

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB TIDAK LANGSUNG KASUS KEMATIAN BAYI DI KABUPATEN MESUJI PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2012-2013

Indar Sulistiyanti¹, Dhiny Easteryanti²

ABSTRAK

Angka kematian bayi dapat menjadi salah satu ukuran dalam melihat kualitas pelayanan kesehatan yang rendah. Makin tinggi angka kematian bayi suatu bangsa, semakin rendah pula kualitas pelayanan kesehatan masyarakatnya. Kabupaten Mesuji kasus kematian bayi dan Balita dari tahun 2011 - 2013 mengalami peningkatan yaitu 71 kasus (2011), 77 kasus (2012) dan 110 kasus (2013). Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis faktor penyebab tidak langsung kasus kematian bayi khususnya di Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung.

Jenis penelitian kuantitatif, desain *case-control*. Populasi seluruh bayi yang lahir diwilayah Kabupaten Mesuji sebanyak 7.983 bayi periode 2012 s.d 2013. Sampel 55 kasus dan 55 kontrol. Analisis bivariate menggunakan uji *Chi Square* dan multivariate dengan menggunakan *Regresi Logistik*

Hasil analisis bivariate menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan (*p-value* 0,023), Akses ke Fasilitas Kesehatan (*p-value* 0,000), perilaku ANC (*p-value* 0,011), keterlambatan (*p-value* 0,000) dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Tidak ada hubungan sosial ekonomi (*p-value* 0,232), usia (*p-value* 1,000), social budaya (*p-value* 1,000), penolong persalinan (*p-value* 0,611), perilaku perawatan bayi (*p-value* 1,000) dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012 -2013 adalah faktor keterlambatan dimana memiliki nilai OR tertinggi yaitu 27,485. Saran bagi tenaga kesehatan terutama bidan perlunya penyuluhan yang diberikan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan kesadaran bagi masyarakat untuk merealisasikan pengetahuan yang diperoleh dari penyuluhan mengenai faktor - faktor yang mempengaruhi kematian bayi dalam upaya pencegah angka kematian bayi.

Kata Kunci : Penyebab tidak langsung, kematian bayi

PENDAHULUAN

Kesehatan bayi merupakan ukuran penting kesehatan Nasional karena variabel itu berkaitan dengan berbagai faktor antara lain kesehatan ibu, mutu akses pelayanan medis, kondisi sosial ekonomi dan praktek kesehatan masyarakat. Kematian bayi dapat dibagi dalam kematian neonatal (28 hari pertama) dan kematian pasca neonatal (antara 28-365 hari). Dalam Riskesdas 2007 terdapat perbedaan pola penyebab kematian neonatal dengan pasca neonatal. Kematian neonatal paling lazim disebabkan oleh kejadian prenatal dan kejadian tepat setelah lahir. Layanan prenatal yang memadai, dilengkapi dengan pengkajian dan manajemen risiko, serta kemajuan dalam peralatan intensif bayi baru lahir

dapat membantu menurunkan kematian neonatal. Kesehatan bayi selama periode pascanatal lebih bergantung kepada lingkungan bayi, yang mencakup antara lain ketrampilan menjadi orang tua dan ketersediaan serta pemanfaatan layanan pediatrik. (McKenzi, J.F, *et al.*,2002 dalam Rachmawati, dkk.,2007). Faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kematian bayi dalam pemanfaatan layanan kesehatan adalah akses, kondisi sosial ekonomi, pengetahuan orang tua.

Menurut The UN-*Inter agency Group for Child Mortality Estimates* (IGME), Tahun 2011, Angka Kematian Bayi yang dimiliki Indonesia adalah 24,8 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2011. Meski Angka Kematian Bayi di Indonesia terus menurun tiap tahun, namun tingkat kematian bayi

1) Staf Puskesmas Mesuji, Kabupaten Mesuji

2) Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati

di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan Negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,2 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,2 kali lebih tinggi dari Filipina dan 2,2 kali lebih tinggi dari Thailand (Profil Kesehatan RI, 2012).

