



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)
ANTAR PROVINSI DI INDONESIA**

**OLEH:
SUCI KHAIRANI
1907210034**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2023**



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)
ANTAR PROVINSI DI INDONESIA**

Thesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH:
SUCI KHAIRANI
1907210034**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2023**

ABSTRAK

NAMA : SUCI KHAIRANI
NPM : 1907210034

**ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS PADA ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) ANTAR
PROVINSI DI INDONESIA**
(xv + 105 Halaman, 26 Tabel, 20 Grafik, 3 Gambar dan 3 Lampiran)

Telah dilakukan berbagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terutama untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) (70/100.000 KH) pada tahun 2030. Akan tetapi, AKI di Indonesia masih jauh dari target dan cukup tinggi dibandingkan negara Asia Tenggara yang lain, bahkan terjadi disparitas AKI antar provinsi. Hal tersebut mencerminkan adanya kesenjangan berbagai faktor yang berkaitan dengan kesehatan ibu terutama ibu hamil dan melahirkan. Namun, belum banyak yang melakukan pengkajian mengenai disparitas (perbedaan) AKI antar Provinsi di Indonesia terutama yang menggunakan data Profil Kesehatan Indonesia.

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Lokasi penelitian di 34 provinsi di seluruh Indonesia, dengan menggunakan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 sampai 2021. Data sekunder tersebut dianalisis dengan analisis univariat, bivariat (uji *simple linier regression*), dan multivariat (*multiple linier regression*).

Hasil penelitian dengan analisis univariat didapatkan bahwa rata-rata AKI pada 34 provinsi di Indonesia selama 8 tahun terakhir belum mencapai target SDGs sebesar 129 per 100.000 kelahiran hidup terutama di Wilayah Timur Indonesia. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap variasi AKI antar provinsi di Indonesia yaitu kepadatan penduduk P Value= 0.005 dan Cakupan Pelayanan K4 P Value= 0.028 dengan $R^2= 0.16$.

Kementerian Kesehatan diharapkan agar segera merealisasikan program pembangunan puskesmas minimal 1 puskesmas per kecamatan terutama untuk Provinsi Papua dan Papua Barat yang menjadi provinsi terbanyak yang belum memiliki puskesmas (93.57%). Pemerataan puskesmas dapat meningkatkan cakupan K4 serta dapat menjangkau penduduk yang jauh tinggal di pedesaan.

Kata Kunci : Kematian Ibu, Determinan, Profil Kesehatan Indonesia, Uji Regresi, Disparitas, Variasi antar Provinsi.

Daftar Pustaka : 89 buah (1992-2022)

ABSTRACT

NAMA : SUCI KHAIRANI

NPM : 1907210034

**DISPARITIES IN MATERNAL MORTALITY RATIO BETWEEN PROVINCES IN
INDONESIA**

(xv + 105 Pages, 26 Tables, 20 Pictures and 3 Attachments)

There have been numerous attempts to reduce the maternal mortality in Indonesia especially to reach target Sustainable Development Goals (SDGs) (70/100,000 live birth) in 2030. However, maternal mortality in Indonesia is still far from the target and high enough than any other Southeast Asian Country. There's even a disparity between provinces. This reflects the gap of several factors relating to health and especially pregnant women and childbirth. However, it is Not many have done studies on the disparities (differences) between provinces in Indonesia especially those who use Indonesian health profile data.

This study is analytical descriptive, using cross-sectional design with quantitative approach. Research locations in 34 provinces across Indonesia, using Indonesian Health Profile Data from 2014 to 2021. The secondary data is analyzed through the univariate analysis, bivariate (Simple linear regression), and multivariate (Multiple linear regression).

The results of univariate analysis have been found that the average maternal mortality of 34 provinces in Indonesia in the past 8 years has not reached target SDGs of 129 per 100,000 per live birth especially in eastern Indonesia. Research results also showed that the most influential variables on the variation of maternal mortality between provinces in Indonesia are population density P Value= 0.005 and percentage coverage antenatal care (K4) P Value= 0.028 with R^2 = 0.16

The Ministry of Health is expected to promptly implement a program of development of at least 1 Public Health Centers per district, especially for the provinces of Papua and West Papua, which are the most non-public health centers provinces (93.57%). Equality of public health centers can increase the antenatal care coverage as well as can reach distant residents in rural areas.

**Keyword : Maternal Mortality Ratio, Determinant, Indonesian Health Profile,
Regression test, Disparity, Variations Between Provinces**

Bibliography : 89 pieces (1992-2022)

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

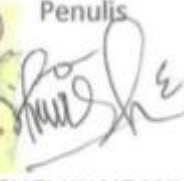
Nama : SUCI KHAIRANI
NPM : 1907210034
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul **“ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) ANTAR PROVINSI DI INDONESIA”** benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya akan bersedia menerima sanksi akademis yang diterapkan oleh PASCASARJANA Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 5 Juli 2021

Penulis

SUCI KHAIRANI
1907210034



LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)
ANTAR PROVINSI DI INDONESIA**

Oleh:

Suci Khairani

NPM: 1907210034

Banda Aceh, 04 Desember 2023

Disetujui oleh:

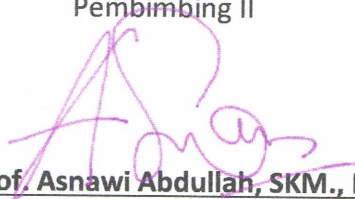
Pembimbing I



(Dr. dr. Melania Hidayat, MPH)

NIP. 19630506 201509 2 001

Pembimbing II

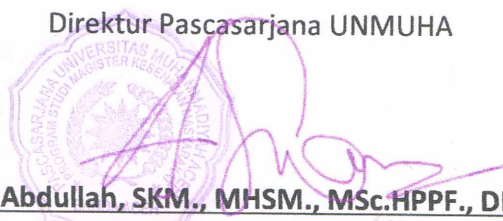


**(Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM.,
MSc.HPPF., DLSHTM., PhD)**

NIP. 19710703 199503 1 001

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD

NIP. 19710703 199503 1 001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

Tesis dengan Judul

ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) ANTAR PROVINSI DI INDONESIA

Oleh:

Suci Khairani

NPM: 1907210034

Telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang Tesis
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

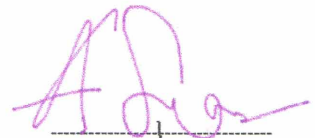
Banda Aceh, 04 Desember 2023

Disetujui oleh Komite Sidang Tesis:

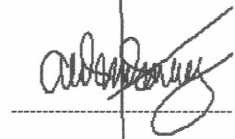
Penguji I : **Dr. dr. Melania Hidayat, MPH**
NIK. 19630506 201509 2 001



Penguji II : **Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM.,
MSc.HPPF., DLSHTM., PhD**
NIP. 19710703 199503 1 001



Penguji III : **Dr. Aulina Adamy, ST., MSc**
NIP. 19790731 201502 2 001

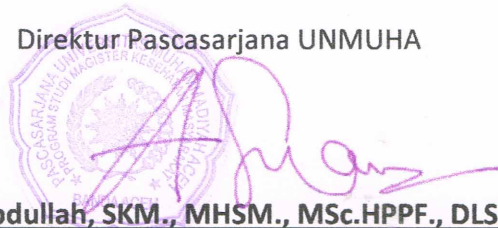


Penguji IV : **Dr. Maidar, M.Kes**
NIDN. 19710723 199101 2 001



Mengetahui:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD

NIP. 19710703 199503 1 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah S.W.T., atas rahmat dan hidayah-Nya penulis telah dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul: **“ANALISIS DETERMINANT DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) ANTAR PROVINSI DI INDONESIA”**, shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam yang islamiah.

Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (MKM-UNMUHA) dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ayahanda **Suparmin** dan Ibunda **Mar’ah** yang selalu mendukung dan mendoakan selama ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak **Dr. H. Aslam Nur. MA** selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Ibu **Dr. dr. Melania Hidayat, MPH** selaku Pembimbing I penulis.
3. Bapak **Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D** selaku Pembimbing II dan Direktur Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Ibu **Dr. Aulina Adamy, ST., M.Sc** dan Ibu **Dr. Maidar, M.Kes** selaku penguji I dan penguji II.
5. Kepada kakak **Fitriani, S.Pd., M.Pd** dan abang **IPDA Ari Kurniawan, S.H., M.H** yang selalu mendoakan dan mendukung selama ini 😊.
6. Kepada Suami **Ridho Maulana Ihsan, S.Kom** yang selalu membantu dan memberikan semangat 😊.

7. Kepada teman-teman yang telah membantu dan mendukung saya dalam membuat tesis ini.

Penulisan tesis ini masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh penulis sendiri. Oleh karena itu kritik dan saran sangat diharapkan untuk perbaikan proposal ini. Akhirnya kepada Allah SWT kita sepantasnya berserah diri, tiada satupun yang terjadi tanpa kehendak-Nya.

Penulis

Suci Khairani

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	iv
PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GRAFIK	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Manfaat Penelitian	7
1.6.1 Manfaat Teoritis	7
1.6.2 Manfaat Praktis	7
1.7 Originalitas Penelitian	9
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	13
2.1 Pengertian Kematian Ibu	13
2.2 Angka Kematian Ibu	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Metodologi	15
2.3 Penyebab Kematian Ibu	16
2.3.1 Penyebab Langsung	16
2.3.2 Penyebab Tidak Langsung	17
2.4 Pencegahan Kematian Ibu	18
2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perbedaan Angka Kematian Ibu antar Provinsi	18
2.6 Variabel Sosio-Demografi	23
2.6.1 Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	23
2.6.2 Hubungan Rata-Rata Lama Sekolah WUS dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	23
2.6.3 Hubungan Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	24

2.7	Variabel Ekonomi.....	25
2.7.1	Hubungan Persentase Penduduk Miskin dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	25
2.8	Variabel Pelayanan Kesehatan & KB.....	27
2.8.1	Hubungan Cakupan Pelayanan K1 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	27
2.8.2	Hubungan Cakupan Pelayanan K4 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	28
2.8.3	Hubungan Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	28
2.8.4	Hubungan Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	29
2.8.5	Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	30
2.8.6	Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	31
2.8.7	Hubungan Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	32
2.8.8	Hubungan Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	32
2.8.9	Hubungan Jumlah Unit Transfusi Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	33
2.8.10	Hubungan Cakupan Kontrasepsi dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	34
2.8.11	Hubungan Jumlah PONEC dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	35
2.8.12	Hubungan <i>Total Fertility Rate</i> dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	35
2.8.13	Hubungan Kehamilan Tidak Diinginkan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	36
2.9	Kerangka Teoritis	37
BAB III KERANGKA KONSEP		39
3.1	Konsep Pemikiran	39
3.2	Hipotesis Penelitian	40
3.3	Variabel Penelitian.....	41
3.3.1	Variabel Independen.....	41
3.3.2	Variabel Dependen	42
3.4	Definisi Operational	42
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		47
4.1	Desain Penelitian	47
4.2	Lokasi Penelitian	47
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian	47

4.4	Metode Pengumpulan Data	48
4.5	Analisis Data	50
4.5.1	Analisa Univariat	50
4.5.2	Analisa Bivariat	50
4.5.3	Analisa Multivariat	51
4.6	Etika Penelitian	51
4.7	Jadwal Penelitian	52
BAB V HASIL PENELITIAN		53
5.1	Gambaran Umum Wilayah Penelitian	53
5.2	Hasil Analisis Data	55
5.2.1	Hasil Analisis Data Univariat	55
5.2.2	Hasil Analisis Data Bivariat	78
5.2.3	Hasil Analisis Data Multivariat	80
BAB VI PEMBAHASAN		82
6.1	Keterbatasan Penelitian	82
6.2	Pembahasan Penelitian	82
6.2.1	Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	83
6.2.2	Hubungan Rata-Rata Lama Sekolah WUS dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	84
6.2.3	Hubungan Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	85
6.2.4	Hubungan Persentase Penduduk Miskin dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	87
6.2.5	Hubungan Cakupan Pelayanan K1 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	88
6.2.6	Hubungan Cakupan Pelayanan K4 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	89
6.2.7	Hubungan Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	90
6.2.8	Hubungan Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	91
6.2.9	Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	92
6.2.10	Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	94
6.2.11	Hubungan Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	95
6.2.12	Hubungan Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	96
6.2.13	Hubungan Jumlah Unit Transfusi Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	97

6.2.14	Hubungan Cakupan Kontrasepsi dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	98
6.2.15	Hubungan Jumlah PONED dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	99
6.2.16	Hubungan <i>Total Fertility Rate</i> dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia.....	100
6.2.17	Hubungan Kehamilan Tidak Diinginkan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia	101
BAB	PENUTUP.....	102
7.1	Kesimpulan.....	102
7.2	Saran	103

Daftar Pustaka

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Originalitas Penelitian	9
Tabel 3.1	Definisi Operasional	41
Tabel 4.1	Jadwal Penelitian	51
Tabel 5.1	Sumber Data Variabel Penelitian	52
Tabel 5.2	Distribusi Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia Tahun 2014-2021	54
Tabel 5.3	Distribusi Kepadatan Penduduk di Indonesia Tahun 2014-2021	56
Tabel 5.4	Distribusi Rata-Rata Lama Sekolah WUS di Indonesia Tahun 2014-2021..	57
Tabel 5.5	Distribusi Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf di Indonesia Tahun 2014-2021	58
Tabel 5.6	Distribusi Persentase Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2014-2021...	59
Tabel 5.7	Distribusi Cakupan K1 di Indonesia Tahun 2014-2021	61
Tabel 5.8	Distribusi Cakupan K4 di Indonesia Tahun 2014-2021	62
Tabel 5.9	Distribusi Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2014-2021	63
Tabel 5.10	Distribusi Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) di Indonesia Tahun 2014-2021	64
Tabel 5.11	Distribusi Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil di Indonesia Tahun 2016-2021	65
Tabel 5.12	Distribusi Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Indonesia Tahun 2016-2021	66
Tabel 5.13	Distribusi Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan di Indonesia Tahun 2014-2021	67
Tabel 5.14	Distribusi Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah di Indonesia Tahun 2014-2021	69
Tabel 5.15	Distribusi Jumlah Unit Transfusi Darah di Indonesia Tahun 2017-2021....	70
Tabel 5.16	Distribusi Cakupan Kontrasepsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	71
Tabel 5.17	Distribusi Jumlah PONEC di Indonesia Tahun 2015	72
Tabel 5.18	Distribusi <i>Total Fertility Rate</i> di Indonesia Tahun 2017-2021.....	73
Tabel 5.19	Distribusi <i>Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)</i> di Indonesia Tahun 2018-2019	75
Tabel 5.20	Distribusi Frekuensi Variabel yang Diukur Tahun 2014-2021	75
Tabel 5.21	Hubungan Sosial Demografi, Ekonomi, dan Pelayanan Kesehatan & KB dengan Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021	77
Tabel 5.22	Hubungan dan Variasi antara Variabel Independen dengan Dependen Menggunakan Berbagai Model	79
Tabel 5.23	Determinan Variasi pada Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia	80

