



**HUBUNGAN ANTARA KOMPLIKASI OBSTETRI DENGAN
KEMATIAN MATERNAL DI KABUPATEN CILACAP**

SKRIPSI

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
pada Universitas Negeri Semarang

PERPUSTAKAAN
UNNES

Oleh

Laeli Puji Lestari
NIM. 6450403029

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
2009**

ABSTRAK

Laeli Puji Lestari, 2009, **Hubungan antara Komplikasi Obstetri dengan Kematian Maternal Di Kabupaten Cilacap**, Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing : I. Drs. Sugiharto, M. Kes., II. dr. Hj. Arulita Ika F, M. Kes.

Kata kunci : Komplikasi Obstetri dan Kematian Maternal.

Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.

Jenis penelitian ini adalah *Explanatory Research*, metode yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas yang meninggal dunia di Kabupaten Cilacap. Sampel yang diambil sejumlah 21 orang kasus (ibu meninggal) dan 42 orang kontrol (ibu hidup) yang dipilih dengan menggunakan random sampling. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah : kuesioner, data-data kohort ibu hamil, dan catatan kematian maternal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap. Data primer diperoleh melalui wawancara. Data sekunder diperoleh dari catatan kematian maternal, data kohort ibu hamil, dan catatan persalinan. Data yang diperoleh dari penelitian ini diolah dengan menggunakan statistik uji *chi square* dengan derajat kemaknaan $\alpha=0,05$ dan penentuan odd ratio.

Hasil penelitian menunjukkan komplikasi obstetri yang meliputi komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas berhubungan dengan kematian maternal. Komplikasi kehamilan ($p= 0,000$, OR=23,750), Komplikasi persalinan ($p=0,000$, OR=25,500), Komplikasi nifas ($p=0,000$, OR=22,000). Sedangkan umur ibu, paritas, dan jarak kehamilan tidak merupakan perancu dalam menilai hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.

Saran yang dapat diajukan antara lain: (1) Bagi pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap hendaknya dapat membuat program-program terkait dengan upaya menurunkan potensi komplikasi obstetri pada ibu usia subur di daerah Kabupaten Cilacap yang masih tinggi diantaranya melalui penggalakan kembali pembentukan "Desa Siaga", dan program MPS; (2) Untuk penelitian selanjutnya, dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan dan diharapkan mengambil populasi yang lebih luas agar diperoleh informasi yang lebih lengkap tentang faktor-faktor penyebab kematian maternal.

ABSTRACT

Laeli Puji Lestari. 2009. **The Correlation between Obstetric Complication with Maternal Mortality in Cilacap Regency**. Skripsi Public Health Science Departement. Sports Faculty. Semarang State University. Advisors: I. Drs. Sugiharto, M. Kes., II. dr. Hj. Arulita Ika F, M. Kes.

Key words: Obstetric Complication and Maternal Mortality.

The topic of the research is the correlation between obstetric complication and maternal mortality in Cilacap regency. The purpose of the research is to know the correlation between obstetric complication and maternal mortality in Cilacap regency.

The type of the research is explanatory research, with analytic survey method with case control approach. The population used is pregnant woman, woman in child birth, and woman who died when gave birth in Cilacap Regency. The sample is 21 cases (death mother) and 42 controls (live mother) of them who are alive Random sampling. The instruments used is the research are: questioners, cohort data of the pregnant woman and rotes of maternal mortality from health official of Cilacap regency. The primer data is from interview. The secondary data is from maternal mortality rotes, the cohort data of pregnant woman and child birth rotes. The process of the data using chi-square statistic test with degree of mean $\alpha : 0,05$ and odds ratio determining.

The result of this study shows obstetric complication which consists of pregnant complication, child birth complication and parturition complication related to maternal mortality. The pregnant complication ($p=0.000$, $OR=23.750$), the child birth complication ($p=0.000$, $OR=25.500$), the parturition complication ($p=0.000$, $OR=22.000$). Whereas the age of the mothers, parity and the distance of pregnancy are not a cause in evaluating the correlation between the obstetric complication with the maternal mortality in Cilacap regency.

Some suggestions that can be learnt from this research are: (1) For the Health Service of Cilacap Regency supposed to make some programs related with the effort to decrease obstetric complication potential in fertile age of the mothers in Cilacap regency which is still high by doing the re-encouragement of “Desa Siaga” formation and MPS program; (2) For the next research can see this research as reference and it is hoped that they can take larger population in order to get more complete information about the factors cause maternal mortality.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “HUBUNGAN ANTARA KOMPLIKASI OBSTETRI DENGAN KEMATIAN MATERNAL DI KABUPATEN CILACAP” telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Pada hari : Kamis

Tanggal : 12 Maret 2009

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,

Drs. H. Harry Pramono, M. Si
NIP. 131469638

Irwan Budiono, SKM, M. Kes.
NIP. 132398392

Dewan Penguji,

1. Widya Harry Cahyati, SKM, M. Kes. (Ketua)
NIP. 132308386

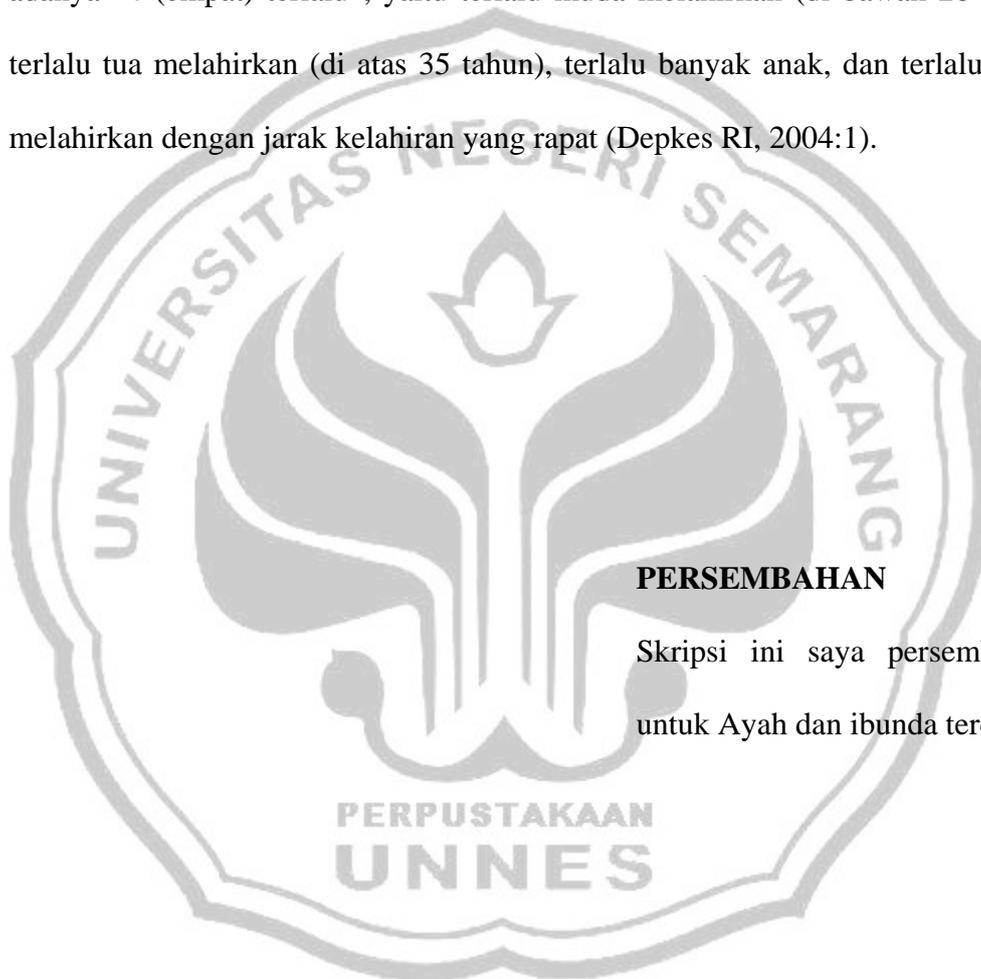
2. Drs. Sugiharto, M. Kes. (Anggota)
NIP. 131571557

3. dr. Hj. Arulita Ika F., M. Kes. (Epid.) (Anggota)
NIP. 132296577

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Seringkali kematian karena kehamilan dan persalinan disebabkan karena adanya “4 (empat) terlalu”, yaitu terlalu muda melahirkan (di bawah 20 tahun), terlalu tua melahirkan (di atas 35 tahun), terlalu banyak anak, dan terlalu sering melahirkan dengan jarak kelahiran yang rapat (Depkes RI, 2004:1).



PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan
untuk Ayah dan ibunda tercinta.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Hubungan antara Komplikasi Obstetri dengan Kematian Maternal di Kabupaten Cilacap.” Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan terimakasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Moh. Nasution, M. Kes., atas izin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, Bapak dr. H. Mahalul Azam, M. Kes., atas izin penelitian.
3. Dosen Pembimbing I, Bapak Drs. Sugiharto, M. Kes., atas bimbingan dan arahnya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen Pembimbing II, Ibu dr. Hj. Arulita Ika F., M. Kes., atas bimbingan dan arahnya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap Bapak Sugeng B. Susanto, MMR, atas izin pengambilan data.
6. Seluruh Bidan dan Petugas Puskesmas Kabupaten Cilacap, atas waktu dan bantuannya dalam pengambilan data penelitian ini.
7. Ayahanda dan Ibunda tercinta, atas bimbingan, motivasi dan doa dalam penyusunan skripsi ini.
8. Yang kusayangi dan selalu kurindukan Kak Andi, Kak Ela, Dek Ayi dan seluruh Keluarga Besar “Akram”, atas doa dan motivasi hingga terselesainya skripsi ini.
9. Keluarga Ndalem dan Keluarga Besar Ma’had Assalafi Al Asror, atas pencerahan hati dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.
10. Keluarga Ndalem dan Keluarga Besar Ma’had Al Mubarak, atas pencerahan hati dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.

11. Mas Zahrul M., atas bantuan dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.
 12. Ust. Syifauddin Ridlwan, atas motivasi hingga selesainya skripsi ini.
 13. Ukhti seperjuangan penghuni Pondok Pesantren Hifdzul Qur'an, atas doa dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.
 14. Sahabat yang kusayangi dan selalu kurindukan Ita, Rosita, Mala, Iwan, Umank dan Misbah, atas doa dan motivasi hingga terselesainya skripsi ini.
 15. Teman-temanku Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2003, atas bantuan dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.
 16. Teman-temanku seperjuangan Farida, Eva, Oni dan Grahayu, atas bantuan dalam penelitian dan motivasi hingga selesainya skripsi ini.
 17. Semua pihak lain yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini.
- Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, April

2009

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR DOKUMENTASI	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	4
1.5 Keaslian Penelitian	4
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB II LANDASAN TEORI	8
2.1 Landasan Teori	8
2.2 Kerangka Teori	21

BAB III METODE PENELITIAN	22
3.1 Kerangka Konsep.....	22
3.2 Hipotesis Penelitian.....	22
3.3 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	23
3.4 Jenis dan Rancangan Penelitian	24
3.5 Populasi dan Sampel Penelitian	25
3.6 Instrumen Penelitian	28
3.7 Pengumpulan Data	31
3.8 Analisis Data	31
BAB IV HASIL PENELITIAN	34
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	34
4.2 Hasil Penelitian	38
BAB V PEMBAHASAN	44
5.1 Pembahasan.....	44
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	49
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	50
6.1 Simpulan	50
6.2 Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN.....	54

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

1. Keaslian Penelitian.....	5
2. Perbedaan Penelitian	6
3. Definisi Operasional	23
4. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan	36
5. Karakteristik Penyebab Kematian Maternal	37
6. Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Kehamilan	38
7. Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Persalinan.....	39
8. Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Nifas.....	39
9. Rangkuman Hasil Analisis Bivariat.....	40
10. Rangkuman Hasil Analisis Berstrata Komplikasi Kehamilan	41
11. Rangkuman Hasil Analisis Berstrata Komplikasi Persalinan	42
12. Rangkuman Hasil Analisis Berstrata Komplikasi Nifas	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar Halaman

1. Kerangka Teori..... 21
2. Kerangka Konsep..... 22



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Halaman

1. Kuesioner Penelitian	54
2. Daftar Responden Penelitian.....	61
3. Daftar Responden dengan Variabel Bebas dan Variabel Perancu	63
4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	65
5. Data Uji Coba Kuesioner	68
6. Hasil Perhitungan Uji <i>Chi Square</i>	71
7. SK Pembimbing	114
8. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas.....	115
9. Rekomendasi Penelitian dari Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Cilacap	116
10. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	118
11. SK Penguji Skripsi	119
12. Dokumentasi Penelitian	120
13. Peta Kabupaten Cilacap	121

DAFTAR DOKUMENTASI

Dokumentasi	Halaman
1. <i>Guide</i> Kuesioner tentang Kematian Maternal (Kontrol).....	120
2. <i>Guide</i> Kuesioner tentang Kematian Maternal (Kasus)	120



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian maternal menurut *International Classification of Disease (ICD - 10)* adalah 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 di atas tidak termasuk kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau ketidaksengajaan (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:193).

Menurut FKM UI (1998:8), bahwa komplikasi obstetri yang meliputi komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas merupakan determinan dekat atau penyebab langsung dari kematian ibu yang meliputi perdarahan, infeksi, eklampsia, partus macet (persalinan kasip), abortus dan ruptura uteri (robekan rahim). Jumlah kematian ibu dalam masa kehamilan atau persalinan di seluruh dunia tiap tahun 529.000, sehingga diperkirakan terdapat angka kematian maternal sebesar 400 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Konferensi *Safe Motherhood International* di Nairobi, Kenya pada tahun 1987 membahas kematian ibu karena kehamilan dan persalinan. Di dalam konferensi diungkapkan bahwa kematian ibu merupakan masalah besar untuk dunia dan 99% kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang. Badan Kesehatan Dunia *WHO (World Health Organisation)* pada tahun 1990 memprakarsai *Making Pregnancy Safer (MPS)*, untuk mendukung negara-negara anggota dalam usaha menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu, perinatal akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:191).

Menurut Suwardjono S. dan Abdul Bari S. dalam Hanifa W., (2005:23) Angka kematian ibu (AKI) di negara maju berkisar antara 5-10 per 100.000 KH, sedangkan di negara berkembang antara 750-1000 per 100.000 KH. Di negara berkembang, ibu hamil dan bersalin mempunyai risiko kematian 100-200 kali lebih besar daripada di negara maju. Risiko kematian seorang wanita selama hidupnya yang disebabkan kehamilan atau persalinan adalah 1 per 14-50 di negara berkembang, sedangkan di negara maju adalah 1 per 4000-10.000 termasuk Indonesia, AKI di Indonesia terlalu tinggi bila dibandingkan dengan AKI di negara maju yaitu bisa mencapai 50 kali lipat, dan bila dibandingkan dengan AKI di Asia Tenggara mencapai 3-6 kali lebih tinggi. Tingginya AKI di Indonesia disebabkan oleh karena adanya komplikasi langsung dari kehamilan maupun persalinan yang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang memadai (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:192).

Beberapa dari kasus kematian maternal, 28,9% terjadi pada saat hamil (termasuk 5,3% karena abortus), 44,7% terjadi pada saat persalinan, 26,3% pada masa nifas (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:194). Penyakit penyebab kematian maternal terbanyak adalah perdarahan (34,3%), disusul dengan keracunan kehamilan (27,3%), dan infeksi pada masa nifas (10,5%). Kasus perdarahan yang paling banyak adalah perdarahan postpartum (18,4%), dan kasus eklampsia dua kali lebih banyak dari pada pre-eklampsia. Penyebab kematian pada saat hamil dan bersalin terbanyak adalah perdarahan, kemudian keracunan kehamilan. Pada masa nifas, kematian terbanyak adalah karena infeksi (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:196). Dalam Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2005, Angka Kematian Maternal (AKM) Jawa Tengah tahun 2005 berdasarkan hasil Survei Kesehatan Daerah (SKD) sebesar 252 per 100.000 kelahiran hidup. Urutan

penyebab kematian ibu yang terbanyak adalah perdarahan, eklamsi, perdarahan sebelum persalinan, dan infeksi.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2005, Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih tinggi di Jawa Tengah salah satunya terjadi di Kabupaten Cilacap. Dalam Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap pada tahun 2005 terdapat juga 35 kasus kematian maternal. Adapun penyebab kematian tersebut adalah perdarahan (40%), eklampsia (11,43%), infeksi (5,71%), dan penyebab lainnya (42,86%). Sedangkan pada tahun 2006 menurut hasil pencatatan dan pelaporan program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Cilacap didapatkan 37 kasus kematian maternal.

Program *Making Pregnancy Safer (MPS)* sudah dicanangkan dan dilaksanakan sejak tahun 2000 tapi angka kematian ibu masih tinggi di Propinsi Jawa Tengah salah satunya di Kabupaten Cilacap, dan adanya kasus kematian maternal yang disebabkan karena komplikasi obstetri, maka penelitian yang berjudul **"Hubungan antara Komplikasi Obstetri dengan Kematian maternal"** ini dilakukan.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Permasalahan Umum

Adakah hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap?

1.2.2 Permasalahan Khusus

Adapun permasalahan khusus penelitian ini, dengan mempertimbangkan variabel umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu adalah:

1. Adakah hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap?

2. Adakah hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap?
3. Adakah hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini, dengan mempertimbangkan variabel umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu adalah:

1. Mengetahui hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.
2. Mengetahui hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.
3. Mengetahui hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap

Dapat dijadikan sebagai masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap untuk mengambil kebijakan untuk mengatasi masalah kematian maternal di wilayah Kabupaten Cilacap.

1.4.2 Bagi Peneliti

Menerapkan teori dan ilmu yang diperoleh dari perkuliahan dalam pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak dan dapat juga digunakan sebagai masukan dalam penelitian berikutnya.

1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel yang diteliti dan hasil penelitian (Tabel 1).



Tabel 1

Matriks Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	
1.	Penyebab Kematian Maternal di Indonesia SKRT	Sarimawar Djaja dkk	2001, Depkes	Cross Sectional	Tempat tinggal, akses ke fasilitas kesehatan, status reproduksi, status kesehatan	Proporsi pedesaan 5% di pe dengan r 41,7% m
2.	Hubungan beberapa faktor risiko komplikasi obstetrik dengan kejadian kematian maternal	Surya Windari	2001, Kabupaten Kendal	Kasus kontrol	Umur ibu, pendidikan, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, budaya.	Terdapa dengan l hubunga dengan l hubunga komplik hubunga dengan l



Dari penelitian yang terdahulu terdapat perbedaan dengan penelitian yang dilakukan, perbedaan tersebut yaitu tahun, tempat dan variabel penelitian (Tabel 2).

