



**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEMATIAN NEONATAL DINI USIA
0 SAMPAI 7 HARI**

(Studi Kasus di 4 Puskesmas Kabupaten Banjarnegara)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Iva Budiati
NIM. 6411411004
UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

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

2016

ABSTRAK

Iva Budiati

Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari (Studi Kasus di 4 Puskesmas Kabupaten Banjarnegara)

XVII + 137 halaman + 35 tabel + 3 gambar + 16 lampiran

Latar Belakang: Kematian neonatal dini adalah kematian bayi yang terjadi pada usia 0 sampai 7 hari setelah lahir. Tahun 2014 jumlah kematian neonatal dini di Kabupaten Banjarnegara ada 120 kasus (7,4 per 1.000 KH) dari 204 kasus kematian bayi (12,6 per 1.000 KH), dan tahun 2015 dari bulan Januari sampai November ada 100 kasus kematian neonatal dini dari 182 kasus kematian bayi. Tujuan Penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari.

Metode: Jenis penelitian adalah studi *case control*, dilengkapi kajian kualitatif dengan wawancara mendalam. Jumlah sampel 31 kasus dan 31 kontrol dengan teknik *purposive sampling*. Data dianalisis dengan menggunakan uji *chi square*, dan kajian kualitatif disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil: Penelitian menunjukkan pernikahan dini ($p=0,001$; $OR=7,576$; 95% $CI=2,386-24,058$), status pekerjaan ($p=0,007$; $OR=5,547$; 95% $CI=1,690-18,203$), komplikasi kehamilan ($p=0,0001$; $OR=8,381$; 95% $CI=2,668-26,328$), status gizi ibu hamil ($p=0,005$; $OR=5,227$; 95% $CI=1,757-15,550$), umur kehamilan ($p=0,042$; $OR=4,263$; 95% $CI=1,192-15,252$), berat lahir rendah ($p=0,0001$; $OR=11,333$; 95% $CI=2,837-45,272$), asfiksia ($p=0,002$; $OR=6,234$; 95% $CI=2,038-19,069$) dan jarak rumah menuju fasilitas kesehatan terdekat ($p=0,004$; $OR=6,314$; 95% $CI=1,921-20,758$) berhubungan dengan kematian neonatal dini. Disarankan tidak melakukan pernikahan dini, menjaga asupan gizi selama hamil dan memeriksakan kehamilan sedini mungkin.

Kata kunci : Kematian, Neonatal Dini Usia 0-7 Hari.

Kepustakaan : 56 (1989-2016)

ABSTRACT

Iva Budiati

Factors Related to Early Neonatal Death on 0 to 7 Days Old (Case Study in 4 Public Health Center at Banjarnegara District)

XVII+ 137 pages + 35 tables + 3 images + 16 attachments

Background: Early neonatal death is the infant mortality that occurred in the age of 0 to 7 days after birth. In 2014 the number of early neonatal death at Banjarnegara District was 120 cases (7,4 per 1.000 live birth) from 204 cases of infant mortality (12,6 per 1.000 live birth), and from January to November 2015 there were 100 cases early neonatal death from 182 cases of infant mortality. The purpose of this research was carried out to identify factors related to early neonatal death.

Method: This type of research was a *case control* study, completed a qualitative study with indepth interview. Number of sample were 31 cases and 31 controls by using purposive sampling. Data were analyzed by *chi square* test, and qualitative study presented in narrative form.

Result: The results showed that early marriage ($p=0,001$; $OR=7,576$; 95% $CI=2,386-24,058$), occupation status ($p=0,007$; $OR=5,547$; 95% $CI=1,690-18,203$), pregnancy complication ($p=0,0001$; $OR=8,381$; 95% $CI=2,668-26,328$), nutritional status of pregnant women ($p=0,005$; $OR = 5,227$; 95% $CI=1,757-15,550$), gestational age ($p=0,042$; $OR=4,263$; 95% $CI=1,192-15,252$), low weight birth ($p=0,0001$; $OR=11,333$; 95% $CI=2,837-45,272$), asphyxia ($p=0,002$; $OR=6,234$; 95% $CI=2,038-19,069$) and the nearest distance to health facilities ($p=0,004$; $OR=6,314$; 95% $CI=1,921-20,758$) related to early neonatal death. This research recommended not to do early marriage, keep nutrition during pregnancy, and check the pregnancy as early as possible.

Keywords: Death, Early Neonatal Age 0 to 7 Days.

Literature: 56 (1989-2016)

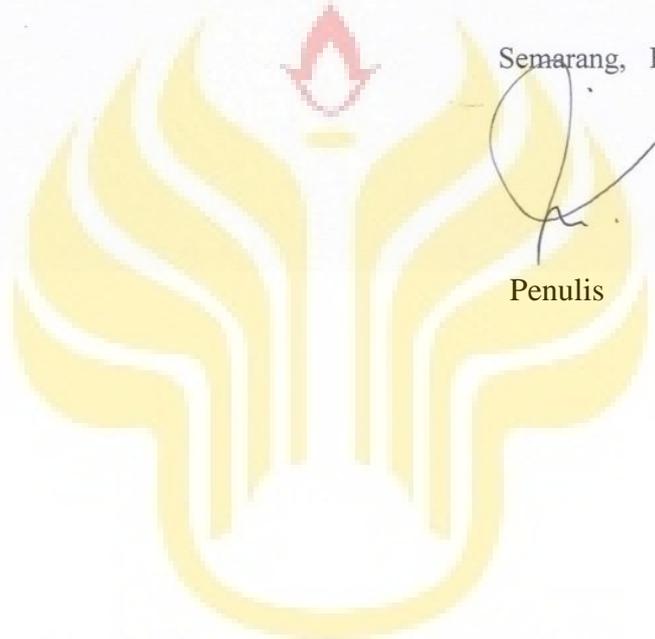
PERNYATAAN

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

Semarang, Februari 2016



Penulis



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Iva Budiati, NIM : 6411411004, dengan judul **"Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari (Studi di 4 Puskesmas Kabupaten Banjarnegara)"**

Pada hari : Senin
Tanggal : 14 Maret 2016

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,



Prof. Dr. Vandivo Rahayu., M.Pd
NIP. 596103201984032001

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

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

1. dr. Mahalul Azam., M.Kes
NIP. 197511192001121001

11 / 4 / 2016

Anggota Penguji

2. Izwan Budiono., S.KM, M.Kes (Epid)
NIP. 197512172005011003

13 - 4 - 2016

Anggota Penguji

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

7 / 4 / 2016

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

1. ALLAH tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Ia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya dan ia mendapat siksa (dari kejahatan) yang dikerjakannya (QS.Al-Baqarah 2 : 286).
2. Hanya seseorang yang menyerah yang akan kalah. Tidak ada kesulitan yang lebih kuat dari pada ketekunan dan kegigihan. Seseorang akan menang dengan hati yang sabar untuk menjadi wadah bagi kegigihannya (Mario Teguh).
3. Peluang keberhasilan selalu ada disaat kamu gagal dan tidak menyerah untuk terus mencobanya kembali (Penulis).

PERSEMBAHAN :

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orangtuaku (Ayahanda Cahyono dan Ibunda Wagirah) atas segala perjuangan, doa, dukungan, dan kasih sayang yang diberikan kepadaku
2. Adik tersayang, Fely Prastiya
3. Almamater UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah, serta inayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari (Studi Kasus di 4 Puskesmas Kabupaten Banjarnegara)”** dapat penulis selesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya.
2. Rektor Universitas Negeri Semarang Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum., yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan studi di UNNES.
3. Dekan FIK Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., yang telah memberi ijin untuk melaksanakan penelitian.
4. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran dalam penyusunan skripsi.
5. Drs. Sugiharto, M.Kes., selaku dosen wali yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis selama kuliah.

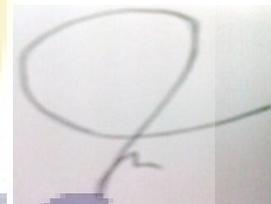
6. dr.Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid), selaku dosen pembimbing skripsi yang penuh kesabaran dalam membimbing, memberikan masukan, arahan serta motivasi kepada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai.
7. dr.Mahalul Azam, M.Kes selaku dosen penguji I skripsi, yang telah memberikan saran dan masukkan dalam perbaikan skripsi ini.
8. Irwan Budiono, S.KM.,M.Kes (Epid) selaku dosen penguji II skripsi, yang telah memberikan saran dan masukkan dalam perbaikan skripsi ini.
9. Seluruh dosen dan staff Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara yang telah memberikan ijin pengambilan data dan ijin penelitian.
11. Kepala Puskesmas di Kabupaten Banjarnegara, bagian KIA beserta staff yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data dan ijin penelitian di wilayah kerjanya.
12. Seluruh keluarga terutama kedua orang tua (ayah Cahyono dan Ibu Wagirah) serta adik tersayang (Fely Prastiya) atas motivasi, kasih sayang, doa serta dukungan yang tiada henti diberikan untuk keberhasilan penulis.
13. Sahabat saya, Dewi Atika, Charisma Puspita Sari, Niken Susanti, Irma Damayanti dan Masrurotul Khotimah yang selalu mendukung, memberikan semangat, motivasi dan membantu saya.
14. Semua teman - teman Kos Wisma Anjani atas kebersamaan dan keceriaan selama ini.

15. Teman - teman seperjuangan IKM angkatan 2011 yang telah memberikan semangat selama saya menjalani kuliah.

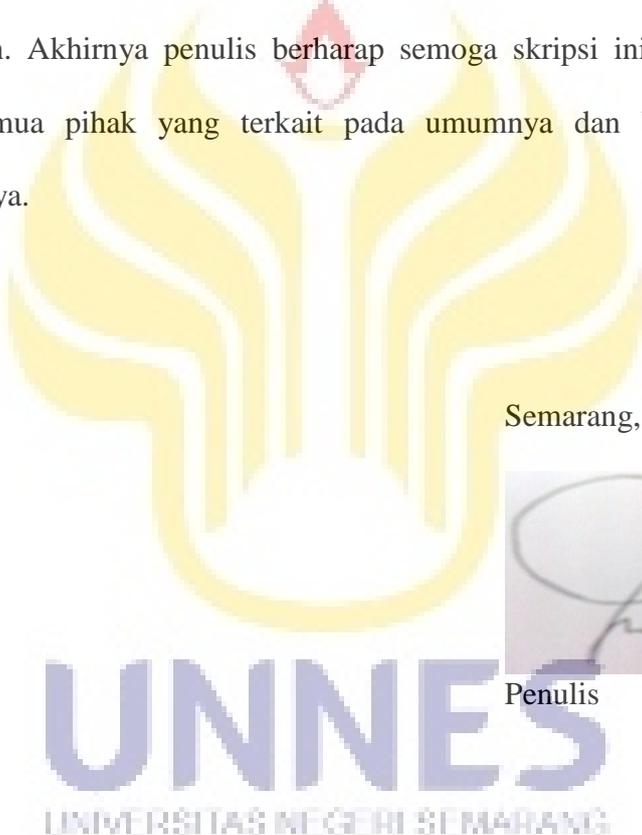
16. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga masukan, kritik, dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terkait pada umumnya dan bagi penulis pada khususnya.

