

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang direncanakan pada hakekatnya sebagai upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode pembangunan sebelumnya (Renstra Kementerian Kesehatan, 2015).

Tahun 2015 merupakan tahun akhir upaya pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs) yang akan dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs). Pada tahun ini Indonesia juga memasuki tahap-3 pelaksanaan Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN). Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 diarahkan pada peningkatan status kesehatan masyarakat, peningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*liFe cycle*), yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal dan kelompok lansia.

*Infant Mortality Rate*, (IMR) atau Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator penting untuk menilai tingkat kesejahteraan masyarakat suatu negara dan status kesehatan masyarakat. AKB berhubungan dengan berbagai faktor seperti kesehatan ibu hamil, mutu dan akses terhadap pelayanan kesehatan, kondisi-kondisi sosial-ekonomi, dan berbagai praktek pelayanan kesehatan masyarakat. Tingginya angka kelahiran prematur adalah penyebab utama sehingga masih tingginya AKB (Marian F. Macdorman And T.J. Mathews, 2008).

Menurut WHO, AKB sangat memprihatinkan yang dikenal dengan Fenomena 2/3. Fenomena itu terdiri dari 2/3 kematian bayi (0-1 tahun) terjadi pada masa neonatal (0-28 hari), 2/3 kematian neonatal terjadi pada usia 0-7 hari dimana 2/3 terjadi pada hari pertama. Berdasarkan data United Nation 2010 (Hill & Choi, 2006), 41% kematian bayi terjadi pada usia

neonatal yaitu usia 28 hari. Periode neonatal merupakan periode kehidupan yang rawan, dimana bayi rentan terhadap penyakit dan kematian (Adetola *et al.*, 2011). Setiap tahun, diperkirakan 4 juta bayi meninggal pada periode neonatal (Lawn *et al.*, 2005). Pada tahun 2012, hampir tiga juta bayi meninggal selama bulan pertama kehidupan, sebagian besar dari penyebab yang mudah dicegah. Pneumonia, diare dan malaria masih menjadi penyebab utama kematian anak secara global. Masalah gizi adalah hampir setengah dari kematian ini (UNICEF, 2013).

Hampir sekitar 99% kematian neonatal terjadi di negara berkembang, dimana dua pertiganya terjadi di Afrika dan Asia Tenggara (Adetola *et al.*, 2011). Berdasarkan data dari Bank Dunia (2015) diketahui bahwa angka kematian neonatal di Indonesia adalah 14 per 1000 kelahiran hidup. Indonesia dan Filipina merupakan peringkat pertama dan kedua dengan angka kematian neonatal tertinggi di Asia Tenggara, diikuti oleh Thailand, Brunei, Malaysia dan Singapura dengan angka kematian neonatal terendah yakni 1 per 1000 kelahiran hidup.

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian neonatal pada dua periode survei terakhir masih tetap konstan yaitu 19 kematian per 1000 kelahiran hidup. Pada SDKI 2012 tercatat sebanyak 268 kematian neonatal dini dan pada SDKI 2007 tercatat sebanyak 241 kematian neonatal dini (SDKI 2007, 2012). Angka ini masih jauh dari target SDGs yaitu 12 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan jumlah kematian neonatal yang dilaporkan di Sumatera Barat tahun 2016 adalah 6,4 per 1000 kelahiran hidup yang tersebar di 19 Kabupaten/Kota. Walaupun sudah dibawah target, namun dilihat dari angka absolut kematian neonatal di Sumatera Barat masih tinggi yaitu 620 kasus di tahun 2016. Terdapat tiga wilayah yang memiliki kematian neonatal tinggi di atas target SDGs yaitu Kabupaten Mentawai (17,7 per 1000 kelahiran hidup), Sawahlunto (12,5 per 1000 kelahiran hidup) dan Pariaman (12,9 per 1000 kelahiran hidup) (Profil Kesehatan Sumbar, 2016).