Tabel 2

Perbedaan Penelitian

No	Nama	Sarimawar dkk	Djaja, Surya Windari	Laely Puji Lestari
1.	Judul Penelitian	Penyebab kematian maternal di Indonesia SKRT.	Hubungan beberapa faktor risiko komplikasi obsterik dengan kejadian kematian maternal.	Hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal.
2.	Tahun dan tempat penelitian	2001, Depkes	2001, Kabupaten Kendal	2006, Kabupaten Cilacap
3.	Variabel Penelitian	Variabel bebas: tempat tinggal, akses ke kesehatan, reproduksi, kesehatan. Variabel terikat: kematian maternal.	Variabel bebas: umur ibu, pendidikan, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, budaya. Variabel terikat: kematian maternal.	Variabel bebas: komplikasi obstetri (komplikasi kehamilan, persalinan, nifas). Variabel terikat: kematian maternal.
4.	Jenis penelitian	<i>Cross Sectional</i>	Kasus kontrol	Kasus kontrol

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah variabel bebas, waktu dan tempat, serta jenis penelitiannya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2006.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini meliputi bidang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya dalam bidang ilmu epidemiologi dan ilmu obstetri sosial.





BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Kematian Maternal

Menurut *International Classification of Disease (ICD-10)*, kematian maternal adalah kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan (FKM UI, 1998:4).

Kematian ibu dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu:

2.1.1.1 Kematian Maternal karena Obstetri Langsung

Kematian maternal karena obstetri langsung adalah kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan dan perawatan yang kurang tepat (S. Soemantri, dkk., 1997:3).

2.1.1.2 Kematian Maternal karena Obstetri Tidak Langsung

Kematian maternal karena obstetri tidak langsung adalah kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita atau yang timbul pada waktu hamil dan bukan disebabkan kehamilan langsung, tetapi dipengaruhi oleh keadaan fisiologi pada waktu hamil sehingga keadaan penderita memburuk (S. Soemantri, dkk., 1997:3).

Menurut Suwardjono S. dan Abdul Bari S. dalam Hanifa W., dkk., (2005:23), penyebab kematian maternal merupakan suatu hal yang cukup

kompleks, yang dapat digolongkan pada faktor reproduksi, komplikasi obstetri, pertolongan kesehatan, dan sosioekonomi. Penyakit penyebab kematian maternal adalah perdarahan, keracunan, kehamilan, pre eklamsia dan eklamsia, dan infeksi pada masa nifas (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:196).

2.1.2 Epidemiologi Kematian Maternal

Angka kematian maternal di Indonesia dengan kategori berisiko tinggi tunggal berkisar antara 10,5%-31,6% dan angka kematian maternal dengan kategori berisiko ganda berkisar antara 10,5%-18,4%, namun yang terbesar umur ibu > 34 tahun dan urutan kelahiran > 3. Penyakit penyebab kematian maternal adalah perdarahan (34,3%), keracunan kehamilan (27,3%), dan infeksi pada masa nifas (10,5%). Kasus perdarahan yang paling banyak adalah perdarahan postpartum (18,4%), dan kasus eklamsia dua kali lebih banyak dan pada pre-eklamsia. Penyebab kematian pada saat hamil dan bersalin terbanyak adalah perdarahan, kemudian keracunan kehamilan. Pada masa nifas, kematian terbanyak adalah karena infeksi. Kasus kematian karena penyakit yang memperburuk kesehatan ibu hamil terbanyak adalah infeksi (5,6%), sedangkan (2,6%) anemia (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:196). Beberapa dari kasus kematian maternal, 28,9% terjadi pada saat hamil (termasuk 5,3% karena abortus), 44,7% terjadi pada saat persalinan, 26,3% pada masa nifas (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:194).

1.1.3 Determinan Kematian Maternal

Menurut FKM UI (1998:8), peran determinan kematian ibu sebagai keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu. Determinan kematian ibu tersebut dikelompokkan menjadi determinan proksi atau dekat (*proximate determinants*),

determinan antara (*intermediate determinants*), dan determinan kontekstual (*contextual determinants*).

2.1.3.1 Determinan Proksi

Determinan proksi atau dekat merupakan sebagai keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu meliputi kejadian hamil, komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi masa nifas.

2.1.3.1.1 Kejadian Kehamilan

Wanita yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Program Keluarga Berencana (KB) dapat secara tidak langsung mengurangi risiko kematian ibu. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa Angka Total Kesuburan (*Total Fertility Rate/TFR*) ternyata tidak selalu memberikan dampak yang berarti pada penurunan AKI. Bila TFR tinggi maka penurunan kematian ibu akan sangat dipengaruhi oleh keikutsertaan ber-KB. Sebaliknya bila TFR cukup rendah, maka pelayanan KB tidak lagi berpengaruh terhadap penurunan AKI (FKM UI, 1998:8).

2.1.3.1.2 Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan merupakan komplikasi yang terjadi selama kehamilan, dapat berupa perdarahan, abortus, kehamilan ektopik, pre-eklampsia, eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta dan infeksi dalam kehamilan.

2.1.3.1.2.1 Perdarahan

Menurut Suwardjono S. dan Abdul Bari S. dalam Hanifa W., dkk., (2005:23), salah satu penyebab kematian maternal adalah perdarahan, baik perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan muda trisemester pertama; yaitu abortus dan perdarahan karena Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), maupun perdarahan pada kehamilan lanjut, yaitu diantaranya plasenta previa dan solusio plasenta.

2.1.3.1.2.2 Abortus

Abortus adalah 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 dan angka tersebut kemudian menurun secara cepat (Williams, 1995:571).

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi uterus, infeksi, syok hemoragik dan syok septik, hal ini dikemukakan oleh Budiono W. dan Hanifa W. dalam Hanifa W., dkk., (2005:311). Komplikasi fatal juga dapat terjadi akibat bendungan sistem pembuluh darah oleh bekuan darah, gelembung udara atau cairan, gangguan mekanisme pembekuan darah yang berat (koagulasi intravaskuler diseminata) dan keracunan obat-obat abortif yang menimbulkan gagal ginjal (Erica R. dan Sue A., 1994:123).

Frekuensi abortus yang dikenali secara klinis bertambah dari 12% pada wanita yang berusia kurang dari 20 tahun, menjadi 26% pada wanita berumur di atas 40 tahun. Untuk usia maternal yang sama, kenaikannya adalah dari 12% menjadi 20% (Williams, 1995:573).

2.1.3.1.2.3 Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dimana setelah fertilisasi, implantasi terjadi di luar endometrium kavum uteri (Abdul Bari S., dkk., 2002:152). Faktor

yang menyebabkan kehamilan ektopik antara lain adalah kelainan pertumbuhan tuba, kehamilan ektopik sebelumnya, abortus induksi yang dilakukan lebih dari satu kali, tumor yang mengubah bentuk tuba, dan penggunaan alat kontrasepsi (Williams, 1995:599).

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 sering terjadi **adalah** pada tuba fallopii. Karena tidak dapat menampung embrio yang terus tumbuh, tuba fallopii akan segera pecah (biasanya dalam waktu 10 minggu kehamilan yang 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 (Erica R. dan Sue A., 1994:82).

Menurut Budiono W. dan Trijatmo R. dalam Hanifa W., dkk., (2005:325), frekuensi kehamilan ektopik yang sebenarnya sukar ditentukan. Gejala kehamilan ektopik terganggu yang dini tidak selalu jelas, sehingga tidak dibuat diagnosis. Tidak semua kehamilan ektopik berakhir dengan abortus dalam tuba atau ruptur tuba. Sebagian hasil konsepsi mati dan pada umur muda kemudian diresorpsi. Pada hal yang terakhir ini penderita hanya mengeluh haidnya terlambat untuk beberapa hari.

Terdapat 153 kehamilan ektopik diantara 4.007 persalinan, atau 1 diantara 26 persalinan di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo pada tahun 1987. Dalam kepustakaan frekuensi kehamilan ektopik dilaporkan antara 1:28 sampai 1:329

tiap kehamilan. Sebagian besar wanita yang mengalami kehamilan ektopik berumur antara 20-40 tahun dengan umur rata-rata 30 tahun. Frekuensi kehamilan ektopik yang berulang dilaporkan berkisar antara 0%-14%, hal ini dikemukakan oleh Budiono W. dan Trijatmo R. dalam Hanifa W., dkk., (2005:325).

2.1.3.1.2.4 Pre-eklampsia

Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun jelas bagaimana hal itu terjadi. Istilah kesatuan penyakit diartikan bahwa kedua peristiwa dasarnya sama dan bahwa eklampsia merupakan peningkatan yang lebih berat dan berbahaya dari pre-eklampsia, dengan tambahan gejala tertentu. Pre-eklampsia adalah penyakit yang umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada mola hidatidosa, hal ini dikemukakan oleh Budiono W. dan Trijatmo R. dalam Hanifa W., dkk., (2005:281).

Tanda khas pre-eklampsia adalah tekanan darah tinggi, ditemukannya protein dalam urin dan pembengkakan jaringan (edema) selama trimester ke-2 kehamilan. Dengan meningkatnya tekanan darah dan jumlah protein urin keadaan dapat menjadi berat. Terjadi nyeri kepala, muntah, gangguan penglihatan, dan nyeri pada perut bagian atas dan kemudian anuria (berhentinya produksi air kemih). Pada stadium akhir dan paling berat yang disebut eklampsia, pasien akan mengalami kejang. Jika eklampsia tidak ditangani secara cepat akan terjadi kehilangan kesadaran dan kematian karena kegagalan jantung, kegagalan ginjal, kegagalan hati atau perdarahan otak (Erica R. dan Sue A., 1994:75).

Menurut Budiono W. dan Trijatmo R. dalam Hanifa W., dkk., (2005:287), frekuensi pre-eklampsia untuk tiap negara berbeda-beda karena banyak faktor yang mempengaruhinya antara lain jumlah primigravida, keadaan sosial, ekonomi,

perbedaan kriterium dalam penentuan diagnosis, dan lain-lain. Dalam kepustakaan frekuensi dilaporkan berkisar antara 3-10%.

2.1.3.1.2.5 Eklampsia

Istilah eklampsia berasal dari Yunani dan berarti "halilintar". Kata tersebut dipakai karena seolah-olah gejala-gejala eklampsia timbul dengan tiba-tiba tanpa didahului oleh tanda-tanda lain. Sekarang diketahui bahwa eklampsia pada umumnya timbul pada wanita hamil atau dalam nifas dengan tanda-tanda pre-eklampsia. Pada wanita yang menderita eklampsia timbul serangan kejang yang diikuti oleh koma. Tergantung dari saat timbulnya eklampsia dibedakan eklampsia gravidarum, eklampsia parturientum, dan eklampsia puerperale. Perlu dikemukakan bahwa pada eklampsia gravidarum sering kali persalinan mulai tidak lama kemudian. Dengan pengetahuan bahwa biasanya eklampsia didahului oleh pre-eklampsia, tampak pentingnya pengawasan antenatal yang teliti dan teratur, sebagai usaha untuk mencegah timbulnya penyakit itu. Frekuensi eklampsia bervariasi antara satu negara dan yang lain. Frekuensi rendah pada umumnya merupakan petunjuk tentang adanya pengawasan antenatal yang baik, penyediaan tempat tidur antenatal yang cukup, dan penanganan pre-eklampsia yang sempurna. Di negara sedang berkembang frekuensi dilaporkan berkisar antara 0,3%-0,7%, sedang di negara maju angka tersebut lebih kecil, yaitu 0,05%-0,1%, hal ini dikemukakan oleh Budiono W. dan Trijatmo R., dalam Hanifa W., dkk., (2005:295).

2.1.3.1.2.6 Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh os pium uteri internum (Abdul Bari S., dkk., 2002:162). Plasenta previa cukup sering kita jumpai dan pada tiap perdarahan antepartum kemungkinan plasenta previa harus didahulukan.

Plasenta previa lebih sering terdapat pada multigravidae, primigravidae dan umur yang lanjut (Universitas Padjadjaran Bandung, 1984:113).

Plasenta previa mungkin terjadi kalau keadaan endometrium kurang baik misalnya karena atrofi endometrium. Keadaan endometrium yang kurang baik, menyebabkan bahwa plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Karena luasnya, mendekati atau menutup ostium internum (Universitas Padjadjaran Bandung, 1984:113).

Plasenta previa terjadi pada kira-kira 1 diantara 20 persalinan. Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, antara tahun 1971-1975, terjadi 37 kasus plasenta previa diantara 4781 persalinan yang terdaftar, atau kira-kira 1 diantara 125 persalinan terdaftar, hal ini dikemukakan oleh Sudraji S, dan Trijatmo R., dalam Hanifa W., dkk., (2005:367).

2.1.3.1.2.7 Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan (Abdul Bari S., dkk., 2002:166). Pada solusio plasenta darah dari tempat pelepasan, mencari jalan keluar antara selaput janin dan dinding rahim dan akhirnya keluar dari *cervix*, terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan nampak. Kadang-kadang darah tidak keluar tapi berkumpul di belakang plasenta membentuk haematon retroplacentair. Perdarahan semacam ini disebut perdarahan kedalam atau perdarahan tersembunyi (Universitas Padjadjaran Bandung, 1984:121).

Menurut Sudraji S. dan Trijatmo R. dalam Hanifa W., dkk., (2005:377), solusio plasenta terjadi kira-kira 1 di antara 50 persalinan di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo antara tahun 1968-1971 solusio plasenta terjadi pada kira-kira 2,1% dari seluruh persalinan, yang terdiri dari 14% solusio plasenta sedang, dan 86% solusio plasenta berat. Solusio plasenta ringan jarang didiagnosis,

mungkin karena penderita selalu terlambat datang ke rumah sakit; atau, tanda-tanda dan gejalanya terlampau ringan, sehingga tidak menarik perhatian penderita maupun dokternya.

2.1.3.1.2.8 Infeksi dalam Kehamilan

Infeksi kehamilan adalah masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil, yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit (Abdul Bari S., dkk., 2002:221). Infeksi dapat terjadi oleh sebab langsung yang berkaitan dengan kehamilan. Menurut Budiono W. dan Hanifa W. dalam Hanifa W., dkk., (2005:310), penyebab yang paling sering terjadi adalah abortus yang terinfeksi, misalnya infeksi dalam uterus atau sekitarnya yang dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya lebih sering terjadi pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis.

2.1.3.1.3 Komplikasi Persalinan

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

2.1.3.1.3.1 Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan apabila perdarahan setelah anak lahir melebihi 500 ml. Perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan sekunder sesudah itu, hal ini dikemukakan oleh Seto M., dan M. Nadir A. dalam Hanifa W., dkk., (2005:653). 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. Karena berbagai alasan plasenta kemungkinan gagal untuk melepaskan diri, akibatnya perdarahan tidak akan pernah berhenti selama plasenta atau bagiannya tetap berada dalam uterus. Selain

retensio plasenta, penyebab perdarahan postpartum yang lain adalah partus lama, semua jenis persalinan bedah vagina, pengaruh obat enestesi, dan tumor uterus seperti fibroma (Erica R. dan Sue A., 1994:81).

2.1.3.1.3.2 Retensio Plasenta

Menurut Seto M., dan M. Nadir A. dalam Hanifa W., dkk., (2005:656), retensio plasenta adalah plasenta belum lahir setengah jam setelah janin lahir. Sebab-sebabnya ialah plasenta belum lepas dari dinding uterus; atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan.

2.1.3.1.3.3 Ruptura Uteri

Ruptura uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium (Abdul Bari S., dkk., 2002:169). Pecahnya uterus merupakan komplikasi utama persalinan macet yang lain. Jika uterus pecah akan terjadi nyeri yang hebat dan nyeri tekan di atasnya, diikuti perdarahan berat dari pemuluh darah yang robek dan kematian timbul dalam 24 jam sebagai akibat perdarahan dan syok, atau akibat infeksi yang timbul kemudian. Agar ibu dapat diselamatkan, diperlukan pembedahan yang bertujuan untuk menghentikan perdarahan. Hal itu dicapai dengan memperbaiki robekan pada uterus atau mengangkat uterus (Erica R. dan Sue A., 1994:78).

Menurut Seto M. dan M. Nadir A. dalam Hanifa W., dkk., (2005:669), frekuensi ruptura uteri di rumah sakit-rumah sakit besar di Indonesia berkisar antara 1:92 sampai 1:294 persalinan. Angka ini sangat tinggi jika dibandingkan dengan negara maju (antara 1:1250 dan 1:2000 persalinan). Hal ini disebabkan karena rumah sakit-rumah sakit di Indonesia menampung banyak kasus-kasus darurat dari luar.

2.1.3.1.4 Komplikasi Masa Nifas

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

2.1.3.1.4.1 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 dapat diikuti oleh leukore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Diantara sebab-sebab *subinvolutio* diantaranya adalah retensi fragmen plasenta dan infeksi *pelvik*. Karena sebagian besar kasus *subinvolutio* terjadi akibat etiologi setempat, biasanya keadaan ini perlu didiagnosis dan diobati secara dini (Williams, 1995:561).

2.1.3.1.4.2 Infeksi Nifas

Menurut M. Soepardiman dalam Hanifa W., dkk., (2005:689), istilah 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, hal ini dikemukakan oleh Suwardjono S. dan Abdul Bari S. dalam Hanifa W., dkk., (2005:24).

Penyakit penyebab kematian maternal adalah perdarahan (34,3%), keracunan kehamilan (27,3%), dan infeksi pada masa nifas (10,5). Kasus perdarahan yang paling banyak adalah perdarahan postpartum (18,4). Dan kasus eklampsia dua kali lebih banyak dan pada pre-eklampsia. Penyebab kematian pada saat hamil dan bersalin terbanyak adalah perdarahan, kemudian keracunan kehamilan. Pada masa nifas, kematian terbanyak adalah karena infeksi. Kasus kematian karena penyakit yang memperburuk kesehatan ibu hamil terbanyak

adalah infeksi (5,6%), sedangkan (2,6%) anemia (Sarimawar Djaja, dkk., 2001:196).

2.1.3.2 Determinan Antara

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

2.1.3.2.1 Status Reproduksi

Menurut FKM UI (1998:9), status reproduksi, di dalamnya meliputi usia ibu hamil (usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun merupakan usia berisiko untuk hamil dan melahirkan), jumlah kelahiran (semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh seorang ibu semakin tinggi risikonya untuk mengalami komplikasi), status perkawinan (wanita dengan status tidak menikah pada umumnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi).

Menurut Depkes RI (2004:1), seringkali kematian karena kehamilan dan persalinan disebabkan karena adanya istilah “4 Terlalu”, yaitu terlalu banyak anak, terlalu sering melahirkan dengan jarak kelahiran yang rapat, terlalu muda melahirkan (di bawah 20 tahun), dan terlalu tua melahirkan (di atas 35 tahun).

