

FAKTOR PENYEBAB KEMATIAN BAYI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGOMBOL KABUPATEN PURWOREJO (STUDI KASUS TAHUN 2015)

Arinta Riza Andriani^{*)}, Ayun Sriatmi^{**)}, Sutopo Patria Jati^{**)}

^{*)}Mahasiswa Peminatan Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNDIP
Semarang

^{**)}Dosen Bagian Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNDIP Semarang
Email : arinta.riza@gmail.com

Abstract: *Infant mortality is infants death who aged 0 to 11 months. Infant Mortality Rate Purworejo from year to year has increased (in 2013 amounted to 11.54/1000 kh and 2014 amounted to 12.55/1000 kh), and still higher than IMR Central Java (10.41/1,000 kh). Region of Ngombol's PHC is one areas that experienced high infant mortality and increased for 2 years. This study aims to determine direct and indirect causes of infant mortality in area of Ngombol's PHC. Research method using qualitative descriptive which retrospective. Research sample are main informant consisted of 11 women whose babies died in 2014, and informant triangulation head of PHC, midwife coordinator, and 3 village midwife. Research variables consisted of maternal factors, infant, environmental, and health services. Direct causes of infant mortality in Ngombol region on 2014 was LBW, asphyxia and congenital abnormalities. Age of mother at risk (> 30 years) was found in maternal LBW infants and asphyxia. Almost all women had experience pregnancy complications such as hypertension, HB less, KEK. All mothers get exposure chemical smoke from her husband. Almost all informants have cage attached to house. Quality of antenatal, childbirth and neonate care still less than optimal, both in terms service providers and community. Most mothers do not know pregnant women class program because less socialization. GSIB program is not running as a cross-sectoral support is lacking. Conclusion this study is indirect causal factor of infant mortality in Ngombol region dominated by factors maternal age, pregnancy complications, environment exposure, and health services quality.*

Keywords : *Infant Mortality; Identification Causative Factor*

PENDAHULUAN

Angka Kematian bayi (AKB) merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan, yang digunakan sebagai salah satu alat untuk monitoring pencapaian tujuan ke empat *Milenium Development Goals* (MDG's) di tahun 2015 yaitu menurunkan angka kematian bayi.¹ Berdasarkan hasil SDKI tahun 2012, AKB di Indonesia sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup dan masih belum memenuhi target

kelima MDG's yaitu 23 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2015.¹

Kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian bayi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, dan berhubungan langsung dengan status kesehatan bayi. Penyebab langsung kematian bayi antara lain berat bayi lahir rendah (BBLR), infeksi pasca lahir

(tetanus neonatorum, sepsis), hipotermia dan asfiksia.³ Sedangkan kematian bayi oleh penyebab tidak langsung dipengaruhi oleh lingkungan luar dan aktivitas ibu ketika hamil, seperti: faktor sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, keadaan ibu selama kehamilan, dan pengaruh lingkungan.⁴

Celester (1980) yang dikutip oleh Afifah menggambarkan pola hubungan antara faktor sosial ekonomi dengan kematian bayi, serta terdapat faktor lain yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya kematian bayi yaitu faktor jenis kelamin dan kelainan genetika.⁸ Menurut Mosley dan Chen (1985) kematian bayi dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi secara tidak langsung melalui lima faktor utama (determinan), yaitu: faktor maternal, kontaminasi lingkungan, defisiensi nutrisi, kecelakaan, serta faktor pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit.⁹ Dan menurut Ronsmans (1996) yang dikutip oleh Noor Latifah yang menggambarkan *causal pathway* kematian perinatal, yang menunjukkan bagaimana hubungan sebab akibat antara faktor biologis ibu dan bayi, status ekonomi, pelayanan kesehatan dan lingkungan.¹⁰

Tahun 2013 AKB Propinsi Jawa Tengah sebesar 10,41 per 1.000 kelahiran hidup, dan sudah memenuhi target MDG's tahun 2015. Meskipun demikian, masih ada beberapa kabupaten yang memiliki AKB melebihi Jawa Tengah. Salah satunya adalah Kabupaten Purworejo yang memiliki AKB sebesar 11,54 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2013.¹¹

