

Pengaruh Perawatan Kehamilan dan Persalinan dengan Kejadian Kematian Neonatal

The Effect of Pregnancy and Childbirth Care with the Incidence of Neonatal Death

Magdalena Paunno¹, Griennsaty Clawdy Siahaya²

^{1,2}Universitas Kristen Indonesia Maluku

Korespondensi: ¹lenapaunno04@gmail.com

Submisi: 23 November 2020; Revisi: 26 Februari 2022; Penerimaan: 24 Maret 2022

ABSTRACT

Background: Maternal care interventions (ANC) can reduce perinatal mortality by up to 75%. Neonatal mortality is closely related to the first 100 days of life starting from conception, the intra-uterine period, or in the womb for 230 days. Neonatal mortality can also be caused by various factors based on the cause, namely: Direct causes related to complications during the newborn and indirect causes related to the mother are hypertension, anemia in pregnancy, quality of care during pregnancy and/or delivery, and maternal mortality. Maternal mortality has some characteristics, such as Condition 4 is categorized as too much (namely too young; too old; too close range; and too much), while Condition 3 is categorized as delay, (being late to recognize the danger signs of childbirth; being late in making decisions; being late in handling by health workers in health facilities). Neonatal mortality refers to death in the 1st 28 days of life. Neonatal deaths are divided into two types, such as early neonatal mortality refers to death before 7 days or 0-6 days, and late neonatal mortality to death on days 7-28. The highest rate of neonatal deaths is perinatal mortality, where intrauterine fetal death occurs from 28 weeks of gestation to the 1st 7 days of life.

Objective: This study was to determine the risk of neonatal death associated with prenatal care and delivery, as well as other factors.

Method: This type of observational research with a quantitative approach is a case-control research design. In this study, the case was neonatal mortality and the exposure was pregnancy care and delivery care. Calculation of the case-control sample size without matching by considering previous studies with a minimal sample studied for 1:1 control cases. Thus, the total number of samples is 86 people. By taking non-probability sampling, it is determined by quota sample.

Results and Discussion: There is a relationship between Neonatal mortality with a P-value of 0.3150, which means being late in recognizing danger signs has a risk of 3.150 times. The Asymptotic Significance (2-sided) value shows a P-value = 0.011 which means that <0.05 then the OR value declared significant or meaningful. While 95% CI showed a value of 1.306-7.600. There is a relationship between age and Neonatal mortality with the Odds value of Haenszel's Mantel Ratio indicated by the Estimate value, which is 3,496, which means that age in the risk category <25 years and >35 years has a risk of 3.496 times that of the age with no risk category 25-35 years. The Asymptotic Significance (2-sided) value shows a P-value = 0.006 which means that <0.05, the OR value is declared significant or significant. While the 95% CI showed a value of 1.438-8.498. There is a relationship between danger signs and Neonatal Mortality, the Odds value of the Haenszel Coat Ratio is indicated by the Estimate value, which is 3.150, which means that the variable late recognizes danger signs has a risk of 3.150 times that of not recognizing danger signs late. The Asymptotic Significance (2-sided) value shows a P-value = 0.011, which means that <0.05, the OR value is declared significant or significant. While 95% CI showed a value of 1.306-7.600.

Conclusion: Pregnancy care and other factors, such as age and danger signs, have a risk of neonatal death compared to delivery care. Pregnant women of reproductive age have a higher risk than the group of live neonates. In the stillbirth group, pregnant women who were late in recognizing danger signs were higher than in the live neonates group.

Keywords: Neonatal Death; Pregnancy and Childbirth Care; RSUD dr. Haulussy Ambon

ABSTRAK

Latar Belakang: Intervensi perawatan ibu hamil (ANC) dapat menurunkan kematian perinatal hingga 75%. Kematian neonatal berkaitan erat dengan 100 hari pertama kehidupan yang dimulai sejak konsepsi, masa intra uteri atau dalam kandungan selama 230 hari. Kematian neonatal juga dapat disebabkan oleh berbagai faktor berdasarkan penyebab yaitu: Penyebab langsung berhubungan dengan komplikasi saat bayi baru lahir dan penyebab tidak langsung berhubungan dengan ibu adalah hipertensi, anemia dalam kehamilan, kualitas perawatan selama hamil, persalinan dan karakteristik ibu meliputi keadaan 4 terlalu (terlalu: muda; tua; jarak dekat; banyak) dan keadaan 3 terlambat yaitu terlambat mengenal: tanda bahaya; mengambil keputusan; terlambat ditolong. Kematian Neonatal adalah kematian terjadi saat bayi baru lahir sampai 28 hari. Kematian neonatal dibagi menjadi 2, yaitu kematian neonatal dini yang terjadi selama minggu pertama kehidupan umur 0-6 hari setelah lahir dan kematian neonatal lanjut yang terjadi umur 7-28 hari setelah lahir. Penyumbang kematian neonatal adalah kematian perinatal dimana terjadi kematian janin intra uteri mulai dari kehamilan 28 minggu sampai 7 hari pertama kehidupan.