Target ke 4 MDG's adalah menurunkan kematian bayi dan balita sebanyak dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015 target kematian bayi (AKB) MDG's 2015 adalah 23 bayi dan capaian yang telah dicapai adalah 34 Angka kematian bayi untuk tahun 2007 dan 32 kematian pada tahun 2012 dan tentu saja ini menunjukkan masih jauh target harus dicapai pada tahun 2015. Dengan perkiraan penduduk 240.673.000 dengan CBR 20,4 dengan angka Kematian SDKI 2012 diperkirakan lebih 95 ribu bayi baru lahir meninggal sebelum berumur 1 bulan, lebih dari 160 ribu bayi meninggal sebelum umur tahun pertama, dan lebih dari 201 ribu balita meninggal sebelum ulang tahun yang kelima.

Variasi kematian bayi antar provinsi masih cukup besar dengan kematian paling tinggi terjadi di Papua Barat yaitu hampir empat kali lebih tinggi dari angka kematian bayi di Kalimantan Barat. Propinsi dengan AKB terendah adalah Kalimantan Timur (21 per 1000 kelahiran Hidup), DKI Jakarta (22 per 1000 kelahiran hidup), dan Riau(24 per 1000 kelahiran hidup)sedangkan AKB tertinggi di Papua Barat (74 per 1000 kelahiran hidup), Gorontalo (67 per 1000 kelahiran hidup) dan Maluku Utara (60 per 1000 kelahiran hidup). Terdapat 27% provinsi (9 Provinsi) menunjukkan peningkatan kematian bayi antara tahun 2007-2012 yaitu Aceh, Jateng, Yogyakarta, Kaltim, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua.

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya di atas, kematian bayi merupakan indikator kesejahteraan suatu bangsa yang mencerminkan tingkat masalah kesehatan masyarakat. Dengan kata lain angka kematian bayi dapat menjadi salah satu ukuran dalam melihat kualitas pelayanan kesehatan yang rendah. Makin tinggi angka kematian bayi suatu bangsa, semakin rendah pula kualitas pelayanan kesehatan masyarakatnya. Bila tidak ada

upaya untuk menurunkan angka kematian bayi, bukan tidak mungkin bangsa ini akan mengalami kemunduran karena kehilangan generasi penerus bangsa

Penyebab utama kematian bayi di Indonesia tidak jauh berbeda dengan pola penyebab utama kematian bayi di dunia, yaitu terbanyak adalah Infeksi Saluran Pencernaan 15,8 %, Asfiksia /Aspirasi 13,8 %, Pnemonia 13,1%, BBLR 12,2%, Sepsis 6,3%.(Riskesmas, 2007).

Menurut Kemenkes (2010) penyebab kematian bayi dan balita adalah masalah yang terjadi pada bayi baru lahir/neonatal (umur 0-28 hari). Masalah neonatal ini meliputi asfiksia (kesulitan bernafas saat lahir), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan infeksi. Diare dan pneumonia merupakan penyebab kematian berikutnya pada bayi dan balita, disamping penyakit lainnya serta dikontribusi oleh masalah gizi.

Penyebab tidak langsung kematian bayi merupakan penyebab yang berperan meningkatkan Angka kematian Bayi.Beberapa faktor menjadi penyebab tidak langsung kematian bayi dan balita. Dari sisi kebutuhan (demand), antara lain adalah : 1. sosial ekonomi yang rendah, 2.pendidikan ibu, 3.kondisi sosial budaya yang tidak mendukung, 4.kedudukan dan peran perempuan yang tidak mendukung, 5.pelayanan kesehatan/akses sulit, 6.serta perilaku perawatan bayi dan balita yang tidak sehat. Sementara ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang belum merata, kesinambungan pelayanan KIA yang belum memadai, pembiayaan pelayanan KIA yang belum memadai, menyumbangkan masalah dari sisi supply

(www.gizikia.depkes.go.id/download/materi_advokasi_BBL).

Di Provinsi Lampung kasus kematian bayi mengalami peningkatan yang cukup berarti. Berdasarkan data program KIA provinsi Lampung trend kasus kematian bayi meningkat sejak 4 tahun terakhir yaitu 110 kasus pada tahun 2009, 122 kasus pada tahun 2010 menurun pada tahun 2011 yaitu 106 dan meningkat tajam pada tahun 2012 yaitu 283 kasus. Dengan penyebab kematian bayi pada tahun 2012 adalah ISPA 10%,

Diare 21% dan lain-lain 69% (Data program KIA provinsi Lampung, 2012).