Kabupaten Purworejo sejak tahun 2011 sampai dengan tahun 2013 AKBnya mengalami penurunan, namun pada tahun 2014 mengalami peningkatan. Tahun 2014 mengalami kenaikan 6 kasus menjadi 117 kasus, yang sebelumnya pada tahun 2013 sebesar 111 kasus. Dari 117 kasus kematian bayi, salah satu wilayah yang memiliki kasus kematian tinggi adalah wilayah kerja Puskesmas Ngombol yaitu sebesar 11 kasus

(9,41%) di tahun 2014, dan untuk sisanya tersebar di 26 puskesmas lainnya.¹² Selain itu kematian bayi di wilayah Ngombol mengalami peningkatan selama dua tahun terakhir, yaitu sebesar 9 kasus di tahun 2013 dan 11 kasus di tahun 2014, yang sebelumnya pada tahun 2012 sebesar 7 kasus. 11 kasus kematian di tahun 2014 tersebut terdiri dari 5 kasus BBLR, 3 kasus asfiksia, dan 3 kasus kelainan kongenital.

Hasil wawancara dengan bidan koordinator Puskesmas Ngombol, program – program kesehatan ibu dan anak sudah dilaksanakan secara optimal namun hasilnya belum signifikan. Hal tersebut dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, selain itu untuk melaksanakan program – program kesehatan tersebut, jumlah tenaga kesehatan yang ada masih kurang dan dukungan dari pihak pemerintah desa masih sangat kurang.

Hasil survei pendahuluan, ternyata diketahui bahwa ibu jarang datang ke pelayanan kesehatan dilihat dari buku KIAnya. Umur ibu ternyata berisiko untuk hamil. Selain itu berdasarkan pengamatan peneliti, ibu yang mengalami kematian bayi rumahnya tidak memenuhi kriteria rumah sehat, lantainya masih berupa tanah dan kandang hewan menempel dengan rumah.

Fakta lainnya adalah sebagian besar ibu yang bayinya meninggal bekerja sebagai buruh tani, dan tetap melakukan pekerjaannya saat hamil. Diketahui juga bahwa ibu tidak banyak tahu tentang program kesehatan ibu dan bayi seperti kelas ibu hamil serta tidak adanya sosialisasi kesehatan ibu hamil dan bayi.

Berdasarkan fakta di lapangan, diketahui adanya masalah dari sisi masyarakat maupun pemberi pelayanan kesehatan. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui faktor penyebab tidak langsung dari kematian bayi akibat BBLR, asfiksia, dan kelainan kongenital di wilayah Ngombol, sehingga diharapkan dapat

dijadikan sebagai bahan masukan bagi Dinkes maupun Puskesmas dalam manajemen program penurunan angka kematian bayi.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif yang bersifat retrospektif (menelusur ke belakang). Objek penelitian ini adalah penyebab kematian bayi di wilayah Ngombol. Sedangkan subjeknya adalah informan utama yang terdiri dari ibu dengan kematian bayi di tahun 2014 di wilayah

Ngombol yang berjumlah 11 orang, serta informan triangulasi Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator, dan 3 Bidan Desa. Pengumpulan data primer dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi. Sedangkan pengumpulan data sekunder dengan cara melakukan penelusuran terhadap dokumen yang berkaitan dengan topik penelitian, yang diperoleh dari data Puskesmas Ngombol, data DKK Purworejo, serta berbagai jurnal dan literatur lainnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Faktor Ibu

Tabel 1 Penyebab Kematian BBLR oleh Faktor Ibu

No	Inisial	Umur Ibu (tahun)	Umur Kehamilan (minggu)	Paritas	Jarak Kelahiran	Pendidikan	Pekerjaan	Ekonomi	Nutrisi	Riwayat Kesehatan
1.	U2	18	30	1	-	SMP	Swasta	Kurang	Kurang	LILA kecil, KEK, HB kurang
2.	U4	39	33	1	-	SMP	Buruh Tani	Kurang	Baik	Hipertensi, HB kurang, oedema
3.	U5	27	40	2	3 bulan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Cukup	Baik	Hipertensi, Pernah Keguguran
4.	U6	31	26	2	5 tahun	SMA	Buruh Tani	Cukup	Kurang	Hipertensi, HB kurang, Perdarahan
5.	U9	35	31	2	6 tahun	SD	Buruh Tani	Kurang	Baik	Hipertensi, HB kurang