2.1.3.2.2 Perilaku Sehat

Menurut FKM UI (1998:9), perilaku sehat meliputi pemeriksaan kehamilan (ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya), penolong persalinan (ibu yang

ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan dengan ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan), perilaku menggugurkan kandungan (ibu yang berusaha menggugurkan kandungannya berisiko lebih besar untuk mengalami komplikasi).

2.1.3.2.3 Faktor Lain yang Tidak Diketahui atau Tidak Diduga

Selain faktor determinan proksi dan determinan antara terdapat keadaan yang mungkin terjadi secara tiba-tiba dan yang tak terduga yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi selama hamil atau melahirkan. Beberapa keadaan tersebut terjadi pada saat melahirkan (FKM UI, 1998:10).

2.1.3.3 Determinan Kontekstual (Determinan Sosial, Ekonomi, Budaya)

Determinan kontekstual (determinan sosial, ekonomi, budaya) merupakan sebagai keadaan atau hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu, meliputi status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.

2.1.3.3.1 Status Wanita dalam Keluarga dan Masyarakat

Termasuk di dalamnya antara lain tingkat pendidikan (wanita yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya), pekerjaan (ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan), pemberdayaan wanita (*women empowerment*) yang 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).

Secara spesifik ditemukan bahwa di tempat yang angka kematian ibunya tinggi biasanya status sosial wanitanya rendah. Sejak lahir kebutuhan mereka sama sekali terabaikan atau mereka menempati posisi kedua setelah laki-laki.

Keterkaitan itu bukan kebetulan, melainkan sebagai faktor penyumbang terhadap kematian ibu, diskriminasi seks telah sangat diabaikan. Dia tersembunyi di balik masalah umum kemiskinan dan kurang berkembang, setiap laki-laki, perempuan, dan anak-anak diasumsikan sama-sama berada dalam keadaan kesehatan yang tidak menguntungkan. Dalam kenyataannya, sumber informasi tentang kematian ibu yang paling utama adalah rumah sakit, hal itu berarti bahwa fokus perhatian lebih terarah pada penyebab biomedis dan klinis, sedangkan konteks sosiobudayanya diabaikan (Erica R. dan Sue A., 1994:39).

2.1.3.3.2 Status Keluarga dalam Masyarakat

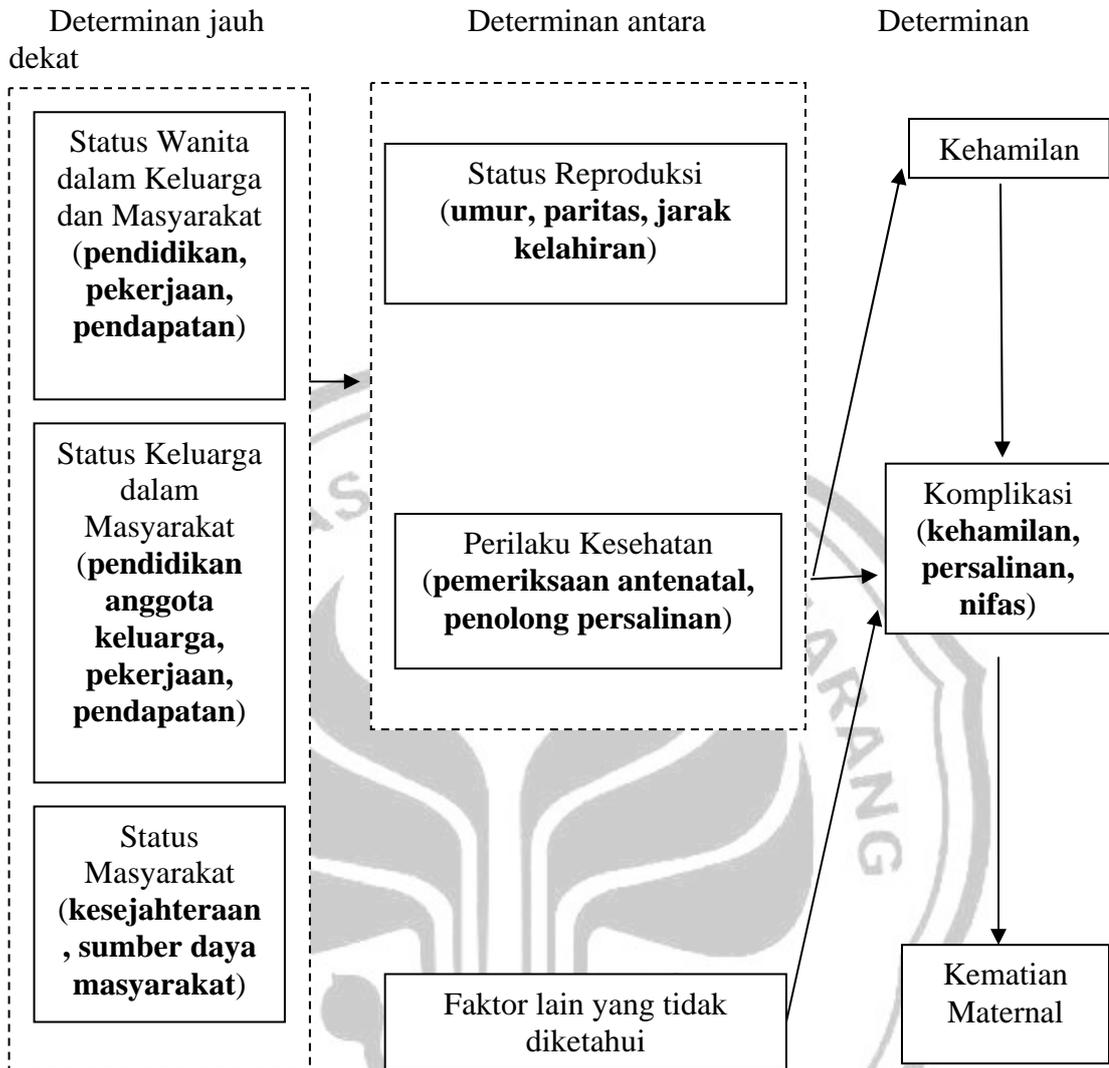
Status keluarga dalam masyarakat meliputi penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga yang juga dapat berpengaruh terhadap risiko kematian ibu (FKM UI, 1998:10). Dalam keadaan sosioekonomi yang buruk, wanita paling rentan terhadap risiko kesehatan yang berhubungan dengan persalinan yang rapat. Kehamilan dan menyusui akan meningkatkan kebutuhan bahan makanan, padahal wanita yang berasal dari keluarga miskin jarang yang mampu memenuhi kebutuhan makan dan istirahat yang lebih banyak (Erica R. dan Sue A., 1994:41).

2.1.3.3.3 Status Masyarakat

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

2.2 Kerangka Teori

Dari hasil penelaahan kepustakaan dan mengacu konsep dasar tentang determinan kematian maternal, maka kerangka teoritis dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut (Gambar 1).

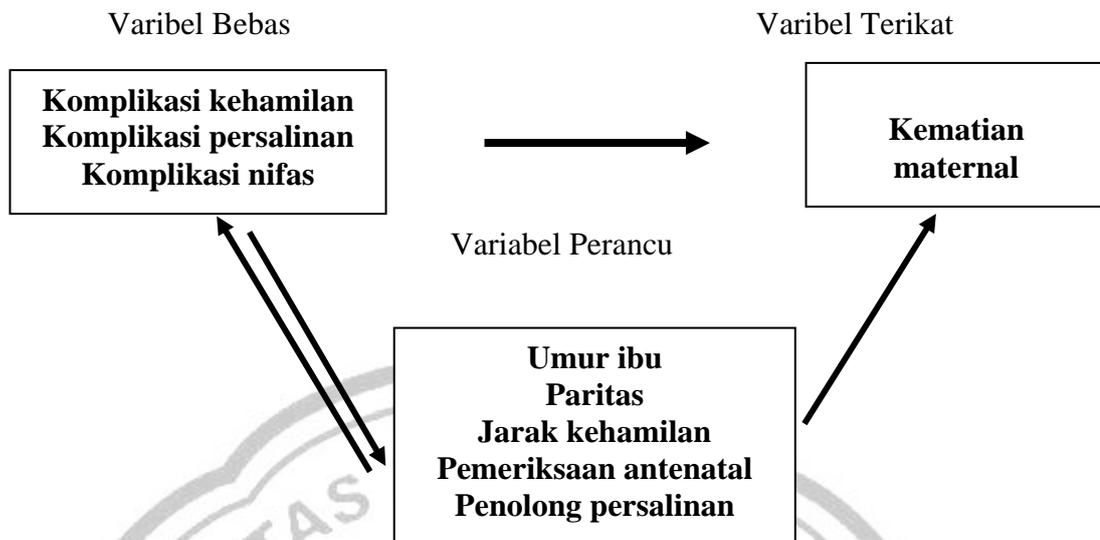


Gambar 1
 Kerangka Teori
 (Sumber: Sarimawar Djaja, dkk., 2001)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2
Kerangka Konsep

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah umur, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan. Dalam penelitian ini variabel pengganggu dikendalikan dengan analisis stratifikasi.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor penelitian ini, dengan mempertimbangkan variabel umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu adalah ada hubungan antara komplikasi obstetri dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.

3.2.2 Hipotesis Minor

Adapun hipotesis minor penelitian ini, dengan mempertimbangkan variabel umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu adalah:

1. Ada hubungan yang antara komplikasi kehamilan dengan kematian maternal.
2. Ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian maternal.
3. Ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian maternal.

3.3 Definisi Operasional dan Skala Pengukurannya

Menurut Moh. Nazir (1999:152), definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti, atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut.

Untuk memperoleh pengertian yang relatif sama, maka perlu dijelaskan definisi operasional dalam penelitian ini (Tabel 3).

Tabel 3

Matriks Definisi Operasional

Varibel	Definisi Operasional	Skala Pengukuran
(1)	(2)	(3)
Kematian Maternal	Adalah kematian wanita pada saat hamil sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung pada umur kehamilan dan letak kehamilan dadalam atau diluar 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.	Nominal (1) Ya (mengalami kematian maternal) (2) Tidak (tidak mengalami kematian maternal)

Lanjutan (tabel 3)

(1)	(2)	(3)
Komplikasi Kehamilan	Adalah komplikasi yang terjadi selama kehamilan terakhir, dapat berupa perdarahan pre-eklampsia/eklampsia, atau infeksi. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner, data pada KMS ibu hamil atau dokumen otopsi verbal. Ibu hamil berisiko tinggi untuk mengalami kematian maternal bila bila terdapat komplikasi pada kehamilannya.	Nominal (1) Ada (2) Tidak ada
Komplikasi Persalinan	Adalah komplikasi yang terjadi selama proses persalinan berupa perdarahan, partus lama, infeksi, ketuban pecah dini, eklampsia, syok, kelainan plasenta, kelainan letak yang terjadi menjelang atau pada saat persalinan. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner, catatan persalinan atau dokumen otopsi verbal. Ibu hamil berisiko tinggi untuk mengalami kematian maternal bila terdapat komplikasi pada persalinannya.	Nominal (1) Ada (2) Tidak ada
Komplikasi Nifas	Adalah komplikasi yang terjadi dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, berupa infeksi nifas. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner, catatan persalinan atau dokumen otopsi verbal. Ibu hamil berisiko tinggi untuk mengalami kematian maternal bila terdapat komplikasi nifas.	Nominal (1) Ada (2) Tidak ada

3.4 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *Explanatory Research*, yaitu penelitian yang menjelaskan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui pengujian hipotesis (Masri Singarimbun dan Sofian Efendi, 1989:5). Dalam

penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah komplikasi obstetri dan variabel terikat adalah kematian maternal.

Metode yang digunakan adalah metode survei dengan pendekatan kasus kontrol (*Case Control Study*) yaitu penelitian epidemiologis analitik observasional yang menelaah hubungan antara efek (penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu. Pada studi kasus kontrol, penelitian dimulai dengan mengidentifikasi ibu melahirkan yang mengalami kematian maternal (kelompok kasus) dan kelompok ibu melahirkan yang sehat (kelompok kontrol), kemudian secara retrospektif diteliti faktor risiko yang menerangkan mengapa kasus terkena efek, sedang kontrol tidak (Sudigdo Sastroasgoro dan Sofyan Ismael, 2002:110).

3.5 Populasi dan Sampel Penelitian

3.5.1 Populasi Penelitian

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

3.5.1.1 Populasi Kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mengalami kematian maternal di Kabupaten Cilacap selama tahun 2005 sampai dengan tahun 2006 dan tercatat dalam data kematian maternal di Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi kasus yaitu:

1. Kasus kematian maternal terjadi di Kabupaten Cilacap.
2. Tercatat dalam data kematian maternal.

Kriteria eksklusi kasus yaitu:

1. Telah pindah dari Kabupaten Cilacap.
2. Responden kasus kematian maternal (keluarga atau tetangga dari kelompok kasus yang mengetahui kronologi terjadinya kematian maternal) telah didatangi 3 kali untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil ditemui.

3.5.1.2 Populasi Kontrol

Populasi kontrol pada penelitian ini adalah semua ibu pasca persalinan di Kabupaten Cilacap yang tidak mengalami kematian maternal selama tahun 2005 sampai dengan tahun 2006 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi kontrol yaitu:

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

Kriteria eksklusi kontrol yaitu:

1. Telah pindah dari Kabupaten Cilacap.
2. Subyek penelitian telah 3 kali didatangi untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil ditemui.

3.5.2 Sampel Penelitian

Cara pemilihan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Simple Random Sampling* yaitu setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:85).

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel kasus dan sampel kontrol.

3.5.2.1 Sampel kasus

Sampel kasus dalam penelitian ini adalah kasus kematian maternal di Kabupaten Cilacap selama tahun 2005 sampai dengan tahun 2006 dan tercatat dalam data kematian maternal di Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap

3.5.2.2 Sampel kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah ibu pasca persalinan yang tidak mengalami kematian maternal selama tahun 2005 sampai dengan tahun 2006.

3.5.3 Responden Penelitian

Responden kasus dalam penelitian ini adalah keluarga atau tetangga dari kelompok kasus yang mengetahui kronologi terjadinya kematian maternal. Responden kontrol pada penelitian ini adalah ibu pasca persalinan yang memenuhi syarat menjadi sampel penelitian.

3.5.4 Besar Sampel

Besar sampel minimal 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

$Z\alpha$: Deviat baku normal untuk α ($\alpha = 0,05$ untuk uji dua arah sebesar 1,96)

$Z\beta$: Deviat baku normal untuk β (power sebesar 80%, maka nilai $Z\beta = 0,84$)

P_1 : Proporsi efek pada kelompok kasus

P_2 : Proporsi efek pada kelompok kontrol

OR : *Odd Ratio*

Odd Ratio tidak sama dengan risiko relatif akan tetapi dapat dipakai sebagai indikator adanya kemungkinan hubungan sebab akibat antara faktor risiko dan efek. Interpretasi nilai OR pada penelitian kasus kontrol adalah OR yang lebih dari 1 menunjukkan bahwa faktor yang diteliti memang merupakan faktor risiko, bila OR=1 atau mencakup angka 1 berarti bukan merupakan faktor risiko dan bila kurang dari 1 berarti merupakan faktor protektif (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002:120).

Penentuan besar sampel minimal untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol, dengan berdasarkan pada perhitungan *Odd Ratio* (OR) dari penelitian terdahulu yaitu 6,20 dengan tingkat kepercayaan ($Z\alpha$) sebesar 95% yaitu 1,96; kekuatan ($Z\beta$) sebesar 80% yaitu 0,84 adalah:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c} = \frac{24 \times 31}{15 \times 8} = \frac{744}{120} = 6,2$$

$$P_2 = \frac{b}{b+d} = \frac{15}{15+31} = \frac{15}{46} = 0,32$$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1-P_2) + (OR \times P_2)} = \frac{6,2 \times 0,32}{(1-0,32) + (6,2 \times 0,32)} = \frac{1,98}{0,68 + 1,98} = \frac{1,98}{2,66} = 0,74$$

$$P = \frac{1}{2}(P_1 + P_2) = \frac{1}{2}(0,74 + 0,32) = \frac{1,06}{2} = 0,53$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,53 = 0,47$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,74 = 0,26$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,32 = 0,68$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96\sqrt{2PQ} + 0,84\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= \frac{(1,96\sqrt{2,0,53,0,47} + 0,84\sqrt{0,74,0,26 + 0,32,0,68})^2}{(0,74 - 0,32)^2}$$
$$= 20,53$$

Berdasarkan hasil perhitungan, maka akan dapat diambil sampel 21. Penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus dan kelompok kontrol 1:2, dengan jumlah kasus 21 dan kontrol 42 secara keseluruhan sebesar 63 sampel.

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode kuesioner dan dokumen.

3.6.1 Kuesioner

Kuesioner adalah sejumlah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui (Suharsimi Arikunto, 2002:128). Kuesioner bertujuan untuk mengetahui informasi mengenai kematian maternal dan komplikasi obstetri sebagai faktor penyebabnya.

Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian perlu uji validitas dan reliabilitas, untuk itu kuesioner tersebut harus dilakukan uji coba di lapangan.

3.6.1.1 Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:131). Diuji dengan korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item dengan skor total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang digunakan adalah teknik korelasi "*Product Momen*" yang rumusnya sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} : koefisien korelasi antara item dengan total

$\sum XY$: jumlah perkalian nilai item dengan total

$\sum X$: jumlah nilai masing-masing item

$\sum Y$: jumlah nilai total

N : jumlah subyek (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:131).

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner penelitian dengan 30 responden sebanyak 15 pertanyaan tentang komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas sebagai faktor risiko kematian maternal yang diujicobakan ternyata semua butir pertanyaan valid, karena memiliki $p < 0,05$. Sehingga pertanyaan tentang komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas sebagai faktor risiko kematian maternal dapat digunakan untuk mengumpulkan data.

3.6.1.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukuran dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:133). Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas.

Pengujian reliabilitas dengan *Internal Consistency*, dilakukan dengan cara mencobakan instrumen sekali saja. Kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan teknik *Alpha Cronbach*.

Rumus Koefisien Reliabilitas *Alpha Cronbach*.

$$r_i = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Keterangan :

k = Mean kuadrat antara subyek

$\sum Si^2$ = Mean kuadrat kesalahan

St^2 = Variasi total (Sugiyono, 2002:283).

