

**DETERMINAN KEMATIAN NEONATAL DI RSUD MAMUJU**

***THE DETERMINANT NEONATAL MORTALITY IN REGIONAL  
PUBLIC HOSPITAL OF MAMUJU***

**SUSANTY**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

# **DETERMINAN KEMATIAN NEONATAL DI RSUD MAMUJU**

## **Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**SUSANTY**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**TESIS**

**DETERMINAN KEMATIAN NEONATAL DI RSUD MAMUJU**

Disusun dan diajukan oleh :

**SUSANTY**

Nomor Pokok P1807211502

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 25 Juli 2013  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI**

**KOMISI PENASEHAT,**

Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M.Sc  
Ketua

Prof. Dr. M. Arif Tiro, M.Sc  
Anggota

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Susanty

Nomor Pokok : P1807211502

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juni 2013

Yang menyatakan,

SUSANTY

## KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tidak terhingga penulis panjatkan kehadirat ALLAH YANG MAHA KUASA, yang telah melimpahkan banyak anugerah, sehingga penyusunan tesis ini dengan judul “Determinan Kematian Neonatal di RSUD Mamuju” dapat terselesaikan.

Dalam penyelesaian tesis ini, mulai dari tahap persiapan banyak tantangan yang dialami, tetapi berkat bantuan, bimbingan, arahan maupun masukan serta kerjasama dari berbagai pihak maka hal tersebut dapat teratasi. Karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof.Dr.dr. Buraerah H. Abd.Hakim, M.Sc, selaku Ketua Komisi Penasehat yang tidak pernah lelah meluangkan waktu dan pikiran disela-sela kesibukan untuk membimbing dan mengarahkan penulis sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
2. Prof. Drs. M. Arif Tiro, B.A., M.Pd., M.Sc., PhD, sebagai anggota Komisi Penasehat yang dengan tekun dan sabar memberikan bimbingan petunjuk dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
3. Dr. dr. M.Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH, Dr. Masni, Apt, MSPH, dan Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS , sebagai tim penguji.
4. Jajaran Pengelola Program Pascasarjana dan dosen-dosen Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar, atas bantuannya selama perkuliahan.

5. Kepada direktur RSUD Mamuju dr. H. Titin Hayati, Mars, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian terkait kematian neonatal sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
6. Ibunda, ayah, suamiku tercinta, anak ku tersayang, yang tidak pernah lelah memberikan doa dan dukungan untuk keberhasilanku, serta saudara-saudaraku, atas semangat dan hiburannya selama penelitian ini berlangsung.
7. Terakhir, untuk sahabat, rekan-rekan seangkatan Program Pascasarjana Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga yang telah memberikan bantuan maupun masukan selama perkuliahan sampai penyelesaian tesis.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu mohon saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan tesis ini.

Makassar, Juni 2013

SUSANTY

## ABSTRAK

**SUSANTI.** *Determinan Kematian Neonatal di RSUD Mamuju* (dibimbing oleh **Buraerah Abd. Hakim** dan **M. Arif Tiro**)

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi dan menganalisis faktor determinan kematian neonatal di RSUD Mamuju (pertolongan persalinan, komplikasi persalinan, pemanfaatan perawatan neonatal, pemberian imunisasi, riwayat penyakit ibu).

Penelitian ini bersifat studi kasus kontrol dengan unit observasi adalah bayi neonatal yang meninggal sebagai kelompok kasus sebanyak 68 orang yang dipilih secara keseluruhan dan bayi yang hidup pada masa neonatal sebagai kelompok kontrol sebanyak 70 orang yang dipilih secara acak. Data dianalisis secara univariat, bivariat dengan uji odds ratio dan analisis multivariat dengan analisis regresi logistik berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pertolongan persalinan yang tidak baik memiliki kemungkinan 8,65 kali mengalami kematian neonatal ( $p < 0,001$ , 95% CI : 4,311-20,290), komplikasi persalinan yang menyertai kehamilan persalinan memiliki kemungkinan 30,25 kali mengalami kematian neonatal ( $p < 0,001$ , 95% CI : 7,489-52,377). Pemanfaatan perawatan neonatal yang tidak lengkap mempunyai kemungkinan 5,95 kali mengalami kematian neonatal ( $p < 0,001$ , 95% CI : 2,080-10,787), pemberian imunisasi yang tidak lengkap memiliki kemungkinan 0,412 kali mengalami kematian neonatal ( $p < 0,001$ , 95% CI : 0,332-0,510), riwayat penyakit ibu yang menyertai memiliki kemungkinan 13,14 kali mengalami kematian neonatal ( $p = 0,002$ , 95% CI : 1,669-106,2620). Hasil analisis multivariat menunjukkan komplikasi persalinan merupakan faktor risiko paling dominan memengaruhi kematian neonatal ( $p < 0,001$ , wald=25,279).

Kata kunci : kematian neonatal



## ABSTRACT

SUSANTY. *Determinants of Neonatal Mortality in Hospital Mamuju* (supervised by Buraerah Abd. Hakim and M. Arif Tiro)

Neonatal mortality is one indicator of the success of health care and health development program. Due to public health can be Measured in terms of the indicators used include mortality, morbidity and nutritional status.

This study aims to analyze the determinant factors megidentifikasi and neonatal mortality in hospitals Mamuju (aid delivery, delivery Complications, use of postnatal care, immunization, maternal medical history)

The study design was a case-control study in the neonatal unit of observation is the baby who died as a case group of 68 people were selected overall and infant who lived during the neonatal period as a control group of 68 people were selected at random. Data analysis was performed using univariate, bivariate, the Odds Ratio test and multivariate analysis using multiple logistic regression.

Bivariate analysis results indicate that the quality of aid delivery that does not either have a 8.65 times Likely to experience neonatal death ( $p = <0.001$ , 95% CI: 4,311 to 20,290), birth Complications that accompany pregnancy childbirth Likely has experienced the death of neonatal 30.25 times ( $p = <0.001$ , 95% CI: 7,489-52, 377), incomplete utilization of neonatal care has 5.95 times the likelihood of neonatal death ( $p = <0.001$ ; 95% CI: 2.080-10 787), Immunization is not Likely 0.412 has experienced a complete neonatal mortality ( $p = <0.001$ , 95% CI: 0.332-0.510), a history of maternal illness that accompanies had 13.14 times the likelihood of neonatal death ( $p = 0.002$ , 95% CI: 1.669-106 262 ). On multivariate analysis, the risk of Complications of childbirth is the most dominant factor affecting neonatal mortality ( $p < 0.001$ ; Wald=25.279)

Keywords: Neonatal Death.



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
 BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Neonatal.....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Variabel yang diteliti	
1. Kualitas Pertolongan persalinan.....	19
2. Komplikasi persalinan.....	24
3. Pemanfaatan perawatan Postnatal.....	27

4. Pemberian Imunisasi.....	31
5. Riwayat penyakit Menular.....	34
C. Kerangka Teori.....	39
D. Kerangka Konsep.....	40
E. Hipotesis Penelitian.....	45
<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain penelitian .....	46
B. Populasi dan Sampel.....	48
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	51
D. Kontrol Kualitas.....	54
E. Pengumpulan Data.....	58
F. Pengolahan Data .....	58
G. Analisis data.....	59
H. Penyajian Data.....	63
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian.....	64
B. Pembahasan.....	79
C. Keterbatasan penelitian.....	94
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	95
B. Saran.....	96

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

## DAFTAR GAMBAR

1. Kerangka Teori penelitian.....	39
2. Kerangka konsep Penelitian.....	44
3. Rancangan penelitian.....	46

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Master Tabel Penelitian
3. Lampiran Output Penelitian
4. Surat Izin Penelitian dari pascasarjana UNHAS
5. Surat Izin penelitian dari Gubernur/cq Kepala Badan Kesbang  
Linmas
6. Surat Izin Penelitian Dari Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Neonatal adalah periode kehidupan pertama bayi di luar rahim sampai pada usia 28 hari, atau bulan pertama kehidupan. Neonatal merupakan periode tersingkat dari semua periode perkembangan bayi. Pada masa ini seorang bayi mengalami perubahan yang sangat besar dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrauteri. Ini ditandai dengan penyesuaian terhadap lingkungan baru di luar rahim si ibu. Selain itu, pada masa neonatal merupakan periode yang berbahaya, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik karena sulitnya bayi mengadakan penyesuaian diri terhadap lingkungan yang baru dan sangat berbeda dari lingkungan sebelumnya. Secara psikologis karena neonatal merupakan saat terbentuknya sikap dari orang-orang di sekitarnya.

Periode neonatal menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1999) meliputi jangka waktu sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari yang terbagi menjadi 2 periode yaitu : periode neonatal dini (periode waktu 0-7 hari setelah lahir), dan periode neonatal lanjut (periode waktu 8-28 hari setelah lahir). Apabila bayi meninggal pada usia periode neonatal dikenal dengan kematian neonatal.