Semarang, Februari 2016



Penulis



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PENGESAHAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.1 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.5 Keaslian Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13

2.1 Landasan Teori.....	13
2.1.1 Pengertian Neonatal	13
2.1.2 Kematian Neonatal Dini.....	14
2.1.3 Penyebab Kematian Neonatal Secara Umum	14
2.1.4 Upaya Pencegahan Kematian Neonatal	17
2.1.5 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini (<i>Early Neonatal Death</i>) Usia 0 Sampai 7 hari	21
2.2 Kerangka Teori.....	43
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	45
3.1 Kerangka Konsep	45
3.2 Variabel Penelitian	47
3.2.1 Variabel Bebas	47
3.2.1 Variabel Terikat	47
3.3 Hipotesis Penelitian.....	47
3.4 Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel	49
3.5 Jenis Dan Rancangan Penelitian	53
3.5.1 Jenis Penelitian.....	53
3.5.2 Rancangan Penelitian	54
3.6 Populasi Dan Sampel Penelitian	55
3.6.1 Populasi Penelitian.....	55
3.6.1.1 Populasi Kasus	55
3.6.1.2 Populasi Kontrol	55
3.6.2 Sampel Penelitian.....	55

3.6.2.1 Sampel Kasus Penelitian	55
3.6.2.2 Sampel Kontrol Penelitian	56
3.6.2.3 Kriteria Inklusi	56
3.6.2.4 Kriteria Eksklusi.....	57
3.6.2.5 Teknik Pemilihan Sampel	57
3.6.2.6 Teknik Perhitungan Sampel	57
3.7 Sumber Data Penelitian.....	59
3.7.1 Data Primer	59
3.7.1 Data Sekunder	60
3.8 Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data	60
3.8.1 Instrumen Penelitian.....	60
3.8.1.1 Kuesioner	60
3.8.2 Teknik Pengambilan Data	60
3.8.2.1 Wawancara Dengan Kuesioner	60
3.8.2.2 Dokumentasi	61
3.9 Prosedur Penelitian.....	61
3.10 Teknik Pengolahan Data Dan Analisis Data.....	62
3.10.1 Teknik Pengolahan Data	62
3.10.2 Analisis Data	63
3.10.2.1 Analisis Univariat.....	63
3.10.2.2 Analisis Bivariat.....	64
3.10.2.3 Analisis Kualitatif	65
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	66

4.1 Gambaran Umum Likasi Penelitian	66
4.2 Hasil Penelitian	70
4.2.1 Analisis Univariat.....	70
4.2.2 Analisis Bivariat.....	78
4.3 Rekapitulasi Analisis Bivariat.....	94
BAB V PEMBAHASAN	96
5.1 Analisis Hasil Penelitian	96
5.1.1 Analisis Bivariat.....	96
5.1.2 Analisis Kualitatif	115
5.1.2.1 Analisis Kualitatif Mengenai Pernikahan Dini pada Kelompok Kasus.....	117
5.1.2.2 Analisis Kualitatif Mengenai Pernikahan Dini pada Kelompok Kontrol	118
5.1.2.3 Analisis Kualitatif Mengenai Kronologi Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	119
5.1.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	128
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	129
6.1 Simpulan	129
6.1.1 Simpulan Analisis Bivariat	129
6.1.2 Simpulan Analisis Kualitatif	130
6.2 Saran.....	132
DAFTAR PUSTAKA	133
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Kasus Kematian Bayi di Kabupaten Banjarnegara	4
Tabel 1.2 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1 Skor Apgar	39
Tabel 3.1 Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel	49
Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur di Kabupaten Banjarnegara.....	67
Tabel 4.2 Jumlah Tenaga Medis di Semua Puskesmas Kabupaten Banjarnegara	68
Tabel 4.3 Distribusi Jenis Kelamin Bayi yang dilahirkan oleh Responden	70
Tabel 4.4 Distribusi Pendidikan Responden	71
Tabel 4.5 Distribusi Pernikahan Dini.....	71
Tabel 4.6 Distribusi Status Pekerjaan Responden	72
Tabel 4.7 Distribusi Riwayat Penggunaan KB	72
Tabel 4.8 Distribusi Umur Ibu Melahirkan.....	73
Tabel 4.9 Distribusi Komplikasi Kehamilan.....	73
Tabel 4.10 Distribusi Status Gizi Ibu Hamil.....	74
Tabel 4.11 Distribusi Paritas.....	74
Tabel 4.12 Distribusi Umur Kehamilan.....	75
Tabel 4.13 Distribusi Berat Bayi Lahir	75
Tabel 4.14 Distribusi Asfiksia	76
Tabel 4.15 Distribusi Penolong Persalinan	76
Tabel 4.16 Distribusi Jarak Rumah Menuju Yankes	77
Tabel 4.17 Penyebab Kematian Neonatal Dini Usia 0-7 Hari Tahun 2014 - 2015 sebelum penelitian dilakukan.....	77

Tabel 4.18 <i>Crosstab</i> Hubungan Pendidikan Ibu dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	78
Tabel 4.19 <i>Crosstab</i> Hubungan Pernikahan Dini dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	79
Tabel 4.20 <i>Crosstab</i> Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	81
Tabel 4.21 <i>Crosstab</i> Hubungan Riwayat Penggunaan KB dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	82
Tabel 4.22 <i>Crosstab</i> Hubungan Umur Ibu Melahirkan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	83
Tabel 4.23 <i>Crosstab</i> Hubungan Komplikasi Kehamilan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	85
Tabel 4.24 <i>Crosstab</i> Hubungan Status Gizi Ibu Hamil dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	86
Tabel 4.25 <i>Crosstab</i> Hubungan Paritas dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	87
Tabel 4.26 <i>Crosstab</i> Hubungan Umur Kehamilan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	88
Tabel 4.27 <i>Crosstab</i> Hubungan Berat Bayi Lahir dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	90
Tabel 4.28 <i>Crosstab</i> Hubungan Asfiksia dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	91
Tabel 4.29 <i>Crosstab</i> Hubungan Penolong Persalinan dengan Kematian Neonatal Usia 0 Sampai 7 Hari	92
Tabel 4.30 <i>Crosstab</i> Hubungan Jarak Rumah Menuju Yankes dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	93
Tabel 4.31 Hasil Tabulasi Silang Mengenai Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini Usia 0 Sampai 7 Hari	95

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	44
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	46
Gambar 3.2 Skema Rancangan <i>Case Control</i>	54



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi	138
Lampiran 2. <i>Ethical Clearance</i>	139
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Jurusan.....	140
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpolimas Banjarnegara...	141
Lampiran 5. Surat Rekomendasi BAPPEDA Banjarnegara	143
Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Banjarnegara...	144
Lampiran 7. Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian	145
Lampiran 8. Kuesioner Penelitian.....	146
Lampiran 9. Draft Wawancara Mendalam.....	151
Lampiran 10. Data Responden Penelitian.....	153
Lampiran 11. Persetujuan Responden Kasus Mengikuti Penelitian	155
Lampiran 12. Persetujuan Responden Kontrol Mengikuti Penelitian.....	157
Lampiran 13. Data Mentah Hasil Penelitian	159
Lampiran 14. Hasil Analisis Univariat.....	163
Lampiran 15. Hasil Analisis Bivariat.....	166
Lampiran 16. Dokumentasi Penelitian.....	179

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kesejahteraan suatu bangsa yang mencerminkan tingkat masalah kesehatan masyarakat serta merupakan indikator yang lazim digunakan sebagai indeks pembangunan ekonomi, indikator kualitas hidup, dan komponen utama penentu angka harapan hidup suatu masyarakat (Ensor et al, 2010 :1). Derajat kesehatan pada anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab mereka sebagai generasi penerus memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa (Hidayat dalam Diah Utari 2012 :1). Oleh karena itu, *World Health Organization* (WHO) menetapkan kematian anak menjadi target ke-4 *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu menurunkan 2/3 kematian anak di bawah usia 5 tahun antara tahun 1990-2015 (WHO, 2010).

Komponen penting dari kematian bayi adalah kematian neonatal yang masih menjadi tantangan dan masalah di setiap negara dan ancaman utama bagi pencapaian MDGs (AH Diallo,et al, 2012:1). Meskipun angkanya berhasil diturunkan tetapi dibandingkan laju penurunan kematian balita, laju kematian bayi lebih lambat dengan penyumbang kematian lebih besar (70%) terutama pada bulan pertama kelahiran. Laporan MDGs 2015 menyebutkan bahwa dari 6 juta anak dibawah usia 5 tahun, sekitar 2,8 juta diantaranya meninggal pada periode neonatal dengan peningkatan proporsi untuk setiap wilayah di dunia. Sehingga

untuk mencapai target yang diinginkan masalah kematian bayi termasuk kematian neonatal masih menjadi fokus tujuan pembangunan kedepan bagi banyak negara terutama negara berkembang (MDGs Report, 2015: 32-37)

Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah kematian bayi di bawah usia 28 hari per 1.000 kelahiran hidup pada periode tertentu (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2012 : 119). Kematian neonatal dibagi menjadi kematian neonatal dini dan kematian neonatal lanjut. Kematian neonatal dini terjadi pada periode 7 hari pertama kehidupannya (masa perinatal) dan kematian neonatal lanjut terjadi setelah 7 hari dan berakhir sampai 28 hari (Elisabeth Siwi Walyani, 2015 : 132).

Menurut (Depkes, 2010) penyebab kematian neonatal yang disebabkan oleh prematuritas serta BBLR adalah sebesar 34%, asfiksia 37%, sepsis 12%, hipotermi 7%, kelainan darah atau ikterus 6%, post matur 3%, dan kelainan kongenital sebesar 1%.

Carine Ronsmans (1996) dalam Noor Latifah (2012) menjelaskan bahwa determinan kematian bayi pada usia satu minggu pertama kelahirannya disebabkan oleh faktor sosial ekonomi, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor lingkungan sebagai determinan jauh, faktor kondisi maternal ibu sebagai determinan antara, dan faktor dari bayi sebagai determinan dekat. Faktor ibu yang merupakan penyebab kematian neonatal adalah usia ibu <20 tahun atau >35 tahun, paritas >4 orang anak dan jarak antar kehamilan <2 tahun (Efriza, 2007 :100).

Dari beberapa penelitian yang sudah dilakukan mengenai kematian neonatal maupun perinatal, masih ada hasil yang tidak konsisten antara penelitian satu dengan penelitian lainnya, diantaranya adalah penelitian yang telah dilakukan oleh

Indrhayani Astri (2012), hasil menunjukkan bahwa ada hubungan antara umur ibu, dan paritas ($p < 0,05$) dengan kematian neonatal dini, berbeda dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan Suparjono (2003) menyebutkan bahwa paritas ($p > 0,05$) tidak berhubungan dengan kejadian kematian perinatal di Kabupaten Kulon Progo, dan penelitian Ummul Mahmudah yang menyatakan umur ibu ($p = 0,503$) tidak berhubungan dengan kematian perinatal.

Berbagai upaya dilakukan untuk mengurangi angka kematian pada neonatal diantaranya adalah peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat dasar di masyarakat, upaya pendayagunaan dan intensifikasi posyandu untuk kegiatan KIA dasar dan keluarga berencana termasuk dengan peningkatan ilmu dan keterampilan bidan-bidan di desa serta kerjasama dengan cara melibatkan dukun bayi, keluarga, masyarakat (Depkes, 2010).

Di dunia, 2/3 kematian pada masa bayi terjadi pada masa neonatal, 2/3 kematian pada masa neonatal terjadi pada masa neonatal dini, dan 2/3 kematian pada masa neonatal dini (perinatal) terjadi pada hari pertama kelahirannya (WHO, 2005). Kematian perinatal tertinggi terjadi di negara Afrika (88/1.000 kelahiran hidup), sedangkan di Asia angka kematian perinatal mendekati 66/1.000 kelahiran hidup (Sulistyawati dalam Musrifa, 2014:2).

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015 disebutkan bahwa dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1.000 kelahiran hidup dimana 15/1.000 kelahiran hidup adalah kematian pada masa neonatal dini, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal

(AKPN) terjadi penurunan dari 15/1.000 menjadi 13/1.000 kelahiran hidup. Target yang ingin dicapai adalah menurunkan angka kematian bayi dari 32/1.000 menjadi 24/1.000 kelahiran hidup sampai tahun 2019 mendatang (Renstra Kemenkes RI,2015 :8)

Angka Kematian Bayi di Jawa Tengah pada tahun 2014 sebesar 10,08/ 1.000 KH. Angka kematian neonatal memberikan kontribusi 56% dari kematian bayi (Dinkes Jateng, 2014). Kabupaten Banjarnegara merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah dengan jumlah kematian bayi tertinggi di Jawa Tengah antara tahun 2012 sampai tahun 2014.