Angka kematian bayi provinsi Lampung menurut SDKI pada tahun 2012 adalah 30 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan 2012). Penyebab langsung kematian bayi menurut program dinas provinsi Lampung adalah Asfiksia, BBLR, Pnemonia, Diare, Tetanus, dan lain-lain. Sedangkan penyebab tidak langsung adalah berkaitan dengan 3 keterlambatan yaitu: terlambat membuat keputusan, terlambat dirujuk ke pelayanan kesehatan, terlambat ditangani difasilitas kesehatan. Meskipun angka kematian bayi provinsi Lampung dibawah angka nasional, namun trend peningkatan memerlukan perhatian khusus, data ini setidaknya menjadi barometer derajat kesehatan diprovinsi Lampung.

Untuk Kabupaten Mesuji kasus kematian bayidari tahun 2010-2013 mengalami peningkatan yaitu 40 kasus (tahun 2010), 71 kasus (tahun 2011), 77 kasus (tahun 2012) dan 110 (tahun 2013). Dengan penyebab kematian bayi pada tahun 2012, Asfiksia 51%, BBLR 32,4%, Kelainan konginetal 5,4%, Lain-lain 5,4%, Sepsis 2,7% dan Diare 2,7%. Sedangkan pada tahun 2013 Penyebab kematian bayi adalah 47% Asfiksia, 20% BBLR, Lain-lain 11,7%, Kelainan Konginetal 8,8% dan Sepsis 5,8%(Data KIA DinKes Mesuji,2013).

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Mesuji diketahui bahwa cakupan Kunjungan pertama(KI) ibu hamil sebagai indikator Akses mencapai 90,2% sedangkan cakupan Kunjungan keempat (K4) ibu hamil sebagai indikator kualitas pelayanan baru mencapai 79.8%, hal tersebut menunjukkan bahwa cakupan K4 masih dibawah target.

Berdasarkan data diatas, Kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji yang disebabkan faktor penyebab langsung telah diketahui namun masih belum terdapat data yang lengkap tentang faktor penyebab tidak langsung yang turut berperan dalam kematian bayi di Kabupaten Mesuji. Oleh karena itu penulis ingin mengetahui faktor penyebab tidak langsung kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji tahun 2012-2013.

Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor penyebab tidak langsung kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji tahun 2012-2013

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif denganpendekatan kasus control (*case- control*). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir diwilayah Kabupaten Mesuji sebanyak 7.983 bayi periode dari tahun 2012 s.d tahun 2013. Penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus dan kelompok kontrol 1 : 1, maka jumlah sampel yang didapat yaitu 55 kasus dan 55 kontrol. Selain itu, pengambilan kasus dilakukan secara *random sampling*. Sedangkan untuk pengambilan kelompok kontrol digunakan metode *snowball sampling*. Pengumpulan data kelompok kasus yakni semua bayi yang meninggal diambil dari data pelaporan puskesmas di wilayah Kabupaten Mesuji. Untuk data yang tidak lengkap pengumpulan data dengan menggunakan data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden. Data yang terkumpul dalam penelitian ini dianalisa secara univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi. Analisis bivariat untuk menguji adanya hubungan antara faktor risiko dengan kematian bayi dengan menggunakan *uji Chi Square*. Analisis multivariate dengan menggunakan uji *regresi logistic*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Univariat

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa pada kelompok kasus sebanyak 23 (41,8%) bayi dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, sebanyak 44 (80.0%) bayi dari ibu berpendidikan rendah, sebanyak 10 (18.2%) bayi dari ibu dalam rentang usia berisiko, sebanyak 3 (5.5%) bayi dari keluarga dengan sosial budaya yang tidak memiliki keyakinan khusus dalam merawat bayi, sebanyak 43 (78.2%) bayi dengan tempat tinggal yang sulit untuk menjangkau fasilitas kesehatan, sebanyak 29 (52.7%) bayi dengan kunjungan ANC tidak lengkap, sebanyak 3 (5.5%) bayi dengan persalinan dengan tenaga non

kesehatan, sebanyak 3 (5.5%) bayi dengan perilaku perawatan bayi tidak baik, sebanyak 32 (58.2%) bayi yang

mengalami salah satu dari tiga keterlambatan.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sosial Ekonomi, Pendidikan Ibu, Usia Ibu, Kondisi Sosial Budaya, Akses Ke Fasilitas Kesehatan, Prilaku ANC, penolong Persalinan, Serta Perilaku Perawatan Bayi, dan 3 Terlambat di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013