Tabel 2 Penyebab Kematian Asfiksia oleh Faktor Ibu

No.	Inisial	Umur Ibu (tahun)	Umur Kehamilan (minggu)	Paritas	Jarak Kelahiran	Pendidikan	Pekerjaan	Ekonomi	Nutrisi	Riwayat Kesehatan
1.	U3	37	31	2	> 5 tahun	SMA	Buruh Tani	Cukup	Baik	Hipertensi, HB kurang
2.	U7	36	33	2	6 tahun	SD	Buruh Tani	Kurang	Baik	Hipertensi, HB kurang
3.	U11	39	32	4	10 tahun	SD	Buruh Tani	Kurang	Kurang	Hipertensi, oedema, HB kurang

Tabel 3 Penyebab Kematian Kelainan Kongenital oleh Faktor Ibu

No.	Inisial	Umur	Umur	Paritas	Jarak	Pendidikan	Pekerjaan	Ekonomi	Nutrisi	Riwayat
-----	---------	------	------	---------	-------	------------	-----------	---------	---------	---------

		Ibu (tahun)	Kehamilan (minggu)	Kelahiran						Kesehatan
1.	U1	29	38	2	> 5 tahun	SMA	Buruh Tani	Cukup	Kurang	KEK, HB kurang, Konsumsi jamu
2.	U8	26	40	1	-	SMP	Swata	Kurang	Baik	HB kurang
3.	U10	21	40	1	-	SMA	Swata	Cukup	Kurang	KEK, HB kurang

Sebagian besar ibu yang bayi meninggal memiliki umur yang berisiko untuk hamil yaitu lebih dari 30 tahun. Umur ibu yang ideal untuk mengalami kehamilan menurut BKKBN adalah antara 20-30 tahun. Sebagian besar ibu juga melahirkan bayinya secara prematur (umur kehamilan kurang dari 37 minggu). Kelahiran prematur ini bisa terjadi karena kondisi ibu saat hamil yang mengalami komplikasi kehamilan dan aktivitas atau pekerjaan ibu yang terlalu berat.

Sebagian besar ibu memiliki paritas 2, dan jarak kelahiran dari anak sebelumnya lebih dari 5 tahun sehingga pada saat hamil yang kedua umurnya sudah tua. Untuk tingkat pendidikan ibu sudah cukup tinggi, karena sebagian besar lulusan SMA. Namun pada kenyataannya pengetahuan maupun sikap ibu masih kurang, hal tersebut ditunjukkan dari kurang aktifnya ibu mencari tahu masalah kehamilan dan kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Keadaan ekonomi sebagian besar keluarga termasuk menengah ke bawah dikarenakan sebagian besar penghasilannya hanya dari hasil pertanian sehingga pendapatannya tidak tentu tergantung pada musim. Untuk kebutuhan nutrisi sebagian besar ibu nutrisinya sudah tercukupi, hal ini dapat dilihat dari pertambahan berat badan ibu ketika hamil dari buku KIA nya. Meskipun ada beberapa ibu yang mengalami KEK, namun hal ini tidak ada kaitannya dengan kondisi ekonomi keluarganya karena ibu yang

mengalami KEK berasal dari ekonomi yang sudah lumayan cukup.

2. Faktor Bayi

Bayi yang meninggal diketahui sebagian besar lahir secara prematur dan memiliki berat lahir rendah (kurang dari 2500 gram) yaitu sebanyak 7 bayi dari 11 bayi. Bayi yang dilahirkan secara prematur biasanya organ-organ tubuhnya belum terbentuk secara sempurna sehingga rentan terkena infeksi atau gangguan kesehatan lainnya.