Tabel 1.1 Kasus total Kematian Bayi sesuai kelompok umur di Kabupaten Banjarnegara tahun 2012 sampai 2014 dan tahun 2015 dari bulan Januari-November

Tahun	Klasifikasi umur			Total	Proporsi
	0-7 hari (%)	8-28 hari (%)	29-11 bulan (%)		
2012	179 (60,3%)	57 (19,1%)	61 (20,6%)	297	18,16%
2013	113 (41,6%)	76 (28,1 %)	82 (30,3%)	271	16,81%
2014	120 (58,8%)	22 (10,8%)	62 (30,4%)	204	12,6%
2015	100	41	41	(Januari-November 2015)	

Sumber : Bagian Kesehatan Ibu dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara

Jika dilihat dari tabel diatas diketahui jumlah kematian bayi di Kabupaten Banjarnegara menunjukkan penurunan, tetapi jika dilihat sesuai kelompok umur, proporsi pada kelompok umur 0-7 hari memberikan kontribusi terbesar pada kasus kematian bayi dan terjadi peningkatan kasus untuk kelompok umur 0-7 hari pada tahun 2014 dibandingkan tahun 2013, begitu juga dengan tahun 2015 data menunjukkan sampai sebelum penelitian dilakukan, proporsi kematian bayi

terbanyak terjadi pada usia 0-7 hari. Angka kematian bayi di Banjarnegara juga masih lebih tinggi dari provinsi Jawa Tengah sebesar 10,08/1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2014). Selain itu, angkanya juga belum memenuhi target standar pelayanan minimal (SPM) di Kabupaten Banjarnegara pada tahun 2014. Target SPM di Kabupaten Banjarnegara tahun 2014 adalah sebesar 9,8/1.000 kelahiran hidup dengan cakupan KN I sebesar 99,3% dari target 100%, KN III (lengkap) sebesar 98% dari target 90%, cakupan pemeriksaan ibu hamil pada trimester 1 (K1) sebesar 95,1% dari target 100%, cakupan K4 sebesar 88,3% dari target 95%, cakupan Pemberian Fe3 sebesar 96% dari target 100% dan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 98,2% dari target 100% (Profil Kesehatan Kabupaten Banjarnegara tahun 2014).

Kematian bayi tersebar di 35 Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara. Berdasarkan observasi awal pada bulan Mei 2015 terhadap 30 kasus kematian neonatal dini di Kabupaten Banjarnegara pada 4 puskesmas dengan kasus kematian neonatal dini tertinggi yaitu puskesmas Purwonegoro II (9 kasus), puskesmas Madukara II (6 kasus), puskesmas Kalibening (8 kasus) dan puskesmas Pejawaran (8 kasus). Diketahui sebesar 70% (21) kematian terjadi pada karakteristik ibu dengan paritas ke-1, dengan penolong persalinan 96,7% (29) oleh tenaga kesehatan, dan 3,3% (1) persalinan ditolong oleh dukun. Tempat meninggal neonatal diantaranya di fasilitas kesehatan 70% (21), di rumah 20% (6) dan dalam perjalanan menuju ke fasilitas kesehatan 10% (3). Proporsi kematian bayi laki-laki 64% (19), bayi perempuan 36% (11), 56% (17) berat bayi lahir rendah (BBLR) dan 66% (20) bayi asfiksia. 40% (12) usia

kehamilan kurang bulan (preterm), 32,2 % (10) ibu risiko tinggi dengan komplikasi kehamilan, usia ibu pada saat menikah dan melahirkan 40% (12) adalah <20 tahun dan diketahui ibu tidak menggunakan alat kontrasepsi/KB sebelumnya untuk mencegah kehamilan di usia dini tersebut, dimana fungsi dari KB sendiri diantaranya adalah untuk mengatur kehamilan dan mengurangi jarak persalinan kurang dari 2 tahun sehingga bisa menurunkan angka kematian ibu sebesar 32% dan menurunkan angka kematian bayi sebesar 10% (Inti Mujiati, 2013: 11). Menurut Kasmiyati (1991) bayi yang dilahirkan dari ibu yang berumur <20 tahun memiliki risiko kematian neonatal 2,0 kali lebih besar, ibu yang melahirkan bayi dengan usia <20 tahun berisiko mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan karena organ reproduksi yang belum sepenuhnya matang dan masih dalam tahap pertumbuhan, anatomi panggul yang masih dalam pertumbuhan berisiko sebagai penyulit persalinan dan terjadinya persalinan lama sehingga meningkatkan kematian neonatus. Dari 30 kasus kematian neonatal dini diketahui 56,7% (17) Ibu adalah pendidikan tamat sekolah dasar (SD), 36,7% (11) tamat sekolah menengah pertama (SLTP) dan hanya 6,6% (2) tamat sekolah menengah atas (SMA)

Maka berdasarkan permasalahan diatas, penting bagi peneliti untuk melakukan penelitian mengenai **“Faktor – faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari (Studi kasus di 4 puskesmas Kabupaten Banjarnegara)”**

1.2 RUMUSAN MASALAH

Apakah Faktor pendidikan ibu, pernikahan dini, status pekerjaan ibu, riwayat penggunaan KB, umur ibu ketika melahirkan, komplikasi kehamilan, status gizi, paritas, umur kehamilan, berat bayi lahir, asfiksia, penolong persalinan pertama dan jarak ke fasilitas kesehatan berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari di Kabupaten Banjarnegara?

Bagaimana kajian secara kualitatif mengenai kronologi kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari di Kabupaten Banjarnegara?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor - faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari di Kabupaten Banjarnegara.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara pendidikan ibu dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
2. Mengetahui hubungan antara pernikahan dini dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
3. Mengetahui hubungan antara status pekerjaan ibu dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
4. Mengetahui hubungan antara riwayat penggunaan KB dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari

5. Mengetahui hubungan antara umur ibu ketika melahirkan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
6. Mengetahui hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
7. Mengetahui hubungan antara status gizi ibu hamil dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
8. Mengetahui hubungan antara paritas dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
9. Mengetahui hubungan umur kehamilan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
10. Mengetahui hubungan antara berat bayi lahir dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
11. Mengetahui hubungan antara asfiksia dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
12. Mengetahui hubungan antara penolong pertama persalinan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
13. Mengetahui hubungan antara jarak ke fasilitas kesehatan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari
14. Mengetahui secara kualitatif bagaimana kronologi kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi peneliti

Peneliti dapat mengetahui faktor - faktor apa saja yang berhubungan dengan kematian neonatal dini pada usia 0 sampai 7 hari dan juga sebagai pembanding antara teori yang diberikan di bangku kuliah dengan fakta yang ada

1.4.2 Bagi Ibu

Meningkatkan peran serta masyarakat khususnya ibu dalam upaya mencegah kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari

1.4.3 Bagi Dinas Terkait di Kabupaten Banjarnegara

Memberikan masukan dan pertimbangan bagi perumusan kebijakan atau program kesehatan masyarakat, khususnya yang berhubungan dengan program kesehatan ibu dan anak dalam mencegah terjadinya kasus kematian neonatal terutama bagi bayi berusia 0 sampai 7 hari.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.2 Keaslian Penelitian

No	Nama&Judul Penelitian	Tahun&Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Dina setyawati R, Beberapa faktor risiko kematian neonatal di Kabupaten Bantul tahun 2000	2001, di Kabupaten Bantul	<i>Case Control</i>	Pendidikan ibu, pendapatan keluarga,perawatan kehamilan,LI LA ibu,Hb ibu,asfiksia, maturitas janin,BB	Variabel yang merupakan faktor risiko kematian neonatal di Kabupaten Bantul adalah pendidikan ibu(p=0,0001

				bayi lahir	;OR=0,2146), pendapatan keluarga(p=0, 0001;OR=6,4 425), perawatan kehamilan(p= 0,0001;OR=5 ,6613), LILA ibu(p=0,0001 ;OR=6,509), Hb ibu(p=0,0012 ;OR=0,4173), asfiksia(p=0, 0001;OR=11, 5078), maturitas(p= 0,0001;OR=0 ,2330),dan berat bayi lahir (p=0,0001;O R=0,1139)
2	Albert Efendi, 2014, di Rumah Penelitian Hubungan sakit PHC retrospektif umur ibu Surabaya desain studi melahirkan, jarak kelahiran, dan berat bayi lahir rendah terhadap angka kematian neonatal di Rumah sakit PHC Surabaya tahun 2013	2014, di Rumah sakit PHC Surabaya	Penelitian retrospektif desain studi kohort	Umur ibu,BBLR, dan jarak kelahiran	Faktor yang mempengaruhi kematian neonatal adalah umur ibu(p=0,010 ; RR=7,870), dan BBLR(p=0,000 ; RR=12,698). Jarak kelahiran(p=0,181)
3	Priyadi Nugraha Prabamurti, Analisis faktor risiko status kematian	2006, Kec.Losari Kab.Brebes	di Case Control	Umur ibu, paritas, penolong persalinan, berat bayi lahir, dan	Faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di kec.losari

<p>neonatal(studi kasus kontrol di Kec.Losari Kab.Brebes tahun 2006</p>	<p>kondisi usaha bernafas bayi (asfiksia)</p>	<p>adalah umur ibu($p=0,0023$;OR= 7,69), paritas($p=0,0006$;OR= 8,25), penolong persalinan($p=0,044$;OR=6,07), berat badan bayi lahir ($p=0,016$;OR =6,12), dan kondisi usaha bernafas bayi ($p=0,001$;OR =7,8</p>
<p>4 Diah Utari, 2012, di RSUD Case Faktor-faktor Datu Beru Control yang Takengon Kab. mempengaruhi Aceh Tengah kematian neonatal dini di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Takengon</p>	<p>Kondisi usaha bernafas bayi (asfiksia), BBLR, prematur, paritas, umur ibu</p>	<p>Faktor yang mempengaruhi kematian neonatal dini di RSUD Datu Beru Takengon adalah asfiksia ($p=0,015$ OR=0,282), BBLR($p=0,003$ OR=0,241), prematur ($p=0,015$ OR=0,230) paritas ($p=0,003$ OR=0,231) Umur Ibu ($p=0,036$ OR=14,4)</p>

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian - penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian dengan judul yang sama belum pernah dilakukan di Kabupaten Banjarnegara.
2. Adanya variabel pernikahan dini yang belum diteliti pada penelitian sebelumnya.
3. Dilengkapi dengan kajian kualitatif untuk mengetahui kronologi terjadinya kematian neonatal dini

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Banjarnegara

1.6.2 Ruang lingkup Waktu

Waktu penelitian adalah bulan Desember tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini masuk dalam ilmu kesehatan ibu dan anak (KIA) dan termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pengertian Neonatal

Menurut *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, 10th revision (ICD-10), periode neonatal adalah periode yang dimulai dari kelahiran dan berakhir sampai 28 hari setelah kelahiran, yaitu mulai dari 0-28 hari (WHO, 1993). Selain itu neonatal juga diartikan bayi baru lahir hingga berumur 4 minggu (28 hari). Neonatus adalah fase awal ketika bayi dilahirkan. Pada masa ini bayi mengalami adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatal adalah 28 hari (Elisabeth Siwi Walyani, 2015:131)

Periode neonatal meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 4 minggu, terbagi menjadi dua periode yaitu :

1. periode neonatal dini yaitu usia 0-7 hari setelah lahir
2. periode lanjutan atau neonatal lanjut yaitu usia 8-28 hari setelah lahir

Periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir atau neonatus yang tidak sehat akan menyebabkan kelainan yang mengakibatkan kecacatan bahkan kematian. Masa neonatus merupakan masa kritis bagi kehidupan bayi, 2/3 kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir (Elisabeth Siwi Walyani, 2015 : 132).

2.1.2 Kematian Neonatal Dini

Dilihat dari penyebabnya, kematian bayi dibedakan menjadi dua macam yaitu kematian endogen dan kematian eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut kematian neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor - faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Sedangkan kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor - faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar (Data Statistik Indonesia, 2013).