Kejadian kematian neonatal merupakan salah satu indikator dalam keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan

kesehatan. Karena derajat kesehatan masyarakat dapat di ukur dari indikator-indikator yang di gunakan antara lain angka kematian, angka kesakitan serta status gizi. Begitu pula yang tercermin dalam pelayanan rumah sakit, semakin tinggi angka kematian neonatal di suatu rumah sakit artinya pelayanan kesehatan dasarnya jelek demikian sebaliknya bahwa semakin rendah angka kematian neonatal maka semakin baik mutu pelayanan kesehatan yang diberikan

*World Health Organization (WHO)* memperkirakan bahwa 4 juta bayi meninggal setiap tahunnya, 2/3 di antaranya terjadi pada periode neonatal. Selanjutnya WHO memperkirakan bahwa keseluruhan kematian neonatal yaitu 98% terjadi di negara-negara berkembang. Proporsi terbesar dari kematian neonatal (3,3 juta) terjadi pada minggu-minggu pertama kelahiran bayi (WHO, 2006). Dari 4 juta kematian neonatal yang terjadi setiap tahun, India melaporkan jumlah tertinggi hampir 1,1 juta kematian neonatal. Dua lainnya di negara Asia yaitu Pakistan dan Bangladesh memiliki angka kematian neonatal secara berturut-turut masing-masing 298.000 dan 153.000. Di negara Afrika, resiko kematian tertinggi ada di daerah Sub Sahara dan Afrika Tengah secara berturut-turut masing-masing 42/1000 dan 49/1000 kelahiran hidup (Alfredo dkk, 2008). Resiko kematian neonatal usia kurang dari 28 hari 15 kali lebih tinggi daripada kematian usia lebih dari 28 hari atau kematian usia 1-5 tahun (Lawn dkk, 2005)

Angka kematian Neonatal (AKN) di Asia Tenggara adalah 19 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002. Laporan Survei Demografi di beberapa negara di Asia menunjukkan Srilanka 16/1000 kelahiran hidup (1987), Indonesia 26/1000 kelahiran hidup (1987), 31/1000 kelahiran hidup (1991), 30/1000 kelahiran hidup (1994), Bangladesh 501/1000 kelahiran hidup (1993), dan 44/1000 kelahiran hidup (1996), Philipina 17/1000 kelahiran hidup (1998), Thailand 20/1000 kelahiran hidup (Hill K, 2006)

Di Indonesia sebanyak 100.454 neonatal yang meninggal setiap bulannya, ini berarti bahwa 275 neonatus meninggal setiap hari atau lebih kurang 184 bayi berumur kurang dari 1 minggu meninggal setiap hari atau 1 orang bayi berumur kurang dari 1 minggu meninggal setiap 7,5 menit. Lebih dari 1/3 kematian anak terjadi pada bulan-bulan pertama yang rawan dalam hidupnya (Lubis, 2008)

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 angka kematian neonatal sebesar 19/1000 kelahiran hidup, yang mana target nasional tahun 2014 berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2010-2014 AKN turun menjadi 15/1000 kelahiran hidup. Dalam 1 tahun sekitar 86.000 bayi usia 1 bulan meninggal artinya setiap 6 menit ada 1 neonatal yang meninggal. Prevalensi angka kematian neonatal tertinggi adalah Propinsi Sulawesi Barat yaitu 47/1000 kelahiran hidup. Di ikuti oleh Kalimantan Selatan dengan jumlah kematian neonatal sebesar 39/1000 kelahiran hidup.



Sedangkan angka kematian neonatal terendah adalah Kalimantan Tengah dengan jumlah 14/1000 kelahiran hidup.

Angka kematian neonatal (AKN) dan angka kematian perinatal (AKP) berkontribusi terhadap Angka Kematian Bayi (AKB). Angka kematian perinatal di Indonesia saat ini masih cukup tinggi menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2002-2003 sebesar 24/1000 kelahiran hidup. Sebesar 77% dari kematian tersebut merupakan sumbangan terhadap kematian neonatal. Prevalensi AKB di Indonesia tahun 2008 menduduki peringkat ke 6 dunia dengan angka sekitar 6 juta bayi yang mati. Akhir Oktober 2010 di peroleh angka kematian bayi berkisar 40/1000 kelahiran hidup atau 186.500 tiap 2-3 menit. Penyebab langsung kematian bayi tersebut 30,3% diantaranya akibat gangguan pada masa lahir.

Hasil laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju menunjukkan bahwa angka kematian neonatal pada tahun 2010 sebesar 69 kasus, tahun 2011 terjadi penurunan kasus menjadi 68. Sedangkan tahun 2012 periode bulan Januari-Agustus terjadi peningkatan yaitu sebesar 67 kasus. Maka masih perlu peran dari semua pihak yang terkait dalam rangka penurunan angka kematian neonatal sehingga target Millenium Development Goals (MDG's) khususnya penurunan angka kematian bayi dapat tercapai. (Dinkes, 2012)

Banyak faktor yang menyebabkan kematian neonatal, diantaranya faktor risiko lebih tinggi dialami pada wanita yang memeriksakan

kehamilannya kurang dari 4 kali, bayi yang tidak menerima perawatan postnatal dengan baik, usia ibu lebih dari 34 tahun, bayi yang lahir dengan gestasi < 37 minggu, berat bayi lahir rendah dan usia ibu kurang dari 20 tahun (Alminar, 2012). Rendahnya penanganan komplikasi maternal, penanganan neonatal yang tidak adekuat, intervensi yang tidak tepat seperti banyak ibu-ibu yang tidak memberikan kolostrum pada bayinya karena kurang informasi dan pengetahuan, perawatan tali pusat yang tidak steril, serta kegagalan dalam menjaga kehangatan tubuh bayi (Zupan, 2005) Selain itu, faktor-faktor kontekstual juga mempengaruhi kematian neonatal seperti status ekonomi, kemiskinan, ketidakadilan gender, buta huruf dan tingkat fertilitas yang tinggi (Bale, 2003 dan Donnay 2000).

Kematian neonatal secara umum merupakan komplikasi dari kelahiran preterm, asfiksia, trauma selama persalinan, infeksi, malformasi yang berat (Zupan, 2005). 36% Kematian neonatus juga di sebabkan oleh infeksi diantaranya sepsis, pneumonia, tetanus dan diare. Sedangkan 23% kasus di sebabkan oleh asfiksia, 7% kasus di sebabkan oleh kelainan bawaan, 27% kasus di sebabkan oleh bayi kurang bulan, dan bayi berat lahir rendah serta 7% kasus oleh sebab lain (State of the World Mother, 2007). Penyebab kematian neonatal usia 0-7 hari di Indonesia menurut RISKESDAS 2007 adalah gangguan pernafasan 36,9%, prematuritas 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,8%, kelainan darah/ikterus 6,6%. Sedangkan penyebab kematian bayi usia 8-28 hari adalah sepsis

20,5%, kelainan kongenital 18,1%, pneumonia 15,4%, prematuritas dan berat bayi lahir rendah 12,8% dan RDS 12,8%.

Komplikasi yang terjadi pada bayi baru lahir dapat berupa aspirasi mekonium (yaitu bayi menghirup cairan mekonium yang merupakan kotoran pertama bayi biasanya berwarna hitam kehijauan yang bercampur dengan ketuban). Selain aspirasi mekonium bayi baru lahir sering mengalami komplikasi hiperbilirubinemia akibat kekurangan cairan/ASI dan dapat pula terjadi hipotermia dimana bayi kehilangan panas tubuhnya akibat terpapar dengan lingkungan yang suhunya lebih rendah (Suroyo, 2009).

Berbagai penelitian telah dilakukan tentang penyebab kematian neonatal diantaranya yang dilakukan oleh Afriza (2007) tentang faktor determinan kematian neonatal dini di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi bahwa bayi yang lahir dengan berat bayi lahir rendah (<1500 g) beresiko 59 kali lebih besar meninggal pada periode neonatal dini di banding dengan bayi yang lahir dengan berat lahir yang normal. Sedang berat (<2500 g) beresiko 6 kali lebih besar meninggal pada periode neonatal dini di banding yang lahir dengan berat normal ( $\geq 2500$  g). Kematian neonatal, bayi dan anak balita memberikan hubungan yang kuat terhadap penelitian yang dilakukan oleh Israwati dan Hadriah (2008) bahwa bayi-bayi yang lahir dengan jarak kelahiran yang dekat (kurang dari 24 bulan) mempunyai resiko kematian neonatal sebesar 5 kali, beresiko 4 kali lebih besar terhadap kematian bayi, dan beresiko 3 kali lebih besar terhadap

kematian balita di banding dengan bayi-bayi yang lahir dengan jarak kelahiran 24 bulan atau lebih. Status resiko kematian neonatal juga di teliti oleh Priyadi Nugraha Prabamurti dkk (2008) yang dilakukan di Kecamatan Losari Kabupaten Brebes bahwa persentase kematian neonatal pada usia ibu <20 tahun dan >35 tahun (55,1%) lebih besar dari jumlah bayi yang hidup pada ibu yang berusia <20 tahun dan >35 tahun (13, 79%) sedangkan ibu yang berusia 20 tahun sampai 35 tahun dengan kasus neonatal hidup (86,21%) lebih besar di dibandingkan dengan neonatal yang meninggal. Ternyata bahwa durasi pemberian ASI berpengaruh terhadap ketahanan hidup neonatal dan bayi. Bayi yang di beri ASI sampai usia 6 bulan memiliki ketahanan 33,3 kali lebih baik di banding dengan ketahanan tubuh pada bayi yang di beri ASI kurang dari 4 bulan. Dan bayi yang di beri ASI sampai usia 4 bulan memiliki katahanan tubuh yang 2,6 kali lebih baik daripada yang disusui kurang dari 4 bulan (Nurmiati dan Besral, 2008)

RSUD Mamuju yang beralamat di Jalan Kurungan Bassi kota Mamuju, sebagai salah satu rumah sakit rujukan dan rumah sakit pendidikan. Dimana angka kematian neonatalnya masih tinggi, tahun 2010 di temukan kasus sebanyak 64 kasus dari 515 kelahiran (12,43%) sedangkan pada tahun 2011 sebanyak 75 kasus dari 483 kelahiran (15,53%) dan tahun 2012 periode bulan Januari-Agustus sebanyak 51 kasus dari 350 kelahiran (14,57%) . Dari data diatas maka kematian neonatal menjadi perhatian.