Berdasarkan hasil uji reliabilitas pada program SPSS, kuesioner penelitian untuk pertanyaan tentang komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas sebagai faktor risiko kematian maternal didapatkan nilai *Alpha Cronbach* = 0,803 > nilai r tabel (dimana $\alpha = 5\%$, N = 30, jadi r tabel = 0,361). Sehingga pertanyaan tentang komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan komplikasi nifas sebagai faktor risiko kematian maternal adalah reliabel, karena memiliki $\alpha > r$ tabel.

3.6.2 Dokumen

Dokumen yang digunakan berupa catatan medik persalinan, KMS ibu hamil, register kohort ibu hamil dan catatan kematian maternal.

3.7 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini berasal dari data primer dan sekunder. Data primer adalah pengumpulan data yang dilakukan secara langsung oleh peneliti (Eko Budiarto, 2002:5). Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari hasil penelitian dengan metode kuesioner sehingga dapat diketahui informasi mengenai variabel bebas dalam penelitian ini, yang meliputi komplikasi obstetri. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari orang lain atau tempat

lain dan tidak dilakukan oleh peneliti sendiri. Data sekunder diperoleh dari catatan medik persalinan, KMS ibu hamil, register kohort ibu hamil dan catatan kematian maternal.

3.8 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul langkah selanjutnya adalah menganalisis data tersebut. Untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Saoekidjo Notoatmodjo, 2002:188). Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti, yaitu ada atau tidaknya perbedaan antara kedua kelompok penelitian. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data sudah optimal untuk dianalisis lebih lanjut.

3.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188). Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat secara sendiri-sendiri. Uji statistik yang digunakan yaitu *Chi Square* digunakan untuk data berskala nominal dengan menggunakan *Confidence Interval* (CI) sebesar 95% ($\alpha=0,05$). Uji statistik *Chi Square* digunakan untuk menganalisis semua variabel yang diteliti. Apabila ada sel yang kosong maka masing-masing sel ditambah 0,5. Untuk mengetahui estimasi risiko relatif hitung *Odd Ratio* (OR) dengan tabel 2X2 dengan rumus:

$$\begin{aligned}(\text{OR}) &= \{a/(a+b) : b/(a+b)\} / \{c/(c+d) : d/(c+d)\} \\ &= a/b : c/d \\ &= ad/bc\end{aligned}$$

Keterangan:

a : Kasus yang mengalami paparan

b : Kasus yang tidak terpapar

c : Kontrol yang terpapar

d : Kontrol yang tidak terpapar

3.8.3 Analisis Berstrata

Analisis berstrata dilakukan untuk mengetahui peran variabel umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama persalinan apakah berperan sebagai perancu atau tidak sebagai perancu. Mula-mula semua pasien digabung, dan dicari *Odd Ratio* (OR)-nya. Kemudian dilakukan stratifikasi berdasarkan perancu, dan tiap strata dihitung OR-nya. Akhirnya dilakukan analisis dengan *Mantel-Haenszel*, hingga diperoleh OR variabel yang bebas dari variabel perancu (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 1995:166). Dikatakan merupakan variabel perancu jika nilai *p* value yang diuji dengan *Chi Square Mantel-Haenszel* $> 0,05$ dan dikatakan bukan variabel perancu jika *p* value yang diuji dengan *Chi Square Mantel-Haenszel* $< 0,05$.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Keadaan Geografis Kabupaten Cilacap

Kabupaten Cilacap merupakan daerah yang cukup luas, terletak di ujung barat bagian selatan Propinsi Jawa Tengah dengan batas-batas :

Sebelah barat : Kabupaten Ciamis (Propinsi Jawa Barat)

Sebelah utara : Kabupaten Brebes dan Banyumas

Sebelah timur : Kabupaten Kebumen

Sebelah selatan : Samudra Indonesia

Terletak di antara 108° 4' 30" - 109° 30' 30" garis bujur timur dan 7° 30' - 7° 45' 20" garis lintang selatan, mempunyai luas wilayah 225.360,840 Ha termasuk Pulau Nusakambangan seluas 11.510,552 Ha atau sekitar 6,94 % dari luas propinsi Jawa Tengah yang terbagi dalam 24 kecamatan. Wilayah tertinggi adalah Kecamatan Dayeuhluhur dengan ketinggian 198 m dari permukaan laut dan wilayah terendah adalah Kecamatan Cilacap Tengah dengan ketinggian 6 m dari permukaan laut.

4.1.2 Keadaan Demografi

4.1.2.1 Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Cilacap tahun 2005 sebanyak 1.717.273 jiwa dengan perincian laki-laki 859.278 jiwa dan perempuan 857.995 jiwa . Pada tahun

2004 jumlah penduduk Kabupaten Cilacap sebanyak 1.704.596 jiwa yang terdiri dari laki-laki 852.943 jiwa dan perempuan 851.653 jiwa, dengan pertumbuhan penduduk per tahun 0,31%, dibanding pada tahun 2003 pertumbuhan penduduk turun 0,05%. Selama 5 tahun terakhir rata-rata pertumbuhan penduduk per tahun sebesar 0,87% dengan pertumbuhan tertinggi terjadi pada tahun 2000 (1,20%), terendah pada tahun 2004 (0,31%) sedangkan pada tahun 2001 pertumbuhannya sebesar 1,04%.

4.1.2.2 Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk tahun 2005 sebesar 803,03 jiwa/km². Sedangkan kepadatan penduduk tahun 2004 sebesar 800 jiwa/km², tahun 2003 sebesar 797,10 jiwa/km². Seperti tahun sebelumnya, penduduk yang terpadat berada di Kecamatan Cilacap Tengah yaitu sebesar 9175,30 jiwa/km², dan yang paling rendah kepadatannya adalah Kecamatan Dayeuhluhur yaitu sebesar 258,37 jiwa/km².

4.1.3 Keadaan Sosial Ekonomi

4.1.3.1 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan Kabupaten Cilacap pada tahun 2005 secara keseluruhan sudah mempunyai sumber daya manusia yang baik. Kemampuan membaca dan menulis merupakan ketrampilan minimum yang dibutuhkan untuk dapat menyerap informasi mengenai hidup bersih dan sehat.

Tingkat pendidikan penduduk laki-laki terbanyak adalah tingkat SD/MI sebesar 83.553 jiwa (34,88 %). Demikian juga tingkat pendidikan penduduk perempuan terbanyak adalah tingkat SD/MI sebesar 58.714 jiwa (34,14 %).

4.1.4 Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Cilacap yang terbanyak adalah Polindes yaitu 94 cabang, disusul puskesmas pembantu sebanyak 78 puskesmas, dan yang paling sedikit adalah praktik dokter bersama hanya ada 1 (Tabel 4).

Tabel 4

Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Kabupaten Cilacap Tahun 2005

No	Fasilitas Kesehatan	Pem. Kabupaten/ Kota	TNI/ POLRI	BUMN	Swasta	JML
1.	Rumah Sakit Umum	2		1	2	5
2.	Rumah Sakit Jiwa					
3.	Rumah Sakit Bersalin					4
4.	Puskesmas	36				36
5.	Puskesmas Pembantu	78				78
6.	Puskesmas Keliling	28				28
7.	Polindes	94				94
8.	Rumah Bersalin		1		16	17
9.	Praktek Dokter bersama			1		1
10.	Praktek Dokter perorangan			204		204

Sumber : DKK Kabupaten Cilacap tahun 2005

4.1.5 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di Kabupaten Cilacap yang mencakup kunjungan ibu hamil dan persalinan oleh tenaga kesehatan rata-rata sudah memenuhi jumlah sasaran. Prosentase kunjungan ibu hamil K4 yang paling tinggi berada di wilayah Puskesmas Binangun (100,74 %) dan cakupan kunjungan terendah berada di wilayah Puskesmas Maos (49,04 %). Sedangkan prosentase persalinan oleh tenaga kesehatan yang tertinggi di wilayah Puskesmas Majenang II (100,4%), dan terendah di wilayah Puskesmas Kawunganten (74,77%).

4.1.6 Distribusi Bidan di Kabupaten Cilacap

Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta dalam rangka menurunkan AKI dan AKB, Pemerintah melalui Dinkes Kabupaten Cilacap

memprogramkan penempatan bidan desa sebanyak 284 desa. Dimana jumlah bidan saat ini sebanyak 357 orang yang terdiri dari bidan puskesmas sebanyak 100 orang, bidan desa sebanyak 257 orang dengan status PTT sebanyak 123 orang, PNS sebanyak 186 orang, bidan kontrak daerah 48 orang. Sedangkan bidan RSUD, baik RSUD Majenang maupun RSUD Cilacap sebanyak 48 orang, dan rumah sakit swasta sebanyak 19 orang. Sehingga jumlah bidan di wilayah Kabupaten Cilacap sebanyak 424 orang.

4.1.7 Karakteristik Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cilacap

Penyebab kematian maternal dibedakan menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian maternal antara lain komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas. Sedangkan penyebab tidak langsung kematian maternal antara lain penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan, misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab kematian maternal di Kabupaten Cilacap diantaranya adalah komplikasi kehamilan yang meliputi eklampsia 2 (9,5%), preeklampsia 1 (4,76%), perdarahan 1 (4,76%), komplikasi persalinan yang meliputi retensio plasenta 4 (19,04%), perdarahan 2 (9,5%), eklampsia 3 (14,28%), komplikasi nifas yang meliputi infeksi nifas 1 (4,76%), sepsis 1 (4,76%), perdarahan post partum 3 (14,28%), dan riwayat penyakit yang meliputi demam tyfoid 1 (4,76%), jantung 1 (4,76%), dan 1 (4,76%) hipertensi (Tabel 5)

Tabel 5

Karakteristik Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Cilacap

No	Penyebab Kematian Maternal	Jumlah	Prosentase (%)
-----------	-----------------------------------	---------------	-----------------------

(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Komplikasi hamil		
	Eklampsia	2	9,5
	Preeklampsia	1	4,76
	perdarahan	1	4,76
2.	Komplikasi persalinan		
	Retensio plasenta	4	19,04
	Perdarahan	2	9,5
	Eklampsia	3	14,28

Lanjutan (tabel 5)

(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Komplikasi nifas		
	Infeksi nifas	1	4,76
	Sepsis	1	4,76
	Perdarahan post partum	3	14,28
4.	Riwayat penyakit lain		
	Demam Tyfoid	1	4,76
	Jantung	1	4,76
	Hipertensi	1	4,76
	Total	21	100,0

4.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian meliputi hasil dari analisis univariat, analisis bivariat dan analisis berstrata

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Komplikasi Hamil

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi kehamilan 71,4% lebih banyak dibandingkan dengan prosentase pada kelompok kontrol yaitu 9,5%. Dan prosentase pada kelompok kasus yang tidak mengalami komplikasi kehamilan 28,6% lebih sedikit dibandingkan dengan prosentase pada kelompok kontrol yaitu 90,5% (Tabel 6).

Tabel 6

Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Kehamilan

No	Komplikasi Kehamilan	Kasus		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Ada	15	71,4	4	9,5
2.	Tidak ada	6	28,6	38	90,5
	Jumlah	21	100,0	42	100,0

Komplikasi kehamilan yang dialami oleh subyek penelitian dari hasil penelitian ini diantaranya adalah preeklampsia, eklampsia dan perdarahan antepartum.

4.2.1.2 Komplikasi Persalinan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi persalinan 85,7% lebih banyak dibandingkan dengan prosentase pada kelompok kontrol yaitu 19,0%. Sedangkan prosentase pada kelompok kasus yang tidak mengalami komplikasi persalinan 14,3% lebih sedikit dibandingkan dengan prosentase subyek pada kelompok kontrol yaitu 81,0% (Tabel 7).

Tabel 7

Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Persalinan

No	Komplikasi Persalinan	Kasus		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Ada	18	85,7	8	19,0
2.	Tidak ada	3	14,3	34	81,0
	Jumlah	21	100,0	42	100,0

Komplikasi persalinan yang dialami oleh subyek penelitian dari penelitian ini diantaranya retensio plasenta, perdarahan, dan eklampsia.

4.2.1.3 Komplikasi Nifas

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase pada kelompok kasus yang mengalami komplikasi nifas 52,4% lebih banyak dibandingkan dengan prosentase pada kelompok kontrol yaitu 4,8%. Sedangkan

prosentase pada kelompok kasus yang tidak mengalami komplikasi nifas 47,6% lebih sedikit dibandingkan dengan prosentase pada kelompok kontrol yaitu 95,2% (Tabel 8).

Tabel 8

Distribusi Kasus Kontrol menurut Komplikasi Nifas

No	Komplikasi Nifas	Kasus		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Ada	11	52,4	2	4,8
2.	Tidak ada	10	47,6	40	95,2
	Jumlah	21	100,0	42	100,0

Komplikasi nifas yang dialami oleh subyek penelitian dalam penelitian ini diantaranya infeksi nifas, sepsis dan perdarahan postpartum.

4.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan rumus *Chi Square*, dimana uji tersebut digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan program komputasi SPSS for windows release 12 diperoleh hasil analisis bivariat yaitu pada variable komplikasi hamil nilai p (0,000) dengan OR (23,750), komplikasi persalinan nilai p (0,000) dengan OR (25,500), komplikasi nifas nilai p (0,000) dengan 22,000 adalah nilai OR (Tabel 9).

Tabel 9

Rangkuman Hasil Analisis Bivariat Variabel yang Berhubungan dengan Kematian Maternal di Daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah

No	Variabel Bebas	χ^2	p	OR	95% CI	
					Batas Bawah	Batas Atas
1.	Komplikasi hamil	25,471	0,000	23,750	5,861	96,235
2.	Komplikasi persalinan	25,672	0,000	25,500	6,014	108,131
3.	Komplikasi nifas	19,385	0,000	22,000	4,190	115,514

Tiga variabel dalam penelitian ini dinyatakan signifikan terhadap kejadian kematian maternal yang diperoleh dari analisis bivariat tersebut, hal itu ditunjukkan dari harga $p < 0,05$. Ketiga variabel yang signifikan tersebut adalah komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas.

4.2.3 Analisis Berstrata

Analisis berstrata dilakukan untuk mengetahui peranan berbagai variabel yang berhubungan dengan komplikasi obstetri yang terdiri dari komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas terhadap kematian maternal. Peran dalam hal ini dimaksudkan untuk mengetahui apakah variabel tersebut sebagai perancu atau tidak pada risiko komplikasi obstetri terhadap kejadian kematian maternal.

4.2.3.3 Komplikasi Kehamilan

Hasil analisis berstrata pada komplikasi kehamilan sebagai variabel bebas dengan variabel yang diduga sebagai perancu yaitu variabel umur ibu memiliki nilai nilai p (0,001), paritas (0,001), jarak kehamilan (0,001), pemeriksaan antenatal (0,001), dan 0,001 nilai p pada variabel penolong pertama persalinan (Tabel 10).

Tabel 10

Rangkuman Analisis Berstrata Beberapa Variabel Pada Besar Risiko Komplikasi Kehamilan terhadap Kejadian Kematian Maternal di Daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah

No	Variabel	POR		cPOR	aPOR	Nilai p
		1	2			
1.	Umur ibu	17,500	26,400	23,750	22,927	0,001
2.	Paritas	15,167	50,000	23,750	25,787	0,001
3.	Jarak kehamilan	24,000	23,833	23,750	23,880	0,001
4.	Pemeriksaan antenatal	2,000	5,815	23,750	18,713	0,001
5.	Penolong pertama persalinan	5,000	38,889	23,750	19,023	0,001

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel di atas diketahui bahwa nilai p untuk seluruh variabel kurang dari 0,05, dengan demikian dapat dijelaskan bahwa seluruh variabel yaitu umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan bukan merupakan perancu pada risiko komplikasi kehamilan terhadap kejadian kematian maternal di daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah.

4.2.3.3 Komplikasi Persalinan

Hasil analisis berstrata pada variabel komplikasi persalinan sebagai variabel bebas dengan variabel yang diduga sebagai perancu yaitu variabel umur ibu memiliki nilai p (0,001), paritas (0,001), jarak kehamilan (0,001), pemeriksaan antenatal (0,001), dan 0,001 nilai p pada variabel penolong pertama persalinan (Tabel 11).

Tabel 11

Rangkuman Analisis Berstrata Beberapa Variabel Pada Besar Risiko Komplikasi Persalinan terhadap Kejadian Kematian Maternal di Daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah

No	Variabel	POR		cPOR	aPOR	Nilai p
		1	2			
1.	Umur ibu	9,333	33,000	25,500	21,408	0,001
2.	Paritas	8,000	14,000	25,500	29,382	0,001
3.	Jarak kehamilan	5,833	87,750	25,500	24,144	0,001
4.	Pemeriksaan antenatal	2,000	10,500	25,500	27,328	0,001
5.	Penolong pertama persalinan	5,000	0,350	25,500	36,608	0,001

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel di atas diketahui bahwa nilai p untuk seluruh variabel kurang dari 0,05, dengan demikian dapat dijelaskan bahwa seluruh variabel yaitu umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan bukan merupakan perancu pada risiko komplikasi persalinan terhadap kejadian kematian maternal di daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah.

4.2.3.3 Komplikasi Nifas

Hasil analisis berstrata pada variabel komplikasi nifas sebagai variabel bebas dengan variabel yang diduga sebagai perancu yaitu variabel umur ibu memiliki nilai p (0,001), paritas (0,001), jarak kehamilan (0,001), pemeriksaan antenatal (0,001), dan 0,001 nilai p pada variabel penolong pertama persalinan (Tabel 12).

Tabel 12

Rangkuman Analisis Berstrata Beberapa Variabel Pada Besar Risiko Komplikasi Nifas terhadap Kejadian Kematian Maternal di Daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah

No	Variabel	POR		cPOR	aPOR	Nilai p
		1	2			
1.	Umur ibu	0,857	113,333	22,000	14,142	0,001
2.	Paritas	3,500	7,500	22,000	14,904	0,001
3.	Jarak kehamilan	11,000	4,625	22,000	32,915	0,001
4.	Pemeriksaan antenatal	1,200	7,200	22,000	36,475	0,001
5.	Penolong pertama persalinan	2,333	4,607	22,000	21,500	0,001

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel di atas diketahui bahwa nilai p untuk seluruh variabel kurang dari 0,05, dengan demikian dapat dijelaskan bahwa seluruh variabel yaitu umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal, penolong pertama persalinan bukan merupakan perancu pada risiko komplikasi nifas terhadap kejadian kematian maternal di daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Variabel yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Maternal

Variabel yang berhubungan secara signifikan terhadap kejadian kematian maternal di Daerah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah berdasarkan hasil analisis *bivariat* semua variabel bebas yaitu komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas.