	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Sosial Ekonomi:				
- Rendah	23	41.8	16	29.1
- Tinggi	32	58.2	39	70.9
Pendidikan				
- Rendah	44	80.0	32	58.2
- Tinggi	11	20.0	23	41.8
Usia				
- Berisiko	10	18.2	9	16.4
- Tidak Berisiko	45	81.8	46	83.6
Sosial Budaya				
- Tidak Ada	3	5.5	4	7.3
- Ada	52	94.5	51	92.7
Akses ke Fasilitas Kesehatan				
- Sulit	43	78.2	12	21.8
- Mudah	12	21.8	43	78.2
Perilaku ANC				
- Tidak Lengkap	29	52.7	15	27.3
- Lengkap	26	47.3	40	72.7
Penolong Persalinan				
- Non Nakes	3	5.5	1	1.8
- Nakes	52	94.5	54	98.2
Perilaku perawatan bayi				
- Tidak Baik	3	5.5	2	3.6
- Baik	52	94.5	53	96.4
Keterlambatan				
- Tidak Baik	32	58.2	4	7.3
- Baik	23	41.8	51	82.7

Analisis Bivariat

Tabel 2
Analisis Hubungan Sosial Ekonomi, Pendidikan Ibu, Usia Ibu, Kondisi Sosial Budaya, Akses Ke Fasilitas Kesehatan, Prilaku ANC, penolong Persalinan, Serta Perilaku Perawatan Bayi, dan 3 Terlambat dengan Kematian Bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013

Variabel	Pre Eklamsia Berat		Jumlah	p	OR	
	Kasus	Kontrol				
Sosial Ekonomi	Rendah	23 (41.8%)	16 (29.1%)	39 (35.5%)	0,232	-
	Tinggi	32 (58.2%)	39 (70.9%)			
Pendidikan	Rendah	44 (80.0%)	32 (58.2%)	76 (69.1%)	0,023	2,875
	Tinggi	11 (20.0%)	23 (41.8%)	34 (30.9%)		
Usia	Beresiko	10 (18.2%)	9 (16.4%)	19 (17.3%)	1,000	-
	Tidak Berisiko	45 (81.8%)	46 (83.6%)	91 (82.7%)		
Sosial Budaya	Tidak Ada	3 (5.5%)	4 (7,3%)	7 (6.4%)	1,000	-
	Ada	52 (94.5%)	51 (92.7%)	103 (93.6%)		
Akses	Sulit	43 (78.2%)	12 (21.8%)	55 (50.0%)	0,000	12,84
	Mudah	12 (21.8%)	43 (78.2%)	55 (50.0%)		

Perilaku ANC	Tidak lengkap	29 (52.7%)	15 (27.3%)	44 (40.0%)	0,011	2,974
	Lengkap	26 (47.3%)	40 (72.7%)	66 (60.0%)		
Penolong Persalinan	Non Nakes	3 (5.5%)	1 (1,8%)	4 (3.6%)	0,611	-
	Nakes	52 (94.5%)	54 (98.2%)	106 (96.4%)		
Perilaku Perawatan Bayi	Tidak Baik	3 (5.5%)	2 (3,6%)	5 (4.5%)	1,000	-
	Baik	52 (94.5%)	53 (96.4%)	105 (95.5%)		
Keterlambatan	Tidak Baik	32 (58.2%)	4 (7.3%)	36 (32.7%)	0,000	17,739
	Baik	23 (41.8%)	51 (82.7%)	74 (67.3%)		

Berdasarkan tabel 2. Diketahui hasil analisis hubungan sosial ekonomi dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 23(41,8%) bayi dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah. Sedangkan diantara bayi dari keluarga dengan sosial ekonomi tinggi ada 32 bayi (58.2%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,232 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan sosial ekonomi dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013.