## **B. Rumusan Masalah**

Neonatal adalah masa bayi baru lahir (BBL) yang berumur 0-28 hari. Masa ini adalah masa yang sangat penting karena merupakan periode yang rentang bagi bayi untuk kelangsungan hidupnya, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik BBL sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan yang baru. Hal ini terbukti dengan tingginya angka kematian neonatal. WHO memperkirakan terdapat 4 juta kematian neonatal setiap tahunnya dengan AKN sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup dan 98% kematian tersebut berasal dari negara berkembang. Di Indonesia angka kematian neonatal menurut Survei demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 masih cukup tinggi yaitu sebesar 19/1000 kelahiran hidup. Angka kematian neonatal di Propinsi Sulawesi Barat yaitu 47/1000 kelahiran hidup, yang mana angka tersebut menunjukkan prevalensi tertinggi dari semua propinsi yang ada di Indonesia. Sedangkan hasil dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju menunjukkan bahwa AKN tahun 2010 sebesar 69 kasus, dan Rumah Sakit Mamuju sebagai tempat yang akan dijadikan penelitian di temukan kasus kematian neonatal tahun 2010 sebesar 64 kasus. Atas latar belakang masalah ini maka dirumuskanlah penyebab yang dituangkan dalam rumusan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Seberapa besar risiko kualitas pertolongan persalinan terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju ?

2. Seberapa besar risiko komplikasi persalinan terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju ?
3. Seberapa besar risiko pemanfaatan perawatan neonatal terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju ?
4. Seberapa besar risiko pemberian imunisasi terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju ?
5. Seberapa besar risiko riwayat penyakit ibu seperti malaria dan TB terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Melakukan identifikasi dan analisis faktor determinan (kualitas pertolongan persalinan, komplikasi persalinan, pemanfaatan perawatan neonatal, pemberian imunisasi, riwayat penyakit ibu) kematian neonatal di RSUD Mamuju.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui besar risiko kualitas pertolongan persalinan terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju
- b. Untuk mengetahui besar risiko komplikasi persalinan terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju
- c. Untuk mengetahui besar risiko pemanfaatan perawatan neonatal terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju

- d. Untuk mengetahui besar risiko pemberian imunisasi terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju
- e. Untuk mengetahui besar risiko riwayat penyakit ibu seperti seperti malaria, TB terhadap kematian neonatal di RSUD Mamuju

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Praktis**

Sebagai sumber pengembangan ilmu pengetahuan dan merupakan pengalaman berharga khususnya di bidang penelitian serta dapat memperkaya wawasan dan upaya meningkatkan derajat kesehatan khususnya status kesehatan neonatal

##### **2. Manfaat Institusi**

Sebagai salah satu sumber informasi bagi penentu kebijakan dan instansi terkait dalam menentukan prioritas perencanaan program dan arah kebijakan dalam menurunkan angka kematian neonatal.

##### **3. Manfaat Ilmiah**

Di harapkan dapat menjadi sumbangan ilmiah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan serta dapat di jadikan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Kematian Neonatal**

##### **1. Pengertian neonatal**

Periode neonatal di mulai dengan kelahiran sampai berumur 28 hari. Neonatal dibagi menjadi neonatal dini selama 7 hari pertama kehidupan (1-7 hari), dan kemudian neonatal lanjut setelah hari ketujuh dan sebelum hari ke- 28 kehidupan (8-28 hari). (WHO, 2006)

Neonatal menurut Bobak (2005) yaitu berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Pada masa neonatal, bayi rentan sekali terhadap penyakit yang dapat berpengaruh untuk kelangsungan hidup kedepannya. Bayi baru lahir mudah sakit di karenakan fisiknya yang masih sulit beradaptasi dengan lingkungan baru di sekitarnya. Dengan ciri-ciri sebagai berikut :

- a) Masa neonatal merupakan periode yang tersingkat dari semua periode perkembangan. Masa ini hanya di mulai dari kelahiran sampai lepasnya tali pusar.
- b) Masa neonatal merupakan masa terjadinya penyesuaian yang radikal. Masa ini dimana suatu peralihandari lingkungan dalam ke lingkungan luar.



- c) Masa neonatal merupakan masa terhentinya perkembangan. Ketika periode perinatal sedang berkembang, terhenti pada kelahiran
- d) Masa neonatal merupakan pendahuluan dan perkembangan selanjutnya. Perkembangan individu pada masa depan akan tampak pada waktu dilahirkan. (Jumiarni, 2002)

## 2. Pengertian kematian neonatal

Menurut WHO (1996) angka kematian neonatal (AKN), adalah jumlah bayi lahir hidup yang meninggal dalam umur 28 hari, per jumlah bayi yang lahir hidup dikali 1000 (konstanta). Periode kematian neonatal dibagi menjadi dua periode, yaitu;

- a) Periode kematian neonatal dini jika kematian bayi terjadi pada bayi baru lahir sampai berumur 7 hari
- b) Periode kematian neonatal lanjut jika kematian bayi terjadi pada usia 8 hari sampai usia 28 hari. (*Confidential Enquiry into Maternal and Child Health/CEMACH* (2005))

## 3. Penyebab Kematian Neonatal

### 1) Penyebab medis langsung kematian neonatal

Penyebab terbesar kematian neonatal menurut *Regional Committee for South-East Asia* (2003) adalah infeksi 33 persen, lahir asfiksia dan trauma 28 persen, *preterm* dan bayi berat lahir rendah 24 persen, kelainan kongenital 10 persen dan penyebab lain 5 persen yaitu hypothermia, hypoglycemia dan jaundice.

Asfiksia, trauma, preterm dan berat lahir rendah mempunyai kontribusi terbesar untuk menimbulkan morbiditas maupun mortalitas pada neonatal. Secara umum kematian neonatal merupakan hasil komplikasi dari persalinan preterm, asfiksia atau trauma selama persalinan, infeksi, cacat berat, atau sebab khusus kematian perinatal. Proporsi masing-masing penyebab bervariasi yakni di wilayah yang angka kematian neonatalnya rendah, persalinan preterm dan kecacatan memegang peranan besar. Di daerah yang angka kematian neonatalnya tinggi, yang paling banyak memberikan kontribusi adalah asfiksia, tetanus dan infeksi (Zupan, 2005).

## 2) Penyebab tidak langsung kematian neonatal

*Menurut* Lawn, dkk. (2001) penyebab yang mendasari kematian janin-neonatal berhubungan dengan kondisi sebelum hamil, perawatan selama hamil, bersalin dan perawatan jam kritis pertama setelah bayi lahir. Kurangnya perawatan bayi baru lahir sebagai penyebab dasar terbesar kematian neonatal di negara berkembang. Setelah bayi berumur tujuh hari penyebab kematian umumnya oleh karena infeksi setelah lahir, baik terjadi infeksi pada fasilitas kesehatan atau selama perawatan di rumah atau kedua-duanya.

Kesehatan maternal sebelum hamil mempengaruhi bayi melalui ibu yang kurang nutrisi, infeksi dan jarak kehamilan yang

kurang, terutama pada awal kehamilan remaja. Kemajuan kesehatan dalam usia reproduksi memerlukan masa yang lama dan perubahan perilaku dalam nutrisi, pendidikan, perilaku seksual dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan yang tidak adekuat sebelum hamil sebagai faktor penting dari kehamilan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Perawatan selama kehamilan mencakup perawatan kehamilan di rumah, di masyarakat dan perawatan kesehatan pada sistem formal. Perawatan selama hamil merupakan faktor penting dalam kematian maternal dan neonatal. Persoalan penting di rumah dalam masukan nutrisi, beban kerja wanita hamil, dan perencanaan kehamilan. Banyak ibu dengan beban kerja berat sampai kehamilan cukup bulan, khususnya lebih dari 5 jam per hari, merupakan faktor tidak langsung terjadi persalinan preterm dan juga merupakan faktor risiko Intra Uterin Growth Retardation.

Perawatan selama proses persalinan harus adekuat, yang mana banyak ibu dan bayi baru lahir mengalami persalinan yang normal, aman dan menyenangkan, tetapi bagi 15-20 persen ibu mengalami komplikasi. Intervensi yang diperlukan yaitu mengidentifikasi segera dari tanda-tanda bahaya serta manajemen yang memadai adalah penting bagi ibu dan bayi.

Tindakan perawatan bayi baru lahir yaitu terutama terhadap komplikasi bayi baru lahir seperti asfiksia atau sepsis

menyebabkan kasus kematian yang tinggi dan sulit perawatannya. Pencegahan tingkat dasar kesakitan bayi baru lahir sering masih kurang. Tindakan pencegahan yang dipromosikan WHO yaitu persalinan yang aman dan bersih mencakup bersih tangan, bersih tempat bersalin, bersih instrumen, bersih tali pusat, bersih baju ibu dan bayi.

Penyebab yang paling mendasar kematian neonatal yaitu status kesehatan wanita dan status sosial, serta banyak faktor yang mempengaruhi wanita dan remaja sebelum mereka hamil termasuk kondisi sosial kultural, kepercayaan dan praktek tradisional. Pada banyak kebudayaan kedudukan wanita lebih rendah dari laki-laki, perilaku ini memicu pembatasan makanan, kurang mendapat kesempatan pendidikan, pernikahan dini. Selain itu tingkat fertilitas yang tinggi kombinasi status nutrisi yang buruk dan beban kerja yang berat dapat meningkatkan risiko kematian perinatal dan neonatal (Murray, dkk., 1997). Faktor risiko yang secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan kematian neonatal meliputi: sosial ekonomi dan demografi (umur ibu, pendidikan suami istri, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, lingkungan tempat tinggal), riwayat kehamilan (paritas, riwayat lahir mati, abortus), paparan dan riwayat penyakit selama hamil (penyakit yang pernah diderita, konsumsi makanan, obat-obatan, alkohol, merokok, aktivitas, imunisasi TT), serta karakteristik

persalinan (tempat bersalin, penolong, lama proses persalinan, tindakan yang dilakukan selama persalinan, dan proses kelahiran placenta) (Katz, dkk. 2003). Primigravida umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jumlah anak lebih dari 4 orang, jarak persalinan terakhir dengan kehamilan terakhir kurang dari 2 tahun, riwayat keluarga diabetes, hipertensi dan kelainan kongenital, tinggi badan kurang dari 145 cm dan berat badan kurang dari 38 kg, kelainan bentuk tubuh. Seorang ibu dikategorikan berisiko tinggi apabila pada kehamilannya terdapat kondisi: hemoglobin kurang dari 8 gram%, tekanan darah tinggi, oedem yang nyata, eklamsi, perdarahan melalui vagina, ketuban pecah dini, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat atau sepsis, persalinan prematur, kehamilan ganda, janin terlalu besar, kondisi ibu meliputi penyakit kronis pada ibu seperti jantung, paru, ginjal, malaria dan riwayat obstetri yang buruk pada kehamilan sebelumnya seperti abortus, lahir mati, penyulit kehamilan (Wiknjosastro, 2002).