5.1.1.1 Hubungan Komplikasi Kehamilan dengan Kejadian Kematian Maternal

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan prosentase ibu yang mengalami komplikasi kehamilan untuk kasus 71,4% lebih besar dari prosentase kontrol 9,5%. Sedangkan prosentase ibu tidak mengalami komplikasi kehamilan untuk kasus 28,6% lebih kecil dari prosentase kontrol 90,5%.

Secara statistik komplikasi kehamilan merupakan faktor risiko kejadian kematian maternal, hal ini ditunjukkan dari hasil analisis *bivariat* yang memperoleh $p = 0,001 < 0,05$. Dalam penelitian ini beberapa komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan diantaranya diakibatkan oleh preeklampsia, eklampsia, dan perdarahan dalam kehamilan. 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 pendarahan

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.

Berdasarkan hasil analisis juga diperoleh nilai OR sebesar 23,750 dengan batas bawah 5,861 dan batas atas 96,235 pada *interval confidence* 95%. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mengalami komplikasi kehamilan mempunyai risiko kejadian kematian maternal sebesar 23 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak mengalami komplikasi kehamilan. Secara nyata berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa kurang lebih 71,4% ibu melahirkan di daerah Kabupaten Cilacap yang mengalami kejadian kematian maternal sebelumnya mengalami komplikasi kehamilan dan angka ibu yang mengalami komplikasi kehamilan tetapi dapat melahirkan dengan selamat hanya sebesar 9,5%.

Menyikapi tingginya angka kematian maternal akibat komplikasi kehamilan tersebut maka bagi masyarakat secara umum perlu menyikapi secara bijaksana saat mengalami komplikasi kehamilan agar terhindar dari kematian saat proses persalinan.

Seorang ibu membutuhkan makanan yang mengandung zat-zat gizi yang berbeda pada saat hamil dan disesuaikan dengan kondisi tubuh dan perkembangan janin yang dikandungnya agar janin tumbuh dengan baik. Suplai zat-zat makanan ke janin yang sedang tumbuh tergantung pada jumlah darah ibu yang mengalir melalui plasenta dan zat-zat makanan yang diangkutnya. Gangguan suplai makanan dari ibu mempengaruhi proses pertumbuhan janin dapat menimbulkan lahir dengan berat lahir rendah dan bahkan pada kondisi yang lebih parah dapat

menyebabkan cacat bawaan, keguguran (abortus), dan bahkan bayi lahir mati (kematian neonatal).

Terpenuhinya berbagai zat gizi tersebut maka dapat memperkecil risiko KEK sehingga kemungkinan melahirkan kematian maternal juga semakin kecil. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut ibu hamil dianjurkan mengonsumsi beraneka ragam makanan yang bermanfaat bagi kesehatannya dan kesehatan bayi yang dikandungnya.

5.1.1.2 Hubungan Komplikasi Persalinan dengan Kejadian Kematian Maternal

Komplikasi saat persalinan berisiko terhadap kejadian kematian maternal. Hal tersebut ditunjukkan dari analisis data yang memperoleh $p = 0,001 < 0,05$. dalam penelitian ini komplikasi yang dialami oleh subyek penelitian diantaranya adalah retensio plasenta, perdarahan, dan eklampsia.

Berdasarkan hasil analisis juga diperoleh nilai OR sebesar 23,750 dengan batas bawah 5,861 dan batas atas 96,235 pada *interval confidence* 95%. Hal ini menunjukkan bahwa risiko kematian maternal pada ibu melahirkan yang diakibatkan oleh komplikasi persalinan adalah 23 kali lebih tinggi dibandingkan ibu melahirkan yang tidak mengalami komplikasi persalinan. Secara nyata berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa 85,7% dari ibu mengalami kematian maternal sebelumnya mengalami komplikasi saat persalinan sedangkan ibu yang mengalami komplikasi persalinan akan tetapi dapat melahirkan dengan selamat hanya sebesar 14,3%.

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 miometrium.

Mengingat tingginya risiko kematian maternal akibat komplikasi saat persalinan tersebut maka bagi tenaga kesehatan yang menolong proses persalinan bagi ibu yang mengalami komplikasi persalinan untuk segera merujuk pasien pada rumah sakit-rumah sakit yang memiliki fasilitas memadai agar mereka segera dapat mendapatkan perawatan secara intensif sehingga kejadian kematian maternal dapat dihindari.

5.1.1.3 Hubungan Komplikasi Nifas dengan Kejadian Kematian Maternal

Masa nifas atau masa pemulihan setelah proses persalinan masih memungkinkan terjadinya komplikasi yang memiliki risiko terjadinya kematian maternal, hal tersebut dibuktikan dalam penelitian ini dimana berdasarkan hasil analisis *bivariat* memperoleh $p = 0,001 < 0,05$.

Berdasarkan hasil analisis juga diperoleh nilai OR sebesar 22,000 dengan batas bawah 4,190 dan batas atas 115,514 pada *interval confidence* 95%. Hal ini menunjukkan bahwa risiko kematian maternal pada ibu melahirkan yang diakibatkan oleh komplikasi nifas adalah 22 kali lebih tinggi dibandingkan ibu melahirkan yang tidak mengalami komplikasi nifas. Secara nyata berdasarkan

hasil analisis univariat diketahui bahwa 52,4% dari ibu mengalami kematian maternal sebelumnya mengalami komplikasi saat nifas sedangkan ibu yang mengalami komplikasi nifas akan tetapi dapat melahirkan dengan selamat hanya sebesar 4,8%. Adanya risiko kematian maternal pada masa nifas dalam penelitian ini dikarenakan oleh infeksi nifas, sepsis, dan perdarahan post partum.

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.

Mengingat kecilnya angka peluang untuk hidup bagi ibu yang mengalami komplikasi selama masa nifas tersebut, maka hal tersebut perlu diwaspadai oleh tenaga kesehatan maupun ibu yang dalam masa nifas agar terjadinya komplikasi saat masa nifas dapat dihindari.

5.1.2 Variabel Perancu

Variabel yang diduga menjadi perancu pada besar risiko komplikasi obstetri terhadap kejadian kematian maternal di daerah Kabupaten Cilacap adalah umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal dan penolong pertama

persalinan. Dengan hasil analisis stratifikasi, semua variabel-variabel tersebut di atas tidak merupakan faktor perancu pada risiko komplikasi obstetri yang terdiri dari komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas (semua nilai p yang diuji dengan *Chi Square Mantel Haenszel* $< 0,05$).

Berdasarkan hasil tersebut berarti, besar risiko komplikasi obstetri terhadap kejadian kematian maternal di daerah Kabupaten Cilacap tidak dipengaruhi oleh variabel-variabel perancu. Jadi lebih lanjut dapat dijelaskan komplikasi obstetri yang terdiri dari komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas benar-benar merupakan faktor risiko kejadian kematian maternal, tanpa adanya pengaruh variabel lain.

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Penelitian yang telah dilaksanakan tentunya tidak terlepas dari hambatan dan kelemahan penelitian. Adapun hambatan dalam penelitian ini adalah:

1. Kesulitan dalam transportasi terutama pada daerah yang sulit dijangkau dengan transportasi.
2. Kesulitan dalam pencarian alamat responden sehingga masih perlu pendamping terutama dari tenaga kesehatan setempat.

Adapun kelemahan dalam penelitian ini adalah metode penelitian menggunakan kasus kontrol merupakan penelitian yang mengumpulkan data retrospektif yang mempunyai kelemahan pada bias recall, dimana responden harus mengingat-ingat jawaban yang akan diberikan. Cara mengatasinya dilakukan penelitian dengan metode kuesioner untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap.

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 komplikasi obstetrik (komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan dan komplikasi nifas) dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap, dengan mempertimbangkan variabel umur subyek penelitian, paritas, jarak kehamilan, pemeriksaan antenatal, dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu.

6.1.2 Simpulan Khusus

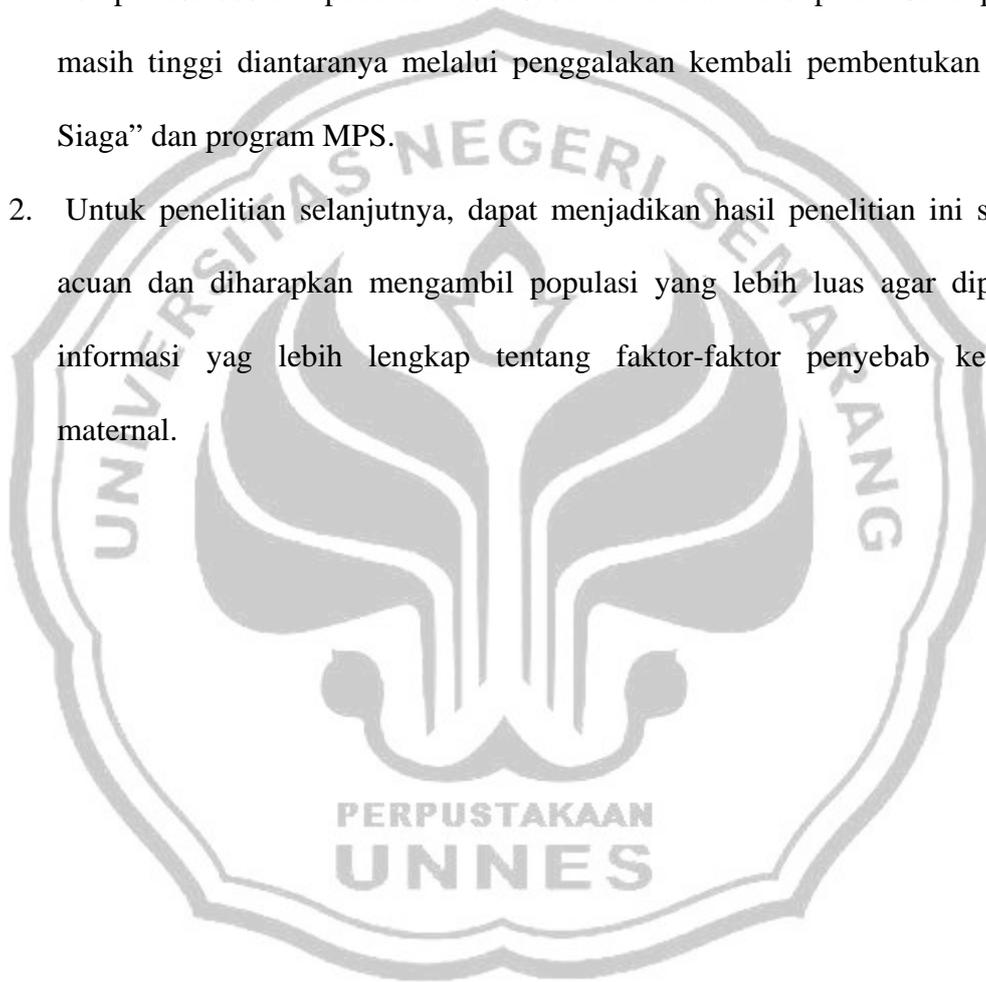
Simpulan khusus dari penelitian ini yaitu dengan mempertimbangkan variabel umur subyek penelitian, paritas, jarak kelahiran, riwayat penyakit, riwayat komplikasi kehamilan, riwayat komplikasi persalinan, pemeriksaan antenatal, dan penolong pertama persalinan adalah

1. Ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.
2. Ada hubungan antara komplikasi persalinan dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.
3. Ada hubungan antara komplikasi nifas dengan kematian maternal di Kabupaten Cilacap.

6.2 Saran

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Bagi pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap hendaknya dapat membuat program-program terkait dengan upaya menurunkan potensi komplikasi obstetri pada ibu usia subur di daerah Kabupaten Cilacap yang masih tinggi diantaranya melalui penggalakan kembali pembentukan "Desa Siaga" dan program MPS.
2. Untuk penelitian selanjutnya, dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan dan diharapkan mengambil populasi yang lebih luas agar diperoleh informasi yang lebih lengkap tentang faktor-faktor penyebab kematian maternal.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari S., dkk, 2002, *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Depkes RI, 2004, *Strategi Percepatan Penurunan Kematian Ibu Melalui Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu*, Jakarta: Direktur Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI.
- Dinkes Propinsi Jawa Tengah, 2005, *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2005* Semarang: Pemerintah Propinsi Jawa Tengah.
- Dinkes Kabupaten Cilacap, 2005, *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap 2005*.
- Eko Budiarto, 2002, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: EGC.
- Erica R. dan Sue A., 1994, *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*, Alih Bahasa Maulany R.F., Jakarta: Binarupa Aksara.
- FKM UI.1998. *Modul Safe Matherhood*. Jakarta: Kerjasama WHO, Depkes RI-FKM UI.
- Hanifa W., dkk., 2005, *Ilmu Kebidanan*, edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Masri Singarimbun dan Sofian Effendi, 1989, *Metodologi Penelitian Survei*, Jakarta: LP3ES.
- Moh. Nazir, 1999, *Metode Penelitian*, Jakarta: Ghalia Indonesia.
- S. Soemantri, dkk., 1997, *Pedoman Menghitung Angka Kematian Ibu (AKI)*, Jakarta: Badan Litbangkes. Depkes RI.
- Sarimawar Djaja, dkk, 2001, *Penyebab Kematian Maternal di Indonesia*, SKRT., Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes. RI.

Soekidjo Notoatmodjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

Sudigdo S, dan Sofyan Ismael, 2002, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi 2, Jakarta: Sagung Seto.

Sugiyono, 2002, *Statistik untuk Penelitian*, Jakarta: CV. Alva Beta.

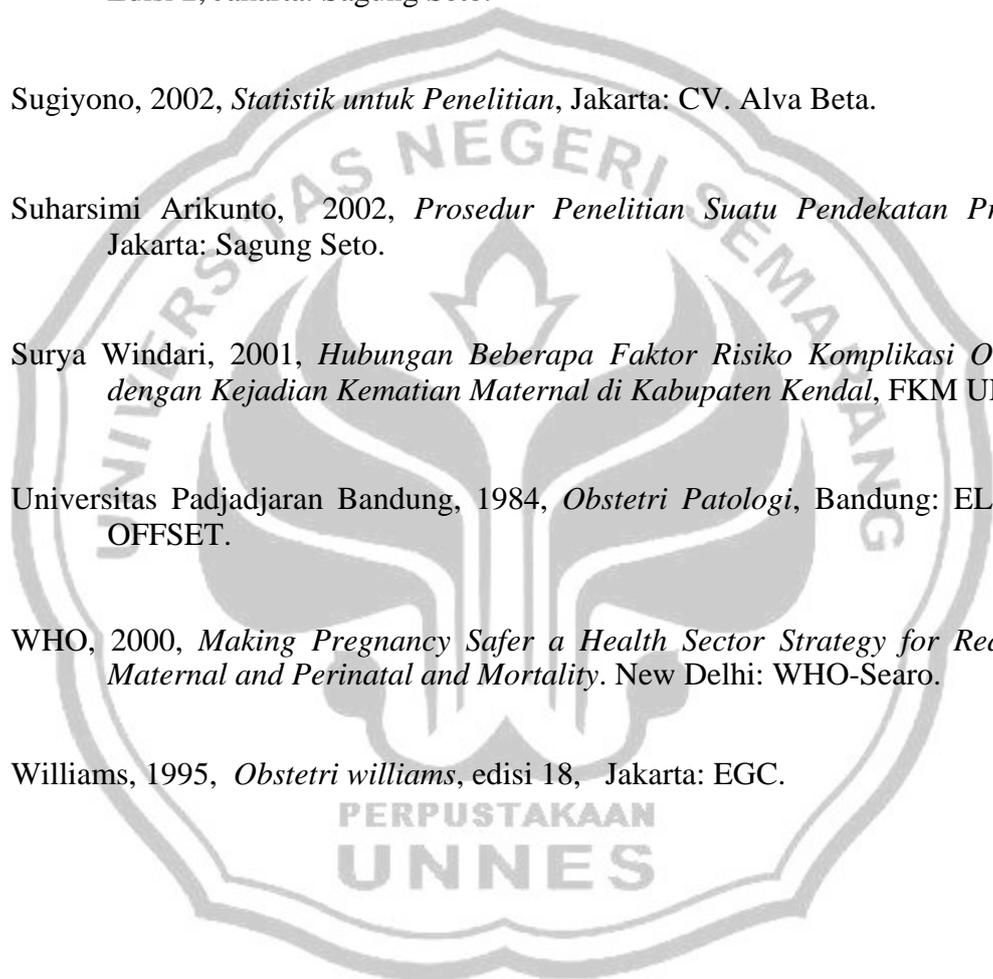
Suharsimi Arikunto, 2002, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: Sagung Seto.

Surya Windari, 2001, *Hubungan Beberapa Faktor Risiko Komplikasi Obstetri dengan Kejadian Kematian Maternal di Kabupaten Kendal*, FKM UNDIP.

Universitas Padjadjaran Bandung, 1984, *Obstetri Patologi*, Bandung: ELSTAR OFFSET.

WHO, 2000, *Making Pregnancy Safer a Health Sector Strategy for Reducing Maternal and Perinatal and Mortality*. New Delhi: WHO-Searo.

Williams, 1995, *Obstetri williams*, edisi 18, Jakarta: EGC.





LAMPIRAN

1. Nama suami :
2. Pendidikan tertinggi yang pernah / sedang diduduki suami :
3. Pekerjaan suami :
4. Jumlah pendapatan dalam 1 bulan :

B. IDENTITAS RESPONDEN PADA KASUS KEMATIAN MATERNAL :

1. Nama responden :
2. Hubungan dengan almarhumah :
 - a. Suami
 - b. Orang tua / mertua
 - c. Kakak / adik
 - d. Anak / menantu
 - e. Famili lain,.....
 - f. Orang lain

I. IDENTITAS IBU YANG MENINGGAL :

1. Nama ibu :
2. Tanggal meninggal :...../...../.....(tgl/bulan/tahun)
3. Umur ibu saat meninggal :

II. IDENTITAS KONTROL PENELITIAN :

1. Nama ibu :
2. Umur ibu saat ini :
3. Umur ibu saat persalinan terakhir :

C. KARAKTERISTIK IBU YANG MENINGGAL

1. Paritas:
 - a. Berapa umur ibu pada saat hamil ?
 - b. Berapa tinggi badan ibu pada saat hamil ?
 - c. Berapa kali ibu hamil ?
 - d. Berapa kali ibu keguguran?
 - e. Berapa jarak kelahiran ini dengan sebelumnya ?