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	Angka Kematian Ibu Di Indonesia Per 100.000 Kelahiran Hidup	2
Grafik 1.2	Angka Kematian Ibu antar Provinsi Di Indonesia Per 100.000 Kelahiran Hidup Tahun 2018-2019.....	2
Grafik 5.1	AKI antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	56
Grafik 5.2	Kepadatan Penduduk antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	57
Grafik 5.3	Rata-Rata Lama Sekolah WUS antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	59
Grafik 5.4	Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	60
Grafik 5.5	Persentase Penduduk Miskin antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	61
Grafik 5.6	Cakupan K1 antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	62
Grafik 5.7	Cakupan K4 antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	64
Grafik 5.8	Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021	65
Grafik 5.9	Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	66
Grafik 5.10	Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021	67
Grafik 5.11	Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021.....	68
Grafik 5.12	Cakupan Puskesmas dengan Kecukupan Bidan antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021	69
Grafik 5.13	Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021.....	70
Grafik 5.14	Jumlah Unit Transfusi Darah antar Provinsi di Indonesia Tahun 2017-2021	71
Grafik 5.15	Cakupan Kontrasepsi antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021	73
Grafik 5.16	Jumlah PONED antar Provinsi di Indonesia Tahun 2015	74
Grafik 5.17	<i>Total Fertility Rate</i> antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021.....	75
Grafik 5.18	Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2018-2019.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Conceptual Framework for Maternal Mortality	37
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	39
Gambar 5.1	Peta Rata-Rata Angka Kematian Ibu antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021	55

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Output Penelitian
- Lampiran 3 Master Tabel

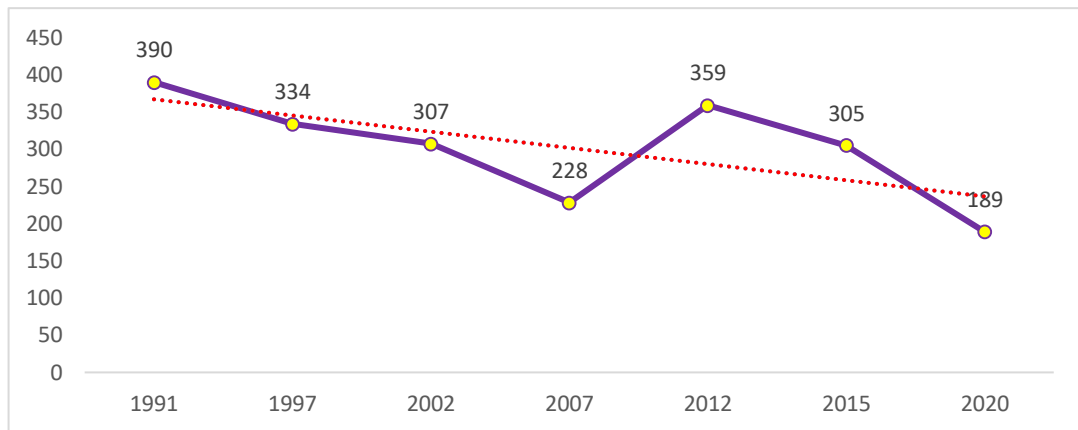
BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

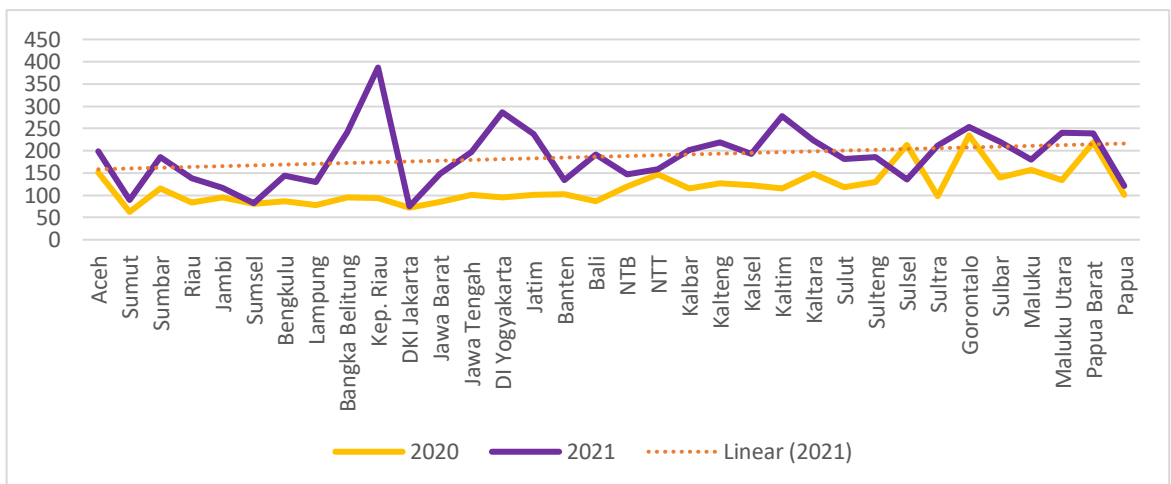
Kematian ibu masih menjadi masalah diberbagai negara terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah (World Health Organization, 2019). Sampai 2017, masih terjadi sekitar 810 kematian ibu per 100.000 Kelahiran Hidup (KH) dan kematian ini 94% terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah walaupun pada periode yang sama sudah terjadi penurunan sebesar 38% (UNICEF, 2019; World Health Organization *et al.*, 2018). Pada regional Asia, Asia-Pasifik menjadi peringkat kedua tertinggi penyumbang Angka Kematian Ibu (AKI) (69/100.000 kelahiran hidup) setelah Asia Selatan (163/100.000 kelahiran hidup) (World Health Organization *et al.*, 2018).

Sebagai negara yang berada di wilayah Asia-Pasifik dengan pendapatan menengah, Indonesia memiliki AKI yang cukup tinggi (177/100.000 KH) bahkan 6 kali lebih besar dibandingkan Malaysia (29/100.000 KH) dan 5 kali lebih besar dibandingkan dengan Thailand (37/100.000 KH) (World Health Organization *et al.*, 2018). Gambaran secara umum AKI di Indonesia sejak tahun 1991 hingga 2020 terus mengalami penurunan (**Grafik 1.1**), hal tersebut termuat dalam Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021 (Kemenkes RI, 2022). Tingkat kematian pada tahun 1991 sebesar 390/100.000, kemudian pada tahun 2007 mampu ditekan hingga angka 189/100.000 KH (Kemenkes RI, 2019).



Grafik 1.1
Grafik Angka Kematian Ibu di Indonesia Per 100.000 Kelahiran Hidup
Sumber: Kemenkes RI (2022)

Dari grafik di atas menunjukkan bahwa tren AKI sejak tahun 1991 hingga tahun 2020 terus menurun. Hasil data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan bahwa terdapat disparitas (perbedaan) AKI di setiap pulau yang ada di Indonesia. Pulau Jawa-Bali yang menjadi pusat pemerintahan dan daerah metropolitan memiliki AKI terendah sebesar 247/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pulau NTT, Papua, dan Maluku yang jauh dari pusat pemerintahan memiliki kematian ibu tertinggi sebesar 489/100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2018).