Faktor psikologis ibu juga berperan secara tidak langsung terhadap outcomes kehamilan. Bila ibu mengalami gangguan psikologis berupa stres atau kecemasan saat hamil melalui mekanisme endokrin, salah satu hormon akan diproduksi secara berlebihan yaitu kortisol atau noradrenalin. Hormon ini berdampak pada fisik ibu antara lain denyut jantung meningkat dan kontraksi

otot-otot polos, termasuk otot polos uterus. Keadaan ini melalui placenta akan mempengaruhi janin dalam kandungan sehingga terjadi kelahiran preterm, berat lahir rendah dan asfiksia. (Glover dan O'Connor, 2002) Selanjutnya dijelaskan bahwa semakin banyak seorang ibu hamil memiliki faktor risiko, akan semakin meningkatkan risiko persalinan yang secara langsung akan menyebabkan kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi yang dikandungnya. Faktor risiko intra partum menurut Stephansson, dkk. (2003) meliputi asfiksia, preterm, berat lahir rendah, *malformasi*, induksi persalinan dan letak sungsang. Zupan (2005) menambahkan faktor risiko intra partum yang lain yaitu infeksi terutama di negara-negara berkembang.

Faktor lain, menurut *Committee for South-East Asia* (2003) dilihat dari sistem pelayanan kesehatan yakni sumber daya manusia dalam hal ini adalah tenaga kesehatan, di beberapa daerah masih terbatas kemampuannya untuk memberikan perawatan pada ibu dan bayi baru lahir, serta distribusinya belum merata. Akses terhadap pelayanan kesehatan masih rendah, dan kelompok penduduk marginalis mempunyai beban kesakitan dan kematian yang lebih tinggi, pertolongan persalinan tidak ditolong oleh tenaga profesional, kurangnya akses untuk perawatan esensial meliputi perawatan emergensi, rendahnya kualitas perawatan, terbatasnya peralatan, dan tidak berfungsinya system

referral mungkin sebagai dampak rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Tabel 1 Hasil sintesis review literatur tentang kematian neonatal

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan Hasil Temuan	Sumber : tetxtbook/ jurnal
1	Lawn	2001	Faktor-faktor yang mempengaruhi kematian neonatal	Lancet Jurnal
2	Wiknjo sastro	2002	Ilmu Kebidanan	Text Book
3	Glover dan O' Oconnor	2002	Faktor psikologis yang mempengaruhi kematian neonatal	Br Jurnal Of Psyciatry
4	Jumiarni	2002	Asuhan keperawatan Perinatal	Text Book
5	Katz	2003	Faktor-faktor resiko yang berpengaruh terhadap kematian neonatal	Buletin WHO
6	Stephansson	2003	Faktor psikologis juga dapat berpengaruh terhadap kematian neonatal Faktor-faktor resiko pada intrapartum	Br jurnal of psyciatry Epidemiologi Jurnal
7	Regional Commite for South-East Asia	2003	Faktor-faktor determinan kematian neonatal	Text Book
8	Regional Commite for South-East Asia	2003	Penyebab terbesar kematian neonatal	Text Book
9	Bobak	2005	Keperawatan Maternitas	Text Book
10	Zupan	2005	Kontribusi kematian neonatal di suatu negara	Englan Journal Medic
11	<i>Confidential Enquiry into Maternal and Child Health/CEM ACH</i>	2005	Pembagian kematian neonatal	RCOG Landon
12	WHO	2006	Kematian Neonatal dan Perinatal	Buletin WHO
13	Murray	2007	Sosial kultur, Kebudayaan dan Praktek Tradisional yang Berpengaruh terhadap Kematian Neonatal	BASICS USA

## **B. Tinjauan Umum Tentang Faktor Determinan Kematian Neonatal**

### **1. Kualitas Pertolongan Persalinan**

Kualitas pertolongan persalinan adalah suatu bentuk mutu pelayanan terhadap persalinan ibu melahirkan yang dilakukan oleh penolong persalinan baik oleh tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan atau non tenaga kesehatan seperti dukun.

Upaya untuk meningkatkan akses pada bidan terlatih di prakarsai oleh WHO 1987 di Nairobi, Kenya. Melalui peluncuran safe motherhood yang bertujuan menjamin perempuan memiliki kehamilan dan persalinan yang aman. Perhatian terhadap kesehatan ibu telah dilaksanakan pada tahun 2000 ketika 147 kepala negara dan 189 negara menandatangani deklarasi millenium dimana proporsi kelahiran yang dibantu oleh bidan terlatih menjadi indikator penting untuk mengukur kemajuan peningkatan kesehatan ibu.

Tahun 1989 Pemerintah Indonesia menganut konsep Safe Motherhood melalui pelaksanaan program “bidan desa”, program ini bertujuan untuk menempatkan satu bidan di setiap desa untuk memastikan kehamilan dan persalinan yang aman untuk semua ibu hamil.

Peningkatan pelayanan kesehatan ibu di Indonesia telah ditunjukkan oleh meningkatnya persentase kelahiran ditolong oleh penolong terlatih dari 43% pada tahun 1997 menjadi 79% pada tahun 2007. Namun, tahun 2007 SDKI melaporkan sebagian besar ibu



melahirkan dirumah dengan persentase 53% meskipun persentase telah berkurang secara substansial selama dekade terakhir yaitu 73% pada tahun 1997) Survei tersebut juga menemukan bahwa 79% dari kelahiran terjadi di fasilitas swasta seperti rumah sakit, klinik, atau praktik pribadi bidan.

Meskipun Departemen Kesehatan Republik Indonesia menetapkan target 90% kelahiran yang di bantu oleh petugas kesehatan yang terlatih, namun tahun 2010 persentase melahirkan di rumah yang di bantu oleh dukun bervariasi di seluruh Indonesia. Di Jawa Barat pemanfaatan dukun sebesar 30% dengan persentase melahirkan di rumah sebesar 55%. Di Jawa Timur persentase kelahiran yang di bantu oleh dukun sebesar 22% dan persalinan di rumah sebesar 32%. Di Jawa Tengah persentasinya masing-masing 17% dan 46%.(Christiana, 2010)

Masa sekitar persalinan merupakan masa paling kritis yang mengancam jiwa ibu hamil karena umumnya komplikasi persalinan terjadi pada masa ini. Oleh karena itu semua ibu hamil dan keluarganya harus mengetahui tanda-tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta harus punya akses terhadap pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan yang berkualitas. Kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sangat erat kaitannya dengan penolong persalinan (Anwar M, 2003). Sebagian besar dari kematian neonatal dapat dicegah

melalui pemeliharaan kesehatan ibu selama masa kehamilan, penolong persalinan yang aman dan bersih, serta penanganan adekuat bayi bayibaru lahir, terutama yang beresiko tinggi (Priyadi N, 2008)

Kematian bayi baru lahir disebabkan berbagai hal yang saling berkaitan antara faktor medis, faktor sosial, dan kegagalan sistem yang banyak dipengaruhi oleh keadaan dan kultur. Dalam banyak hal, kesehatan bayi baru lahir berkaitan erat dengan kesehatan ibu. Pada dasarnya, kematian ibu, janin, dan neonatal di negara berkembang biasanya sering terjadi di rumah, pada saat persalinan atau awal masa neonatal, tanpa pertolongan dari tenaga kesehatan, terdapat keterlambatan akses untuk menerima perawatan yang berkualitas, dan sebagainya.

Walaupun diagnosis penyebab kematian ibu dan neonatal berbeda, namun penyebab yang mendasari kematian keduanya hampir sama, yaitu ketidakmampuan memperoleh akses perawatan ibu dan bayi baru lahir serta status sosial ibu yang rendah. Kehadiran tenaga kesehatan (sebagai penolong atau pendamping) pada waktu persalinan berkaitan dengan kejadian kematian ibu dan bayi baru lahir yang rendah.

Perawatan ketika hamil dan bersalin merupakan salah satu bagian dari sistem pemeliharaan kesehatan yang amat penting dan mendasar (underlying causes of death attributed to health care system) untuk menentukan apakah ibu hamil dengan komplikasi akan terdeteksi,

ditangani dan mendapatkan pelayanan persalinan dan perawatan berkualitas bagi ibu dan bayinya, agar dapat terhindar dari kematian.(Sarimawar D, 2007).

Data dari Survey Demografi dan Kesehatan Bangladesh tahun 2007 di tingkat nasional menyebutkan bahwa 85% persalinan dilakukan di rumah sedangkan 73,6% di bantu oleh dukun terlatih atau kerabat. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan lebih rendah di pedesaan dimana masyarakat mempunyai status sosial ekonomi yang rendah dibandingkan dengan daerah perkotaan. (Housne.A, 2012)

Di Indonesia dan Thailand proporsi kelahiran yang di bantu oleh bidan terlatih mengalami peningkatan secara signifikan, Thailand terjadi peningkatan cakupan dari 66% menjadi 99% dan Indonesia selama 1995-2005 dan Indonesia dari 40% menjadi 68% pada tahun yang sama. Target global untuk penolong persalinan yang terampil adalah 90% pada tahun 2015 deengan target minimal 60% untuk negara-negara dengan rasio kematian maternal yang tinggi. (Graham, W 2001) Kematian neonatal seringkali sulit dipastikan karena sebagian besar kelahiran terjadi di rumah tanpa pengawasan oleh tenaga medis atau karena adanya tanda non spesifik-diagnostik pada neonatal (Barbara Stoll 1997).

Kehadiran petugas profesional di setiap kelahiran dapat mengurangi morbiditas dan kematian ibu. Hadirnya petugas kesehatan

selama persalinan merupakan salah satu indikator untuk menilai kemajuan proses menuju tujuan pembangunan millenium untuk meningkatkan kesehatan ibu.( Anna M 2006) Kesehatan neonatal adalah masalah kritis yang terkait dengan kesehatan ibu. Banyaknya kematian neontal terkait dengan pertolongan selama persalinan. (UNFA, 2006)

Tabel 2 Hasil sintesis review literatur tentang kematian neonatal

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan hasil temuan	Sumber : Tetxtbook/ Jurnal
1	Barbara Stoll	1997	Dampak infeksi terhadap Neonatal	Text Book
2	Dr. Hill	1999	Faktor-faktor Resiko yang Mempengaruhi Kematian Neonatal	Text Book
3	Graham W	2001	Intervensi yang diberikan kepada ibu untuk mengurangi kematian ibu	Text Book
4	Anwar M	2003	Akses pelayanan terhadap Persalinan profesional	Jurnal Ekologi Kesehatan
5	UNFA	2006	Kesehatan ibu dan Bayi baru lahir di Timur dan Asia Tenggara	Text Book
6	Sarimawar. D	2007	Beberapa variabel yang beresiko Menimbulkan kematian neonatal seperti komplikasi hamil, pendapatan keluarga dan status kesehatan ibu	Jurnal Badan Penelitian dan Pengembangan Nasional DEPKES RI
7	Priyadi. N	2008	Hubungan umur, paritas, penolong persalinan, BBLR dengan kematian neonatal	Jurnal PROMKES FKM UNDIP
8	Anna. M	2008	Pelayanan Antenatal dan pertolongan persalinan pada wanita pedesaan di negara Kenya	BMC journal
9	Christana R	2010	Alasan-alasan yang membuat wanita memilih untuk melahirkan di rumah	BMC journal
10	Housne.A	2012	Faktor-faktor yang mempengaruhi rujukan dan pertolongan persalinan yang di bantu oleh tenaga profesional kesehatan di daerah perkotaan kumuh	Journal Of family and reperoduktive health

## 2. Komplikasi Persalinan

Secara global lebih dari setengah juta perempuan setiap tahun meninggal akibat komplikasi kehamilan dan melahirkan. proporsional kematian yang tinggi di hadapi oleh negara-negara berkembang termasuk Nigeria dengan resiko kematian ibu 1500 per 1000 kelahiran dan sekitar 55.000 kematian setiap tahunnya. Nigeria menyumbang 10% dari perkiraan kematian global.(Zubairu, 2010)

Menurut WHO setiap menit setidaknya ada satu wanita yang meninggal akibat komplikasi kehamilan dan melahirkan yang berarti 529.000 wanita per tahunnya. Di Mesir rasio kematian ibu telah menurun drastis dari 174/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992-1993 menjadi 67,6/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005, penurunan lebih lanjut untuk 44,6/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2009.(WHO, 2010)

Ada lima komplikasi persalinan dari 70% penyebab kematian ibu yaitu : perdarahan (25%), infeksi (15%), aborsi yang tidak aman (13%), eklamsi (12%), persalinan macet (8%). Sebanyak 99% dari kematian ibu terjadi di negara berkembang. (WHO, 2010)

Kematian ibu masih merupakan tantangan kesehatan masyarakat di seluruh dunia, seperti negara Uganda yang merupakan negara berkembang mempunyai rasio kematian ibu 432/100.000 kelahiran hidup, kematian ini timbul akibat dari kompliikasi kehamilan, melahirkan dan post natal. (Othman K 2011). Elemen-elemen kunci dari paket

persalinan untuk mengurangi komplikasi persalinan adalah mengenal tanda bahaya, persiapan untuk penolong persalinan, persiapan untuk tempat rujukan, persiapan tabungan untuk transportasi dan persiapan persalinan dan persiapan untuk donor darah. Selain itu, keterlibatan suami penting untuk peningkatan kesehatan ibu dan pengurangan morbiditas dan mortalitas.

Komplikasi pada persalinan disebabkan oleh faktor obesitas ibu, yang mana hal tersebut membawa resiko signifikan bagi ibu dan janin dianggap sebagai faktor resiko yang menyebabkan tingginya frekuensi komplikasi selama periode prenatal. Obesitas ibu hamil dapat beresiko mengalami diabetes gestasional, preeklamsia, induksi persalian, Sectio Secarea, dan infeksi post partum. (Ozren M 2008). Multiparitas juga di defenisikan sebagai faktor risiko yang serius untuk komplikasi intrapartum seperti : plasenta previa, malpresentasi, kelahiran sesar, perdarahan post partum, penanganan serius terhadap bayi baru lahir dan kematian ibu.(Ukwuma, 2012). Ada hubungan yang signifikan antara kematian neonatal dengan cairan ketuban bercampur mekonium (RR, 2,7, CI 95% :1,4-5,3), cairan ketuban yang berbau busuk (RR, 3,1, CI 95% : 1,5-6,2), perdarahan pervaginam selama persalinan (RR, 2,3, CI 95% : 1,0-5,1 (Imtiaz Jehan,dkk (2009). Klasifikasi faktor obstetrik terkait dengan kematian neonatal adalah kelahiran prematur (34%), asfiksia intrapartum (21%), perdarahan antepartum (9%), infeksi (4%),

gangguan pertumbuhan janin dalam kandungan (2%)(Pattinson dkk 2009 )

Ada 3 pendekatan yang dilakukan untuk pencegahan komplikasi dalam persalinan: Pencegahan Primer-perawatan intrapartum yang memadai dan tepat waktu, tindakan emergensi kebidanan harus selalu tersedia untuk semua kelahiran. Pencegahan Sekunder Intrapartum-terkait cedera hpoksia melalui resusitasi neonatal. Pencegahan tersier mengurangi efek kecacatan, perawatan intensif neonatal.(J. E Lawn, 2009).

Tabel 3 Hasil sintesis review literatur tentang komplikasi persalinan

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan hasil temuan	Sumber : Tetxtbook/ Jurnal
1	Ukwan	2002	Evaluasi tingkat komplikasi persalinan terkait multiparitas terhadap kesehatan Ibu dan Anak	Journal of farmacy and Biologi Science
2	JE Law	2003	Memperjelas terminologi yang terkait dengan kematian intrapartum	International J of Gynecology and bstetric
3	WHO	2005	Laporan kesehatan Dunia	Buletin WHO
4	Ozren	2008	Komplikasi yang di timbulkan oleh obesitas dalam kehamilan	Central European Journal of medic
5	Pattinsson	2009	Penyebab primer terkait komplikasi dalam persalinan	S African medic Journal
6	Imtiaz J	2009	Faktor-faktor resiko dan penyebab kematian neonatal terhadap wanita didaerakh perkotaan pakistan	J of Farmacy and Biology Science
7	Pattinson	2009	Penyebab primer terkait komplikasi dalam persalinan	S African Medic Jurnal
	Zubairu	2010	Peranan suami dan ekonomi yang dominan terhadap pengambilan keputusan ibu	African Journal of Reproductive Health
8	WHO	2010	Laporan Kesehatan Dunia	Buletin WHO
9	Othman	2011	Penilaian faktor terkait persiapan kelahiran dan komplikasi	BMC Journal

### 3. Pemanfaatan Perawatan Neonatal

Periode neonatal di mulai sekitar satu jam setelah kelahiran plasenta dan mencakup 6 minggu berikutnya. Oleh karena itu Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan bahwa perawatan neonatal harus diberikan pada 6 jam, 6 hari, 6 minggu, dan 6 bulan pasca kelahiran, dalam rangka untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan wanita baik fisik maupun mental. (WHO, 2000). Perawatan neonatal adalah waktu yang ideal untuk memberikan intervensi dalam meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Perawatan neonatal membantu untuk mengidentifikasi komplikasi, mempromosikan hidup sehat, memastikan pemberian makanan yang tepat bagi bayi, serta mendorong interaksi yang baik antara ibu dan bayinya. Namun perawatan post natal sering terabaikan dan menunjukkan cakupan yang rendah di sejumlah besar negara. Perawatan post natal memberikan kesempatan secara efektif untuk mengurangi kematian ibu dan neonatal, konseling pra konsepsi atau keluarga berencana, meningkatkan angka menyusui, meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional ibu, dan untuk mengurangi morbiditas dan kecacatan dari ibu kepada bayinya. Bayi-bayi yang tetap di jaga kehangatannya (kangaroo Care) setelah lahir secara signifikan lebih kecil kemungkinannya untuk meninggal selama periode neonatal. (Singh Abhishek 2012).