D. KOMPLIKASI KEHAMILAN

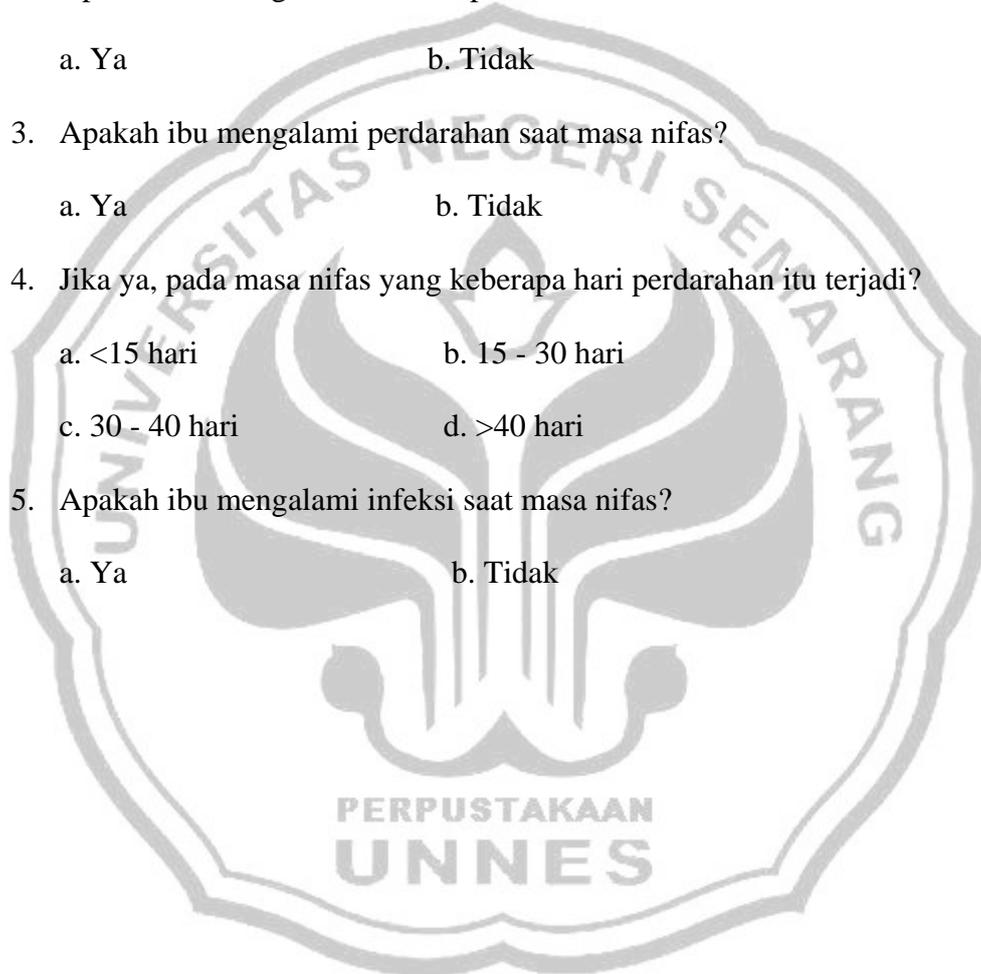
1. Berapa usia kehamilan ibu ?
 - a. <3 bulan
 - b. 4 - 6 bulan
 - c. 7-9 bulan
 - d. >9 bulan
2. Apakah ibu mempunyai penyakit kronis (anemia,hipertensi, diabetes millitus) pada saat hamil ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya, penyakit apa yang diderita?
 - a. Anemia
 - b. Hipertensi
 - c. Diabetes millitus
 - d. Lain-lain (.....)
4. Apakah ibu pernah mengalami perdarahan pada saat hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu pernah mengalami infeksi pada saat hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak

E. KOMPLIKASI PERSALINAN

1. Berapa usia kehamilan ibu menjelang persalinan?
 - a. <7 bulan
 - b. 8 sampai 9 bulan
 - c. >9 bulan
2. Apakah ibu mempunyai penyakit kronis (anemia,hipertensi, diabetes millitus) pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya penyakit apa yang diderita?
 - a. Anemia
 - b. Hipertensi
 - c. Diabetes millitus
 - d. Lain-lain (.....)
4. Apakah ibu mengalami perdarahan saat melahirkan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu mengalami infeksi saat melahirkan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

F. KOMPLIKASI MASA NIFAS

1. Berapa hari masa nifas yang dialami oleh ibu?
 - a. <15hari
 - b. 15-30
 - c. 30 – 40 hari
 - d. >40 hari
2. Apakah ibu mengalami demam pada saat nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah ibu mengalami perdarahan saat masa nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Jika ya, pada masa nifas yang keberapa hari perdarahan itu terjadi?
 - a. <15 hari
 - b. 15 - 30 hari
 - c. 30 - 40 hari
 - d. >40 hari
5. Apakah ibu mengalami infeksi saat masa nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak



**KUESIONER PENELITIAN KASUS-KONTROL
HUBUNGAN ANTARA KOMPLIKASI OBSTETRI
DENGAN KEMATIAN MATERNAL**

I. PERTANYAAN KONTROL

Daftar Kuesioner Untuk Keluarga Kontrol

Tanggal Pengisian :

A. IDENTITAS IBU YANG SELAMAT / HIDUP

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Pendidikan :
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SLTA
 - d. PT
5. Pekerjaan
 - a. Petani
 - b. Pedagang
 - c. PNS
 - d. Lain-lain (.....)

B. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Status dalam keluarga :
4. Alamat :
5. Pendidikan :
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SLTA
 - d. PT
6. Pekerjaan
 - a. Petani
 - b. Pedagang
 - c. PNS
 - d. Lain-lain (.....)

C. KARAKTERISTIK IBU YANG HIDUP

1. Paritas:
 - a. Berapa umur ibu pada saat hamil?
 - b. Berapa tinggi badan ibu pada saat hamil?
 - c. Berapa kali ibu hamil?
 - d. Berapa kali ibu keguguran?
 - e. Berapa jarak kelahiran ini dengan sebelumnya?

D. KOMPLIKASI KEHAMILAN

1. Berapa usia kehamilan ibu?
 - a. <3 bulan
 - b. 4 -6 bulan
 - c. 7 -9 bulan
 - d. >9 bulan
2. Apakah ibu mempunyai penyakit kronis (anemia, hipertensi, diabetes millitus) pada saat hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya penyakit apa yang diderita?
 - a. Anemia
 - b. Hipertensi
 - c. Diabetes millitus
 - d. Lain-lain (.....)
4. Apakah ibu pernah mengalami pendarahan pada saat hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu pernah mengalami infeksi pada saat hamil?
 - a. Ya
 - b. Tidak

E. KOMPLIKASI PERSALINAN

1. Berapa usia kehamilan ibu menjelang persalinan?
 - a. <7 bulan
 - b. 8 sampai 9 bulan
 - c. > 9 bulan

2. Apakah ibu mempunyai penyakit kronis (anemia, hipertensi, diabetes millitus) pada saat persalinan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya penyakit apa yang diderita?
 - a. Anemia
 - b. Hipertensi
 - c. Diabetes millitus
 - d. Lain-lain (.....)
4. Apakah ibu mengalami perdarahan pada saat atau sesudah melahirkan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah ibu mengalami infeksi pada saat atau sesudah melahirkan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

F. KOMPLIKASI MASA NIFAS

1. Berapa hari ibu mengalami masa nifas?
 - a. <15 hari
 - b. 15 -30
 - c. 30 - 40 hari
 - d. >40 hari
2. Apakah ibu mengalami demam pada saat masa nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah ibu mengalami perdarahan pada saat masa nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Jika ya, pada masa nifas yang keberapa hari perdarahan itu terjadi?
 - a. <15 hari
 - b. 15 - 30 hari
 - c. 30 - 40hari
 - d. >40 hari
5. Apakah ibu mengalami infeksi saat masa nifas?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Tabel 13

DAFTAR RESPONDEN PENELITIAN

No	Nama Responden	Nama Suami	Alamat
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Ngaenah	Salud	Ds. Rawajaya Bantarsari
2.	Karsem	Ahmad S.	Ds. Cikedondong Bantarsari
3.	Tarsumi	Kusmija	Ds. Cisalak Cimanggu I
4.	Robitoh	Sutijo	Ds. Adipala Adipala
5.	Sadewi	Muji Widodo	Ds. Adipala Adipala
6.	Tuyem	Yono	Ds. Karangjati Sampang
7.	Sawinem	Rebin	Ds. Sidasari Sampang
8.	Suryaningsih	Kuswandi	Ds. Gandrungmangu Gandrungmangu I
9.	Suminah	Achmad	Ds. Karangrena Maos
10.	Tarmini	Tasir	Ds. Maos Lor Maos
11.	Warisatun	Misrun	Ds. Kesugihan Kidul Kesugihan I
12.	Rosanti	Marojahan	Ds. Tegal Kamulyan Cilacap Sel I
13.	Rohayati	Dasinan	Ds. Serang Citari
14.	Rakiyah	Slamet	Ds. Prapagan Jeruk Legi II
15.	Munawaroh	Raswan	Ds. Bener Majenang
16.	Durotun S.	Nasirudin	Ds. Mulyasari Majenang
17.	Martiah	Paryo	Ds. Nusawungu Banjarsari
18.	Sumarni	Yaman	Ds. Tegalsari Sidareja
19.	Een	Rustoyo	Ds. Panimbang Cimanggu
20.	Suparni	Agus H.	Ds. Bangunrejo Kedungrejo
21.	Salinah	Satimin	Ds. Rejomulyo Kedungrejo
22.	Eni P	Solahudin	Ds. Bantarsari Bantarsari
23.	Erna Hendri	Khoerul A.	Ds. Bulaksari Bantarsari
24.	Suryati	Mad Muslim	Ds. Bantarsari Bantarsari
25.	Umi	Ahmad F.	Ds. Karangjati Sampang
26.	Pajem	Ratmono	Ds. Karangtengah Sampang
27.	Kartiwen	M Yusuf	Ds. Sampang Sampang
28.	Marsinah	Suhatma	Cimanggu I
29.	Rotiah	Ragil C.	Cimanggu I
30.	Kuniyati	Nursalim	Ds. Gandrungmanis Gandrungmangu
31.	Maryatun	Suhari	Gandrungmangu
32.	Susiloningsih	Simin	Ds. Maos Kidul Maos
33.	Kartisah	Tusiwan	Ds. Maos Lor Maos
34.	Atun	Munjahid	Ds. Ciwuni Kesugihan I
35.	Sumiyati	Suka	Ds. Gunung Simpang Cilacap Tengah
36.	Saminem	Basiran	Ds. Lomanis Cilacap Tengah
37.	Sartiyah	Tusiman	Cilacap Tengah
38.	Rasminah	Suratman	Cilacap Tengah
39.	Samirah	Riwanto	Ds. Tratih Kulon Cilacap Utara II
40.	Rakisah	Salun	Cilacap Utara I

Lanjutan (tabel 13)

(1)	(2)	(3)	(4)
41.	Siti Sugiasih	Sumarno	Ds. Tegal Kamulyan Cilacap Sel I
42.	Satini	Misdiyanto	Cilacap Selatan II
43.	Fatimah	Nurrohman	Jeruk Legi II
44.	Dwi Kurniati	Sunarto	Ds. Mulyasari Majenag
45.	Tutingah	Turimin	Ds. Mulyasari Majenang
46.	Maryati	Tarim	Ds. Sindangsari Majenang
47.	Titik	Irawan	Ds. Sindangsari Majenang
48.	Pujianti	Suyitno	Ds. Karangtawang Nusawungu
49.	Dian	Kasmin	Ds. Jetis Nusawungu
50.	Titi S	M.Jumadi	Ds. Sudajaran Sidareja
51.	Martini	Dudung	Ds. Sidajaran Sidereja
52.	Suminah	Sumiarto	Karangputung I
53.	Yuliati	Untung P.	Adipala
54.	Lutfiah	Yasirin	Adipala
55.	Sri Mulyati	Bambang	Adipala
56.	Purwati	Daryono	Kawunganten
57.	Rinasih	Teguh W.	Kawunganten
58.	Supriyah	Yanto	Ds. Panimbang Cimanggu
59.	Haryanti	Wondo	Ds. Panimbang Cimanggu
60.	Suryanti	Kodir	Ds. Bantarmangu Cimanggu
61.	Umi M.	Muhtadin	Ds. Ciklapa Kedungrejo
62.	Murtofingah	Tahrir	Ds. Bumireja Kedungreja
63.	Maenah	Susanto	Ds. Bojongsari Kedungreja

Lanjutan (tabel 14)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
40.	Rakisah	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41.	Siti Sugiasih	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42.	Satini	2	2	2	2	2	2	2	2	2
43.	Fatimah	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44.	Dwi Kurniati	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45.	Tutingah	2	2	2	2	2	2	2	2	2
46.	Maryati	2	2	1	2	2	1	1	2	2
47.	Titik	2	2	1	1	1	1	1	2	2
48.	Pujianti	2	2	2	2	2	1	1	2	2
49.	Dian	2	2	2	2	1	1	1	2	2
50.	Titi S	2	2	2	2	2	2	2	2	2
51.	Martini	2	2	2	2	1	2	2	2	2
52.	Suminah	2	2	2	2	1	1	2	2	2
53.	Yuliati	2	1	2	2	2	2	2	2	2
54.	Lutfiah	2	2	2	2	2	2	2	2	2
55.	Sri Mulyati	2	2	2	2	2	2	2	2	1
56.	Purwati	2	2	1	2	2	1	1	2	2
57.	Rinasih	2	2	2	2	2	2	2	2	2
58.	Supriyah	2	2	2	2	2	2	2	2	2
59.	Haryanti	2	2	2	2	2	2	2	2	2
60.	Suryanti	2	2	2	2	2	2	2	2	2
61.	Umi M.	2	1	1	2	1	1	2	2	1
62.	Murtofingah	2	2	1	2	2	1	1	2	2
63.	Maenah	2	2	2	1	2	1	1	2	2

Keterangan:

- A : Status (1=kasus, 2=control)
- B : Komplikasi Kehamilan (1 = ada komplikasi, 2 = tidak ada komplikasi)
- C : Komplikasi Persalinan (1 = ada komplikasi, 2=tidak ada komplikasi)
- D : Komplikasi Nifas (1 = ada komplikasi, 2 = tidak ada komplikasi)
- E : Umur Ibu (1 = <20/>35 tahun, 2 = 20-35 tahun)
- F : Paritas (1 = 1/>4 kali, 2 = 2-4 kali)
- G : Jarak Kehamilan (1 = <2 tahun, 2 = ≥2 tahun)
- H : Pemeriksaan Antenatal (1 = tidak baik, 2 = baik)
- I : Penolong Persalinan (1 = bukan nakes, 2 = nakes)

VALIDITAS DAN RELIABILITAS

1. Reliability Komplikasi Kehamilan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.803	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Butir 1	6.9667	2.585	.525	.799
Butir 2	7.0667	3.306	.567	.781
Butir 3	7.1000	2.783	.454	.819
Butir 4	7.1667	2.764	.845	.701
Butir 5	7.3000	2.769	.732	.724

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.9000	4.231	2.05695	5

2. Reliability Komplikasi Persalinan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.875	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Butir 1	5.9000	3.059	.783	.830
Butir 2	6.0333	3.482	.857	.815
Butir 3	5.9333	3.926	.421	.920
Butir 4	6.0333	3.482	.857	.815
Butir 5	6.1000	3.748	.708	.849

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.5000	5.362	2.31561	5

3. Reliability Komplikasi Masa Nifas

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Butir 1	6.6667	2.851	.671	.766
Butir 2	6.9333	3.099	.755	.748
Butir 3	6.6000	2.938	.529	.820
butir 4	7.0667	3.306	.601	.788
Butir 5	6.8667	3.430	.570	.797

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.5333	4.671	2.16131	5

Tabel 15

DATA UJI COBA KOMPLIKASI KEHAMILAN

Resp	Pertanyaan tentang Komplikasi Kehamilan					Jumlah	Kriteria
	Btr 1	Btr 2	Btr 3	Btr 4	Btr 5		
Resp 1	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 2	3	1	1	1	1	7	Ada
Resp 3	2	2	2	2	1	9	Ada
Resp 4	2	2	3	2	2	11	Tidak ada
Resp 5	3	2	2	2	2	11	Tidak ada
Resp 6	1	2	1	1	1	6	Ada
Resp 7	2	2	1	2	2	9	Tidak ada
Resp 8	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 9	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 10	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 11	2	2	2	2	1	9	Ada
Resp 12	3	2	2	2	2	11	Tidak ada
Resp 13	2	2	3	2	2	11	Tidak ada
Resp 14	1	2	1	1	1	6	Ada
Resp 15	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 16	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 17	4	2	2	2	2	12	Tidak ada
Resp 18	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 19	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 20	1	2	1	1	1	6	Ada
Resp 21	2	2	1	2	1	8	Ada
Resp 22	2	2	2	2	1	9	Ada
Resp 23	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 24	1	1	3	1	1	7	Ada
Resp 25	2	2	1	2	2	9	Tidak ada
Resp 26	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 27	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 28	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 29	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 30	2	2	3	2	2	11	Tidak ada
TOTAL						267	
RATA-RATA						8,9	Tidak ada

Tabel 16

DATA UJI COBA KOMPLIKASI PERSALINAN

Resp	Pertanyaan tentang Komplikasi Persalinan					Jumlah	Kriteria
	Btr 1	Btr 2	Btr 3	Btr 4	Btr 5		
Resp 1	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 2	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 3	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 4	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 5	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 6	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 7	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 8	3	2	1	2	2	11	Tidak ada
Resp 9	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 10	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 11	2	2	1	2	2	9	Tidak ada
Resp 12	2	2	2	2	1	9	Ada
Resp 13	2	2	1	2	1	8	Ada
Resp 14	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 15	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 16	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 17	3	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 18	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 19	1	1	2	1	2	7	Ada
Resp 20	1	1	2	1	1	6	Ada
Resp 21	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 22	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 23	2	2	2	2	1	9	Ada
Resp 24	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 25	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 26	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 27	1	1	1	1	1	5	Ada
Resp 28	2	2	2	2	2	10	Tidak ada
Resp 29	1	1	1	1	1	7	Ada
Resp 30	3	1	3	1	1	9	Ada
TOTAL						225	
RATA-RATA						7,5	Ada

Tabel 17

DATA UJI COBA KOMPLIKASI NIFAS

Resp	Pertanyaan tentang Komplikasi Nifas					Jumlah	Kriteria
	Btr 1	Btr 2	Btr 3	Btr 4	Btr 5		
Resp 1	2	2	2	2	2	10	Tidak ada

Analisis Bivariat

Status * Komplikasi Hamil

komphml * status Crosstabulation

			status		Total
			kasus	kontrol	
komphml	ada	Count	15	4	19
		Expected Count	6,3	12,7	19,0
		% within status	71,4%	9,5%	30,2%
	tidak ada	Count	6	38	44
		Expected Count	14,7	29,3	44,0
		% within status	28,6%	90,5%	69,8%
Total		Count	21	42	63
		Expected Count	21,0	42,0	63,0
		% within status	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	25,471 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	22,617	1	,000		
Likelihood Ratio	25,593	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,067	1	,000		
N of Valid Cases	63				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,33.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,537	,000
N of Valid Cases		63	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	23,750	5,861	96,235
For cohort status = kasus	5,789	2,657	12,617
For cohort status = kontrol	,244	,101	,587
N of Valid Cases	63		