Grafik 1.2
Grafik Angka Kematian Ibu antar Provinsi Di Indonesia Per 100.000
Kelahiran Hidup Tahun 2020-2021
Sumber: Kemenkes RI (2022)

Data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021 menunjukkan bahwa AKI yang dilaporkan di Indonesia sangat bervariasi, terlihat ada perbedaan antara satu provinsi dengan provinsi lainnya (**Grafik 1.2**) (Kemenkes RI, 2022). AKI tertinggi (2021) terjadi di Provinsi Kepulauan Riau (387/100.000 KH) dan terendah di Provinsi DKI Jakarta (75/100.000 KH). Hanya provinsi Sulawesi Selatan yang mengalami penurunan AKI secara signifikan 213/100.000 KH pada tahun 2020 menjadi 135/100.000 KH pada tahun 2021. Trend line menunjukkan bahwa semakin ke wilayah Indonesia Timur maka AKI semakin tinggi.

Masih terjadi disparitas AKI antar provinsi kendati pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan AKI diantaranya dengan memastikan persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, memantau ibu hamil dengan segera merujuk jika terjadi komplikasi, memastikan ibu melakukan ANC serta pelayanan keluarga berencana (KB) (Kemenkes RI, 2022). Program khusus yang langsung menasar ibu hamil antara lain kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Antenatal Care (ANC) dimana minimal mendapatkan sekali pelayanan dalam kehamilan dan pemeriksaan sekali sewaktu trimester I, serta persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, pelayanan Imunisasi Tetanus Difteri bagi WUS, pemberian tablet tambah darah, pelayanan KB dan pemeriksaan HIV serta Hepatitis B (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Girum & Wasie (2017) tentang faktor yang berkorelasi dengan perbedaan angka kematian ibu di negara-negara berkembang (82 negara) dengan variabel yang diamati diantaranya sosio-ekonomi, sistem pelayanan kesehatan, dan beban penyakit. Didapatkan hasil

bahwa terdapat korelasi antara cakupan pelayanan antenatal, bidan terlatih, rasio dokter, rasio bidan dan perawat, akses ke sumber air dan sanitasi yang lebih baik, angka melek huruf orang dewasa, pernikahan dini, GNI perkapita, kejadian penyakit, unmet need, dan beberapa variabel lainnya dengan rasio kematian ibu. Pada penelitian Alvarez *et al.* (2009) diketahui berbagai faktor yang berhubungan dengan terjadinya perbedaan AKI antar negara yang ada di Sub-Saharan Africa diantaranya sistem pelayanan kesehatan & Keluarga Berencana (KB) (cakupan ANC, persalinan ditolong nakes, akses sumber air yang layak, akses sanitasi yang layak), pendidikan (tingkat melek huruf orang dewasa, prevalensi kontrasepsi, rasio tingkat perempuan terhadap laki-laki, tingkat pendaftaran sekolah dasar, indeks pendidikan), dan ekonomi (pendapatan Bruto nasional per kapita, *out of pocket* untuk kesehatan, pembiayaan kesehatan oleh pemerintah).

Sebelumnya Nurrizka & Wahyono (2018) sudah melakukan penelitian tentang disparitas kematian maternal antar kabupaten yang ada di Indonesia, namun hanya meneliti data 1 tahun dan mengambil variabel diantaranya cakupan kunjungan K1 & K4, cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, cakupan kunjungan nifas (KF), rata-rata jumlah anak, rata-rata lama sekolah WUS, tingkat kemiskinan dan kepadatan penduduk. Sehingga peneliti tertarik untuk menganalisis determinan disparitas AKI antar Provinsi di Indonesia menggunakan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014-2019 dengan menambah variabel persentase penduduk dewasa melek huruf, puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil, Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K),

persentase puskesmas dengan kecukupan bidan, persentase ibu hamil mendapat TTD, jumlah unit transfusi darah dan cakupan kontrasepsi.

Alasan peneliti menggunakan data profil kesehatan disebabkan data lain seperti Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI 2018) tidak tersedia data AKI antar provinsi hanya dapat melihat outcome kematian ibu (ibu mati atau hidup) saja, pada Survey Penduduk antar Sensus (SUPAS) variabel yang tersedia terbatas, dan pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tidak tersedia data AKI. Penambahan variabel yang diteliti bermanfaat untuk menganalisis lebih mendalam faktor yang berhubungan dengan terjadinya disparitas AKI antar provinsi di Indonesia sesuai dengan berbagai program kesehatan yang telah dilaksanakan. Digunakan data selama 8 tahun agar dapat melihat tren AKI di 34 provinsi yang ada di Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Telah dilakukan berbagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terutama untuk mencapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) (70/100.000 KH) pada tahun 2030. Akan tetapi, AKI di Indonesia masih jauh dari target dan cukup tinggi dibandingkan negara Asia Tenggara yang lain, bahkan terjadi disparitas AKI antar provinsi. Hal tersebut mencerminkan adanya kesenjangan berbagai faktor yang berkaitan dengan kesehatan ibu terutama ibu hamil dan melahirkan. Namun, belum banyak yang melakukan pengkajian mengenai disparitas (perbedaan) AKI antar Provinsi di Indonesia terutama yang menggunakan data Profil Kesehatan Indonesia. Lalu, faktor apa yang menyebabkan disparitas (perbedaan) angka kematian ibu antar provinsi di Indonesia? Apakah karena faktor sosio-

demografi, ekonomi, atau pelayanan kesehatan & KB? Penelitian ini akan menganalisis pengaruh ketiga faktor tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor apa saja yang membuat disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia?

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian ini dapat dilihat dari tujuan umum dan tujuan-tujuan yang khusus.

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis determinan yang membuat perbedaan Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.

1.4.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini memiliki beberapa tujuan khusus sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui hubungan antara sosio-demografi (kepadatan penduduk, rata-rata lama sekolah WUS, dan penduduk dewasa melek huruf) dengan Angka Kematian Ibu antar provinsi di Indonesia.
2. Untuk mengetahui hubungan antara ekonomi (persentase penduduk miskin) dengan Angka Kematian Ibu antar provinsi di Indonesia.
3. Untuk mengetahui hubungan antara Pelayanan Kesehatan & KB (cakupan pelayanan K1 dan K4, cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil, cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), persentase puskesmas dengan kecukupan bidan, persentase ibu hamil mendapat TTD, jumlah unit transfusi darah, cakupan

kontrasepsi, jumlah PONE, *total fertility rate* dan persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dengan Angka Kematian Ibu antar provinsi di Indonesia.

4. Untuk mengetahui faktor paling dominan yang membuat variasi pada Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini khusus pada variabel yang tersedia di laporan Profil Kesehatan Indonesia yang berkaitan dengan kematian ibu meliputi faktor sosio-demografi, ekonomi, dan pelayanan kesehatan & KB.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini dapat bermanfaat sebagai acuan kerangka teoritis tentang determinan kematian ibu terutama untuk melihat faktor apa yang paling dominan mempengaruhi variasi (perbedaan) AKI antar provinsi.

1.6.2 Manfaat Praktis

1. Penulis

Sebagai pengembangan pengetahuan dan kemampuan peneliti untuk membuat sebuah karya tulis ilmiah menggunakan data berskala nasional.

2. Peneliti Lain

Sebagai bahan bacaan untuk peneliti lain yang ingin membuat penelitian dengan judul yang sama.

3. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan

Sebagai acuan untuk membuat prioritas kebijakan di masing-masing provinsi karena sudah diketahui faktor paling dominan yang membuat variasi

(perbedaan) Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia sehingga bermanfaat untuk pengembangan program peningkatan kesehatan reproduksi.

1.7 Originalitas Penelitian

Berdasarkan studi kepustakaan terdapat berbagai penelitian tentang determinan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar kabupaten, wilayah, atau negara bagian, seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Metode	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
1.	Girum & Wasie (2017)	Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries	- Ecological Study - Uji Regresi	Terdapat korelasi antara cakupan pelayanan antenatal, bidan terlatih, rasio dokter, rasio bidan dan perawat, akses ke sumber air dan sanitasi yang lebih baik, angka melek huruf orang dewasa, pernikahan dini, GNI perkapita, kejadian penyakit, unmet need, dan beberapa variabel lainnya dengan rasio kematian ibu.	Penelitian ini hanya sampai uji bivariat, sedangkan penelitian saya akan menggunakan uji multivariate dan digunakan beberapa model analisis.
2.	Hamal <i>et al.</i> (2020)	Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India	- Sistematis review	Adanya penelitian kuantitatif dan kualitatif dapat menghasilkan gambaran yang lebih komprehensif terkait faktor kematian ibu dan pemanfaatan layanan kesehatan ibu di India seperti faktor struktural dan perantara serta mekanisme pengaruhnya.	Penelitian menggunakan metode sistematis review

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Metode	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
3.	Meh <i>et al.</i> (2019)	Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria	- Desain studi Survey - Uji multivariable logistic regression	Terdapat variasi tingkat kematian ibu antara kedua wilayah Kematian ibu lebih menonjol di Utara dan meningkat pada tahun 2013 dibandingkan tahun 2008. Untuk Selatan, angkanya sedikit menurun. Paparan media dan pendidikan dikaitkan dengan kematian ibu di Utara sementara metode kontrasepsi, tipe tempat tinggal dan indeks kekayaan dikaitkan dengan kematian ibu di Selatan. Di kedua wilayah tersebut, usia dan kekayaan masyarakat secara signifikan berhubungan dengan kematian ibu.	Variabel dalam penelitian ini lebih banyak, terdapat variabel agama, etnis, kualitas air dan lainnya.
4.	Nelson <i>et al.</i> (2018)	Population-level factors associated with maternal mortality in the United States, 1997–2012	- Desain studi Survey - Uji multilevel mixed-effects regression grouped by state	Memastikan kasus kematian ibu yang lebih baik, perubahan yang merugikan pada penyakit kronis, akses perawatan kesehatan yang tidak memadai, dan faktor penentu sosial kesehatan mewakili risiko yang dapat diidentifikasi untuk kematian ibu yang perlu mendapatkan intervensi dengan segera	Penelitian ini meneliti hubungan faktor penyebab langsung dan tidak langsung dengan kematian ibu. Sedangkan penelitian saya lebih spesifik kepada penyebab tidak langsung.
5.	Nurritzka & Wahyono (2018)	Disparitas Kematian Maternal di Indonesia: Studi Ekologi dengan Analisis Spasial	- Desain studi ekologi (studi agrerat) - Analisis bivariat menggunakan chi-square dan analisis multivariat	Hasil penelitian menunjukkan terjadi disparitas kematian maternal yang diakibatkan kesenjangan faktor intermediet antara kabupaten/kota di Indonesia, dengan risiko kematian maternal tertinggi terjadi di wilayah Indonesia Timur.	Penelitian ini hanya menggunakan data 1 tahun laporan dan meneliti 8 variabel. Sedangkan penelitian saya

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Metode	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan
			menggunakan regresi logistik berganda	Faktor yang paling mempengaruhi kematian maternal adalah kepadatan penduduk dengan OR: 0,283 (95%CI: 0,185-0,430) dan persalinan oleh tenaga ke- sehatan (PN) dengan OR: 1,745 (95%CI:1,081-2,815). Risiko kematian maternal tinggi terjadi pada kabupaten/ kota dengan cakupan kunjungan kehamilan keempat (K4) rendah, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) rendah, cakupan kunjungan nifas (KF) rendah, rata-rata jumlah anak tinggi, rata-rata lama sekolah wanita usia subur rendah, dan kemiskinan tinggi.	menggunakan data 10 tahun dengan 12 variabel.
6.	Tesfaye <i>et al.</i> (2018)	Magnitude, trends and causes of maternal mortality among reproductive aged women in Kersa health and demographic surveillance system, eastern Ethiopia	- Desain studi Survey - Uji Chi-squared	Rasio kematian ibu yang diamati telah menunjukkan tren penurunan selama periode tujuh tahun. Hanya 26% yang menghadiri setidaknya satu layanan perawatan antenatal. Penyebab kematian ibu tersering adalah perdarahan postpartum dan hipertensi pada kehamilan	Penelitian ini terdapat penyebab langsung dan tidak langsung dan hanya menggunakan analisis bivariat. Namun tidak terdapat variabel antenatal dan postnatal care, program saat kehamilan dan persalinan, dan imunisasi pada WUS dan Ibu hamil.

Penelitian di atas adalah penelitian dengan topik yang sama yaitu angka kematian ibu. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang sudah ada dari segi variabel yang diteliti dimana lebih fokus pada faktor demografi, ekonomi, dan pelayanan kesehatan. Data yang digunakan adalah data laporan Profil Kesehatan Indonesia selama 8 tahun terakhir dan membandingkan atau melihat variasi antar provinsi serta mencari faktor yang paling dominan yang menyebabkan variasi tersebut.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Pengertian Kematian Ibu

Menurut *World Health Organization* (WHO) kematian ibu adalah setiap kematian yang terjadi pada saat ibu sedang hamil atau selama 42 hari setelah terminasi kehamilan (penghentian kehamilan), disebabkan dan diperberat oleh keadaan kehamilan atau penanganannya, bukan karena kecelakaan atau cedera. Namun, untuk mempermudah identifikasi kematian ibu dimana terkadang penyebab kematian ibu tidak memadai maka WHO telah memperkenalkan kategori baru, kematian terkait kehamilan yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau dalam waktu 42 hari setelah terminasi kehamilan (pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas) terlepas dari penyebab kematian apapun (World Health Organization, 2004).

Kematian ibu secara global sekitar 73% disebabkan oleh penyebab langsung obstetri dengan penyebab tertinggi secara berurut: perdarahan selama kehamilan (27%), hipertensi (14%), sepsis (11%), aborsi (8%), emboli (3%) dan komplikasi dari seluruh penyebab langsung (10%) (Say *et al.*, 2014). Dari seluruh penyebab ini sudah jelas bahwa persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan profesional dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan agar penanganan lebih cepat dan tepat karena untuk pencegahan dan penanganan penyebab langsung obstetri sudah diketahui dengan baik (World Health Organization, 2019).

2.2 Angka Kematian Ibu

2.2.1 Pengertian

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan karena AKI dapat menggambarkan status wanita secara keseluruhan, akses ke pelayanan kesehatan, dan daya tanggap sistem kesehatan terhadap kebutuhan wanita. Adanya AKI bukan hanya untuk mengetahui tingkat risiko selama kehamilan dan persalinan melainkan juga secara tidak langsung dapat mengukur status sosial dan ekonomi serta menilai efektivitas program yang telah dilakukan (ICF, 2000). Data AKI bermanfaat untuk pengembangan program kesehatan reproduksi terutama pelayanan kehamilan, persalinan, dan ibu nifas (Badan Pusat Statistik, 2012).