Kematian neonatal dini (*early neonatal death*) adalah kematian seorang bayi yang terjadi pada 7 hari pertama sesudah lahir. Sedangkan kematian neonatal lanjut (*Late neonatal death*) adalah kematian bayi setelah hari ke 7 sampai hari ke 28 sesudah lahir (Nur Muslihatun, 2010).

2.1.3 Penyebab Kematian Neonatal Secara Umum

Menurut WHO, dari 8,1 juta kematian bayi didunia, 48% adalah kematian bayi kurang dari 7 hari (perinatal) meliputi asfiksia, prematuritas, BBLR, tetanus neonatorum, sepsis, trauma lahir, dan kelainan kongenital. Kehidupan pada masa neonatus sangat rawan karena memerlukan penyesuaian fisiologik agar bayi di luar kandungan dapat hidup sebaik - baiknya. Hal ini dapat dilihat dari tingginya angka kesakitan dan angka kematian neonatus. Diperkirakan 2/3 kematian bayi di bawah umur satu tahun terjadi pada masa neonatus. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang lahir sehat akan menyebabkan kelainan yang dapat

mengakibatkan cacat seumur hidup bahkan kematian. Oleh karena itu perlu mendapatkan perhatian, sehingga kematian neonatal dapat dicegah (Supriatiningsih, 2009).

Peralihan kehidupan *intrauterine* ke *extrauterine* memerlukan berbagai perubahan biokimia dan faali. Masalah pada neonatus biasanya timbul sebagai akibat yang spesifik terjadi pada masa perinatal atau neonatal dini. Tidak hanya merupakan penyebab kematian tetapi juga kecacatan. Masalah ini timbul sebagai akibat buruknya kesehatan ibu, perawatan kehamilan yang kurang memadai, manajemen persalinan yang tidak tepat dan tidak bersih, dan kurangnya perawatan bayi baru lahir (Supriatiningsih, dkk, 2009).

Pola penyebab utama kematian neonatal di Indonesia tidak jauh berbeda dengan pola penyebab utama kematian neonatal di dunia, yaitu prematuritas/ BBLR (27%), Asfiksia (23%), sepsis/ pneumonia (26%), tetanus (7%), diare (3%), kelainan kongenital (7%) (Efriza, 2007).

Di negara berkembang, sekitar 3% bayi mengalami asfiksia lahir tingkat sedang dan berat. Bayi asfiksia yang mampu bertahan hidup namun mengalami kerusakan otak, jumlahnya cukup banyak. Hal ini disebabkan karena resusitasi tidak adekuat atau salah prosedur. Resusitasi yang dilaksanakan secara adekuat dapat mencegah kematian dan kecacatan pada bayi karena hipoksia. Intervensi *post natal* terhadap peningkatan keterampilan resusitasi bayi baru lahir dapat menurunkan kematian neonatal hingga 6-42%. Sekitar 11,5% bayi lahir dengan berat lahir rendah kurang dari 2.500 gram. Data dari SKRT 2001 menunjukkan

bahwa berat bayi lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor terpenting kematian neonatal. Penyumbang utama kematian BBLR adalah prematuritas, infeksi, asfiksia lahir, hipotermia, dan pemberian ASI yang kurang adekuat (Kemenkes RI, 2010).

Angka kematian neonatal dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko seperti tingkat sosial ekonomi yang berhubungan dengan kelahiran berat bayi lahir rendah, mutu pelayanan perinatal, usia ibu, pekerjaan, paritas, status perokok ibu hamil, kelainan kehamilan, komplikasi persalinan, serta kondisi bayi seperti prematuritas, BBLR, asfiksia dan infeksi. Faktor medik yang melatar belakangi kematian neonatal dan perinatal/neonatal dini adalah usia ibu < 20 tahun atau > 35 tahun, paritas > 4 orang dan jarak antar kehamilan < 2 tahun, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan penyebab langsung kematian ibu, perinatal, dan neonatal seperti perdarahan pervaginam, infeksi preeklamsia/eklamsia, komplikasi akibat partus lama, dan trauma persalinan (Efriza, 2007).

Faktor - faktor yang secara tidak langsung menyebabkan kematian bayi, berupa kurangnya kesadaran masyarakat bahwa melahirkan berisiko terhadap ibu dan bayi. Selain itu, kurangnya perhatian keluarga (Ibu, suami, nenek) terhadap keselamatan dan kesehatan bayi, kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan minimal empat kali selama kehamilan, rendahnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang disebabkan jarak yang jauh, dan tidak ada biaya. Termasuk salah kaprah di masyarakat bahwa ASI kolostrum tidak diberikan dengan segera kepada bayi, pemberian makanan

tambahan sebelum bayi berusia enam bulan, seperti pisang, air tajin, dan bubur tepung (Komalasari, 2007)

Faktor risiko selama kehamilan yang merupakan determinan tidak langsung terhadap kondisi sosial ekonomi dan mempengaruhi karakteristik serta status kesehatan ibu antara lain status sosial ekonomi keluarga, pendidikan ibu, jenis pekerjaan ibu, status gizi, status ANC, umur ibu, paritas, jarak kehamilan, tinggi badan, berat badan, dan komplikasi kehamilan

Faktor risiko yang terjadi pada masa persalinan merupakan determinan langsung yang banyak berhubungan dengan kondisi ibu menjelang persalinan dan pelayanan yang diberikan, antara lain jarak ketempat pelayanan, penolong persalinan, letak janin, dan umur kehamilan. Kondisi bayi baru lahir yang merupakan out come kehamilan yaitu BBLR, asfiksia, infeksi, dan lahir dengan cacat (Sigit Setyono, 2006).

2.1.4 Upaya Pencegahan Kematian Neonatal

2.1.4.1 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

2.1.4.2 Safe Motherhood

Safe Motherhood merupakan upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya dapat dilalui dengan sehat dan aman serta

menghasilkan bayi yang sehat. Intervensi strategis dalam upaya *safe motherhood* dinyatakan dalam empat pilar *safe motherhood*, yaitu :

- 1) Keluarga berencana, yang memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak. Kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu” yaitu terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak.
- 2) Pelayanan antenatal, untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai.
- 3) Persalinan yang aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.
- 4) Pelayanan obstetri esensial, memastikan bahwa pelayanan obstetrik untuk risiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkannya (YBP-SP, 2008: 5).

2.1.4.3 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

Puskesmas PONED adalah puskesmas yang memberikan pelayanan 24 jam untuk penanganan obstetri neonatal emergensi dasar langsung dimana rujukan kasus diharapkan dapat diatasi dengan baik, artinya tidak boleh ada kematian karena keterlambatan dan kesalahan penanganan.

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) adalah pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin maupun ibu dalam masa nifas dengan komplikasi obstetri yang mengancam jiwa ibu maupun janinnya. PONED merupakan upaya pemerintah dalam menanggulangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia yang masih tinggi dibandingkan di negara - negara Asean lainnya (Dinkes Propinsi Jawa Tengah, 2009).

Pelayanan obstetri emergensi dasar meliputi :

- 1) Pemberian oksitosin parenteral
- 2) Pemberian antibiotik parenteral
- 3) Pemberian sedatif parenteral pada tindakan kuretase digital dan plasenta manual
- 4) Melakukan kuretase, plasenta manual, dan kompresi bimanual
- 5) Partus dengan tindakan ekstraksi vacum, ekstraksi forcep

Pelayanan neonatal emergensi dasar meliputi :

- 1) Resusitasi bayi asfiksia
- 2) Pemberian antibiotik parenteral
- 3) Pemberian anti konvulsan parenteral
- 4) Pemberian Phenobarbital
- 5) Kontrol suhu
- 6) Penanggulangan gizi (Elisabeth Siwi Walyani, 2015: 170)

2.1.4.4 Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah suatu program yang meliputi pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi dan balita, remaja, dan lansia (Kemenkes RI, 2010)

Kemitraan bidan dan dukun adalah bentuk kerja sama yang saling menguntungkan antara bidan dan dukun. Diharapkan seluruh pertolongan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keterampilan. Khusus dalam pertolongan persalinan dengan tetap melibatkan dukun pada kegiatan yang terbatas dan tidak membahayakan ibu dan bayinya (Kemenkes RI, 2010).

2.1.4.5 Hepatitis B 0 (HB 0)

HB 0 adalah pemberian imunisasi Hepatitis B pada bayi umur 0-7 hari. Pemberian vaksinasi hepatitis B berguna untuk mencegah virus hepatitis B yang dapat menyerang dan merusak hati. Imunisasi bisa meningkatkan imunitas tubuh dan menciptakan kekebalan terhadap penyakit tertentu dengan menggunakan sejumlah kecil mikroorganisme yang dimatikan atau dilemahkan. Tujuan imunisasi adalah memberikan kekebalan pada bayi dengan cara memasukkan vaksin ke dalam tubuh (Kemenkes RI, 2010).

2.1.4.6 Program Perencanaan Pertolongan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K adalah program untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir melalui kegiatan peningkatan akses dan kualitas pelayanan yang sekaligus

membangun potensi masyarakat khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2010).

P4K merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman, selamat dan sehat. Yang terpenting adalah persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. (Depkes RI, 2009).

2.1.5 Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal Dini ***(Early Neonatal Death) Usia 0 Sampai 7 Hari***

Determinan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari dipengaruhi oleh faktor Status sosial ekonomi, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor lingkungan sebagai determinan jauh, faktor kondisi maternal ibu sebagai determinan antara, dan faktor dari bayi sebagai determinan dekat (Carine Ronsmans, 1996: 989-997).

2.1.5.1 Determinan jauh

Determinan yang secara tidak langsung mempengaruhi kematian neonatal dini adalah faktor sosial ekonomi keluarga, faktor pelayanan kesehatan dan faktor lingkungan.

2.1.5.1.1 Faktor sosial ekonomi

Beberapa faktor yang termasuk faktor sosial ekonomi antara lain :

2.1.5.1.1.1 Status Pekerjaan Ibu

Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan selain menjadi ibu rumah tangga dalam kurun waktu kehamilan sampai persalinan. Pada ibu hamil kebutuhan zat gizi berbeda karena zat-zat gizi yang dikonsumsi selain untuk aktivitas atau kerja zat-zat gizi tersebut juga digunakan untuk perkembangan janin yang ada dikandungannya. Semakin berat kegiatan atau pekerjaan yang dilakukan semakin banyak juga energi yang dibutuhkan (Hendang Widayani, 2009)

Menurut penelitian (dewi dalam Siti Malati 2014) menyatakan bahwa ibu yang pada saat hamil bekerja berisiko 2,34 kali lebih besar bayinya mengalami kematian pada masa neonatal dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

2.1.5.1.1.2 Pendidikan Ibu

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi. Pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi (Indrhayani Astri, 2012)

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penting dalam mengendalikan terjadinya kematian pada neonatal. Ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung kurang mengetahui manfaat melakukan pemeriksaan antenatal di tenaga kesehatan profesional, kurang bisa menentukan siapa penolong persalinannya, kurang mengetahui cara perawatan bayi baru lahir dirumah.

Dengan demikian faktor pendidikan ibu yang rendah akan menyumbang angka kematian neonatal (Musrifa, 2014: 35)

Djaja, dkk (2005) dalam penelitiannya mengatakan bahwa 73% ibu dari bayi neonatal yang meninggal berpendidikan SD-SMP (≤ 9 tahun), dan 27% ibu berpendidikan SLTA ke atas (>9 tahun). Neonatal dengan ibu tingkat pendidikan SD-SMP mempunyai risiko sebesar 1,8 kali untuk meninggal dibandingkan neonatal dengan ibu berpendidikan SLTA ke atas.

2.1.5.1.1.3 Pernikahan dini

Pernikahan dini merupakan pernikahan yang dilakukan pada usia yang terlalu muda, yaitu usia < 20 tahun untuk perempuan, dan usia < 25 tahun untuk pria. Berdasarkan aturan yang dikeluarkan oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bahwa usia menikah ideal untuk perempuan adalah 20-35 tahun dan 25-40 tahun untuk pria (BKKBN,2011). Penyebab pernikahan dini di Indonesia dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain pendidikan rendah, kebutuhan ekonomi, kultur menikah muda, pernikahan yang diatur, seks bebas pada remaja, dan pemahaman agama (BKKBN,2011). WHO (2006) menyebutkan kategori pernikahan dini adalah apabila salah satu pasangan dalam pernikahan adalah berumur <19 tahun atau menikah antara usia 15-19 tahun.