Status * Komplikasi Bersalin**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status Crosstabulation

			status		Total
			kasus	kontrol	
kompsln	ada	Count	18	8	26
		Expected Count	8,7	17,3	26,0
		% within status	85,7%	19,0%	41,3%
	tidak ada	Count	3	34	37
		Expected Count	12,3	24,7	37,0
		% within status	14,3%	81,0%	58,7%
Total		Count	21	42	63
		Expected Count	21,0	42,0	63,0
		% within status	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	25,672 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	22,995	1	,000		
Likelihood Ratio	27,280	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,264	1	,000		
N of Valid Cases	63				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,67.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,538	,000
N of Valid Cases		63	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kompsIn (ada / tidak ada)	25,500	6,014	108,131
For cohort status = kasus	8,538	2,801	26,028
For cohort status = kontrol	,335	,187	,601
N of Valid Cases	63		

Status * Komplikasi Nifas**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompnfs * status	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompnfs * status Crosstabulation

			status		Total
			kasus	kontrol	
kompnfs	ada	Count	11	2	13
		Expected Count	4,3	8,7	13,0
		% within status	52,4%	4,8%	20,6%
	tidak ada	Count	10	40	50
		Expected Count	16,7	33,3	50,0
		% within status	47,6%	95,2%	79,4%
Total	Count	21	42	63	
	Expected Count	21,0	42,0	63,0	
	% within status	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	19,385 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	16,586	1	,000		
Likelihood Ratio	18,998	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,077	1	,000		
N of Valid Cases	63				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,485	,000
N of Valid Cases		63	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kompfnfs (ada / tidak ada)	22,000	4,190	115,514
For cohort status = kasus	4,231	2,320	7,716
For cohort status = kontrol	,192	,053	,693
N of Valid Cases	63		

Analisis Berstrata

Komplikasi Hamil * Status * Umur

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komphml * status * umur	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komphml * status * umur Crosstabulation

umur				status		Total
				kasus	kontrol	
<20 />35 thn	komphml	ada	Count	7	2	9
			Expected Count	4,8	4,2	9,0
			% within status	87,5%	28,6%	60,0%
	tidak ada	Count	1	5	6	
		Expected Count	3,2	2,8	6,0	
		% within status	12,5%	71,4%	40,0%	
Total			Count	8	7	15
			Expected Count	8,0	7,0	15,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
20-35 thn	komphml	ada	Count	8	2	10
			Expected Count	2,7	7,3	10,0
			% within status	61,5%	5,7%	20,8%
	tidak ada	Count	5	33	38	
		Expected Count	10,3	27,7	38,0	
		% within status	38,5%	94,3%	79,2%	
Total			Count	13	35	48
			Expected Count	13,0	35,0	48,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

umur		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<20 />35 thn	Pearson Chi-Square	5,402 ^b	1	,020		
	Continuity Correction ^a	3,225	1	,073		
	Likelihood Ratio	5,786	1	,016		
	Fisher's Exact Test				,041	,035
	Linear-by-Linear Association	5,042	1	,025		
	N of Valid Cases	15				
20-35 thn	Pearson Chi-Square	17,911 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	14,686	1	,000		
	Likelihood Ratio	16,472	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	17,538	1	,000		
	N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,80.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

Symmetric Measures

umur		Value	Approx. Sig.
<20 />35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,515	,020
	N of Valid Cases	15	
20-35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,521	,000
	N of Valid Cases	48	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

umur		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<20 />35 thn	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	17,500	1,223	250,357
	For cohort status = kasus	4,667	,754	28,887
	For cohort status = kontrol	,267	,075	,953
	N of Valid Cases	15		
	20-35 thn	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	26,400	4,309
	For cohort status = kasus	6,080	2,538	14,565
	For cohort status = kontrol	,230	,066	,800
	N of Valid Cases	48		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,063	1	,802
Tarone's	,062	1	,803

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	22,821	1	,000
Mantel-Haenszel	19,120	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			22,927
ln(Estimate)			3,132
Std. Error of ln(Estimate)			,767
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,100
		Upper Bound	103,057
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,629
		Upper Bound	4,635

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Hamil * Status * Paritas**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komphtml * status * paritas	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komphtml * status * paritas Crosstabulation

paritas				status		Total
				kasus	kontrol	
1/>4 kali	komphtml	ada	Count	7	3	10
			Expected Count	3,6	6,4	10,0
			% within status	77,8%	18,8%	40,0%
	tidak ada	Count	2	13	15	
		Expected Count	5,4	9,6	15,0	
		% within status	22,2%	81,3%	60,0%	
	Total	Count	9	16	25	
		Expected Count	9,0	16,0	25,0	
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%	
2-4 kali	komphtml	ada	Count	8	1	9
			Expected Count	2,8	6,2	9,0
			% within status	66,7%	3,8%	23,7%
	tidak ada	Count	4	25	29	
		Expected Count	9,2	19,8	29,0	
		% within status	33,3%	96,2%	76,3%	
	Total	Count	12	26	38	
		Expected Count	12,0	26,0	38,0	
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%	



Chi-Square Tests

paritas		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
1/>4 kali	Pearson Chi-Square	8,362 ^b	1	,004		
	Continuity Correction	6,084	1	,014		
	Likelihood Ratio	8,673	1	,003		
	Fisher's Exact Test				,009	,007
	Linear-by-Linear Association	8,028	1	,005		
	N of Valid Cases	25				
2-4 kali	Pearson Chi-Square	17,927 ^c	1	,000		
	Continuity Correction	14,620	1	,000		
	Likelihood Ratio	17,850	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	17,455	1	,000		
	N of Valid Cases	38				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,60.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,84.

Symmetric Measures

paritas		Value	Approx. Sig.
1/>4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,501	,004
	N of Valid Cases	25	
2-4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,566	,000
	N of Valid Cases	38	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

paritas		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
1/>4 kali	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	15,167	2,029	113,346
	For cohort status = kasus	5,250	1,358	20,302
	For cohort status = kontrol	,346	,132	,911
	N of Valid Cases	25		
2-4 kali	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	50,000	4,858	514,643
	For cohort status = kasus	6,444	2,521	16,477
	For cohort status = kontrol	,129	,020	,823
	N of Valid Cases	38		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,586	1	,444
Tarone's	,581	1	,446

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	25,550	1	,000
Mantel-Haenszel	21,905	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			25,787
ln(Estimate)			3,250
Std. Error of ln(Estimate)			,764
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,768
		Upper Bound	115,282
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,752
		Upper Bound	4,747

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Hamil * Status * Jarak Kehamilan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komphml * status * jrkhml	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komphml * status * jrkhml Crosstabulation

jrkhml				status		Total
				kasus	kontrol	
<2 thn	komphml	ada	Count	4	1	5
			Expected Count	1,6	3,4	5,0
			% within status	66,7%	7,7%	26,3%
	tidak ada	Count	2	12	14	
		Expected Count	4,4	9,6	14,0	
		% within status	33,3%	92,3%	73,7%	
Total			Count	6	13	19
			Expected Count	6,0	13,0	19,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
≥2 thn	komphml	ada	Count	11	3	14
			Expected Count	4,8	9,2	14,0
			% within status	73,3%	10,3%	31,8%
	tidak ada	Count	4	26	30	
		Expected Count	10,2	19,8	30,0	
		% within status	26,7%	89,7%	68,2%	
Total			Count	15	29	44
			Expected Count	15,0	29,0	44,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%



Chi-Square Tests

jrkhml		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<2 thn	Pearson Chi-Square	7,363 ^b	1	,007		
	Continuity Correction ^a	4,636	1	,031		
	Likelihood Ratio	7,212	1	,007		
	Fisher's Exact Test				,017	,017
	Linear-by-Linear Association	6,976	1	,008		
	N of Valid Cases	19				
>=2 thn	Pearson Chi-Square	18,081 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	15,294	1	,000		
	Likelihood Ratio	18,355	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	17,670	1	,000		
	N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,77.

Symmetric Measures

jrkhml		Value	Approx. Sig.
<2 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,528	,007
	N of Valid Cases	19	
>=2 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,540	,000
	N of Valid Cases	44	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

jrkhml		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<2 thn	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	24,000	1,689	340,992
	For cohort status = kasus	5,600	1,443	21,729
	For cohort status = kontrol	,233	,040	1,364
	N of Valid Cases	19		
>=2 thn	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	23,833	4,556	124,676
	For cohort status = kasus	5,893	2,273	15,275
	For cohort status = kontrol	,247	,090	,681
	N of Valid Cases	44		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,000	1	,997
Tarone's	,000	1	,997

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	25,433	1	,000
Mantel-Haenszel	21,877	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			23,880
ln(Estimate)			3,173
Std. Error of ln(Estimate)			,716
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,865
		Upper Bound	97,233
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,769
		Upper Bound	4,577

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Hamil * Status * Pemeriksaan Antenatal

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komphml * status * pemante	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komphml * status * pemante Crosstabulation

pemante				status		Total
				kasus	kontrol	
tidak baik	komphml	ada	Count	6	0	6
			Expected Count	5,3	,8	6,0
			% within status	85,7%	,0%	75,0%
	tidak ada	Count	1	1	2	
		Expected Count	1,8	,3	2,0	
		% within status	14,3%	100,0%	25,0%	
Total			Count	7	1	8
			Expected Count	7,0	1,0	8,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
baik	komphml	ada	Count	9	4	13
			Expected Count	3,3	9,7	13,0
			% within status	64,3%	9,8%	23,6%
	tidak ada	Count	5	37	42	
		Expected Count	10,7	31,3	42,0	
		% within status	35,7%	90,2%	76,4%	
Total			Count	14	41	55
			Expected Count	14,0	41,0	55,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%



Chi-Square Tests

pemante		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak baik	Pearson Chi-Square	3,429 ^b	1	,064		
	Continuity Correction ^a	,381	1	,537		
	Likelihood Ratio	3,256	1	,071		
	Fisher's Exact Test				,250	,250
	Linear-by-Linear Association	3,000	1	,083		
	N of Valid Cases	8				
baik	Pearson Chi-Square	17,193 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	14,304	1	,000		
	Likelihood Ratio	15,690	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	16,880	1	,000		
	N of Valid Cases	55				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,31.

Symmetric Measures

pemante			Value	Approx. Sig.
tidak baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,548	,064
	N of Valid Cases		8	
baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,488	,000
	N of Valid Cases		55	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



Risk Estimate

pemante		Value	95% Confidence Interval		
			Lower	Upper	
tidak baik	For cohort status = kasus	2,000	,500	7,997	
	N of Valid Cases		8		
baik	For cohort status = kasus	5,815	2,367	14,289	
	N of Valid Cases		55		
	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)		16,650	3,704	74,852
	For cohort status = kontrol		,349	,153	,795

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,322	1	,570
Tarone's	,322	1	,570

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	20,259	1	,000
Mantel-Haenszel	16,758	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			18,713
ln(Estimate)			2,929
Std. Error of ln(Estimate)			,753
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,275
		Upper Bound	81,901
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,453
		Upper Bound	4,406

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Hamil * Status * Penolong Persalinan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komphml * status * pensln	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komphml * status * pensln Crosstabulation

pensln				status		Total
				kasus	kontrol	
bkn nakes	komphml	ada	Count	5	1	6
			Expected Count	4,0	2,0	6,0
			% within status	62,5%	25,0%	50,0%
	tidak ada	Count	3	3	6	
		Expected Count	4,0	2,0	6,0	
		% within status	37,5%	75,0%	50,0%	
Total			Count	8	4	12
			Expected Count	8,0	4,0	12,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
nakes	komphml	ada	Count	10	3	13
			Expected Count	3,3	9,7	13,0
			% within status	76,9%	7,9%	25,5%
	tidak ada	Count	3	35	38	
		Expected Count	9,7	28,3	38,0	
		% within status	23,1%	92,1%	74,5%	
Total			Count	13	38	51
			Expected Count	13,0	38,0	51,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%



Chi-Square Tests

pensln		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
bkn nakes	Pearson Chi-Square	1,500 ^b	1	,221		
	Continuity Correction ^a	,375	1	,540		
	Likelihood Ratio	1,552	1	,213		
	Fisher's Exact Test				,545	,273
	Linear-by-Linear Association	1,375	1	,241		
	N of Valid Cases	12				
nakes	Pearson Chi-Square	24,301 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	20,802	1	,000		
	Likelihood Ratio	22,865	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	23,825	1	,000		
	N of Valid Cases	51				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,31.

Symmetric Measures

pensln			Value	Approx. Sig.
bkn nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,333	,221
	N of Valid Cases		12	
nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,568	,000
	N of Valid Cases		51	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

pensln		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
bkn nakes	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	5,000	,344	72,767
	For cohort status = kasus	1,667	,694	4,004
	For cohort status = kontrol	,333	,047	2,366
	N of Valid Cases	12		
nakes	Odds Ratio for komphml (ada / tidak ada)	38,889	6,773	223,303
	For cohort status = kasus	9,744	3,160	30,045
	For cohort status = kontrol	,251	,092	,679
	N of Valid Cases	51		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1,688	1	,194
Tarone's	1,586	1	,208

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	23,572	1	,000
Mantel-Haenszel	19,834	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			19,023
ln(Estimate)			2,946
Std. Error of ln(Estimate)			,750
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,377
		Upper Bound	82,677
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,476
		Upper Bound	4,415

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Bersalin * Status * Umur

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status * umur	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status * umur Crosstabulation

umur				status		Total
				kasus	kontrol	
<20/>35 thn	kompsln	ada	Count	7	3	10
			Expected Count	5,3	4,7	10,0
			% within status	87,5%	42,9%	66,7%
	tidak ada	Count	1	4	5	
		Expected Count	2,7	2,3	5,0	
		% within status	12,5%	57,1%	33,3%	
Total			Count	8	7	15
			Expected Count	8,0	7,0	15,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
20-35 thn	kompsln	ada	Count	11	5	16
			Expected Count	4,3	11,7	16,0
			% within status	84,6%	14,3%	33,3%
	tidak ada	Count	2	30	32	
		Expected Count	8,7	23,3	32,0	
		% within status	15,4%	85,7%	66,7%	
Total			Count	13	35	48
			Expected Count	13,0	35,0	48,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%



Chi-Square Tests

umur		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<20/>35 thn	Pearson Chi-Square	3,348 ^b	1	,067		
	Continuity Correction ^a	1,641	1	,200		
	Likelihood Ratio	3,506	1	,061		
	Fisher's Exact Test				,119	,100
	Linear-by-Linear Association	3,125	1	,077		
	N of Valid Cases	15				
20-35 thn	Pearson Chi-Square	21,099 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	18,053	1	,000		
	Likelihood Ratio	21,235	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	20,659	1	,000		
	N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,33.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

Symmetric Measures

umur		Value	Approx. Sig.
<20/>35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,427	,067
	N of Valid Cases	15	
20-35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,553	,000
	N of Valid Cases	48	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

umur		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<20/>35 thn	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	9,333	,711	122,570
	For cohort status = kasus	3,500	,579	21,161
	For cohort status = kontrol	,375	,132	1,064
	N of Valid Cases	15		
	20-35 thn	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	33,000	5,568
	For cohort status = kasus	11,000	2,762	43,810
	For cohort status = kontrol	,333	,160	,693
	N of Valid Cases	48		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,640	1	,424
Tarone's	,626	1	,429

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	23,652	1	,000
Mantel-Haenszel	20,183	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			21,408
ln(Estimate)			3,064
Std. Error of ln(Estimate)			,744
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,977
		Upper Bound	92,081
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,605
		Upper Bound	4,523

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Bersalin * Status * Paritas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status * paritas	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status * paritas Crosstabulation

paritas				status		Total
				kasus	kontrol	
1/>4 kali	kompsln	ada	Count	8	8	16
			Expected Count	5,8	10,2	16,0
			% within status	88,9%	50,0%	64,0%
	tidak ada	Count	1	8	9	
		Expected Count	3,2	5,8	9,0	
		% within status	11,1%	50,0%	36,0%	
Total	Count	9	16	25		
	Expected Count	9,0	16,0	25,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
2-4 kali	kompsln	ada	Count	10	0	10
			Expected Count	3,2	6,8	10,0
			% within status	83,3%	,0%	26,3%
	tidak ada	Count	2	26	28	
		Expected Count	8,8	19,2	28,0	
		% within status	16,7%	100,0%	73,7%	
Total	Count	12	26	38		
	Expected Count	12,0	26,0	38,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

paritas		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
1/>4 kali	Pearson Chi-Square	3,781 ^b	1	,052		
	Continuity Correction	2,281	1	,131		
	Likelihood Ratio	4,211	1	,040		
	Fisher's Exact Test				,088	,062
	Linear-by-Linear Association	3,630	1	,057		
	N of Valid Cases	25				
2-4 kali	Pearson Chi-Square	29,405 ^c	1	,000		
	Continuity Correction	25,264	1	,000		
	Likelihood Ratio	32,988	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	28,631	1	,000		
	N of Valid Cases	38				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,24.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,16.

Symmetric Measures

paritas		Value	Approx. Sig.
1/>4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,362	,052
	N of Valid Cases	25	
2-4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,660	,000
	N of Valid Cases	38	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

paritas		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
1/>4 kali	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	8,000	,803	79,655
	For cohort status = kasus	4,500	,665	30,442
	For cohort status = kontrol	,563	,327	,967
	N of Valid Cases	25		
2-4 kali	For cohort status = kasus	14,000	3,682	53,226
	N of Valid Cases	38		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	4,538	1	,033
Tarone's	3,564	1	,059

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	28,256	1	,000
Mantel-Haenszel	24,408	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			29,382
ln(Estimate)			3,380
Std. Error of ln(Estimate)			,925
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,795
		Upper Bound	180,038
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,568
		Upper Bound	5,193

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Bersalin * Status * Jarak Kehamilan**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status * jrkhm	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status * jrkhml Crosstabulation

jrkhml				status		Total
				kasus	kontrol	
<2 thn	kompsln	ada	Count	5	6	11
			Expected Count	3,5	7,5	11,0
			% within status	83,3%	46,2%	57,9%
	tidak ada	Count	1	7	8	
		Expected Count	2,5	5,5	8,0	
		% within status	16,7%	53,8%	42,1%	
Total	Count	6	13	19		
	Expected Count	6,0	13,0	19,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
>=2 thn	kompsln	ada	Count	13	2	15
			Expected Count	5,1	9,9	15,0
			% within status	86,7%	6,9%	34,1%
	tidak ada	Count	2	27	29	
		Expected Count	9,9	19,1	29,0	
		% within status	13,3%	93,1%	65,9%	
	Total	Count	15	29	44	
		Expected Count	15,0	29,0	44,0	
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%	



Chi-Square Tests

jrkhml		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<2 thn	Pearson Chi-Square	2,328 ^b	1	,127		
	Continuity Correction ^a	1,053	1	,305		
	Likelihood Ratio	2,512	1	,113		
	Fisher's Exact Test				,177	,153
	Linear-by-Linear Association	2,205	1	,138		
	N of Valid Cases	19				
≥2 thn	Pearson Chi-Square	27,998 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	24,561	1	,000		
	Likelihood Ratio	30,128	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	27,362	1	,000		
	N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,53.

c. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,11.