Berbagai hal dianggap sebagai faktor yang bertanggungjawab terhadap kematian bayi dan neonatus. Menurut Riskesdas (2007), faktor penyebab utama kematian usia 0-6 hari adalah asfiksia 32,8% disusul oleh *premature* dan *lowbirth weight* 28,3%, *sepsis neonatorum* 13,2% dan hipotermia 7,5%. Faktor tidak langsung, seperti karakteristik maternal, lingkungan dan sosial-ekonomi juga memberikan pengaruh pada kematian bayi (Mosley and Chen, 1984).

Perhatian terhadap penurunan angka kematian neonatal menjadi penting karena kematian neonatal memberikan kontribusi terhadap 56% kematian bayi (Kemenkes RI, 2013). Angka kematian neonatal yang tinggi merupakan cermin dari kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi

baru lahir yang buruk. Diperlukan penetapan strategi untuk menurunkan angka kematian neonatal. Dalam hal penetapan strategi ini sangat perlu untuk memahami hubungan dari berbagai intervensi teknis dasar untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dan perhatian bahwa penyebab utama kematian neonatal berkaitan dengan permasalahan selama masa kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir (BAPPENAS, 2010).

Determinan jauh yang berkontribusi terhadap kesehatan anak meliputi faktor social ekonomi, yakni pendidikan, status ekonomi, agama, dan budaya (Målqvist, 2011). Mosley and Chen (1984) juga menyatakan hal yang sama, bahwa determinan sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kelangsungan hidup anak. Determinan dekat yang berkontribusi terhadap risiko kematian neonatus meliputi faktor maternal, pra persalinan, neonatal, persalinan dan faktor pasca kelahiran (Titaley *et al.*, 2008, Singh *et al.*, 2013).

Kunjungan ibu untuk melakukan *antenatal care* (ANC) memiliki hubungan dengan kematian neonatal. Ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC selama kehamilan memiliki risiko kematian neonatal 3 kali lebih tinggi daripada ibu yang melakukan kunjungan ANC sedikitnya 1 kali kunjungan. Lebih jauh lagi, ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC dan melahirkan di rumah memiliki risiko kematian neonatal 4 kali lebih tinggi (Målqvist, 2011). ANC yang sesuai dapat memberikan pendidikan kepada ibu dan keluarga dalam mengenali dan menerima komplikasi, sehingga memberikan kemampuan untuk mencari perawatan kesehatan yang baik yang pada akhirnya menghasilkan kondisi yang lebih baik pada kesehatan ibu dan bayi (Titaley *et al.*, 2008).

Bayi yang dilahirkan dengan ukuran lahir lebih kecil dari rata-rata memiliki risiko kematian neonatal tertinggi, daripada bayi yang dilahirkan dengan ukuran rata-rata dan lebih besar dari rata-rata. Bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan prediktor yang kuat terjadinya kematian neonatal (Titaley *et al.*, 2008). Penolong persalinan memiliki hubungan dengan risiko kematian neonatal. Persalinan yang ditolong oleh petugas atau tenaga kesehatan memiliki risiko lebih rendah daripada persalinan oleh bukan tenaga kesehatan. (Titaley *et al.*, 2008). Persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan memiliki kecenderungan lebih tinggi 1,2 kali mengalami komplikasi saat melahirkan bayi, memiliki kecenderungan lebih tinggi 1,2 kali mengalami gangguan respirasi dan kardiovaskular pada bayi serta memiliki kecenderungan lebih tinggi 1,6 kali mengalami gangguan regulasi suhu pada bayi/neonatus. Ibu yang persalinannya ditolong oleh non-nakes memiliki kecenderungan lebih

tinggi mengalami hipertensi atau eklamsi sebesar 3,7 kali dibandingkan dengan ibu neonatus yang ditolong oleh tenaga kesehatan, memiliki kecenderungan lebih banyak yang mengalami partus lama sebesar 2,7 kali dan cenderung lebih tinggi mengalami mengalami kelahiran premature/KPD sebesar 1,02 kali saat melahirkan bayi (Astuti, dkk., 2007).