Berdasarkan penelitian Survey Demografi dan Kesehatan yang dilakukan di 30 negara yang berpendapatan rendah dari tahun 1999-2004 melaporkan bahwa tujuh dari sepuluh wanita tidak mendapatkan perawatan post natal, angka terburuk dialami negara Ethiopia dimana 90% dari wanita tidak menerima perawatan pasca melahirkan, di ikuti Bangladesh (73%), Nepal (72%) dan Rwanda (71%). Negara-negara lain juga menunjukkan proporsi besar perempuan yang tidak menerima perawatan post natal termasuk Burkina Faso (44%), Kamboja (46%), Haiti (55%), Kenya (46%), Malawi (41%), Mali (49%),Nigeria (46%), Uganda (49%), dan Zambia (51%). Rata-rata di 30 negara yang diteliti hampir 40 persen wanita tidak menerima perawatan post natal. (Manish K. Singh, 2010)

Rendahnya pemanfaatan setelah kelahiran berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang pentingnya perawatan setelah lahir, kurangnya kebutuhan yang dirasakan (terutama jika mereka merasa baik), rendahnya tingkat pendidikan, kemiskinan, kurangnya akses ke pelayanan kesehatan yang menyediakan perawatan post natal, sikap buruk dari penyedia pelayanan kesehatan, pelayanan yang di berikan kurang berkualitas, kecenderungan perempuan untuk memberikan prioritas kepada kebutuhan bayi lebih tinggi daripada terhadap dirinya sendiri. (Bryan AS,2006)

Sebuah studi yang dilakukan di Tepi Barat-Palestina menemukan ratio kematian ibu dari 29,2 menjadi 36,5 per 100.000 kelahiran hidup

masing-masing untuk tahun 2000 dan 2001. Dari 36 kematian ibu yang dilaporkan 20 (55%) terjadi pada periode post natal. Di Palestina Tepi Barat-Gaza, studi yang dilakukan antara tahun 2003-2005 di laporkan hanya 23-34% dari perempuan yang menerima perawatan post natal. Alasan yang paling sering sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan post natal adalah bahwa perempuan tidak merasa sakit dan karena mereka merasa tidak membutuhkan perawatan post natal (85%), di ikuti oleh tidak di beritahu oleh dokter untuk kembali untuk perawatan post natal (15,5%). Perempuan sedikit menyadari ketersediaan layanan, ada ada yang mengurus anak-anak dirumah, tidak ingin keluar rumah setelah 6 minggu habis melahirkan (merupakan adat tradisional budaya Arab) dan adanya pengalaman melahirkan sebelumnya dan karena itu mereka tidak membutuhkan tambahan informasi. (Enas. Dhafer, 2008). Penelitian yang di lakukan di pedesaan Nepal, menunjukkan bahwa proporsi perempuan yang menerima perawatan post natal adalah rendah hanya sebanyak (34%),. Dan hanya (19%) wanita yang hanya menerima perawatan dalam kurung waktu 48 jam setelah melahirkan. Ini karena kurangnya akses dan kurangnya kesadaran yang merupakan hambatan utama dalam menerima pelayanan post natal.(Sulochana. D, dkk, 2007). Sedangkan penelitian yang dilakukan di pedesaan Tanzania layanan neonatal dianggap penting dan secara rutin di sediakan, namun jika ada masalah serius yang terkait komplikasi pada bayi, layanan ini lebih menargetkan

pada bayinya dan hanya sedikit perhatian yang di berikan kepada ibunya. (Mrhiso, dkk, 2009)

Tabel 4 Hasil sintesis review literatur tentang kematian neonatal

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan hasil temuan	Sumber : Tetxtbook/ Jurnal
1	WHO	2000	Laporan kesehatan Dunia	Buletin WHO
2	Abishek Singh	2002	Pemanfaatan perawatan Post natal untuk BBL hubungannya dengan kematian neonatal di India	BMC pregnancy and Chilbirth
3	Bryan AS	2006	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dengan kunjungan post natal pada wanita yang hidup didaerah kumuh	Maternal Child and health journal
4	Sulochan. D	2007	Beberapa faktor pemanfaatan pelayanan post natal pada wanita di pedesaan Nepal	BMC pregnancy and chilbirth
5	Enas Dhafer	2008	Pemanfaatan perawatan post natal untuk BBL hubungannya dengan kematian neonatal di India Faktor yang terkait dengan kurangnya perawatan pasca melahirkan pada wanita palestina	BMC pregnancy and Childbird BMC journal
6	Mrhiso	2009	Perawatan antenatal dan post natal pada wanita dengan petugas kesehatan di pedesaan tanzania selatan.	Matern Child Health Journal
7	Manish. K Singh	2010	Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan jasa ASHA dalam kaitannya dengan kesehatan ibu di pedesaan Lucknow	Indian Journal Community Med

#### 4. Pemberian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen, sehingga kelak ia terpajan dengan antigen serupa tidak akan terjadi penyakit. Pada imunisasi terhadap ibu hamil di berikan tetanus toxoid yang merupakan toxin (antigen) dari kuman yang telah di lemahkan. Tetanus toksoid yang dibutuhkan untuk imunisasi adalah sebesar 40 IU dalam setiap

dosis tunggal. Sebagaimana toksoid lainnya, pemberian toksoid tetanus memerlukan pemberian berseri untuk menimbulkan dan mempertahankan imunitas. Tidak diperlukan pengulangan dosis bila jadwal pemberian ternyata terlambat, sebab sudah terbukti bahawa respon imun yang diperoleh walaupun dengan interval yang panjang adalah sama dengan interval yang pendek. Respon imun atau efikasi vaksin ini cukup baik. Ibu yang mendapatkan toksoid tetanus ternyata memberikan proteksi yang baik terhadap bayi baru lahir terhadap tetanus neonatorum, dan ini diberikan satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. (WHO, 2001).

Selain kematian akibat tetanus neonatorum, saat ini sekitar 21% dari seluruh kematian diseluruh dunia terkait dengan virus hepatitis B ditularkan secara vertikal (dari ibu ke bayinya) sedang faktor lainnya adalah injeksi yang tidak aman, dan perilaku beresiko tinggi yang menyebabkan perhatian pada kekebalan jangka panjang. (Kamran B, 2011). Bayi baru lahir usia 0-7 hari harus diberikan imunisasi Hepatitis B (HB 0). Indonesia termasuk dalam kelompok endemis sedang dan tinggi hepatitis B dengan prevalensi di populasi 8%-20%. Pengidap hepatitis di Indonesia pada ibu hamil sebanyak 3,9% yang merupakan pengidap hepatitis dengan risiko penularan maternal kurang lebih 45%. Infeksi hepatitis B berkembang menjadi kronis pada saat bayi lahir sebesar 90%. Infeksi virus hepatitis B 21% akan terjadi pada masa perinatal. (A. Rizani, 2009). Pemberian imunisasi HB pada bayi umur 0-

7 hari dosis pertama akan tinggal 23% yang menjadi pengidap kronis dan 40% bila bayi diberi dosis peratama pada bulan pertama pada bulan pertama kehidupannya maka yang menjadi pengidap kronis. Efektifitas proteksi 85-95% dalam mencegah infeksi hepatitis B apabila pemberian imunisasi dalam waktu 12 jam setelah imunisasi.

Selain itu bayi baru lahir cenderung memiliki kadar vitamin K dan cadangan vitamin K dalam hati yang relatif rendah dibanding bayi yang lebih besar. Hal ini menyebabkan bayi baru lahir cenderung mengalami defisiensi vitamin K sehingga beresiko tinggi mengalami PDVK (Perdarahan Akibat Defisiensi Vitamin K). Akibat dari PDVK adalah terjadinya perdarahan otak dengan angka kematian 10-50% yang umumnya terjadi pada bayi dengan rentang umur 2 minggu sampai 6 bulan, dengan akibat angka kecacatan 30%-50%. Data dari bagian Ilmu kesehatan Anak FKUI RSCM (1990-2000) terdapat 21 kasus, 17 diantaranya (81%) mengalami komplikasi perdarahan intrakranial (Catatan medik RSCM 2000). Data dari Komnas KIP (kejadian Ikutan Pasca Imunisasi) jumlah kasus perdarahan pasca imunisasi yang diduga karena defisiensi vitamin K selama tahun 2003-2006 sebanyak 42 kasus, dimana 27 kasus (65%) diantaranya meninggal. (Kementrian kesehatan RI, 2011)

Vaksin BCG sangat juga sangat penting diberikan kepada bayi baru lahir dengan tujuan untuk mencegah transmisi atau penularan dari ibu ke bayinya dan mencegah perkembangan yang cepat dari awal

terhadap penyakit TB (Tuberculosis). Vaksin BCG diberikan sejak lahir dengan tingkat keberhasilan sebesar 70%. (Chia-Lin Tseng, 2011)

Tabel 5 Hasil sintesis review literatur tentang pemberian imunisasi

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan hasil temuan	Sumber : Tetxtbook/ Jurnal
1	Rahman. M	2000	Pemberian 2 dosis suntikan TT dapat mengurangi kematian neonatal sebesar 35,5/1000	Pub Medic Journal
2	WHO	2001	Kemajuan menuju penghapusan global tetanus neonaturim	Textbook
3	WHO	2006	Standar rekomendasi surveillance terhadap penyakit yang dapat di cegah oleh vaksin	Text Book
4	Ahmad Rizani	2009	Ada hubungan antara sikap dan perilaku ibu dalam pemberian imunisasi hepatitis B	Cochrane Pregnancy and Chilbirth journal
5	Hannah. B	2010	Pemberian suntikan TT senyak 2 dosis pada ibu hamil mengurangi kematian neonatus sebesar 94%	Oxford Jurnal
6	Chia-Lin Tseng	2011	Efektifitas vaksin baru terhadap TB	Biomed Central
7	Kamran	2011	21% kematian neonatal terkait hepatiais yang di tularkan dari ibu ke bayinya	Hepatitis Monntly J
8	Kemenkes RI	2011	Pedoman pemberian vitamin K	Buletin Depkes