Symmetric Measures

jrkhml			Value	Approx. Sig.
<2 thn	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,330	,127
	N of Valid Cases		19	
≥2 thn	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,624	,000
	N of Valid Cases		44	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

jrkhml		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<2 thn	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	5,833	,525	64,823
	For cohort status = kasus	3,636	,520	25,414
	For cohort status = kontrol	,623	,342	1,136
	N of Valid Cases	19		
≥2 thn	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	87,750	11,088	694,451
	For cohort status = kasus	12,567	3,252	48,568
	For cohort status = kontrol	,143	,039	,522
	N of Valid Cases	44		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	3,072	1	,080
Tarone's	2,676	1	,102

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	27,497	1	,000
Mantel-Haenszel	23,859	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			24,144
ln(Estimate)			3,184
Std. Error of ln(Estimate)			,795
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,087
		Upper Bound	114,600
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,627
		Upper Bound	4,741

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Bersalin * Status * Pemeriksaan Antenatal

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status * pemante	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status * pemante Crosstabulation

pemante				status		Total
				kasus	kontrol	
tidak baik	kompsln	ada	Count	6	0	6
			Expected Count	5,3	,8	6,0
			% within status	85,7%	,0%	75,0%
	tidak ada	Count	1	1	2	
		Expected Count	1,8	,3	2,0	
		% within status	14,3%	100,0%	25,0%	
Total			Count	7	1	8
			Expected Count	7,0	1,0	8,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%
baik	kompsln	ada	Count	12	8	20
			Expected Count	5,1	14,9	20,0
			% within status	85,7%	19,5%	36,4%
	tidak ada	Count	2	33	35	
		Expected Count	8,9	26,1	35,0	
		% within status	14,3%	80,5%	63,6%	
Total			Count	14	41	55
			Expected Count	14,0	41,0	55,0
			% within status	100,0%	100,0%	100,0%



Chi-Square Tests

pemante		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak baik	Pearson Chi-Square	3,429 ^b	1	,064		
	Continuity Correction ^a	,381	1	,537		
	Likelihood Ratio	3,256	1	,071		
	Fisher's Exact Test				,250	,250
	Linear-by-Linear Association	3,000	1	,083		
	N of Valid Cases	8				
baik	Pearson Chi-Square	19,766 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	17,009	1	,000		
	Likelihood Ratio	20,147	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	19,407	1	,000		
	N of Valid Cases	55				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

c. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,09.

Symmetric Measures

pemante			Value	Approx. Sig.
tidak baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,548	,064
	N of Valid Cases		8	
baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,514	,000
	N of Valid Cases		55	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

pemante		Value	95% Confidence Interval		
			Lower	Upper	
tidak baik	For cohort status = kasus	2,000	,500	7,997	
	N of Valid Cases		8		
baik	For cohort status = kasus	10,500	2,609	42,261	
	N of Valid Cases		55		
	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)		24,750	4,592	133,393
	For cohort status = kontrol		,424	,247	,730

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,224	1	,636
Tarone's	,223	1	,637

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	22,745	1	,000
Mantel-Haenszel	19,361	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			27,328
ln(Estimate)			3,308
Std. Error of ln(Estimate)			,848
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,186
		Upper Bound	144,011
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,646
		Upper Bound	4,970

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Bersalin * Status * Penolong Persalinan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompsln * status * pensln	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompsln * status * pensln Crosstabulation

pensln				status		Total
				kasus	kontrol	
bkn nakes	kompsln	ada	Count	5	1	6
			Expected Count	4,0	2,0	6,0
			% within status	62,5%	25,0%	50,0%
	tidak ada	Count	3	3	6	
		Expected Count	4,0	2,0	6,0	
		% within status	37,5%	75,0%	50,0%	
Total	Count	8	4	12		
	Expected Count	8,0	4,0	12,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
nakes	kompsln	ada	Count	13	7	20
			Expected Count	5,1	14,9	20,0
			% within status	100,0%	18,4%	39,2%
	tidak ada	Count	0	31	31	
		Expected Count	7,9	23,1	31,0	
		% within status	,0%	81,6%	60,8%	
Total	Count	13	38	51		
	Expected Count	13,0	38,0	51,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

pensln		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
bkn nakes	Pearson Chi-Square	1,500 ^b	1	,221		
	Continuity Correction ^a	,375	1	,540		
	Likelihood Ratio	1,552	1	,213		
	Fisher's Exact Test				,545	,273
	Linear-by-Linear Association	1,375	1	,241		
	N of Valid Cases	12				
nakes	Pearson Chi-Square	27,043 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	23,729	1	,000		
	Likelihood Ratio	32,003	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	26,513	1	,000		
	N of Valid Cases	51				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

c. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,10.

Symmetric Measures

pensln			Value	Approx. Sig.
bkn nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,333	,221
	N of Valid Cases		12	
nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,589	,000
	N of Valid Cases		51	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

pensln		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
bkn nakes	Odds Ratio for kompsln (ada / tidak ada)	5,000	,344	72,767
	For cohort status = kasus	1,667	,694	4,004
	For cohort status = kontrol	,333	,047	2,366
	N of Valid Cases	12		
nakes	For cohort status = kontrol	,350	,193	,636
	N of Valid Cases	51		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	4,108	1	,043
Tarone's	3,938	1	,047

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	26,632	1	,000
Mantel-Haenszel	22,902	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			36,608
ln(Estimate)			3,600
Std. Error of ln(Estimate)			1,038
Asymp. Sig. (2-sided)			,001
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,789
		Upper Bound	279,815
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,566
		Upper Bound	5,634

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Nifas * Status * Umur**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompnfs * status * umur	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompnfs * status * umur Crosstabulation

umur				status		Total
				kasus	kontrol	
<20/>35 thn	kompnfs	ada	Count	1	1	2
			Expected Count	1,1	,9	2,0
			% within status	12,5%	14,3%	13,3%
	tidak ada	Count	7	6	13	
		Expected Count	6,9	6,1	13,0	
		% within status	87,5%	85,7%	86,7%	
Total	Count	8	7	15		
	Expected Count	8,0	7,0	15,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
20-35 thn	kompnfs	ada	Count	10	1	11
			Expected Count	3,0	8,0	11,0
			% within status	76,9%	2,9%	22,9%
	tidak ada	Count	3	34	37	
		Expected Count	10,0	27,0	37,0	
		% within status	23,1%	97,1%	77,1%	
Total	Count	13	35	48		
	Expected Count	13,0	35,0	48,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

umur		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<20/>35 thn	Pearson Chi-Square	,010 ^b	1	,919		
	Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
	Likelihood Ratio	,010	1	,919		
	Fisher's Exact Test				1,000	,733
	Linear-by-Linear Association	,010	1	,922		
	N of Valid Cases	15				
20-35 thn	Pearson Chi-Square	29,437 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	25,394	1	,000		
	Likelihood Ratio	28,547	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	28,824	1	,000		
	N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,93.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,98.

Symmetric Measures

umur		Value	Approx. Sig.
<20/>35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,026	,919
	N of Valid Cases	15	
20-35 thn	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,617	,000
	N of Valid Cases	48	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

umur		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<20/>35 thn	Odds Ratio for kompnfs (ada / tidak ada)	,857	,044	16,851
	For cohort status = kasus	,929	,213	4,057
	For cohort status = kontrol	1,083	,240	4,880
	N of Valid Cases	15		
	20-35 thn	Odds Ratio for kompnfs (ada / tidak ada)	113,333	10,590
	For cohort status = kasus	11,212	3,730	33,707
	For cohort status = kontrol	,099	,015	,643
	N of Valid Cases	48		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	9,011	1	,003
Tarone's	7,783	1	,005

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	22,964	1	,000
Mantel-Haenszel	19,176	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			14,142
ln(Estimate)			2,649
Std. Error of ln(Estimate)			,806
Asymp. Sig. (2-sided)			,001
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	2,914
		Upper Bound	68,632
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,069
		Upper Bound	4,229

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Nifas * Status * Paritas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompnfs * status * paritas	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompnfs * status * paritas Crosstabulation

paritas				status		Total
				kasus	kontrol	
1/>4 kali	kompnfs	ada	Count	3	2	5
			Expected Count	1,8	3,2	5,0
			% within status	33,3%	12,5%	20,0%
	tidak ada	Count	6	14	20	
		Expected Count	7,2	12,8	20,0	
		% within status	66,7%	87,5%	80,0%	
Total	Count	9	16	25		
	Expected Count	9,0	16,0	25,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
2-4 kali	kompnfs	ada	Count	8	0	8
			Expected Count	2,5	5,5	8,0
			% within status	66,7%	,0%	21,1%
	tidak ada	Count	4	26	30	
		Expected Count	9,5	20,5	30,0	
		% within status	33,3%	100,0%	78,9%	
Total	Count	12	26	38		
	Expected Count	12,0	26,0	38,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

paritas		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
1/>4 kali	Pearson Chi-Square	1,562 ^b	1	,211		
	Continuity Correction	,532	1	,466		
	Likelihood Ratio	1,506	1	,220		
	Fisher's Exact Test				,312	,230
	Linear-by-Linear Association	1,500	1	,221		
	N of Valid Cases	25				
2-4 kali	Pearson Chi-Square	21,956 ^c	1	,000		
	Continuity Correction	18,128	1	,000		
	Likelihood Ratio	23,837	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	21,378	1	,000		
	N of Valid Cases	38				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,80.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,53.

Symmetric Measures

paritas		Value	Approx. Sig.
1/>4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,243	,211
	N of Valid Cases	25	
2-4 kali	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,605	,000
	N of Valid Cases	38	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

paritas		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
1/>4 kali	Odds Ratio for komprns (ada / tidak ada)	3,500	,460	26,616
	For cohort status = kasus	2,000	,751	5,329
	For cohort status = kontrol	,571	,188	1,736
	N of Valid Cases	25		
2-4 kali	For cohort status = kasus	7,500	3,012	18,676
	N of Valid Cases	38		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	5,083	1	,024
Tarone's	4,847	1	,028

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	19,481	1	,000
Mantel-Haenszel	16,140	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			14,904
ln(Estimate)			2,702
Std. Error of ln(Estimate)			,776
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	3,257
		Upper Bound	68,195
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,181
		Upper Bound	4,222

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Nifas * Status * Jarak Kehamilan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompnfs * status * jrkhml	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompnfs * status * jrkhml Crosstabulation

jrkhml				status		Total
				kasus	kontrol	
<2 thn	kompnfs	ada	Count	4	2	6
			Expected Count	1,9	4,1	6,0
			% within status	66,7%	15,4%	31,6%
	tidak ada	Count	2	11	13	
		Expected Count	4,1	8,9	13,0	
		% within status	33,3%	84,6%	68,4%	
	Total	Count	6	13	19	
		Expected Count	6,0	13,0	19,0	
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%	
>=2 thn	kompnfs	ada	Count	7	0	7
			Expected Count	2,4	4,6	7,0
			% within status	46,7%	,0%	15,9%
	tidak ada	Count	8	29	37	
		Expected Count	12,6	24,4	37,0	
		% within status	53,3%	100,0%	84,1%	
	Total	Count	15	29	44	
		Expected Count	15,0	29,0	44,0	
		% within status	100,0%	100,0%	100,0%	



Chi-Square Tests

jrkhtml		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<2 thn	Pearson Chi-Square	4,997 ^b	1	,025		
	Continuity Correction ^a	2,905	1	,088		
	Likelihood Ratio	4,898	1	,027		
	Fisher's Exact Test				,046	,046
	Linear-by-Linear Association	4,734	1	,030		
	N of Valid Cases	19				
>=2 thn	Pearson Chi-Square	16,094 ^c	1	,000		
	Continuity Correction ^a	12,794	1	,000		
	Likelihood Ratio	17,830	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	15,728	1	,000		
	N of Valid Cases	44				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,89.

c. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,39.

Symmetric Measures

jrkhtml			Value	Approx. Sig.
<2 thn	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,456	,025
	N of Valid Cases		19	
>=2 thn	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,518	,000
	N of Valid Cases		44	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

jrkhtml		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
<2 thn	Odds Ratio for kompnfs (ada / tidak ada)	11,000	1,137	106,430
	For cohort status = kasus	4,333	1,074	17,481
	For cohort status = kontrol	,394	,124	1,250
	N of Valid Cases	19		
>=2 thn	For cohort status = kasus	4,625	2,504	8,542
	N of Valid Cases	44		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	1,679	1	,195
Tarone's	1,674	1	,196

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	20,431	1	,000
Mantel-Haenszel	16,891	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			32,915
ln(Estimate)			3,494
Std. Error of ln(Estimate)			1,034
Asymp. Sig. (2-sided)			,001
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	4,334
		Upper Bound	249,945
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,467
		Upper Bound	5,521

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Nifas * Status * Pemeriksaan Antenatal

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kompnfs * status * pemante	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

kompnfs * status * pemante Crosstabulation

pemante				status		Total
				kasus	kontrol	
tidak baik	kompnfs	ada	Count	2	0	2
			Expected Count	1,8	,3	2,0
			% within status	28,6%	,0%	25,0%
	tidak ada	Count	5	1	6	
		Expected Count	5,3	,8	6,0	
		% within status	71,4%	100,0%	75,0%	
Total	Count	7	1	8		
	Expected Count	7,0	1,0	8,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
baik	kompnfs	ada	Count	9	2	11
			Expected Count	2,8	8,2	11,0
			% within status	64,3%	4,9%	20,0%
	tidak ada	Count	5	39	44	
		Expected Count	11,2	32,8	44,0	
		% within status	35,7%	95,1%	80,0%	
Total	Count	14	41	55		
	Expected Count	14,0	41,0	55,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

pemante		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
tidak baik	Pearson Chi-Square	,381 ^b	1	,537		
	Continuity Correction	,000	1	1,000		
	Likelihood Ratio	,622	1	,430		
	Fisher's Exact Test				1,000	,750
	Linear-by-Linear Association	,333	1	,564		
	N of Valid Cases	8				
baik	Pearson Chi-Square	23,020 ^c	1	,000		
	Continuity Correction	19,457	1	,000		
	Likelihood Ratio	20,813	1	,000		
	Fisher's Exact Test				,000	,000
	Linear-by-Linear Association	22,602	1	,000		
	N of Valid Cases	55				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,80.

Symmetric Measures

pemante			Value	Approx. Sig.
tidak baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,213	,537
	N of Valid Cases		8	
baik	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,543	,000
	N of Valid Cases		55	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

pemante		Value	95% Confidence Interval		
			Lower	Upper	
tidak baik	For cohort status = kasus	1,200	,839	1,716	
	N of Valid Cases		8		
baik	For cohort status = kasus	7,200	3,014	17,202	
	N of Valid Cases		55		
	Odds Ratio for komprns (ada / tidak ada)		35,100	5,844	210,832
	For cohort status = kontrol		,205	,058	,722

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,013	1	,910
Tarone's	,012	1	,914

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	22,685	1	,000
Mantel-Haenszel	18,749	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			36,475
ln(Estimate)			3,597
Std. Error of ln(Estimate)			,939
Asymp. Sig. (2-sided)			,000
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	5,790
		Upper Bound	229,774
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,756
		Upper Bound	5,437

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



Komplikasi Nifas * Status * Penolong Persalinan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
komprnfs * status * pensln	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

komprnfs * status * pensln Crosstabulation

pensln				status		Total
				kasus	kontrol	
bkn nakes	komprnfs	ada	Count	5	0	5
			Expected Count	3,3	1,7	5,0
			% within status	62,5%	,0%	41,7%
	tidak ada	Count	3	4	7	
		Expected Count	4,7	2,3	7,0	
		% within status	37,5%	100,0%	58,3%	
Total	Count	8	4	12		
	Expected Count	8,0	4,0	12,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		
nakes	komprnfs	ada	Count	6	2	8
			Expected Count	2,0	6,0	8,0
			% within status	46,2%	5,3%	15,7%
	tidak ada	Count	7	36	43	
		Expected Count	11,0	32,0	43,0	
		% within status	53,8%	94,7%	84,3%	
Total	Count	13	38	51		
	Expected Count	13,0	38,0	51,0		
	% within status	100,0%	100,0%	100,0%		



Chi-Square Tests

pensln		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
bkn nakes	Pearson Chi-Square	4,286 ^b	1	,038	,081	,071
	Continuity Correction	2,100	1	,147		
	Likelihood Ratio	5,716	1	,017		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	3,929	1	,047		
	N of Valid Cases	12				
nakes	Pearson Chi-Square	12,246 ^c	1	,000	,002	,002
	Continuity Correction	9,349	1	,002		
	Likelihood Ratio	10,697	1	,001		
	Fisher's Exact Test					
	Linear-by-Linear Association	12,006	1	,001		
	N of Valid Cases	51				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

c. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Symmetric Measures

pensln			Value	Approx. Sig.
bkn nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,513	,038
	N of Valid Cases		12	
nakes	Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,440	,000
	N of Valid Cases		51	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Risk Estimate

pensln		Value	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
bkn nakes	For cohort status = kasus	2,333	,992	5,489
	N of Valid Cases			
nakes	For cohort status = kasus	4,607	2,097	10,122
	N of Valid Cases			
	Odds Ratio for kompnfs (ada / tidak ada)	15,429	2,567	92,728
	For cohort status = kontrol	,299	,089	,999

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	,437	1	,509
Tarone's	,426	1	,514

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	16,415	1	,000
Mantel-Haenszel	13,056	1	,000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			21,500
ln(Estimate)			3,068
Std. Error of ln(Estimate)			,905
Asymp. Sig. (2-sided)			,001
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	3,651
		Upper Bound	126,621
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1,295
		Upper Bound	4,841

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.



DOKUMENTASI



Dokumentasi 1
Guide Kuesioner tentang Kematian Maternal (Kontrol)



Dokumentasi 2
Guide Kuesioner tentang Kematian Maternal (Kasus)