Komplikasi neonatal saat persalinan, komplikasi selama kehamilan dan memiliki riwayat komplikasi, ditemukan secara independen berkaitan dengan kematian neonatal. Penelitian Astuti (2007) juga menemukan bahwa komplikasi berkontribusi sekitar 23,4% dari kematian neonatal di Indonesia. Risiko kematian neonatal meningkat pada ibu yang melahirkan dengan komplikasi persalinan daripada ibu yang tanpa komplikasi saat persalinan. Bayi yang dilahirkan mungkin akan mengalami *apgar score* yang rendah. Keadaan ini dapat pula disebabkan oleh kondisi ibu yang memiliki keterbatasan untuk merawat bayinya oleh karena pemulihan kesehatannya yang terganggu oleh komplikasi yang telah ia alami selampersalinan (Singh et al., 2013).

BBLR merupakan penyebab utama kematian pada masa neonatal. Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR yaitu anemia dalam kehamilan. Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut, bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia dapat menyebabkan distribusi oksigen ke jaringan akan berkurang yang akan menurunkan metabolisme jaringan sehingga pertumbuhan janin akan terhambat dan berakibat berat badan lahir rendah (Faradilla M, dkk., 2016). Penelitian tersebut juga didukung oleh penelitian Cristian (2003) dan Palma (2007) yang menyatakan suplemen zat besi berhubungan dengan resiko BBLR pada ibu yang mengalami anemia (Arisman, 2009).

Untuk menurunkan angka kematian neonatal dilakukan upaya dengan meningkatkan pelayanan kunjungan neonatal menjadi 3 kali yaitu kunjungan 6 sampai 48 jam setelah lahir, hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir, dan hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir (BAPPENAS, 2012). Bayi yang tidak KN1 kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 28 kali dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapat pelayanan 3 jenis (imunisasi HB-0, pemberian salep mata dan vitamin K) (Sri S, Pandu R, 2015).

Upaya lain yang juga telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam mendukung percepatan penurunan Kematian Neonatal adalah melakukan optimalisasi penanganan Obstetri dan Neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar melalui Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas (Kemenkes, 2013). Puskesmas PONED adalah puskesmas yang memiliki fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan untuk

menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal selama 24 jam. Puskesmas PONED juga harus mampu memberikan pelayanan yang meliputi penanganan kasus obstetri yakni preeklamsi, eklamsi, perdarahan, sepsis, dan kasus neonatal seperti sepsis neonatorum, asfiksia, kejang, ikterus, hipoglikemia, hipotermi, tetanus neonatorum, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernapasan dan kelainan kongenital.

Masih menjadi suatu kontroversi tentang cara mengurangi angka kematian ini, yakni lebih ditekankan pada determinan jauh saja atau dengan pendekatan cakupan intervensi. Pendekatan dengan peningkatan cakupan intervensi memang terlihat berdampak lebih cepat untuk menurunkan angka kematian dalam jangka pendek.

Suatu analisis untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat yaitu analisis regresi. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian neonatal di wilayah tertentu bergantung pada kondisi wilayah persekitarannya, yang disebut pengaruh spasial (Bhekti, 2011). Pengaruh spasial yang berkaitan dengan perbedaan karakteristik lingkungan dan geografis antar wilayah pengamatan adalah keragaman spasial atau heterogenitas spasial. Hal tersebut menyebabkan masing-masing wilayah pengamatan memiliki perbedaan pengaruh faktor independen terhadap variabel dependen untuk setiap lokasi. Oleh karena itu, diperlukan model regresi yang melibatkan pengaruh heterogenitas spasial kedalam model yaitu *Geographically Weighted Regression (GWR)*.

GWR adalah bentuk lokal dari regresi linier dan merupakan metode statistik yang digunakan menganalisis data spasial yang menghasilkan estimasi parameter model bersifat lokal untuk setiap titik/lokasi dimana data tersebut dikumpulkan (Fotheringham *et al*, 2002). Setiap nilai parameter dihitung pada setiap titik lokasi geografis sehingga setiap titik lokasi geografis mempunyai nilai parameter regresi yang berbeda-beda. Hal ini akan memberikan variasi pada nilai parameter di suatu kumpulan wilayah geografis.