Tujuan: Penelitian ini untuk mengetahui risiko kematian neonatal yang berhubungan dengan perawatan kehamilan dan persalinan, serta faktor lainnya.

Metode: Jenis penelitian observasional dengan pendekatan kuantitatif adalah rancangan penelitian Kasus-Kontrol. Dalam penelitian ini sebagai kasus adalah kematian neonatal dan paparan adalah perawatan kehamilan dan perawatan persalinan. Perhitungan besar sampel kasus kontrol tanpa matching dengan mempertimbangkan penelitian sebelumnya dengan sampel minimal yang diteliti untuk kasus kontrol 1:1. sehingga jumlah sampel total adalah 86 orang. Dengan Cara pengambilan *non probability sampling*, ditentukan secara *quota sample*.

Hasil dan Pembahasan: Adanya hubungan antara kematian Neonatal dengan nilai *Pvalue* 0,3150 yang artinya terlambat mengenal tanda bahaya mempunyai risiko sebesar 3,150 kali lipat Nilai *Asymptotic Significance (2-sided)* menunjukkan nilai *Pvalue*=0,011 yang berarti bahwa <0,05 maka nilai OR dinyatakan signifikan atau bermakna. Sedangkan 95% CI menunjukkan nilai 1,306-7,600. Ada hubungan antara umur dengan kematian Neonatal dengan nilai *Odds Rasio Mantel Haenszel* ditunjukkan dengan nilai *Estimate* yaitu 3,496 yang artinya umur dengan kategori beresiko <25 tahun dan >35 tahun mempunyai resiko sebesar 3,496 kali lipat dari pada umur dengan kategori tidak beresiko 25-35 tahun. Nilai *Asymptotic Significance (2-sided)* menunjukkan nilai *Pvalue*=0,006 yang berarti bahwa <0,05 maka nilai OR dinyatakan signifikan atau bermakna. Sedangkan 95% CI menunjukkan nilai 1,438-8,498. Ada hubungan tanda bahaya dengan Kematian Neonatal nilai *Odds Rasio Mantel Haenszel* ditunjukkan dengan nilai *Estimate* yaitu 3,150 yang artinya variabel terlambat mengenal tanda bahaya mempunyai resiko sebesar 3,150 kali lipat dari tidak terlambat mengenal tanda bahaya. Nilai *Asymptotic Significance (2-sided)* menunjukkan nilai *Pvalue*=0,011 yang berarti bahwa <0,05 maka nilai OR dinyatakan signifikan atau bermakna. Sedangkan 95% CI menunjukkan nilai 1,306-7,600.

Kesimpulan: perawatan kehamilan serta faktor lainnya yaitu umur dan tanda bahaya memiliki risiko 1kali beriko terhadap kematian Neonatal dibandingkan dengan perawatan Persalinan. lebih besar ibu hamil umur reproduksi beresiko di bandingkan dengan kelompok neonatal hidup. Pada kelompok lahir mati lebih besar ibu hamil yang terlambat mengenal tanda bahaya di banding kelompok neonatal hidup.

Kata kunci: Kematian Neonatal; Perawatan kehamilan dan persalinan; RSUD dr. Haulussy Ambon

PENDAHULUAN

Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan 2015-2019 menyatakan bahwa Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama meliputi paradigma sehat, Pada pilar penguatan pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko termasuk pelayanan perawatan Ibu dan anak yang adalah merupakan kelompok berisiko tinggi terhadap kesakitan dan kematian.¹ Ibu yang sehat akan melahirkan bayi yang sehat pula. AKI dan AKB merupakan salah satu indikator utama dalam peningkatan mutu atau status derajat kesehatan masyarakat di suatu daerah.² Untuk dapat mengetahui suatu risiko kehamilan maka dilakukan pendekatan pendekatan *Continuum Of Care* agar dapat diketahui faktor – faktor apa yang mempengaruhi kesenjangan tersebut.³ Penerapan perawatan *Continuum Of Care* ibu hamil meliputi perawatan kehamilan minimal 4 kali (K1 sampai K4) dengan pemberian layanan 10T terintegrasi Program Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan untuk perawatan persalinan dibuat perawatan melekat berdasar alat ukur partograf berkontribusi menekan kematian neonatal.

