selama pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal, Pemerintah Kabupaten Tegal diharapkan dapat memperbaiki hambatan-hambatan yang muncul hingga hambatan-hambatan tersebut dapat teratasi.

Diharapkan FMM dapat disebar di kecamatan-kecamatan yang tidak tersentuh oleh program EMAS sehingga semua masyarakat Kabupaten Tegal memiliki kesempatan untuk menyampaikan aspirasinya mengenai pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir kurang memuaskan melalui FMM. Selain dapat menyampaikan aspirasinya melalui FMM, masyarakat juga dapat memperoleh pendampingan dari MKIA. Hal tersebut mengingat persebaran MKIA di desa-desa disesuaikan dengan persebaran FMM di setiap kecamatan.

Upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir merupakan upaya yang tidak dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan saja dan tidak pula dilakukan

oleh Dinas Kesehatan saja. Upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir merupakan upaya yang harus dilakukan oleh berbagai pihak, selain dari fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatannya, masyarakat pun harus ikut andil di dalamnya. Budaya masyarakat yang masih melakukan persalinan pada dukun bayi harus sedikit-sedikit diubah, agar mereka berkeinginan untuk melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Di samping itu, kesadaran masyarakat akan waktu hamil yang tepat perlu ditanamkan, sehingga masyarakat dapat memprogram kehamilannya sesuai dengan umur yang aman.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *case control* yang ditelusuri secara *retrospektif*, sehingga mempunyai kelemahan recall bias, dimana responden harus mengingat kembali pada kejadian yang telah lalu untuk dapat memberikan jawaban yang akan diberikan. Cara mengatasinya dilakukan penelitian dengan metode kuesioner untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap.

Selama pelaksanaan penelitian keterbatasan yang dirasakan oleh peneliti sehingga mempengaruhi proses pengumpulan data adalah dari sumber data yang digunakan berupa data sekunder yaitu dokumen otopsi verbal yang belum lengkap, sehingga ada beberapa data yang seharusnya ada tetapi tidak didokumentasikan oleh petugas kesehatan. Selain itu juga terdapat kesulitan dalam pencarian alamat responden sehingga masih perlu pendamping terutama dari petugas kesehatan setempat.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

6.1.1 Simpulan Umum

Berdasarkan hasil penelitian, maka simpulan umum pada penelitian ini adalah ada hubungan antara determinan dekat (komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas), determinan antara (status gizi ibu, status anemia, penyakit ibu, jarak kehamilan, kepemilikan asuransi kesehatan, cara persalinan), dan determinan jauh (pendidikan, penghasilan keluarga, wilayah tempat tinggal, pengetahuan tentang program EMAS) dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal Tahun 2015.

6.1.2 Simpulan Khusus

1. Ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan nilai *p value* = 0,002 dan OR = 6,400.
2. Ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan nilai *p value* = 0,002 dan OR = 6,400.
3. Ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan nilai *p value* = 0,000 dan OR = 15,400.
4. Ada hubungan antara status gizi ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan nilai *p value* = 0,012 dan OR = 4,375.

5. Ada hubungan antara status anemia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,029$ dan $OR = 3,400$.
6. Ada hubungan antara penyakit ibu dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,021$ dan $OR = 4,086$.
7. Tidak ada hubungan antara riwayat persalinan sebelumnya dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,409$.
8. Tidak ada hubungan antara usia dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 1,000$
9. Tidak ada hubungan antara paritas dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,584$.
10. Ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,029$ dan $OR = 3,400$.
11. Ada hubungan antara kepemilikan asuransi kesehatan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,000$ dan $OR = 12,250$.
12. Ada hubungan antara cara persalinan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,006$ dan $OR = 5,091$.
13. Tidak ada hubungan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,051$.
14. Ada hubungan antara pendidikan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,000$ dan $OR = 12,571$.
15. Tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\text{ value} = 0,551$.

16. Ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\ value = 0,003$ dan $OR = 5,714$.
17. Tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\ value = 0,491$.
18. Ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\ value = 0,004$ dan $OR = 6,192$.
19. Tidak ada hubungan antara budaya pantang makanan dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\ value = 0,420$.
20. Ada hubungan antara pengetahuan responden tentang program EMAS dengan kematian ibu di Kabupaten Tegal dengan $p\ value = 0,024$ dan $OR = 10,947$.

6.1.3 Capaian program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*) dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Tegal.

Program EMAS merupakan program yang bertujuan untuk ikut berkontribusi dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25%. Guna mencapai tujuan tersebut dibentuklah tiga tujuan khusus yaitu peningkatan kualitas, penguatan rujukan dan penguatan akuntabilitas. Pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Tegal merupakan program yang telah mencapai sebagian dari tujuan khususnya. Hal tersebut dikarenakan terdapat beberapa hal yang telah mengalami peningkatan, namun di beberapa hal lainnya masih harus diperhatikan dan ditingkatkan kembali. Namun tercapainya sebagian dari tujuan khusus tersebut tidak berdampak terhadap penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Kabupaten Tegal. Hal tersebut dikarenakan dalam upaya

penyelamatan ibu dan bayi baru lahir tidak hanya memperhatikan tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan saja, tetapi juga harus memperhatikan aspek sosial dan budaya seperti kesadaran masyarakat.

Adanya program EMAS di Kabupaten Tegal membuat sistem rujukan yang biasanya harus membutuhkan waktu yang lama, sekarang menjadi lebih cepat dengan memanfaatkan teknologi berupa telepon dan SMS melalui SIJARIEMAS. Tenaga kesehatan pun telah mengalami peningkatan pemahaman dan keterampilan terkait dengan ilmu dalam pemberian pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Disamping itu sebagai penerima layanan kesehatan, masyarakat diberikan keleluasaan dalam menyampaikan aspirasinya berupa saran/kritikan kepada fasilitas pelayanan kesehatan maupun Pemerintah melalui FMM Kabupaten Tegal.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi (Dinas Kesehatan kabupaten Tegal)

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal sebaiknya dapat membuat program-program terkait dengan upaya menurunkan angka kematian ibu di daerah Kabupaten Tegal yang masih tinggi diantaranya melalui penggalakan kembali pembentukan “Desa Siaga” dan program MPS.

6.2.2 Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat agar lebih memperhatikan kondisi kehamilannya dengan meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan kehamilan, persalinan, dan nifas serta perlu mengenali tanda-tanda dini terjadinya komplikasi kehamilan,

persalinan, dan nifas sehingga apabila ibu mengalami komplikasi dapat segera ditangani oleh petugas kesehatan.

6.2.3 Bagi Keluarga

Keluarga sebagai pemegang peranan penting juga diharapkan dapat melakukan upaya-upaya pencegahan dan perencanaan yang lebih baik untuk menjaga kesehatan anggota keluarga yang lain terutama ibu hamil, bersalin, maupun nifas.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan dan diharapkan mengambil populasi yang lebih luas agar diperoleh informasi yang lebih lengkap mengenai faktor-faktor penyebab kematian ibu serta menggunakan metode penelitian yang lebih baik misalnya kohort.

DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, Nurul. 2011. *Faktor Risiko Kematian Ibu*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 7, No 10, 2013.
- Alamsyah, E. 2012. *Expanding Maternal And Neonatal Survival*. Bulletin Perinata Asia. Hal 1-3.
- Bhisma Murti. 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: UGM Press.
- Brobin JB, Hakimi M, Pelletier D, 2001. An Analysis of Anemia and Pregnancy-Related Maternal Mortality. *Journal of Nutritional* .Volume 131.
- Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. 2004. Maternal Morbidity Associated with Vaginal versus Cesarean Delivery. *Journal Obstetrics and Gynecology*. Volume 103 pp.907-912
- Dep.Kes RI. 2001. *Rencana Strategi Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- CIA, 2010. *World Factbook*.<URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2223rank.html>>
- Depkes RI. 2000. *Buku pedoman pengenalan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas*. Jakarta. Direktorat Jenderal Pembangunan Masyarakat Desa.
- Depkes RI. 2003. *Gerakan Partisipatif Penyelamatan Ibu Hamil Menyusui dan Bayi*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2014. *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang: Dinkes Jateng.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Tegal*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Tegal*.
- EMAS. 2012. *Sistem Rujukan di Kabupaten Deli Serdang*, diakses 29 Juni 2016, dari Emas Indonesia: <http://deliserdang.rujukan.net/>
- Fibriana, Arulita Ika. 2007. *Faktor-Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal*. Tesis. Universitas Diponegoro Semarang.

- Hanifa W. dkk. 2005, *Ilmu Kebidanan*, edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Hardjono, Hartanto. 2013. Progres EMAS di Jawa Tengah Tahun 2013, dari kebijakan kesehatan Indonesia: <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net>.
- Farrer, Helen. 1999. *Perawatan Maternitas*. Alih Bahasa: Andry Hartono. Jakarta: EGC.
- Herawati I. *Analisis kematian ibu di Indonesia tahun 2010 berdasarkan data SDKI, Riskesdas, dan laporan rutin kesehatan ibu dan anak*. Pertemuan Teknis Kesehatan Ibu; 6 April 2011; Bandung, Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia: 2011.
- Hernandez-Correa JC. *Maternal mortality and risk factors at the community level*. Economic Working Paper. Departement of Economics. Michigan: Western Michigan University; 2010.
- Hidayah, Fika Nurul. 2013. Faktor-Faktor Risiko yang mempengaruhi Kejadian Perdarahan Postpartum Primer pada Ibu Bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantul-DIY. Yogyakarta: STIKES Aisyiyah.
- Kusumawati, Dita Ayu. 2012. *Gambaran Faktor Penyebab Kematian Maternal di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2010*. Magetan: Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya.
- Littik, Serlie. 2008. *Hubungan Antara Kepemilikan Asuransi Kesehatan dan Akses Pelayanan Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur*, MKM, Volume 03, No 1, Juni 2008, hlm.53-54.
- Manfaati, Sekarwuni, dkk. 2013. *Perubahan Pemilihan Penolongdan Tempat Persalinan Ibu Multipara di Daerah Pedesaan Kecamatan Pa'jukukang Kabupaten Bantaeng*. FKM Universitas Hasanuddin.
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri: Perdarahan Postpartum*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya.
- Oktavianisya, Nelyta. 2014. *Pengaruh kualitas ANC (Antenatal Care) dan Rujukan Terhadap Morbiditas Maternal di Kabupaten Sidoarjo*. Tesis. ADLN-Perpustakaan Universitas Airlangga.
- Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. 2010. Kementerian Kesehatan RI

- Rogo, KO. 2002. Maternal Mortality. *Current Obsetrics and Gynaecology*. Volume 12.
- Royston, Erica, Amstrong S. 1998. *Pencegahan kematian ibu hamil*. Alih bahasa: Maulany R.F. Jakarta. Bina rupa aksara.
- Safrudin dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Siswanto, Agus Wilopo. 2004. *Strategi Meningkatkan Kualitas Pelayanan KB dalam Upaya Menurunkan Kematian Maternal*. Jakarta: BKKBN
- Siswono. 2003. *Kematian Ibu Indonesia Tertinggi* dalam www.gizi.net.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sumarni. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kematian Ibu di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah Periode Tahun 2009 – 2011. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, Volume 5, No 1, Juni 2014, hlm 52-62.
- Sumarni, Tri Anasari. 2013. Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Rujukan pada Kasus Kematian Ibu di RS Margono Soekardjo. *Akademi kebidanan YLPP Purwokerto*.
- Supratiknyo. 1995. *Audit Maternal Penderita Rujukan di Rumah Sakit Umum Pusat dr Kariadi Semarang*. Semarang: FK UNDIP.
- Susanti, Aisyah. 2013. *Budaya Pantang Makanan, Status Ekonomi, dan Pengetahuan Zat Gizi Ibu Hamil Trimester III dengan Status Gizi*, JIKK, Volume 4, No 1, Januari 2013, hlm. 5-6.
- Tharoux CD, Carmona E, Colle MB, Helene M, Breart, Gerard MD. 2006. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Journal Obstetrics and Gynecology*. Volume 108 pp.541-548
- Williams, 1995, *Obstetri williams*, edisi 18, Jakarta: EGC.
- World Health Organization (WHO), Depkes RI, FKM UI. 1998. *Modul safe Motherhood*. Jakarta: Kerjasama WHO-Depkes RI-FKM UI.
- World Health Organization (WHO). 2010. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Geneva.

World Health Organization (WHO). 2013. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva.

Lampiran 1. Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 1188/FIK/2015**

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2015/2016**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 14 September 2015

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:
Nama : dr. Anulita Ika Fibrina, M.Kes (Epid)
NIP : 197402022001122001
Pangkat/Golongan : III/D
Jabatan Akademik : Lektor
Sebagai Pembimbing
Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
Nama : ANGGRAINI KUSUMAWARDANI
NIM : 6411412229
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : PNEUMONIA
- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

4411412229
FM-03-AKD-24/Rev. 00



Lampiran 2. *Ethical Clearance*

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 496/KEPK/2016

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal Tahun 2015

Nama Peneliti Utama : Angraini Kusumawardani
Nama Pembimbing : dr. Anulita Ika Fibriana, M.Kes(Epid).
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F5, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : Kabupaten Tegal
Tanggal Persetujuan : 7 November 2016
(bertaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 7 November 2016



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol dan Linmas



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL
KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS

Alamat : Jl. Piere Tendean No. 1 Slawi Telp. (0283) 492428

Slawi, 27 September 2016

Nomor : 070 / 21/1709
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. KEPALA BAPPEDA
KABUPATEN TEGAL
Di -
S L A W I

Menarik Surat Permohonan Ijin Penelitian

Dari : Universitas Negeri Semarang
Nomor : 6715/UN37.1.6/LT/2016
Tanggal : 04 Mei 2016

Bersama ini kami beritahukan, bahwa wilayah Kabupaten Tegal akan dilaksanakan Penelitian oleh :

N a m a : Anggraeni Kusumawardani
N I M : 6411412229
J u d u l : Faktor-faktor yang berhubungan Kejadian Kematian ibu di Kabupaten Tegal tahun 2015

Sehubungan dengan itu kami tidak keberatan atas ijin Penelitian tersebut, dalam wilayah Kabupaten Tegal dan bersama ini pula kami lampirkan foto copy surat rekomendasi dari Universitas Negeri Semarang.

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. KEPALA KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS



Tembusan : Kepada Yth.
1. Bupati Tegal (Sebagai laporan)
2. Yang bersangkutan
3. Arsip.

Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian dari BAPPEDA



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
 (BAPPEDA)**

Alamat : Jl. Dr. Soetomo No. 1 Slawi Kode Pos 52417 Telp (0283) 491964 - 492023
 Fax (0283) 492023

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN / RISET / KERJA PRAKTIK

Nomor : 072/423/IX/2016

- I. **D a s a r :** Surat Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tegal
 Nomor : 070/21/1709
 Tanggal : 27 September 2016
- II. Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Kabupaten Tegal, menyatakan tidak keberatan atas Ijin Penelitian di wilayah Kabupaten Tegal yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : ANGGRAINI KUSUMAWARDANI (NIM : 6411412229)
 2. Pekerjaan : Mahasiswa
 3. Alamat : Permata Abadi Desa Pedagangan Kecamatan Dukuwaru Kabupaten Tegal
 4. Penanggungjawab : Wakil Dekan Bidang Akademik Universitas Negeri Semarang
 5. Maksud/tujuan : Ijin Penelitian Dalam Rangka Penyusunan Skripsi Dengan Judul "FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KEMATIAN IBU DI KABUPATEN TEGAL TAHUN 2015"
 6. Lokasi : Wilayah Kabupaten Tegal
 7. Pembimbing : -
- Dengan ketentuan sebagai berikut :
- a. Pelaksanaan penelitian/riset/kerja praktik tidak disalahgunakan untuk tujuan yang dapat mengganggu kestabilan pemerintah;
 - b. Sebelum melaksanakan penelitian/riset/kerja praktik, terlebih dahulu melaporkan kepada pejabat/perangkat pemerintah yang berwenang/berkaitan;
 - c. Setelah penelitian penelitian/riset/kerja praktik selesai dilaksanakan agar menyerahkan/melaporkan hasilnya kepada Bappeda Kabupaten Tegal.
- III. Rekomendasi penelitian/riset/kerja praktik ini mulai berlaku tanggal : 27 September 2016 s/d 27 Desember 2016

Dikeluarkan di : S L A W I
 Pada tanggal : 27 September 2016

A.N. KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
 KABUPATEN TEGAL,
 KABIDYUSKANG DAN STATISTIK



Tembusan : Kepada Yth.
 1. Bupati Tegal (sebagai laporan);
 2. Ka. Dinkes Kab. Tegal;
 3.
 4. Yang Bersangkutan;
 5. Arsip

Lampiran 5. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBJEK

Saya, Anggraini Kusumawardani, Mahasiswa S1 Peminatan Epidemiologi dan Biostatistika, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Semarang akan melakukan penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Tegal Tahun 2015”. Dana penelitian ini berasal dari peneliti sendiri. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan hubungan antara faktor-faktor yaitu komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas, status gizi ibu, status anemia, penyakit ibu, riwayat persalinan sebelumnya, usia, paritas, jarak kehamilan, kepemilikan asuransi kesehatan, cara persalinan, keterlambatan rujukan, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, penghasilan keluarga, status pernikahan, wilayah tempat tinggal, budaya pantang makanan, dan program EMAS dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Tegal Tahun 2015. Saya mengajak bapak/ibu/saudara untuk ikut dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan 54 subjek penelitian, dengan jangka waktu keikutsertaan masing masing subjek sekitar setengah sampai 1 jam.

A. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela, dan dapat menolak untuk ikut dalam penelitian ini atau dapat berhenti sewaktu-waktu tanpa denda sesuatu apapun.

B. Prosedur penelitian

1. Apabila Bapak/Ibu/Saudara bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta untuk menandatangani lembar persetujuan ini.
2. Penelitian ini dilakukan dengan wawancara (komunikasi dua arah) antara saya sebagai peneliti dengan Bapak/Ibu/Saudara sebagai subjek penelitian/informan. Saya akan mencatat hasil wawancara ini untuk

kebutuhan penelitian setelah mendapatkan persetujuan dari Bapak/Ibu/Saudara.

3. Penelitian ini tidak ada tindakan dan hanya semata-mata wawancara dan ceklist untuk mendapatkan informasi seputar identitas dan kronologi terjadinya kematian ibu.
4. Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menjawab beberapa pertanyaan pada kuesioner.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Bapak/Ibu/Saudara diminta memberikan jawaban ataupun penjelasan yang sebenarnya terkait dengan pertanyaan yang diajukan untuk mencapai tujuan penelitian ini.

D. Risiko dan efek samping dan penanganannya

Tidak ada resiko dan efek samping dalam penelitian ini, karena tidak ada perlakuan kepada Bapak/Ibu/Saudara dan hanya wawancara (komunikasi dua arah).

E. Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan dalam menyusun program kesehatan sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu dan untuk memberikan informasi kepada masyarakat tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian ibu sehingga diharapkan dapat melakukan pencegahan atau kontrol lebih dini.

F. Kerahasiaan

Informasi yang didapatkan dari Bapak/Ibu/Saudara terkait dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah (ilmu pengetahuan) serta hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subjek penelitian

G. Kompensasi / ganti rugi

Dalam penelitian ini tersedia kenang-kenangan berupa pengupas buah seharga Rp 2.000,- untuk kompensasi atau ganti rugi untuk Bapak/Ibu/Saudara.

H. Pembiayaan

Penelitian ini dibiayai oleh peneliti sendiri.

I. Informasi tambahan

Penelitian ini dibimbing oleh dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid)

Bapak/Ibu/Saudara diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu ada efek samping atau membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi Anggraini Kusumawardani, no Hp 085726854834 di Kos Selvian Jl. Kalimasada, Gunungpati, Semarang.

Bapak/Ibu/Saudara juga dapat menanyakan tentang penelitian ini kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Negeri Semarang, dengan nomor telepon (024) 8508107 atau email kepk.unnes@gmail.com

Semarang, 19 September 2016

Hormat saya,


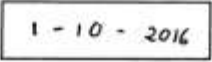
Anggraini Kusumawardani

Lampiran 6. Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian


PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Anggraini Kusumawardani

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek  Tanggal 

(Nama jelas : Munasik)

Tandatangan saksi 

(Nama jelas : Mela Ristanti)

19

Lampiran 7. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
KEMATIAN IBU DI KABUPATEN TEGAL****Status Responden : Kasus/Kontrol *(coret salah satu)**

Nomor kuesioner :

Tanggal wawancara :

A. DATA KELUARGA

1. Nama Kepala Keluarga :
2. Hubungan dengan ibu yang meninggal (kasus kematian maternal) atau ibu yang hidup (kontrol): ayah/suami/yang lain, sebutkan
.....
3. Alamat lengkap :
4. Klasifikasi Desa/Kelurahan : 1. Pedesaan 2. Perkotaan
5. No Telp/HP :
6. Pekerjaan KK :
7. Pendidikan terakhir KK :
8. Jumlah anggota keluarga :
9. Jumlah pendapatan keluarga dalam 1 bulan :

B. IDENTITAS SUAMI

(Data diisi apabila kepala keluarga bukan suami dari ibu meninggal atau ibu pada kelompok kontrol)

1. Nama suami :
2. Pendidikan tertinggi suami :
3. Pekerjaan suami :
4. Jumlah pendapatan dalam 1 bulan :

IDENTITAS RESPONDEN PADA KASUS KEMATIAN IBU:

1. Nama Responden :
2. Hubungan dengan Almarhumah :
 - a. Suami
 - b. Orang tua / mertua*
 - d. Anak / menantu*
 - e. Famili lain