Penelitian GWR pada kasus data di Provinsi NTT tahun 2013 menyimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kematian bayi adalah rasio Posyandu, persentase penduduk miskin dan persentase rumah tangga yang memiliki air bersih (Marta, 2015). Sedangkan penelitian yang dilakukan Herman Setyawan (2012) mengenai penerapan model GWR untuk angka kematian bayi di Jawa Tengah menunjukkan bahwa terdapat dua variabel yang signifikan berpengaruh terhadap kematian bayi yaitu jumlah tenaga medis dan jumlah persalinan dengan tenaga non medis.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kematian Neonatal Di Provinsi Sumatera Barat”.

## B. Masalah Penelitian

Periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Provinsi Sumatera Barat tahun 2016 masih memiliki jumlah kematian neonatal yang tinggi yaitu sebanyak 620 kematian neonatal yang tersebar di 19 Kabupaten/Kota. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

- a. Bagaimana gambaran kematian neonatal dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- b. Apakah ada hubungan antara kunjungan K1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- c. Apakah ada hubungan antara kunjungan K4 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- d. Apakah ada hubungan antara pemberian Fe1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- e. Apakah ada hubungan antara pemberian Fe3 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- f. Apakah ada hubungan antara persalinan ditolong tenaga kesehatan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- g. Apakah ada hubungan antara kunjungan KN1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- h. Apakah ada hubungan antara kunjungan KN3 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- i. Apakah ada hubungan antara BBLR dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- j. Apakah ada hubungan antara neonatal risti/komplikasi ditangani dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?
- k. Apakah ada hubungan antara Puskesmas PONE D dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat?



## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal Di Provinsi Sumatera Barat.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran kematian neonatal dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat
- b. Diketuainya hubungan antara kunjungan K1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- c. Diketuainya hubungan antara kunjungan K4 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- d. Diketuainya hubungan antara pemberian Fe1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- e. Diketuainya hubungan antara pemberian Fe3 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- f. Diketuainya hubungan antara persalinan ditolong tenaga kesehatan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- g. Diketuainya hubungan antara kunjungan KN1 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- h. Diketuainya hubungan antara kunjungan KN3 dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- i. Diketuainya hubungan antara BBLR dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- j. Diketuainya hubungan antara neonatal risti/komplikasi ditangani dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.
- k. Diketuainya hubungan antara Puskesmas PONED dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat.



## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Keilmuan**

Hail penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan serta sumbang pikiran dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat serta reFerensi bagi penelitian selanjutnya.

### **2. Manfaat Program**

Dapat menjadi bahan informasi kepada pemerintah Provinsi Sumatera Barat mengenai kebijakan program pembangunan kesehatan dan strategi dalam upaya menurunkan kematian neonatal di Provinsi Sumatera Barat

### **3. Manfaat bagi peneliti**

Menambah pengetahuan epidemiologi, khususnya yang berkaitan dengan kematian neonatal.

## **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observational bersifat analitik. Penelitian ini dilaksanakan di Provinsi Sumatera Barat yang direncanakan pada bulan Desember 2017 sampai Januari 2018. Unit observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat, yang terdiri dari 19 Kabupaten/Kota. Variabel independen atau variabel prediktor dalam penelitian ini adalah cakupan kunjungan K1 (X1), cakupan kunjungan K4 (X2), cakupan pemberian Fe1 (X3), cakupan pemberian Fe3 (X4), cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan (X5), cakupan kunjungan KN1 (X6), cakupan kunjungan KN3 (X7), persentase BBLR (X8), cakupan neonatal risti/komplikasi ditangani (X9) dan cakupan Puskesmas PONE (X10) tiap Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat. Sedangkan variabel dependen atau variabel respon dalam penelitian ini adalah jumlah kematian neonatal per 1000 kelahiran hidup tiap Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat.