



THREE DELAY MODEL SEBAGAI SALAH SATU DETERMINAN KEMATIAN IBU DI KABUPATEN CILACAP

Arulita Ika Fibriana[✉], Mahalul Azam

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:
Diterima 2 Maret 2010
Disetujui 7 April 2010
Dipublikasikan Juli 2010

Keywords:
Three delay models
Maternal mortality
Childbirth

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran ketiga model keterlambatan dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap dengan mempertimbangkan variabel status pemeriksaan dan penolong pertama persalinan sebagai faktor perancu. Rancangan penelitian menggunakan metode survei analitik dengan pendekatan studi kasus kendali. Jumlah sampel 30 kasus dan 30 kendali. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dengan uji *chi square* dan analisis berstrata dengan uji Mantel Hanzel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap yaitu keterlambatan pertama ($p < 0,001$, OR=16,43) dan keterlambatan kedua ($p = 0,038$, OR=5,09). Variabel status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan bukan merupakan variabel perancu dalam menilai hubungan antara keterlambatan pertama dengan kematian ibu (p Mantel Haenszel $< 0,05$). Pada keterlambatan kedua, status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan merupakan variabel perancu (p Mantel Haenszel $\geq 0,05$).

Abstract

This study aims to determine the role of the three delay model of maternal mortality in the District of Cilacap by considering variable of the check status and the first rescue for childbirth as confounding factor. Research design used survey methods of analytic control case study approach. The samples consist at 30 cases and 30 controls. Data was analyzed in univariate, bivariate with chi square test and analysis stratified by Mantel Hanzel test. The results showed that the variables related to maternal mortality in the district of Cilacap namely first delay ($p < 0.001$, OR = 16.43) and the second delay ($p = 0.038$, OR = 5.09). The variable of prenatal care status and childbirth first helper are not a confounding variable in assessing the relationship between the delay of the first with maternal mortality (Mantel Haenszel $p < 0.05$). In the second delay, the status of prenatal care and childbirth first helper is a confounding variable (Mantel Haenszel $p \geq 0.05$).

© 2010 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:
Gedung F1, Lantai 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
Email: arulita.ika.f@gmail.com

Pendahuluan

Kematian ibu menurut ICD – 10 (*The Tenth Revision of The International Classification of Diseases*) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, akan tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan (WHO, 1999; WHO, 2003; Saifudin, 1994).

Angka kematian ibu merupakan indikator yang mencerminkan status kesehatan ibu, terutama risiko kematian bagi ibu pada waktu hamil dan melahirkan (Saifudin, 1997). Kematian wanita pada usia reproduktif akan mengakibatkan kerugian ekonomi yang signifikan dan dapat menyebabkan kemunduran perkembangan masyarakat, karena wanita merupakan pilar utama dalam keluarga yang berperan penting dalam mendidik anak, memberikan perawatan kesehatan dalam keluarga dan membantu perekonomian keluarga (UNFPA, 2003; WHO, 2000).

Angka kematian ibu di Indonesia berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 / 2003 menunjukkan angka 307 / 100.000 kelahiran hidup (KH). Angka kematian ini bila dibandingkan dengan angka kematian ibu di negara maju (20 / 100.000 KH) dan angka kematian ibu di negara-negara anggota Asean lainnya, seperti Malaysia (41 / 100.000 KH) dan Brunei Darussalam (37 / 100.000 KH), angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi (Tim Kajian AKI-AKA, Depkes RI, 2004, WHO, 2003).

Hampir dua pertiga kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung yaitu perdarahan (25%), infeksi / sepsis (15%), eklamsia (12%), abortus yang tidak aman (13%), partus macet (8%), dan penyebab langsung lain seperti kehamilan ektopik, embolisme, dan komplikasi yang berkaitan dengan masalah anestesi (8%). Sedangkan sepertiga lainnya disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu keadaan yang disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan dan memberat dengan adanya kehamilan

atau persalinan, seperti terdapatnya penyakit jantung, hipertensi, diabetes, hepatitis, anemia, malaria atau AIDS (19%) (WHO, 2003, Saifudin AB, 1994, UNFPA, 2004).

Berbagai faktor determinan turut berperan dalam proses terjadinya kematian ibu. Menurut WHO, tiga model keterlambatan dalam merujuk ibu ke fasilitas kesehatan rujukan (*three delay models*) merupakan determinan yang memiliki peran cukup besar dalam terjadinya kematian ibu di masyarakat, disamping determinan yang lain seperti faktor pemeriksaan kehamilan dan faktor penolong pertama persalinan yang tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan (WHO, 2003; Saifudin, 1994; Tim Kajian AKI-AKA, Depkes RI, 2004).

Tiga model keterlambatan akan membawa kontribusi cukup besar terhadap kematian ibu, karena di dalamnya mencakup keterlambatan pertama, yaitu keterlambatan dalam mengenali adanya keadaan kegawatdaruratan kebidanan yang mengharuskan seorang ibu untuk segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap bila terjadi komplikasi saat kehamilan, persalinan maupun saat nifas dan kemudian diikuti dengan keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan kedua, yang terjadi setelah keputusan untuk merujuk diambil, yaitu keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan rujukan, akibat adanya kendala geografi dan sarana transportasi, serta keterlambatan ketiga, yaitu keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan medis di tempat pelayanan kesehatan rujukan (UNFPA, 2003).

Data pada Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2005 menunjukkan bahwa Kabupaten Cilacap memiliki jumlah kasus kematian ibu yang tinggi di antara kabupaten lainnya di Jawa Tengah. Kematian ibu di Kabupaten Cilacap menurut data pada Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2005 menunjukkan angka sebesar 35 kasus kematian ibu (angka kematian ibu 147 per 100.000 kelahiran hidup). Kabupaten Cilacap memiliki wilayah yang sangat luas. Luas wilayah 225.360,840 ha termasuk Pulau Nusakambangan seluas 11.510,552 ha atau sekitar 6,94% dari luas Propinsi Jawa Tengah, dan terbagi dalam 24 kecamatan dengan kondisi geografi yang bervariasi, mulai dari dataran, pegunungan, laut dan rawa. Kasus kematian

ibu yang tercatat dalam Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap tahun 2005 menyebutkan bahwa kejadian kematian ibu tersebar hampir di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Cilacap (Dinkes Kab. Cilacap, 2005).

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah adakah hubungan antara tiga model keterlambatan yang meliputi keterlambatan pertama, kedua dan ketiga dengan kejadian kematian ibu di Kabupaten Cilacap, dengan mempertimbangkan determinan status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan sebagai variabel perancu.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara keterlambatan pertama, keterlambatan kedua, dan keterlambatan ketiga dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui apakah status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan merupakan perancu dalam penilaian hubungan antara keterlambatan pertama, kedua dan ketiga dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian penjelasan, yaitu penelitian yang menjelaskan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui pengujian hipotesis (Sastroasmoro & Ismail, 2002). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah keterlambatan pertama, kedua dan ketiga, dan yang menjadi variabel terikat adalah kematian ibu, sedangkan status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan merupakan variabel perancu.

Metode yang digunakan adalah metode survei dengan pendekatan kasus kendali yaitu penelitian epidemiologis analitik observasional yang menelaah hubungan antara efek (penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu. Pada studi kasus kendali, penelitian dimulai dengan mengidentifikasi kasus kematian ibu (disebut kelompok kasus) dan ibu paska persalinan yang hidup (kelompok kendali), kemudian secara retrospektif diteliti determinan yang dapat menerangkan mengapa kasus terkena efek, sedang kendali tidak (Sas-

troasmoro & Ismail, 2002).

Populasi penelitian terdiri dari populasi kasus dan populasi kendali yang selanjutnya akan diambil sebagai sampel penelitian. Populasi kasus dalam penelitian ini adalah seluruh kasus kematian ibu di Kabupaten Cilacap selama tahun 2007 yang tercatat dalam data kematian ibu di Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi kasus, yaitu ibu yang mengalami kematian ibu bertempat tinggal di wilayah Kabupaten Cilacap, responden pada kasus kematian ibu bersedia mengikuti penelitian dan pada saat penelitian berada di wilayah Kabupaten Cilacap. Kriteria eksklusi kasus, yaitu responden telah pindah dari Kabupaten Cilacap, responden telah tiga kali didatangi untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil ditemui.

Populasi kendali pada penelitian ini adalah semua ibu paska persalinan di Kabupaten Cilacap yang hidup (tidak mengalami kematian ibu) selama tahun 2007 dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kendali. Kriteria inklusi kendali, yaitu ibu tersebut bersalin pada hari yang sama atau hampir bersamaan dengan terjadinya kasus kematian ibu, bertempat tinggal dan pada saat penelitian berada di Kabupaten Cilacap, dan bersedia mengikuti penelitian. Kriteria eksklusi kendali, yaitu telah pindah dari Kabupaten Cilacap, telah tiga kali didatangi untuk diwawancarai tetapi tidak berhasil.

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus dari Lemeshow (Lameshow *et al.*, 1990):

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha} \sqrt{(2P_2^*(1-P_2))} + Z_{1-\beta} \sqrt{(P_1^*(1-P_1) + P_2^*(1-P_2))}\}^2}{(P_1^* - P_2^*)^2}$$

$$P_1^* = \frac{(OR) P_2^*}{(OR) P_2^* + (1-P_2^*)}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

P₁* = Proporsi pemaparan pada kelompok kasus

P₂* = Proporsi pemaparan pada kelompok kendali

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan uji hipotesis satu arah, dengan tingkat

kemaknaan ($Z_{1-\alpha}$) 5% dan kekuatan ($Z_{1-\beta}$) sebesar 80% dengan OR berdasarkan perhitungan OR serta proporsi pemaparan pada kelompok kendali dari penelitian – penelitian terdahulu sebagai berikut :

Tabel 1. Nilai *Odds Ratio* dan Perhitungan Besar Sampel dari Penelitian Terdahulu

Determinan Kematian Ibu	OR	N
Penolong pertama persalinan non nakes	4,8	27
Keterlambatan pengambilan keputusan merujuk	14,9	13
Keterlambatan mencapai tempat rujukan	9,3	30
Keterlambatan penanganan medis	23,8	6

Penelitian ini menggunakan perbandingan kelompok kasus dan kelompok kendali 1 : 1, akan diperoleh sampel sebesar 30 maka jumlah kasus dan kendali secara keseluruhan sebesar 60 sampel. Sampel kasus: kasus kematian ibu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kasus. Sampel kendali: ibu paska persalinan yang hidup / tidak mengalami kematian ibu, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kendali.

Sampel kasus diambil secara purposif dari data kematian ibu yang ada di dinas kesehatan kabupaten Cilacap, sebanyak 30 kasus kematian ibu terbaru yang terdekat tanggal kematiannya dengan tanggal dimulainya penelitian, yaitu kasus kematian ibu dari tahun 2007. Sampel kendali diambil secara acak sederhana dari ibu paska persalinan yang tidak mengalami kematian ibu dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kendali. Sampel kendali diperoleh berdasarkan data pada register kohort di puskesmas yang di wilayahnya terdapat kasus kematian ibu.

Karena kasus adalah kematian ibu maka yang menjadi responden pada kasus kematian ibu adalah keluarga yang mengetahui kronologi (riwayat kasus) sampai dengan meninggal. Responden kendali pada penelitian ini adalah ibu paska persalinan yang memenuhi syarat menjadi sampel penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam pe-

nelitian ini adalah kuesioner dan dokumen-dokumen lain. Kuesioner digunakan untuk memperoleh data dari responden berupa informasi tentang variabel bebas yang akan diteliti. Dokumen-dokumen lain yang digunakan sebagai instrumen dalam penelitian ini yaitu meliputi catatan medik persalinan, register kohort ibu hamil, dan catatan kematian ibu.

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini yaitu dengan wawancara dan observasi. Wawancara pada penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner. Observasi dilakukan dengan melihat catatan kematian ibu, KMS ibu hamil dan register kohort ibu hamil.

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Sastroasmoro dan Ismail, 2002). Data hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti, yaitu ada atau tidaknya perbedaan antara kedua kelompok penelitian. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat apakah data sudah layak untuk dilakukan analisis.

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Sastroasmoro & Ismail, 2002). Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan yaitu uji *chi square* digunakan untuk data berskala nominal dengan menggunakan Confidence Interval (CI) sebesar 95% (=0,05). Uji *chi square* digunakan untuk menganalisis semua variabel yang diteliti. Apabila ada sel yang kosong maka masing-masing sel ditambah 0,5. Estimasi besar risiko, diketahui dengan menghitung odd ratio (OR).

Analisis berstrata dilakukan untuk mengetahui apakah variabel status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan berperan sebagai perancu atau tidak dalam menilai hubungan antara variabel bebas dan terikat. Dikatakan sebagai variabel perancu jika nilai *p* yang diuji dengan *chi square Mantel Haenszel* > 0,05 dan dikatakan bukan variabel perancu jika nilai *p* yang diuji dengan *chi square Mantel Hanzel* < 0,05 (Sastroasmoro & Ismail, 2002).

Hasil

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penyebab kematian maternal di Kabupaten Cilacap sebagian besar didominasi oleh penyebab komplikasi persalinan, kemudian diikuti oleh penyebab komplikasi kehamilan kemudian diikuti komplikasi nifas dan penyakit yang memperburuk kondisi ibu. Lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Cilacap tahun 2007

Penyebab Kematian	Jml	%
Komplikasi Kehamilan:		
Preeklamsia/ Eklamsia	1	3,3
Perdarahan	2	6,6
Hiperemesis gravidarum	2	6,6
Komplikasi Persalinan		
Perdarahan	4	13,3
Retensio plasenta	1	3,3
Partus lama	1	3,3
Preeklamsia / eklamsia	4	13,3
Komplikasi Nifas		
Infeksi nifas	1	3,3
Perdarahan	7	23,3
Penyakit yang Memperburuk Kondisi Ibu		
TB Paru	1	3,3
Jantung	2	6,6
Gagal ginjal	1	3,3
Hepatitis	1	3,3
Gastritis	1	3,3
Anemia	1	3,3
Jumlah	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kasus yang mengalami keterlambatan pertama (keterlambatan dalam pengambilan keputusan merujuk) sebesar 76,6% lebih besar dari proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 16,7%. Sedangkan proporsi kasus yang tidak mengalami keterlambatan pertama sebesar 23,4% lebih kecil dari proporsi pada kelompok kendali (83,3%). Untuk lebih jelasnya distribusi kasus dan kendali berdasarkan keterlambatan pertama pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Kasus dan Kendali Berdasarkan Keterlambatan

Variabel	Kasus		Kendali	
	N	%	N	%
Keterlambatan Pertama				
Terlambat	23	76,6	5	16,7
Tidak terlambat	7	23,4	25	83,3
Jumlah	30	100	30	100
Keterlambatan Kedua				
Terlambat	8	26,7	2	6,7
Tidak Terlambat	22	73,3	28	93,3
Jumlah	30	100	30	100
Keterlambatan Ketiga				
Terlambat	1	3,3	1	3,3
Tidak Terlambat	29	96,7	29	96,7
Jumlah	30	100	30	100
Status Pemeriksaan Kehamilan				
Tidak Baik	8	26,7	0	0,0
Baik	22	73,3	30	100
Jumlah	30	100	30	100
Penolong Persalinan				
Bukan Nakes	8	26,7	4	13,3
Nakes	22	73,3	26	86,7
Jumlah	30	100	30	100

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan proporsi kasus yang mengalami keterlambatan kedua sebesar 26,7% lebih banyak daripada proporsi pada kelompok kendali 6,7%. Sedangkan proporsi kasus yang tidak mengalami keterlambatan kedua sebesar 73,3% lebih kecil dari proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 93,3%. Lebih jelasnya distribusi penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan proporsi kasus yang mengalami keterlambatan ketiga sebesar 3,3% sama dengan proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 3,3%. Sedangkan proporsi kasus yang tidak mengalami keterlambatan ketiga sebesar 96,7% sama dengan proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 96,7%. Lebih jelasnya distribusi penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan

bahwa proporsi kasus yang status pemeriksaan kehamilannya tidak baik sebesar 26,7% lebih besar daripada proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 0%. Sedangkan proporsi kasus yang status pemeriksaan kehamilannya baik sebesar 73.3% lebih kecil daripada proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 100%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok kasus yang paling banyak adalah melakukan pemeriksaan kehamilan dengan baik yaitu 22 orang (73.3%), sedangkan pada kelompok kendali semua melakukan pemeriksaan kehamilan dengan baik yaitu 30 orang (100%). Pada 8 orang kasus kematian ibu dengan status pemeriksaan kehamilan tidak baik, ditemukan bahwa 5 orang melakukan pemeriksaan kehamilan di bidan kurang dari 4 kali dan 3 orang tidak pernah memeriksakan kehamilannya.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan proporsi kasus yang penolong pertama persalinannya bukan tenaga kesehatan sebesar 26,7% lebih besar dari proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar 13,3%, sedangkan proporsi kasus yang penolong pertama persalinannya oleh tenaga kesehatan 73,3% lebih kecil dari proporsi pada kelompok kendali yaitu sebesar

86,7%.