Risiko persalinan yang akan terjadi pada kehamilan remaja pada umur antara (14-19) tahun adalah Pre eklamsia, anemia, BBLR, premature, penyakit menular seks (PMS), dan kematian bayi (Ratna Dewi P, 2011: 27). Saat anak yang masih bertumbuh mengalami proses kehamilan, terjadi persaingan nutrisi dengan

janin yang dikandungnya, sehingga berat badan ibu hamil seringkali sulit naik, dapat disertai dengan anemia karena defisiensi nutrisi, serta berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Didapatkan bahwa sekitar 14 % bayi yang lahir dari ibu berusia remaja dibawah 17 tahun adalah prematur. Anatomi panggul yang masih dalam pertumbuhan berisiko untuk terjadinya persalinan lama sehingga meningkatkan angka kematian bayi dan kematian neonatus. Depresi pada saat berlangsungnya kehamilan berisiko terhadap kejadian keguguran, berat badan lahir rendah dan lainnya. Depresi juga berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, sehingga meningkatkan risiko terjadinya eklamsi yang membahayakan janin maupun ibu yang mengandungnya (Fadlyana-Larasaty, 2009 :136-141). Menurut penelitian Kasmiyati (1991) dalam Priyadi Prabamurti (2006) menunjukkan bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu yang berumur <20 tahun memiliki risiko kematian neonatal 2,0 kali lebih besar dari bayi yang dilahirkan dari ibu yang berumur antara 20-34 tahun.

2.1.5.1.2 Faktor Pelayanan Kesehatan

2.1.5.1.2.1 Riwayat Penggunaan KB

UU No.10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera menjelaskan bahwa definisi KB adalah upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga guna mewujudkan keluarga yang sejahtera.

KB memastikan bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk

kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah anak. Kehamilan yang masuk dalam kategori “4 terlalu” yaitu terlalu muda atau terlalu tua untuk kehamilan (<20 tahun dan >35 tahun) terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak. KB berpotensi menyelamatkan kehidupan ibu dan bayi dengan cara memungkinkan wanita untuk merencanakan kehamilan sedemikian rupa sehingga dapat menghindari kehamilan pada usia tertentu atau jumlah persalinan yang membawa bahaya tambahan, dan dengan cara menurunkan tingkat kesuburan secara umum, yaitu dengan mengurangi jumlah kehamilan.

Berdasarkan studi Lancet, keluarga berencana bermanfaat baik untuk kesehatan ibu dan bayi, dimana diperkirakan dapat menurunkan 32% kematian ibu dengan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan dapat menurunkan 10% kematian bayi, dengan mengurangi jarak persalinan kurang dari 2 tahun (Inti Mujiati, 2013: 11).

2.1.5.1.2.2 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Depkes, 2004).

ANC merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan tidak normal. Ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak dia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan ANC. Wanita hamil yang tidak mendapatkan ANC yang tidak adekuat mempunyai risiko mengalami kematian perinatal. ANC sangat penting kerana akan mendapatkan pendidikan kesehatan

tentang perilaku sehat untuk mencegah kejadian bayi dengan berat bayi lahir rendah (Nelson, 2000).

Standar minimal yang atau disebut “5T” untuk pelayanan antenatal terdiri atas (Depkes, 2004) :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. (Ukur) tekanan darah
3. (Ukur) tinggi fundus uteri
4. (Pemberian imunisasi) Tetanus Toxoid (TT) lengkap
5. (Pemberian) Tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Dengan demikian, maka secara operasional pelayanan antenatal yang tidak memenuhi standar minimal “5T” tersebut belum dianggap suatu pelayanan antenatal. Selain itu, pelayanan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan, dan tidak dapat dilakukan oleh dukun bayi.

Selain itu, pelayanan antenatal merupakan upaya penting untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan sekaligus merupakan tempat penyuluhan gizi serta pemantauan terhadap kenaikan berat badan ibu semasa hamil (Depkes, 2001).

Perawatan antenatal memiliki pengaruh yang besar terhadap kematian neonatal. Melalui perawatan antenatal dapat dipastikan apakah seseorang hamil, memberikan edukasi mengenai kehamilan dan upaya - upaya untuk menjaga agar kehamilan berjalan dengan baik, mendeteksi adanya komplikasi kehamilan lebih dini dan melakukan tata laksana yang sesuai, serta merencanakan kelahiran yang aman (WHO, 2005).

Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan kunjungan ibu hamil KI dan K4 atau juga disebut akses pelayanan ibu hamil yang merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan cakupan K4 ibu hamil adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar serta paling sedikit empat kali kunjungan (Noor Latifah, 2012)

Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu (1) Minimal 1 kali pada triwulan pertama (2) Minimal 1 kali pada triwulan kedua (3) Minimal 2 kali pada triwulan ketiga (Depkes, 2004).

Menurut Mochtar (1998) yang dikutip pada Noor Latifah (2012) menyebutkan beberapa tujuan pelayanan antenatal yaitu :

- a) Mendapatkan ibu dan anak yang sehat baik fisik, mental maupun moral.
- b) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak sebagai akibat langsung dari proses reproduksi manusia
- c) Mengenal, mengobati, dan mengurangi bahaya penderitaan dan komplikasi proses reproduksi selama hamil, sewaktu persalinan dan dalam nifas
- d) Mencari dan mengurangi secara bertahap faktor - faktor yang berpengaruh terhadap kelangsungan proses reproduksi baik yang medis maupun yang non medis dalam masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian Noviani (2011), menyebutkan bahwa proporsi terjadinya kematian neonatal pada ibu yang melakukan kunjungan ANC < 4 kali

sebesar 52, 78% dibandingkan dengan ibu yang melakukan kunjungan ANC \geq 4 kali.

2.1.5.1.2.3 Penolong persalinan

Dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dikenal berbagai jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat. Jenis tenaga tersebut adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat bidan. Selain itu masih ada penolong persalinan yang berasal dari anggota keluarga dalam masyarakat terpencil. Namun penolong persalinan seperti ini umumnya tidak tercatat dan sulit untuk diidentifikasi (Depkes, 2004).

Menurut Bale dkk (2003), tenaga kesehatan (penolong persalinan) yang profesional dan terlatih dibutuhkan oleh ibu ketika akan melahirkan, dikarenakan penolong persalinan sudah memahami betul teknik dasar untuk persalinan yang bersih dan aman. Penolong persalinan profesional dan terlatih sudah mampu mengenali dan mengatasi persalinan tidak maju, infeksi, dan perdarahan, dan mengenali serta mampu melakukan resusitasi pada neonatus yang gagal untuk bernafas saat dilahirkan. Jika dibutuhkan, penolong persalinan juga mampu menstabilkan dan merujuk neonatus ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal - hal sebagai berikut : 1) Sterilisasi/ pencegahan infeksi, 2) Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar pelayanan, 3) Merujuk kasus yang memerlukan tingkat pelayanan yang lebih tinggi (Depkes, 2004).

Menurut penelitian Priyadi Nugraha Prabamurti dkk (2006), menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu yang pada saat persalinannya ditolong oleh

dukun memiliki risiko kematian neonatal 6,07 kali lebih besar dibanding bayi yang lahir ditolong oleh tenaga medis.

2.1.5.1.3 Faktor Lingkungan

2.1.5.1.3.1 Jarak atau akses ke Fasilitas Kesehatan

Mempunyai tempat tinggal yang harus menempuh jarak >5 km dari fasilitas kesehatan berisiko dua kali lipat lebih tinggi terhadap terjadinya kematian neonatal (OR 2,1). Alasan mengapa NMR (*Neonatal Mortality Rate*) tinggi yang diamati dalam penelitian ini adalah sistem pelayanan kesehatan yang lemah, fasilitas kesehatan geografis tidak dapat diakses dan tidak memadai, proporsi wanita yang melahirkan di fasilitas kesehatan harus menempuh jarak >5 km dari fasilitas kesehatan terdekat sebesar 56% (AH Diallo, 2011)

Hal ini sejalan dengan penelitian Gizaw et al (2014) yang menyebutkan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan >5km dalam analisis multivariat 1,5 kali lebih berisiko terhadap kematian neonatal dini.

2.1.5.2 Determinan Antara

2.1.5.2.1 Faktor Kondisi Maternal

Beberapa kondisi maternal ibu yang dapat mempengaruhi kematian bayi pada masa neonatal dini antara lain :

2.1.5.2.1.1 Umur Ibu ketika melahirkan

Umur ibu ketika melahirkan adalah usia ibu ketika melahirkan, usia dihitung dalam tahun berdasarkan ulang tahun terakhir (Arinta Kusuma Wandira dan Rachmah Indawati, 2012).

Umur ibu dianggap ideal (aman) untuk hamil dan melahirkan adalah pada rentang usia 20-30 tahun. Pada usia ini merupakan kondisi terbaik untuk terjadinya kehamilan, proses melahirkan dan ibu mempunyai psikologis untuk siap hamil dan melahirkan. Namun, umur ibu pada saat kehamilan dan kelahiran mempunyai peran penting sebagai faktor risiko terjadinya kematian neonatal. Kehamilan yang terjadi pada ibu dengan usia yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (> 35 tahun) memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terjadi janin gagal tumbuh selama kehamilan, distress janin, dan kematian janin dalam kandungan. Selain itu, usia ibu yang terlalu lanjut juga meningkatkan risiko terjadinya malformasi janin baik akibat kelainan kromosom maupun tidak. (Noor Latifah, 2012)

Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Diah Utari (2012), variabel umur ibu mempunyai pengaruh yang signifikan dengan kematian neonatal dini, umur ibu yang berisiko mempunyai peluang yang lebih besar untuk mengalami kematian neonatal dini sebesar 14,4 kali dibandingkan dengan umur ibu yang ideal (aman) untuk melahirkan.

2.1.5.2.1.2 Paritas

Paritas adalah keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang dilahirkan. Paritas 2-3 merupakan paritas yang aman ditinjau dari sudut kematian maternal (Elisabeth Siwi Walyani, 2015: 114).

Paritas merupakan jumlah persalinan yang dialami oleh ibu. Paritas terdiri atas 3 kelompok yaitu 1) golongan *primipara* adalah golongan ibu dengan 0-1 paritas, 2) golongan *multipara* adalah golongan ibu dengan 2-6 paritas, dan 3)

golongan *grande multipara* adalah golongan ibu dengan paritas > 6 . Kehamilan yang optimal adalah kehamilan kedua sampai keempat. Kehamilan pertama dan setelah kehamilan keempat mempunyai risiko yang tinggi (Noor Latifah, 2012)

Bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan paritas 1 dan > 4 , berisiko mengalami kematian neonatal dini 1,89 kali lebih besar (95% CI OR: 1,17-3,06) dari pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan paritas 2-3. Risiko kematian neonatal dini yang besar pada bayi yang dilahirkan dari ibu dengan paritas satu disebabkan oleh kekakuan jaringan panggul serta pengetahuan tentang perawatan kehamilan dan persalinan rendah. Pada ibu dengan paritas > 3 , kematian neonatal dini dapat disebabkan oleh kemunduran elastisitas jaringan yang sudah berulang kali berkontraksi pada saat persalinan sehingga membatasi kemampuan pendarahan. Hal ini dapat menyebabkan pendarahan hebat pada saat persalinan dan membawa risiko pada kematian bayi (Efriza, 2007).

Dalam penelitian yang dilakukan Ummul Mahmudah, dkk (2010) menunjukkan Hasil statistik bivariat dari variabel paritas $p=0,016 (<0,05)$ yang berarti ada hubungan yang bermakna antara paritas 1 atau ≥ 5 dengan kejadian kematian perinatal. Paritas 1 atau ≥ 5 mempunyai risiko 2,988 kali lebih besar untuk terjadinya kematian perinatal dibandingkan ibu yang berparitas 2-4.