Partograf adalah catatan grafis kemajuan persalinan yang relevan tentang kesejahteraan ibu dan janin. Memiliki garis tindakan dan garis peringatan untuk dimulainya intervensi tambahan oleh Bidan ataupun Dokter SPOG untuk kemajuan

persalinan dalam mencegah gangguan persalinan, yang merupakan penyebab utama ibu dan bayi kematian, terutama di negara berkembang.⁴ Partograf digunakan bagi semua ibu bersalin saat fase aktif kala satu. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal ataupun patologis. Partografakan sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyuli. Jika partograf digunakan secara tepat dan konsisten, maka partografakan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinn, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit, menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko penolong persalinan yang mempengaruhi kejadian partus lama berdasarkan analisis multivariat adalah tidak menerapkan partograf (OR= 6,667; 95% CI: 4,432 – 62,671; p= 0,0001). Hasil kajian kualitatif menunjukkan bahwa pelatihan APN belum menjangkau semua bidan dan belum diterapkannya partograf dengan baik karena kurang adanya pengawasan. Perawatan masa hamil sesuai standart, berkualitas tergolong perawatan di saat 1000 hari pertama kehidupan dan persalinan sangat menentukan keberlangsungan hidup anak

dapat menekan kematian perinatal hingga 75% menyumbang tinggi kematian neonatal. Kematian neonatal adalah kematian janin intra uteri umur kehamilan 28 minggu sampai umur anak 7 hari setelah lahir atau neonatal pertama. Kematian neonatal adalah kematian bayi umur 0 hari sampai 28 hari yang dibagi 2 yaitu; kematian neonatal pertama umur 0-7 hari setelah lahir; neonatal dua umur 8-28 hari setelah lahir.⁶

Perawatan kehamilan sesuai standar adalah minimal perawatan selama hamil 4 kali yaitu perawatan 1 kali saat usia kehamilan ibu 0-14 minggu, 14-28 minggu, dan trimester tiga kehamilan sebanyak 2 kali yaitu satu kali saat umur kehamilan 28-32 minggu, satu kali pada usia kehamilan 32-40 minggu dengan mendapat kualitas perawatan kehamilan antenatal care (ANC) 10 T terintegrasi meliputi; Timbang berat badan; ukur Tekanan darah, ukur Tinggi *fundus uteri*; pemberian imunisasi Vaksinasi tetanus sebanyak 2 kali; pemberian Tablet zat besi 90 tablet selama hamil; Tetapkan status gizi dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA); Tes laboratorium; Temu wicara untuk mendapat penjelasan; Tatalaksana kasus; Temu wicara untuk mendapatkan pengobatan.⁷

Perawatan persalinan sesuai alat pantau persalinan yaitu partograf bertujuan agar dapat melakukan deteksi dini adanya penyulit dalam persalinan agar segera diberikan tindakan segera sehingga tidak mengancam jiwa ibu apalagi bayi. Perawatan segera Bayi Baru Lahir (BBL) kurang optimal akan menyebabkan tinggi kematian neonatal disebabkan karena penyesuaian tubuh BBL dari intra uteri ke ekstra uteri. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar perawatan kehamilan dikelola sesuai standar dan bermutu serta perawatan masa persalinan dikelola dengan menggunakan alat pantau persalinan dan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir sesuai standar.

Kematian Neonatal adalah kematian terjadi saat bayi baru lahir sampai 28 hari. Kematian neonatal dibagi menjadi 2, yaitu kematian neonatal dini yang terjadi selama minggu pertama kehidupan

umur 0-6 hari setelah lahir dan kematian neonatal lanjut yang terjadi umur 7-28 hari setelah lahir. Penyumbang kematian neonatal adalah kematian perinatal perinatal dimana terjadi kematian janin intra uteri mulai dari kehamilan 28 minggu sampai 7 hari pertama kehidupan.

Beberapa upaya kesehatan telah dilakukan untuk mengendalikan risiko kematian perinatal dan neonatal seperti perawatan masa hamil penolong persalinan. Data persalinan di fasilitas kesehatan yang ditolong bidan 62,56%, dokter spesialis kebidanan 30% namun masih di Indonesia kematian bayi 185/hari, dengan Angka Kematian Neonatal (AKN) 15/1000 Kelahiran Hidup. Terbukti ada penurunannya dilihat dari capaian SDKI tahun 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Kematian neonatal berkaitan erat dengan 100 hari pertama kehidupan diawali dengan masa kehamilan 230 hari.⁸

Untuk memberikan asuhan persalinan yang adekuat sebagai upaya menekan angka kematian ibu (AKI) dan bayi baru lahir (AKB), dalam persalinan tenaga kesehatan dianjurkan menggunakan partograf sebagai alat pantau kemajuan persalinan dan mengambil keputusan yang tepat bila ditemukan keadaan patologis. Partograf telah terbukti efektif untuk mencegah persalinan lama yang punya dampak buruk untuk ibu apalagi janin, serta mendeteksi kelainan dalam persalinan.