Penolong pertama persalinan bukan oleh tenaga kesehatan pada kelompok kasus sebagian besar dilakukan oleh dukun bayi yaitu sebanyak 5 kasus sedangkan sisanya yaitu 3 kasus melahirkan sendiri. Sedangkan pada kelompok kendali (4 orang), penolong pertama persalinan bukan oleh tenaga kesehatan dilakukan oleh dukun bayi.

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji *chi square*, dimana uji tersebut digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan program komputer diperoleh hasil analisis bivariat pada Tabel 4.

Untuk mengetahui peranan berbagai variabel yang diduga turut berperan dalam menilai hubungan antara keterlambatan rujukan saat terjadi komplikasi dengan kematian maternal dilakukan analisis berstrata. Peran dalam hal ini dimaksudkan untuk mengetahui apakah variabel tersebut sebagai perancu atau tidak dalam menilai hubungan antara keterlambatan rujukan saat terjadi komplikasi. Lebih jelasnya hasil analisis berstrata disajikan dalam Tabel 5.

Berdasarkan data hasil penelitian pada

Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Hubungan antara Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu di Kabupaten Cilacap

Variabel	Nilai p	OR	95% CI	
			Lower	Upper
Keterlambatan pertama	< 0,001	16,429	4,569	59,073
Keterlambatan kedua	0,038	5,091	0,981	26,430
Keterlambatan ketiga	1,01	1,0	0,060	16,763
Pemeriksaan Kehamilan	0,002	2,364	1,721	3,247
Penolong pertama persalinan	0,197	2,364	0,627	8,917

Tabel 5. Hubungan antara Keterlambatan Rujukan dengan Kematian Ibu di Kabupaten Cilacap

Variabel Bebas	Variabel Perancu	POR		cPOR	aPOR	Nilai p
		1	2			
Keterlambatan pertama	Pemeriksaan kehamilan	-	13,33	16,429	13,33	<0,001
	Penolong persalinan	2,00	14,667	16,429	15,571	<0,001
Keterlambatan kedua	Pemeriksaan kehamilan	-	5,250	5,091	5,200	0,058
	Penolong persalinan	1,667	1,875	5,091	5,500	0,05

Tabel 5 diketahui bahwa untuk variabel keterlambatan pertama, nilai $p < 0,05$ sedangkan pada variabel keterlambatan kedua, nilai $p > 0,05$, dengan demikian dapat dijelaskan variabel status pemeriksaan kehamilan dan penolong pertama persalinan bukan merupakan variabel perancu pada hubungan antara keterlambatan pertama dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap, akan tetapi variabel tersebut menjadi perancu pada hubungan antara keterlambatan kedua dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap.

Pembahasan

Variabel-variabel bebas yang berhubungan secara signifikan dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap berdasarkan hasil analisis bivariat ada 2 (dua) variabel yaitu keterlambatan pertama dan keterlambatan kedua.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa keterlambatan pertama (keterlambatan pengambilan keputusan untuk merujuk) berhubungan dengan kematian ibu ($p < 0,001$), dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 16,429. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mengalami keterlambatan pertama mempunyai risiko kematian ibu sebesar 16.429 kali dibandingkan ibu yang tidak terlambat dalam pengambilan keputusan untuk merujuk.

Keterlambatan dalam pengambilan keputusan di tingkat keluarga dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya ketidakmampuan keluarga atau ibu untuk mengenali tanda bahaya, faktor budaya, ketakutan akan besarnya biaya yang akan dibayar untuk transportasi, dll. Dari hasil wawancara dengan responden didapatkan hasil bahwa keterlambatan pengambilan keputusan untuk merujuk pada penelitian ini terletak pada pengambilan keputusan untuk merujuk didominasi oleh suami/ keluarga (34,7%), kurangnya mengenali tanda bahaya (43,4%) serta kendala biaya untuk transportasi dan biaya perawatan di tempat rujukan (21,8%).