Maternal mortality ratio adalah jumlah kematian ibu per 100.000 jumlah lahir hidup, perhitungan ini lebih menggambarkan risiko obstetrik terhadap kematian ibu, namun sulit untuk mendapatkan jumlah 100.000 lahir hidup jika suatu daerah memiliki jumlah penduduk yang kecil (World Health Organization, 2015; Soemantri & Tjandrarini, 2007). Sedangkan *maternal mortality rate* adalah jumlah kematian ibu per 100.000 jumlah wanita usia subur 15-44 tahun atau 15-49 tahun, dapat menggambarkan risiko kematian maternal seluruh wanita usia subur tidak hanya fokus pada ibu hamil dan melahirkan, namun kurang sensitif untuk mengukur besarnya risiko kematian terkait obstetrik pada ibu hamil dan melahirkan (Soemantri & Tjandrarini, 2007; Wen & Xie, 2014). Pada penelitian ini penulis menggunakan data profil kesehatan Indonesia yang menggunakan perhitungan *maternal mortality ratio*.

Perhitungan AKI menggunakan rumus *maternal mortality ratio* sebagai berikut (World Health Organization, 2015) :

$$AKI = \frac{\text{Jumlah kematian ibu pada wilayah dan kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada wilayah dan periode yang sama}} \times 100.000$$

2.2.2 Metodologi

Pengumpulan data kematian ibu dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan *direct method* (melalui hasil registrasi penduduk/registrasi vital) dan *indirect method* (melalui teknik-teknik demografi dan statistik berdasarkan data sensus atau survei) (Badan Pusat Statistik, 2011). Pada negara berkembang khususnya Indonesia, registrasi vital belum terlaksana dengan baik sehingga data yang ada belum merepresentasikan keadaan lapangan yang sebenarnya. Dilakukan survei-survei khusus untuk mendapatkan AKI di Indonesia salah satunya Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), Survey Penduduk antar Sensus (SUPAS) dan estimasi perhitungan AKI oleh WHO.

SDKI menggunakan pendekatan *Continued Sisterhood Method* (*direct sisterhood method*) untuk mengidentifikasi kematian maternal selama periode 5 tahun dengan mencari riwayat kematian melalui saudara kandung perempuan. AKI di estimasi menggunakan perhitungan *Proportion of Deaths of Female of Reproductive Age* (PMDF) atau disebut juga *proportionate mortality ratio* yaitu persentase kematian ibu terhadap semua kematian ibu pada umur reproduksi. Kemudian angka PMDF di *adjusted* dengan angka *general fertility rate* (Badan Pusat Statistik *et al.*, 2013).

SUPAS menggunakan pendekatan *widowhood* (metode duda) dengan mencari riwayat kematian istri dari para duda, *orphanhood* (metode anak piatu) dengan mencari riwayat kematian ibu dari para anak piatu, dan menanyakan langsung kepada kepala rumah tangga apakah ada kejadian kematian perempuan berumur 10-

54 tahun pada masa kehamilan/keguguran, persalinan, atau 2 bulan setelah persalinan/keguguran dalam rumah tangga tersebut (Badan Pusat Statistik, 2015; Budiarmo & Setyowati, 1991). Sedangkan World Health Organization (2015) bersama UNICEF, UNFPA, the United Nations Population Division, dan the World Bank Group yang tergabung dalam Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG) melakukan estimasi kematian ibu menggunakan model *Bayesian Maternal Mortality Estimation Model* (BMat). Data yang digunakan berasal dari berbagai sumber baik data pencatatan sipil dan registrasi vital, studi khusus tentang kematian ibu, survei dan sensus berbasis populasi maupun data dari situs surveilans (World Health Organization *et al.*, 2018).

Pada thesis ini peneliti ingin menganalisis determinan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia selama 8 tahun terakhir. Data SDKI terbaru (2017) tidak dapat digunakan karena AKI antar provinsi tidak tersedia, pada data SUPAS 2015 variabel sangat terbatas, data WHO tidak tersedia selama 8 tahun terakhir. Sehingga peneliti membuat alternatif lain dengan menggunakan data Profil Kesehatan Indonesia karena data tersebut terdapat jumlah kematian ibu dan jumlah lahir hidup antar provinsi sehingga AKI antar provinsi dapat dihitung, banyak variabel *exposure*, dan terdapat data 8 tahun terakhir.

2.3 Penyebab Kematian Ibu

2.3.1 Penyebab Langsung

Penyebab kematian ibu sangat beragam, dapat berbeda antara satu ibu dengan ibu lainnya. Penulis menyimpulkan beberapa penyebab langsung kematian ibu dari berbagai sumber diantaranya perdarahan, hipertensi, infeksi, komplikasi

persalinan, aborsi, penyakit kronis (diabetes dan jantung) atau penyakit infeksi seperti malaria (World Health Organization *et al.*, 2019; Achadi, 2019; Reid & Garrett, 2018). Sedangkan di Indonesia, penyebab kematian ibu diantaranya disebabkan oleh perdarahan (umumnya perdarahan pasca salin), hipertensi (pre-eclampsia/eclampsia), infeksi (umumnya pasca salin), partus lama (macet), abortus yang tidak aman, dan lain-lain (Achadi, 2019; Kemenkes RI, 2014)

Pre-eclampsia/eclampsia, perdarahan, dan *obstructed labour* bukan hanya menjadi penyebab kematian ibu melainkan turut andil dalam penyebab kematian janin, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), lahir mati dan kematian neonatal dini akibat asfiksia dan prematuritas (Achadi, 2019). Secara tidak langsung, ketika melakukan preventif terhadap terjadinya kematian ibu, maka juga telah melakukan preventif terhadap terjadinya kematian neonatal serta menjaga kelangsungan hidup anak.

2.3.2 Penyebab Tidak Langsung

Penyebab tidak langsung yang mempengaruhi kematian ibu di antaranya hepatitis, anemia, malaria, penyakit jantung, HIV/AIDS, diabetes mellitus, tuberkulosis, dan penyakit psikis (Lattof *et al.*, 2014). Penyebab tidak langsung lain yang dapat menyebabkan tingginya kematian ibu di suatu provinsi karena banyaknya perempuan atau keluarga miskin yang hidup di daerah terpencil tanpa melakukan pemeriksaan kehamilan serta perawatan yang kurang memadai. Faktor kemiskinan, jarak ke fasilitas, kurang informasi, layanan yang tidak memadai dan berkualitas buruk, keyakinan dan praktik budaya dapat membuat AKI tinggi di suatu wilayah/provinsi (World Health Organization, 2019).

2.4 Pencegahan Kematian Ibu

Pencegahan yang dapat dilakukan guna menurunkan jumlah kematian ibu yaitu koordinasi antara pemerintah dan masyarakat untuk menjamin setiap ibu memiliki akses yang mudah terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Akses yang mudah dapat mencegah 3 faktor terlambat diantaranya terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai ke tempat tujuan, dan terlambat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2010). Hal yang lebih mendasar ketika ingin melakukan preventif untuk menurunkan kematian ibu dimulai dari pangkalnya, artinya lebih memperhatikan kelompok remaja dan dewasa muda dalam pemenuhan gizi maupun fungsi reproduksinya. Menjaga agar tidak terjadi 4 terlalu diantaranya terlalu muda saat melahirkan, terlalu tua melahirkan, terlalu banyak anak, dan terlalu dekat jarak melahirkan (Kemenkes RI, 2014).