Kematian neonatal juga dapat disebabkan oleh berbagai faktor berdasarkan penyebab yaitu: Penyebab langsung berhubungan dengan komplikasi saat bayi baru lahir yaitu: asfiksia; sepsis; infeksi; Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Penyebab tidak langsung berhubungan dengan ibu terbanyak adalah ibu hamil dengan hipertensi, anemia dalam kehamilan, kualitas perawatan selama hamil, persalinan dan karakteristik ibu meliputi keadaan 4 terlalu (terlalu: muda; tua; jarak dekat; banyak) dan keadaan 3 terlambat yaitu terlambat mengenal: tanda bahaya; mengambil keputusan; terlambat ditolong.

Hasil observasi awal dari rumah sakit umum daerah (RSUD) M. Haulussy Ambon memperlihatkan bahwa jumlah kematian perinatal, neonatal sangat tinggi bahkan meningkat jika dibanding angka nasional yaitu: sebanyak 124 tahun 2018 sangat tinggi kematian 0 hari sebanyak 84 dan terbanyak lahir mati 65. Data ini meningkat di tahun 2019 yaitu

dalam 7 bulan saja sudah mencapai 112 yang paling tinggi kematian 0 hari sebanyak 70 terbanyak lahir mati 48 dengan rata-rata penyebab kematian adalah asfiksia, sepsis, berat badan lahir sangat rendah (BBLSR). Jika dibanding capaian secara nasional 15 per 1000 kelahiran hidup maka Maluku sangat tinggi, itu berarti kematian perinatal, neonatal di Maluku sangat tinggi karena hanya data di 1 rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data terkait besar risiko perawatan selama hamil melalui ANC 10 T perawatan dalam persalinan melalui kepatuhan bidan menggunakan partograf dalam memantau persalinan terhadap kematian neonatal di kota Ambon.

METODE

Jenis penelitian observasional dengan rancangan kasus-kontrol dengan pendekatan kuantitatif adalah rancangan penelitian epidemiologi yang mempelajari hubungan antara suatu kasus dengan paparan. Dalam penelitian ini sebagai kasus adalah kematian neonatal dan paparan adalah perawatan kehamilan dan perawatan persalinan. Penelitian dimulai dengan menentukan kelompok kasus dan kelompok kontrol. Pertama dilakukan pengumpulan data secara retrospektif untuk melihat besarnya paparan di masa lalu (perawatan kehamilan dan

perawatan persalinan) terhadap yang akan diteliti pada saat ini (kematian neonatal). Rancangan kasus kontrol memungkinkan untuk mengetahui adanya paparan lain yang diduga sebagai faktor risiko terhadap efek yang diteliti.

Besar Sampel

Perhitungan besar sampel kasus kontrol tanpa matching dengan mempertimbangkan penelitian sebelumnya dengan sampel minimal yang diteliti untuk kasus kontrol 1:1 adalah 43:43 sehingga jumlah sampel total adalah 86 orang. Dengan Cara pengambilan *non probability sampling*, ditentukan secara *quota sample*. Dimana besaran sampel yang akan diteliti sudah ditetapkan sebelum penelitian dimulai yaitu 43 kasus dan 43 sampel. Sampel diambil dengan ketentuan dasar memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Analisis Univariat

Karakteristik responden Tabel 1 menunjukkan distribusi karakteristik responden pada kelompok kematian neonatal dan neonatal hidup.

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Responden Kelompok Kematian Neonatal dan Kelompok Neonatal Hidup di RSUD dr. M. Haulussy Kota Ambon

Karakteristik responden	Kasus Kematian Neonatal		Kontrol Neonatal Hidup		Total	
	n	%	n	%	n	%
Perawatan Kehamilan						
Perawatan Kehamilan tidak terpenuhi	26	60,5	14	32,6	40	46,5
Perawatan Kehamilan terpenuhi	17	39,5	29	67,4	46	53,5
Total	43	100	43	100	86	100
Perawatan Persalinan						
Perawatan Persalinan tidak terpenuhi	30	52,6	27	47,4	57	66,3
Perawatan Persalinan terpenuhi	13	44,8	16	55,2	29	33,7
Total	43	100	43	100	86	100
Usia						
Beresiko, usia <20 tahun dan >35 tahun	26	60,5	15	34,9	41	47,7
Tidak beresiko, usia 20-35 tahun	17	39,5	28	65,1	45	52,3
Total	43	100	43	100	86	100