Hasil analisis hubungan pendidikan dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 44 (80.0%) bayi dari ibu dengan pendidikan rendah. Sedangkan diantara bayi dari ibu dengan pendidikan tinggi ada 11 bayi (20.0%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pendidikan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR 2,875 yang berarti bahwa resiko kejadian kematian bayi 2,875 kali lebih besar pada bayi dari ibu berpendidikan rendah dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi.

Hasil analisis hubungan usia dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (18.2%) bayi dari ibu dengan usia berisiko. Sedangkan diantara bayi dari ibu berusia tidak berisiko ada 45 bayi (81.8%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 1,000 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan usia dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013.

Hasil analisis hubungan sosial budaya dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 3 (5.5%) bayi dari keluarga yang tidak memiliki keyakinan khusus. Sedangkan diantara bayi dari keluarga yang memiliki keyakinan khusus ada 52 bayi (94.5%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 1,000 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan

sosial budaya dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013.

Hasil analisis hubungan Akses ke Fasilitas Kesehatan dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 43 (78.2%) bayi dari keluarga yang sulit menjangkau fasilitas kesehatan. Sedangkan diantara bayi dari keluarga yang mudah menjangkau fasilitas kesehatan ada 12 bayi (21.8%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan Akses ke Fasilitas Kesehatan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR 12,84 yang berarti bahwa resiko kejadian kematian bayi 12.84 kali lebih besar pada bayi dari keluarga yang sulit menjangkau fasilitas kesehatan dibandingkan dengan bayi yang berasal dari keluarga yang mudah menjangkau fasilitas kesehatan.

Hasil analisis hubungan perilaku ANC dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 29 (52.7%) bayi dengan ANC tidak lengkap. Sedangkan diantara bayi dengan ANC lengkap ada 26 bayi (47.3%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,011 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan perilaku ANC dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR 2,974 yang berarti resiko kejadian kematian bayi 2,974 kali lebih besar pada bayi dengan riwayat ANC tidak lengkap dibandingkan dengan ANC nya lengkap.

Hasil analisis hubungan penolong persalinan dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 3 (5.5%) bayi yang persalinannya ditolong oleh tenaga non tenaga kesehatan. Sedangkan diantara bayi dengan penolong persalinan tenaga kesehatan ada 52 bayi (94.5%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,611 maka dapat

disimpulkan bahwa tidak ada hubungan perilaku ANC dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013.

Hasil analisis hubungan perilaku perawatan bayi dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 3 (5.5%) bayi dengan perilaku perawatan bayi tidak baik. Sedangkan diantara bayi dengan perilaku perawatan baik 52 bayi (94.5%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 1,000 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan perilaku perawatan bayi dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013.

Hasil analisis hubungan keterlambatan dengan kasus kematian bayi diperoleh bahwa ada sebanyak 32 (58.2%) bayi yang terlambat dalam

mengenal masalah, merujuk, dan mendapat pelayanan ditempat rujukan. Sedangkan diantara bayi yang tidak terlambat dalam mengenal masalah, merujuk, dan mendapat pelayanan ditempat rujukan ada 23 bayi (41.8%) yang meninggal. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* 0,000 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan keterlambatan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR 17,739 yang berarti bahwa resiko kejadian kematian bayi 17,739 kali lebih besar bayi yang terlambat dalam mengenal masalah, merujuk, dan mendapat pelayanan ditempat rujukan dibandingkan dengan bayi yang tidak terlambat.

Analisis Multivariat

Tabel 3.

Hasil Analisis Multivariat dengan Uji Regresi Logistik Antara Usia Ibu, Usia Gestasi, Status Gizi, Paritas, dan Riwayat Hipertensi.

Variabel	Koefisien Regresi (B)	P-Value	OR
Akses ke fasilitas kesehatan	2,953	0,000	19,170
Tiga terlambat	3,314	0,000	27,485
Constant	-3,842		

Dari tabel diatas terlihat bahwa keterlambatan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kematian bayi dimana memiliki nilai OR tertinggi yaitu 27,485.