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa keterlambatan waktu tempuh ke tempat rujukan berhubungan dengan kematian maternal ($p = 0,038$), dari hasil analisis diperoleh nilai OR sebesar 5,091. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang terlambat dalam mencapai tempat ru-

jukan mempunyai risiko kematian ibu sebesar 5 kali bila dibandingkan ibu yang tidak terlambat.

Keterlambatan pada waktu tempuh ke tempat rujukan ini dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya disebabkan oleh jarak, ketersediaan dan efisiensi sarana transportasi dan juga dapat disebabkan oleh biaya. Jarak menjadi faktor penghambat penting bagi pasien dalam mencapai rumah sakit terdekat terutama daerah pedesaan. Pengaruh jarak akan lebih terasa apabila kurangnya transportasi dan kondisi jalan yang kurang baik sehingga semakin mempengaruhi pasien dalam mengambil keputusan (WHO, 1999).

Dari hasil wawancara dengan responden didapatkan hasil bahwa penyebab dari keterlambatan rujukan saat terjadi komplikasi dalam penelitian ini adalah kondisi jalan yang rusak sehingga tidak memungkinkan transportasi (mobil/kendaraan bermotor) melaju dengan cepat dan salah satu jalan yang dapat dilewati harus menyeberang memakai perahu serta memerlukan waktu yang lama.

Hasil analisis menunjukkan bahwa keterlambatan penanganan medis di tempat rujukan tidak berhubungan dengan kematian maternal ($p = 1,0$). Dari analisis diperoleh nilai OR sebesar 1. Hal ini menunjukkan bahwa keterlambatan ketiga bukan merupakan determinan kematian ibu di Kabupaten Cilacap.

Tidak adanya hubungan yang bermakna antara keterlambatan ketiga dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap, disebabkan karena ada kesetaraan proporsi antar kelompok kasus dan kelompok kendali.

Simpulan dan Saran

Setelah dilakukan penelitian, dengan mempertimbangkan status pemeriksaan kehamilan dan penolong persalinan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara keterlambatan pengambilan pertama dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap. Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan antara keterlambatan kedua dengan kematian ibu di Kabupaten Cilacap.

Berdasarkan simpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat disampaikan

kan antara lain bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, yaitu perlu peningkatan sistem rujukan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam penanganan persalinan, perlu peningkatan pengawasan dan pembinaan dari Dinas Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Cilacap.

Saran bagi masyarakat, yaitu khususnya para ibu-ibu hamil agar lebih memperhatikan kondisi kehamilannya dengan meningkatkan pengetahuan tentang komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas karena faktor risiko kematian ibu yang paling dominan adalah keterlambatan rujukan saat terjadi komplikasi.

Daftar Pustaka

- Depkes RI. 2002. *Paket Informasi Program Safe Motherhood di Indonesia*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Depkes RI
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap. *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap*. 2005
- Lameshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J. and Lwanga, S.K. 1990. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. England: John Wiley & Sons Ltd
- Saifudin, A.B. 1994. Kematian Maternal. *Ilmu Kebidanan, Edisi Ketiga*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Saifudin, A.B. 1997. Issues in Training for essential Maternal Healthcare in Indonesia. *Medical Journal of Indonesia*, 6 (3)
- Sastroasmoro, S., Ismail, S. 2002. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi 2*. Jakarta: Sengung Seto
- Tim Kajian AKI-AKA, Depkes RI. 2004. *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta: Depkes RI
- UNFPA, SAFE Research Study and Impacts. 2004. *Maternal Mortality Update 2004, Delivery Into Good Hands*. New York, UNFPA
- UNFPA. 2003. *Maternal Mortality Update 2002, a Focus on Emergency Obstetric Care*. New York: UNFPA
- WHO. 1999. *Reduction of Maternal Mortality. A joint WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World Bank Statement*. Geneva
- WHO. 2000. *Making Pregnancy Safer, a Health Sector Strategy for Reducing Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality*. New Delhi: WHO-SEARO
- WHO. 2003. *Maternal Mortality in 2000. Department of Reproductive Health and Research*. WHO