Jarak hamil						
Beresiko, jarak Hamil <2 tahun	21	48,8	18	41,9	39	45,3
Tidak beresiko, jarak Hamil >2 tahun	22	51,2	25	58,1	47	50
Total	43	100	43	100	86	100
Terlalu Banyak Anak						
Beresiko, >4 kali	9	20,9	6	14,0	15	17,4
Tidak beresiko, <4 kali	34	78,1	37	86,0	71	82,6
Total	43	100	43	100	86	100
Terlambat Mengenal Tanda Bahaya						
Beresiko, terlambat mengenal tanda bahaya	32	74,4	20	46,5	52	60,5
Tidak beresiko, tidak terlambat mengenal tanda bahaya	11	26,5	23	53,5	34	39,5
Total	43	100	43	100	86	100
Terlambat merujuk						
Beresiko, terlambat merujuk	5	11,6	10	23,3	15	17,4
Tidak beresiko, tidak terlambat merujuk	38	88,4	33	76,7	71	82,6
Total	43	100	43	100	86	100
Terlambat mendapat pertolongan						
Beresiko, terlambat mendapat pertolongan	11	25,6	4	9,3	15	17,4
Tidak beresiko, tidak terlambat mendapat pertolongan	32	74,4	39	90,7	71	82,6
Total	43	100	43	100	86	100

Keterangan : Analisis Deskrips

Berdasarkan Karakteristik Responden Kelompok Kematian Neonatal dan Kelompok Neonatal Hidup di RSUD dr. M. Haulussy Kota Ambon pada tabel 1

di atas, diketahui responden kasus sebanyak 43 responden dan pada kelompok kontrol Neonatal hidup sebanyak 43 Responden.

Tabel 2 Hubungan Perawatan Kehamilan, Perawatan Persalinan, Umur, Paritas, Terlalu Banyak Anak, Terlambat Mengenal Tanda Bahaya, Terlambat Merujuk dan Terlambat Mendapat Pertolongan dengan kejadian Kematian Neonatal di RSUD Dr.M. Haulussy Kota Ambon

Variabel	Kasus n= 43	Kontrol n=43	p-value	Contingency Coefficient
Perawatan Kehamilan				
Perawatan Kehamilan tidak terpenuhi	26 (60,5)	14 (32,6)	0,009*	0,269
Perawatan Kehamilan terpenuhi	17 (39,5)	42 (67,4)		
Perawatan Persalinan				
Perawatan Persalinan tidak terpenuhi	30 (52,6)	27 (47,4)	0,494	0,074
Perawatan Persalinan terpenuhi	13 (44,8)	16 (55,2)		
Usia				
Beresiko, usia <20 tahun dan >35 tahun	26 (60,5)	15 (34,9)	0,018*	0,248
Tidak beresiko, usia 20-35 tahun	17 (39,5)	28 (65,1)		
Jarak hamil				
Beresiko, jarak Hamil <2 tahun	21 (48,8)	18 (41,9)	0,516	0,070
Tidak beresiko, jarak Hamil >2 tahun	22 (51,2)	25 (58,1)		

Terlalu Banyak Anak				
Beresiko, >4 kali	9 (20,9)	6 (14,0)		
Tidak beresiko, <4 kali	34 (78,1)	37	0,394	0,092
Terlambat Mengenal Tanda Bahaya				
Beresiko, terlambat mengenal tanda bahaya	32 (74,4)	20 (46,5)		
Tidak beresiko, tidak terlambat mengenal tanda bahaya	11 (26,6)	23 (53,5)	0,008*	0,274
Terlambat merujuk				
Beresiko, terlambat merujuk	5 (11,6)	10 (23,3)		
Tidak beresiko, tidak terlambat merujuk	38 (88,4)	33 (76,7)	0,155	0,151
Terlambat mendapat pertolongan				
Beresiko, terlambat mendapat pertolongan	11 (25,6)	4 (9,3)		
Tidak beresiko, tidak terlambat mendapat pertolongan	32 (74,4)	39 (90,7)	0,086	0,210

Keterangan : Analisis Bivariat

Berdasarkan tabel 2 di atas, didapatkan hasil adanya hubungan antara kematian neonatal dan variabel perawatan kehamilan dengan nilai *Pvalue* 0,030 atau $\alpha < 0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keeratan 0,248, variabel umur 0,009 atau $\alpha < 0,05$ dengan *Contingency Coefficient* 0,290 dan variabel terlambat mengenal tanda bahaya dengan *Pvalue* 0,017 atau $\alpha < 0,05$ dengan *Contingency Coefficient* 0,269.

Analisis Multivariat

Analisis Multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan variabel bebas resiko perawatan ibu hamil dan perawatan persalinan tidak terpenuhi terhadap variabel terikat kejadian kematian neonatal secara bersama-sama dengan mengontrol variabel luar (perawatan kehamilan, usia dan terlambat mengenal tanda bahaya). Uji hipotesis dalam kasus ini menggunakan uji *Regresi Logistic*.

Tabel 3 Perkiraan Odds Ratio (OR) Analisis Multivariable Perawatan Persalinan, Umur dan Terlambat Mengenal Tanda Bahaya terhadap Kematian Neonatal di RSUD Dr.M. Haulussy, Kota Ambon

Variabel	OR	95% CI
Perawatan kehamilan	0,374	0,146-0,962
Umur	2,820	1,100-7,228
Terlambat mengenal tanda bahaya	2,880	1,120-7,401
R ²		0,181
N		86

Pada variabel perawatan kehamilan didapatkan nilai OR 0,374 dengan 95% CI 0,146- 0,962, pada variabel umur diperoleh nilai OR 2,820 dengan 95% CI 1,100-7,228 dan variabel telambat mengenal tanda bahaya bernilai OR 2,880 dengan 95% CI 1,120-7,401. Nilai R² di uji multivariate ini disimpulkan bahwa variabel perawatan kehamilan, umur, dan terlambat mengenal tanda bahaya memberikan kontribusi sebesar 0,181 dalam memprediksi kejadian kematian neonatal adalah perawatan kehamilan 1 kali beresiko terhadap kematian Neonatal.

PEMBAHASAN

Hubungan Perawatan Kehamilan dengan Kematian Neonatal

Perawatan ibu hamil merupakan faktor resiko terhadap kematian neonatal, Hal inidi buktikan melalui hasil uji analisis bivariate dan multivariate. Hasil penelitian ini mendukung penelitian⁹ yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kematian neonatal dengan pemeriksaan kehamilan yang diperoleh saat kunjungan

perawatan. Menurut Mosley dan Chan (1988) dalam¹⁰, determinan dekat kematian bayi termasuk didalamnya kematian neonatal adalah ini perawatan kehamilan atau (ANC).

Perawatan saat hamil dikatakan bermutu jika sesuai standar yaitu, jika ibu hamil melakukan kunjungan pemeriksaan perawatan kehamilan minimal 4 kali tepat waktu masing-masing; 1 kali pada usia hamil sebelum 3 bulan, 1 kali saat usia hamil 4 – 6 bulan dan dua kali pada usia hamil 7 – 9 bulan. Selama pemeriksaan memperoleh perawatan bermutu terintegrasi meliputi perawatan: Timbang berat badan; ukur Tekanan darah, ukur Tinggi *fundus uteri*; pemberian imunisasi Vaksinasi tetanus sebanyak 2 kali; pemberian Tablet zat besi 90 tablet selama hamil; Tetapkan status gizi dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA); Tes laboratorium; Tatalaksana kasus; Temu wicara untuk mendapatkan pengobatan. Hasil riset menunjukkan bahwa perawatan selama hamil tidak adekuat karena ibu hamil tidak melakukan kunjungan sesuai dengan ketentuan sehingga ibu tidak mendapat informasi apalagi perawatan sesuai kebutuhan padahal, tiap ibu hamil dianggap memiliki risiko buruk terhadap dirinya maupun terhadap janin yang dikandung sehingga perawatan sesuai waktu sangat diperlukan. Standar waktu pelayanan tersebut bertujuan agar dapat memberikan perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko melalui integrasi program pelayanan kesehatan selama hamil, sehingga dilakukan upaya pencegahan, dan jika ditemukan diberikan intervensi untuk mencegah terjadi komplikasi kehamilan apalagi persalinan.

Program-program yang di integrasikan dalam pelayanan antenatal terintegrasi meliputi: a. Maternal Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) b. Antisipasi Defisiensi Gizi dalam Kehamilan (Andika) c. Pencegahan dan Pengobatan IMS/ISR dalam Kehamilan (PIDK) d. Eliminasi Sifilis Kongenital (ESK) dan Frambusia e. Pencegahan dan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (PMTCT) f. Pencegahan Malaria dalam Kehamilan (PMDK) g. Penatalaksanaan TB dalam Kehamilan (TB-ANC) dan Kusta h. Pencegahan Kecacingan dalam Kehamilan (PKDK) i. Penanggulangan Gangguan Intelektual pada Kehamilan PAGIN Hasil penelitian⁹ sebagian besar (57%) kematian neonatal memiliki riwayat

pemeriksaan yang tidak baik. Hasil penelitian¹¹ bahwa faktor lain yang berisiko kejadian lahir mati adalah kualitas antenatal care (ANC) atau perawatan masa ibu hamil mempunyai nilai OR=3,2 (95% CI=1,39-7,52) dimana kematian janin dalam Rahim juga bagian dari kematian neonatal.

