

SKRIPSI

ANALISIS PENGARUH ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI - STUDI LANJUTAN DATA SDKI 2017



OLEH:

SUNNIA MUTIA
NPM: 2007110105

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
2023**

SKRIPSI

ANALISIS PENGARUH ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI - STUDI LANJUTAN DATA SDKI 2017

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh



OLEH:

SUNNIA MUTIA
NPM: 2007110105

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sunnia Mutia
NPM : 2007110105
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Judul Skripsi : ANALISIS PENGARUH ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN
KARAKTERISTIK KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP
KEMATIAN BAYI - STUDI LANJUTAN DATA SDKI 2017

Dengan ini saya menyatakan sebagai sebenarnya dan tanpa adanya paksaan, bahwa skripsi yang saya buat adalah benar-benar hasil karya dan pemikiran saya sendiri. Saya tidak melakukan plagiat atau menggunakan karya orang lain tanpa menyebutkan sumber dengan jujur dan tepat.

Saya menyadari bahwa kejujuran dan integritas akademik adalah prinsip utama dalam penulisan skripsi dan dalam menjalani proses pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM UNMUHA).

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat sebagai bentuk tanggung jawab dan kesungguhan saya dalam menjalani proses akademik.

Hormat Saya,

Banda Aceh, 30 Januari 2024



Sunnia Mutia

ABSTRAK

Nama : SUNNIA MUTIA
NPM : 2007110105

“ANALISIS PENGARUH ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI – STUDI LANJUTAN DATA SDKI 2017”

Kematian bayi menjadi perhatian utama dalam penelitian ini, merentang dari konteks nasional hingga dimensi global. Meskipun terdapat kemajuan signifikan dalam penurunan angka kematian bayi secara global, tantangan berat masih dihadapi, terutama di wilayah-wilayah tertentu. Pada tahun 2020, data mencatat 2,4 juta kematian bayi pada bulan pertama kehidupannya, menunjukkan bahwa masalah ini tetap memerlukan perhatian serius. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh dan risiko aspek sosiodemografi dan karakteristik Kesehatan dengan kematian bayi.

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan design *Crossectional* untuk melihat pengaruh dan risiko aspek sosiodemografi dan karakteristik Kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi dengan melakukan uji bivariat dan multivariat terhadap 3,624 responden.

Hasil analisis bivariat membuktikan bahwa rendahnya tingkat otonomi perempuan, kondisi ekonomi keluarga yang terbatas, tingkat pendidikan ibu yang rendah, dan pekerjaan ibu dapat diidentifikasi sebagai faktor risiko signifikan terkait kematian bayi. Sebaliknya, metode melahirkan dan kualitas layanan antenatal menunjukkan korelasi yang signifikan dengan angka kematian bayi.

Temuan ini memperkuat pemahaman kompleksitas faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan bayi dan menyoroti pentingnya intervensi yang cermat dalam meningkatkan kondisi kesejahteraan keluarga. Analisis lanjutan menunjukkan bahwa otonomi perempuan yang rendah memiliki risiko 1,2 kali lebih besar terhadap kematian bayi, sementara status ekonomi keluarga tidak terbukti sebagai faktor risiko signifikan. Pendidikan ibu yang rendah dan tidak bekerja memiliki hubungan signifikan dengan kematian bayi, dengan risiko 3,19 kali lebih tinggi untuk ibu yang tidak menempuh pendidikan formal dan risiko 0,5 kali lebih rendah untuk ibu yang tidak bekerja. Metode melahirkan Caesar dan layanan postnatal tidak berhubungan signifikan dengan kematian bayi, sedangkan layanan antenatal yang kurang baik memiliki risiko 1,6 kali lebih tinggi. Hasil penelitian ini memberikan wawasan mendalam tentang faktor-faktor yang memengaruhi kematian bayi, khususnya peran otonomi perempuan.

Dengan demikian, saran untuk pemerintah Kesehatan supaya dapat meningkatkan kualitas dan jangkauan program antenatal dan postnatal. Hal ini mencakup pelatihan yang insentif bagi petugas Kesehatan, promosi kunjungan rutin, dan pemantauan Kesehatan bayi setelah kelahiran.

Kata Kunci : Kematian Bayi, Faktor Risiko, Otonomi Perempuan,
Sosiodemografi Kesehatan, dan Intervensi Pemerintah.
Daftar Kepustakaan : 61 bacaan (2003-2023)

ABSTRACT

Nama : SUNNIA MUTIA
NPM : 2007110105

“ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC ASPECTS AND HOUSEHOLD HEALTH CHARACTERISTICS ON INFANT MORTALITY – A FOLLOW-UP STUDY OF SDKI 2017 DATA”

Infant mortality is a primary concern addressed in this study, spanning from national contexts to global dimensions. Despite significant progress in reducing infant mortality rates globally, substantial challenges persist, particularly in specific regions. In 2020, data recorded 2.4 million infant deaths within the first month of life, indicating that this issue still requires serious attention. The objective of this research is to identify the influence and risk of sociodemographic aspects and health characteristics on infant mortality.

This study employs a quantitative approach with a Cross-sectional design to examine the influence and risk of sociodemographic aspects and household health characteristics on infant mortality by conducting bivariate and multivariate analyses on 3,624 respondents.

The results of bivariate analysis prove that low levels of female autonomy, limited family economic conditions, low maternal education levels, and maternal employment can be identified as significant risk factors associated with infant mortality. Conversely, childbirth method and quality of antenatal services show significant correlations with infant mortality rates.

These findings reinforce the understanding of the complexity of factors affecting infant health and highlight the importance of careful interventions to improve family welfare conditions. Further analysis indicates that low female autonomy carries a 1.2 times greater risk of infant mortality, while family economic status is not proven to be a significant risk factor. Low maternal education and unemployment have significant relationships with infant mortality, with a 3.19 times higher risk for mothers without formal education and a 0.5 times lower risk for unemployed mothers. Cesarean delivery method and postnatal services are not significantly associated with infant mortality, whereas inadequate antenatal services carry a 1.6 times higher risk.

The findings of this study provide profound insights into the factors influencing infant mortality, particularly the role of female autonomy. Thus, recommendations for health authorities include enhancing the quality and reach of antenatal and postnatal programs. This entails incentivized training for healthcare personnel, promotion of routine visits, and post-birth monitoring of infant health.

**Keywords : Infant Mortality, Risk Factors, Female Autonomy,
Sociodemographic Health, and Government Interventions.**
Bibliography : 61 readings (2003-2023)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 30 Januari 2024

Pembimbing I



Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D

Pembimbing II



Nopa Arlianti, SKM, MKM

MENGETAHUI,
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH



Dr. Basri Aramico Ib., SKM., MPH
NIK 19811029 200603 1001

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

SKRIPSI

ANALISIS PENGARUH ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN

RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI - STUDI LANJUTAN

DATA SDKI 2017

Skrripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

OLEH:

SUNNIA MUTIA
NPM: 2007110105

Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
Telah lulus ujian skripsi pada bulan Januari 2024

Banda Aceh, 30 Januari 2024

Pembimbing I



Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D

Pembimbing II



Nopa Arlianti, SKM, MKM

MENGETAHUI,
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH



Dr. Basri Aramico Ib., SKM., MPH

NIK 19811029 200603 1001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 30 Januari 2024

TANDA-TANGAN

Ketua : Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D



Penguji I : Dr. Tahara Dilla Santi, M.Biomed



Penguji II : Ramadhaniah, S.Gz, MPH



Penguji III : Nopa Arlianti, SKM, MKM



MENGETAHUI,
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH



Dr. Basri Aramico Ib., SKM., MPH
NIK 19811029 200603 1001

BIODATA

Nama : Sunnia Mutia
Tempat/Tgl. Lahir : Desa Blang Geulanggang, 14 September 2002
Agama : Islam
Status Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Desa Blang Geulanggang, Kecamatan Peusangan,
Kabupaten Bireuen.

Nama Orang Tua : Suparman
Pekerjaan Orang Tua : Wiraswasta
Alamat Orang Tua : Botania, Kelurahan Berlian, Kecamatan Nongsa
Kepulauan Riau, Batam.

Pendidikan yang Ditempuh
1. SD : MIN 26 Bireuen
2. SMP : SMP Negeri 3 Peusangan
3. SMU/SMA : SMK Kesehatan Muhammadiyah Aceh

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Analisis Pengaruh Aspek Sosiodemografi dan Karakteristik Kesehatan Rumah Tangga Terhadap Kematian Bayi - Studi Lanjutan Data SDKI 2017” tepat pada waktunya. Shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari alam jahiliyahh ke alam islamiah. Penulisan ini satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada selaku pembimbing pertama Bapak Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D dan Ibu Nopa Arlianti, SKM, MKM selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan banyak waktu dan tenaga untuk memberikan petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai dari awal penulisan sampai akhir penulisan ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan terima kasih yang ditujukan kepada:

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh
2. Bapak Dr. Basri Aramico. SKM, MPH, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh
3. Para Dosen dan staff Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh
4. Terima kasih yang mendalam penulis persembahkan kepada nenek tercinta, Nenek Nurbaiti, yang telah mengorbankan segalanya demi kebahagiaan dan masa depan penulis, selalu menempatkan kebahagiaan penulis di atas segalanya, selalu hadir menyelimuti perjalanan hidup penulis dan menjadi penopang ketika penulis hampir menyerah. Tak ada kata yang cukup untuk menggambarkan rasa terima kasih ini, dan semoga setiap pencapaian penulis dapat sedikit membalas cinta dan pengorbanan nenek yang tak ternilai.
5. Cinta pertama yang menginspirasi penulis yaitu Ayahanda Suparman. Terima kasih atas setiap tetes keringat dalam setiap langkah mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan finansial penulis. Semua ini penulis persembahkan dengan harapan bisa menjadi kebanggaan, walau tak pernah sebanding dengan segala pengorbanan yang telah ayah berikan.
6. Pintu surgaku, Ibunda Marlinda yang menjadi panutan penulis untuk menjadi perempuan yang kuat. Memberikan cinta yang tak terhingga dan kekuatan yang tak pernah pudar demi penulis. Terima kasih atas setiap kasih sayang, dukungan, dan doa-doa yang selalu terselip dalam setiap sholatnya, semua itu menjadi pilar keberhasilan penulis dalam mewujudkan harapan dirinya dan semua orang.

7. Terima kasih tulus penulis haturkan kepada Cek Amri, Cek Ijal, dan Cek Eli, yang sejak kecil telah menjadi orang tua kedua. Kalian tanpa ragu mengorbankan waktu, tenaga, dan kasih sayang, memberikan perhatian dan dukungan yang menjadi kekuatan hidup penulis. Meski kebaikan kalian tak terbalaskan, semoga setiap langkah penulis membawa kebanggaan bagi kalian yang menjadi bagian penting dari perjalanan ini.
8. Dengan sepenuh hati, kepada seluruh keluarga besar di Lombok, terutama Nenek Enam, Om Mad, Bibi Mar, Bibi Umi, Paman, Bude, Pakde, dan semua yang telah memberikan dukungan serta cinta tanpa henti. Kalian adalah sumber kekuatan dalam setiap langkah penulis, sehingga penulis selalu merasa didampingi. Perhatian kalian telah membentuk penulis menjadi pribadi yang lebih baik. Semoga setiap pencapaian ini bisa menjadi kebanggaan bagi kalian, keluarga yang penuh cinta dan kasih sayang.
9. Dengan rasa terima kasih yang mendalam, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada seseorang yang tak kalah berarti dalam hidup penulis, yaitu DN yang telah hadir menemani dari awal hingga akhir proses penulisan ini. Dukungan, cinta, dan kasih sayang yang diberikan menjadi harapan yang menguatkan penulis di setiap langkah. Setiap detik yang ia habiskan untuk mendampingi dan memberi semangat membuat penulis merasa tidak pernah sendirian dalam perjalanan ini. Tanpa kehadiran nya, semua ini mungkin tidak akan terwujud. Semoga Allah membalas segala kebajikan yang telah kau berikan, dan semoga kita selalu bersama hingga akhir. Terima kasih atas segala peran dan pengorbananmu, yang selamanya akan terukir dalam hati penulis.
10. Dengan tulus, penulis mengucapkan terima kasih kepada teman, sahabat, dan semua orang yang telah memberikan dukungan sepanjang perjalanan ini. Penulis juga ingin berterima kasih kepada mereka yang telah memberi luka, karena pengalaman-pengalaman sulit tersebut justru menjadi pelajaran berharga. Luka-luka itu telah membantu penulis untuk termotivasi dan bangkit lebih kuat, membuktikan bahwa penulis bisa menghadapi segala rintangan. Terima kasih atas setiap pelajaran yang telah membentuk penulis menjadi pribadi yang lebih baik.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan tugas akhir ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penulisan tugas akhir ini. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Banda Aceh, 30 Januari 2024

Tertanda,



SUNNIA MUTIA

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL LUAR

JUDUL DALAM

LEMBAR PERNYATAAN	i
ABSTRAK	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING	v
PENGESAHAN TIM PENGUJI	vi
BIODATA	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Ruang Lingkup Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.5.1 Manfaat Praktis.....	8
1.5.2 Manfaat Teoritis	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 10

2.1 Konsep dan Definisi Kematian Bayi	10
2.1.1 Tingkat Kematian Bayi di Tingkat Global dan Lokal	11
2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kematian Bayi.....	12
2.2.1 Otonomi Perempuan	14
2.2.2 Status Ekonomi Keluarga	15
2.2.3 Pendidikan Ibu	16
2.2.4 Pekerjaan Ibu	17
2.2.5 Metode Melahirkan Caesar	19
2.2.6 Layanan Antenatal	20
2.2.7 Layanan Postnatal.....	23
2.2.8 Penolong Persalinan	24
2.3 Hubungan Antara Otonomi Perempuan dengan Kematian Bayi.....	26
2.3.1 Pengaruh Keputusan Otonomi Perempuan Terhadap Kesehatan Ibu dan Bayi.....	27
2.3.2 Faktor-Faktor Sosial	28
2.3.3 Tantangan dalam Mencapai Otonomi Perempuan	31
2.4 Strategi Peningkatan Otonomi Perempuan.....	32
2.4.1 Edukasi dan Kesadaran Perempuan Mengenai Kesehatan Bayi.....	35

2.4.2	Pemberdayaan Ekonomi Perempuan untuk Mendukung Kesehatan Keluarga	36
2.4.3	Peran Pemerintah dan Masyarakat dalam Mendorong Otonomi Perempuan	37
2.5	Kerangka Teori.....	40
BAB III KERANGKA KONSEP		41
3.1	Kerangka Konsep	41
3.2	Variabel Penelitian.....	42
3.2.1	Variabel Dependen	42
3.2.2	Variabel Independen	42
3.3	Definisi Operasional.....	42
3.4	Metode Pengukuran Variabel.....	45
3.4.1	Kematian Bayi	45
3.4.3	Status Ekonomi Keluarga.....	45
3.4.4	Pendidikan Ibu	46
3.4.5	Pekerjaan Ibu	46
3.4.6	Metode Melahirkan Caesar	46
3.4.7	Layanan Antenatal	47
3.4.8	Layanan Postnatal (Cek setelah 2 bulan melahirkan).....	47
3.4.9	Penolong Persalinan	47
3.5	Hipotesa Penelitian.....	48
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....		49
4.1	Jenis Penelitian	49
4.2	Populasi dan Sampel.....	49
4.2.1	Populasi.....	49
4.2.2	Sampel	49
4.2.3	Metode Pengambilan Sampel.....	50
4.2.4	Kriteria Sampel	50
4.3	Pengumpulan Data	52
4.3.1	Data Sekunder	52
4.4	Pengolahan Data.....	52
4.4.1	Editing	52
4.4.2	Coding	53
4.4.3	Tabulating	53
4.5	Analisa Data	53
4.6	Penyajian Data	54
BAB V GAMBARAN UMUM		55
5.1	Profil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI 2017).....	55
5.2	Wilayah Indonesia	56
BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN		59
6.1	Hasil Penelitian	59
6.1.1	Karakteristik Responden.....	59
6.1.2	Analisis Univariat	63
6.1.3	Analisis Bivariat.....	71
6.1.4	Analisis Multivariat	77
6.2	Pembahasan Penelitian	80
6.2.1	Pengaruh Otonomi Perempuan Dengan Kematian Bayi	80
6.2.2	Pengaruh Status Ekonomi Keluarga Dengan Kematian Bayi	82

6.2.3 Pengaruh Pendidikan Ibu Dengan Kematian Bayi	85
6.2.4 Pengaruh Pekerjaan Ibu Dengan Kematian Bayi	88
6.2.5 Pengaruh Metode Melahirkan Dengan Kematian Bayi	89
6.2.6 Pengaruh Layanan Antenatal Dengan Kematian Bayi	91
6.2.7 Pengaruh Layanan Postanatal Dengan Kematian Bayi	92
6.2.8 Pengaruh Penolong Persalinan Dengan Kematian Bayi.....	94
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	96
7.1 Kesimpulan	96
7.2 Saran	98
DAFTAR PUSTAKA.....	101
LAMPIRAN.....	107

DAFTAR TABEL

Tabel 3.3 Definisi Operasional	45
Tabel 6.1.1.1 Distribusi Frekuensi Provinsi	59
Tabel 6.1.1.2 Distribusi Frekuensi Umur Ibu.....	60
Tabel 6.1.1.3 Distribusi Frekuensi Umur Bayi	61
Tabel 6.1.2.1 Distribusi Frekuensi Kematian Bayi	63
Tabel 6.1.2.2 Distribusi Frekuensi Otonomi Perempuan	64
Tabel 6.1.2.3 Distribusi Frekuensi Status Ekonomi Keluarga	65
Tabel 6.1.2.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu	66
Tabel 6.1.2.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu	67
Tabel 6.1.2.6 Distribusi Frekuensi Metode Melahirkan	67
Tabel 6.1.2.7 Distribusi Frekuensi Layanan Antenatal	68
Tabel 6.1.2.8 Distribusi Frekuensi Layanan Postnatal	69
Tabel 6.1.2.9 Distribusi Frekuensi Penolong Persalinan	70
Tabel 6.1.3.1 Analisis Bivariat	71
Tabel 6.1.4.1 Analisis Multivariat.....	77
Tabel 6.1.4.2 Analisis Multivariat Pendekatan Stepwise	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	41
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	42
Gambar 5.1 Peta Wilayah Indonesia	56

DAFTAR SINGKATAN

1. WHO : *World Health Organization*
2. UN IGME : *United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation*
3. SDKI : *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*
4. DHS : *Demographic and Health Surveys*
5. CDC : *Centers for Disease Control and Prevention*
6. BPS : *Badan Pusat Statistik*
7. BKKBN : *Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*
8. KEMENKES : *Kementrian Kesehatan Indonesia*
9. OR : *Odd Ratio*

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I : KUESIONER PENELITIAN (SDKI 2017)

LAMPIRAN II : TABEL SKOR

LAMPIRAN III : MASTER TABEL

LAMPIRAN IV : OUTPUT ANALISIS DATA (STATA MP-17)

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian bayi merupakan hal yang sangat krusial untuk dijadikan sebuah penelitian. Tidak hanya di Indonesia, namun di seluruh penjuru dunia. Hal ini tentu menimbulkan tantangan serius dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat dan kesejahteraan manusia. Seperti yang kita ketahui, meskipun kemajuan di bidang kesehatan telah mengurangi angka kematian bayi secara global, masih banyak terdapat di wilayah tertentu yang mengalami beban berat akibat kehilangan yang terlalu dini ini.

Secara global, pada tahun 2020 dijelaskan bahwa terdapat 2,4 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupannya. Pada setiap hari nya di temukan sekitar 6700 kematian bayi baru lahir, atau sama dengan 47% dari jumlah seluruh kematian anak di bawah usia 5 tahun, hal tersebut diketahui naik dari 40% pada tahun 1990. Dalam hal itu, sejak tahun 1990 dunia tentunya mengalami kemajuan pesat atas keberlangsungan hidup anak. Secara global, angka kematian neonatal menurun dari 5 juta pada tahun 1990 menjadi 2,4 juta pada tahun 2020 (WHO, 2022).

Tidak hanya infrastruktur kesehatan yang terbatas, hal ini juga berkaitan erat dengan kurangnya perawatan antenatal yang memadai, serta terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan tantangan yang begitu nyata di beberapa wilayah, terutama di negara berkembang.

Angka kematian bayi atau *Infant Mortality* adalah kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Negara-negara di seluruh dunia menganggap kasus kematian bayi sebagai ukuran dasar Kesehatan masyarakat. Selama 10 tahun terakhir, kasus kematian bayi terakhir secara keseluruhan yang terjadi di Amerika Serikat mengalami penurunan sebesar 15% dari 6,86 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 5,82 pada tahun 2014 (CDC, 2021).

Sebagian besar bayi yang meninggal dunia (75%) dalam minggu pertama kehidupannya, sekitar 1 juta bayi yang baru lahir meninggal pada tahun 2019 dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian neonatal pada tahun tersebut termasuk kelahiran prematur, kesulitan bernapas saat lahir, infeksi, dan cacat bawaan. Dari akhir neonatal hingga usia 5 tahun, penyebab utama kematian melibatkan pneumonia, diare, cacat bawaan, dan malaria. Malnutrisi adalah faktor penting yang membuat anak-anak lebih rentan terhadap penyakit serius (Rosa-Mangeret *et al.*, 2022)

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kematian bayi pada tahun 2017 ialah sebesar 24/1.000 kelahiran hidup (KH). Adanya penurunan angka kematian bayi pada tahun 2017 namun belum memenuhi standar angka kematian bayi yang telah ditentukan ialah 12/1.000 KH (Ministry of Health Indonesia, 2018)

Berbicara tentang kematian bayi, tentunya akan ada kaitannya dengan otonomi perempuan, yang dimana berperan penting dalam kelangsungan hidup manusia. Perempuan diharapkan bertanggung jawab penuh dalam membesarkan

anak-anaknya, terlebih seperti yang kita ketahui bahwa proses melahirkan berlangsung di dalam tubuh manusia.

Otonomi perempuan dapat berperan penting dalam menentukan kesejahteraan anak, termasuk faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kematian bayi. Keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan, pendidikan, dan ekonomi dapat memberikan dampak signifikan pada kondisi kehidupan anak-anak mereka. Dalam konteks kematian bayi, otonomi perempuan dapat mempengaruhi akses mereka terhadap layanan kesehatan prenatal dan perinatal, serta pengetahuan dan praktik kesehatan keluarga (Memiah *et al.*, 2019)

Perempuan yang memiliki otonomi yang lebih besar mungkin cenderung lebih mampu mencari perawatan prenatal yang adekuat, mengikuti saran medis, dan mengelola risiko kesehatan selama kehamilan. Selain itu, otonomi perempuan dapat memengaruhi keputusan terkait pemberian ASI (Air Susu Ibu) dan perawatan bayi setelah kelahiran. Perempuan yang merasa lebih mandiri dalam mengambil keputusan terkait kesehatan keluarga mereka cenderung dapat memberikan perawatan yang lebih baik bagi bayi mereka.

Namun, sebaliknya, kurangnya otonomi perempuan dapat membatasi akses mereka terhadap layanan kesehatan yang diperlukan, meningkatkan risiko kesehatan ibu dan bayi, serta menghambat upaya pencegahan kematian bayi. Oleh karena itu, untuk mengurangi tingkat kematian bayi, penting untuk mendukung otonomi perempuan melalui pendidikan, akses terhadap pekerjaan dan sumber daya ekonomi, serta perubahan budaya yang mendukung kesejahteraan perempuan dan anak-anak secara keseluruhan.

Status ekonomi keluarga dapat menjadi faktor krusial dalam menentukan tingkat kematian bayi. Keluarga yang menghadapi keterbatasan ekonomi seringkali menghadapi tantangan dalam mendapatkan akses ke layanan kesehatan maternal dan perinatal yang memadai. Anggaran yang terbatas dapat menghambat perempuan hamil untuk mendapatkan perawatan prenatal yang diperlukan, termasuk kunjungan rutin ke dokter dan pemeriksaan medis yang relevan. Kurangnya sumber daya juga dapat mempengaruhi akses keluarga terhadap gizi yang memadai selama kehamilan dan pasca kelahiran (Suhaeri *et al.*, 2020).

Selain itu, kondisi ekonomi yang sulit dapat memaksa ibu-ibu untuk kembali bekerja dengan cepat setelah melahirkan, membatasi waktu yang dapat mereka habiskan untuk memberikan perawatan dan perhatian pada bayi mereka. Hal ini dapat memengaruhi pemberian ASI, yang dikenal sebagai faktor penting dalam kesehatan bayi. Bayi dari keluarga dengan status ekonomi rendah juga mungkin lebih rentan terhadap lingkungan yang tidak sehat, karena kesulitan untuk menyediakan lingkungan yang aman dan higienis.

Untuk mengatasi dampak negatif status ekonomi pada kematian bayi, perlu ada upaya untuk meningkatkan akses keluarga dengan status ekonomi rendah ke layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas. Program dukungan sosial, inisiatif kesejahteraan ekonomi, dan pendidikan kesehatan masyarakat dapat berperan penting dalam mengurangi disparitas kesehatan dan meningkatkan kondisi hidup keluarga yang kurang mampu secara ekonomi.

1.2 Rumusan Masalah

Dalam konteks otonomi perempuan yang terjalin erat dengan kematian bayi, sebuah permasalahan muncul yang memerlukan analisis mendalam melalui data yang tersedia dari SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia). Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kematian bayi pada tahun 2017 ialah sebesar 24/1.000 kelahiran hidup (KH). Adanya penurunan angka kematian bayi pada tahun 2017 namun belum memenuhi standar angka kematian bayi yang telah ditentukan ialah 12/1.000 KH. Pemahaman mengenai sejauh mana otonomi perempuan berperan dalam pencegahan kematian bayi menjadi krusial dalam merinci faktor-faktor yang melibatkan perempuan sebagai agen utama dalam konteks perawatan dan keputusan kesehatan. Oleh karena itu, rumusan masalah ini mengarah pada pernyataan mendasar seperti bagaimana dinamika otonomi perempuan tercermin dalam keputusan terkait perawatan prenatal dan perinatal yang dapat memengaruhi angka kematian bayi, sejauh mana faktor-faktor ekonomi, sosial, dan budaya memengaruhi tingkat otonomi perempuan dalam konteks kesehatan bayi, serta bagaimana data dari SDKI dapat memberikan wawasan yang signifikan dalam mengidentifikasi pola-pola atau hubungan antara otonomi perempuan dan kematian bayi di Indonesia. Dengan merinci permasalahan ini, penelitian dapat membuka jendela wawasan yang lebih luas terhadap tantangan kompleks yang melibatkan peran perempuan dalam menghadapi isu kritis kesehatan bayi.

1.3 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini akan menggali dalam dinamika otonomi perempuan dalam konteks kematian bayi dengan melakukan analisis mendalam terhadap data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Penelitian ini akan mengeksplorasi faktor-faktor penentu kematian bayi, termasuk kesehatan ibu, akses ke layanan kesehatan, dan kondisi sosial ekonomi. Selanjutnya, fokus penelitian akan terarah pada peran otonomi perempuan dengan menginvestigasi sejauh mana tingkat otonomi perempuan memengaruhi keputusan terkait perawatan kesehatan selama kehamilan dan persalinan, serta dampaknya terhadap hasil kesehatan bayi. Analisis mendalam data SDKI akan menjadi landasan utama untuk memahami situasi kematian bayi di Indonesia, sementara penelitian juga akan mempertimbangkan validitas dan reliabilitas data tersebut. Sisi sosial dan budaya tidak akan diabaikan, dengan penelitian mencari pemahaman lebih dalam mengenai bagaimana norma-norma sosial dan ekspektasi budaya memengaruhi keputusan perempuan dalam menghadapi kematian bayi. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada formulasi kebijakan yang lebih efektif dan pengembangan program intervensi untuk meningkatkan kesehatan bayi serta mendukung otonomi perempuan di Indonesia.

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini dibedakan menjadi 2 tujuan yaitu, tujuan umum dan tujuan khusus.

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memahami dan mengidentifikasi risiko pengaruh otonomi perempuan terhadap kematian bayi. Dalam hal ini dilakukannya analisis mendalam terhadap data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

1.4.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan rumusan masalah diatas, dapat disimpulkan tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi pengaruh otonomi perempuan terhadap kematian bayi
2. Mengidentifikasi pengaruh status ekonomi keluarga terhadap kematian bayi
3. Mengidentifikasi pengaruh pendidikan ibu terhadap kematian bayi.
4. Mengidentifikasi pengaruh pekerjaan ibu terhadap kematian bayi.
5. Mengidentifikasi pengaruh metode melahirkan terhadap kematian bayi.
6. Mengidentifikasi pengaruh layanan antenatal terhadap kematian bayi.
7. Mengidentifikasi pengaruh Layanan Postnatal terhadap kematian bayi.
8. Mengidentifikasi pengaruh penolong persalinan terhadap kematian bayi.

Melalui pencapaian tujuan khusus ini, diharapkan penelitian dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam tentang dinamika otonomi perempuan dalam konteks kematian bayi di Indonesia dan memberikan dasar bagi perbaikan kebijakan dan program intervensi yang lebih efektif.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian, yaitu manfaat praktis dan manfaat teoritis.

1.5.1 Manfaat Praktis

1. Manfaat Bagi Peneliti

- a. Membantu peneliti untuk menambah atau memperluas pemahaman mereka terkait otonomi perempuan terhadap terjadinya angka kematian bayi.
- b. Memungkinkan peneliti untuk mengembangkan keterampilan analisis data dan metodologi penelitian yang lebih canggih, yang dapat digunakan dalam proyek-proyek penelitian masa depan khususnya dalam penelitian ini yang menggunakan data SDKI.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

- a. Meningkatkan reputasi institusi pendidikan sebagai pusat penelitian yang aktif dalam bidang otonomi perempuan, dan kasus kematian bayi.
- b. Memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk terlibat dalam penelitian yang memiliki relevansi sosial dan merangsang pengembangan pemahaman serta keterampilan mereka dalam menganalisis permasalahan yang kompleks.

3. Manfaat Bagi Kesehatan

- a. Dapat mendukung pengembangan program kesehatan yang lebih efektif dan berfokus pada otonomi perempuan.

- b. Dapat memberikan panduan bagi penyedia layanan kesehatan tentang pentingnya memperhatikan otonomi perempuan terhadap angka kematian bayi.
- 4. Manfaat Bagi Pemerintah
 - a. Dapat digunakan sebagai dasar untuk merancang kebijakan yang mendukung otonomi perempuan dalam menurunkan angka kematian bayi.
 - b. Membantu pemerintah dalam memahami dampak dari otonomi perempuan yang memberikan dasar untuk mengembangkan program-program intervensi yang sesuai terkait kasus kematian bayi.

1.5.2 Manfaat Teoritis

1. Memungkinkan untuk menambah pengetahuan tentang hubungan antara otonomi perempuan terhadap angka kematian bayi. Hal ini dapat memberikan pengetahuan dalam literatur ilmiah tentang isu-isu terkait dan dalam pengambilan keputusan rumah tangga.
2. Memberikan kerangka kerja untuk penelitian selanjutnya tentang otonomi perempuan dan dampaknya pada berbagai aspek kehidupan, termasuk pada kasus kematian bayi.
3. Memberikan kontribusi pada pengembangan teori dan pemahaman tentang isu-isu peran perempuan dalam keberlangsungan hidup bayi yang dapat mendukung perkembangan teori sosial lebih lanjut.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dan Definisi Kematian Bayi

Kematian bayi, yang didefinisikan sebagai kehilangan nyawa seorang bayi sebelum mencapai usia satu tahun, mencerminkan kompleksitas sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi. Proses ini dapat terjadi pada berbagai tahap, mulai dari periode kehamilan hingga beberapa bulan setelah kelahiran (Mogi *et al.*, 2021).

Salah satu faktor risiko utama adalah kelahiran prematur, di mana bayi lahir sebelum mencapai usia kehamilan 37 minggu. Berat badan lahir rendah juga menjadi penyebab umum kematian bayi, dengan bayi yang memiliki berat di bawah 2.500gram memiliki risiko yang lebih tinggi. Infeksi, baik selama kehamilan, persalinan, atau pasca kelahiran, juga dapat menjadi penyebab signifikan. Selain itu, kelainan bawaan atau genetik, gangguan perinatal, dan faktor sosial ekonomi seperti akses terhadap perawatan medis, pendidikan kesehatan ibu, dan kondisi lingkungan, semuanya dapat memainkan peran dalam menentukan nasib seorang bayi (Muhe *et al.*, 2019).

Upaya pencegahan kematian bayi melibatkan pemahaman mendalam terhadap faktor-faktor ini, mempromosikan perawatan prenatal yang adekuat, meningkatkan aksesibilitas perawatan medis, serta edukasi masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi.

2.1.1 Tingkat Kematian Bayi di Tingkat Global dan Lokal

Tingkat kematian bayi di global mencerminkan situasi kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Hal tersebut justru menjadi sebuah permasalahan yang serius atas konsep *Child Survive* yang dipengaruhi langsung oleh faktor lingkungan hidup.

Angka kematian bayi sering dinyatakan sebagai jumlah kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup. Tingkat kematian bayi global telah mengalami penurunan seiring waktu, terutama karena peningkatan akses terhadap perawatan medis, vaksinasi, dan peningkatan kondisi kesehatan ibu (Bhatia *et al.*, 2019)

Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kematian bayi di tingkat global meliputi perbedaan dalam infrastruktur kesehatan, aksesibilitas perawatan medis, pendidikan kesehatan masyarakat, dan kondisi sosial ekonomi. Negara-negara dengan tingkat kematian bayi yang lebih rendah cenderung memiliki sistem perawatan kesehatan yang lebih baik, aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang adekuat, dan masyarakat yang lebih teredukasi tentang perawatan prenatal dan neonatal (Louangpradith *et al.*, 2020)

Tingkat kematian bayi di tingkat lokal dapat bervariasi secara signifikan antara wilayah, negara bagian, atau kota dalam suatu negara. Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kematian bayi di tingkat lokal mencakup infrastruktur kesehatan lokal, program-program pencegahan dan intervensi kesehatan masyarakat, serta karakteristik sosial dan ekonomi masyarakat setempat.

Di tingkat lokal, pemerintah setempat dan lembaga kesehatan seringkali berperan dalam mengidentifikasi dan menangani masalah-masalah spesifik yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi. Ini bisa melibatkan kampanye edukasi,

peningkatan akses terhadap perawatan medis, dan upaya untuk mengurangi faktor risiko tertentu seperti kurangnya akses air bersih, malnutrisi, atau kebiasaan merokok di kalangan ibu hamil

Penting untuk memahami dan mengatasi faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kematian bayi baik di tingkat global maupun lokal untuk merancang kebijakan yang efektif dan memastikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi ibu dan bayi. Upaya kolaboratif antara pemerintah, lembaga kesehatan, dan masyarakat dapat memainkan peran kunci dalam mengurangi tingkat kematian bayi dan meningkatkan kesejahteraan anak-anak di berbagai tingkat geografis.

2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kematian Bayi

Menurut (Yustisi *et al.*, 2022) faktor-faktor yang mempengaruhi kematian bayi sangat kompleks dan melibatkan sejumlah variabel yang berinteraksi. Beberapa faktor utama yang dapat memengaruhi tingkat kematian bayi termasuk:

1. Kelahiran Prematur (Preterm Birth): Kelahiran prematur, yaitu kelahiran sebelum mencapai usia kehamilan 37 minggu, merupakan faktor risiko utama. Bayi yang lahir prematur memiliki risiko tinggi terhadap berbagai masalah kesehatan yang dapat menyebabkan kematian, seperti gangguan pernapasan dan infeksi.
2. Berat Badan Lahir Rendah (Low Birth Weight): Bayi dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2.500 gram) memiliki risiko kematian yang lebih tinggi. Berat badan lahir rendah dapat terkait dengan kelahiran prematur atau masalah pertumbuhan janin selama kehamilan.

3. Infeksi Neonatal: Infeksi seperti pneumonia, sepsis, atau infeksi lainnya dapat sangat berbahaya bagi bayi baru lahir.
4. Gangguan Perinatal: Gangguan yang terjadi selama proses kelahiran, seperti kekurangan oksigen atau trauma lahir.
5. Faktor Genetik dan Kelainan Bawaan: Beberapa bayi lahir dengan kelainan genetik atau kelainan bawaan yang dapat meningkatkan risiko kematian. Pendeteksian dini dan manajemen kondisi medis ini dapat berperan penting dalam mengurangi risiko.
6. Kesehatan Ibu: Kesehatan ibu sepanjang kehamilan dan sebelumnya memainkan peran besar. Penyakit kronis, kekurangan gizi, atau kebiasaan berisiko seperti merokok atau mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko kematian bayi.
7. Faktor Sosial dan Ekonomi: Tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan aksesibilitas terhadap perawatan medis juga dapat mempengaruhi kematian bayi.
8. Akses Terhadap Perawatan Kesehatan: Faktor kritis lainnya adalah ketersediaan dan aksesibilitas terhadap perawatan kesehatan prenatal dan natal. Kurangnya akses atau kualitas perawatan yang rendah dapat meningkatkan risiko kematian bayi.

Memahami faktor-faktor ini dan mengambil langkah-langkah untuk mencegah atau mengelola kondisi yang dapat meningkatkan risiko kematian bayi adalah penting dalam upaya untuk mengurangi angka kematian bayi dan meningkatkan kesejahteraan anak-anak baru lahir.

2.2.1 Otonomi Perempuan

Otonomi perempuan merujuk pada konsep memberikan kebebasan, hak, dan tanggung jawab kepada perempuan untuk mengelola kehidupan mereka sendiri, baik di tingkat pribadi maupun dalam masyarakat. Konsep ini didasarkan pada prinsip kesetaraan gender dan mengakui hak perempuan untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan hidup mereka, termasuk dalam hal pendidikan, pekerjaan, kesehatan, dan keputusan keluarga (Husnah *et al.*, 2022)

Otonomi perempuan mencakup pengakuan akan hak perempuan untuk memiliki kendali atas tubuh mereka sendiri, termasuk hak untuk memutuskan kapan dan bagaimana mereka akan memiliki anak. Ini juga melibatkan pemberdayaan perempuan dalam berbagai sektor, sehingga mereka dapat aktif berpartisipasi dalam pembangunan masyarakat dan ekonomi. Otonomi perempuan bukan hanya tentang memberikan hak-hak formal, tetapi juga tentang menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan potensi perempuan, menghilangkan diskriminasi gender, dan mempromosikan kesetaraan dalam segala aspek kehidupan (Ram *et al.*, 2022)

Dengan mendorong otonomi perempuan, masyarakat dapat mencapai pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif, di mana setiap individu, tanpa memandang jenis kelamin, memiliki kesempatan yang sama untuk tumbuh dan berkembang.

2.2.2 Status Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga mencakup sejumlah aspek yang menentukan kesejahteraan finansial dan kestabilan keuangan suatu rumah tangga. Pertama-tama, penilaian dimulai dengan pendapatan keluarga. Ini mencakup identifikasi sumber pendapatan seperti gaji, usaha sendiri, investasi, atau bantuan sosial (Yulieva, 2020)

Penting juga untuk menghitung total pendapatan bulanan keluarga untuk memahami kemampuan mereka dalam memenuhi kebutuhan dasar dan keinginan. Selanjutnya, pengeluaran keluarga menjadi fokus perhatian. Ini mencakup biaya hidup dasar seperti makanan, tempat tinggal, pendidikan, dan kesehatan, serta pengeluaran opsional atau hiburan. Pengeluaran darurat juga perlu dipertimbangkan, termasuk keberadaan cadangan dana untuk situasi tak terduga.

Aspek lain dari status ekonomi keluarga adalah aset dan kekayaan. Meliputi rumah, tanah, kendaraan, dan investasi, aset ini berkontribusi pada nilai bersih keluarga. Menjaga keseimbangan antara aset dan utang menjadi esensial, dengan perhatian khusus terhadap rasio utang-pendapatan. Selanjutnya, pembiayaan pendidikan dan kesehatan menjadi pertimbangan penting, termasuk biaya pendidikan anak-anak dan perlindungan asuransi kesehatan. Perencanaan untuk masa depan juga memainkan peran penting dalam menilai status ekonomi keluarga, termasuk rencana pensiun, investasi jangka panjang, dan pencapaian tujuan finansial jangka panjang seperti kepemilikan rumah (Chao *et al.*, 2018)

Perencanaan keuangan yang terstruktur, seperti pembuatan anggaran keluarga dan penilaian keberlanjutan ekonomi, membantu keluarga mengelola

sumber daya finansial mereka dengan efektif. Selain itu, memantau tren pendapatan dan stabilitas pekerjaan anggota keluarga membantu dalam merencanakan dan mengatasi potensi risiko keuangan. Dengan demikian, analisis menyeluruh terhadap berbagai aspek ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang status ekonomi keluarga dan memberikan landasan untuk pengambilan keputusan keuangan yang cerdas dan berkelanjutan.

2.2.3 Pendidikan Ibu

Pendidikan seorang ibu adalah faktor krusial dalam membentuk tidak hanya kehidupan pribadinya tetapi juga masa depan anak-anaknya dan kontribusinya pada masyarakat. Tingkat pendidikan seorang ibu secara langsung mempengaruhi pemahamannya terhadap isu-isu kesehatan, perkembangan anak, dan kemampuan untuk memberikan lingkungan pendidikan yang mendukung (Kiross *et al.*, 2019)

Seorang ibu yang memiliki akses ke pendidikan tinggi mungkin lebih mampu membuat keputusan yang terinformasi tentang kesehatan keluarga, pola asuh yang efektif, dan memahami pentingnya stimulasi kognitif bagi perkembangan anak. Pendidikan juga dapat memberikan ibu keterampilan yang diperlukan untuk berpartisipasi dalam kehidupan ekonomi, meningkatkan kemandiriannya, dan mendukung perkembangan anak-anaknya.

Selain itu, pendidikan ibu memiliki dampak pada reproduksi pengetahuan dan nilai-nilai kehidupan. Seorang ibu yang terdidik mungkin lebih cenderung mendorong anak-anaknya untuk mengejar pendidikan yang tinggi, menciptakan lingkungan rumah yang mendukung pembelajaran, dan mempromosikan nilai-nilai

seperti kesetaraan dan toleransi. Pendidikan ibu juga dapat memainkan peran penting dalam mengurangi ketidaksetaraan gender, karena perempuan yang terdidik cenderung memiliki akses yang lebih besar ke peluang ekonomi dan memainkan peran yang lebih aktif dalam pengambilan keputusan keluarga (Widiyastuti *et al.*, 2019)

Namun, penting untuk diingat bahwa tingkat pendidikan ibu bukanlah satu-satunya faktor yang menentukan keberhasilan dalam membesarkan anak. Dukungan sosial, kondisi ekonomi, dan lingkungan tempat tinggal juga turut berkontribusi pada keberhasilan ini.

Oleh karena itu, masyarakat dan pemerintah perlu berkomitmen untuk menyediakan akses pendidikan yang merata dan mendukung bagi semua perempuan, sehingga setiap ibu dapat memiliki kesempatan untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan kontribusi positif pada masa depan generasi mendatang.

2.2.4 Pekerjaan Ibu

Peran pekerjaan seorang ibu merupakan aspek yang kompleks dan memainkan peran sentral dalam keseimbangan antara tanggung jawab keluarga dan profesionalnya. Pilihan pekerjaan seorang ibu dapat memengaruhi dinamika keluarga, perkembangan anak-anak, serta kesejahteraan ekonomi keluarga secara keseluruhan (Masitoh *et al.*, 2017)

Ibu yang memutuskan untuk bekerja mungkin menghadapi tantangan seputar manajemen waktu, yang memerlukan keterampilan organisasi yang efektif

untuk menjaga keseimbangan antara tuntutan pekerjaan dan kebutuhan keluarga. Sementara itu, ibu yang memilih untuk fokus pada peran rumah tangga mungkin dihadapkan pada pertanyaan seputar pengakuan sosial terhadap kontribusi mereka di dalam rumah.

Pekerjaan seorang ibu juga dapat memiliki dampak pada kesehatan mental dan fisiknya. Stres yang terkait dengan tugas ganda sebagai pekerja dan orang tua dapat memerlukan strategi koping yang efektif. Dalam beberapa kasus, dukungan sosial, baik dari pasangan, keluarga, atau rekan kerja, dapat memainkan peran penting dalam membantu seorang ibu mengatasi tekanan pekerjaan dan tanggung jawab keluarga (Akinyemi *et al.*, 2018)

Aspek ekonomi juga menjadi pertimbangan utama ketika membahas pekerjaan ibu. Pekerjaan dapat memberikan kontribusi pada stabilitas keuangan keluarga, namun, dalam beberapa kasus, biaya tambahan seperti pengasuh anak dapat menjadi faktor yang perlu diperhitungkan. Beberapa ibu mungkin juga menghadapi kesulitan dalam mencapai keseimbangan antara ambisi karir dan kebutuhan keluarga, memerlukan pengorbanan dan penyesuaian dalam perjalanan profesional mereka (Adha, 2023)

Pengakuan dan dukungan terhadap pilihan pekerjaan seorang ibu, bersama dengan kebijakan dan lingkungan kerja yang mendukung keseimbangan kehidupan kerja dan kehidupan keluarga, dapat memainkan peran penting dalam menciptakan kondisi di mana perempuan dapat berkembang secara profesional dan tetap menjaga keseimbangan peran mereka dalam keluarga.

2.2.5 Metode Melahirkan

Metode melahirkan Caesar, atau operasi caesarean section (C-section), merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim ibu melalui sayatan pada dinding perut dan rahim. Keputusan untuk menjalani C-section biasanya didasarkan pada pertimbangan medis terkait dengan kesehatan dan keamanan ibu serta bayi. Alasan umum melibatkan kelainan posisi janin, ketidakmampuan rahim untuk berkontraksi dengan efektif, atau masalah kesehatan ibu seperti tekanan darah tinggi atau diabetes. Selain itu, C-section juga dapat menjadi pilihan dalam situasi darurat, seperti detak jantung janin yang menurun tajam atau komplikasi mendadak lainnya (Widlanisia *et al.*, 2023)

Prosedur C-section dimulai dengan pemberian anestesi kepada ibu, baik itu lokal atau umum. Selanjutnya, dokter bedah membuat sayatan pada dinding perut dan rahim. Jenis sayatan bisa horizontal di bagian bawah perut atau vertikal dari pusar ke bawah. Setelah rahim terbuka, bayi diangkat dengan hati-hati, dan plasenta juga diangkat setelahnya. Proses ini diakhiri dengan penutupan sayatan menggunakan jahitan pada lapisan-lapisan yang terpengaruh. Walaupun C-section dianggap sebagai prosedur yang relatif aman, tetapi seperti semua prosedur bedah, memiliki risiko dan memerlukan periode pemulihan yang cermat. Pascaoperasi, ibu memerlukan perawatan khusus untuk memastikan pemulihan yang optimal dan kesejahteraan bayi yang baru lahir. Meskipun umumnya dianggap sebagai alternatif yang aman, tindakan ini tetap memerlukan pertimbangan matang oleh tim medis untuk memastikan bahwa keputusan tersebut sesuai dengan kondisi spesifik yang dihadapi oleh ibu dan bayi (TALEBONG, 2021).

Hubungan antara metode melahirkan Caesar dan kematian bayi melibatkan sejumlah faktor kompleks. Meskipun C-section sering kali diperlukan untuk alasan medis yang mendesak dan dapat menyelamatkan nyawa ibu serta bayi, terdapat risiko tertentu yang perlu diperhatikan. Keputusan untuk menjalani C-section sebelum waktunya tanpa alasan medis yang jelas dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, yang selanjutnya dapat terkait dengan risiko kematian bayi yang lebih tinggi (Suryawinata *et al.*, 2019).

Proses persalinan normal membantu membersihkan cairan dari paru-paru bayi, sehingga C-section dapat menyebabkan kesulitan pernapasan pada bayi karena cairan paru-paru yang tertinggal. Selain itu, risiko infeksi dan komplikasi pembedahan, seperti perdarahan berlebihan, juga dapat mempengaruhi kesehatan bayi dan ibu. Oleh karena itu, penting untuk adanya diskusi terbuka antara pasien dan tim medis, pemantauan yang cermat selama proses persalinan, dan perawatan pascaoperasi yang intensif guna meminimalkan risiko dan memastikan keselamatan serta kesehatan bayi yang baru lahir.

2.2.6 Layanan Antenatal

Layanan antenatal atau prenatal adalah bagian integral dari sistem perawatan kesehatan maternal yang dirancang untuk memberikan dukungan dan perawatan kepada ibu hamil selama masa kehamilan mereka. Layanan ini melibatkan serangkaian pemeriksaan medis, konseling, dan edukasi yang bertujuan untuk memantau dan meningkatkan kesehatan ibu dan perkembangan janin. Pemeriksaan antenatal umumnya mencakup pemantauan tekanan darah,

pemeriksaan urine, dan pemantauan pertumbuhan janin melalui ultrasonografi. Selain itu, layanan antenatal juga mencakup pemberian imunisasi, suplementasi gizi, dan edukasi tentang pentingnya pola makan sehat dan gaya hidup yang seimbang selama kehamilan (Downe *et al.*, 2019).

Konseling psikososial dan pendidikan juga merupakan komponen penting dari layanan antenatal. Ibu hamil sering diberikan informasi tentang perawatan diri selama kehamilan, persiapan untuk persalinan, serta perawatan dan pola asuh bayi setelah kelahiran. Konselor atau tenaga kesehatan mungkin juga memberikan dukungan emosional dan membahas masalah kesehatan mental yang terkait dengan kehamilan (Heinonen, 2021)

Layanan antenatal bukan hanya tentang deteksi dan penanganan masalah kesehatan, tetapi juga tentang mendorong perempuan untuk mengambil peran aktif dalam perawatan kesehatan mereka sendiri dan kehamilan mereka. Melalui layanan ini, ibu hamil dapat mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk menjalani kehamilan dengan baik, mengelola risiko kesehatan yang mungkin muncul, dan mempersiapkan diri untuk kelahiran yang sehat (Cahyani, 2020)

Pentingnya layanan antenatal dalam mengurangi risiko komplikasi selama kehamilan, meningkatkan peluang kelahiran yang aman, dan memberikan dasar yang kuat untuk kesehatan dan perkembangan bayi telah mengukuhkan posisinya sebagai salah satu aspek kritis dari perawatan kesehatan maternal dan anak. Dengan mengakses layanan antenatal secara teratur, perempuan dapat memaksimalkan peluang untuk memiliki kehamilan yang sehat dan melahirkan bayi yang berkembang dengan baik. Layanan antenatal adalah bagian integral dari

perawatan kesehatan reproduksi yang diberikan kepada wanita selama kehamilan. Layanan ini dirancang untuk mendukung kesehatan ibu dan perkembangan janin, serta mendeteksi dan mengelola potensi risiko kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan. Layanan antenatal mencakup sejumlah komponen, seperti pemeriksaan fisik, pemantauan kesehatan ibu dan janin, serta penyuluhan terkait nutrisi, kegiatan fisik, dan persiapan untuk persalinan.