Penyebab kematian yang disebabkan oleh kondisi bayi, ternyata ada keterkaitannya dengan kondisi ibu saat hamil. Adapun kondisi yang dialami oleh ibu yaitu umur ibu yang berisiko, aktivitas yang berat selama hamil, lingkungan yang tidak sehat, ibu yang mengkonsumsi obat, memiliki riwayat kandungan lemah, adanya riwayat keguguran, adanya komplikasi selama kehamilan, serta nutrisi yang kurang mencukupi.

Sebagian besar bayi meninggal antara 1 sampai 8 jam sehingga belum sempat diberikan ASI oleh ibunya. Sedangkan bayi yang sudah diberikan ASI meninggal antara 2 hari sampai dengan 2 bulan.

Untuk bayi yang meninggal karena kelainan kongenital, semua bayi tidak memiliki riwayat keluarga yang mengalami kelainan kongenital sebelumnya. Namun ada salah satu bayi asfiksia yang di dalam keluarganya ada riwayat kelainan genetik. Kenyataannya pada saat ini, faktor genetik sangat kecil pengaruhnya pada kejadian

kelainan kongenital dan lebih mengarah ke faktor lingkungan sebagai penyebab kelainan kongenital.

3. Faktor Lingkungan

Yang termasuk dalam faktor fisik antara lain cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah baik dari struktur bangunan, ventilasi, cahaya dan kepadatan hunian, serta radiasi.⁵⁴ Kondisi fisik rumah dapat

secara tidak langsung dapat menunjukkan kualitas kesehatan suatu keluarga. Secara teori, rumah yang tidak memenuhi kriteria tidak sehat akan menjadi tempat berkembangbiaknya bibit penyakit atau kontaminan biologi. Lingkungan fisik dalam penelitian ini adalah kondisi rumah dan lingkungan di sekitar rumah yang dapat menjadi salah satu faktor penyebab tidak langsung dari kematian bayi.

Tabel 4 Hasil Observasi Kondisi Rumah

No	Informan	Sebab Kematian Bayi	Indikator									
			Lantai	Tembok	Pencahaya-an Cukup	Air			Ada kandang hewan	Kandang menempel rumah	Halaman rumah berdebu	Lingk sekitar rumah kumuh
						Berasa	Berwarna	Bau				
1.	U1	Kelainan Kongenital	Semi Permanen	Semi Permanen	Cukup		√		√	√	√	-
2.	U2	BBLR	Semi Permanen	Semi Permanen	-		√		√	√	√	√
3.	U3	Asfiksia	Semi Permanen	Semi Permanen	Cukup		√		√	√	√	-
No	Informan	Sebab Kematian Bayi	Indikator									
			Lantai	Tembok	Pencahaya-an Cukup	Air			Ada kandang hewan	Kandang menempel rumah	Halaman rumah berdebu	Lingk sekitar rumah kumuh
						Berasa	Berwarna	Bau				
4.	U4	BBLR	Semi Permanen	Semi Permanen	Cukup		√		√	√	√	-
5.	U5	BBLR	Semi Permanen	Semi Permanen	-				√	-	√	-
6.	U6	BBLR	Permanen	Permanen	Cukup				-	-	√	-
7.	U7	Asfiksia	Semi Permanen	Semi Permanen	-	√	√		√	√	√	√
8.	U8	Kelainan Kongenital	Tidak Permanen	Semi Permanen	Cukup		√		√	√	√	√
9.	U9	BBLR	Semi Permanen	Semi Permanen	Cukup		√		√	√	√	√
10.	U10	Kelainan Kongenital	Permanen	Permanen	Cukup				√	√	√	-
11.	U11	Asfiksia	Tidak Permanen	Semi Permanen	-		√		√	√	√	√

Dari 11 kasus kematian bayi, sebagian besar kondisi rumah ibu kurang memenuhi kriteria rumah sehat. Hal ini dibuktikan dari hasil observasi peneliti di dalam rumah dan lingkungan sekitar rumah informan utama. Sebagian besar rumah memiliki kandang hewan yang menempel dengan rumah dan ada yang hewan peliharaannya dimasukkan ke dalam dapur. Sehingga dapat dipastikan

bahwa lingkungan fisik rumah yang buruk dapat menjadi tempat berkembangnya bibit penyakit.

Selain itu, ada paparan kimia yang dapat menjadi penyebab kematian bayi yaitu paparan asap rokok, aktivitas atau pekerjaan yang dimiliki ibu, dan konsumsi makanan yang mengandung bahan kimia seperti pengawet atau penyedap rasa. Dari 11 ibu, 8 ibu memiliki pekerjaan

sebagai ibu rumah tangga dan terkadang sebagai buruh tani, 2 ibu wiraswasta, dan 1 ibu bekerja sebagai buruh pabrik. Semua pekerjaan ibu tersebut memiliki resiko untuk terkena paparan kimia.

Semua ibu terpapar asap rokok yang berasal dari suaminya. Selain itu berdasarkan hasil observasi peneliti, sebagian besar informan menyimpan pupuk kimia ataupun pestisida di dapur bahkan ada yang menyimpannya di dekat padi. Hal ini dapat memungkinkan zat kimia menyebar ke ruangan dapur melalui udara sehingga dapat mengontaminasi bahan makanan yang akan diolah.

Sedangkan paparan biologi berasal dari lingkungan fisik yang buruk dan PHBS yang buruk. Sebagian besar rumah memiliki kandang yang menempel dengan rumah sehingga memungkinkan kontaminan biologi dapat menularkan penyakit. Selain itu, sebagian besar kebiasaan ibu dalam mencuci tangan tidak menggunakan sabun, karena hal tersebut sangat penting untuk mengurangi kuman yang ada di tangan. Terkadang ada ibu yang lalai untuk mencuci bahan makanan sebelum dimasak sehingga dapat menjadi salah satu perantara kuman untuk menimbulkan penyakit.

Hal lainnya adalah sebagian besar ibu yang memiliki hewan peliharaan ketika membersihkan kandang hewan peliharaan tidak menggunakan masker sehingga kemungkinan besar kuman dapat terhirup ketika bernafas. Ada pula beberapa rumah yang memasukkan hewan peliharaan di dalam dapur, sehingga kemungkinan besar kotoran hewan tercecer di dalam dapur dan mengakibatkan kuman masuk ke makanan.

4. Faktor Pelayanan Kesehatan

Sebagian besar ibu telah melakukan pemeriksaan antenatal sebanyak lebih

dari 4 kali. Jika dilihat berdasarkan frekuensinya, pemeriksaan kehamilan sudah sesuai dengan teori yang ada. Namun, ada beberapa ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal kurang dari 4 kali dikarenakan usia kelahiran yang belum cukup bulan sehingga kelahirannya prematur. Selain itu untuk pemeriksaan antenatal ada yang tidak sesuai jadwalnya, hal tersebut yang menyebabkan tidak terdeteksinya kondisi kegawatdaruratan pada ibu maupun bayi.

Dari hasil penelitian ibu merasa tidak pernah mendapat informasi yang jelas dan lengkap seputar kehamilan dari bidan. Biasanya bidan hanya menyarankan untuk menjaga kandungannya, makan-makanan yang bergizi, namun informasi yang diberikan masih kurang mendetail. Fakta lain dilapangan ibu selalu mengiyakan apa yang dikatakan oleh bidan, namun sebenarnya ibu tidak paham dengan apa yang dikatakan oleh bidan tersebut dan ibu enggan untuk bertanya kembali. Ibu merasa cukup apabila hasil pemeriksaan menyatakan bahwa kondisi ibu dan bayi sehat-sehat. Apabila ibu tidak menanyakan atau lebih aktif bertanya seputar kehamilan, maka bidan biasanya tidak memberikan informasi apapun.

Berdasarkan hasil penelitian semua ibu yang melahirkan sudah ditolong oleh tenaga medis dan melakukan persalinan di tempat yang dianjurkan oleh bidan tempat ibu periksa. Bidan secara cepat melakukan rujukan pada ibu yang akan melahirkan apabila ada kondisi kegawatdaruratan pada ibu maupun bayi.