Variabel yang berpengaruh terhadap kematian bayi yang dianalisis secara bersamaan tersebut diatas apabila dimasukkan dalam rumus persamaan regresi logistik secara berurutan, maka diperoleh:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-[-3,842 + 2,953(1)+3,314]}}$$

$$= 0,615$$

Hasil perhitungan persamaan regresi logistik berarti bahwa jika akses ke fasilitas kesehatan dan tiga terlambat terdapat secara bersama-sama, maka memiliki risiko sebesar 61,5% untuk mengalami kematian bayi, dan sisanya yaitu sebesar 38,5% dijelaskan oleh faktor lain.

Hasil analisis bivariat terhadap 9 variabel terdapat 4 yang berpengaruh yaitu pendidikan, akses ke fasilitas kesehatan, perilaku ANC, 3 terlambat.

Dalam penelitian ini bahwa ke-4 variabel tersebut dapat diartikan sebagai faktor yang berpengaruh dengan kematian bayi (*p value* ≤ 0,05). Sedangkan variabel status ekonomi, usia, penolong persalinan, sosial budaya, perilaku perawatan bayi (*p value* > 0,05), artinya variabel tersebut tidak dapat diartikan sebagai faktor yang berpengaruh dengan kematian bayi.

Hasil perhitungan persamaan regresi logistik berarti bahwa jika akses ke fasilitas kesehatan, dan 3 Terlambat terdapat secara bersama-sama, maka memiliki risiko sebesar 61,5% untuk mengalami kematian bayi, dan sisanya yaitu sebesar 38,5% dijelaskan oleh faktor lain.

Hasil penelitian ini sesuai dengan apa yang di ungkapkan oleh Kemenkes (2010) bahwa penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi adalah kondisi masyarakat seperti pendidikan, social ekonomi, dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat masalah ini. Beberapa hal tersebut

mengakibatkan kondisi 3 terlambat (Terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapat pertolongan yang adekuat).

Kontribusi faktor keterlambatan untuk mendapatkan perawatan yang berkualitas bagi bayi yang sakit merupakan salah satu dari penyebab kematian neonatal". Harapan hidup dari bayi berat lahir rendah seringkali rendah, karena banyakyang terlambat atau bahkan tidak mencari pengobatan.

Keterlambatan dalam mengenal masalah ketika di rumah. Pada tahap ini ada interaksi dengan faktor -faktor tertentu sebelum mencapai keputusan apakah akan mencari fasilitas perawatan kesehatan atau tidak. Faktor –faktor yang mempengaruhi pembuatan keputusan adalah: faktor penyakit, sosial budaya (pendidikan, pendapatan, pemanfaatan tenaga dukun), biaya yang tinggi dan rendahnya kualitas perawatan. Keterlambatan dalam mencari perawatan kesehatan dilakukan bila penyakit telah mengakibatkan implikasi yang serius terhadap bayi. Penundaan pencarian perawatan dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang tanda bahaya. Rendahnya status perempuan dalam masyarakat, budaya dan kepercayaan adalah faktor yang menyebabkan wanita gagal untuk mengakses pelayanan kesehatan (WHO,2009).

Untuk bayi-bayi yang dilahirkan di rumah dengan keadaan sakit dapat berubah menjadi buruk dengan cepat, seringkali dalam hitungan jam. Tandadan gejalanya seringkali samar. Keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari pengobatan. Bahkan setelah tanda dan gejaladiketahui, keluarga tidak segera mencari pengobatan dengan berbagai alasan seperti: tidak mengerti bahwakasus tersebut merupakan kasus emergensi, kesulitan biaya dan transportasi, lebih mempercayai dukun, pengalamanyang buruk sebelumnya dengan petugas kesehatan dan lain-lain.

Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan akibat hambatan transportasi dan sumber daya. Ini terjadi pada tahap dimana seorang wanita diharapkan untuk mengidentifikasi dan

mencapai fasilitas medis. Tahap ini terutama didominasi oleh faktor –faktor sosio-ekonomik aktual yang memprediksi apakah seorang wanita akan mengidentifikasi dan menjangkau fasilitas medis pada waktu yang tepat. Diantara hambatan ini meliputi: kurangnya jaringan transportasi, kurangnya ongkos untuk transportasi, transportasi tidak teratur. Dari beberapa hambatan diatas terlihat bahwa transportasi yang baik dan ketersediaan ongkos untuk transportasi adalah faktor sosial ekonomi yang memungkinkan perempuan untuk mengidentifikasi dan menjangkau pelayanan kesehatan.

Dinegara berkembang, kebutuhan transportasi yang dapat diandalkan untuk mencapai fasilitas kesehatan tidak memadai dan belum merata. Selain itu infrastruktur dan geografis yang jelek menyebabkan tidak adanya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Keterlambatan dalam menerima perawatan yang berkualitas pada fasilitas kesehatan. Keterlambatan ketiga terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kualitas teknis perawatan. Salah satu alasan mengapa bayi tidak menerima perawatan yang mereka butuhkan adalah : ketidak sediaan alat atau rendahnya kualitas pelayanan yang disediakan (WHO,2009).Banyak kasus kematian neonatal berkaitan langsung dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tidak adekuat. Seringkali keterlambatan dialami ibu atau bayinya menerima pengobatan walaupun mereka telah mencapai fasilitas kesehatan, seperti: Tenaga, peralatan, dan obat-obatan tidak adekuat. Fasilitas operasi hanya beberapa jam atau beberapa hari dalam satu minggu Tidak ada protokol standar dalam mempertahankan kualitas pelayanan. Tidak ada sistem *rapid assessment* untuk ibu atau bayi Provider tidak terampil Kemampuan interpersonal staf kurang, dan sebagainya. Komponen keterlambatan ketiga yang mempengaruhi kurangnya kualitas perawatan adalah : keterampilan staf termasuk tenaga kesehatan perempuan, tidak adanya komitmen dan motivasi staf, lemahnya manajemen dan administrasi pelayanan kesehatan, kekurangan dana, perlengkapan, obat-

obatandan peralatan, kurangnya privasidan kerahasiaan serta organisasi yang buruk dari pelayanan dan infrastruktur.

Menurut WHO (2009) sebagian kematian bayi yang terjadi dapat dihindari apabila tersedia tenaga pertolongan persalinan yang terampil.Kompetensi adalah prasyarat untuk praktek –praktek terbaik dan memastikan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bayi(Canavandalam Cham et al 2008).Kurangnya keterampilan manajerial dan beban kerja yang tinggi bagi manajer memberikan kontribusi terhadap rendahnya kinerja.

Menurut pendapat peneliti, adanya hubungan 3 terlambat dengan kematian bayi di Kabupaten Mesuji adalah disebabkan oleh karna pendidikan ibu yang rendah sehingga mempengaruhi pengetahuan ibu terhadap kondisi kehamilan dan bayinya, keterlambatan juga diakibatkan oleh kondisi akses dan jarak yang sulit ketempat rujukan yang memadai.

SIMPULAN

1. Tidak ada hubungan sosial ekonomi dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,232).
2. Ada hubungan pendidikan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,023).
3. Tidak ada hubungan usia dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 1,000).
4. Tidak ada hubungan sosial budaya dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 1,000).
5. Ada hubungan Akses ke Fasilitas Kesehatan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,000).
6. Ada hubungan perilaku ANC dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,011).
7. Tidak ada hubungan penolong persalinan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,611).

8. Tidak ada hubungan perilaku perawatan bayi dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 1,000).
9. Ada hubungan keterlambatan dengan kasus kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 (*p-value* 0,000)
10. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kematian bayi di Kabupaten Mesuji Tahun 2012-2013 adalah faktor keterlambatan dimana memiliki nilai OR tertinggi yaitu 27,485.

SARAN

Disarankan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Mesuji kiranya dapat mengefektifkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia dalam rangka menanggulangi kematian bayi. Bagi Petugas Kesehatan meningkatkan kinerja masing-masing petugas dalam menanggulangi kematian bayi di kabupaten Mesuji.

DAFTAR PUSTAKA

- Asiawati. (2012) *Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Kematian Neonatal diKabupaten Tanggamus Provinsi Lampung Tahun 2012*.Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Malahayati.
- Badan Pusat Statistik (2014) *Angka Kematian Bayi*
- Bobak, Lowdermilk Deitra Leonard, Jensen Margaret Duncan. (2004). *Keperawatan Maternal*. Jakarta:EGC
- Data Statistik Indonesia (2008) *Angka Kematian Bayi*. The GNU/GPL License.
- Depkes RI (2008) *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR
- Dinkes Kabupaten Mesuji,*Profil Kesehatan Kabupaten Mesuji tahun 2010-2013*.
- Dinkes Kabupaten Mesuji(2013) *Data Cakupan KIAKabupaten Mesuji Lampung 2013*
- Dinkes Provinsi Lampung (2010) *Laporan Cakupan Program KIA Provinsi Lampung*. Lampung: Dinkes Provinsi Lampung.
- Dinkes Provinsi Lampung, *Angka Kematian bayi Provinsi Lampung Tahun 2010*.