E. PENOLONG PERSALINAN

1. Pada saat ibu bersalin, siapa yang melakukan pertolongan persalinan?
 - a. Petugas kesehatan (dokter / bidan / perawat*)
 - b. Dukun bayi
 - c. Lainnya,

*coret yang salah

F. TEMPAT PERSALINAN

1. Dimana tempat ibu melahirkan:

a. Rumah ibu	d. Puskesmas
b. Rumah dukun	e. Rumah Sakit / Rumah Bersalin
c. Polindes	f. Lainnya,

G. CARA PERSALINAN

1. Bagaimana cara ibu melahirkan pada persalinan terakhir:
 - a. Persalinan Normal
 - b. Persalinan dengan tindakan (operasi seksio sesaria, vakum, forceps, lainnya.....*) *coret yang salah

H. PARITAS

1. Berapa umur ibu pada saat hamil?
2. Berapa tinggi badan ibu pada saat hamil?
3. Berapa kali ibu hamil?
4. Berapa kali ibu keguguran?
5. Berapa jarak kelahiran ini dengan sebelumnya?

I. KOMPLIKASI KEHAMILAN

1. Apakah pada saat kehamilan terakhir, ibu mengalami komplikasi kehamilan seperti pendarahan, tekanan darah tinggi (preeklamsia / eklamsia), infeksi

(demam / panas tinggi) / lainnya? Sebutkan

.....

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu

J. KOMPLIKASI PERSALINAN

1. Apakah pada persalinan terakhir, ibu mengalami komplikasi persalinan, seperti perdarahan, plasenta tertinggal, partus lama, tekanan darah tinggi (preeklamsia / eklamsia), infeksi, syok? Sebutkan

.....

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu

K. KOMPLIKASI NIFAS

1. Apakah dalam kurun waktu 42 hari setelah melahirkan ibu mengalami komplikasi, seperti perdarahan, tekanan darah tinggi (preeklamsia / eklamsia), infeksi (demam dan keluar cairan berbau dari jalan lahir / kencing saat lahir / nyeri pinggul / payudara bengkak dan sakit? Sebutkan

.....

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu

L. KETERLAMBATAN RUJUKAN

1. Apakah saat terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan atau nifas, ibu dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan lebih lengkap?

- a. Ya b. Tidak, alasan.....

2. Kemana ibu dirujuk?

- a. Rumah sakit / Rumah bersalin pemerintah
b. Rumah sakit / rumah bersalin swasta
c. Lainnya,

3. Siapa yang menyarankan untuk merujuk?

- a. Dokter d. Keluarga g. Tidak tahu
b. Bidan e. Inisiatif ibu sendiri

- c. Dukun bayi f. Lainnya,.....
4. Siapa yang harus menentukan keputusan untuk merujuk dalam keluarga?
- a. Ibu sendiri c. Orang tua / mertua
- b. Suami d. Lainnya, sebutkan.....
5. Berapa lama sejak muncul keluhan / gejala sampai dengan pengambilan keputusan untuk dirujuk?
- a. Kurang dari 30 menit
- b. Lebih dari 30 menit, berapa lama
6. Hambatan yang dihadapi setelah pengambilan keputusan untuk dirujuk:
- a. Tidak ada
- b. Tidak ada biaya
- c. Kesulitan mencari transportasi
- d. Menunggu petugas kesehatan
- e. Lainnya,.....
7. Berapa lama waktu yang digunakan setelah ibu setuju untuk dirujuk sampai tiba di tempat pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit):
- a. Kurang dari 2 jam
- b. Lebih dari 2 jam, berapa lama.....
8. Bagaimana upaya mendapatkan transportasi:
- a. Sulit b. Mudah
9. Bagaimana kondisi geografis tempat tinggal ibu:
- a. Pegunungan b. Sebagian datar c. Datar
10. Kendaraan apa yang digunakan:
- a. Mobil sendiri d. Ambulan / mobil puskesmas
- b. Angkutan kota e. Lainnya,.....
- c. Angkutan barang
11. Berapa lama waktu yang dibutuhkan sejak ibu tiba di rumah sakit sampai dilakukan penanganan medis:
- a. Kurang dari 30 menit
- b. Lebih dari 30 menit, berapa lama.....
12. Berapa lama ibu bersalin dirawat di rumah sakit sampai meninggal:

- a. Kurang dari 2 jam
- b. Lebih dari 2 jam, berapa lama (jam / hari).....

M. KEPEMILIKAN ASURANSI KESEHATAN

- 1. Apakah ibu memiliki asuransi kesehatan?
 - a. Memiliki
 - b. Tidak

N. STATUS GIZI IBU SAAT HAMIL

- 1. Pemeriksaan LILA untuk menentukan status gizi dapat dilihat pada register kohort / KMS ibu. Ukuran LILA cm
 - a. KEK
 - b. Tidak KEK

O. STATUS ANEMIA

- 1. Kadar Hemoglobin (Hb) ibu saat hamil dapat dilihat pada register kohort / KMS ibu. Kadar Hb..... gram/dl
 - a. Anemia
 - b. Tidak anemia

P. BUDAYA PANTANG MAKANAN

- 1. Apakah ibu mempunyai pantangan makanan tertentu selama masa kehamilan?
 - a. Ya, sebutkan.....
 - b. Tidak

Q. RIWAYAT PENYAKIT IBU

- 1. Apakah ibu memiliki riwayat penyakit / menderita penyakit seperti penyakit jantung, diabetes mellitus (kencing manis), asma, TBC, hepatitis, malaris, lainnya.....
 - a. Menderita penyakit
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

R. RIWAYAT KOMPLIKASI PADA KEHAMILAN SEBELUMNYA

- 1. Apakah pada kehamilan sebelum kehamilan yang terakhir, ibu pernah mengalami komplikasi kehamilan, seperti perdarahan, tekanan darah tinggi

Lampiran 8. Data Sampel Kasus dan Kontrol Penelitian

DATA SAMPEL KASUS PENELITIAN

No	Status Ibu	Usia	Alamat	Pendidikan
1	Kasus	40 tahun	Penusupan RT 02/07, Kec. Pangkah	SMP
2	Kasus	24 tahun	Grobog Kulon RT 02/01, Kec. Pangkah	SMP
3	Kasus	36 tahun	Pecabean RT 17/06, Kec. Pangkah	SD
4	Kasus	28 tahun	Bogares Lor RT 06/02, Kec. Pangkah	SMP
5	Kasus	25 tahun	Tembok Luwung RT 12/03, Kec. Adiwerna	SMA
6	Kasus	23 tahun	Margaayu RT 01/04, Kec. Margasari	SD
7	Kasus	24 tahun	Kalisalak RT 02/01, Kec. Margasari	SD
8	Kasus	26 tahun	Tembok Luwung RT 36/08, Kec. Adiwerna	SD
9	Kasus	30 tahun	Adiwerna RT 16/04, Kec. Adiwerna	SMP
10	Kasus	32 tahun	Slawi wetan RT 07/08, Kec. Slawi	SD
11	Kasus	37 tahun	Mejasem timur, Kec. Kramat	D3
12	Kasus	37 tahun	Padaharja, Kec. Kramat	SD
13	Kasus	33 tahun	Kertaharja RT 01/02, Kec. Kramat	D3
14	Kasus	33 tahun	Jatilawang RT 02/02, Kec. Kramat	SMP
15	Kasus	27 tahun	Mejasem Timur RT 03/06, Kec. Kramat	SMA
16	Kasus	25 tahun	Dukuhmentik RT 01/02, Kec. Bumijawa	S1
17	Kasus	33 tahun	Dukuhbenda RT 04/03, Kec. Bumijawa	D3
18	Kasus	28 tahun	Mejasem Timur RT 06/02, Kec. Kramat	SD
19	Kasus	22 tahun	Babakan RT 02/11, Kec. Kramat	SMP
20	Kasus	26 tahun	Mejasem Barat RT 05/08, Kec. Kramat	SMA
21	Kasus	28 tahun	Balapulang wetan RT 05/06, Kec. Balapulang	SD
22	Kasus	35 tahun	Danawarih RT 02/03, Kec. Balapulang	SD
23	Kasus	28 tahun	Pamiritan RT 02/01, Kec. Balapulang	SMP
24	Kasus	33 tahun	Pegirikan RT 33/08, Kec. Talang	SMP
25	Kasus	37 tahun	Pegirikan RT 04/01, Kec. Talang	SD
26	Kasus	27 tahun	Dukuhmalang RT 09/2, Kec. Talang	SD
27	Kasus	22 tahun	Pesayangan RT 03/01, Kec. Talang	SMP

DATA SAMPEL KONTROL PENELITIAN

No	Status Ibu	Usia	Alamat	Pendidikan
1	Kontrol	28 tahun	Dukuhsalam, Kec. Slawi	SMA
2	Kontrol	30 tahun	Dukuhsalam, Kec. Slawi	SMA
3	Kontrol	38 tahun	Dukuhsalam, Kec. Slawi	SMA
4	Kontrol	30 tahun	Palm Asri RT 02/05, Kec. Dukuwaru	S1
5	Kontrol	27 tahun	Procot, Kec. Slawi	S1
6	Kontrol	27 tahun	Pedagangan RT 02/07, Kec. Dukuwaru	S1
7	Kontrol	33 tahun	Kalisapu RT 03/04, Kec. Slawi	SMA
8	Kontrol	22 tahun	Lebaksiu RT 05/08, Kec. Lebaksiu	SMA
9	Kontrol	19 tahun	Slawi kulon, Kec. Slawi	SMA
10	Kontrol	28 tahun	Kabunan RT 12/04, Kec Dukuwaru	SMP
11	Kontrol	36 tahun	Kalisapu RT 02/07, Kec. Slawi	SMA
12	Kontrol	24 tahun	Kagok RT 02/04, Kec. Slawi	SMA
13	Kontrol	26 tahun	Kagok RT 02/04, Kec. Slawi	SMA
14	Kontrol	34 tahun	Kagok RT 03/04, Kec. Slawi	SD
15	Kontrol	27 tahun	Dukuhsambung, Kec. Pangkah	SMA
16	Kontrol	37 tahun	Dukuhsambung, Kec. Pangkah	SMA
17	Kontrol	34 tahun	Penusupan RT 05/06, Kec. Pangkah	SD
18	Kontrol	33 tahun	Pedagangan RT 02/07, Kec. Dukuwaru	D3
19	Kontrol	33 tahun	Pedagangan RT 03/07, Kec. Dukuwaru	SMA
20	Kontrol	35 tahun	Kabunan RT 12/04, Kec Dukuwaru	SMA
21	Kontrol	31 tahun	Pecabean RT 17/06, Kec. Pangkah	D3
22	Kontrol	27 tahun	Tembok Luwung RT 34/08, Kec. Adiwerna	SMP
23	Kontrol	28 tahun	Palm Asri RT 02/05, Kec. Dukuwaru	SMA
24	Kontrol	26 tahun	Palm Asri RT 02/05, Kec. Dukuwaru	SMA
25	Kontrol	34 tahun	Palm Asri RT 03/05, Kec. Dukuwaru	S1
26	Kontrol	26 tahun	Dukuhsambung, Kec. Pangkah	SMA
27	Kontrol	34 tahun	Dukuhsambung, Kec. Pangkah	SMP

Lampiran 9. Rekapitulasi Hasil Penelitian

No Responden	Status	Komplikasi Kehamilan	Komplikasi Persalinan	Komplikasi Nifas	Status Gizi	Status Anemia	Penyakit Ibu	Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya
R-1	Kasus	Ada	Ada	Ada	Tidak KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-2	Kasus	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-3	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-4	Kasus	Tidak Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-5	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-6	Kasus	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-7	Kasus	Ada	Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-8	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-9	Kasus	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-10	Kasus	Ada	Ada	Ada	Tidak KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-11	Kasus	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-12	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-13	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-14	Kasus	Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-15	Kasus	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-16	Kasus	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-17	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita	Ada

							Penyakit	
R-18	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-19	Kasus	Ada	Ada	Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-20	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-21	Kasus	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-22	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-23	Kasus	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-24	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-25	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-26	Kasus	Ada	Ada	Ada	Tidak KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-27	Kasus	Ada	Ada	Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-28	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-29	Kontrol	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-30	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-31	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-32	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-33	Kontrol	Tidak Ada	Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita	Tidak Ada

							Penyakit	
R-34	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-35	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-36	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-37	Kontrol	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-38	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-39	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-40	Kontrol	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-41	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-42	Kontrol	Tidak Ada	Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-43	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-44	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-45	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-46	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-47	Kontrol	Ada	Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-48	Kontrol	Tidak Ada	Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada

R-49	Kontrol	Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Ada
R-50	Kontrol	Ada	Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Anemia	Menderita Penyakit	Ada
R-51	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Ada	KEK	Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-52	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-53	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak KEK	Tidak Anemia	Tidak Menderita Penyakit	Tidak Ada
R-54	Kontrol	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	KEK	Tidak Anemia	Menderita Penyakit	Tidak Ada

No Responden	Usia	Kategori Usia	Paritas	Kategori Paritas	Jarak Kehamilan	Kategori Jarak Kehamilan	Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Cara Persalinan	Keterlambatan Rujukan
R-1	40 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	4	≤ 1 atau > 3	6 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-2	24 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-3	36 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	4	≤ 1 atau > 3	2,5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-4	28 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	8 bulan	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-5	25 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-6	23 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Terlambat
R-7	24 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-8	26 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	2 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-9	30 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Terlambat
R-10	32 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	1,5 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-11	37 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-12	37 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	3	2 sampai 3	12 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Terlambat
R-13	33 tahun	20 - 35 tahun	5	≤ 1 atau > 3	10 bulan	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-14	33 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat

R-15	27 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	4 bulan	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-16	25 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Terlambat
R-17	33 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	1 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Terlambat
R-18	28 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-19	22 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-20	26 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 4	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-21	28 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5,5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-22	35 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	1,5 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-23	28 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	8 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-24	33 tahun	20 - 35 tahun	4	≤ 1 atau > 3	18 bulan	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-25	37 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	3	2 sampai 3	4,5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-26	27 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-27	22 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-28	28 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-29	30 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-30	38 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	3	2 sampai 3	11 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat

R-31	30 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	3 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-32	27 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-33	27 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	1,5 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-34	33 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	8 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-35	22 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	2,5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-36	19 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	2,5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-37	28 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-38	36 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	3	2 sampai 3	3 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-39	24 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-40	26 tahun	20 - 35 tahun	2	≤ 1 atau > 3	5 bulan	≤ 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-41	34 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	4 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-42	27 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-43	37 tahun	< 20 Tahun atau > 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-44	34 tahun	20 - 35 tahun	4	≤ 1 atau > 3	8 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-45	33 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	3 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-46	33 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	2,5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-47	35 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	9 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-48	31 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-49	27 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	2,5 tahun	> 2 tahun	Tidak Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-50	28 tahun	20 - 35 tahun	3	2 sampai 3	1 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat

R-51	26 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	3 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat
R-52	34 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	3 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-53	26 tahun	20 - 35 tahun	2	2 sampai 3	5 tahun	> 2 tahun	Memiliki	Spontan	Tidak Terlambat
R-54	34 tahun	20 - 35 tahun	1	≤ 1 atau > 3	0 tahun	≤ 2 tahun	Memiliki	Tindakan	Tidak Terlambat

No Responden	Pendidikan	Kategori Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	Status Pernikahan	Wilayah Tempat Tinggal	Budaya Pantang Makanan	Program EMAS
R-1	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-2	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-3	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-4	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-5	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Melakukan	Tidak Mengetahui
R-6	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-7	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-8	SD	≤ SMP	Bekerja	< UMR	Tidak Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-9	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Melakukan	Tidak Mengetahui
R-10	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Melakukan	Tidak Mengetahui
R-11	D3	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-12	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-13	D3	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-14	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Melakukan	Tidak

								Mengetahui
R-15	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-16	S1	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-17	D3	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-18	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Melakukan	Tidak Mengetahui
R-19	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Tidak Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-20	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-21	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-22	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-23	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-24	SMP	≤ SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-25	SD	≤ SMP	Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-26	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-27	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-28	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui

R-29	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-30	SMA	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-31	S1	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-32	S1	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-33	S1	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-34	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-35	SMA	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-36	SMA	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-37	SMP	≤ SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-38	SMA	> SMP	Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Melakukan	Tidak Mengetahui
R-39	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-40	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-41	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-42	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-43	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-44	SD	≤ SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Perkotaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-45	D3	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Mengetahui

R-46	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-47	SMA	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-48	D3	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-49	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-50	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-51	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-52	S1	> SMP	Bekerja	> UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Mengetahui
R-53	SMA	> SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Tidak Melakukan	Tidak Mengetahui
R-54	SMP	≤ SMP	Tidak Bekerja	< UMR	Menikah	Pedesaan	Melakukan	Tidak Mengetahui

Lampiran 10. Hasil Analisis Univariat

HASIL ANALISIS UNIVARIAT**Komplikasi Kehamilan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	33	61.1	61.1	61.1
Tidak Ada	21	38.9	38.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Komplikasi Persalinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	33	61.1	61.1	61.1
Tidak Ada	21	38.9	38.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Komplikasi Nifas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	26	48.1	48.1	48.1
Tidak Ada	28	51.9	51.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Status Gizi Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KEK	32	59.3	59.3	59.3
Tidak KEK	22	40.7	40.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Status Anemia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anemia	28	51.9	51.9	51.9
Tidak Anemia	26	48.1	48.1	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Penyakit Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menderita Penyakit	18	33.3	33.3	33.3
Tidak Menderita Penyakit	36	66.7	66.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	23	42.6	42.6	42.6
Tidak Ada	31	57.4	57.4	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 20 Tahun atau > 35 tahun	9	16.7	16.7	16.7
20 - 35 tahun	45	83.3	83.3	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Paritas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 1 atau > 3	24	44.4	44.4	44.4
2 sampai 3	30	55.6	55.6	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Jarak Kehamilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 2 tahun	28	51.9	51.9	51.9
> 2 tahun	26	48.1	48.1	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Kepemilikan Asuransi Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Memiliki	27	50.0	50.0	50.0
Memiliki	27	50.0	50.0	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Cara Persalinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tindakan	32	59.3	59.3	59.3
Spontan	22	40.7	40.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Keterlambatan Rujukan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terlambat	5	9.3	9.3	9.3
	Tidak Terlambat	49	90.7	90.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= SMP	25	46.3	46.3	46.3
	> SMP	29	53.7	53.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	16	29.6	29.6	29.6
	Tidak Bekerja	38	70.4	70.4	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Penghasilan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< UMR	25	46.3	46.3	46.3
	> UMR	29	53.7	53.7	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Menikah	2	3.7	3.7	3.7
Menikah	52	96.3	96.3	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Wilayah Tempat Tinggal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pedesaan	36	66.7	66.7	66.7
Perkotaan	18	33.3	33.3	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Budaya Pantang Makanan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Melakukan	7	13.0	13.0	13.0
Tidak Melakukan	47	87.0	87.0	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Program EMAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Mengetahui	45	83.3	83.3	83.3
Mengetahui	9	16.7	16.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Lampiran 11. Hasil Analisis Bivariat

HASIL ANALISIS BIVARIAT**Komplikasi Kehamilan * Kematian Ibu****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikasi Kehamilan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Komplikasi Kehamilan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Komplikasi Kehamilan	Ada	Count	22	11	33
		Expected Count	16.5	16.5	33.0
		% within Status Ibu	81.5%	40.7%	61.1%
	Tidak Ada	Count	5	16	21
		Expected Count	10.5	10.5	21.0
		% within Status Ibu	18.5%	59.3%	38.9%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.429 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.792	1	.005		
Likelihood Ratio	9.797	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.002
Linear-by-Linear Association	9.254	1	.002		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Komplikasi Kehamilan (Ada / Tidak Ada)	6.400	1.856	22.068
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.800	1.255	6.245
For cohort Status Ibu = Hidup	.438	.255	.750
N of Valid Cases	54		

Komplikasi Persalinan * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikasi Persalinan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Komplikasi Persalinan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Komplikasi Persalinan	Ada	Count	22	11	33
		Expected Count	16.5	16.5	33.0
		% within Status Ibu	81.5%	40.7%	61.1%
	Tidak Ada	Count	5	16	21
		Expected Count	10.5	10.5	21.0
		% within Status Ibu	18.5%	59.3%	38.9%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.429 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.792	1	.005		
Likelihood Ratio	9.797	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.002
Linear-by-Linear Association	9.254	1	.002		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Komplikasi Persalinan (Ada / Tidak Ada)	6.400	1.856	22.068
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.800	1.255	6.245
For cohort Status Ibu = Hidup	.438	.255	.750
N of Valid Cases	54		

Komplikasi Nifas * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikasi Nifas * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Komplikasi Nifas * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Komplikasi Nifas	Ada	Count	21	5	26
		Expected Count	13.0	13.0	26.0
		% within Status Ibu	77.8%	18.5%	48.1%
	Tidak Ada	Count	6	22	28
		Expected Count	14.0	14.0	28.0
		% within Status Ibu	22.2%	81.5%	51.9%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.989 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	16.690	1	.000		
Likelihood Ratio	20.307	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	18.637	1	.000		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Komplikasi Nifas (Ada / Tidak Ada)	15.400	4.077	58.166

For cohort Status Ibu = Meninggal	3.769	1.810	7.850
For cohort Status Ibu = Hidup	.245	.109	.551
N of Valid Cases	54		

Status Gizi Ibu * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Gizi Ibu * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Status Gizi Ibu * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Status Gizi Ibu	KEK	Count	21	12	33
		Expected Count	16.5	16.5	33.0
		% within Status Ibu	77.8%	44.4%	61.1%
	Tidak KEK	Count	6	15	21
		Expected Count	10.5	10.5	21.0
		% within Status Ibu	22.2%	55.6%	38.9%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.312 ^a	1	.012		
Continuity Correction ^b	4.987	1	.026		
Likelihood Ratio	6.471	1	.011		
Fisher's Exact Test				.024	.012
Linear-by-Linear Association	6.195	1	.013		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Gizi Ibu (KEK / Tidak KEK)	4.375	1.340	14.280
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.227	1.080	4.593
For cohort Status Ibu = Hidup	.509	.301	.862
N of Valid Cases	54		

Status Anemia * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Anemia * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Status Anemia * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Status Anemia	Anemia	Count	18	10	28
		Expected Count	14.0	14.0	28.0
		% within Status Ibu	66.7%	37.0%	51.9%
	Tidak Anemia	Count	9	17	26
		Expected Count	13.0	13.0	26.0
		% within Status Ibu	33.3%	63.0%	48.1%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.747 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	3.635	1	.057		
Likelihood Ratio	4.820	1	.028		
Fisher's Exact Test				.056	.028
Linear-by-Linear Association	4.659	1	.031		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Status Anemia (Anemia / Tidak Anemia)	3.400	1.111	10.402
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.857	1.023	3.371
For cohort Status Ibu = Hidup	.546	.309	.966
N of Valid Cases	54		

Penyakit Ibu * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit Ibu * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Penyakit Ibu * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Penyakit Ibu	Menderita Penyakit	Count	13	5	18
		Expected Count	9.0	9.0	18.0
		% within Status Ibu	48.1%	18.5%	33.3%
	Tidak Menderita Penyakit	Count	14	22	36
		Expected Count	18.0	18.0	36.0
		% within Status Ibu	51.9%	81.5%	66.7%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.333 ^a	1	.021		
Continuity Correction ^b	4.083	1	.043		
Likelihood Ratio	5.476	1	.019		
Fisher's Exact Test				.042	.021
Linear-by-Linear Association	5.235	1	.022		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyakit Ibu (Menderita Penyakit / Tidak Menderita Penyakit)	4.086	1.194	13.978
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.857	1.127	3.061
For cohort Status Ibu = Hidup	.455	.206	1.001
N of Valid Cases	54		

Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya	Ada	Count	13	10	23
		Expected Count	11.5	11.5	23.0
		% within Status Ibu	48.1%	37.0%	42.6%
	Tidak Ada	Count	14	17	31
		Expected Count	15.5	15.5	31.0
		% within Status Ibu	51.9%	63.0%	57.4%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.682 ^a	1	.409		
Continuity Correction ^b	.303	1	.582		
Likelihood Ratio	.683	1	.408		
Fisher's Exact Test				.583	.291

Linear-by-Linear Association	.669	1	.413	
N of Valid Cases ^b	54			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Komplikasi Persalinan Sebelumnya (Ada / Tidak Ada)	1.579	.533	4.678
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.252	.738	2.122
For cohort Status Ibu = Hidup	.793	.451	1.395
N of Valid Cases	54		

Usia * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Usia * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Usia	< 20 Tahun atau > 35 tahun	Count	5	4	9
		Expected Count	4.5	4.5	9.0

	% within Status Ibu	18.5%	14.8%	16.7%
20 - 35 tahun	Count	22	23	45
	Expected Count	22.5	22.5	45.0
	% within Status Ibu	81.5%	85.2%	83.3%
Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.133 ^a	1	.715		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.134	1	.715		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.131	1	.718		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (< 20 Tahun atau > 35 tahun / 20 - 35 tahun)	1.307	.310	5.509
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.136	.590	2.190
For cohort Status Ibu = Hidup	.870	.397	1.905
N of Valid Cases	54		

Paritas * Kematian Ibu**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Paritas * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Paritas <= 1 atau > 3	Count		13	11	24
	Expected Count		12.0	12.0	24.0
	% within Status Ibu		48.1%	40.7%	44.4%
2 sampai 3	Count		14	16	30
	Expected Count		15.0	15.0	30.0
	% within Status Ibu		51.9%	59.3%	55.6%
Total	Count		27	27	54
	Expected Count		27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.300 ^a	1	.584		
Continuity Correction ^b	.075	1	.784		
Likelihood Ratio	.300	1	.584		
Fisher's Exact Test				.785	.392
Linear-by-Linear Association	.294	1	.587		

N of Valid Cases ^b	54			
-------------------------------	----	--	--	--

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (<= 1 atau > 3 / 2 sampai 3)	1.351	.460	3.964
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.161	.683	1.974
For cohort Status Ibu = Hidup	.859	.496	1.488
N of Valid Cases	54		

Jarak Kehamilan * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jarak Kehamilan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Jarak Kehamilan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Jarak Kehamilan <= 2 tahun	Count	18	10	28	
	Expected Count	14.0	14.0	28.0	
	% within Status Ibu	66.7%	37.0%	51.9%	
> 2 tahun	Count	9	17	26	
	Expected Count	13.0	13.0	26.0	

	% within Status Ibu	33.3%	63.0%	48.1%
Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.747 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	3.635	1	.057		
Likelihood Ratio	4.820	1	.028		
Fisher's Exact Test				.056	.028
Linear-by-Linear Association	4.659	1	.031		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak Kehamilan (<= 2 tahun / > 2 tahun)	3.400	1.111	10.402
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.857	1.023	3.371
For cohort Status Ibu = Hidup	.546	.309	.966
N of Valid Cases	54		

Kepemilikan Asuransi Kesehatan * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepemilikan Asuransi Kesehatan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Kepemilikan Asuransi Kesehatan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Kepemilikan Asuransi Kesehatan	Tidak Memiliki	Count	21	6	27
		Expected Count	13.5	13.5	27.0
		% within Status Ibu	77.8%	22.2%	50.0%
	Memiliki	Count	6	21	27
		Expected Count	13.5	13.5	27.0
		% within Status Ibu	22.2%	77.8%	50.0%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.667 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.519	1	.000		
Likelihood Ratio	17.652	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.358	1	.000		

N of Valid Cases ^b	54			
-------------------------------	----	--	--	--

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kepemilikan Asuransi Kesehatan (Tidak Memiliki / Memiliki)	12.250	3.395	44.196
For cohort Status Ibu = Meninggal	3.500	1.680	7.291
For cohort Status Ibu = Hidup	.286	.137	.595
N of Valid Cases	54		

Cara Persalinan * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cara Persalinan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Cara Persalinan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Cara Persalinan	Tindakan	Count	21	11	32
		Expected Count	16.0	16.0	32.0
		% within Status Ibu	77.8%	40.7%	59.3%
	Spontan	Count	6	16	22

	Expected Count	11.0	11.0	22.0
	% within Status Ibu	22.2%	59.3%	40.7%
Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.670 ^a	1	.006		
Continuity Correction ^b	6.213	1	.013		
Likelihood Ratio	7.895	1	.005		
Fisher's Exact Test				.012	.006
Linear-by-Linear Association	7.528	1	.006		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Cara Persalinan (Tindakan / Spontan)	5.091	1.551	16.709
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.406	1.163	4.978
For cohort Status Ibu = Hidup	.473	.275	.813
N of Valid Cases	54		