Hasil riset menunjukkan masih cukup tinggi ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan sesuai dengan nasehat tenaga kesehatan sehingga ibu hamil kurang mendapatkan informasi penting terkait kehamilannya dan lebih parah lagi jika ada komplikasi kehamilan yang semestinya terdiagnosa lebih awal pada masa prenatal tetapi karena pengaruh frekuensi kunjungan yang kurang selama hamil menyebabkan ibu tidak mendapatkan informasi maupun pemeriksaan kehamilannya. Masalah yang sering terjadi pada kehamilan yaitu komplikasi kehamilan. Keadaan seperti ini dapat diketahui secara dini dengan melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali tepat waktu yaitu; 1 kali pada usia hamil sebelum 3 bulan, 1 kali saat usia hamil 4 – 6 bulan dan dua kali pada usia hamil 7 – 9 bulan. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Hasil analisis statistik bivariat dengan uji odds ratio diperoleh nilai OR=3,6 (CI 95%;1,522-8,380). Artinya bahwa riwayat perawatan kehamilan < 4 apalagi tidak tepat waktu kali berisiko menyebabkan kematian neonatus sebesar 3,6 kali dibanding riwayat perawatan ≥ 4 kali. Hasil penelitian risiko kematian perinatal 3,2 kali lebih besar pada ibu yang perawatan kehamilan tidak berkualitas dibandingkan ANC baik yaitu 2,5 kali.

Hubungan Perawatan Persalinan dengan Kematian Neonatal

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil yaitu tidak ada hubungan antara kematian neonatal dengan variabel kematian neonatal nilai *Pvalue* 0,191 atau $a > 0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keeratan 0,0162, variabel perawatan persalinan didapatkan nilai *Pvalue* 1,000 atau $a > 0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keeratan 0,042, variabel paritas didapatkan nilai *Pvalue* 1,000 atau $a > 0,05$ dengan *Contingency*

Coefficient atau tingkat keamatan 0,023, variabel terlalu banyak anak dengan nilai *Pvalue* 0,757 atau $a>0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keamatan 0,067, variabel terlambat merujuk dengan nilai *Pvalue* 1,000 atau $a>0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keamatan 0,000 dan variabel terlambat mendapat pertolongan dengan nilai *Pvalue* 0,616 atau $a>0,05$ dengan *Contingency Coefficient* atau tingkat keamatan 0,110.

Perawatan persalinan sesuai alat pantaupersalian yaitu partograf bertujuan agar dapat melakukan deteksi dini adanya penyulit dalam persalinan agar segera diberikan tindakan segera sehingga tidak mengancam jiwa ibu apalagi bayi. Perawatan segera Bayi Baru Lahir (BBL) kurang optimal akan menyebabkan tinggi kematian neonatal disebabkan karena penyesuaian tubuh BBL dari intra uteri ke ekstra uteri. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar perawatan kehamilan dikelola sesuai standar dan bermutu serta perawatan masa persalinan dikelola dengan menggunakan alat pantau persalinan dan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir sesuai standar.

Hubungan Faktor Lain dengan Kematian Neonatal

Hubungan faktor lain dengan kematian Neonatal dari tabel di atas, nilai *Odds Rasio Mantel Haenszel* ditunjukkan dengan nilai *Estimate* yaitu 3,496 yang artinya umur kategori beresiko <25 tahun dan >35 tahun mempunyai risiko 3,496 kali lipat dari pada umur dengan kategori tidak beresiko 25-35 tahun. Nilai *Asymptotic Significance (2-sided)* menunjukkan nilai *Pvalue*=0,006 yang berarti bahwa $<0,05$ maka nilai OR dinyatakan signifikan atau bermakna. Sedangkan 95% CI menunjukkan nilai 1,438-8,498.

Hasil penelitian terbukti ada pengaruh umur ibu saat hamil dan melahirkan dengan kematian neonatal dengan hasil uji regresi logistik bahwa risiko kematian neonatal pada ibu umur hamil < 20 dan > 35 tahun 6,5 kali lebih besar dibanding umur 20 - 35 tahun. Hal ini disebabkan karena 13 Usia ibu yang kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko untuk terjadinya

komplikasi selama kehamilan dan persalinan serta meningkatkan terjadinya risiko seperti berat badan lahir rendah dan lahir mati pada bayi yang dilahirkannya. Usia hamil yang ideal bagi seorang wanita adalah 20-35 tahun karena usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya.¹² Hasil penelitian¹³ juga didukung dengan hasil penelitian bahwa umur ibu saat hamil dan melahirkan < 20 dan > 35 tahun berisiko kematian neonatal $p=0,001$ dan nilai Odds Ratio (OR) = 2,336