- Dinkes Provinsi Lampung, *Pedoman Anc Terpadu 2013*
- Djaja, Afifah, Ahmad Sukroni (vol 59 No. 8 Agustus 2009) Puslitbang Ekologi dan Status kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI. *Majalah Kesehatan Indonesia*.
- Hassan, Rusepno & Alatas, Husein. (2007). *Ilmu Kesehatan Anak Jilid 2*. Cetakan kesebelas. Bagian Ilmu Kesehatan Anak. FK.UI.
- Hassan, Rusepno & Alatas, Husein. (2007). *Ilmu Kesehatan Anak Jilid 3*. Cetakan kesebelas. Bagian Ilmu Kesehatan Anak. FK.UI.
- Hastono. (2007). *Basic Data Analysis For Health Researching Training (Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. [Http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf.thesis/unud](http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf.thesis/unud)
- Kasjono & Yasril. (2009) *Teknik sempling untuk penelitian Kesehatan*. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Kemendes. (2010) *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan dasar*. Jakarta; Kemendes Indonesia.
- Kemendes RI (2012) *Penyebab Kematian Bayi dan balita*.
- Kemendes RI (2012) *Profil kesehatan RI Tahun 2012*.
- Kemendes RI (2012) *Riset Kesehatan Dasar RI Tahun 2012*, Angka Kematian Bayi, Jakarta 2012
- Lemeshow Stanley, Hosmer David, Klar Janelle, Lwanga Stephen K.(1997) *Adequacy of sampel size in health studies.1990*. pramono D & kusananto H. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (ahih Bahasa). Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Lissauer, Tom & Fanaroff, Avroy.(2010) *At a Glance: Neonatologi*.penerbit Erlangga
- Lubis Agustina, Budiwarsono Ratna, Sarimawar Inswari (1998). *Distribusi Kematian Perinatal pada kasus Persalinan di Rumah dan Fasilitas Kesehatan*. Jurnal Epidemiologi Indonesia,2:1:24-30
- Murti, Bhisma. (2007) *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta; Gadjah Mada University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005) *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta; Rineka Cipta.
- Rachmawati Tety, Turniani, Basuki Hari. (2007) *Pola Penyakit Penyebab Kematian Bayi di Pedesaan dan Perkotaan, Kondisi sosio ekonomi pada kejadian Kematian Bayi di Indonesia hasil Riskesdas 2007*
- Riset Kesehatan Dasar (2007) *Sepuluh Penyebab Kematian terbanyak di Indonesia* .
- Sistriani. (2008) *Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal yang Berisiko terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) studi pada Ibu yang periksa hamil ke tenaga Kesehatan dan melahirkan di RSUD Banyumas tahun 2008*.Tesis. Tidak dipublikasikan. Universitas Diponegoro.
- Suparyanto. (2010) *Konsep Dasar Status Ekonomi*, diambil pada tanggal 20 april 2014 dari <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-dasar-status-ekonomi.html>.
- Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), (2010), Angka Kematian Bayi,
- Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), (2012), Angka Kematian Bayi,
- Triyanti. (2004). Faktor Risiko Kematian Neonatus di Instalasi Maternal RS Dr. Sardjito, Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* vol. 36 No.4, 2004.
- Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional Tahun 2003.
- Wakhid, M.Agus. (2000) Analisis Kematian Neonatal; Studi Nested Case Control di Kabupaten Purworejo. *Program Pascasarjana UGM*.
- Wiknosastro. (2007) *Ilmu Kebidanan*, Jakarta; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknosastro. (2008) *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization/ WHO. (2008) *Neonatal Mortality (per 1000 live birth)*. The UK Departemen for International Development
- www.gizikia.depkes.go.id/download/materi_advokasi_BBI
- www.bapenas.go.id/index.php/download_file/view/7715/132