Pertama-tama, layanan antenatal melibatkan kunjungan rutin ke penyedia layanan kesehatan, seperti dokter kandungan atau bidan. Selama kunjungan ini, ibu hamil menjalani pemeriksaan fisik, seperti pengukuran tekanan darah, pemantauan berat badan, dan pemeriksaan panggul. Pemantauan ini bertujuan untuk memastikan kesehatan umum ibu dan mengidentifikasi perubahan atau masalah yang mungkin muncul selama kehamilan.

Selain itu, layanan antenatal juga mencakup pemantauan perkembangan janin. Pemeriksaan ultrasonografi dan pemeriksaan non-stres dapat membantu memantau pertumbuhan dan kesehatan janin serta mendeteksi potensi masalah perkembangan. Ini memberikan kesempatan bagi penyedia layanan kesehatan untuk mengambil tindakan preventif atau merespons segera jika ditemukan masalah. Penyuluhan dan edukasi juga merupakan bagian penting dari layanan antenatal. Ibu hamil diberikan informasi tentang nutrisi yang sehat, latihan fisik yang aman selama kehamilan, dan persiapan untuk persalinan dan perawatan bayi. Ini membantu ibu hamil untuk membuat keputusan yang terinformasi tentang kesehatan mereka sendiri dan kesehatan janin (Putri *et al.*, 2022)

Layanan antenatal yang komprehensif menciptakan kesempatan bagi ibu hamil untuk mengatasi kekhawatiran dan pertanyaan mereka, meningkatkan pemahaman tentang proses kehamilan, dan memberikan dukungan yang dibutuhkan untuk menjalani masa kehamilan dengan nyaman dan sehat. Layanan ini berkontribusi secara signifikan pada keseluruhan kesejahteraan ibu dan anak, serta mengurangi risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan.

2.2.7 Layanan Postnatal

Layanan Postnatal atau dikenal juga sebagai layanan purna kehamilan atau pasca melahirkan, merupakan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk mendukung pemulihan fisik dan psikologis ibu setelah melahirkan, serta memantau kesehatan bayi. Setelah melahirkan, seorang ibu mengalami perubahan fisik yang signifikan, dan Layanan Postnatal bertujuan untuk memastikan pemulihan optimal serta memberikan dukungan emosional yang dibutuhkan. Salah satu aspek penting dari layanan ini adalah pemeriksaan rutin untuk memantau perubahan fisik ibu, seperti penurunan berat badan, pemulihan jaringan perineum, dan pemantauan perubahan hormone (Mughal *et al.*, 2022)

Selain pemeriksaan fisik, Layanan Postnatal juga melibatkan konseling dan dukungan emosional. Proses melahirkan dan perawatan bayi baru lahir dapat menjadi pengalaman emosional yang kompleks, dan dukungan psikologis membantu ibu mengatasi stres, kecemasan, dan perasaan yang mungkin timbul setelah melahirkan. Ini juga mencakup penyuluhan terkait merawat bayi, memberikan ASI, dan menciptakan lingkungan yang sehat di rumah.

Penyedia layanan kesehatan dapat memberikan informasi tentang kontrasepsi pasca melahirkan, memastikan ibu memiliki rencana pemulihan yang sesuai, dan memberikan saran tentang gaya hidup sehat setelah melahirkan. Ini melibatkan diskusi tentang nutrisi yang tepat, aktivitas fisik yang aman, dan manajemen stres.

Layanan Postnatal juga memperhatikan kesehatan bayi. Melalui pemeriksaan rutin, penyedia layanan kesehatan memastikan bahwa bayi tumbuh dan berkembang dengan baik. Ini termasuk pemantauan pertumbuhan, vaksinasi, dan identifikasi dini masalah kesehatan yang mungkin muncul (Slomian *et al.*, 2017).

Pentingnya Layanan Postnatal tidak hanya terletak pada pemulihan fisik dan kesehatan bayi, tetapi juga pada dukungan holistik terhadap peran baru sebagai orang tua. Dengan menyediakan layanan yang komprehensif dan mendukung, Layanan Postnatal membantu memastikan bahwa ibu dan bayinya memulai perjalanan keluarga mereka dengan baik dan mendukung perkembangan keluarga yang sehat.

2.2.8 Penolong Persalinan

Penolong persalinan, atau yang lebih dikenal sebagai bidan atau doula, memainkan peran kritis dalam memberikan dukungan fisik, emosional, dan informasional kepada wanita selama proses persalinan. Mereka memiliki pelatihan khusus dalam membantu ibu selama kehamilan, persalinan, dan masa pasca-melahirkan (Nurhidayanti *et al.*, 2018)

Selama persalinan, penolong persalinan dapat memberikan dukungan fisik dengan memberikan pijatan, bantuan dalam perubahan posisi, dan memberikan teknik relaksasi. Mereka juga memainkan peran penting dalam memberikan dukungan emosional, membantu meredakan kecemasan dan stres yang mungkin muncul selama persalinan (Banul, 2018)

Selain dukungan langsung, penolong persalinan memberikan informasi penting kepada ibu dan pasangan tentang proses persalinan, opsi perawatan, dan keputusan yang mungkin perlu diambil selama proses tersebut. Mereka dapat membantu merancang rencana persalinan, membimbing ibu melalui tahap-tahap persalinan, dan memberikan saran tentang perawatan dan perubahan posisi untuk memfasilitasi kelahiran yang lancar.

Penting untuk dicatat bahwa penolong persalinan bukanlah pengganti peran profesional medis seperti dokter kandungan atau perawat, tetapi mereka berperan sebagai anggota tim yang mendukung dan membantu menyediakan lingkungan yang positif dan mendukung selama persalinan. Dalam beberapa kasus, penolong persalinan juga dapat membantu mendukung pasangan atau anggota keluarga lain yang hadir selama persalinan.

Keberadaan penolong persalinan menekankan pentingnya pendekatan holistik terhadap perawatan persalinan dengan memberikan perhatian khusus pada aspek emosional dan psikologis dari pengalaman melahirkan. Dengan memberikan dukungan yang bersifat holistik, penolong persalinan berkontribusi pada pengalaman persalinan yang lebih positif dan memberikan dampak positif pada kesejahteraan ibu dan bayi.

2.3 Hubungan Antara Otonomi Perempuan dengan Kematian Bayi

Otonomi perempuan, atau hak perempuan untuk membuat keputusan mengenai diri mereka sendiri, memiliki keterkaitan yang signifikan dengan tingkat kematian bayi. Ketika perempuan memiliki otonomi yang lebih tinggi dalam mengelola kehidupan mereka, termasuk akses terhadap pendidikan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan maternal, dan kontrol terhadap kehamilan, maka peluang untuk meningkatkan kesejahteraan anak dan mengurangi kematian bayi dapat terjadi (Memiah *et al.*, 2019)

Otonomi perempuan memungkinkan mereka untuk membuat keputusan yang cerdas dan dapat mengakses sumber daya kesehatan yang diperlukan untuk menjalani kehamilan dan melahirkan dengan aman. Selain itu, otonomi perempuan juga berperan dalam penentuan jarak kelahiran dan jumlah anak yang diinginkan, yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi (Mondal *et al.*, 2020)

Ketika perempuan memiliki kontrol atas keputusan reproduksi mereka, termasuk hak untuk memilih kapan dan berapa banyak anak yang akan mereka miliki, dapat membantu mengurangi risiko kematian bayi akibat kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak terencana. Dengan demikian, meningkatkan otonomi perempuan tidak hanya memberikan manfaat bagi perempuan itu sendiri tetapi juga memiliki dampak positif terhadap kesehatan dan keselamatan anak-anak, mengurangi tingkat kematian bayi dalam masyarakat.

2.3.1 Pengaruh Keputusan Otonomi Perempuan Terhadap Kesehatan Ibu dan Bayi

Keputusan otonomi perempuan memainkan peran krusial dalam memengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Otonomi perempuan mencakup hak untuk membuat keputusan terkait kesehatan reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan maternal, dan kontrol terhadap kehamilan (Ouahid *et al.*, 2023)

Saat perempuan memiliki otonomi yang tinggi, mereka cenderung lebih mampu membuat keputusan yang berdampak positif pada kesehatan mereka selama kehamilan dan persalinan. Otonomi ini memberikan perempuan kemampuan untuk mengakses informasi kesehatan reproduksi, melakukan pemeriksaan kesehatan maternal secara teratur, dan mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan (Listyaningsih *et al.*, 2016)

Selain itu, keputusan otonomi perempuan juga berpengaruh pada perencanaan keluarga, termasuk jarak kelahiran dan jumlah anak yang diinginkan. Pengaturan kelahiran yang baik dapat mengurangi risiko komplikasi kesehatan ibu dan bayi. Perempuan yang memiliki kontrol atas keputusan reproduksi mereka dapat memilih waktu yang tepat untuk hamil, memastikan kesehatan yang optimal sebelum dan selama kehamilan, serta memberikan perhatian yang adekuat kepada bayi setelah kelahiran.

Dengan meningkatnya otonomi perempuan, terjadi peningkatan kesadaran akan pentingnya perawatan prenatal dan persalinan yang aman. Hal ini pada gilirannya dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Keputusan otonomi perempuan juga membuka akses lebih luas terhadap informasi mengenai nutrisi

maternal, perawatan bayi baru lahir, dan praktik-praktik kesehatan yang diperlukan. Dengan demikian, pemberdayaan perempuan dalam membuat keputusan-kesehatan terkait reproduksi bukan hanya memberikan manfaat pada tingkat kesehatan perempuan itu sendiri tetapi juga berpotensi mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

2.3.2 Faktor-Faktor Sosial, Ekonomi dan Budaya Yang Mempengaruhi Otonomi Perempuan Untuk Mendukung Kesehatan Keluarga

Otonomi perempuan, atau hak perempuan untuk membuat keputusan mengenai diri mereka sendiri, memiliki keterkaitan yang signifikan dengan tingkat kematian bayi. Ketika perempuan memiliki otonomi yang lebih tinggi dalam mengelola kehidupan mereka, termasuk akses terhadap pendidikan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan maternal, dan kontrol terhadap kehamilan, maka peluang untuk meningkatkan kesejahteraan anak dan mengurangi kematian bayi dapat terjadi (Sougou *et al.*, 2020).

Otonomi perempuan memungkinkan mereka untuk membuat keputusan yang cerdas dan dapat mengakses sumber daya kesehatan yang diperlukan untuk menjalani kehamilan dan melahirkan dengan aman. Selain itu, otonomi perempuan juga berperan dalam penentuan jarak kelahiran dan jumlah anak yang diinginkan, yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Ketika perempuan memiliki kontrol atas keputusan reproduksi mereka, termasuk hak untuk memilih kapan dan

berapa banyak anak yang akan mereka miliki, dapat membantu mengurangi risiko kematian bayi akibat kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak terencana.

Dengan demikian, meningkatkan otonomi perempuan tidak hanya memberikan manfaat bagi perempuan itu sendiri tetapi juga memiliki dampak positif terhadap kesehatan dan keselamatan anak-anak, mengurangi tingkat kematian bayi dalam masyarakat.

Keputusan otonomi perempuan memainkan peran krusial dalam memengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Otonomi perempuan mencakup hak untuk membuat keputusan terkait kesehatan reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan maternal, dan kontrol terhadap kehamilan. Saat perempuan memiliki otonomi yang tinggi, mereka cenderung lebih mampu membuat keputusan yang berdampak positif pada kesehatan mereka selama kehamilan dan persalinan. Otonomi ini memberikan perempuan kemampuan untuk mengakses informasi kesehatan reproduksi, melakukan pemeriksaan kesehatan maternal secara teratur, dan mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan (Tesda *et al.*, 2023)

Selain itu, keputusan otonomi perempuan juga berpengaruh pada perencanaan keluarga, termasuk jarak kelahiran dan jumlah anak yang diinginkan. Pengaturan kelahiran yang baik dapat mengurangi risiko komplikasi kesehatan ibu dan bayi. Perempuan yang memiliki kontrol atas keputusan reproduksi mereka dapat memilih waktu yang tepat untuk hamil, memastikan kesehatan yang optimal sebelum dan selama kehamilan, serta memberikan perhatian yang adekuat kepada bayi setelah kelahiran.

Dengan meningkatnya otonomi perempuan, terjadi peningkatan kesadaran akan pentingnya perawatan prenatal dan persalinan yang aman. Hal ini pada gilirannya dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Keputusan otonomi perempuan juga membuka akses lebih luas terhadap informasi mengenai nutrisi maternal, perawatan bayi baru lahir, dan praktik-praktik kesehatan yang diperlukan. Dengan demikian, pemberdayaan perempuan dalam membuat keputusan-kesehatan terkait reproduksi bukan hanya memberikan manfaat pada tingkat kesehatan perempuan itu sendiri tetapi juga berpotensi mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

Otonomi perempuan untuk mendukung kesehatan keluarga dipengaruhi oleh sejumlah faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang saling terkait. Secara sosial, norma dan nilai-nilai masyarakat dapat memainkan peran besar dalam menentukan sejauh mana perempuan memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan keluarga. Budaya patriarki, misalnya, dapat membatasi otonomi perempuan, sementara masyarakat yang menganut nilai kesetaraan gender cenderung mendukung keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Aspek ekonomi juga memiliki dampak signifikan. Ketidaksetaraan ekonomi antara gender, akses terhadap pendidikan dan pekerjaan yang setara dapat mempengaruhi otonomi perempuan. Perempuan yang memiliki pendidikan dan pekerjaan cenderung memiliki kontrol ekonomi yang lebih besar, memungkinkan

mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan, membeli nutrisi yang baik, dan memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga lainnya (Satria *et al.*, 2021).

Selain itu, faktor budaya seperti norma keluarga, peran gender tradisional, dan norma pernikahan juga memainkan peran penting. Di beberapa masyarakat, perempuan diharapkan untuk mematuhi norma peran tradisional sebagai ibu dan pengasuh utama. Namun, pergeseran budaya menuju pengakuan peran ganda perempuan dalam keluarga dan masyarakat dapat meningkatkan otonomi mereka.

Secara keseluruhan, untuk mendukung kesehatan keluarga, perlu adanya transformasi sosial, ekonomi, dan budaya yang mengakui peran krusial perempuan dalam pengambilan keputusan kesehatan. Peningkatan kesetaraan gender dalam aspek-aspek ekonomi, pendidikan, dan kebijakan masyarakat dapat memperkuat otonomi perempuan, memberikan dampak positif tidak hanya pada kesehatan perempuan itu sendiri, tetapi juga pada kesehatan keluarga secara keseluruhan.

2.3.3 Tantangan dalam Mencapai Otonomi Perempuan untuk Mencegah Kematian Bayi

Tantangan dalam mencapai otonomi perempuan untuk mencegah kematian bayi melibatkan sejumlah faktor kompleks yang melintasi bidang sosial, ekonomi, dan kesehatan. Pertama-tama, ketidaksetaraan gender masih menjadi hambatan utama dalam memberikan otonomi kepada perempuan. Di banyak masyarakat, perempuan sering menghadapi keterbatasan akses terhadap pendidikan, pekerjaan, dan sumber daya ekonomi. Ketidaksetaraan ini dapat menghambat

kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan terkait kesehatan mereka sendiri dan anak-anak mereka (Adu *et al.*, 2023)

Selain itu, norma-norma budaya dan tradisi juga dapat menjadi tantangan serius. Beberapa masyarakat mungkin masih mempraktikkan norma-norma yang merugikan perempuan, seperti pernikahan dini atau adat yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan yang diperlukan. Hal ini dapat berdampak negatif pada kesehatan ibu dan bayi, meningkatkan risiko kematian bayi.

Aspek ekonomi juga memainkan peran penting. Perempuan yang mengalami ketidaksetaraan ekonomi mungkin kesulitan untuk mengakses perawatan kesehatan yang berkualitas. Faktor-faktor seperti kemiskinan dan kurangnya akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dapat menjadi hambatan nyata dalam upaya mencegah kematian bayi (Widiastuty, 2019)

Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan praktik-praktik kesehatan yang kurang aman dapat menjadi tantangan serius. Edukasi kesehatan yang kurang dapat menghambat perempuan untuk membuat keputusan yang cerdas terkait dengan kehamilan dan perawatan bayi. Diperlukan upaya besar dalam meningkatkan kesadaran dan pengetahuan perempuan tentang kesehatan reproduksi.

2.4 Strategi Peningkatan Otonomi Perempuan

Menurut (Huriani *et al.*, 2021) strategi peningkatan otonomi perempuan mencakup serangkaian langkah dan kebijakan yang dirancang untuk meningkatkan hak, kebebasan, dan kesejahteraan perempuan dalam berbagai aspek kehidupan.

Otonomi perempuan mengacu pada kemampuan perempuan untuk mengontrol hidup mereka sendiri, baik dalam ranah ekonomi, sosial, maupun politik. Berikut adalah beberapa strategi yang dapat diimplementasikan untuk meningkatkan otonomi perempuan:

1. Pendidikan:

- a. Meningkatkan akses perempuan terhadap pendidikan berkualitas, termasuk pendidikan formal dan non-formal.
- b. Menghilangkan disparitas gender dalam literasi dan angka partisipasi perempuan di semua tingkatan Pendidikan.
- c. Memberikan kesempatan kepada perempuan untuk memilih dan mengejar berbagai bidang studi dan karir.

2. Pekerjaan dan Ekonomi:

- a. Menjamin setara dalam hal pembayaran dan akses perempuan ke pekerjaan yang setara dengan kemampuan mereka.
- b. Mendorong partisipasi perempuan di sektor-sektor ekonomi yang berbeda dan mendukung kewirausahaan perempuan.
- c. Menyediakan pelatihan dan dukungan untuk pengembangan keterampilan perempuan agar dapat bersaing di pasar kerja.

3. Kesehatan:

- a. Memastikan akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi yang aman dan terjangkau.
- b. Memberikan edukasi kesehatan reproduksi dan hak-hak kesehatan kepada perempuan.

- c. Mendorong partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka sendiri.

4. Partisipasi Politik:

- a. Mendorong partisipasi perempuan dalam proses politik dan pengambilan keputusan.
- b. Menghilangkan hambatan yang mencegah perempuan terlibat dalam politik, seperti diskriminasi dan kekerasan berbasis gender.
- c. Meningkatkan representasi perempuan di lembaga-lembaga legislatif dan eksekutif.

5. Hukum dan Kebijakan:

- a. Mengesahkan dan melaksanakan hukum yang melindungi hak-hak perempuan.
- b. Memastikan bahwa kebijakan publik mendukung kesetaraan gender dan menghilangkan diskriminasi gender.
- c. Melibatkan perempuan dalam proses perumusan kebijakan untuk memastikan perspektif mereka diakui dan dihargai.

6. Kesadaran dan Kampanye:

- a. Melakukan kampanye untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesetaraan gender dan otonomi perempuan.
- b. Mengedukasi masyarakat tentang hak-hak perempuan dan konsekuensi dari diskriminasi gender.
- c. Memobilisasi dukungan publik untuk perubahan kebijakan dan perilaku yang mendukung otonomi perempuan.

Penting untuk dicatat bahwa strategi ini harus diimplementasikan secara bersama-sama oleh pemerintah, masyarakat sipil, sektor swasta, dan lembaga internasional untuk mencapai perubahan yang signifikan dalam meningkatkan otonomi perempuan. Selain itu, adopsi sikap yang mendukung kesetaraan gender dan penghapusan norma-norma sosial yang merugikan perempuan juga penting dalam proses ini.

2.4.1 Edukasi dan Kesadaran Perempuan Mengenai Kesehatan Bayi

Edukasi dan kesadaran perempuan mengenai kesehatan bayi merupakan aspek krusial dalam memastikan pertumbuhan dan perkembangan anak-anak yang optimal. Pendidikan ini mencakup pemahaman mendalam tentang perawatan selama kehamilan, persalinan, dan masa pasca persalinan, serta merawat bayi setelah kelahiran. Dalam tahap kehamilan, penting untuk menyoroti kebutuhan nutrisi dan gizi, serta mendorong partisipasi dalam pemeriksaan kesehatan rutin (Nurfauzi *et al.*, 2023)

Persiapan mental dan emosional juga menjadi fokus, dengan memberikan teknik relaksasi dan dukungan sosial. Setelah persalinan, perempuan perlu diberikan pemahaman mengenai perawatan diri, termasuk istirahat yang memadai dan perawatan luka. Aspek penting lainnya mencakup edukasi tentang menyusui, pengaturan pola makan, dan istirahat yang berkualitas.

Perawatan bayi merupakan bagian integral dari edukasi ini, melibatkan instruksi terkait perawatan kesehatan dasar seperti mandi, mengganti popok, dan merawat kulit bayi. Imunisasi, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, serta

pengetahuan tentang kebersihan dan keselamatan lingkungan juga menjadi fokus (Huriani *et al.*, 2021).

Pemahaman tentang kebersihan dan keamanan lingkungan serta akses kepada layanan kesehatan anak dan ibu di komunitas juga mendukung upaya memberikan perawatan yang holistik dan optimal bagi bayi. Melalui edukasi ini, perempuan dapat memainkan peran kunci sebagai agen perubahan dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan anak-anak mereka serta kontribusi positif terhadap masyarakat secara luas.

2.4.2 Pemberdayaan Ekonomi Perempuan untuk Mendukung Kesehatan Keluarga

Pemberdayaan ekonomi perempuan memainkan peran krusial dalam mendukung kesehatan keluarga. Melalui akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan, perempuan yang mandiri secara finansial dapat memastikan perawatan prenatal yang optimal dan imunisasi bagi anak-anak (Pratiwi *et al.*, 2022)

Selain itu, kemampuan finansial yang lebih besar memungkinkan mereka untuk membeli makanan bergizi, memastikan status gizi keluarga, dan mendukung pertumbuhan anak-anak. Pendidikan kesehatan yang diperoleh dari sumber daya ekonomi yang kuat memberikan pengetahuan yang diperlukan untuk mengadopsi praktik kesehatan yang baik. Selain itu, pemberdayaan ekonomi memungkinkan pemenuhan kebutuhan dasar keluarga, seperti tempat tinggal, pakaian, dan pendidikan anak-anak.

Dengan mengurangi stres finansial, pemberdayaan ekonomi juga berkontribusi pada kesehatan mental keluarga, menciptakan suasana yang positif. Lebih jauh lagi, perempuan yang mandiri secara ekonomi memiliki otonomi lebih besar dalam pengambilan keputusan kesehatan, mendukung tercapainya program kesehatan keluarga yang terencana dengan baik.

Dengan demikian, pemberdayaan ekonomi perempuan tidak hanya meningkatkan taraf hidup secara materi, tetapi juga berdampak positif pada kesehatan keluarga secara menyeluruh.

2.4.3 Peran Pemerintah dan Masyarakat dalam Mendorong Otonomi Perempuan

Berdasarkan (Thilakoun *et al.*, 2023) otonomi perempuan merujuk pada konsep memberikan otonomi atau kemandirian kepada perempuan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk sosial, ekonomi, dan politik.

Peran pemerintah dan masyarakat sangat penting dalam mendorong otonomi perempuan agar mereka dapat aktif dan berpartisipasi sepenuhnya dalam pembangunan masyarakat. Berikut adalah penjelasan secara detail tentang peran pemerintah dan masyarakat dalam mendorong otonomi perempuan:

1. Peran Pemerintah.

- a. Pemerintah memiliki peran penting dalam mengembangkan kebijakan yang mendukung otonomi perempuan. Kebijakan ini dapat mencakup hak-hak perempuan, akses pendidikan, kesehatan reproduksi, pekerjaan, dan partisipasi politik.

- b. Pemerintah bertanggung jawab untuk mengimplementasikan program-program pembangunan yang memperkuat otonomi perempuan. Ini termasuk program pendidikan untuk perempuan, pelatihan keterampilan, akses ke pekerjaan yang setara, dan dukungan kewirausahaan.
- c. Mendorong partisipasi perempuan dalam kegiatan ekonomi merupakan elemen kunci dari otonomi perempuan. Pemerintah dapat memberikan insentif, pendidikan keuangan, dan akses ke sumber daya ekonomi.
- d. Pemerintah harus menjamin perlindungan hukum terhadap hak-hak perempuan. Ini melibatkan pemastian hak kepemilikan tanah, hak waris, perlindungan terhadap kekerasan berbasis gender, dan hak-hak lainnya.
- e. Pemerintah perlu mendorong partisipasi perempuan dalam kehidupan politik. Ini bisa melibatkan pengembangan kuota perempuan, pelibatan perempuan dalam pengambilan keputusan, dan dukungan untuk perempuan yang ingin terlibat dalam politik.

2. Peran Masyarakat.

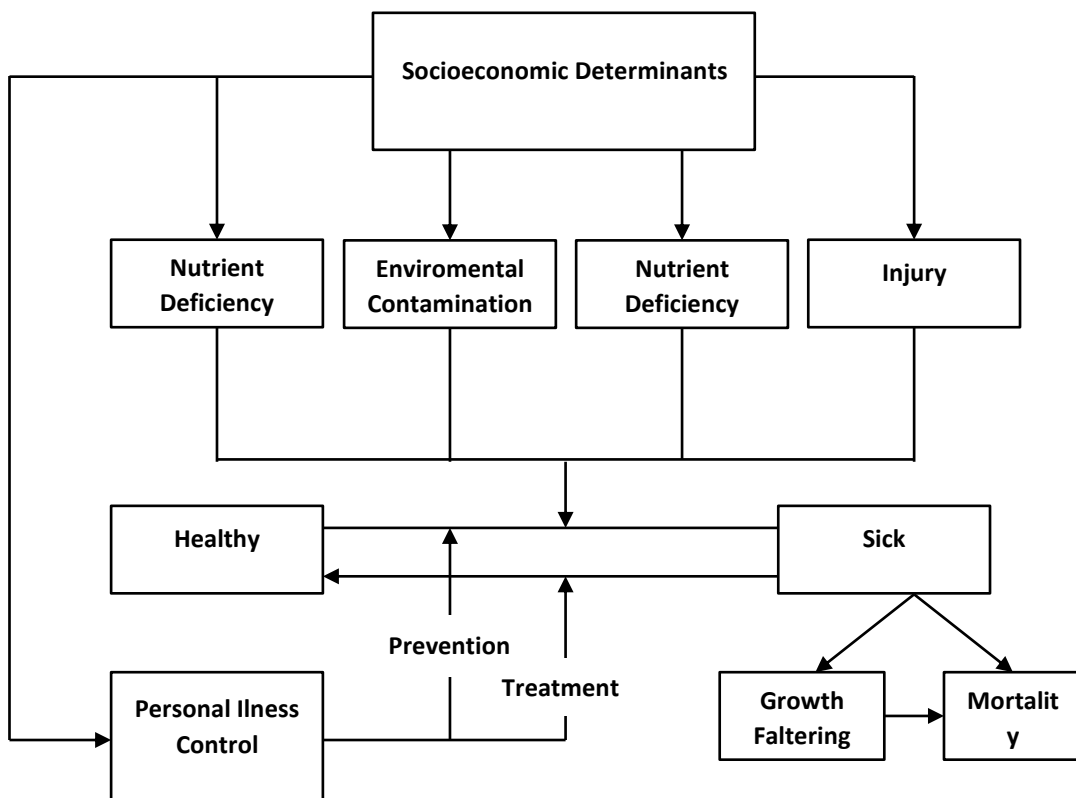
- a. Masyarakat memiliki peran kunci dalam mengubah norma sosial dan budaya yang dapat menjadi penghambat otonomi perempuan. Ini melibatkan promosi budaya kesetaraan dan penolakan terhadap norma yang mendiskriminasi.

- b. Masyarakat dapat berkontribusi dengan memberdayakan perempuan dalam lingkungan lokal mereka. Ini bisa melibatkan program-program pemberdayaan di tingkat komunitas, mendukung koperasi perempuan, dan membangun jejaring sosial yang mendukung.
- c. Masyarakat dapat berpartisipasi dalam memberikan pendidikan mengenai kesetaraan gender, menghilangkan stereotip gender, dan mempromosikan sikap inklusif terhadap perempuan.
- d. Masyarakat dapat mendukung kewirausahaan perempuan dengan memberikan dukungan finansial, membuka akses ke pasar, dan memberikan pelatihan keterampilan.
- e. Masyarakat perlu berperan aktif dalam mengatasi kekerasan berbasis gender dengan menyediakan dukungan bagi korban, mendukung kampanye anti-kekerasan, dan melibatkan diri dalam upaya pencegahan.
- f. Masyarakat harus mempromosikan partisipasi aktif perempuan dalam pengambilan keputusan di tingkat lokal dan nasional.

Partisipasi aktif perempuan dalam pengambilan keputusan di tingkat lokal dan nasional dapat menciptakan representasi yang lebih seimbang dalam pembuatan kebijakan. Kombinasi peran pemerintah dan masyarakat yang efektif akan menciptakan lingkungan yang mendukung otonomi perempuan, menghapuskan hambatan-hambatan yang ada, dan mempromosikan kesetaraan gender secara menyeluruh.

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori yang diadaptasi dari Mosley, W.H & Chen, 2003, memberikan landasan untuk menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian bayi. Dalam konteks ini, kerangka teori tersebut mengilustrasikan bahwa determinan sosio-ekonomi dan kondisi kesehatan memiliki peran krusial dalam memengaruhi kelangsungan hidup bayi.



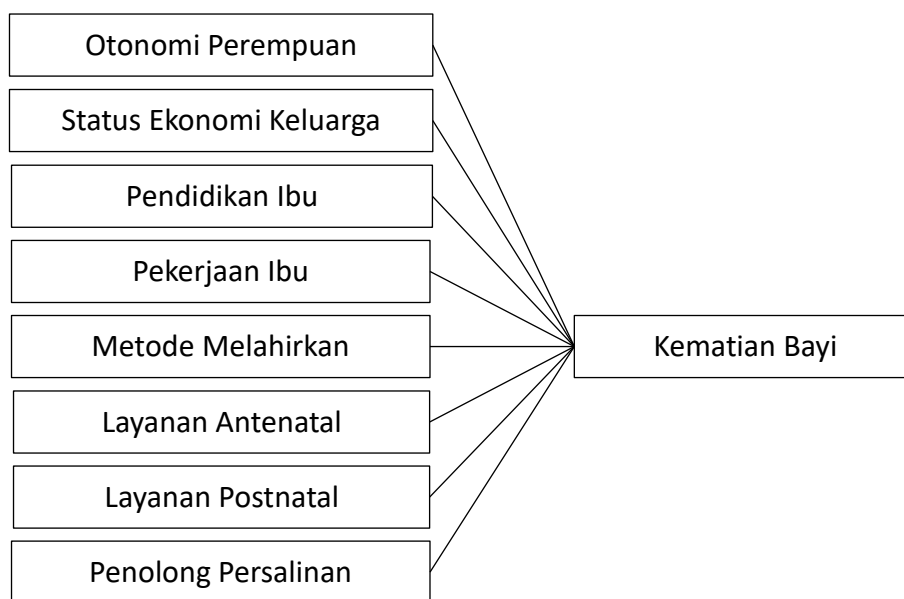
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: ('An analytical Framework for the study of Child Survival in Developing Countries', 2003)

BAB III KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep yang diuraikan di atas terkait hubungan antara dinamika otonomi perempuan terhadap kasus kematian bayi, berikut adalah sekilas pemaparan kerangka konsep yang dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 3.1 Kerangka Pemikiran

Kerangka konsep diatas menggambarkan dasar untuk menganalisis hubungan antara otonomi perempuan terhadap kasus kematian bayi. Faktor-faktor kunci yang menjadi fokus analisis meliputi otonomi perempuan, status ekonomi keluarga, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, metode melahirkan, layanan antenatal, layanan postnatal, dan penolong persalinan.

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam kerangka konsep ini adalah Kematian Bayi. Sedangkan untuk Otonomi perempuan menggambarkan bagaimana peran perempuan dalam keberlangsungan hidup dan membesarkan anak-anaknya. Hal ini juga untuk melihat seberapa berpengaruh otonomi perempuan terhadap kasus kematian bayi yang ada di Indonesia.

3.2.2 Variabel Independen

Variabel independen yang diukur adalah otonomi perempuan, status ekonomi keluarga, umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, usia ibu melahirkan, layanan antenatal, layanan postnatal, dan penolong persalinan. Variabel tersebut menjadi variabel independen untuk melihat hubungan kematian bayi dengan otonomi perempuan.

3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Variabel Dependen					
1	Kematian Bayi	Kematian bayi yang didapatkan dari kematian bayi secara menyeluruh, namun dalam penelitian ini yang	Analisis Dokumen Data	Data SDKI 2017	0. Tidak Meninggal 1. Meninggal	Ordinal

		paling berisiko dan menjadi fokus utama permasalahan adalah kematian bayi dalam 1 tahun.	SDKI 2017			
	Variabel Independen					
1	Otonomi Perempuan	Otonomi Perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga yang diukur melalui 3 kuesioner, yaitu kuesioner keputusan berobat, keputusan mengunjungi keluarga, dan keputusan belanja rumah tangga.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Otonomi Tinggi (skor 2 dan >2) 1. Otonomi Rendah (Skor <2)	Ordinal
2.	Status Ekonomi Keluarga	Status ekonomi keluarga mengacu pada kondisi keuangan dan kesejahteraan finansial suatu rumah tangga.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Mampu 1. Tidak Mampu	Ordinal
3.	Pendidikan Ibu	Tingkat pendidikan formal yang telah ditempuh oleh perempuan, diukur dengan tingkat pendidikan tertinggi yang dicapai.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Menempuh Pendidikan Formal, 1. Tidak Menempuh Pendidikan Formal	Ordinal
4.	Pekerjaan Ibu	Pekerjaan ibu diukur berdasarkan jenis pekerjaan atau jabatan seorang ibu tersebut pada saat dilakukannya survei.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Bekerja 1. Tidak Bekerja	Ordinal

5.	Metode Melahirkan	Metode Melahirkan adalah opsi dari cara melahirkan anak terakhir, diukur dengan pilihan Caesar atau tidak caesar	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Bukan Casear 1. Melahirkan Caesar	Ordinal
6.	Layanan Antenatal	Pelayanan antenatal yang dimaksudkan yaitu jenis layanan Kesehatan pada ibu hamil yang dilakukan pada saat kehamilan anak terakhir. Dengan standar rujukan minimal 6 kali pada masa kehamilan, sehingga kategori baik adalah ANC >6 kali, dan kategori kurang baik adalah ANC <6 Kali.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Baik (6, dan >6 kali) 1. Kurang Baik (<6 kali).	Ordinal
7.	Layanan Postnatal	Layanan post Natal mengacu pada pelayanan yang dilakukan pasca melahirkan anak terakhir. Dengan rujukan standar layanan postnatal cek 2 bulan setelah melahirkan.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Iya 1. Tidak	Ordinal
8.	Penolong Persalinan	Penolong persalinan merujuk pada penolong atau penanggung jawab pada saat si ibu melahirkan anak terakhir.	Analisis Dokumen Data SDKI 2017	Data SDKI 2017	0. Nakes 1. Bukan Nakes	Ordinal

Tabel 3.3 Definisi Operasional

3.4 Metode Pengukuran Variabel

3.4.1 Kematian Bayi

Variabel kematian bayi yang menjadi variabel independen dalam penelitian ini, diukur melalui status kehidupan anak terakhir yang dikategorikan menjadi 2 kategori sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Tidak Meninggal
- b. Kode 1 : Meninggal

3.4.2 Otonomi Perempuan (Kusnali *et al.*, 2021)

Variabel otonomi perempuan yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui kumulatif skor dari jawaban ibu terhadap kuesioner otonomi perempuan yang kemudian dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Otonomi Tinggi (2 dan >2)
- b. Kode 1 : Otonomi Rendah (<2)

3.4.3 Status Ekonomi Keluarga (Hendari *et al.*, 2013)

Variabel status ekonomi keluarga yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui tingkat kemampuan keluarga yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Mampu
- b. Kode 1 : Tidak Mampu

3.4.4 Pendidikan Ibu (Lengkong *et al.*, 2020)

Variabel pendidikan ibu yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui status Pendidikan ibu yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Menempuh Pendidikan Formal
- b. Kode 1 : Tidak Menempuh Pendidikan Formal

3.4.5 Pekerjaan Ibu (Olya *et al.*, 2023)

Variabel pekerjaan ibu yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui status pekerjaan ibu yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Bekerja
- b. Kode 1 : Tidak Bekerja

3.4.6 Metode Melahirkan (Nurhaqiqi, 2019)

Variabel metode melahirkan yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui jenis metode melahirkan yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Bukan Caesar
- b. Kode 1 : Melahirkan Caesar

3.4.7 Layanan Antenatal (Tekelab *et al.*, 2019)

Variabel layanan antenatal yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui jumlah kunjungan layanan antenatal yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Baik (6, dan >6 kali)
- b. Kode 1 : Kurang Baik (<6 kali)

3.4.8 Layanan Postnatal (Cek setelah 2 bulan melahirkan) (Reinissa *et al.*, 2017)

Variabel layanan antenatal yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui jumlah kunjungan layanan antenatal yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Iya
- b. Kode 1 : Tidak

3.4.9 Penolong Persalinan (Paritas *et al.*, 2018)

Variabel layanan antenatal yang menjadi variabel dependen dalam penelitian ini, diukur melalui jumlah kunjungan layanan antenatal yang dikategorikan menjadi 2 kategori, sebagai berikut:

- a. Kode 0 : Nakes
- b. Kode 1 : Bukan Nakes

3.5 Hipotesa Penelitian

Hipotesa penelitian merupakan sebuah pernyataan yang mengandung jawaban sementara atau dugaan terhadap permasalahan yang akan diteliti dalam suatu penelitian. Dibentuk dengan tujuan menguji suatu asumsi atau dugaan secara ilmiah, hipotesis ini didasarkan pada informasi atau pengetahuan yang telah ada sebelumnya. Berikut adalah hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini.

1. H_a , adanya hubungan antara otonomi perempuan, aspek sosiodemografi, dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap konteks kematian bayi.
2. H_0 , tidak adanya hubungan antara otonomi perempuan, aspek sosiodemografi, dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap konteks kematian bayi.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan Cross-sectional dengan fokus kuantitatif untuk mengeksplorasi korelasi antara otonomi perempuan terhadap kematian bayi. Variabel-variabel yang diteliti mencakup otonomi perempuan, status ekonomi keluarga, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, metode melahirkan, layanan antenatal, layanan Postnatal, dan penolong persalinan.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua Wanita Usia Subur (WUS) berusia 15-49 tahun yang melahirkan atau memiliki anak, dan merupakan sampel dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Total jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 86.265 responden.

4.2.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah Wanita Usia Subur (WUS) pada data SDKI yang berusia 15-49 tahun yang mempunyai anak terakhir berumur 0-12 bulan dan tinggal bersama pasangan dan memenuhi kriteria sampel. Jumlah sampel yang diambil sebanyak 3.624 responden.

4.2.3 Metode Pengambilan Sampel

Menurut hasil analisis data dari SDKI 2017 yang diungkapkan dalam penelitian ini, yang dimana metode pengambilan sampel yang digunakan adalah Multistage Stratified Random Sampling. Peneliti tidak ikut serta dalam proses pengambilan sampel. Metode ini umumnya sudah terintegrasi dalam desain survei SDKI 2017.

4.2.4 Kriteria Sampel

Menurut (Cholifah, Nisak and PK, 2020), untuk memastikan bahwa karakteristik sampel sesuai dengan populasi yang diinginkan oleh peneliti, diperlukan penentuan kriteria inklusi dan eksklusi sebelum proses pengambilan sampel dilakukan. Kriteria inklusi merujuk pada persyaratan yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat dijadikan sampel, sementara kriteria eksklusi mencakup atribut-atribut anggota populasi yang tidak memenuhi syarat untuk diambil sebagai sampel.

1. Kriteria Inklusi

- a. Ibu yang menikah dan tinggal bersama suami.
- b. Umur Ibu (15-49 tahun).
- c. Kematian anak terakhir dari pasangan (0-12 bulan)

2. Kriteria Eksklusi

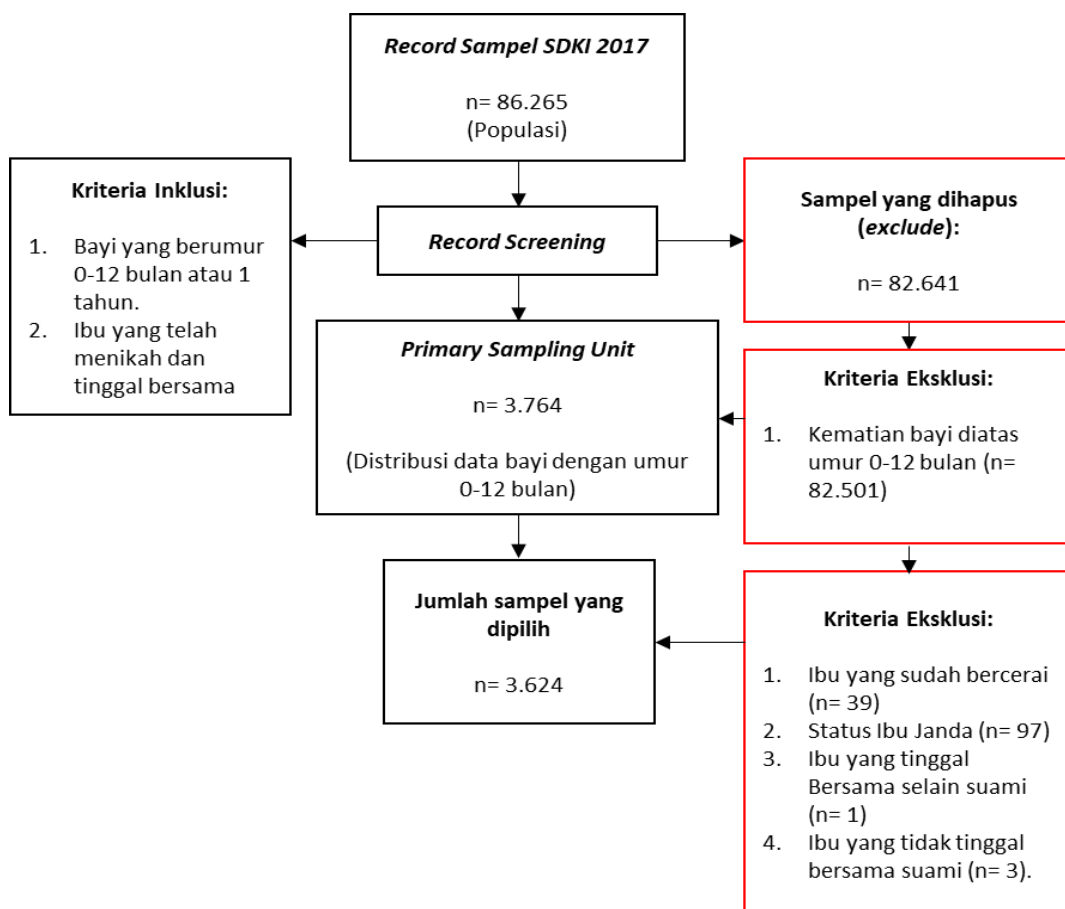
- a. Ibu yang sudah bercerai.
- b. Ibu yang tidak pernah melahirkan.

- c. Umur ibu yang berusia di bawah 15 tahun atau diatas 49 tahun tidak termasuk dalam sampel.

Penetapan kriteria inklusi dan eksklusi sampel dilakukan dengan merujuk pada tujuan penelitian, dengan tujuan mengarahkan fokus pada kelompok wanita yang relevan dan memastikan bahwa data yang diperoleh mencerminkan karakteristik populasi yang diinginkan.

4.2.5 Kerangka Sampel

Kerangka sampel pada penelitian ini menggambarkan alur pengambilan sampel sesuai dengan kriteria sampel yang sudah di tentukan oleh peneliti, sehingga jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 3.624 responden.



Gambar 4.2.4 Kerangka Sampel

4.3 Pengumpulan Data

4.3.1 Data Sekunder

Penelitian ini memanfaatkan sejumlah data sekunder yang diambil dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Peneliti menerapkan metode observasi pada data SDKI 2017 untuk mengkaji variabel-variabel yang telah dipilih sebelumnya. Dengan cara ini, Data SDKI digunakan oleh peneliti untuk mengidentifikasi pengaruh otonomi perempuan terhadap kematian bayi

4.4 Pengolahan Data

Data kuantitatif akan diolah menggunakan metode statistik deskriptif dan inferensial, yang dimana data yang terkumpul akan dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik STATA MP 17. Analisis inferensial akan dilakukan untuk menguji hipotesis yang telah dirumuskan, dengan menerapkan Uji Chi-Square. Sementara itu, analisis deskriptif akan digunakan untuk menggambarkan ciri-ciri sampel dan variabel yang diukur, seperti frekuensi, mean, dan standar deviasi.

4.4.1 Editing

Berbiacara pada fase Editing, peneliti melakukan evaluasi dan perbaikan terhadap data yang telah dikumpulkan. Tahapan ini melibatkan pengidentifikasian dan perbaikan kesalahan atau ketidaksesuaian yang mungkin terdapat dalam

kuesioner atau data mentah. Tujuan dari proses Editing adalah untuk memastikan integritas dan kualitas data sebelum melanjutkan ke tahap analisis berikutnya.

4.4.2 Coding

Coding dalam konteks penelitian ini melibatkan proses transformasi data dari format numerik menjadi pernyataan atau keterangan. Entri data mengacu pada transfer data yang telah dikodekan dari kuesioner ke dalam aplikasi pengolahan data. Kegiatan pengkodean data dilakukan dengan tujuan memberikan kode yang spesifik pada respons jawaban responden, sehingga mempermudah proses pencatatan data.

4.4.3 Tabulating

Pada tahap tabulating, pengelompokan data dilakukan oleh peneliti yang dimana sesuai dengan kategori yang telah dibuat pada setiap sub variabel yang diukur, kemudian masing-masing dimasukkan ke dalam frekuensi dan tabel silang.

4.5 Analisa Data

Dalam tahap analisis data, penelitian masuk ke inti proses untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi temuan utama. Beberapa langkah analisis data dalam kerangka penelitian ini mencakup:

1. Statistik Deskriptif/Analisis Univariat

Menerapkan statistik deskriptif untuk merangkum dan menggambarkan karakteristik dasar dari variabel-variabel yang diamati. Hal ini tentunya mencakup menghitung rata-rata, median, modus, dan deviasi standar.

2. Analisis Bivariat

Mengeksplorasi hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji statistik seperti uji chi-square untuk variabel kategorikal atau analisis korelasi untuk variabel numerik.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat mengidentifikasi risiko pengaruh beberapa variabel independen terhadap variabel dependen secara bersama-sama. Dalam penelitian tentang kematian bayi, analisis ini dapat memberikan wawasan mendalam tentang faktor-faktor yang secara bersama-sama berkontribusi terhadap kejadian tersebut.

4.6 Penyajian Data

Penyajian data merupakan tahap yang signifikan dalam proses penelitian, dimana tujuannya adalah untuk menyampaikan hasil penelitian secara jelas dan mudah dipahami. Dalam penelitian ini, penyajian data akan diwujudkan dalam bentuk tabel frekuensi, tabel analisis, serta hasil uji hipotesis. Selain itu, data juga akan dideskripsikan dan dinarasikan untuk memberikan gambaran komprehensif.

BAB V GAMBARAN UMUM

5.1 Profil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) serta Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia. Pemerintah Indonesia membiayai survei ini, yang dilaksanakan mulai 24 Juli hingga 30 September 2017.

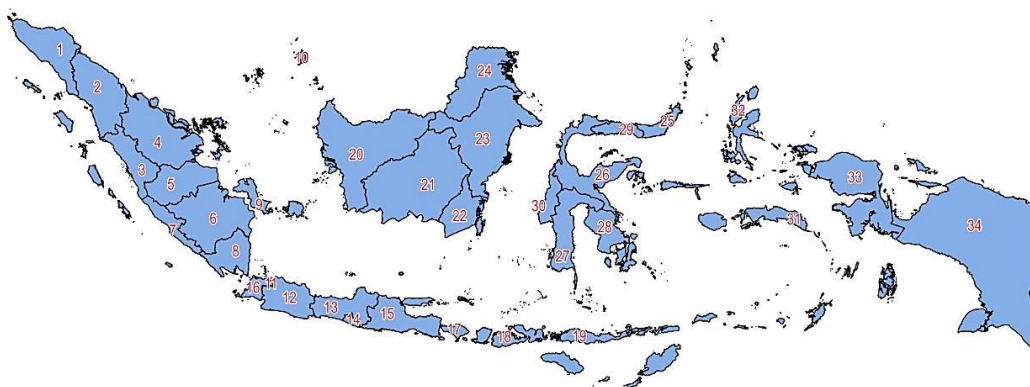
Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus di area perkotaan dan pedesaan serta diharapkan dapat mendapatkan tanggapan dari 49.250 rumah tangga. Rumah tangga yang diambil sampel diharapkan dapat mengidentifikasi sekitar 59.100 perempuan usia 15-49 tahun dan 24.625 pria yang belum pernah menikah berusia 15-24 tahun yang memenuhi syarat untuk diwawancara secara individu. Delapan rumah tangga dipilih di setiap blok sensus yang terpilih untuk menghasilkan 14.193 pria yang sudah menikah berusia 15-54 tahun yang akan diwawancarai dengan Kuesioner Pria yang Sudah Menikah. Kerangka sampel SDKI 2017 adalah Sampel Utama Blok Sensus dari Sensus Penduduk 2010. Kerangka untuk pemilihan sampel rumah tangga adalah daftar terbaru rumah tangga biasa di blok sensus yang dipilih. Daftar ini tidak termasuk rumah tangga institusional, seperti panti asuhan, barak polisi/militer, dan penjara, atau rumah tangga khusus (rumah kos dengan minimal 10 orang). Rancangan pengambilan sampel pada SDKI 2017 menggunakan sampel berstrata dua tahap:

- a. Tahap 1: Sejumlah blok sensus dipilih dengan sampel sistematis yang proposional terhadap ukuran, di mana ukuran adalah jumlah rumah tangga yang terdaftar dalam Sensus Penduduk 2010. Dalam stratifikasi implisit, blok sensus disusun berdasarkan area perkotaan dan pedesaan serta diurutkan berdasarkan kategori indeks kekayaan.
- b. Tahap 2: Di setiap blok sensus yang terpilih, 25 rumah tangga biasa dipilih dengan sampel sistematis dari daftar rumah tangga yang diperbarui. Delapan rumah tangga dipilih sistematis untuk mendapatkan sampel pria yang sudah menikah.

SDKI 2017 memberikan gambaran rinci tentang kondisi kesehatan dan demografi di Indonesia, menjadi sumber informasi penting untuk perencanaan program kesehatan dan pembangunan di negara tersebut.

5.2 Wilayah Indonesia

Secara geografis, Indonesia terletak di kawasan Asia Tenggara dan mengambil posisi strategis antara Samudra Hindia dan Pasifik. Berikut adalah beberapa informasi lebih rinci tentang letak geografis Indonesia:



NO	PROVINCE	NO	PROVINCE	NO	PROVINCE	NO	PROVINCE
1	ACEH	11	JAKARTA	21	CENTRAL KALIMANTAN	31	MALUKU
2	NORTH SUMATERA	12	WEST JAVA	22	SOUTH KALIMANTAN	32	NORTH MALUKU
3	WEST SUMATERA	13	CENTRAL JAVA	23	EAST KALIMANTAN	33	WEST PAPUA
4	RIAU	14	YOGYAKARTA	24	NORTH KALIMANTAN	34	PAPUA
5	JAMBI	15	EAST JAVA	25	NORTH SULAWESI		
6	SOUTH SUMATERA	16	BANTEN	26	CENTRAL SULAWESI		
7	BENGKULU	17	BALI	27	SOUTH SULAWESI		
8	LAMPUNG	18	WEST NUSA TENGGARA	28	SOUTHEAST SULAWESI		
9	BANGKA BALITUNG	19	EAST NUSA TENGGARA	29	GORONTALO		
10	RIAU ISLANDS	20	WEST KALIMANTAN	30	WEST SULAWESI		

Gambar 5.1 Peta Wilayah Indonesia

1. Koordinat Geografis

- a. Garis Lintang: 6°LU hingga 11°LS
- b. Garis Bujur: 94°BT hingga 141°BB

2. Kepulauan

- a. Indonesia terdiri dari lebih dari 17.000 pulau, menjadikannya negara kepulauan terbesar di dunia.
- b. Pulau-pulau utama meliputi Jawa, Sumatra, Kalimantan (dibagi antara Indonesia, Malaysia, dan Brunei), Sulawesi, dan Papua.

3. Batas Wilayah

- a. Sebelah Utara: Laut Tiongkok Selatan dan Laut Cina Selatan.
- b. Sebelah Selatan: Samudra Hindia.
- c. Sebelah Barat: Selat Malaka memisahkan Indonesia dari Malaysia dan Singapura.
- d. Sebelah Timur: Laut Arafura memisahkan Indonesia dari Papua Nugini, dan Laut Banda memisahkan Indonesia dari Timor-Leste dan Australia

4. Topografi

- a. Indonesia memiliki beragam topografi, termasuk pegunungan, dataran rendah, dan dataran tinggi.
- b. Pegunungan tertinggi adalah Puncak Jaya di Papua, yang merupakan bagian dari Pegunungan Sudirman.

5. Gunung Berapi

- a. Indonesia terletak di Cincin Api Pasifik, menjadikannya negara yang rentan terhadap aktivitas vulkanik.
- b. Beberapa gunung berapi terkenal termasuk Gunung Merapi di Jawa, Gunung Bromo di Jawa Timur, dan Gunung Rinjani di Lombok.

Topografi Indonesia sangat beragam, mencakup pegunungan, dataran rendah, dan dataran tinggi. Puncak Jaya di Papua adalah pegunungan tertinggi, merupakan bagian dari Pegunungan Sudirman. Sebagai negara yang terletak di Cincin Api Pasifik, Indonesia rentan terhadap aktivitas vulkanik, dan beberapa gunung berapi terkenal termasuk Gunung Merapi, Gunung Bromo, dan Gunung Rinjani.

BAB V GAMBARAN UMUM

5.1 Profil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) serta Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia. Pemerintah Indonesia membiayai survei ini, yang dilaksanakan mulai 24 Juli hingga 30 September 2017.

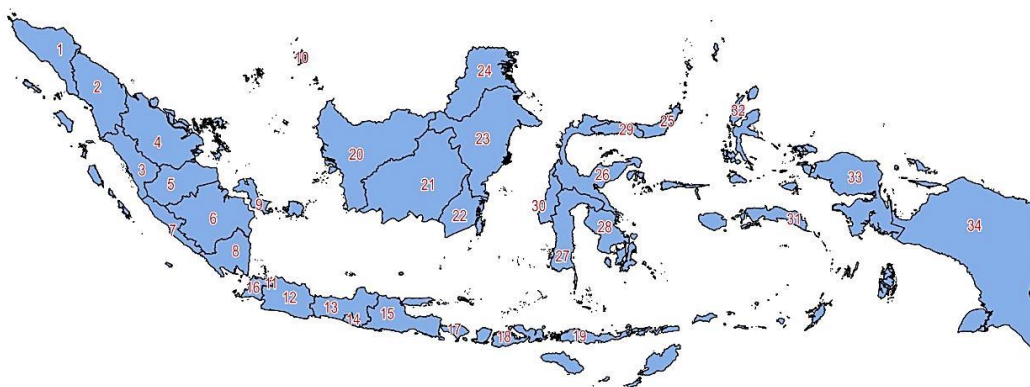
Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus di area perkotaan dan pedesaan serta diharapkan dapat mendapatkan tanggapan dari 49.250 rumah tangga. Rumah tangga yang diambil sampel diharapkan dapat mengidentifikasi sekitar 59.100 perempuan usia 15-49 tahun dan 24.625 pria yang belum pernah menikah berusia 15-24 tahun yang memenuhi syarat untuk diwawancara secara individu. Delapan rumah tangga dipilih di setiap blok sensus yang terpilih untuk menghasilkan 14.193 pria yang sudah menikah berusia 15-54 tahun yang akan diwawancarai dengan Kuesioner Pria yang Sudah Menikah. Kerangka sampel SDKI 2017 adalah Sampel Utama Blok Sensus dari Sensus Penduduk 2010. Kerangka untuk pemilihan sampel rumah tangga adalah daftar terbaru rumah tangga biasa di blok sensus yang dipilih. Daftar ini tidak termasuk rumah tangga institusional, seperti panti asuhan, barak polisi/militer, dan penjara, atau rumah tangga khusus (rumah kos dengan minimal 10 orang). Rancangan pengambilan sampel pada SDKI 2017 menggunakan sampel berstrata dua tahap:

- a. Tahap 1: Sejumlah blok sensus dipilih dengan sampel sistematis yang proposional terhadap ukuran, di mana ukuran adalah jumlah rumah tangga yang terdaftar dalam Sensus Penduduk 2010. Dalam stratifikasi implisit, blok sensus disusun berdasarkan area perkotaan dan pedesaan serta diurutkan berdasarkan kategori indeks kekayaan.
- b. Tahap 2: Di setiap blok sensus yang terpilih, 25 rumah tangga biasa dipilih dengan sampel sistematis dari daftar rumah tangga yang diperbarui. Delapan rumah tangga dipilih sistematis untuk mendapatkan sampel pria yang sudah menikah.

SDKI 2017 memberikan gambaran rinci tentang kondisi kesehatan dan demografi di Indonesia, menjadi sumber informasi penting untuk perencanaan program kesehatan dan pembangunan di negara tersebut.

5.2 Wilayah Indonesia

Secara geografis, Indonesia terletak di kawasan Asia Tenggara dan mengambil posisi strategis antara Samudra Hindia dan Pasifik. Berikut adalah beberapa informasi lebih rinci tentang letak geografis Indonesia:



NO	PROVINCE	NO	PROVINCE	NO	PROVINCE	NO	PROVINCE
1	ACEH	11	JAKARTA	21	CENTRAL KALIMANTAN	31	MALUKU
2	NORTH SUMATERA	12	WEST JAVA	22	SOUTH KALIMANTAN	32	NORTH MALUKU
3	WEST SUMATERA	13	CENTRAL JAVA	23	EAST KALIMANTAN	33	WEST PAPUA
4	RIAU	14	YOGYAKARTA	24	NORTH KALIMANTAN	34	PAPUA
5	JAMBI	15	EAST JAVA	25	NORTH SULAWESI		
6	SOUTH SUMATERA	16	BANTEN	26	CENTRAL SULAWESI		
7	BENGKULU	17	BALI	27	SOUTH SULAWESI		
8	LAMPUNG	18	WEST NUSA TENGGARA	28	SOUTHEAST SULAWESI		
9	BANGKA BALITUNG	19	EAST NUSA TENGGARA	29	GORONTALO		
10	RIAU ISLANDS	20	WEST KALIMANTAN	30	WEST SULAWESI		

Gambar 5.1 Peta Wilayah Indonesia

1. Koordinat Geografis

- a. Garis Lintang: 6°LU hingga 11°LS
- b. Garis Bujur: 94°BT hingga 141°BB

2. Kepulauan

- a. Indonesia terdiri dari lebih dari 17.000 pulau, menjadikannya negara kepulauan terbesar di dunia.
- b. Pulau-pulau utama meliputi Jawa, Sumatra, Kalimantan (dibagi antara Indonesia, Malaysia, dan Brunei), Sulawesi, dan Papua.

3. Batas Wilayah

- a. Sebelah Utara: Laut Tiongkok Selatan dan Laut Cina Selatan.
- b. Sebelah Selatan: Samudra Hindia.
- c. Sebelah Barat: Selat Malaka memisahkan Indonesia dari Malaysia dan Singapura.
- d. Sebelah Timur: Laut Arafura memisahkan Indonesia dari Papua Nugini, dan Laut Banda memisahkan Indonesia dari Timor-Leste dan Australia

4. Topografi

- a. Indonesia memiliki beragam topografi, termasuk pegunungan, dataran rendah, dan dataran tinggi.
- b. Pegunungan tertinggi adalah Puncak Jaya di Papua, yang merupakan bagian dari Pegunungan Sudirman.

5. Gunung Berapi

- a. Indonesia terletak di Cincin Api Pasifik, menjadikannya negara yang rentan terhadap aktivitas vulkanik.
- b. Beberapa gunung berapi terkenal termasuk Gunung Merapi di Jawa, Gunung Bromo di Jawa Timur, dan Gunung Rinjani di Lombok.

Topografi Indonesia sangat beragam, mencakup pegunungan, dataran rendah, dan dataran tinggi. Puncak Jaya di Papua adalah pegunungan tertinggi, merupakan bagian dari Pegunungan Sudirman. Sebagai negara yang terletak di Cincin Api Pasifik, Indonesia rentan terhadap aktivitas vulkanik, dan beberapa gunung berapi terkenal termasuk Gunung Merapi, Gunung Bromo, dan Gunung Rinjani.

BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dengan memanfaatkan data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, analisis dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh dan risiko aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi dengan sampel sebanyak 3,624 responden.

6.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah responden dari ibu yang sudah melahirkan dan mempunyai anak, dengan fokus sampel yaitu anak dari umur 0-12 bulan.

6.1.1.1 Data Provinsi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data provinsi tempat tinggal rumah tangga dari anak rentang usia 0-1 tahun atau 0-12 bulan.

TABEL 6.1.1.1
DISTRIBUSI FREKUENSI PROVINSI RESPONDEN RUMAH TANGGA
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Provinsi	Frekuensi	Persentase
1.	Aceh	202	5,57
2.	Bali	34	0,94
3.	Bangka Belitung	50	1,38
4.	Banten	110	3,04
5.	Bengkulu	51	1,41
6.	Sulawesi Tengah	92	2,54
7.	Jawa Tengah	222	6,13
8.	Kalimantan Tengah	45	1,24
9.	Jawa Timur	217	5,99
10.	Kalimantan Timur	81	2,24
11.	Nusa Tenggara Timur	194	5,35
12.	Gorontalo	51	1,41
13.	Jakarta	118	3,26
14.	Jambi	48	1,32
15.	Lampung	85	2,35
16.	Maluku	172	4,75
17.	Kalimantan Utara	60	1,66
18.	Maluku Utara	79	2,18
19.	Sulawesi Utara	29	0,80
20.	Sumatera Utara	218	6,02
21.	Papua	64	1,77
22.	Riau	89	2,46
23.	Kepulauan Riau	71	1,96
24.	Kalimantan Selatan	49	1,35
25.	Sulawesi Selatan	138	3,81
26.	Sumatera Selatan	98	2,70
27.	Sulawesi Tenggara	130	3,59
28.	Jawa Barat	333	9,19
29.	Kalimantan Barat	79	2,18
30.	Nusa Tenggara Barat	99	2,73
31.	Papua Barat	51	1,41
32.	Sulawesi Barat	139	3,84
33.	Sumatera Barat	87	2,40
34.	Yogyakarta	39	1,08
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Data distribusi persentase frekuensi provinsi di Indonesia menunjukkan pola kontribusi yang beragam dari setiap wilayah. Jawa Barat mendominasi dengan

frekuensi tertinggi sebesar 9,19 persen, mencerminkan peran signifikan provinsi ini dalam data. Sementara itu, Nusa Tenggara Barat dan Yogyakarta memiliki frekuensi terendah, masing-masing 2,73 dan 1,08 persen. Distribusi regional tampak jelas, mencakup provinsi-provinsi dari Pulau Jawa, Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Bali, Nusa Tenggara, hingga Maluku dan Papua. Beberapa provinsi, seperti Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur, menonjol dengan kontribusi persentase yang cukup tinggi, sementara provinsi lainnya memiliki kontribusi yang lebih rendah.

6.1.1.2 Data Umur Ibu

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data umur ibu yang melahirkan anak rentang usia 0-1 tahun atau 0-12 bulan.

TABEL 6.1.1.2
DISTRIBUSI FREKUENSI UMUR IBU
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Umur Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	<20 Tahun	202	5,57
2.	20-35 Tahun	2.652	73,18
3.	>35 Tahun	770	21,25
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Data distribusi frekuensi provinsi berdasarkan umur ibu yang melahirkan anak dalam rentang usia 0-1 tahun atau 0-12 bulan, seperti yang diolah dari Data Sekunder SDKI 2017, dapat disajikan dalam Tabel 6.1.1.2. Tabel ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu yang melahirkan anak dalam rentang usia tersebut berada

dalam kelompok usia 20-35 tahun, dengan frekuensi sebanyak 2.652 kasus atau 73,18 persen dari total sampel sebanyak 3.624 kasus. Kelompok usia di bawah 20 tahun memiliki frekuensi sebanyak 202 kasus atau 5,57 persen, sedangkan kelompok usia di atas 35 tahun memiliki frekuensi sebanyak 770 kasus atau 21,25 persen.

6.1.1.3 Data Umur Bayi (Bulan)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data umur bayi dalam rentang usia 0-1 tahun atau 0-12 bulan.

TABEL 6.1.1.3
DISTRIBUSI FREKUENSI UMUR BAYI
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Umur Bayi (Bulan)	Frekuensi	Persentase
1.	0 Bulan	120	3,31
2.	1 Bulan	303	8,36
3.	2 Bulan	300	8,28
4.	3 Bulan	317	8,75
5.	4 Bulan	330	9,11
6.	5 Bulan	291	8,03
7.	6 Bulan	268	7,40
8.	7 Bulan	245	6,76
9.	8 Bulan	281	7,75
10.	9 Bulan	313	8,64
11.	10 Bulan	279	7,70
12.	11 Bulan	295	8,14
13.	12 Bulan	282	7,8
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Tabel 6.1.1.3 menyajikan distribusi frekuensi provinsi berdasarkan umur bayi dalam bulan, sebagaimana diolah dari Data Sekunder SD KI 2017 pada tahun 2024. Tabel ini memberikan gambaran umur bayi dalam rentang usia 0-12 bulan. Dari hasil analisis data tersebut, dapat disimpulkan bahwa mayoritas bayi berada pada kelompok umur 4 hingga 9 bulan, dengan persentase antara 9,11% hingga 8,64%. Frekuensi tertinggi terdapat pada bayi yang berusia 4 bulan sebanyak 330 kasus atau 9,11%, diikuti oleh bayi berusia 9 bulan sebanyak 313 kasus atau 8,64%. Meskipun ada variasi frekuensi di setiap kelompok usia, total keseluruhan mencapai 3,624 kasus, dengan distribusi umur bayi yang mencerminkan keberagaman dan keragaman kondisi kesehatan bayi di seluruh provinsi Indonesia.

6.1.2 Analisis Univariat

Dalam konteks penelitian ini, analisis univariat dengan menggunakan data sekunder SDKI 2017 dapat difokuskan pada deskripsi distribusi frekuensi dari variabel dependen dan variabel independen.

6.1.2.1 Kematian Bayi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data kematian bayi dalam usia 0-12 bulan atau 1 tahun.

TABEL 6.1.2.1
DISTRIBUSI FREKUENSI KEMATIAN BAYI
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Kematian Bayi	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak Meninggal	3.551	97,99
2.	Meninggal	73	2,01
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Tabel 6.1.2.1 menyajikan distribusi frekuensi kematian bayi berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, yang telah dianalisis pada tahun 2024. Data ini mencakup dua kategori utama, yakni bayi yang berhasil bertahan hidup dan bayi yang mengalami kematian. Dari total 3,624 kasus yang diamati, 97,99% atau sebanyak 3,551 bayi berhasil melewati masa bayi tanpa mengalami kematian, sementara 2,01% atau 73 bayi mengalami kematian. Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa mayoritas bayi dalam penelitian ini tidak mengalami kematian dibandingkan dengan bayi yang meninggal.

6.1.2.2 Otonomi Perempuan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data otonomi perempuan pada ibu yang sudah melahirkan anak berusia 1 tahun.

TABEL 6.1.2.2
DISTRIBUSI FREKUENSI OTONOMI PEREMPUAN
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Otonomi Perempuan	Frekuensi	Persentase
1.	Otonomi Tinggi	602	16,61
2.	Otonomi Rendah	3.022	83,39
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Tabel 6.1.2.2 menyajikan distribusi frekuensi otonomi perempuan berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, yang telah diolah pada tahun 2024. Data ini membagi responden perempuan ke dalam dua kategori utama, yaitu otonomi tinggi dan otonomi rendah. Dari total 3,624 kasus yang dianalisis, 16,61% atau sebanyak 602 perempuan memiliki tingkat otonomi tinggi, sementara 83,39% atau 3,022 perempuan memiliki tingkat otonomi rendah. Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa mayoritas ibu dalam penelitian ini memiliki otonomi rendah dibandingkan dengan otonomi tinggi.

6.1.2.3 Status Ekonomi Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data status ekonomi keluarga pada keluarga yang mempunyai anak terakhir berusia 1 tahun.

TABEL 6.1.2.3
DISTRIBUSI FREKUENSI STATUS EKONOMI KELUARGA
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Status Ekonomi Keluarga	Frekuensi	Persentase
1.	Mampu	1.938	53,48
2.	Tidak Mampu	1.686	46,52
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Tabel 6.1.2.3 menampilkan distribusi frekuensi status ekonomi keluarga berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, yang telah diolah pada tahun 2024. Data ini mengelompokkan keluarga responden menjadi dua kategori utama, yaitu keluarga yang mampu dan keluarga yang tidak mampu secara ekonomi. Dari total 3,624 kasus yang dianalisis, sebanyak 1,938 keluarga atau 53,48% dikategorikan sebagai keluarga yang mampu secara ekonomi, sedangkan 1,686 keluarga atau 46,52% dikategorikan sebagai keluarga yang tidak mampu secara ekonomi. Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa status ekonomi keluarga yang mampu lebih tinggi dibandingkan dengan status ekonomi keluarga yang tidak mampu.

6.1.2.4 Pendidikan Ibu

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data pendidikan ibu mempunyai anak terakhir berusia 1 tahun.

TABEL 6.1.2.4
DISTRIBUSI FREKUENSI PENDIDIKAN IBU
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Pendidikan Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	Menempuh Pendidikan Formal	3.574	98,62
2.	Tidak Menempuh Pendidikan Formal	50	1,38
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Berdasarkan tabel 6.1.2.3 yang menyajikan distribusi frekuensi pendidikan ibu berdasarkan data SDKI 2017, kita dapat melihat bahwa jumlah total responden yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 3,624 ibu yang memiliki anak berusia 1 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi. Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa mayoritas ibu (98.62%) menempuh pendidikan formal. Sementara itu, sebanyak 1.38% dari ibu yang menjadi responden tidak menempuh pendidikan formal. Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa ibu yang menempuh Pendidikan formal lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak menempuh Pendidikan formal.

6.1.2.5 Status Pekerjaan Ibu

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data status pekerjaan ibu mempunyai anak terakhir berusia 1 tahun.

TABEL 6.1.2.5
DISTRIBUSI FREKUENSI STATUS PEKERJAAN IBU
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Status Pekerjaan Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak Bekerja	2.007	55,38
2.	Bekerja	1.617	44,62
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Dengan data yang disajikan dalam tabel 6.1.2.5, dapat kita lihat bahwa penelitian ini mencakup 3,624 ibu yang memiliki anak berusia 1 tahun. Dari distribusi frekuensi status pekerjaan ibu, dapat dilihat bahwa 44.62% dari ibu yang menjadi responden bekerja, sedangkan 55.38% tidak bekerja. Dapat dijelaskan bahwa mayoritas ibu dalam penelitian ini adalah ibu yang tidak bekerja daripada ibu yang bekerja.

6.1.2.6 Metode Melahirkan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data metode melahirkan caesar mempunyai anak terakhir berusia 1 tahun.

TABEL 6.1.2.6
DISTRIBUSI FREKUENSI METODE MELAHIRKAN
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Melahirkan Caesar	Frekuensi	Persentase
1.	Bukan Caesar	2.949	81,37
2.	Melahirkan Caesar	675	18,63
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Berdasarkan tabel 6.1.2.5 yang menyajikan distribusi frekuensi metode melahirkan caesar berdasarkan data SDKI 2017, kita dapat melihat bahwa jumlah total responden yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 3,624 ibu yang memiliki anak berusia 1 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi. Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa mayoritas ibu (81.37%) dalam sampel penelitian tidak melahirkan secara caesar, sedangkan sebanyak 18.63% dari ibu melahirkan menggunakan metode caesar.

6.1.2.7 Layanan Antenatal

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data layanan antenatal pada masa kehamilan bayi.

TABEL 6.1.2.7
DISTRIBUSI FREKUENSI LAYANAN ANTENATAL
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Kualitas Layanan Antenatal	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	2.706	74,67
2.	Kurang Baik	918	25,33
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Tabel distribusi kualitas layanan antenatal menggambarkan persebaran layanan antenatal dalam suatu populasi dengan memperhatikan kategori "Baik" dan "Kurang Baik". Dari data yang disajikan, sekitar 74.67% dari total populasi memberikan penilaian bahwa layanan antenatal yang mereka terima dianggap

"Baik". Ini menunjukkan bahwa mayoritas individu dalam populasi tersebut merasa puas dengan kualitas layanan antenatal yang diberikan selama masa kehamilan. Di sisi lain, sekitar 25.33% dari populasi memberikan penilaian bahwa layanan antenatal yang mereka terima dianggap "Kurang Baik". Dengan demikian, dapat dijelaskan bahwa kualitas layanan antenatal yang baik lebih tinggi daripada kualitas layanan antenatal yang buruk.

6.1.2.8 Layanan Postnatal (cek 2 bulan setelah melahirkan)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data layanan postnatal atau pengecekan yang dilakukan 2 bulan setelah melahirkan.

TABEL 6.1.2.8
DISTRIBUSI FREKUENSI LAYANAN POSTNATAL
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Layanan Postnatal	Frekuensi	Persentase
1.	Iya	2.323	64,10
2.	Tidak	1.301	35,90
Total		3.624	100

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Berdasarkan tabel 6.1.2.8 yang menyajikan distribusi frekuensi layanan postnatal berdasarkan data SDKI 2017, dapat dilihat bahwa sebanyak 64.10% dari ibu yang menjadi responden menerima layanan postnatal atau pengecekan 2 bulan setelah melahirkan, sedangkan sebanyak 35.90% tidak menerima layanan postnatal. Dengan kata lain, ibu yang melakukan layanan postnatal lebih tinggi daripada ibu yang tidak melakukan cek layanan postnatal.

6.1.2.9 Penolong Persalinan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut data penolong persalinan.

TABEL 6.1.2.9
DISTRIBUSI FREKUENSI PENOLONG PERSALINAN
BERDASARKAN SDKI 2017

No	Penolong Persalinan	Frekuensi	Persentase
1.	Nakes	838	23,12
2.	Bukan Nakes	2.786	76,88
Total		3.624	100

Sumber: *(Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)*

Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa sebanyak 23.12% dari ibu yang menjadi responden dibantu oleh tenaga kesehatan (Nakes) selama persalinan, sedangkan sebanyak 76.88% dibantu oleh bukan tenaga kesehatan (Bukan Nakes). Dapat dijelaskan bahwa tingkat penolong persalinan yang dilakukan oleh bukan tenaga kesehatan lebih tinggi daripada yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan.

6.1.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah suatu metode analisis statistik yang melibatkan dua variabel untuk mengetahui hubungan antara keduanya. Metode ini memberikan gambaran kasar mengenai keterkaitan antara variabel independen dan variabel dependen tanpa mempertimbangkan variabel independen atau faktor risiko lainnya.

6.1.3.1 Hubungan Aspek Sosiodemografi dan Karakteristik Kesehatan Rumah

Tangga Terhadap Kematian Bayi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan data sekunder SDKI 2017 untuk mengidentifikasi pengaruh aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi, berikut adalah hubungan aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi.

TABEL 6.1.3.1
ANALISIS HUBUNGAN ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK
KESEHATAN RUMAH TANGGA DENGAN KEMATIAN BAYI
BERDASARKAN DATA SDKI 2017

Variabel Independen	Kematian Bayi				Total		OR	CI 95%	P-value
	Tidak Meninggal		Meninggal						
	n	%	n	%	N	%			
Otonomi Perempuan									
Otonomi Tinggi	592	98,34	10	1,66	602	100			0,545
Otonomi Rendah	2.959	97,92	63	2,08	3.022	100	1,26	0,6-2,4	
Total					3.624	100			
Status Ekonomi Keluarga									
Mampu	1.895	97,78	43	2,22	1.938	100			0,348
Tidak Mampu	1.656	98,22	30	1,78	1.686	100	0,79	0,4-1,2	
Total					3.624	100			
Pendidikan Ibu									
Menempuh Pendidikan Formal	3.504	98,04	70	1,96	3.574	100			0,043
Tidak Menempuh Pendidikan Formal	47	94,00	3	6,00	50	100	3,19	0,9-10	
Total					3.624	100			

Variabel Independen	Kematian Bayi				Total		OR	CI 95%	P-value
	Tidak Meninggal		Meninggal						
	n	%	n	%	n	%			
Pekerjaan Ibu									
Tidak Bekerja	1.977	98,51	30	1,49	2.007	100			0,013
Bekerja	1.574	97,34	43	2,66	1.617	100	0,5	0,3-0,8	
Total					3.624	100			
Metode Melahirkan									
Bukan Caesar	2.889	97,97	60	2,03	2.949	100			0,856
Melahirkan Caesar	662	98,07	13	1,93	675	100	0,9	0,5-1,7	
Total					3.624	100			
Layanan Antenatal									
Baik	2.661	98,26	47	1,74	2.708	100			0,040
Kurang Baik	980	97,16	26	2,84	916	100	1,6	1,0-2,6	
Total					3.624	100			
Layanan Postnatal (cek 2 bulan setelah melahirkan)									
Iya	2.304	99,18	19	0,82	2.323	100			0,0001
Tidak	1.247	95,85	54	4,15	1.301	100	5,2	3,0-8,8	
Total					3.624	100			
Penolong Persalinan									
Nakes	825	98,45	13	1,55	838	100			0,277
Bukan Nakes	2.726	97,85	60	2,15	2.786	100	1,3	0,7-2,5	
Total					3.624	100			

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Proporsi otonomi perempuan yang tinggi, sebesar 98,34%, menunjukkan bahwa peluang bayi tidak mengalami kematian lebih tinggi dibandingkan dengan otonomi perempuan yang rendah, yang memiliki proporsi 97,92%. Sementara itu, untuk otonomi perempuan yang rendah, proporsi bayi yang mengalami kematian sebesar 2,08% lebih tinggi dibandingkan dengan otonomi perempuan yang tinggi, yang memiliki proporsi 1,66%. Namun, hasil uji statistik dengan P-value sebesar

0,545 dan OR sebesar 1,26 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara otonomi perempuan dengan kematian bayi.

Dalam kelompok yang memiliki status ekonomi keluarga "Mampu," proporsi kematian bayi sebesar 1,938%, sedangkan proporsi tidak mengalami kematian bayi sebesar 2,22%. Di kelompok dengan status ekonomi keluarga "Tidak Mampu," proporsi kematian bayi sebesar 1,686%, sedangkan proporsi tidak mengalami kematian bayi sebesar 1,78%. Namun, hasil uji statistik dengan P-value sebesar 0,348 dan OR sebesar 0,79 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi keluarga dengan kematian bayi.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara variabel independen Pendidikan Ibu dan variabel dependen Kematian bayi. Pada ibu yang menempuh Pendidikan formal lebih tinggi tidak menyebabkan kematian bayi (98,04%) dibandingkan ibu yang tidak menempuh Pendidikan formal (94,00%). Sementara pada ibu yang menempuh Pendidikan formal lebih rendah menyebabkan kematian bayi (1,96%) dibandingkan dengan ibu yang tidak menempuh pendidikan formal (6,0%). Hasil uji statistik didapatkan dengan P-value sebesar 0,013 dan OR sebesar 3,19 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara Pendidikan ibu dengan kematian bayi, dan ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko sebanyak 3,19 kali lebih tinggi menyebabkan kematian bayi.

Dalam analisis hubungan antara variabel independen pekerjaan ibu dan variabel dependen kematian bayi. Pada ibu yang bekerja lebih rendah menyebabkan bayi tidak meninggal (97,34%) daripada ibu yang tidak bekerja (98,51%). Sementara pada ibu yang bekerja lebih tinggi menyebabkan kematian

bayi (2,66 %) daripada ibu yang tidak bekerja (1,49%). Hasil analisis statistik didapatkan P-value sebesar 0,013 dan OR sebesar 0,5 menjelaskan bahwa terdapat hubungan terbalik antara pekerjaan ibu dengan kematian bayi. Sebelumnya kategori yang menjadi risiko adalah ibu yang tidak bekerja, namun setelah disesuaikan dengan hasil analisis, ibu yang bekerja menjadi kategori yang berisiko menyebabkan kematian bayi.

Dalam analisis mengenai hubungan antara metode melahirkan dan variabel kematian bayi. Pada metode melahirkan yang bukan metode caesar lebih rendah menyebabkan kematian bayi (97,97%) daripada metode melahirkan Caesar (98,07%). Sementara, untuk metode melahirkan caesar lebih rendah menyebabkan kematian bayi (1,93%) daripada metode melahirkan yang bukan Caesar (2,03%). Hasil analisis statistik didapatkan P-value sebesar 0,856 dan OR sebesar 0,9 menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan secara signifikan antara metode melahirkan dengan kematian bayi.

Analisis hubungan layanan antenatal terhadap kematian bayi didapatkan hasil pada layanan antenatal yang baik lebih tinggi tidak menyebabkan kematian bayi (98,26%) daripada antenatal yang kurang baik (97,16%). Sementara pada layanan antenatal yang baik lebih rendah menyebabkan kematian bayi (1,74%) daripada antenatal yang kurang baik (2,84%). Hasil analisis statistik didapatkan P-value sebesar 0,040 dan OR sebesar 1,6 yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan untuk layanan antenatal dengan kematian bayi, dan layanan antenatal yang kurang baik memiliki risiko 1,6 kali lebih besar menyebabkan kematian bayi.

Analisis hubungan antara layanan postnatal (cek 2 bulan setelah melahirkan) dengan kematian bayi didapatkan hasil untuk kategori melakukan cek postnatal lebih tinggi tidak menyebabkan kematian bayi (99,18%) daripada kategori tidak melakukan cek postnatal (97,16%). Sementara, pada kategori melakukan cek postnatal lebih rendah menyebabkan kematian bayi (0,82%) daripada pada kategori tidak melakukan cek postnatal (4,15%). Hasil analisis statistik didapatkan P-value sebesar 0,0001 dan OR 5,2 menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang sangat signifikan antara layanan postnatal dengan kematian bayi, dan pada kelompok yang tidak melakukan cek 2 bulan setelah melahirkan memiliki risiko 5,2 kali lebih besar menyebabkan kematian bayi.

Pada analisis hubungan antara penolong persalinan dengan kematian bayi, didapatkan hasil untuk penolong persalinan Nakes lebih tinggi menyebabkan bayi tidak meninggal (98,45%) daripada penolong persalinan bukan Nakes (97,85%). Sementara untuk penolong persalinan Nakes lebih rendah menyebabkan bayi meninggal (1,55%) daripada penolong persalinan yang bukan Nakes (2,15%). Namun, hasil analisis statistik didapatkan P-value sebesar 0,277 dan OR sebesar 1,3 menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara penolong persalinan terhadap kematian bayi, walaupun ditemukan nilai risiko terhadap penolong persalinan yang bukan Nakes terhadap kematian bayi.

6.1.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada faktor risiko aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi bertujuan untuk memahami kompleksitas hubungan antara berbagai variabel yang mungkin memengaruhi tingkat kematian bayi. Dengan melibatkan lebih dari satu variabel independen, analisis ini dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam dan menyeluruh tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap risiko kematian anak di usia sekolah.

TABEL 6.1.4.1
FAKTOR RISIKO ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN
KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI
ANALISIS MULTIVARIAT DENGAN UJI REGRESI LOGISTIK

No	Kematian Bayi	OR	<i>P-value</i>	CI (95%) Lower - Upper
1.	Otonomi Perempuan (Otonomi Rendah)	1,2	0,499	0,6 – 2,4
2.	Status Ekonomi Keluarga (Tidak Mampu)	0,7	0,09	0,3 - 1,07
3.	Pendidikan Ibu (Tidak Menempuh Pendidikan Formal)	3,1	0,043	0,5 - 7,2
4.	Status Pekerjaan Ibu (Ibu yang tidak bekerja)	0,5	0,013	0,3 – 0,8
5.	Metode Melahirkan (Melahirkan Caesar)	0,9	0,856	0,5 – 1,8
6.	Kualitas Layanan Antenatal (Kurang Baik)	1,6	0,137	0,8 – 2,4
7.	Layanan Postnatal (Tidak Cek 2 Bulan Setelah Melahirkan)	5,2	0,0001	3,0 – 8,8
8.	Penolong Persalinan (Bukan Nakes)	1,3	0,277	0,6 – 2,4

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Analisis multivariat dengan uji regresi logistik terhadap faktor risiko kematian bayi memberikan gambaran yang komprehensif terkait hubungan

beberapa variabel dengan kejadian kematian bayi. Pertama, terkait dengan tingkat otonomi perempuan, meskipun ditemukan bahwa otonomi perempuan rendah memiliki risiko kematian bayi 1,2 kali lebih besar, namun hasil ini tidak mencapai tingkat signifikansi statistik. Kedua, dalam aspek status ekonomi keluarga, keluarga yang tidak mampu menunjukkan kecenderungan risiko lebih rendah terhadap kematian bayi dengan odds ratio sebesar 0,7. Meski demikian, hasil ini tidak signifikan secara statistik ($P\text{-value} = 0,09$). Variabel pendidikan ibu menjadi faktor signifikan dalam analisis ini. Ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko kematian bayi sekitar 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan yang menempuh pendidikan formal, dan hasil ini signifikan secara statistik dengan $P\text{-value}$ sebesar 0,043. Selanjutnya, status pekerjaan ibu juga berdampak signifikan terhadap kematian bayi. Ibu yang tidak bekerja memiliki risiko kematian bayi yang lebih rendah ($OR = 0,5$), dan hasil ini signifikan secara statistik dengan $P\text{-value}$ sebesar 0,013. Metode melahirkan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kematian bayi, dengan odds ratio sebesar 0,9 dan $P\text{-value}$ sebesar 0,856. Dalam konteks layanan antenatal, layanan yang kurang baik memiliki risiko 1,6 kali lipat terhadap kematian bayi, meskipun tidak signifikan secara statistik ($P\text{-value} = 0,137$). Namun, layanan postnatal menunjukkan hubungan yang kuat dengan kematian bayi. Kelompok yang tidak menerima layanan postnatal memiliki risiko kematian bayi sekitar 5,2 kali lebih tinggi, dan hasil ini sangat signifikan secara statistik dengan $P\text{-value}$ yang rendah (0,0001). Terakhir, penolong persalinan, baik nakes maupun bukan nakes, tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kematian bayi, dengan odds ratio sebesar 1,3 dan $P\text{-value}$ sebesar 0,277.

TABEL 6.1.4.2
FAKTOR RISIKO ASPEK SOSIODEMOGRAFI DAN KARAKTERISTIK KESEHATAN
KESEHATAN RUMAH TANGGA TERHADAP KEMATIAN BAYI
ANALISIS MULTIVARIAT UJI REGRESI LOGISTIK DENGAN METODE *STEPWISE*

No	Kematian Bayi	OR	<i>P-value</i>	CI (95%) Lower - Upper
1.	Layanan Postnatal (Tidak Cek 2 Bulan Setelah Melahirkan)	5,4	0,0001	3,19 – 9,18
2.	Pekerjaan Ibu (Ibu yang Tidak Bekerja)	0,5	0,006	0,32 – 0,82
3.	Kualitas Layanan Antenatal (Kurang Baik)	1,6	0,040	0,88 – 2,47
4.	Pendidikan Ibu (Tidak Menempuh Pendidikan Formal)	3,1	0,043	0,59 – 7,27

Sumber: (Data Sekunder SDKI 2017 – diolah tahun 2024)

Hasil analisis multivariat dengan metode regresi logistik menggunakan pendekatan stepwise mengidentifikasi faktor risiko yang berpengaruh signifikan terhadap kematian bayi. Pertama, layanan postnatal menonjol sebagai faktor risiko paling signifikan, di mana kelompok yang tidak menerima layanan memiliki risiko kematian bayi 5,4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang menerima ($P\text{-value} = 0,0001$). Kedua, status pekerjaan ibu juga memainkan peran penting, dengan ibu yang tidak bekerja memiliki risiko kematian bayi yang lebih rendah ($OR = 0,5$, $P\text{-value} = 0,006$). Kualitas layanan antenatal yang kurang baik juga terkait dengan peningkatan risiko kematian bayi ($OR = 1,6$, $P\text{-value} = 0,040$). Terakhir, pendidikan ibu tetap menjadi faktor signifikan, di mana ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko kematian bayi 3,1 kali lebih tinggi ($P\text{-value} = 0,043$). Temuan ini memberikan landasan yang kuat untuk perumusan kebijakan dan intervensi kesehatan maternal yang lebih efektif guna mengurangi angka kematian bayi.

6.2 Pembahasan Penelitian

Pembahasan dalam penelitian ini bertujuan untuk merinci dan menginterpretasi temuan-temuan yang ditemukan dalam analisis data, menghubungkannya dengan literatur terkait, dan mengevaluasi signifikansi serta implikasi hasil penelitian.

6.2.1 Pengaruh Otonomi Perempuan Dengan Kematian Bayi

Dalam penelitian ini, otonomi perempuan diukur melalui tiga pertanyaan yang mencakup aspek pengambilan keputusan dalam rumah tangga terkait akses pelayanan kesehatan, pengeluaran rumah tangga, dan kunjungan ke sanak saudara. Skor otonomi perempuan ditentukan berdasarkan jawaban dari ketiga pertanyaan tersebut, dengan memberikan nilai 1 jika responden atau ibu menyatakan dirinya sendiri yang mengambil keputusan, dan nilai 0 jika jawabannya menunjukkan bahwa bukan dirinya yang mengambil keputusan atau orang lain yang melakukannya. Hasil akhir skor dijumlahkan, dan kategori skor dikelompokkan menjadi dua, yaitu otonomi rendah dengan skor kurang dari 2, dan otonomi tinggi dengan skor 2 atau lebih.

Dalam analisis hubungan antara variabel independen "Otonomi Perempuan" dengan variabel dependen "Kematian Bayi" berdasarkan data SDKI 2017, ditemukan bahwa pada kelompok dengan otonomi perempuan tinggi, sebanyak 98,34% tidak mengalami kematian bayi, sedangkan 1,66% mengalami kematian bayi. Sementara itu, pada kelompok dengan otonomi perempuan rendah, sebanyak 97,92% tidak mengalami kematian bayi, dan 2,08% mengalami kematian

bayi. Hasil analisis menunjukkan *Odds Ratio* (OR) sebesar 1,26 dengan interval kepercayaan 95% antara 0,6 dan 2,4. Dengan hasil OR tersebut dapat dijelaskan bahwa, otonomi perempuan yang rendah memiliki risiko 1,2 kali lebih besar menyebabkan kematian bayi. Hasil analisis hubungan yang didapatkan dengan *P-value* sebesar 0,499 menunjukkan bahwa tidak cukup bukti statistik untuk menolak hipotesis nol, yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara kematian bayi dengan otonomi perempuan tinggi dan rendah.

Analisis multivariat dilakukan dengan uji regresi logistik untuk melihat pengaruh secara mendalam dan untuk melihat nilai *Odd Ratio* (OR) sebagai penilaian risiko dari variabel independen terhadap dependen. Setelah melalui metode pendekatan stepwise pada analisis multivariat dengan uji regresi logistik, didapatkan hasil bahwa variabel otonomi perempuan tidak memenuhi syarat untuk berada tetap di dalam model dengan *P-value*=0,51 yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara otonomi perempuan dengan kematian bayi. Dengan *OR*=1,2 dapat dijelaskan bahwa, otonomi perempuan yang rendah memiliki risiko 1,2 kali lebih besar menyebabkan kematian bayi.

Berdasarkan penelitian (Stiyaningsih *et al.*, 2017) tentang dampak otonomi perempuan terhadap kematian bayi, hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini. Kategori otonomi perempuan yang rendah tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kematian bayi, sedangkan otonomi perempuan yang tinggi memiliki hubungan yang signifikan dengan kematian bayi (*P-value*=0,000).

6.2.2 Pengaruh Status Ekonomi Keluarga Dengan Kematian Bayi

Analisis hubungan antara variabel independen "Status Ekonomi Keluarga" dan variabel dependen "Kematian Bayi" dilakukan dengan membagi responden menjadi dua kelompok utama, yaitu "Mampu" dan "Tidak Mampu".

Dalam kelompok "Mampu", hasil analisis menunjukkan bahwa sebanyak 97,78% responden tidak mengalami kematian bayi, sementara 2,22% mengalami kematian bayi. Total responden dalam kelompok ini adalah 97, dan hasil analisis Odds Ratio (OR) sebesar 0,79 (Interval Kepercayaan 95%: 0,4 - 1,2) menunjukkan bahwa status ekonomi keluarga yang "Mampu" tidak memiliki risiko yang signifikan terhadap kematian bayi ($P\text{-value} = 0,348$).

Sementara itu, pada kelompok "Tidak Mampu", sebanyak 98,22% responden tidak mengalami kematian bayi, dan 1,78% mengalami kematian bayi. Total responden dalam kelompok ini adalah 3,527. Hasil analisis menunjukkan nilai OR sebesar 0,79 (Interval Kepercayaan 95%: 0,4 - 1,2) dengan $P\text{-value} = 0,348$. Interpretasi hasil menyatakan bahwa tidak terdapat cukup bukti statistik untuk menolak hipotesis nol, yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara kematian bayi dengan status ekonomi keluarga. Selanjutnya, analisis bivariat dengan pendekatan stepwise menunjukkan bahwa variabel "Status Ekonomi Keluarga" tidak tetap di dalam model, dengan $P\text{-value}$ sebesar 0,09.

Penelitian sebelumnya telah banyak menginvestigasi hubungan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi. Menurut penelitian (Aisyan *et al.*, 2013), temuan serupa menunjukkan bahwa kelompok keluarga dengan status ekonomi yang lebih mampu cenderung memiliki angka kematian bayi yang lebih

rendah. Beberapa penelitian lainnya, seperti (Nurwati *et al.*, 2021), menemukan hasil sejenis di mana ketersediaan sumber daya ekonomi dalam keluarga memiliki dampak positif terhadap kesejahteraan bayi.

Namun, perlu dicatat bahwa temuan kontradiktif juga telah muncul dalam literatur. Studi (Lestari, 2020) mengindikasikan bahwa faktor-faktor lain, seperti aksesibilitas pelayanan kesehatan dan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi, mungkin memiliki peran yang lebih dominan dalam menentukan angka kematian bayi, bahkan di kalangan keluarga dengan status ekonomi yang lebih rendah.

Hipotesis penelitian yang dapat diidentifikasi dari hasil penelitian ini membawa sejumlah pertimbangan penting untuk interpretasi temuan dan memberikan dasar bagi penelitian lanjutan. Meskipun penelitian ini tidak menemukan hubungan signifikan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi, hipotesis bahwa pengaruh faktor-faktor lain, seperti aksesibilitas layanan kesehatan dan pengetahuan ibu, mungkin memiliki dampak yang signifikan terhadap tingkat kematian bayi. Selain itu, asumsi dibuat mengenai variabilitas konteks regional atau geografis yang dapat memengaruhi hubungan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi. Dengan adanya keragaman ini, penelitian selanjutnya diharapkan untuk memperhitungkan faktor-faktor regional yang mungkin menjadi penentu utama dalam fenomena ini. Keterbatasan data juga menjadi asumsi penting, mengingat bahwa data yang digunakan dalam penelitian ini memiliki keterbatasan tertentu.

Oleh karena itu, penelitian selanjutnya diharapkan dapat memperluas kerangka waktu atau menggunakan dataset alternatif guna mendapatkan

pemahaman yang lebih komprehensif mengenai dinamika hubungan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi. Selain faktor-faktor tersebut, asumsi terkait peran faktor sosial dan budaya dalam masyarakat diakui sebagai poin penting. Pengaruh variabel-variabel ini dapat menjadi fokus penelitian lanjutan untuk mendapatkan wawasan lebih dalam tentang kompleksitas hubungan antara status ekonomi keluarga dan tingkat kematian bayi.

Berbagai penelitian terbaru menunjukkan bahwa pengaruh status ekonomi keluarga mungkin tidak selalu memiliki risiko atau hubungan yang signifikan dengan kematian bayi. Faktor-faktor non-ekonomi, seperti akses terhadap perawatan medis, pendidikan orang tua, dan kondisi lingkungan, telah diidentifikasi sebagai faktor-faktor yang lebih penting dalam menentukan risiko kematian bayi daripada status ekonomi keluarga. Sebagai contoh, sebuah penelitian yang dilakukan oleh Goudar menemukan bahwa meskipun terdapat perbedaan dalam status ekonomi keluarga, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara kematian bayi dan status ekonomi keluarga di wilayah India Selatan dan Tengah. Temuan serupa juga diungkapkan dalam studi yang dilakukan oleh An dan Hao (2021) di China, yang menunjukkan bahwa meskipun keluarga dengan status ekonomi yang lebih mampu cenderung memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah, hubungan ini tidak selalu konsisten dan bisa tergantung pada faktor-faktor lain seperti aksesibilitas layanan kesehatan dan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi. (Goudar *et al.*, 2015)

Analisis bivariat dari penelitian-penelitian tersebut juga menegaskan kompleksitas hubungan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi. Sebagai

contoh, penelitian yang dilakukan oleh Ekholuenetale di Nigeria menunjukkan bahwa variabel "Status Ekonomi Keluarga" tidak tetap di dalam model analisis, menunjukkan bahwa faktor-faktor lain mungkin memiliki dampak yang lebih besar dalam menentukan kematian bayi. Hal ini mengindikasikan bahwa interaksi antara status ekonomi keluarga dan faktor-faktor non-ekonomi perlu dipertimbangkan secara komprehensif dalam mengevaluasi risiko kematian bayi.

Oleh karena itu, penelitian lanjutan yang memperhitungkan faktor-faktor non-ekonomi dan konteks regional diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih holistik tentang fenomena ini. Studi yang terfokus pada upaya untuk meningkatkan akses terhadap perawatan medis, meningkatkan pendidikan orang tua, dan meningkatkan kondisi lingkungan diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam mengurangi angka kematian bayi secara global.

Dengan memahami kompleksitas hubungan antara status ekonomi keluarga dan kematian bayi, intervensi yang lebih efektif dan terarah dapat dirumuskan untuk meningkatkan kesejahteraan bayi di seluruh dunia.

6.2.3 Pengaruh Pendidikan Ibu Dengan Kematian Bayi

Hasil analisis bivariat terhadap hubungan pendidikan ibu dengan kematian bayi memberikan hasil p-value sebesar 0,043 yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan ibu dengan kematian bayi. Odds Ratio (OR) yang didapatkan sebanyak 3,19 menjelaskan bahwa ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko 3,19 kali lebih tinggi menyebabkan kematian bayi. Sesudah dilakukan uji multivariat dengan regresi logistik untuk melihat pengaruh

secara mendalam terhadap pendidikan ibu dengan kategori ibu yang tidak menempuh pendidikan formal dengan kematian bayi, didapatkan hasil yang berbeda dari uji bivariat yang sudah dilakukan. Hasil uji multivariat menunjukkan p-value sebesar 0,25, menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan antara pendidikan ibu dengan kematian bayi. Selanjutnya, ditemukan nilai Odds Ratio (OR) sebesar 2,0, yang menjelaskan bahwa ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko 2 kali lebih tinggi menyebabkan kematian bayi. setelah diuji dengan pendekatan Stepwise yang didasari oleh uji Wald, variabel pendidikan ibu tetap di dalam model dengan p-value= 0,043 yang mencapai tingkat signifikansi yang ditentukan.

Penelitian sebelumnya telah mengungkapkan sejumlah temuan yang relevan dengan hubungan antara pendidikan ibu dan kematian bayi. Salah satu penelitian yang relevan adalah studi yang dilakukan oleh (Kiross *et al.*, 2019). Penelitian ini fokus pada dampak pendidikan ibu terhadap kesehatan anak, dengan penekanan khusus pada tingkat kematian bayi. Hasil penelitiannya menemukan tingkat pendidikan ibu memiliki korelasi yang signifikan dengan risiko kematian bayi. Ibu yang memiliki tingkat pendidikan formal lebih tinggi cenderung memiliki angka kematian bayi yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak menempuh pendidikan formal. Temuan ini mendukung temuan dalam penelitian terkait yang menunjukkan hubungan positif antara pendidikan ibu dan kesejahteraan anak.

Selain itu, penelitian (Soe *et al.*, 2019) juga memberikan wawasan tentang mekanisme yang mungkin menjelaskan hubungan ini. Adanya akses lebih baik terhadap informasi kesehatan, pemanfaatan layanan kesehatan maternal, dan

kemampuan ibu untuk mengenali tanda-tanda bahaya pada bayi adalah faktor-faktor yang diidentifikasi sebagai mediator potensial dalam hubungan antara pendidikan ibu dan kematian bayi.

Penelitian ini merangkum beberapa asumsi kritis yang membimbing interpretasi mengenai potensi dampak ketidaksekolahan atau kurangnya pendidikan formal ibu terhadap kesehatan anak. Pertama, diasumsikan bahwa kurangnya pendidikan ibu dapat menghambat akses keluarga terhadap informasi kesehatan, pelayanan medis, dan pemahaman praktik perawatan bayi yang tepat. Asumsi ini didasarkan pada ide bahwa ibu tanpa pendidikan formal mungkin mengalami keterbatasan akses ke sumber daya kesehatan yang dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang perawatan bayi. Kedua, diasumsikan bahwa ibu yang tidak menempuh pendidikan formal mungkin menghadapi kesulitan dalam mengenali tanda-tanda bahaya pada bayi atau kurangnya pengetahuan mengenai praktik kesehatan yang dapat mengurangi risiko kematian bayi. Ini diasumsikan karena pendidikan ibu dapat memainkan peran kunci dalam meningkatkan kesadaran akan tanda-tanda bahaya kesehatan bayi dan membantu ibu mengambil tindakan preventif atau mencari bantuan medis yang dibutuhkan. Ketiga, diasumsikan bahwa kurangnya pendidikan ibu dapat memengaruhi praktik perawatan bayi sehari-hari, seperti nutrisi, kebersihan, dan stimulasi perkembangan anak.

6.2.4 Pengaruh Pekerjaan Ibu Dengan Kematian Bayi

Penelitian ini mengungkapkan hasil analisis yang signifikan terkait hubungan antara pekerjaan ibu dan kematian bayi berdasarkan data SDKI 2017. Dengan p-value sebesar 0,013, hasil menunjukkan bahwa terdapat hubungan statistik yang signifikan antara pekerjaan ibu dan kematian bayi. Selanjutnya, nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,5 mengindikasikan bahwa ibu yang tidak bekerja memiliki risiko yang lebih rendah dalam menyebabkan kematian bayi dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

Analisis multivariat yang dilakukan untuk memahami pengaruh secara mendalam dari variabel pekerjaan ibu, khususnya pada kategori risiko yaitu ibu yang tidak bekerja, menunjukkan hasil yang menarik. Hasil uji pendekatan Stepwise dengan uji Wald menunjukkan bahwa pekerjaan ibu tetap berada di dalam model dengan p-value sebesar 0,013. Hal ini mengindikasikan bahwa, bahkan setelah mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi hubungan tersebut, pekerjaan ibu masih memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kematian bayi.

Sejalan dengan penelitian (Adegbosin *et al.*, 2019) yang menjelaskan bahwa ibu yang tidak bekerja mempunyai risiko terhadap kejadian bayi meninggal. Hasil ini memberikan implikasi bahwa status pekerjaan ibu memainkan peran yang penting dalam risiko kematian bayi, dan keberlanjutan penelitian ini dapat memberikan wawasan lebih lanjut mengenai mekanisme dan faktor-faktor mediasi yang terlibat dalam hubungan ini.

Sejumlah asumsi yang melandasi interpretasi tentang hubungan antara pekerjaan ibu dan kematian bayi dapat diidentifikasi. Asumsi awal adalah bahwa

terdapat hubungan kausal sebab-akibat antara pekerjaan ibu dan kematian bayi. Artinya, diasumsikan bahwa pekerjaan ibu dapat secara langsung memengaruhi faktor-faktor yang terkait dengan risiko kematian bayi. Asumsi kedua adalah bahwa dampak pekerjaan ibu terhadap kematian bayi bersifat independen, menyiratkan bahwa pengaruh ini tetap signifikan meskipun ada kontrol terhadap variabel-variabel lain yang mungkin memengaruhi hubungan tersebut. Dengan demikian, interpretasi dapat dilakukan dengan menyatakan bahwa efek pekerjaan ibu terhadap kematian bayi tidak semata-mata dipengaruhi oleh faktor-faktor tambahan yang tidak dimasukkan dalam analisis.

6.2.5 Pengaruh Metode Melahirkan Dengan Kematian Bayi

Dalam penelitian ini, dilakukan analisis hubungan antara variabel independen "Metode Melahirkan" dan variabel dependen "Kematian Bayi" menggunakan data SDKI 2017. Dua kelompok utama dibentuk, yaitu "Bukan Caesar" dan "Melahirkan Caesar". Pada kelompok "Bukan Caesar", sebanyak 97,97% tidak mengalami kematian bayi, sementara 2,03% mengalami kematian bayi. Di sisi lain, pada kelompok "Melahirkan Caesar", sebanyak 98,07% tidak mengalami kematian bayi, dan 1,93% mengalami kematian bayi. Jumlah responden total dalam analisis ini adalah 3,624. Dengan Odds Ratio (OR) sebesar 0,9 dan interval kepercayaan 95% antara 0,5 dan 1,7, hasil penelitian menunjukkan bahwa metode melahirkan Caesar tidak memiliki risiko yang signifikan dalam menyebabkan kematian bayi. P-value sebesar 0,856 menunjukkan bahwa tidak terdapat cukup bukti statistik untuk menolak hipotesis nol, mengindikasikan ketidaksignifikan hubungan antara metode

melahirkan dan kematian bayi. OR sebesar 0,9 menyiratkan bahwa melahirkan dengan cara caesar memiliki risiko yang relatif rendah terkait dengan kematian bayi.

Analisis multivariat dengan regresi logistik dan pendekatan stepwise memberikan insight lebih lanjut. Hasilnya menunjukkan bahwa variabel "Metode Melahirkan" tidak tetap berada dalam model, dengan p-value sebesar 0,919 yang melebihi batas signifikansi.

Penelitian yang dilakukan oleh (Adewale *et al.*, 2023) memberikan kontribusi penting dalam memahami hubungan antara metode melahirkan normal dan risiko kematian bayi. Dalam studi ini, peneliti mengeksplorasi dampak dari metode melahirkan normal terhadap kejadian kematian bayi, menambahkan dimensi baru pada pengetahuan yang telah ada tentang faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesejahteraan bayi selama proses kelahiran.

Penelitian ini mendukung kesimpulan bahwa metode melahirkan normal lebih berisiko menyebabkan kematian bayi dibandingkan metode Caesar mungkin termasuk beberapa faktor yang perlu diperhatikan. Pertama, peneliti mungkin mengasumsikan bahwa proses kelahiran normal melibatkan risiko yang lebih tinggi karena kemungkinan adanya komplikasi yang tidak terduga, seperti kelahiran prematur, gangguan pada tali pusat, atau kesulitan lainnya yang dapat meningkatkan risiko kematian bayi.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa kelahiran normal dapat memperkenalkan faktor risiko tambahan, seperti infeksi atau trauma selama proses kelahiran, yang dapat berkontribusi terhadap risiko kematian bayi. Asumsi ini bisa didasarkan pada ide bahwa metode Caesar, sebagai prosedur yang dijalankan

melalui intervensi medis, dapat mengurangi kemungkinan komplikasi selama kelahiran. Selain itu, peneliti mungkin mengasumsikan bahwa tingkat keahlian dan pengalaman tenaga medis selama proses kelahiran normal mungkin bervariasi, dan kurangnya pengawasan medis yang intensif dalam kelahiran normal dapat meningkatkan risiko kematian bayi. Oleh karena itu, adanya faktor-faktor ini dapat menciptakan asumsi bahwa metode melahirkan normal lebih berisiko daripada metode Caesar dalam konteks kematian bayi.

6.2.6 Pengaruh Layanan Antenatal Dengan Kematian Bayi

Penelitian ini menginvestigasi pengaruh layanan antenatal terhadap kematian bayi berdasarkan data SDKI 2017. Dua kelompok utama dibentuk, yakni "Baik" dan "Kurang Baik," untuk menganalisis hubungan antara variabel independen "Layanan Antenatal" dan variabel dependen "Kematian Bayi." Pada kelompok "Baik," sebanyak 98,26% tidak mengalami kematian bayi, sementara 1,74% mengalami kematian bayi. Di sisi lain, pada kelompok "Kurang Baik," sebanyak 97,16% tidak mengalami kematian bayi, dan 2,84% mengalami kematian bayi. Total responden yang terlibat dalam analisis ini adalah 3,624.

Hasil analisis menunjukkan bahwa Odds Ratio (OR) sebesar 1,6, dengan interval kepercayaan 95% antara 1,0 dan 2,6. Hasil ini mengindikasikan bahwa layanan antenatal yang kurang baik memiliki risiko 1,6 kali lebih besar dalam menyebabkan kematian bayi. P-value sebesar 0,040, yang dihasilkan dari analisis ini, menyiratkan bahwa terdapat cukup bukti statistik untuk menolak hipotesis nol.

Dengan kata lain, terdapat hubungan signifikan antara kematian bayi dan kualitas layanan antenatal.

Analisis multivariat dengan pendekatan stepwise mengungkapkan bahwa layanan antenatal yang tidak baik, tetap berada dalam model dengan p-value sebesar 0,040. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kematian bayi dan kualitas layanan antenatal, dengan kelompok layanan antenatal yang kurang baik menunjukkan risiko yang lebih tinggi.

6.2.7 Pengaruh Layanan Postnatal Dengan Kematian Bayi

Penelitian ini mengeksplorasi hubungan antara variabel independen "Layanan Postnatal" dan variabel dependen "Kematian Bayi" berdasarkan data SDKI 2017. Dua kelompok utama dibentuk, yakni "Iya" (menerima layanan postnatal dengan pemeriksaan setelah 2 bulan melahirkan) dan "Tidak" (tidak menerima layanan postnatal). Pada kelompok "Iya," sebanyak 99,18% tidak mengalami kematian bayi, sedangkan 0,82% mengalami kematian bayi. Di sisi lain, pada kelompok "Tidak," sebanyak 95,85% tidak mengalami kematian bayi, namun 4,15% mengalami kematian bayi. Jumlah total responden dalam analisis mencapai 3,624.

Hasil analisis menunjukkan bahwa Odds Ratio (OR) sebesar 5,2, dengan interval kepercayaan 95% antara 3,0 dan 8,8. Hal ini menandakan bahwa kelompok yang tidak menerima layanan postnatal memiliki risiko kematian bayi sekitar 5,2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang menerima layanan postnatal. P-value sebesar 0,0001, hasil dari analisis ini, memberikan bukti statistik yang cukup

untuk menolak hipotesis nol. Dengan kata lain, terdapat hubungan signifikan antara kematian bayi dan penerimaan layanan postnatal.

Analisis multivariat dengan pendekatan stepwise menegaskan bahwa variabel "melakukan cek 2 bulan setelah melahirkan" tetap berada dalam model, dengan p-value sebesar 0,000 yang jauh di bawah tingkat signifikansi. Hal ini menjelaskan bahwa hubungan yang signifikan antara penerimaan layanan postnatal dan kematian bayi masih konsisten setelah mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi hubungan tersebut. Hasil ini memberikan dukungan lebih lanjut terhadap temuan bahwa layanan postnatal dapat memiliki dampak yang signifikan dalam mengurangi risiko kematian bayi, dan keberlanjutan penelitian ini dapat memberikan wawasan lebih lanjut tentang mekanisme dan strategi pencegahan yang dapat diimplementasikan.

Studi yang dilakukan oleh (Tiruneh *et al.*, 2019) sejalan dengan temuan penelitian ini, menggambarkan kesamaan dalam hal dampak penerimaan layanan postnatal terhadap kejadian kematian bayi. Penelitian tersebut menyajikan hasil yang mendukung temuan yang sama, yaitu bahwa melakukan pemeriksaan 2 bulan setelah melahirkan dapat berkontribusi dalam mengurangi insiden kematian bayi.

Asumsi penelitian ini merujuk pada premis dasar bahwa tidak melakukan pemeriksaan 2 bulan setelah melahirkan dapat menyebabkan dan meningkatkan potensi kematian bayi. Asumsi ini bersandar pada keyakinan bahwa layanan postnatal memiliki peran penting dalam mendeteksi dan menanggapi potensi masalah kesehatan pada bayi yang dapat berkembang setelah kelahiran.

Oleh karena itu, jika ibu tidak menjalani pemeriksaan postnatal, diasumsikan bahwa potensi masalah kesehatan pada bayi tidak teridentifikasi secara dini, mengakibatkan penundaan dalam intervensi medis yang mungkin diperlukan. Asumsi ini juga didasarkan pada anggapan bahwa pelayanan kesehatan rutin setelah melahirkan dapat memberikan pemantauan kesehatan yang lebih intensif, mendeteksi gejala atau risiko kematian bayi lebih awal, dan oleh karena itu, memberikan peluang lebih besar untuk tindakan pencegahan atau pengobatan yang efektif. Selain itu, diasumsikan bahwa ketidakpartisipan dalam pemeriksaan postnatal dapat menghambat akses ibu dan bayi terhadap informasi kesehatan dan perawatan yang mungkin dapat mengurangi risiko kematian bayi.

6.2.8 Pengaruh Penolong Persalinan Dengan Kematian Bayi

Dalam penelitian ini, dilakukan analisis terhadap hubungan antara variabel independen "Penolong Persalinan" dan variabel dependen "Kematian Bayi" menggunakan data SDKI 2017. Dua kelompok utama dibentuk, yaitu "Nakes" (Tenaga Kesehatan) dan "Bukan Nakes" (Bukan Tenaga Kesehatan). Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok "Nakes", sebanyak 98,45% tidak mengalami kematian bayi, sedangkan 1,55% mengalami kematian bayi. Di sisi lain, pada kelompok "Bukan Nakes", sebanyak 97,85% tidak mengalami kematian bayi, dan 2,15% mengalami kematian bayi. Dengan menggunakan Odds Ratio (OR), hasil penelitian menunjukkan nilai 1,3, dengan interval kepercayaan 95% antara 0,7 dan 2,5. Meskipun Odds Ratio menunjukkan bahwa kelompok yang ditolong oleh bukan nakes memiliki risiko kematian bayi sekitar 1,3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan

kelompok yang ditolong oleh nakes, namun p-value sebesar 0,277 menunjukkan bahwa tidak terdapat cukup bukti statistik untuk menolak hipotesis nol. Hal ini mengindikasikan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara penolong persalinan dan kematian bayi, dan hasil yang ditemukan mungkin hanya akibat dari fluktuasi acak.

Selanjutnya, analisis multivariat dengan pendekatan stepwise dilakukan untuk mengidentifikasi apakah kategori persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan tetap berada dalam model. Hasilnya menunjukkan bahwa p-value sebesar 0,277 melebihi batas signifikansi yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, variabel ini tidak tetap berada dalam model, menunjukkan bahwa kategori penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap kematian bayi setelah mempertimbangkan variabel-variabel lain dalam analisis.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara penolong persalinan (Nakes dan Bukan Nakes) dengan kematian bayi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pertama, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penolong persalinan mungkin seragam, baik oleh tenaga kesehatan maupun bukan tenaga kesehatan. Jika pelayanan yang diberikan relatif serupa, maka dampaknya terhadap kematian bayi dapat menjadi sebanding antara kedua kelompok. Kedua, faktor-faktor lain seperti kualitas peralatan medis, keberadaan fasilitas kesehatan yang memadai, dan respons cepat terhadap komplikasi dapat memainkan peran penting dalam menentukan hasil kematian bayi.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pengaruh dan risiko aspek sosiodemografi dan karakteristik kesehatan rumah tangga terhadap kematian bayi. Maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Hasil analisis pengaruh otonomi perempuan terhadap kematian bayi menunjukkan bahwa rendahnya otonomi perempuan tidak secara signifikan terkait dengan kematian bayi, meskipun ada peningkatan risiko sebesar 1,2 kali. Uji regresi logistik juga mengkonfirmasi bahwa otonomi perempuan tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap kematian bayi setelah mengontrol variabel lain.
2. Analisis pengaruh status ekonomi keluarga terhadap kematian bayi menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara status ekonomi keluarga (mampu atau tidak mampu) dengan kematian bayi. Pada kedua kelompok, tidak terdapat bukti statistik yang cukup untuk menolak hipotesis nol, menunjukkan bahwa status ekonomi keluarga tidak memainkan peran signifikan dalam memprediksi kematian bayi.
3. Analisis pengaruh pendidikan ibu terhadap kematian bayi didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara pendidikan ibu dan kematian bayi. Ibu yang tidak menempuh pendidikan formal memiliki risiko kematian bayi 3,1 kali lebih tinggi, dan hasil ini tetap signifikan dalam analisis multivariat. Pendidikan ibu memiliki dampak yang signifikan dalam mempengaruhi kematian bayi.

4. Status pekerjaan ibu juga terkait dengan kematian bayi. Ibu yang tidak bekerja memiliki risiko kematian bayi yang lebih rendah, dan hasil ini tetap signifikan setelah dikontrol variabel lain. Artinya, status pekerjaan ibu dapat menjadi faktor pelindung terhadap kematian bayi.
5. Hasil analisis pengaruh metode melahirkan dengan kematian bayi tidak menunjukkan hubungan signifikan antara metode melahirkan (normal atau caesar) dengan kematian bayi. Baik dari segi analisis bivariat maupun multivariat, metode melahirkan tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap risiko kematian bayi.
6. Hasil analisis pengaruh layanan antenatal dengan kematian bayi menunjukkan bahwa kualitas layanan antenatal yang kurang baik secara signifikan terkait dengan kematian bayi. Terdapat kecenderungan risiko yang lebih tinggi (1,6 kali lipat), hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan secara statistik antara kualitas layanan antenatal yang kurang baik dan kematian bayi ($P\text{-value} = 0,040$).
7. Layanan postnatal menunjukkan hubungan yang sangat signifikan dengan kematian bayi. Kelompok yang tidak menerima layanan postnatal memiliki risiko kematian bayi sekitar 5,2 kali lebih tinggi, dan hasil ini sangat signifikan secara statistik dengan $P\text{-value}$ yang rendah (0,0001). Temuan ini menegaskan bahwa layanan postnatal memiliki peran krusial dalam mengurangi risiko kematian bayi. Peningkatan fokus pada layanan postnatal dapat menjadi strategi efektif dalam upaya pencegahan kematian bayi.

8. Berdasarkan hasil analisis pengaruh penolong persalinan dengan kematian bayi, didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara penolong persalinan (nakes atau bukan nakes) dengan kematian bayi. Baik dalam analisis bivariat maupun multivariat, jenis penolong persalinan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kematian bayi setelah mengontrol variabel-variabel lain.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan dari penelitian ini, berikut beberapa saran dari peneliti terkait permasalahan yang ditemukan dari hasil penelitian dan rekomendasi untuk program pemerintah serta penelitian selanjutnya.

1. Otonomi Perempuan

Menyadari bahwa otonomi perempuan dapat memainkan peran penting dalam kesehatan bayi, disarankan untuk mengembangkan program-program yang mendukung pemberdayaan perempuan secara ekonomi dan sosial. Inisiatif ini dapat melibatkan pelatihan keterampilan, pendidikan keuangan, dan dukungan untuk wirausaha perempuan, sehingga mereka dapat mengambil peran aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan keluarga dan merencanakan kehamilan dengan bijak.

2. Pendidikan Ibu

Meningkatkan akses dan kualitas pendidikan bagi ibu merupakan prioritas. Pemerintah dan mitra non-pemerintah dapat bekerja sama untuk menyediakan program pendidikan kesehatan reproduksi yang mencakup aspek-aspek kesehatan bayi. Selain itu, kampanye penyuluhan di tingkat komunitas dapat membantu meningkatkan kesadaran tentang praktik-praktik kesehatan bayi yang baik.

3. Kunjungan Antenatal

Pentingnya kunjungan antenatal sebelum dan setelah kehamilan harus ditekankan melalui kampanye edukasi dan promosi. Program pemerintah dapat difokuskan pada meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan antenatal, dengan memastikan bahwa semua ibu hamil memiliki akses ke perawatan kesehatan yang memadai dan dapat menerima informasi yang diperlukan untuk merawat diri mereka dan bayi yang belum lahir.

4. Intervensi Pemerintah

Pemerintah dapat meningkatkan kualitas dan jangkauan program antenatal dan postnatal. Ini mencakup pelatihan yang intensif bagi petugas kesehatan, promosi kunjungan rutin, dan pemantauan kesehatan bayi setelah kelahiran. Sumber daya harus dialokasikan untuk memastikan bahwa layanan ini merata di seluruh wilayah dan mudah diakses oleh semua lapisan masyarakat.

5. Penelitian Lanjutan

Penelitian lanjutan harus difokuskan pada memahami faktor-faktor mediasi yang mungkin mempengaruhi hubungan antara otonomi perempuan dan kematian bayi. Penelitian ini juga dapat mengeksplorasi dinamika regional dan budaya yang dapat memengaruhi implementasi kebijakan dan intervensi kesehatan. Melibatkan multi-disiplin ilmu seperti kedokteran, sosiologi, dan antropologi dapat memberikan wawasan holistik.

Dengan menerapkan saran-saran ini, diharapkan dapat meningkatkan kondisi kesehatan bayi, mendukung otonomi perempuan, dan memberikan kontribusi pada upaya pemerintah dalam mencapai target kesehatan yang berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adegbosin, A.E. *et al.* (2019) 'Systematic review and meta-analysis of the association between dimensions of inequality and a selection of indicators of Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH).', *Journal of global health*, 9(1), p. 10429. Available at: <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010429>.
- Adewale, V. *et al.* (2023) 'Planned cesarean delivery vs planned vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(12), p. 101186. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101186>.
- Adha, S. (2023) 'ANALISIS PENGARUH FAKTOR EKONOMI DAN SOSIAL TERHADAP MORTALITAS BAYI MELALUI ASUPAN NUTRISI, PELAYANAN KESEHATAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT: STUDI EMPIRIS DI KABUPATEN KOTABARU', 23(02), pp. 1–9.
- Adu, J. and Owusu, M.F. (2023) 'How do we improve maternal and child health outcomes in Ghana?', *International Journal of Health Planning and Management*, 38(4), pp. 898–903. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm.3639>.
- Aisyan, S.D.S., Jannah, S.N. and Wardani, Y. (2013) 'Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi Keluarga Dengan Kematian Perinatal Di Wilayah Kerja Puskesmas Baamang Unit Ii Sampit Kalimantan Tengah Januari-April 2010', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health)*, 5(1), pp. 35–44. Available at: <https://doi.org/10.12928/kesmas.v5i1.1085>.
- Akinyemi, J.O., Solanke, B.L. and Odimegwu, C.O. (2018) 'Maternal Employment and Child Survival During the Era of Sustainable Development Goals: Insights from Proportional Hazards Modelling of Nigeria Birth History Data.', *Annals of global health*, 84(1), pp. 15–30. Available at: <https://doi.org/10.29024/aogh.11>.
- 'An analytical Framework for the study of Child Survival in Developing Countries' (2003), 81(2).
- Banul, M.S. (2018) 'HUBUNGAN TRADISI DENGAN PERILAKU IBU BERSALIN DALAM PEMILIHAN PENOLONG PERSALINAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MAMBA KABUPATEN MANGGARAI TIMUR, NTT TAHUN 2017', *Wawasan Kesehatan*, 3(1), pp. 37–45.
- Bhatia, A., Krieger, N. and Subramanian, S. V (2019) 'Learning From History About Reducing Infant Mortality: Contrasting the Centrality of Structural Interventions to Early 20th-Century Successes in the United States to Their Neglect in Current Global Initiatives.', *The Milbank quarterly*, 97(1), pp. 285–345. Available at: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12376>.

- Cahyani, I.S.D. (2020) 'Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Trucuk I Kabupaten Kleten', *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), pp. 84–94.
- CDC (2021) *Infant Mortality, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.
- Chao, F. *et al.* (2018) 'National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: a systematic assessment', *The Lancet Global Health*, 6(5), pp. e535–e547. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30059-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30059-7).
- Cholifah, C., Nisak, U. and PK, A. (2020) *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat, FiKes Universitas Muhammadiyah Sidoarjo*.
- Downe, S. *et al.* (2019) 'Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis.', *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), p. CD012392. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012392.pub2>.
- Goudar, S.S. *et al.* (2015) 'Institutional deliveries and perinatal and neonatal mortality in Southern and Central India'. Available at: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S13>.
- Heinonen, K. (2021) 'Strengthening Antenatal Care towards a Salutogenic Approach: A Meta-Ethnography.', *International journal of environmental research and public health*, 18(10). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105168>.
- Hendari, *et al.* (2013) 'Faktor determinan kematian bayi di Kabupaten Bima tahun 2012', *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1(2), pp. 121–127. Available at: <https://doi.org/10.15562/PHPMA.V1I2.174>.
- Huriani, Y., Dulwahab, E. and Annibras, N. (2021) *Strategi penguatan ekonomi perempuan berbasis keluarga, Bandung: Lekkas*.
- Husnah, W., Siscawati, M. and Pamungkas, C. (2022) 'Perempuan Indoneisa Dalam Proses Pengambilan Keputusan Menjadi Pengantin Pesanan Ke Tiongkok : Perspektif Interseksionalitas Dan Otonomi Relasional', *Jurnal Kajian Wilayah*, 12(1), p. 25. Available at: <https://doi.org/10.14203/jkw.v12i1.849>.
- Kiross, G.T. *et al.* (2019) 'The effect of maternal education on infant mortality in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis.', *PloS one*, 14(7), p. e0220076. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220076>.
- Kusnali, *et al.* (2021) 'OTONOMI PENGAMBILAN KEPUTUSAN PEREMPUAN MENIKAH DAN STATUS PENGGUNAAN KONTRASEPSI', *Seminar Nasional dan Call For Paper 2023 dengan tema 'Penguatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Menuju Indonesia Emas 2045' PSGESI LPPM UWP*, 8(1), pp. 129–145. Available at: <https://doi.org/10.38156/GESI.V8I1.62>.
- Lengkong, G.T. *et al.* (2020) 'faktor – faktor yang berhubungan dengan kematian bayi di indonesia', 9(4), pp. 41–47.

- Lestari, T.R.P. (2020) 'Achievement of Mother and Baby Health Status As One of the Successes of Mother and Child Health Programs', *Kajian*, 25(1), pp. 75–89.
- Listyaningsih, U., Sumini, S. and Satiti, S. (2016) 'Unmet Need', *Populasi*, 24(1), p. 72. Available at: <https://doi.org/10.22146/jp.23696>.
- Louangpradith, V. *et al.* (2020) 'Trends and risk factors for infant mortality in the Lao People's Democratic Republic', *Scientific Reports*, 10(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78819-9>.
- Masitoh, S., Theresia and Karningsih (2017) 'Asfiksia Faktor Dominan Penyebab Kematian Neonatal', *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 1(2), pp. 163–168.
- Memiah, P. *et al.* (2019) 'Is sexual autonomy a protective factor for neonatal, child, and infant mortality? A multi-country analysis.', *PloS one*, 14(2), p. e0212413. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212413>.
- Ministry of Health Indonesia (2018) 'Indonesia Demographic and Health Survey 2017', *Bps*, p. 588.
- Mogi, I.R.O. and Anggraeni, L.D. (2021) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di RSUD Ende', *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 16(1), pp. 7–13. Available at: <https://doi.org/10.14710/jpki.16.1.7-13>.
- Mondal, D., Karmakar, S. and Banerjee, A. (2020) 'Women's autonomy and utilization of maternal healthcare in India: Evidence from a recent national survey.', *PloS one*, 15(12), p. e0243553. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243553>.
- Mughal, S., Azhar, Y. and Siddiqui, W. (2022) 'Postpartum Depression', *StatPearls*, pp. 1–3.
- Muhe, L.M. *et al.* (2019) 'Major causes of death in preterm infants in selected hospitals in Ethiopia (SIP): a prospective, cross-sectional, observational study.', *The Lancet. Global health*, 7(8), pp. e1130–e1138. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30220-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30220-7).
- Nurfauzi, D.F., Nuraini, S. and Marta, M.S. (2023) 'Strategi Penanggulangan Stunting Pada Anak Usia 6-59 Bulan di Desa Pangarengan Kecamatan Legonkulon Kabupaten Subang', *Proceedings UIN Sunan Gunung Djati Bandung*, Vol 3, No.
- Nurhaqiqi, S. (2019) 'Hubungan Usia Ibu Saat Melahirkan Dengan Kejadian Kematian Neonatal Di Indonesia (Analysts Data Sdki 2017)', pp. 1–32.
- Nurhidayanti, S., Margawati, A. and Kartasurya, M.I. (2018) 'Kepercayaan Masyarakat terhadap Penolong Persalinan di Wilayah Halmahera Utara', *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 13(1), p. 46. Available at: <https://doi.org/10.14710/jpki.13.1.46-60>.
- Nurwati, R.N. and Listari, Z.P. (2021) 'Pengaruh Status Sosial Ekonomi Keluarga

Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Pendidikan Anak', *Share : Social Work Journal*, 11(1), p. 74. Available at: <https://doi.org/10.24198/share.v11i1.33642>.

Olya, F., Ningsih, F. and Ovany, R. (2023) 'Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Menteng Tahun 2022', *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 9(1), pp. 137–145. Available at: <https://doi.org/10.33084/JSM.V9I1.5160>.

Ouahid, H. *et al.* (2023) 'Gender norms and access to sexual and reproductive health services among women in the Marrakech-Safi region of Morocco: a qualitative study.', *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), p. 407. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05724-0>.

Paritas, H. *et al.* (2018) 'Hubungan Paritas, Penolong Persalinan dan Jarak Kehamilan dengan Angka Kematian Bayi di Jawa Timur', *Jurnal Biometrika dan Kependudukan (Journal of Biometrics and Population)*, 7(2), pp. 113–121. Available at: <https://doi.org/10.20473/JBK.V7I2.2018.113-121>.

Pratiwi, A. *et al.* (2022) 'Kesetaraan Gender , Disabilitas dan Inklusi Sosial dalam Praktik', *Pengalaman Riset dan Advokasi Mitra: Knowledge Sector Initiative*, pp. 1–192.

Putri, N.N. *et al.* (2022) 'Persalinan Pada Ibu Hamil Dan Program Pengencangan Perut Pada Ibu Menyusui Di Rw 06 Desa', *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(2), pp. 1–8.

Ram, R., Kumar, M. and Kumari, N. (2022) 'Association between women's autonomy and unintended pregnancy in India', *Clinical Epidemiology and Global Health*, 15, p. 101060. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101060>.

Reinissa, A. *et al.* (2017) 'Persepsi Ibu Nifas tentang Mutu Pelayanan Postnatal Care dengan Kunjungan Ulang', *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 1(3), pp. 33–42. Available at: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/14047> (Accessed: 18 December 2023).

Rosa-Mangeret, F. *et al.* (2022) '2.5 Million Annual Deaths-Are Neonates in Low-and Middle-Income Countries Too Small to Be Seen? A Bottom-Up Overview on Neonatal Morbi-Mortality.', *Tropical medicine and infectious disease*, 7(5). Available at: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7050064>.

Satria Buana, M., Erlina, E. and Yulia Rahman, E. (2021) 'Paradigma Pendidikan Politik Antikorupsi dan Kesetaraan Gender di Partai Politik', *Integritas*, 7(1), pp. 23–42. Available at: <https://doi.org/10.32697/integritas.v7i1.733>.

Slomian, J. *et al.* (2017) 'Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>.

- Soe, K., Holland, P. and Mateus, C. (2019) 'Association Between Maternal Education and Childhood Mortalities in Myanmar', *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(8), pp. 689–700.
- Sougou, N.M. *et al.* (2020) 'Women's autonomy in health decision-making and its effect on access to family planning services in Senegal in 2017: a propensity score analysis', *BMC Public Health*, 20(1), p. 872. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09003-x>.
- Stiyaningsih, H. and Wicaksono, F. (2017) 'Impact of women's empowerment on infant mortality in Indonesia', *Kesmas*, 11(4), pp. 185–191. Available at: <https://doi.org/10.21109/kesmas.v11i4.1259>.
- Suhaeri, F. and Sugiharti, L. (2020) 'Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Angka Kematian Bayi (AKB) Pada Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Timur', *Ekonomikawan: Jurnal Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan*, 20(1), pp. 68–87. Available at: <https://doi.org/10.30596/ekonomikawan.v20i1.3843>.
- Suryawinata, A. *et al.* (2019) 'Komplikasi pada Kehamilan dengan Riwayat Caesarian Section Complications on Pregnancy with Previous Caesarian Section', 6, pp. 364–369.
- TALEBONG, V.U. (2021) 'PENGARUH ANESTESI SPINAL DAN ANESTESI EPIDURAL TERHADAP KADAR GULA DARAH PADA OPERASI SECTIO CAESAREA', p. 6.
- Tekelab, T. *et al.* (2019) 'The impact of antenatal care on neonatal mortality in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis', *PLoS ONE*, 14(9). Available at: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0222566>.
- Tesha, J. *et al.* (2023) 'The role of gender inequities in women's access to reproductive health services: a population-level study of Simiyu Region Tanzania', *BMC Public Health*, 23(1), p. 1111. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15839-w>.
- Thilakoun, K., Reinharz, D. and Kounnavong, S. (2023) 'The Concepts of Women's Empowerment in Child Malnutrition Programs in Luangprabang Province, Lao People's Democratic Republic.', *International journal of environmental research and public health*, 20(17). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph20176662>.
- Tiruneh, G.T., Shiferaw, C.B. and Worku, A. (2019) 'Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), pp. 1–19. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2651-6>.
- WHO (2022) *Newborn Mortality*, World Health Organization.
- Widiastuty, L.I. (2019) 'Pengaruh Kualitas Hidup Perempuan Terhadap Dinamika Angka Harapan Hidup Di Jawa Barat', *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 14(2), pp. 105–118.

- Widiyastuti, D. and Nurcahyani, L. (2019) 'Pengaruh Sapa Orangtua Remaja Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Oangtua tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi', *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 6(3), p. 93. Available at: <https://doi.org/10.22146/jkr.45496>.
- Widlanisia, A. and Siregar, K.N. (2023) 'Pemodelan Statistik Hubungan antara Persalinan Sesar dengan Inisiasi Menyusu Dini di Provinsi DKI Jakarta (Analisis Data SDKI 2017)', *Jurnal Biostatistik, Kependudukan, dan Informatika Kesehatan*, 3(2), p. 63. Available at: <https://doi.org/10.51181/bikfokes.v3i2.6366>.
- Yulieva, E. (2020) 'Faktor sosial ekonomi terhadap mortalitas bayi di kecamatan cibarusah, kota bekasi', *Jurnal Sosial-Ekonomi*, 1(1), pp. 70–83.
- Yustisi Irkan, N. and Aril Ahri, R. (2022) 'JOURNAL OF MUSLIM COMMUNITY HEALTH (JMCH) Analysis of Factors Associated with Infant Mortality', *Journal of Muslim Community Health (JMCH) 2022*, 3(1), pp. 24–32.

LAMPIRAN I KUESIONER

NO	VARIABEL
STATUS EKONOMI KELUARGA	
101.	Apa sumber air minum utama bagi anggota dari rumah tangga Anda?
109.	Fasilitas toilet seperti apa yang dimiliki anggota rumah tangga Anda biasanya digunakan?
121.	Apakah rumah tangga Anda mempunyai alat elektronik?
122.	Apakah ada anggota rumah tangga ini yang memiliki penunjang transportasi?
PENDIDIKAN IBU	
107.	Apakah (NAMA) pernah pergi ke sekolah atau sedang bersekolah? Iya ☐ Tidak ☐
108.	Apa tingkat sekolah tertinggi yang pernah diikuti oleh (NAMA)? 1. SD ☐ 2. SMP ☐ 3. SMA ☐ 4. D1/D2/D3 ☐ 5. D4/S1 ☐ 8. Tidak Tahu ☐
PEKERJAAN IBU	
913.	Apakah pekerjaan Anda? Artinya, jenis pekerjaan apa yang dilakukan yang paling sering kamu lakukan?
OTONOMI PEREMPUAN	
922.	Siapa yang biasanya mengambil keputusan tentang pelayanan kesehatan dirimu sendiri: kamu, kamu (suami/pasangan), kamu dan kamu (suami/pasangan) bersama-sama, atau orang lain?
923.	Yang biasanya mengambil keputusan untuk mengambil keputusan besar pembelian rumah tangga?
924.	Siapa yang biasanya mengambil keputusan tentang kunjungan ke keluarga Anda atau saudara?

KEMATIAN BAYI		
215.	Pada bulan apadan tahun berapa (NAMA) dilahirkan?	Bulan :
		Tahun:
216.	Apakah (NAMA) masih hidup?	
LAYANAN ANTENATAL		
408.	Apakah Anda pernah mendapatkan perawatan antenatal untuk kehamilan?	
412.	Berapa kali Anda menerima perawatan antenatal selama kehamilan?	Jumlah
PENOLONG PERSALINAN		
429.	Siapa yang membantu dalam proses persalinan (NAMA)?	Tenaga Kesehatan
		Orang Lain
		Tidak Ada
METODE MELAHIRKAN		
432.	Apakah (NAMA) lahir melalui operasi caesar, yaitu, apakah perut Anda dibuka untuk mengeluarkan bayi?	Iya
		Tidak
LAYANAN POSTNATAL (CEK 2 BULAN SETELAH MELAHIRKAN)		
457D.	Dalam dua bulan setelah kelahiran (NAMA), apakah ada penyedia layanan kesehatan atau dukun bayi tradisional yang memeriksa kesehatan (NAMA)?	

LAMPIRAN II TABEL SKOR

No.	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Tidak Meninggal	Meninggal	
1.	Kematian Bayi	215	0	1	Pertanyaan dari (215 dan 216) kematian bayi berdasarkan tahun dan bulan kelahiran bayi. 0. Bayi Tidak Meninggal 1. Bayi Meninggal
		216	0	1	

No.	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor			Rentang
			Ibu	Suami	Orang Lain	
2.	Otonomi Perempuan	922	1	0	0	Jumlah skor dari pertanyaan (922-924) menentukan kategori otonomi perempuan tinggi dan rendah. 0. Otonomi Tinggi (>2 jumlah skor) 1. Otonomi Rendah (=2, <2 jumlah skor)
		923	1	0	0	
		924	1	0	0	
Total			3	0	0	

No.	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Ya	Tidak	
3.	Status Ekonomi Keluarga	101	1	0	Rumah tangga dinilai berdasarkan kepemilikan barang konsumen, seperti televisi, sepeda, atau mobil, serta

		109	1	0	karakteristik perumahan seperti sumber air minum, fasilitas toilet, dan jenis lantai. Skor ini dihitung dengan menggunakan analisis komponen utama. Kuintil kekayaan nasional ditentukan dengan menyusun skor setiap anggota rumah tangga (de jure), mengurutkan populasi berdasarkan skor, dan membaginya menjadi lima kategori setara, masing-masing mencakup 20% populasi.
		121	1	0	
		122	1	0	

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Bekerja	Tidak Bekerja	
4.	Pekerjaan Ibu	913	0	1	Pengkodean kategori dari status pekerjaan ibu 0. Ibu bekerja 1. Ibu yang tidak bekerja

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Sekolah	Tidak Sekolah	
5.	Pendidikan Ibu	107	0	1	Pengkodean kategori dari status pendidikan ibu 0. Menempuh pendidikan formal 1. Tidak Menempuh pendidikan formal

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor	Rentang
6.	Layanan Antenatal	412	(Data Numerik) Jumlah Pengunjungan Layanan Antenatal	Pengkodean kategori dari data numerik jumlah pengunjungan antenatal: 0. Baik (6, >6 Kali) 1. Kurang Baik (<6 Kali)

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor			Rentang
			Nakes	Orang Lain	Tidak Ada	
7.	Penolong Persalinan	429	0	1	1	Pengkodean kategori dari penolong persalinan 0. Tenaga Kesehatan (Nakes) 1. Bukan Tenaga Kesehatan (Bukan Nakes)

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Ya	Tidak	
8.	Metode Melahirkan (Caesar)	432	1	0	Pengkodean kategori dari Metode Melahirkan 0. Bukan Caesar 1. Melahirkan Caesar

No	Variabel Penelitian	No. Urut Pertanyaan	Bobot Skor		Rentang
			Ya	Tidak	
9.	Layanan Postnatal (Cek 2 bulan setelah melahirkan)	457D	0	1	Pengkodean kategori dari Layanan Postnatal (Cek 2 bulan setelah melahirkan) 0. Ya 1. Tidak

LAMPIRAN III MASTER TABEL

(Responden 1 – 51 dari Total 3,624 Responden)

LAMPIRAN IV OUTPUT ANALYSIS

. tab Provinsi

Provinsi	Freq.	Percent	Cum.
aceh	202	5.57	5.57
bali	34	0.94	6.51
bangka belitung	50	1.38	7.89
banten	110	3.04	10.93
bengkulu	51	1.41	12.33
cenrtal sulawesi	92	2.54	14.87
central java	222	6.13	21.00
central kalimantan	45	1.24	22.24
east java	217	5.99	28.23
east kalimantan	81	2.24	30.46
east nusa tenggara	194	5.35	35.82
gorontalo	51	1.41	37.22
jakarta	118	3.26	40.48
jambi	48	1.32	41.80
lampung	85	2.35	44.15
maluku	172	4.75	48.90
north kalimantan	60	1.66	50.55
north maluku	79	2.18	52.73
north sulawesi	29	0.80	53.53
north sumatera	218	6.02	59.55
papua	64	1.77	61.31
riau	89	2.46	63.77
riau islands	71	1.96	65.73
south kalimantan	49	1.35	67.08
south sulawesi	138	3.81	70.89
south sumatera	98	2.70	73.59
southeast sulawesi	130	3.59	77.18
west java	333	9.19	86.37
west kalimantan	79	2.18	88.55
west nusa tenggara	99	2.73	91.28
west papua	51	1.41	92.69
west sulawesi	139	3.84	96.52
west sumatera	87	2.40	98.92
yogyakarta	39	1.08	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Umur_ibu

Umur_ibu	Freq.	Percent	Cum.
<20 Tahun	202	5.57	5.57
20-35 Tahun	2,652	73.18	78.75
>35 Tahun	770	21.25	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Umur_bayi_bulan

Umur_bayi_bulan	Freq.	Percent	Cum.
0	120	3.31	3.31
1	303	8.36	11.67
2	300	8.28	19.95
3	317	8.75	28.70
4	330	9.11	37.80
5	291	8.03	45.83
6	268	7.40	53.23
7	245	6.76	59.99
8	281	7.75	67.74
9	313	8.64	76.38
10	279	7.70	84.08
11	295	8.14	92.22
12	282	7.78	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Kematian_bayi

Kematian_bayi	Freq.	Percent	Cum.
Tidak Meninggal	3,551	97.99	97.99
Meninggal	73	2.01	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Otonomi_pr

Otonomi_pr	Freq.	Percent	Cum.
Otonomi Tinggi	602	16.61	16.61
Otonomi Rendah	3,022	83.39	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Ekonomi_Keluarga

Ekonomi_Keluarga	Freq.	Percent	Cum.
Mampu	1,938	53.48	53.48
Tidak Mampu	1,686	46.52	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Pendidikan_Ibu

Pendidikan_Ibu	Freq.	Percent	Cum.
Menempuh Pendidikan Formal	3,574	98.62	98.62
Tidak Menempuh Pendidikan Formal	50	1.38	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Pekerjaan_ibu

Pekerjaan_ibu	Freq.	Percent	Cum.
Bekerja	1,617	44.62	44.62
Tidak Bekerja	2,007	55.38	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Melahirkan_Caesar

Melahirkan_Caesar	Freq.	Percent	Cum.
Bukan Caesar	2,949	81.37	81.37
Melahirkan Caesar	675	18.63	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Layanan_Antenatal

Layanan_Antenatal	Freq.	Percent	Cum.
Baik	2,708	74.72	74.72
Kurang Baik	916	25.28	100.00
Total	3,624	100.00	

. tab Postnatal

Postnatal	Freq.	Percent	Cum.
Iya	2,323	64.10	64.10
Tidak	1,301	35.90	100.00
Total	3,624	100.00	

```
. tab Penolong_Persalinan
```

Penolong_Persalinan	Freq.	Percent	Cum.
Nakes	838	23.12	23.12
Bukan Nakes	2,786	76.88	100.00
Total	3,624	100.00	

```
. . logistic Kematian_bayi Otonomi_pr Ekonomi_Keluarga Pendidikan_Ibu Pekerjaan_ibu Melahir  
> kan_Caesar Layanan_Antenatal Postnatal Penolong_Persalinan
```

Logistic regression

Number of obs = 3,624

LR chi2(8) = 58.63

Prob > chi2 = 0.0000

Log likelihood = -328.00155

Pseudo R2 = 0.0820

Kematian_bayi	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
Otonomi_pr	1.263351	.4343398	0.65	0.499	.6354694	2.472011
Ekonomi_Keluarga	.7395522	.1684501	-1.70	0.090	.3481663	1.071697
Pendidikan_Ibu	3.192454	1.328237	1.14	0.043	.590132	7.278142
Pekerjan_ibu	.5419922	.1333713	-2.49	0.013	.3346052	.8779169
Melahirkan_Caesar	.966821	.3225044	-0.10	0.856	.502816	1.859016
Antenatal	1.67674	.3875726	1.49	0.040	.8828864	2.470035
Postnatal	5.209289	1.415597	6.07	0.000	3.058221	8.873357
Penolong_Persalinan	1.306668	.4306327	0.81	0.277	.6849177	2.492825
_cons	.0079412	.0038692	-9.92	0.000	.003056	.0206358

Note: **_cons** estimates baseline odds.

```
. . stepwise, pr(.05): logit Kematian_bayi Otonomi_pr Ekonomi_Keluarga Pendidikan_I
> bu Pekerjaan_ibu Melahirkan_Caesar Layanan_Antenatal Postnatal Penolong_Persalina
> n
```

Wald test, begin with full model:

```
p = 0.9194 >= 0.0500, removing Melahirkan_Caesar
p = 0.5127 >= 0.0500, removing Otonomi_pr
p = 0.3845 >= 0.0500, removing Penolong_Persalinan
p = 0.1576 >= 0.0500, removing Ekonomi_Keluarga
```

Logistic regression

```
Number of obs = 3,624
LR chi2(2)      = 52.40
Prob > chi2     = 0.0000
Pseudo R2      = 0.0733
```

Log likelihood = -331.11777

Kematian_bayi	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
Postnatal	1.688805	.2695629	6.26	0.000	1.160471	2.217138
Pekerjaan_ibu	-.6612221	.2421179	-2.73	0.006	-1.135765	-.1866796
Antenatal	1.67674	.3875726	1.49	0.040	.8828864	2.470035
Pddkn_ibu	-.6612221	.2421179	1.14	0.043	-1.135765	-.1866796
_cons	-4.494708	.2480809	-18.12	0.000	-4.980938	-4.008478

Note: _cons estimates baseline odds.

```
. svyset PSU, strata(Strata) weight(Sample_Weight) vce(linearized) singleunit(missing)
```

```
Sampling weights: <none>
                  VCE: linearized
                  Single unit: missing
                  Strata 1: Strata
Sampling unit 1: PSU
                  FPC 1: <zero>
                  Weight 1: Sample_Weight
```

```
. svy: tab Provinsi
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Provinsi	proportion
aceh	.0557
bali	.0942
bangka b	.0139
banten	.0304
bengkulu	.0141
cenrtal	.0254
central	.0613
central	.0124
east jav	.0599
east kal	.0224
east nus	.0535
gorontal	.0141
jakarta	.0326
jambi	.0132
lampung	.0235
maluku	.0475
north ka	.0166
north ma	.0218
north su	.0080
north su	.0602
papua	.0177
riau	.0247
riau isl	.0196
south ka	.0135
south su	.0381
south su	.0270
southeas	.0359
west jav	.0919
west kal	.0218
west nus	.0273
west pap	.0141
west sul	.0384
west sum	.0240
yogyakar	.0108
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Umur_ibu
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Umur_ibu	proportion
<20 Tahu	.0557
20-35 Ta	.7318
>35 Tahu	.2125
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Umur_bayi_bulan
(running tabulate on estimation sample)
```

```
. svy: tab Umur_bayi_bulan
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Umur_bayi_bulan	proportion
0	.0335
1	.0836
2	.0834
3	.0875
4	.0909
5	.0802
6	.0734
7	.0674
8	.0769
9	.0862
10	.0748
11	.0806
12	.0778
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Kematian_bayi
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Kematian_ bayi	proportion
Tidak Me Meningga	.9808 .0199
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Otonomi_pr
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Otonomi_p r	proportion
Otonomi Otonomi	.1661 .8339
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Ekonomi_Keluarga
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Ekonomi_K eluarga	proportion
Mampu Tidak Ma	.5346 .4650
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Pendidikan_Ibu
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Pendidika n_Ibu	proportion
Menempuh	.9864
Tidak Me	.0136
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Pekerjaan_ibu
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Pekerjaan _ibu	proportion
Bekerja	.4462
Tidak Be	.5535
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Melahirkan_Caesar
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Melahirka n_Caesar	proportion
Bukan Ca	.8137
Melahirka	.1863
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Layanan_Antenatal
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Layanan_Antenatal	proportion
Baik	.747
Kurang B	.253
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Postnatal
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Postnatal	proportion
Iya	.6410
Tidak	.3590
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: tab Penolong_Persalinan
(running tabulate on estimation sample)
```

Number of strata = 2
Number of PSUs = 1,645

Number of obs = 3,624
Population size = 1,405,352,472
Design df = 1,643

Penolong_Persalinan	proportion
Nakes	.2312
Bukan Na	.7683
Total	1

Key: proportion = Cell proportion

```
. svy: logistic Kematian_bayi Otonomi_pr Ekonomi_Keluarga Pendidikan_Ibu Pekerjaan
> n_ibu Melahirkan_Caesar Layanan_Antenatal Postnatal Penolong_Persalinan
(running logistic on estimation sample)
```

Survey: Logistic regression

Number of strata =	2	Number of obs =	3,624
Number of PSUs =	1,645	Population size =	1,405,352,472
		Design df =	1,643
		F(8, 1636) =	6.86
		Prob > F =	0.0000

Kematian_bayi	Odds ratio	Linearized std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
Otonomi_pr	1.239793	.4352015	0.61	0.508	.6227787	2.468111
Ekonomi_Kelu~a	.6936411	.206932	-1.23	0.090	.3863768	1.245256
Pendidikan_Ibu	3.192135	1.34475	1.32	0.043	.6780726	7.282233
Pekerjaan_ibu	.5430048	.1492962	-2.08	0.013	.3619094	.9716651
Melahirkan_C~r	.964462	.3814701	-0.06	0.856	.4935233	2.126592
Layanan_Ante~l	1.673359	.418237	1.70	0.040	.9340949	2.650115
Postnatal	5.244683	1.414918	6.14	0.000	3.089667	8.902806
Penolong_Per~n	1.306417	.4169888	0.76	0.277	.6768538	2.425974
_cons	.0069418	.003472	-9.94	0.000	.0026027	.018515

Note: **_cons** estimates baseline odds.