## 5. Riwayat penyakit menular

### a) Riwayat penyakit Malaria

Infeksi plasmodium Falcifarum selama kehamilan memberikan kontribusi substansial terhadap ibu dan janinnya. Malaria yang melalui plasenta dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan intra uterin, prematur, BBLR serta meningkatnya kesakitan dan kematian bayi. Sekitar 50 juta ibu hamil beresiko malaria, lebih dari 50%

diantaranya tinggal di wilayah sub-Sahara Afrika. Malaria saat melahirkan di defenisikan sebagai malaria perifer dan malaria plasenta dimana prevalensi parasitemianya masing-masing di perkirakan 13,7% dan 6,7%. Frekuensi dan keparahan tertinggi terjadi pada primigravida. Efek dari malaria terhadap kehamilan dan melahirkan di perkirakan dimediasi oleh anemi pada ibu dan insufisiensi plasenta. (Brigitte W, 2010). Malaria Falcivarum dan vivax selama kehamilan berhubungan dengan BBLR tapi tidak memperpendek usia kehamilan, demam selama kehamilan berhubungan dengan kelahiran prematur, demam sebelum seminggu persalinan berhubungan dengan kematian neonatal. Demam juga berhubungan dengan kematian bayi usia 1 bulan sampai 3 bulan. Sedangkan bila tidak ada faktor resiko dapat di identifiasi terjadinya kematian pada masa kanak-kanak. (Chrisrine L dkk, 2001). Penelitian yang dilakukan di Nigeria menyatakan bahwa prevalensi malaria pada neonatal adalah 24,8% dan 17,4% adalah malaria bawaan. Sebanyak 57 sampel yang teliti 44 orang (77,4%) mengalami demam yang merupakan manifestasi klinis dari malaria. Kematangan bayi, jenis kelamin dan usia tidak mempengaruhi penelitian. (Iyabo, T, 2006). Malaria yang melalui transplasenta secara signifikan beresiko lebih tinggi sehingga menyebabkan bayi lahir mati, terlepas dari paritas (odds ratio 2,19, CI 95%, 1,49-3,22,  $P < 0,0001$ ) (JeanPierre, 2004)

Sebuah studi yang dilakukan di wilayah Amazon-Peru oleh Falgunce K dkk (2007) menunjukkan bahwa wanita hamil 2,3 (95% CI, 1,32-3,95,  $P < 0,0004$ ) kali lebih mungkin untuk menderita infeksi Plasmodium Falcifarum di bandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Resiko kematian bayi dari ibu yang terinfeksi malaria akut melalui transplasenta menunjukkan (odds ratio 5,8, CI 95%, 1,77-14,33), parasitemia (odds ratio 19,31, CI 95%, 4,4-84,02), BBLR (OR 2,82, CI 95%, 1,27-6,28), kelahiran prematur (OR 3,19 CI 95%, 1,14-8,95). Bayi yang lahir dari wanita yang memiliki gejala klinik malaria selama kehamilan memiliki peningkatan resiko malaria klinis pada bayinya. (Azucena B dkk, 2012)

Papua merupakan salah satu daerah di Indonesia yang merupakan endemis malaria, penelitian yang dilakukan oleh Jeanne R dkk (2008) dari bulan Desember 2004 sampai **april** 2004 menunjukkan bahwa infeksi Plasmodium falcifarum berhubungan dengan anemia berat (kadar Hb  $< 7$  g%)dimana (OR 2,8, CI 95%, 2,0-4,0). Sedang infeksi Plasmodium Vivax berhubungan dengan peningkatan resiko anemia sedang (kadar Hb 7g%-11g%) dengan (OR 1,8, CI 95%, 1,2-2,9)

#### b) Riwayat penyakit TB

TB pada manusia disebabkan oleh infeksi Mycobacterium tuberculosis atau Mycobacterium bovis, paling sering menyerang paru-paru, namun setiap bagian tubuh dapat diserangnya,



khususnya kelenjar getah bening. TB pada ibu hamil telah menjadi topik keprihatinan dan kontroversi sejak zaman Hippocrates. Pada tahun 1850 Grisolle menunjukkan bahwa TB memperburuk kehamilan. Sampai pada tahun 1950 banyak ahli merekomendasikan terapi aborsi bagi perempuan TB. Dampak yang ditimbulkan oleh TB pada ibu hamil adalah kelahiran prematur, retardasi pertumbuhan janin, BBLR dan kematian neonatal. Persentasi klinis TB pada wanita hamil mirip dengan wanita yang tidak hamil seperti batuk, penurunan berat badan, kelelahan, haemoptoe, lesu, distensi perut, lekas marah, dan lesi kulit. Uji tuberculin dianggap metode yang aman dan berguna untuk screening infeksi tuberculosis pada wanita hamil. (GC. Khilnani, 2004)

Studi yang dilakukan di Tanzania Utara oleh Faheem G dkk (2010) dengan sampel 286 wanita hamil dari usia kehamilan 12 minggu. Hasilnya adalah prevalensi infeksi laten berkisar antara 26,2% dan 37,4%. Setelah di analisis dengan logistik multivariat di temukan bahwa umur, paritas, indeks massa tubuh, usia kehamilan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan hasil tes kulit tuberkulin. Prevalensi TB laten pada wanita hamil di temukan lebih tinggi di banding pada populasi umum.

Efek TB pada kehamilan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk tingkat keparahan penyakit, bagaimana kehamilan saat di diagnosis, adanya infeksi paru lainnya serta HIV.

Prognosis terburuk ketika wanita tersebut terinfeksi HIV dan kegagalan mematuhi pengobatan. Tuberculosis tidak hanya menyumbang proporsi penyakit global juga merupakan kontributor penyebab kematian ibu dan bayi. Studi yang di laporkan oleh Schaefer melaporkan insiden TB pada kehamilan 18-29/100.000 kelahiran hidup, yang hampir sama dilaporkan angka insidennya kota New York yaitu 19-39/100.000 kelahiran hidup. Inggris juga melaporkan kejadian TB pada maternitas yaitu 4,2/100.000 kelahiran hidup.

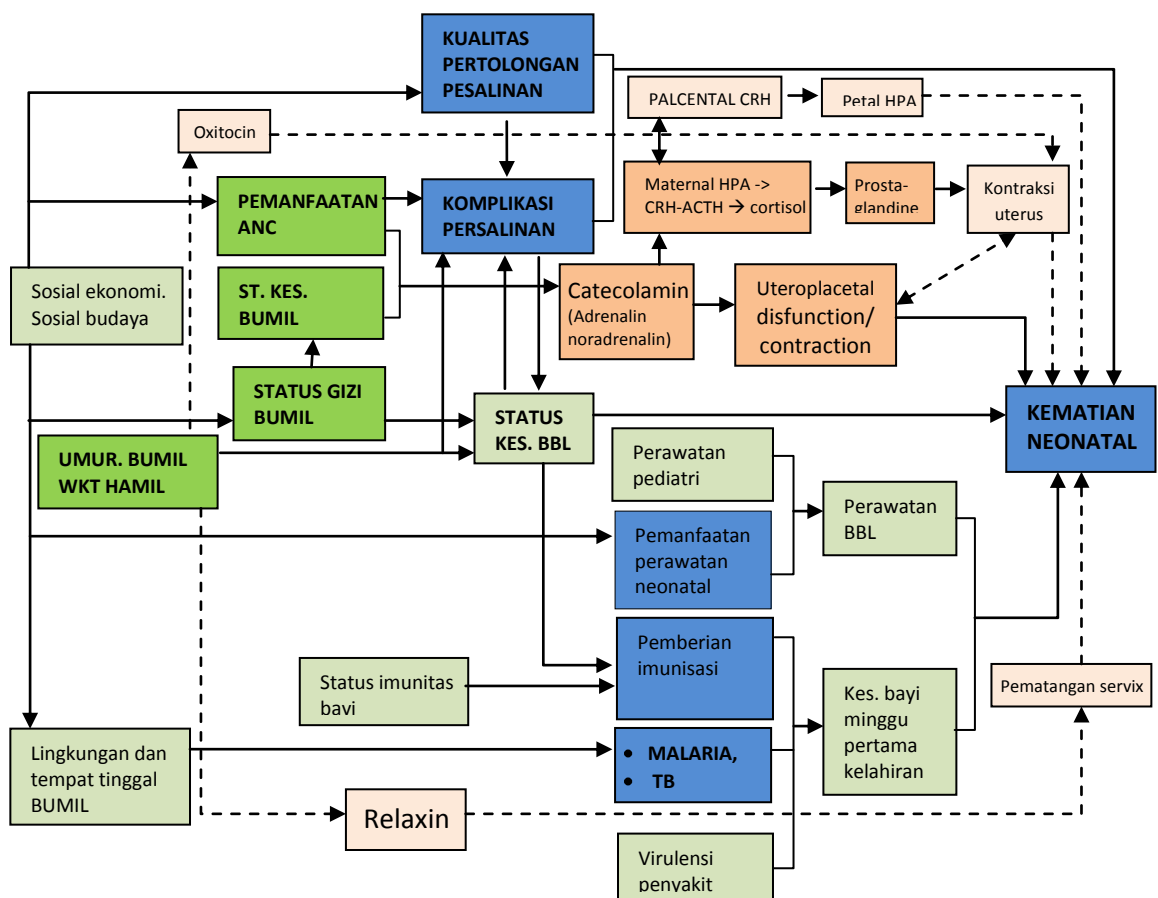
Infeksi pada neonatal muncul pada minggu ketiga dengan gejala hepato splenomegali, sulit bernafas, demam dan limpadenopati. Komplikasi obstetri TB termasuk abortus spontan, BBLR, prematur, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim dan kematian neonatal. (OlabisiM. Loto and Ibraheem Awowole, 2012)

Tabel 6 Hasil sintesis review literatur tentang riwayat penyakit menular

No	Nama penulis / peneliti	Tahun	Ringkasan hasil temuan	Sumber : tetxtbook/ jurnal
1	Christine L	2001	Efek-efek malaria pada kehamilan dan janin serta manifestasinya	American journal of Epidemiology
2	Jean Pierre	2004	Malaria melalui transplasenta beresiko lebih tinggi terhadap kematian neonatal	American Journal Trop medic
3	GC KHilanani	2004	Dampak-dampak yang di timbulkan oleh TB pada wanita hamil. Serta Uji tuberculin merupakan screening yang aman bagi ibu hamil	Indian Journal of Diseases
4	Iyabo. T	2006	Kematangan bayi, jenis kelamin, dan usia tidak mempengaruhi kejadian malaria di Nigeria	BMC pediatric journal
5	Fulgence K	2007	Wanita hamil 2,3 kali lebih beresiko menderita infeksi plasmodium Falcifarum	American Journal Trop Med
6	Jeanne R	2008	Infeksi plasmodium falcifarum berhubungan dengan anemia berat	Oxford Journ
7	Jeanne R	2008	Infeksi plasmodium falcifarum berhubungan dengan anemia berat	Oxford Journal
8	Brigitte	2010	Kontribusi malaria terhadap ibu dan janin yang tinggal di Sub-Sahara Afrika.	Malaria Journal
9	Faheem G	2010	Bahwa umur, paritas, indeks massa tubuh, usia kehamilan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan hasil tes tuberkulin	Biomed Central
10	Azucece B	2012	Ibu yang terinfeksi malaria memiliki peningkatan resiko pada bayi yang dilahirkannya	Oxford Journal
11	Olabisi M	2012	Gejala klinis pada neonatal muncul pada minggu kedua dan ketiga	Journal of Pregnancy

### C. Kerangka Teori

Kerangka teori disusun berdasarkan kajian tinjauan pustaka yang dikombinasikan dari berbagai teori yang telah ada. Kerangka teori penelitian dapat dilihat pada gambar di bawah ini: **Gambar 1. Model Kerangka teori penelitian**



Sumber : **Modifikasi** : Searching for socioeconomic risk factors in neonatal mortality in Kuwait: a case control study dengan + Psychological science on pregnancy. *Annual Review of Psychology*, 2011.

## D. Kerangka Konsep penelitian

### 1. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Dengan mengacu pada kajian yang telah dikemukakan pada tinjauan pustaka, maka telah diidentifikasi sejumlah variabel yang terlibat langsung maupun tidak langsung terhadap terjadinya kematian neonatal, pada ibu-ibu yang melahirkan. Yang kemudian dituangkan kedalam model kerangka konsep. Selanjutnya juga telah diidentifikasi hubungan antar variabel, baik yang berlaku sebagai variabel independen maupun variabel dependennya. Penyusunan konsep pengaruh determinan yang mempengaruhi kematian neonatal di RSUD Mamuju mengacu pada pandangan teori bahwa kematian neonatal dapat diakibatkan oleh beberapa faktor risiko yang dikombinasi dengan model teori modifikasi *Annual Review of Psychology, (2011)*, yang merumuskan bahwa kejadian kematian neonatal berhubungan dengan variabel yang termasuk dalam kelompok "faktor determinan" yakni : kualitas pertolongan persalinan, komplikasi persalinan, pemanfaatan perawatan post natal, pemberian imunisasi, dan riwayat penyakit ibu seperti penyakit malaria dan TB. Adapun alasan memasukkan variabel tersebut kedalam model kerangka konsep diuraikan secara singkat sebagai berikut :

- a. **Variabel kematian Neonatal.** Adalah jumlah kematian bayi yang berumur sampai 28 hari yang di catat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Secara umum kematian

neonatal merupakan komplikasi dari persalinan preterm, asfiksia atau trauma selama persalinan, infeksi, cacat atau sebab khusus kematian perinatal. Hasil telaah jurnal memperlihatkan kematian neonatal berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan beberapa faktor determinan seperti yang telah ditetapkan didalam tujuan penelitian.

- b. Variabel Kualitas Pertolongan Persalinan.** Adalah suatu bentuk mutu pelayanan terhadap persalinan ibu melahirkan yang dilakukan oleh penolong persalinan baik oleh tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan persalinan yang aman dan bersih. Bila tidak di tunjang dengan pertolongan yang aman dan bersih akan memungkinkan terjadinya kematian neonatal.
- c. Variabel Komplikasi Persalinan.** Komplikasi persalinan merupakan keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan janin yang akan di lahirkannya karena gangguan (akibat) langsung dari persalinan. Komplikasi persalinan dapat berupa persalinan macet, ruptura uteri, infeksi atau sepsis, perdarahan, ketuban pecah dini, malpresentase dan mal posisi janin. Bila hal tersebut diatas tidak ditangani dengan baik maka akan berakibat terhadap kematian neonatal.

- d. Pemanfaatan Perawatan Neonatal.** Merupakan waktu yang ideal untuk memberikan intervensi dalam meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan bayi. Perawatan ini membantu mengidentifikasi komplikasi, meningkatkan angka menyusui, meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional ibu dan memberikan kesempatan secara efektif untuk mengurangi kematian ibu dan neonatal.
- e. Pemberian Imunisasi.** Imunisasi adalah suatu tindakan untuk memberikan kekebalan dengan cara memasukkan vaksin kedalam tubuh manusia. Pada wanita usia subur dan wanita hamil di berikan vaksinasi TT untuk melindungi ibu dan bayi yang dilahirkan terhadap penyakit tetanus neonatorum. Dengan kata lain bahwa pemberian suntikan TT dengan dosis 2 kali pemberian akan mengurangi angka kematian neonatal sebesar 35,5/1000 kelahiran hidup. Selain imunisasi TT, pemberian imunisasi juga penting dilakukan pada masa neonatal. Imunisasi yang harus diberikan dan sesuai dengan program pemerintah adalah HB 0, injeksi vitamin K dan imunisasi BCG.
- f. Riwayat Penyakit Ibu (Penyakit Malaria dan Penyakit TB).** Infeksi plasmodium selama kehamilan memberikan kontribusi substansial terhadap ibu dan janinya. Wanita hamil lebih muda terinfeksi malaria di banding dengan populasi umum, selain itu wanita hamil yang menderita mudah terjadi infeksi yang berulang

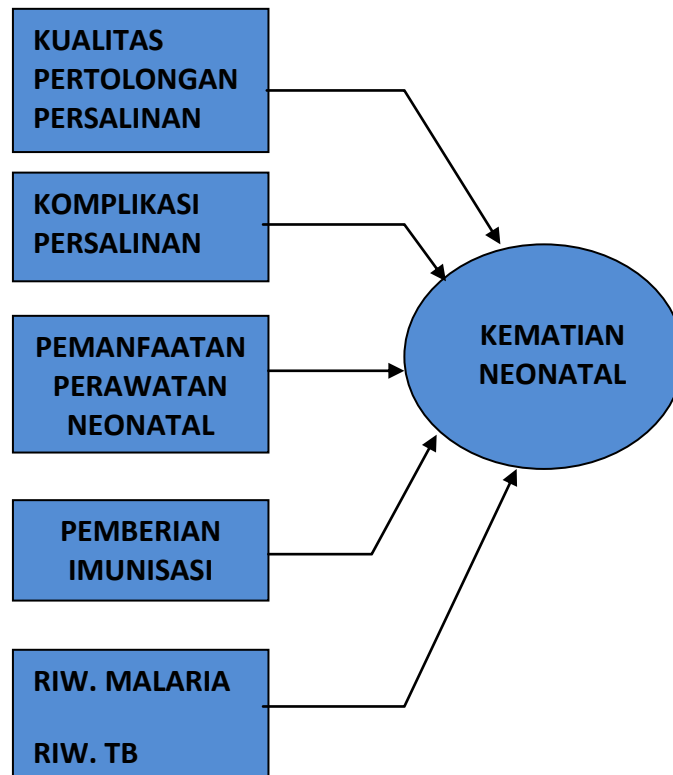
dan komplikasi berat yang menyebabkan kematian pada ibu dan bayi yang dikandungnya, hal ini karena kelemahan imunitas dan penurunan imunitas. Infeksi patogen sangat berpotensi menyebabkan kematian janin dengan cara mengeluarkan toxin yang meningkatkan suhu tubuh dan metabolisme janin, invasi kuman kedalam tubuh janin melalui plasenta, dan menimbulkan perdarahan pada desidua. Infeksi plasmodium juga menyebabkan kematian neonatus karena berkurangnya berat badan bayi pada saat lahir oleh ibu yang terinfeksi malaria.

Sedangkan Tuberculosis adalah penyakit infeksi yang di sebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* bersifat sistematis sehingga dapat menyerang hampir seluruh organ termasuk plasenta. Transmisi TB ke bayi dapat terjadi di dalam uterus dengan penyebaran hematogen melalui vena umbilicus dan aspirasi atau menelan cairan amnion yang terinfeksi. Dapat juga melalui proses persalinan melalui kontak dengan cairan amnion yang terinfeksi atau sekresi genital. Infeksi patogen tersebut sangat berpotensi menyebabkan kematian neonatal.

Berdasarkan uraian review literatur seperti telah dikemukakan diatas, maka variable yang diteliti disusun dalam suatu model kerangka konsep sebagai berikut:



**Gambar 2 : Model Kerangka Konsep Penelitian**



### **E. Hipotesis Penelitian**

- 1) Kualitas pertolongan persalinan berisiko terhadap kematian neonatal
- 2) Komplikasi persalinan berisiko terhadap kematian neonatal
- 3) Pemanfaatan perawatan neonatal berisiko terhadap kematian neonatal
- 4) Pemberian imunisasi berisiko terhadap kematian neonatal
- 5) Riwayat penyakit malaria dan TB berisiko terhadap kematian neonatal