Untuk pelayanan nifas dan neonatus masih ada beberapa ibu dan bayi yang tidak mendapatkan pelayanan tersebut sebanyak minimal 3 kali. Hal tersebut disebabkan karena bidan yang tidak memberitahu ibu untuk datang periksa kembali setelah melahirkan. Meskipun ada beberapa bidan yang mengunjungi rumah

ibu untuk melakukan pelayanan nifas dan neonatus. Mengingat beban kerja bidan yang sudah tinggi sehingga tidak semua bidan melakukannya, karena satu bidan desa memiliki tiga desa binaan dan ditambah dengan praktek swastanya yang menyebabkan bidan tidak sempat untuk melakukan pelayanan nifas dan neonatus ke rumah – rumah.

Program KIH juga tidak banyak diketahui dikarenakan bidan yang tidak memberitahu adanya program tersebut. Dan untuk sosialisasi kesehatan hanya diberikan kepada kader kesehatan desa karena untuk menghemat tenaga dan biaya, namun kader kesehatan desa tidak meneruskannya ke masyarakat. Kader tidak menyebarkan informasi tersebut ke masyarakat ada kemungkinan kader tersebut tidak paham dengan informasi yang didapatnya dan tidak adanya insentif sehingga kader enggan untuk menyampaikannya. Selain itu, selama ini program GSIB hanya berjalan sebatas sosialisasi saja, untuk melaksanakan program tersebut masih banyak kendalanya. Salah satu kendalanya dikarenakan dukungan dan komitmen lintas sektoral yang masih kurang.

KESIMPULAN

1. Sebagian besar penyebab langsung dari kematian di wilayah Ngombol adalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Asfiksia, dan Kelainan Kongenital.
2. Faktor ibu yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh umur ibu yang sebagian besar di atas 30 tahun dan umur kehamilan ibu yang kurang dari 37 minggu sehingga bayi lahir prematur. Kelahiran bayi prematur juga berkaitan dengan riwayat komplikasi kehamilan yang dialami oleh ibu.
3. Faktor bayi yang menjadi penyebab tidak langsung kematian bayi di wilayah kecamatan Ngombol didominasi oleh bayi

lahir dengan berat badan rendah, pada kondisi tersebut umumnya organ bayi belum terbentuk dan berfungsi secara sempurna sehingga rentan terkena infeksi atau gangguan penyakit lainnya sehingga dapat menimbulkan kematian pada bayi.

4. Faktor lingkungan yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh kondisi rumah yang tidak sehat, paparan kimia dari asap rokok dan penyimpanan pestisida atau pupuk yang tidak benar, serta perilaku hidup bersih dan sehat yang masih rendah.
5. Faktor pelayanan kesehatan yang menjadi penyebab tidak langsung didominasi oleh kualitas pelayanan antenatal, kualitas pelayanan nifas dan neonatus, dan sosialisasi kesehatan. Kualitas pelayanan antenatal dipengaruhi oleh kehandalan dan ketelitian bidan maupun kepatuhan ibu hamil melakukan pemeriksaan. Kualitas pelayanan nifas dan neonatus dipengaruhi oleh jumlah KF maupun KN. Selain itu keberadaan kelas ibu hamil tidak banyak diketahui oleh masyarakat. Untuk sosialisasi kesehatan belum optimal karena hanya diberikan kepada kader kesehatan desa saja namun tidak disebarluaskan ke masyarakat. Dan program GSIB kurang mendapat dukungan dari lintas sektoral.

SARAN

1. Bagi Dinkes Kabupaten Purworejo
 - a. Melakukan analisis SWOT sebelum merencanakan program kesehatan terkait penurunan kematian bayi agar program yang akan dilaksanakan efektif dan efisien.
 - b. Meningkatkan kualitas tenaga bidan agar lebih berkompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan cara pemberian pelatihan.
 - c. Melakukan mapping wilayah yang memiliki jumlah kasus kematian ibu dan bayi tinggi, kemudian dilakukan

perencanaan kembali SDM agar tenaga bidan tersebar secara merata.

- d. Meningkatkan anggaran untuk upaya promotif dan preventif, sehingga program pencegahan kematian bayi dapat berjalan optimal.
2. Bagi Puskesmas Ngombol
 - a. Memberikan sosialisasi di desa melalui pertemuan PKK atau kelompok tani terkait kesehatan reproduksi wanita usia subur (WUS) dan pasangan usia subur (PUS) untuk mencegah 3T.
 - b. Penyuluhan di posyandu atau PKK tentang kebutuhan gizi dan makanan sehat bagi ibu hamil.
 - c. Memberikan edukasi tentang PHBS yang disampaikan melalui pertemuan PKK di desa agar masyarakat sadar akan pentingnya PHBS.
 - d. Melakukan penjangkaran ibu hamil dengan bantuan kader kesehatan desa untuk deteksi dini komplikasi kehamilan.
 - e. Pendampingan ibu hamil untuk memantau kesehatan ibu hamil, dengan cara menjalin kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan.
 - f. Memasyarakatkan program kelas ibu hamil (KIH) dengan cara KIE ketika ibu hamil datang periksa ke bidan, sehingga ibu hamil tahu bahwa ada program yang memfasilitasi ibu hamil

untuk menambah pengetahuannya seputar kehamilan.

- g. Media penyampaian sosialisasi dibuat lebih menarik berupa poster, brosur/leaflet agar masyarakat lebih tertarik untuk membacanya, serta dengan simulasi agar masyarakat lebih mudah untuk mengingatnya dan mau melakukannya.
- h. Meningkatkan kerjasama lintas sektoral dalam evaluasi program sehingga pelaksanaan program di waktu yang akan datang menjadi lebih efektif dan efisien.
- i. Melakukan pemberdayaan masyarakat untuk menggerakkan program gerakan sayang ibu dan bayi (GSIB).
3. Bagi Masyarakat Kecamatan Ngombol
 - a. Menerapkan PHBS di lingkungan keluarga dan masyarakat.
 - b. Meningkatkan kesadaran bahwa kesehatan ibu hamil itu penting, dengan lebih memperhatikan asupan gizi ibu hamil dan tidak merokok di depan ibu hamil.
 - c. Memberikan insentif kepada kader kesehatan desa dengan cara iuran, untuk meningkatkan motivasi kerjanya.
 - d. Meningkatkan antusiasme masyarakat ketika diadakan sosialisasi, dengan bertanya apabila belum paham.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI, 2014.
2. Prasetyawati, A. E. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam Millenium Development Goals (MDGs)*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2012.
3. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Anak. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Kemenkes RI, 2010.
4. Departemen Kesehatan Gizi dan KIA. *Materi Advokasi Bayi Baru Lahir*. Depkes RI: Jakarta, 2011.
5. Racmawati, T. & Dkk. *Pola Penyakit Penyebab Kematian Bayi di Pedesaan dan Perkotaan, Kondisi Sosio Ekonomi pada Kejadian Kematian Bayi di Indonesia Hasil Riskesdas 2007*. Penelitian Sistem Kesehatan, 2011: hal 108–114.
6. Mantra, Ida Bagus. *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset, 2000.