Pada saat persalinan sangat penting untuk ditolong oleh tenaga profesional guna mencegah dan menangani komplikasi yang sudah diketahui. Tenaga kesehatan dapat menyuntikkan oksitosin segera setelah melahirkan karena terbukti efektif untuk mencegah perdarahan, infeksi kehamilan juga tidak akan terjadi jika perawatan sangat memperhatikan kebersihan serta mengetahui tanda-tanda awal infeksi, pemberian magnesium sulfat pada wanita pre-eklampsia (World Health Organization, 2019).

2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perbedaan Angka Kematian Ibu antar Provinsi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu merupakan multifaktorial diantaranya kesehatan ibu, karakteristik yang dimiliki ibu (umur, jumlah kehamilan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan), ekonomi (pendapatan dan tingkat

kemiskinan), pelayanan kesehatan (pelayanan ANC, jumlah dan kemampuan tenaga kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, biaya persalinan), demografi (tempat tinggal, jarak menuju pelayanan kesehatan, kepadatan penduduk) (World Health Organization, 2014). Berdasarkan penelitian yang telah dipublikasi, berikut beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perbedaan AKI antar wilayah/provinsi, meliputi:

1. Proporsi Pendidikan Ibu

Wilayah yang banyak memiliki ibu berpendidikan rendah atau tidak tamat SMA mempengaruhi variasi kematian ibu sebesar 5.3% (Nelson *et al.*, 2018; Meh *et al.*, 2019). Hasil penelitian Weitzman (2017) mendapatkan jalur hubungan antara pendidikan dengan kematian ibu. Ibu dengan pendidikan lebih tinggi akan memiliki keterampilan kognitif yang lebih baik, status ekonomi yang baik, dan mampu membuat keputusan sendiri terkait kesehatan reproduksinya. Penjelasan lain dari penelitian tersebut di antaranya pendidikan yang lebih tinggi akan meningkatkan penggunaan kontrasepsi (mengurangi jarak kehamilan dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan), meningkatkan kunjungan antenatal dan melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

2. Proporsi Ibu ANC

Wilayah yang banyak memiliki ibu berkunjung *prenatal care* <10 kali mempengaruhi variasi kematian ibu sebesar 4.99% (Nelson *et al.*, 2018). Penelitian Nurrizka & Wahyono (2018) juga menunjukkan bahwa Cakupan K1 dan K4 berhubungan dengan perbedaan AKI antar kabupaten yang ada di Indonesia (P *Value*= 0.01) dengan OR masing-masing 1.993 dan 2.890.

3. Usia Ibu

Usia ibu pada saat hamil ≥ 40 tahun mempengaruhi tingginya angka kematian ibu (MacDorman *et al.*, 2018).

4. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Kematian

Studi menunjukkan bahwa semakin baik pencatatan dan pelaporan kematian ibu pada suatu wilayah maka semakin mempengaruhi tingginya angka kematian ibu (Davis *et al.*, 2017; Nelson *et al.*, 2018).

5. Sosial Ekonomi

Studi menunjukkan bahwa indikator-indikator sosial ekonomi seperti GNI per kapita, angka melek huruf orang dewasa, pernikahan dini, pengeluaran pemerintah perkapita untuk kesehatan, out-of-pocket kesehatan berhubungan dengan perbedaan AKI yang ada di negara-negara berkembang (Girum & Wasie, 2017) dan negara di Sub-Saharan Africa (Alvarez *et al.*, 2009).

6. Demografi

Studi menunjukkan bahwa tingkat pendaftaran sekolah dasar, tingkat pendaftaran sekolah dasar perempuan, indeks pendidikan, tingkat melek huruf orang dewasa, rasio tingkat perempuan dengan laki-laki berhubungan dengan terjadinya variasi AKI antar berkembang (Girum & Wasie, 2017) dan negara di Sub-Saharan Africa (Alvarez *et al.*, 2009).

7. Terkait Sistem Kesehatan

Tenaga kesehatan yang memiliki andil besar dalam upaya penyelamatan ibu yaitu bidan dan tenaga kesehatan lain yang memiliki keterampilan kebidanan (dokter, perawat, dan *health visitor*) karena mereka terbukti mampu mencegah 90%

kematian ibu akibat komplikasi masa kehamilan dan persalinan pada semua negara dengan penurunan AKI yang sangat signifikan (UNFPA, 2016). Di Indonesia, tenaga kesehatan terutama bidan sudah memadai di seluruh wilayah Indonesia. Adanya *crash program* (program penempatan bidan di setiap desa) sejak tahun 1990-an (Achadi, 2010) dan nusantara sehat sejak tahun 2015 (Kemenkes RI, 2015) membuktikan bahwa Indonesia tidak kekurangan bidan. Kendati tidak kekurangan dalam segi jumlah, *evidence-based* menunjukkan bahwa kurangnya kompetensi dan kepatuhan, serta tenaga kesehatan kurang mampu dalam memadukan kompetensi keterampilan dengan kemampuan interpersonal dan budaya menyebabkan masyarakat kurang puas dan percaya dengan mereka menjadi salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu di Indonesia (Rosyidah *et al.*, 2019).

Setiap wanita hamil harus melakukan perawatan masa kehamilan, persalinan, pencegahan dan penanganan komplikasi demi keselamatan ibu dan bayi (World Health Organization, 2004). Perawatan dan persalinan tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil seperti bidan, perawat, dokter, dan dukun terampil (World Health Organization, 2004). Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan pada negara berkembang hanya sebesar 62%, sedangkan pada negara maju angka tersebut mencapai 99%, hal tersebut mengindikasikan penyebab tingginya AKI di negara berkembang (World Health Organization, 2008).

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dilakukan selama 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu dengan jarak tempuh dari pemukiman atau puskesmas non-PONED <1 jam dan jarak ke RS PONEK minimal 2 jam menggunakan transportasi umum bertujuan untuk merawat komplikasi kebidanan dengan segera

sehingga *delay* akibat jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dapat dihilangkan (Info Post Meta UGM, 2015). Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dilakukan di rumah sakit, layanan yang diberikan terkait penanganan gawat darurat, operasi caesar, pelayanan antenatal dengan risiko tinggi, dan transfusi darah yang aman (UNFPA, 2014).

Hasil penelitian di India oleh Goldie *et al.* (2010) menunjukkan bahwa peran keluarga berencana dengan menurunkan angka *unmet need* selama 5 tahun ke depan dapat mencegah >150.000 kematian ibu (maksimal mengurangi 35% kematian ibu). Jika peningkatan keluarga berencana dan aborsi yang aman dikombinasi dengan peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, peningkatan perawatan kehamilan dan nifas, peningkatan kelahiran di fasilitas pelayanan kesehatan, dan peningkatan pelayanan obstetri termasuk tranfusi darah yang aman akan mencegah 80% kematian ibu.

Studi menunjukkan bahwa persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, cakupan kontrasepsi, akses sumber air yang lebih baik, akses ke sanitasi yang lebih baik, cakupan penolong persalinan terampil, *total fertility rate*, *Crude Birth Rate* per 1000, rasio dokter dengan 1000 populasi, rasio perawat dan bidan terhadap 1000 penduduk dan *unmet need prevalence* berhubungan dengan terjadinya variasi AKI antar berkembang (Girum & Wasie, 2017) dan negara di Sub-Saharan Africa (Alvarez *et al.*, 2009).