Hubungan Faktor lain dengan Kematian Neonatal dari tabel di atas nilai *Odds Rasio Mantel Haenszel* ditunjukkan dengan nilai *Estimate* yaitu 3,150 yang artinya variabel terlambat mengenal tanda bahaya mempunyai risiko sebesar 3,150 kali lipat dari tidak terlambat mengenal tanda bahaya. Nilai *Asymptotic Significance (2-sided)* menunjukkan nilai *Pvalue*=0,011 yang berarti bahwa $<0,05$ maka nilai OR dinyatakan signifikan atau bermakna. Sedangkan 95% CI menunjukkan nilai 1,306- 7,600. Keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari bantuan atau pertolongan = 6,000 (2,441-14,751). Tanda dan gejala masalah kesehatan pada neonatus sering kali tidak kelihatan sehingga anggota keluarga tidak mengetahui bahwa bayinya sedang dalam keadaan bahaya. Selain itu keterlambatan yang lainnya adalah keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari pengobatan bahkan setelah tanda dan gejala diketahui, keluarga tidak segera mencari pengobatan dengan berbagai alasan seperti tidak mengerti bahwa kasus tersebut merupakan kasus kegawatdaruratan, kesulitan biaya dan lain sebagainya. Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan keterlambatan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan. Salah satunya adalah keluarga kurang paham tentang kegawatan kondisi ibu hamil maupun bayi ketika muncul gejala sehingga keluarga tetap menganggap ini sebagai masalah yang biasa meskipun ternyata masalah ini mengancam jiwa bayi. Dominan ketika ada keluhan yang dialami oleh ibu semasa hamil kurang direspon oleh keluarga segera begitu pula masih banyaknya keluarga yang lambat memutuskan (> 30 menit) jika bayinya bermasalah sehingga berdampak pada lambatnya penanganan yang diterima oleh penderita baik ibu maupun bayi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka ditarik kesimpulan adalah besar 1 kali berisiko kematian neonatal dengan perawatan kehamilan serta faktor lainnya yaitu umur dan tanda bahaya, lebih besar ibu hamil umur reproduksi beresiko dibandingkan dengan kelompok neonatal hidup. Pada kelompok lahir mati, lebih besar ibu hamil yang terlambat mengenal tanda bahaya dibandingkan kelompok neonatal hidup. Variabel perawatan kehamilan dan variable perawatan persalinan, dan variable 4 Terlalu n 3 Terlambat bukan merupakan factor resiko kematian neonatal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan R. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015- 2019. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
2. Wulandari DA dan IHU. esponsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Karanganyar. Fak Ilmu Sos dan Polit Univ Sebel Maret, surakarta. 2017.
3. Wang W HR. *Levels and determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia-evidence from a population-based survey*. BMC Pregnancy Childbirth. 2015.
4. Ayenew, A. A., & Zewdu BF. *Partograph utilization as a decision-making tool and associated factors among obstetric care providers in Ethiopia*. a Syst Rev meta-analysis Syst Rev. 2020; 9(1): 1–11.
5. Marmi. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. pustaka belajar, editor. Yogyakarta; 2012.
6. Isakh BM, Diana I. *Profil Kematian Neonatal Berdasarkan Sosio Demografi dan Kondisi Ibu Saat Hamil di Indonesia*. Bul Penelit Sist Kesehat. 2011;14 No. 4 O:391–8.
7. Kementerian Kesehatan R. *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 4 TAHUN 2019 TENTANG STANDAR TEKNIS PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN*. Vol. 3, kementerian Kesehatan RI. 2019. 1–9 p.
8. Kemenkes R. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Indonesia. KKRC 2019, editor. Jakarta; 2017.
9. Noorhalimah. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Neonatal di Kabupaten Tapin*. Publ Kesehat Masy Indones. 2015;2(2):64–71.
10. Wakgari N. et al. *Factors, Partograph utilization and associated among obstetric care providers in North Shoa Zone. Cent Ethiop a cross Sect study African Heal Sci*. 2015; 15(2).
11. Paunno M, Emilia O, Wahab A. *Pengaruh Ibu Hamil Perokok Pasif Terhadap Kejadian Lahir Mati Di Kota Ambon*. J Kesehat Reproduksi. 2016; 2(3).
12. Depkes RI. *Pedoman Pelaksanaan Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2009.
13. Okokon I.B. et al. *An evaluation of the knowledge and utilization of the partograph in primary, secondary, and tertiary care settings in calabar. South-South Nigeria: Int J Family Med*; 2014.