7. Singarimbun, M. *Kelangsungan Hidup Anak: Berbagai Teori, Pendekatan dan Kebijakan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1988.
8. Afifah, T. *Determinan Kematian Neonatal Dini, Neonatal Lanjut dan Post Neonatal di Indonesia*. Jakarta: Universitas Indonesia, 2009.
9. Pusat Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada. *Laporan Kajian Angka Kematian Bayi Di Kabupaten Donggala Sulawesi Tengah*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada, 2011.
10. A, Noor Latifah. *Hubungan Frekuensi Kunjungan ANC Selama Kehamilan Dengan Kejadian Kematian Neonatal*. Jakarta: Universitas Indonesia, 2012.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Buku Saku Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2013*. Semarang: Dinkes Prov, 2014.
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan 2013 Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo*. Purworejo: Pemkab Purworejo, 2014.
13. Rachmah, A. K. W. *Faktor Penyebab Kematian Bayi Di Kabupaten Sidoarjo*. Surabaya: Universitas Airlangga, 2012.
14. Hidajat, E. S. *Penanganan Bayi Dengan Kelainan Kongenital Dan Konseling Genetik*. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, 2014.
15. Kardjati, S., Alisjahbana, A. & Kusin, J. *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1985.
16. Santiyasa, I. W. *Hubungan Faktor Sosio-Demografi Serta Perilaku Pra Dan Pasca Persalinan Dengan Kematian Balita*. Penelitian Kesehatan (2011).
17. Kusumaningrum, N. R. *Pengaruh Tingkat Pendidikan Ibu, Aktivitas Ekonomi Ibu, dan Pendapatan Keluarga Terhadap Status Gizi Balita Di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Surakarta, 2003.
18. Almatsier, S. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2010.
19. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat & Direktorat Bina Gizi Masyarakat. *Pedoman Gizi Ibu Hamil dan Pengembangan Makanan Tambahan Ibu Hamil Berbasis Pangan Lokal*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010.
20. Waryana. *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama, 2010.
21. Aritonang, E. *Kebutuhan Gizi Ibu Hamil*. Bogor: IPB Press, 2010.
22. Sulistyoningsih, H. *Gizi Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011.
23. Djaja, S., Afifah, T. & Sukroni, A. *Peran Faktor Sosio Ekonomi dan Biologi Terhadap Kematian Neonatal di Indonesia*. Penelitian Kesehatan 57, 251–8 (2007).
24. Soetjningsih. *ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1997.
25. Nelson. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2000.
26. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Depkes Direktorat Binkesga, 2004.
27. Sukamti, S. *Pengaruh Pelayanan Kesehatan Terhadap Kematian Neonatal Anak Terakhir di Indonesia Analisis Data Riskesdas 2010*. Jakarta: Universitas Indonesia, 2011.
28. Machfoedz, I. & Suryani, E. *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya, 2007.
29. Permenkes RI. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014.

30. Alamsyah, D. & Muliawati, R. *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2013.
31. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2010.
32. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kemenkes RI, 2015.
33. Saryono & Anggraeni, M. D. *Metodologi Penelitian Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2010.
34. Sastroasmoro, S. & Ismael, S. *Dasar Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto, 2011.
35. Mulyana, D. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2004.
36. Sabri, L. & Hastono, S. P. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press, 2010.
37. Murti, B. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2006.
38. Riwidikdo, H. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Rohima Press, 2013.
39. Sarwono, J. *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2006.
40. Moleong, L. J. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2013.
41. Rustiyanto, E. *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Jakarta: Graha Ilmu, 2010.
42. Santjaka, A. *Statistik Untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2011.
43. Nasution, S. *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Bandung: Tarsito, 2003.
44. Miles, M. B. & Huberman, A. M. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press), 1992.
45. Surapranata, S. *Analisis, Validitas, Reliabilitas dan Interpretasi Hasil Tes*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2009.
46. Saputra, D. *Meraih Jendela Kesempatan Melalui Program Keluarga Berencana Nasional*. Sumatera Selatan: BKKBN Sumsel, 2009.
47. Benedict, Sloane & Alih Bahasa, A. A. *Petunjuk Lengkap Kehamilan*. Jakarta: Pustaka Mina, 2009.
48. Hartatik, D. & Yuliaswati, E. *Pengaruh Umur Kehamilan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Kejadian Asfiksia Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. *Jurnal Kesehatan* 10, (2013).
49. Minardo, J., Sari, K. & Susilowati, T. *Analisa Faktor-Faktor Penyebab Kematian Bayi Dengan Asfiksia Di Kabupaten Semarang*. *Jurnal Kesehatan* (2014).
50. Alisyahbana, A. *Perinatal Challenge in Asia*. Bali: *The Problem of Perinatal Health Care in Indonesia. International Symposium and Workshop*, 2001.
51. Departemen Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2007.
52. Berg, A. & Muscat, R. J. *Faktor Gizi*. Jakarta: Bhratara Karya Aksara, 1985.
53. Whitehead, R. G. & Aswandi, D. S. *Pola Makanan Bagi Ibu*. Jakarta: PT. Pradnya Paramita, 1983.
54. Marimbi, H. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar Pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2010.
55. Mulia, R. M. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2005.
56. Rasyid, P. S., Hakim, B. H. A. & Sirajuddin, S. *Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo Provinsi Gorontalo Tahun 2012*. *Jurnal Kesehatan* (2012).
57. Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar. *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2007.

58. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010.
59. Tangkilisan, H. N. S. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Lukman Offset, 2003.