2.1.5.2.1.3 Umur Kehamilan

Umur kehamilan ibu umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari. Umur kehamilan ibu adalah batas waktu ibu mengandung, yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir. Umur kehamilan normal adalah 40 minggu atau

280 hari atau 9 bulan 10 hari. Disebut matur atau cukup bulan adalah rentang 37-42 minggu, bila kurang dari 37 minggu disebut prematur atau kurang bulan, bila lebih dari 42 minggu disebut post-matur atau serotinus (Takiya, 2012).

Menurut penelitian yang dilakukan WHO, ibu yang hamil di usia kurang dari 20 tahun, kemungkinan besar untuk mengalami preterm. Sebab kondisi ibu belum matang, baik dalam sisi pengetahuan, psikologis, dan organ. Ibu yang melahirkan preterm pada usia dibawah 20 tahun dan di atas 35 tahun juga mengalami kecenderungan melahirkan bayi dengan luaran janin yang berbeda dibandingkan dengan persalinan aterm. Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram, sedangkan persalinan aterm terjadi pada kehamilan antara 37-42 minggu (Leonardo Cahyo Nugroho, 2012).

Umur kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira - kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur. Kehamilan yang terakhir ini akan mempengaruhi viabilitas (kelangsungan hidup) bayi yang dilahirkan, karena bayi yang terlalu muda mempunyai prognosis buruk. Menurut penelitian Efriza (2007), menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan dengan umur kehamilan <37 minggu dan > 42 minggu berisiko mengalami kematian neonatal dini 12,97 kali (95% CI: 7,50-22,43) lebih besar daripada bayi dengan umur kehamilan cukup bulan (37-41 minggu).

Bayi kurang bulan rentan terhadap hipotermi, disamping karena kemampuan memproduksi panas yang kurang, juga karena mudah kehilangan panas. Kehilangan panas tubuh yang cepat karena daerah permukaan tubuh yang luas khususnya jika tidak segera dikeringkan. Hipotermia neonatal akan terjadi lebih parah jika bayi kurang bulan, karena kekurangan lemak cokelat (*brown fat*) yang membantu mempertahankan suhu tubuhnya. Gejala menggigil berlebihan akan membuat bayi kehabisan energi serta oksigen, dan jika suhu tubuh turun hingga di bawah 35°C akan terjadi cedera neonatal akibat dingin (*neonatal cold injury*) yang dapat menyebabkan kematian (Efriza, 2007).

2.1.5.2.1.4 Jarak antar kelahiran

Jarak kehamilan adalah suatu pertimbangan untuk menentukan kehamilan yang pertama dengan kehamilan berikutnya (Depkes RI, 2000). Sejumlah sumber mengatakan jarak ideal kehamilan sekurang - kurangnya 2 tahun, proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya (Ahmad Rofiqi, 2008).

Dicantumkan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) bahwa salah satu faktor risiko kematian perinatal adalah jarak antar kehamilan terakhir kurang dari 2 tahun (Ummul Mahmudah, 2010).

2.1.5.2.1.5 Status Gizi Ibu

Intake gizi pada ibu hamil adalah suatu hal yang sangat penting dalam masa kehamilan yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung, karena ibu

hamil disamping makan untuk dirinya sendiri juga untuk janin yang ada dalam kandungan. Untuk penilaian status gizi ibu hamil dilakukan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA). Lingkaran lengan atas memberikan gambaran keadaan jaringan otot dan jaringan lemak bawah kulit. Pengukuran lingkaran lengan atas bertujuan untuk mengidentifikasi apakah ibu hamil tersebut termasuk kategori kekurangan energi kronis (KEK) atau tidak. Status gizi ibu yang buruk akan mengakibatkan berat badan bayi lahir rendah yang berisiko pada kematian bayi. Dikatakan KEK apabila pengukuran lingkaran lengan atas ibu hamil $< 23,5$ cm (Hendang Widayani, 2009: 23)

Hasil penelitian Ekayani (2011) menyebutkan bahwa ibu hamil dengan status KEK memiliki risiko yang sama terhadap kejadian BBLR yaitu dengan nilai OR= 5,54 (IK 95%=2,65-11,60).

2.1.5.2.1.6 Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Komplikasi pada ibu dapat terjadi sebagai akibat langsung dari kehamilan, ataupun karena faktor lain yang terkait dengan keadaan kesehatan ibu. Komplikasi pada ibu selama kehamilan dan persalinan mempengaruhi keadaan bayi yang dilahirkan (Musrifa, 2014).

Komplikasi kehamilan adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Komplikasi kehamilan meliputi Hb < 11 g/dl, tekanan darah tinggi (sistol > 140 mmHg, diastol > 90 mmHg), oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur (Depkes, 2007).

Bakkateig (1984) yang dikutip dalam Noor Latifah (2012) mengemukakan bahwa penyakit selama kehamilan yang mempengaruhi kematian perinatal di Swedia 1977-1978 yang terutama adalah diabetes mellitus, penyakit ginjal, kelainan darah, infeksi saluran dan hipertensi.

Sedangkan menurut Djaja (2007) di Indonesia, bayi yang saat kehamilan ibunya mengalami perdarahan dan eklampsia memiliki risiko mengalami kematian neonatal masing - masing sebesar 3,16 dan 3,17 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang ibunya tidak mengalami kedua komplikasi tersebut selama kehamilannya.

2.1.5.3 Determinan Dekat

2.1.5.3.1 Faktor Bayi

2.1.5.3.1.1 Jenis Kelamin Bayi

Daya tahan bayi dapat dilihat berdasarkan jenis kelaminnya, sehingga dapat dikatakan bahwa daya tahan antara bayi laki-laki dan perempuan berbeda. Risiko kematian pada bayi berjenis kelamin laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan bayi berjenis kelamin perempuan (Utomo, 1988)

Dalam penelitian Bashir et al (2013) menyebutkan faktor yang mempengaruhi kematian neonatal adalah jenis kelamin bayi laki-laki, hasil dalam regresi logistik berganda bahwa bayi laki-laki berisiko 1,8 mengalami kematian neonatal dibanding dengan bayi perempuan.

Menurut Kraemar (2002) dalam Noor Latifah (2012) Bayi laki-laki cenderung lebih rentan terhadap kematian neonatal dibandingkan bayi perempuan. Secara biologis bayi perempuan mempunyai keunggulan (*biological advantage*) jika dibandingkan dengan bayi laki-laki. Laki-laki mempunyai kromosom XY dan

perempuan mempunyai kromosom XX. Sehingga bila kondisi salah satu dari kromosom X pada bayi perempuan tidak dalam kondisi yang baik, maka dapat digantikan dengan keberadaan kromosom X yang lain. Sedangkan pada laki-laki, jika terdapat salah satu kromosom yang rusak, maka tidak dapat digantikan dengan kromosom yang lain. Dengan demikian, kondisi biologis yang tidak menguntungkan ini menyebabkan bayi laki-laki lebih rentan terhadap kejadian kematian neonatal.

Berdasarkan keuntungan biologis yang terdapat pada bayi perempuan membuat bayi perempuan lebih tahan terhadap infeksi dan kekurangan gizi, sehingga risiko kematian bayi perempuan dalam lima tahun kehidupannya lebih kecil dibandingkan dengan bayi laki-laki (Royston & Amstrong, 1989).

Hali ini didukung oleh data SDKI tahun 2007 yang menyebutkan bahwa angka kematian bayi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan angka kematian bayi perempuan, dimana angka kematian bayi laki-laki 23% lebih tinggi dibandingkan dengan kematian bayi perempuan. Demikian juga dengan kematian pada balita, dimana angka kematian balita yang berjenis kelamin laki-laki 22% lebih tinggi dibandingkan dengan kematian pada balita berjenis kelamin perempuan (Noor Latifah, 2012).

2.1.5.3.1.2 Kelainan Kongenital

Kelainan bawaan (kelainan kongenital) adalah suatu kelainan pada struktur, fungsi maupun metabolisme tubuh yang ditemukan pada bayi ketika dilahirkan. Kelainan bawaan yang terjadi dapat disebabkan faktor genetik (mutasi

gen tunggal, gangguan kromosom, multifaktorial) dan non genetik (teratogen dan defisiensi mikronutrien) (Sjarif Hidayat Effendi, 2014: 133)

Menurut Etiologi (1) kelainan bawaan oleh faktor genetik adalah : a) kelainan mutasi gen tunggal (*single gen mutant*), terbagi dalam 4 macam antara lain autosomal resesif (albino, defisiensi alfa-1-antitripsin, *thalassemia*, fenilketonuria, serta galaktosemia), autosomal dominan (aniridia, sindrom marfan, ginjal polikistik, retinoblastoma, korea hutington, hiperlipoproteinemia, dan lain-lain), x-linked resesive (diabetes insipidus, buta warna, distrofi muskularis duchene, hemofilia, iktiosis, serta retinitis pigmentosa), dan x-linked dominant (rakitis), b) kelainan aberasi kromosom, c) kelainan multifaktorial (faktor lingkungan, sosial ekonomi, teratogen dan lainnya). (2) kelainan yang disebabkan faktor non genetik : adalah kelainan yang disebabkan oleh obat - obatan, radiasi penyakit ibu yang berpengaruh terhadap janin (Sjarif Hidayat Effendi, 2014: 134-137)

Hasil penelitian Ummul Mahmudah (2010) menyebutkan bahwa bayi yang mengalami kelainan kongenital mempunyai risiko 2,205 kali lebih tinggi untuk terjadi kematian perinatal dibandingkan dengan bayi yang tidak mengalami kelainan kongenital.

2.1.5.3.1.3 Asfiksia

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh *hipoksia* janin dalam *uterus* dan *hipoksia* ini berhubungan dengan faktor - faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Sarwono & Hanifa, 1997).

Pada bayi yang mengalami asfiksia perlu penanganan yang benar agar tidak menimbulkan kecacatan bayi dan gangguan pada tumbuh kembangnya di kemudian hari. Hal ini terjadi karena kurangnya asupan oksigen pada organ - organ tubuh neonatus, sehingga fungsi kerja organ tidak optimal. Glikogen yang dihasilkan tubuh dalam hati berkurang yang menyebabkan terjadinya ikterus dalam jangka panjang dan kematian dalam jangka pendek. Menurut analisis peneliti asfiksia sebagai penyebab neonatus dimungkinkan karena pertolongan yang tidak cepat dan tepat, prosedur tetap yang belum dijalankan sesuai dengan standar, serta keterlambatan penanganan pada bayi yang asfiksia sehingga menyebabkan bayi meninggal. Asfiksia merupakan penyebab kematian bayi tertinggi yaitu 49-60%. Pengembangan paru bayi baru lahir terjadi pada menit-menit pertama kelahiran dan kemudian disusul dengan pernafasan teratur. Bila terdapat gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin akan terjadi asfiksia. Oleh karena itu asfiksia memerlukan intervensi dan tindakan resusitasi segera untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas. Penyebab apapun yang merupakan latar belakang asfiksia, segera setelah tali pusat dijepit, bayi yang mengalami asfiksia dan tidak mampu memulai pernafasan spontan yang memadai akan mengalami hipoksia yang semakin berat dan secara progresif yang menimbulkan kematian pada bayi (Suprihatiningsih dkk, 2009)

Identifikasi pada bayi yang mengalami asfiksia dapat dilakukan melalui penilaian APGAR skor pada satu dan lima menit kelahiran dengan nilai APGAR <7. Pada umumnya, APGAR digunakan untuk menilai derajat vitalitas bayi baru lahir, tetapi pada pelaksanaannya cukup kompleks karena pada saat bersamaan

penolong persalinan harus menilai 5 parameter yaitu : denyut jantung, usaha bernafas, tonus otot, gerakan dan warna kulit. Sedangkan parameter yang dinilai pada penentuan skor APGAR pun sama meliputi pernafasan, warna kulit, denyut jantung/frekuensi nadi, reaksi rangsangan dan tonus otot (Noor Latifah, 2012).

Menurut IDAI (2005) yang dikutip dalam Diah Utari (2012), untuk menentukan tingkat asfiksia, apakah bayi mengalami asfiksia berat, asfiksia sedang, dan asfiksia ringan atau normal dapat digunakan penilaian APGAR

A : Appearance (warna kulit)

P : Pulse (frekuensi jantung)

G : Grimace (kemampuan refleksi)

A : Activity (tonus otot)

R : Respiration (usaha bernapas)

Dibawah ini tabel untuk menentukan tingkat atau derajat asfiksia yang dialami bayi.

Tabel 2.1 Skor APGAR

Tanda	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	Kurang dari 100 per menit	Lebih dari 100 per menit
Usaha bernafas	Tidak ada	Lambai tidak teratur	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ekstremitas fleksi	Gerakan aktif
Reflek	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat atau melawan
Warna	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan ekstrimitas biru	Tubuh kemerahan

Keterangan : Apabila nilai APGAR

(a) Nilai 7-10 bayi mengalami asfiksia ringan (normal)

(b) Nilai 4-6 bayi mengalami asfiksia sedang

(c) Nilai 0-3 bayi mengalami asfiksia berat

Asfiksia waktu lahir merupakan penyebab utama lahir mati dan kematian neonatal terutama pada bayi berat lahir rendah. Dalam penelitian Priadi Nugraha Prabamurti dkk (2006) mengenai analisis faktor risiko status kematian neonatal menunjukkan hasil nilai OR sebesar 7,85 yang berarti bayi yang pada waktu lahir mengalami asfiksia memiliki risiko kematian neonatal 7,85 kali lebih besar dibanding bayi yang pada waktu lahir tidak mengalami asfiksia.

2.1.5.3.1.4 Berat Bayi Lahir

Berat bayi lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Menurut Depkes RI (1996) bayi berat lahir rendah ialah bayi yang lahir dengan berat lahir < 2500 gram, tanpa memperhatikan lamanya kehamilan ibunya (Elisabeth Siwi Walyani, 2015: 155).

Pada Kongres “*European Perinatal Medicine*” ke II di London (1970) dibuat keseragaman definisi yaitu (Elisabeth Siwi Walyani, 2015: 155) :

- a) Bayi kurang bulan : bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari.
- b) Bayi cukup bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai 42 minggu (259 hari-293 hari).
- c) Bayi lebih bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).

Dalam penelitian Suprihatiningsih (2009), menyatakan bahwa penyebab kematian bayi karena BBLR 15-20% menduduki urutan ketiga setelah infeksi.

BBLR meninggal dikarenakan pada BBLR banyak menghadapi masalah yaitu lemak kulit dan lemak coklat kurang, serta kemampuan metabolisme rendah, sehingga bayi mudah kehilangan panas dan terjadi hipotermi yang dapat menyebabkan kematian pada bayi. Masalah lain yang dihadapi BBLR adalah alat pencernaan belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan dan pengosongan lambung berkurang. Hepar belum matang dan mudah terjadi gangguan pemecahan bilirubin, sehingga mudah terjadi hiperbilirubinemia (kuning). Ginjal belum matang yang mengakibatkan kemampuan pembuang sisa metabolisme dan air masih belum sempurna, sehingga terjadi edema. Menurut analisis, BBLR terjadi dimungkinkan karena bayi kehilangan suhu badan, perkembangan paru - paru yang belum matang, kurangnya pengetahuan keluarga dalam perawatan bayi dengan BBLR, sehingga terjadi kematian pada neonatus. Bayi yang lahir dengan berat badan yang kurang baik tidak selalu lahir dengan kondisi yang tidak sehat, ada juga BBLR dengan kondisi yang sehat, namun karena penanganan yang tidak tepat sehingga bayi meninggal.

Hasil penelitian Ummul Mahmudah (2010) menyebutkan bayi dengan BBLR mempunyai risiko 7,570 kali lebih besar untuk terjadinya kematian perinatal dibandingkan bayi yang tidak BBLR.

2.1.5.3.1.5 Hipotermia

Hipotermia merupakan salah satu kondisi yang mempengaruhi keadaan bayi akibat faktor lingkungan. Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh bayi $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin.

Tanda - tanda klinis hipotermia adalah 1) hipotermia sedang (suhu tubuh 32°C - $<36^{\circ}\text{C}$), tanda - tandanya antara lain : kaki terasa dingin, kemampuan menghisap lemah, tangisan lemah dan kulit berwarna tidak rata atau disebut kutis marmorata, 2) Hipotermia berat (suhu tubuh $< 32^{\circ}\text{C}$), tanda - tandanya antara lain : sama dengan hipotermia sedang, dan disertai dengan pernafasan lambat tidak teratur, bunyi jantung lambat, terkadang disertai hipoglikemi dan asidosisi metabolik, 3) stadium lanjut hipotermia, tanda - tandanya antara lain muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema) (Elisabeth Siwi Walyani, 2015: 146-147).

Bayi baru lahir yang mudah mengalami hipotermia dapat menyebabkan penurunan kadar glukosa tubuh. Bayi dengan riwayat hipotermia berisiko 1,1 kali lebih besar untuk mengalami kematian neonatal dini dibandingkan dengan bayi dengan riwayat hipotermia dengan risiko rendah (Andi Zulkifli dkk, 2012: 287).

2.2 KERANGKA TEORI

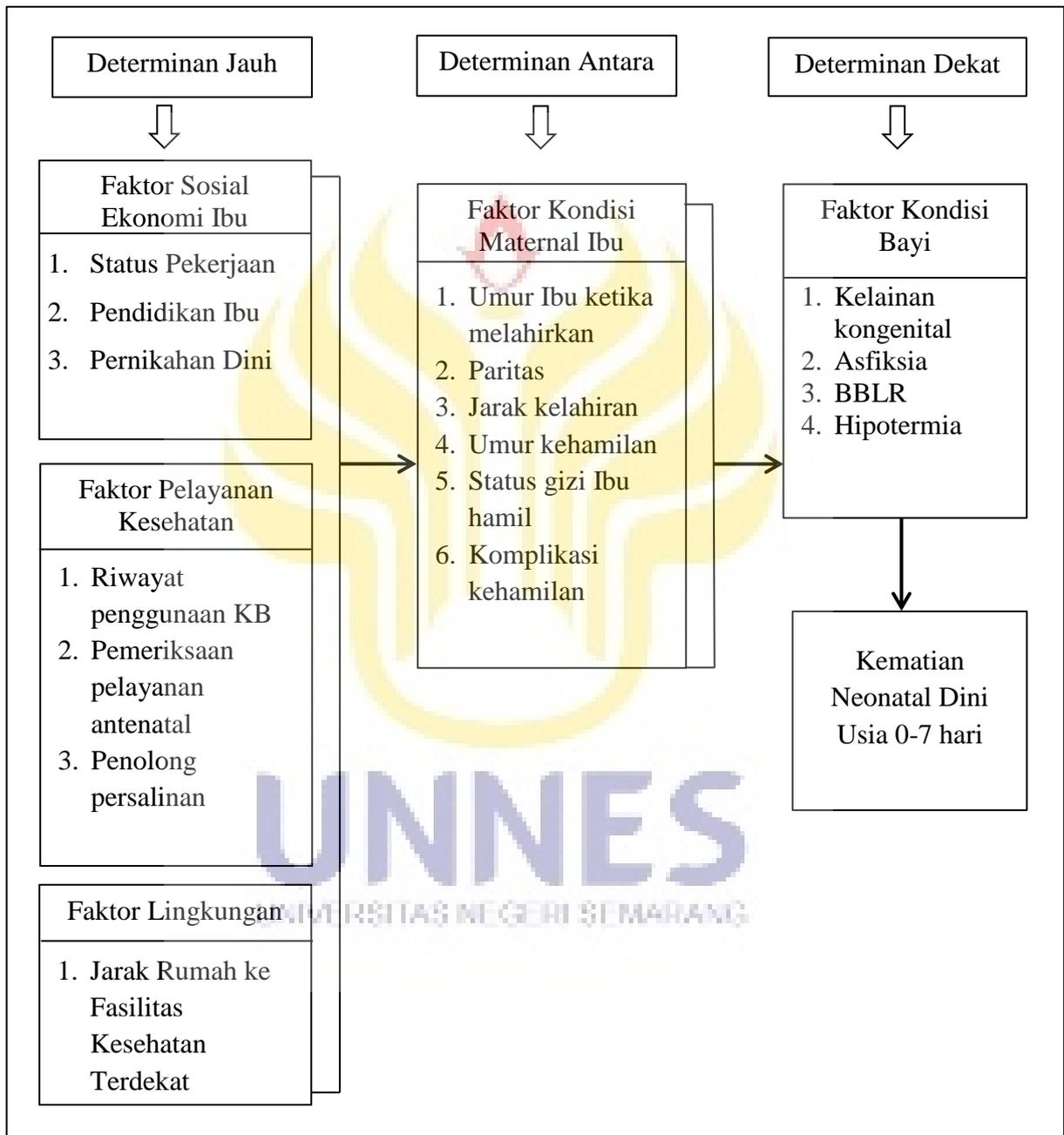
Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari yang bersumber dari modifikasi Carine Ronsmans dan Celester sebagai berikut :

Faktor – faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari dibagi menjadi determinan jauh determinan antara dan determinan dekat. Determinan jauh secara langsung akan mempengaruhi determinan antara dan secara tidak langsung mempengaruhi determinan dekat. Determinan jauh meliputi faktor sosial ekonomi, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor lingkungan. Yang termasuk dalam faktor sosial ekonomi adalah status pekerjaan ibu, pendidikan ibu dan pernikahan dini, faktor pelayanan kesehatan meliputi riwayat penggunaan KB, pemeriksaan antenatal care dan penolong persalinan, faktor lingkungan meliputi jarak rumah ke fasilitas kesehatan terdekat.

Determinan antara meliputi faktor kondisi maternal ibu. Faktor kondisi maternal ibu meliputi umur ibu ketika melahirkan, paritas, jarak kelahiran, umur kehamilan, status gizi ibu hamil, dan komplikasi kehamilan.

Determinan dekat meliputi faktor yang secara langsung menjadi penyebab dari kematian neonatal dini sendiri adalah faktor kondisi bayi seperti adanya kelainan kongenital, hipotermia, BBLR dan asfiksia.

Kerangka teori dari Carine Ronsmans dan Celester dapat dilihat sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka teori

Sumber :Modifikasi dari Carine Ronsmans (1996) ; Celester (1980) dalam Noor Latifah (2012) ; Hendang Widayani (2009) ; Andi Zulkifli Abdullah (2012)

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Setelah dilakukan penelitian mengenai faktor - faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari (Studi kasus di 4 puskesmas Kabupaten Banjarnegara), dapat disimpulkan bahwa :

6.1.1 Simpulan Analisis Bivariat :

1. Ada hubungan antara pernikahan dini dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,001$; $OR=7,576$; 95% $CI=2,386-24,058$)
2. Ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,007$; $OR=5,547$; 95% $CI=1,690-18,203$)
3. Ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,0001$; $OR=8,381$; 95% $CI=2,668-26,328$)
4. Ada hubungan antara status gizi ibu hamil dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,005$; $OR=5,227$; 95% $CI=1,757-15,550$)
5. Ada hubungan antara umur kehamilan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,042$; $OR=4,263$; 95% $CI=1,192-15,252$)
6. Ada hubungan antara berat bayi lahir dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,0001$; $OR=11,333$; 95% $CI=2,837-45,272$)
7. Ada hubungan antara asfiksia dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,002$; $OR=6,234$; 95% $CI=2,038-19,069$)

8. Ada hubungan antara jarak rumah ke fasilitas kesehatan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,004$;OR=6,314 ; 95% CI=1,921-20,758)
9. Tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,506$;OR=1,969 ; 95% CI=0,512-7,563)
10. Tidak ada hubungan antara riwayat penggunaan KB dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,184$;OR=0,422; 95% CI=0,145-1,233)
11. Tidak ada hubungan antara umur ibu melahirkan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,063$; OR=3,214 ; 95% CI=1,072-9,634)
12. Tidak ada hubungan antara paritas dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,162$;OR=0,380 ; CI=0,121-1,197)
13. Tidak ada hubungan antara penolong persalinan dengan kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari ($p=0,104$;OR=0,139 ; CI=0,016-1,232)

6.1.2 Simpulan Analisis Kualitatif

1. Dari hasil kajian kualitatif mengenai pernikahan dini pada kelompok kasus dan kontrol, diketahui 26 responden menikah dini pada usia <20 tahun dengan alasan 38,5% (10 responden) karena tidak ada keinginan melanjutkan sekolah, 38,5% (10 responden) karena faktor ekonomi dan kultur budaya menikah di lingkungan sekitar, 7,7% (2 responden) dipinang setelah lulus sekolah terakhir dan memilih menikah, 3,8% (1 responden) putus sekolah dan memilih menikah, 11,5% (3 responden) mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD).

2. Pada kasus kematian neonatal dini usia 0 sampai 7 hari, sebagian besar terjadi pada ibu yang memiliki riwayat komplikasi kehamilan (77,4%), ibu dengan kondisi KEK (64,5%) dan ibu dengan umur berisiko (48,4%)
3. Masih terdapat penolong persalinan oleh dukun (3,2%) tanpa pendampingan oleh bidan, sehingga memperlambat bayi mendapatkan penanganan oleh tenaga kesehatan pada kasus bayi lahir dengan berat sangat rendah sehingga bayi tidak terselamatkan.
4. Kasus kematian neonatal dini yang disebabkan BBLR (54,8%) dan asfiksia (64,5%) yang tidak terselamatkan juga disebabkan adanya faktor lain selain faktor langsung kondisi bayi seperti :
 - 4.1 faktor keterlambatan merujuk yang disebabkan kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga dalam mengenali kondisi bayi yang mengakibatkan keterlambatan dalam penanganan pada kasus BBLR dan asfiksia yang sudah disertai komplikasi lain.
 - 4.2 Keterlambatan merujuk yang disebabkan jarak yang jauh menuju tempat rujukan pada kasus bayi meninggal diperjalanan dan atau meninggal setiba ditempat rujukan sebelum mendapat penanganan medis.
 - 4.3 Kesalahan dalam mengambil keputusan oleh keluarga pada kasus pulang paksa dari rumah sakit pada bayi yang seharusnya masih mendapat perawatan dan penanganan medis.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan dan instansi Terkait

Meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang faktor - faktor risiko, penyebab kematian bayi dan upaya pencegahan kematian bayi kepada para ibu dan calon ibu serta keluarga untuk memberikan perhatian kepada ibu hamil mengingat masih ada beberapa ibu yang bekerja pada saat sedang hamil yang menunjukkan kurangnya perhatian lingkungan kepada ibu hamil.

6.2.2 Bagi Masyarakat

1. Tidak melakukan pernikahan dini usia <20 tahun
2. Ibu diharapkan menjaga diri dari pekerjaan yang berat dan meningkatkan serta menjaga asupan gizi ketika hamil.
3. Memeriksa dan mengkonsultasikan kehamilan dengan rutin di fasilitas kesehatan terutama pada ibu hamil dengan risiko tinggi supaya tidak terlambat dalam deteksi dini mengenali komplikasi kehamilan

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian yang serupa diharapkan melanjutkan dengan desain yang lebih baik seperti desain studi kohort dengan sampel yang lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Andi Zulkifli., dkk, 2012, *Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Rumah Sakit Bersalin*, Kesmas, Volume 6, No 6, hlm.283-288.
- Angka Kematian Bayi dan Ibu di Banjarnegara Tertinggi di Jateng, diakses tanggal 29 juni 2015 <http://www.pikiran-rakyat.com/nasional/2013/04/23/232142/angka-kematian-bayi-dan-ibu-di-banjarnegara-tertinggi-di-jateng>.
- Astri, Indrhayani., Ikhsan Muhammad., Rahma., 2012, *Analisis Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan ANAK Pertiwi Kota Makassar Tahun 2011-2012*, FKM Universitas Hasanuddin.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2014, *Telaah Program KKBPK Provinsi Jawa Tengah Semester I TH 2014*, BKKBN Jateng.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013, *Riset Kesehatan Dasar*, Kemenkes RI.
- Bashir, et al, 2013, *Neonatal Mortality In Sudan : Analysis Of The Sudan Household Survey 2010*, BMC Public Health, Volume 13, No 287, hlm.1-9.
- BKKBN, 2011, *Perkawinan Muda di Kalangan Perempuan*, Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan, Seri 1 No 6, Desember 2011, hlm.1-4.
- Data Statistik Indonesia , 2013 , *Angka Kematian Bayi* , Statistik Indonesia, Jakarta.
- Diallo, AH., et al., 2011, *The High Burden Of Infant Deaths In Rural Burkina Faso: A Prospective community-Based Cohort Study*, BMC Public Health, Volume 12, No 739, hlm.1-15.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara, 2014, *Laporan Kematian Bayi Kabupaten Banjarnegara Tahun 2014*, DINKES, Banjarnegara.
- _____, 2014, *Profil Kesehatan Kabupaten Banjarnegara 2014*, DINKES, Banjarnegara.

- _____, 2015, *Laporan Kematian Bayi Kabupaten Banjarnegara Bagian KIA Tahun 2015*, DINKES, Banjarnegara.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, 2012, *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2012*, DINKES, Semarang.
- _____, 2013, *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2013*, DINKES, Semarang.
- _____, 2014, *Buku Saku Kesehatan*, DINKES, Semarang.
- Efendi, Albert, 2014, *Hubungan Umur Ibu Melahirkan, Jarak Kelahiran, dan Berat Bayi Lahir Rendah Terhadap Angka Kematian Neonatal di Rumah Sakit PHC Surabaya Tahun 2013*, Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya.
- Effendi, Sjarif Hidayat, 2014, *Penanganan Bayi dengan Kelainan Kongenital dan Konseling Genetik*, Universitas Padjajaran.
- Efriza, 2007, *Determinan Kematian Neonatal Dini di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*, Kesmas, Volume 2, No 3, hlm. 99-105.
- Ekayani, 2009, *Faktor Sosiodemografi Medis Maternal Status Gizi dan Pemeriksaan Antenatal yang Rendah Meningkatkan Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat*, Jurnal Politeknik Kemenkes Mataram, Volume 8, No 4, hlm.24-32.
- Ensor, T, et. al, 2010, *The Impact of Economic Recession on Maternal, and Infant Mortality: Lesson from History*, BMC Public Health, Volume 10, No, 727, hlm.1-9.
- Fadlyana, Eddy, 2009, *Pernikahan Usia Dini dan Permasalahannya*, Universitas Padjajaran, Sari Pediatri, Volume 11, No 2.
- Jehan, Imtiaz, et al, 2009, *Neonatal Mortality, Risk Factors and Causes : a Prospective Population-based Cohort Study in Urban Pakistan*, Bull Word Health Organ 2009 ; 87, hlm. 130-138.

- Kementerian Kesehatan RI, 2015, *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, Kemenkes RI.
- Ki-Moon, Ban, 2015, *The Millennium Development Goals Report 2015*, United Nations, New York.
- Latifah, Noor, 2012, *Hubungan Frekuensi Kunjungan ANC Selama Kehamilan dengan Kejadian Kematian Neonatal (Analisis Data SDKI 2007)*, FKM Universitas Indonesia.
- Mahmudah, Ummul, dkk, 2011, *Faktor Ibu dan Bayi yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Perinatal*, Kemas, Volume 7, No 1, hlm.41-50.
- Manfaat Imunisasi Bagi Bayi*, Diakses tanggal 20 April 2015, (<http://cardiacku.blogspot.com/2013/06/manfaat-imunisasi-bagi-bayi.html>).
- Mujiati, Inti, 2013, *Pelayanan KB Pasca Persalinan dalam Upaya Mendukung Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu*, Buletin Jendela & Informasi Kesehatan, Volume 2, hlm.1-38.
- Murti, Bhisma, 2003, *Prinsip Dan Metode Riset Epidemiologi*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Musrifa, 2014, *Paparan Asap Rokok Sebagai Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat*, Tesis, Universitas Udayana Denpasar.
- Nelson, 2000, *Ilmu Kesehatan Anak*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho, Leonardo Cahyo, 2012, *Perbedaan Luaran Janin pada Persalinan Preterm Usia Kehamilan 34-36 Minggu dengan dan Tanpa Ketuban Pecah Dini*, Karya Tulis Ilmiah, Universitas Diponegoro.
- Nur Muslihatun, Wafi, 2010, *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*, Fitramaya, Yogyakarta.

Pencanangan Kesatuan Gerak PKK-KB-Kesehatan, diakses tanggal 29 Juni 2015
<http://banjarnegarakab.go.id/v3/index.php/berita-165/sosial-budaya/2275-pencanangan-kesatuan-gerak-pkk-kb-kesehatan>.

Petunjuk Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I, 2012, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Prabamurti, Priyadi Nugraha, dkk, 2006, *Analisis Faktor Risiko Kematian Neonatal di Kecamatan Losari Kabupaten Brebes Tahun 2006*, Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, Volume 3, No 1, hlm.1-9.

Prasetyawati, AE, 2012, *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Dalam Millenium Development Goals (MDGs)*, Nuha Medika, Yogyakarta.

Prawirohardjo, Sarwono, W, Hanifa, 1997 , *Ilmu Kebidanan*, Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.

Prawirohardjo, Sarwono, 2008, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, YBP-SP, Jakarta.

Pudiasuti, RD, 2011, *Buku Ajar: Kebidanan Komunitas*, Nuha Medika, Yogyakarta.

Ronsmans, Carine, 1996, *Birth Spacing and Child Survival In Rural Senegal*, International Journal of Epidemiology, Volume 25, No 5, hlm.989-97.

Royston., Armstrong., 1989, *Preventing Maternal Death Terbitan WHO*, Alih Bahasa Pencegahan Kematian Ibu Hamil Oleh Maulany, R.F, 1987, *Perkumpulan Perinasai*, Binarupa Aksara, Jakarta.

Sastroasmoro, Sudigdo, Ismael, Sofyan, 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.

Setyawati, Dina, 2001, *Beberapa Faktor Risiko Kematian Neonatal di Kabupaten Bantul Tahun 2000*, Universitas Diponegoro Semarang.

Siwi Walyani, Elisabeth, 2015, *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*, Pustaka Baru Press, Yogyakarta.

- Sofian, Amru, 2011, *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi* Jilid I, EGC, Jakarta.
- Sugihantono, Anung, 2014, *Pelayanan KB dan Penurunan AKI-AKB di Jawa Tengah*, Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kementerian Kesehatan .
- Sugiyono, 2004, *Metode Penelitian Pendidikan*, Alfabeta, Bandung.
- Sukamti, 2011, *Pengaruh Pelayanan Kesehatan Terhadap Kematian Neonatal Anak Terakhir di Indonesia Analisis Data Riskesdas 2010*, Tesis, Universitas Indonesia.
- Supriatiningsih, dkk, 2009, *Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatus di Kota Metro Tahun 2009*, Jurnal Kesehatan, Volume 2, No 2, hlm.20-26.
- Takiya, 2010, *Umur Kehamilan*, Diakses Tanggal 15 April 2015, (<http://takiya10.blogspot.com/2012/03/umur-kehamilan.html>).
- Umah, Siti Malati, 2014, *Determinan Kematian Neonatal Di Daerah Rural Indonesia Tahun 2008-2012*, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Utari, Diah, 2013, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kematian Neonatal Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Beru Takengon*, STIKES U'Budiyah Banda Aceh.
- Wandira, Arinta Kusuma., Indawati Rachmah., 2012, *Faktor Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Sidoarjo*, Jurnal Biometrika dan Kependudukan, Volume 1, No 1, hlm. 33-42.
- Yandrida, Roslidar, 2005, *Hubungan Faktor Maternal dan Perawatan Bayi dengan Kematian Neonatal pada Keluarga Miskin di Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2004*, Universitas Diponegoro Semarang.