Keterlambatan Rujukan * Kematian Ibu**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keterlambatan Rujukan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Keterlambatan Rujukan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Keterlambatan Rujukan	Terlambat	Count	5	0	5
		Expected Count	2.5	2.5	5.0
		% within Status Ibu	18.5%	.0%	9.3%
	Tidak Terlambat	Count	22	27	49
		Expected Count	24.5	24.5	49.0
		% within Status Ibu	81.5%	100.0%	90.7%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.510 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	3.527	1	.060		
Likelihood Ratio	7.443	1	.006		
Fisher's Exact Test				.051	.026

Linear-by-Linear Association	5.408	1	.020	
N of Valid Cases ^b	54			

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.227	1.633	3.037
N of Valid Cases	54		

Pendidikan * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Pendidikan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Pendidikan	<= SMP	Count	20	5	25
		Expected Count	12.5	12.5	25.0
		% within Status Ibu	74.1%	18.5%	46.3%
> SMP	Count	Count	7	22	29
		Expected Count	14.5	14.5	29.0
		% within Status Ibu	25.9%	81.5%	53.7%

Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.759 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.599	1	.000		
Likelihood Ratio	17.785	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.448	1	.000		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (<= SMP / > SMP)	12.571	3.434	46.018
For cohort Status Ibu = Meninggal	3.314	1.689	6.505
For cohort Status Ibu = Hidup	.264	.117	.593
N of Valid Cases	54		

Pekerjaan * Kematian Ibu**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Pekerjaan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Pekerjaan	Bekerja	Count	7	9	16
		Expected Count	8.0	8.0	16.0
		% within Status Ibu	25.9%	33.3%	29.6%
	Tidak Bekerja	Count	20	18	38
		Expected Count	19.0	19.0	38.0
		% within Status Ibu	74.1%	66.7%	70.4%
Total		Count	27	27	54
		Expected Count	27.0	27.0	54.0
		% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.355 ^a	1	.551		
Continuity Correction ^b	.089	1	.766		
Likelihood Ratio	.356	1	.551		
Fisher's Exact Test				.766	.383
Linear-by-Linear Association	.349	1	.555		

N of Valid Cases ^b	54			
-------------------------------	----	--	--	--

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak Bekerja)	.700	.216	2.267
For cohort Status Ibu = Meninggal	.831	.442	1.564
For cohort Status Ibu = Hidup	1.188	.687	2.052
N of Valid Cases	54		

Penghasilan Keluarga * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penghasilan Keluarga * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Penghasilan Keluarga * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Penghasilan Keluarga < UMR	Count		18	7	25
	Expected Count		12.5	12.5	25.0
	% within Status Ibu		66.7%	25.9%	46.3%

> UMR	Count	9	20	29
	Expected Count	14.5	14.5	29.0
	% within Status Ibu	33.3%	74.1%	53.7%
Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.012 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.448	1	.006		
Likelihood Ratio	9.288	1	.002		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	8.846	1	.003		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penghasilan Keluarga (< UMR / > UMR)	5.714	1.764	18.507
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.320	1.280	4.207
For cohort Status Ibu = Hidup	.406	.207	.797
N of Valid Cases	54		

Status Pernikahan * Kematian Ibu**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Pernikahan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Status Pernikahan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Status Pernikahan	Tidak Menikah	Count	2	0	2
		Expected Count	1.0	1.0	2.0
		% within Status Ibu	7.4%	.0%	3.7%
	Menikah	Count	25	27	52
		Expected Count	26.0	26.0	52.0
		% within Status Ibu	92.6%	100.0%	96.3%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.077 ^a	1	.150		
Continuity Correction ^b	.519	1	.471		
Likelihood Ratio	2.850	1	.091		
Fisher's Exact Test				.491	.245

Linear-by-Linear Association	2.038	1	.153	
N of Valid Cases ^b	54			

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.080	1.568	2.759
N of Valid Cases	54		

Wilayah Tempat Tinggal * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Wilayah Tempat Tinggal * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Wilayah Tempat Tinggal * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Wilayah Tempat Tinggal	Pedesaan	Count	23	13	36
		Expected Count	18.0	18.0	36.0
		% within Status Ibu	85.2%	48.1%	66.7%
Perkotaan	Perkotaan	Count	4	14	18
		Expected Count	9.0	9.0	18.0
		% within Status Ibu	14.8%	51.9%	33.3%

Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.333 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.750	1	.009		
Likelihood Ratio	8.699	1	.003		
Fisher's Exact Test				.008	.004
Linear-by-Linear Association	8.179	1	.004		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Wilayah Tempat Tinggal (Pedesaan / Perkotaan)	6.192	1.683	22.785
For cohort Status Ibu = Meninggal	2.875	1.171	7.061
For cohort Status Ibu = Hidup	.464	.282	.765
N of Valid Cases	54		

Budaya Pantang Makanan * Kematian Ibu**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Budaya Pantang Makanan * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Budaya Pantang Makanan * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Budaya Pantang Makanan	Melakukan	Count	5	2	7
		Expected Count	3.5	3.5	7.0
		% within Status Ibu	18.5%	7.4%	13.0%
	Tidak Melakukan	Count	22	25	47
		Expected Count	23.5	23.5	47.0
		% within Status Ibu	81.5%	92.6%	87.0%
Total	Count	27	27	54	
	Expected Count	27.0	27.0	54.0	
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.477 ^a	1	.224		
Continuity Correction ^b	.657	1	.418		
Likelihood Ratio	1.520	1	.218		
Fisher's Exact Test				.420	.210
Linear-by-Linear Association	1.450	1	.229		

N of Valid Cases ^b	54			
-------------------------------	----	--	--	--

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Budaya Pantang Makanan (Melakukan / Tidak Melakukan)	2.841	.500	16.138
For cohort Status Ibu = Meninggal	1.526	.873	2.669
For cohort Status Ibu = Hidup	.537	.162	1.786
N of Valid Cases	54		

Pengetahuan tentang Program EMAS * Kematian Ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Program EMAS * Status Ibu	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

Program EMAS * Status Ibu Crosstabulation

			Status Ibu		Total
			Meninggal	Hidup	
Program EMAS Tidak Mengetahui	Count		26	19	45
	Expected Count		22.5	22.5	45.0
	% within Status Ibu		96.3%	70.4%	83.3%

Mengetahui	Count	1	8	9
	Expected Count	4.5	4.5	9.0
	% within Status Ibu	3.7%	29.6%	16.7%
Total	Count	27	27	54
	Expected Count	27.0	27.0	54.0
	% within Status Ibu	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.533 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	4.800	1	.028		
Likelihood Ratio	7.291	1	.007		
Fisher's Exact Test				.024	.012
Linear-by-Linear Association	6.412	1	.011		
N of Valid Cases ^b	54				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Program EMAS (Tidak Mengetahui / Mengetahui)	10.947	1.261	95.057
For cohort Status Ibu = Meninggal	5.200	.806	33.560
For cohort Status Ibu = Hidup	.475	.314	.718
N of Valid Cases	54		

Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian

DOKUMENTASI PENELITIAN**Wawancara dengan responden kasus****Wawancara dengan responden kasus**



Wawancara dengan responden kasus



Wawancara dengan responden kontrol



Wawancara dengan responden kontrol



Wawancara dengan responden kontrol