2.6 Variabel Sosio-Demografi

2.6.1 Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Kepadatan penduduk ditandai dengan banyak jumlah penduduk (jiwa) per km² luas wilayah. Luas wilayah yang dimaksud adalah luas seluruh daratan pada suatu wilayah administrasi. Perhitungan ini disebut dengan Kepadatan Penduduk Kasar (*Crude Population Density*) (Badan Pusat Statistik, 2020).

Jumlah penduduk yang besar akan berdampak pada kualitas dari penduduk, kecukupan konsumsi, modal, teknologi masih rendah, akibatnya produktivitas kerja menurun membuat suatu wilayah memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi dan berdampak pada rendahnya kesejahteraan keluarga secara tidak langsung dapat menyebabkan kematian ibu karena kesulitan ekonomi (Rochaida, 2016).

Hasil penelitian Nurriszka & Wahyono (2018) menunjukkan hasil yang berbeda bahwa proporsi kabupaten/kota yang memiliki kepadatan penduduk rendah lebih berisiko terjadi terjadi tingginya kematian maternal (P Value= 0.000 dan OR= 4.5). Artinya, semakin rendah penduduk maka semakin tinggi pula angka kematian ibu. Hal tersebut disebabkan jauhnya jarak antar kabupaten/kota yang ada di bagian Timur Indonesia, sehingga minim fasilitas kesehatan dan jarak tempuh yang dibutuhkan sangat jauh.

2.6.2 Hubungan Rata-Rata Lama Sekolah WUS dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Rata-rata lama sekolah (RLS) Wanita Usia Subur (WUS) adalah jumlah tahun belajar penduduk usia 15 tahun ke atas yang telah diselesaikan dalam pendidikan formal (tidak termasuk tahun yang mengulang). Untuk menghitung Rata-rata Lama

Sekolah dibutuhkan informasi: a. Partisipasi sekolah b. Jenjang dan jenis pendidikan yang pernah/sedang diduduki c. Ijazah tertinggi yang dimiliki d. Tingkat/kelas tertinggi yang pernah/sedang diduduki. Semakin tinggi angka RLS maka semakin lama jenjang pendidikan yang ditamatkan oleh WUS (Badan Pusat Statistik, 2020).

Pendidikan menjadi suatu faktor utama untuk kesejahteraan wanita. Pendidikan yang baik akan membuat wanita mampu membuat keputusannya sendiri, mampu memenuhi gizi, memanfaatkan pelayanan kesehatan bahkan menjadi tenaga kesehatan. Selain itu, ibu yang memiliki pendidikan tinggi mampu menghasilkan pendidikan dan kesejahteraan bagi anak dan keluarganya (World Health Organization. Regional Office for South-East, 2008).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurriszka & Wahyono (2018) didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara rata-rata lama sekolah WUS dengan proporsi kematian maternal dengan *P Value* = 0.0 dan OR = 2.135 (1.457-3.129 CI). Artinya rata-rata lama sekolah WUS rendah 2.135 kali lebih berisiko untuk meningkatkan proporsi kematian ibu dibandingkan rata-rata lama sekolah WUS tinggi. Hasil penelitian Nelson *et al.* (2018) menunjukkan bahwa prevalensi wanita usia subur yang tidak tamat sekolah menengah (rata-rata lama sekolah rendah) menyebabkan peningkatan kematian ibu sebesar 5.3%. Rendahnya pendidikan membuat ibu tidak peduli tentang pentingnya perawatan kehamilan sehingga meningkatkan risiko kematian ibu.

2.6.3 Hubungan Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Angka Melek Huruf (AMH) pada perempuan dewasa (≥ 15 tahun) diukur dengan melihat kemampuan membaca dan menulis kalimat sederhana dalam bentuk huruf

latin, arab, dan lainnya (seperti huruf jawa, kanji, dll). AMH menjadi indikator dasar untuk mengetahui apakah suatu wilayah memiliki tingkat pengetahuan yang baik atau tidak. Nilai skor AMH antara 0-100, semakin tinggi nilai AMH maka dapat diinterpretasikan bahwa sistem pendidikan dasar sudah efektif (Badan Pusat Statistik, 2020).

AMH mampu memprediksi secara baik kejadian kematian ibu. World Health Organization. Regional Office for South-East (2008) memperkirakan bahwa penambahan satu tahun pendidikan dapat mencegah 2 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Wanita yang berpendidikan akan memiliki pemahaman yang lebih baik terkait praktik kesehatan, gizi, mengatur jarak kehamilan sehingga kemungkinan untuk meninggal akan lebih kecil.

Berdasarkan hasil penelitian Girum & Wasie (2017) dan Alvarez *et al.* (2009) diketahui bahwa terdapat hubungan antara rata-rata dewasa melek huruf dengan kejadian kematian ibu di negara berkembang, keduanya memiliki nilai $P\text{ Value} < 0.001$. Rendahnya tingkat melek huruf membuat tingkat literasi ibu tentang kesehatan terutama masa kehamilan dan persalinan menjadi rendah. Hal tersebut membuat ibu tidak memperhatikan perawatan masa hamil dan nifas serta kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

2.7 Variabel Ekonomi

2.7.1 Hubungan Persentase Penduduk Miskin dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Badan Pusat Statistik (BPS) mengukur kemiskinan menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar baik kebutuhan makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Sehingga persentase penduduk miskin

adalah persentase penduduk yang berada dibawah garis kemiskinan (World Health Organization, 2020).

Negara atau wilayah yang miskin dan memiliki persentase penduduk miskin tinggi akan kesulitan untuk menyediakan layanan kesehatan yang baik, masyarakat juga akan kesulitan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan menjangkau pelayanan kesehatan yang ada. Hunian dan lingkungan tempat tinggal kurang sehat serta tidak memiliki kekuatan politik untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik menjadi suatu masalah kesehatan terutama kesehatan ibu (World Health Organization. Regional Office for South-East, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Yekti *et al.* (2017) dengan membandingkan daerah AKI rendah (Kabupaten Bantul, DI Yogyakarta) dengan daerah AKI tinggi (Kabupaten Pandeglang, Banten) menunjukkan bahwa tingkat pendapatan suatu daerah mempengaruhi tinggi rendahnya AKI. Daerah dengan pendapatan perkapita kuintil 3 – kuintil 5 (pendapatan menengah ke atas) memiliki AKI rendah, sebaliknya daerah dengan pendapatan menengah ke bawah memiliki AKI yang tinggi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurrizka & Wahyono (2018) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat kemiskinan kabupaten/kota di Indonesia dengan tingginya kejadian AKI di wilayah tersebut. Namun, presentase menunjukkan bahwa kabupaten/kota yang memiliki tingkat kemiskinan tinggi maka akan memiliki AKI yang tinggi sebesar 55.2% lebih besar dibandingkan dengan Kabupaten/kota yang memiliki tingkat kemiskinan rendah (47.5%).

2.8 Variabel Pelayanan Kesehatan & KB

2.8.1 Hubungan Cakupan Pelayanan K1 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan pelayanan K1 adalah Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Pelayanan K1 minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu). Target cakupan K1 menurut Renstra 2015-2019 revisi 1 adalah 81% (Kemenkes RI, 2019).

Pelayanan antenatal dilakukan untuk menjamin ibu hamil mendapatkan pelayanan yang baik agar dapat mendeteksi dini risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2019). Fungsi lain pelayanan antenatal adalah mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran dan mengasuh anak agar tidak terjadi postpartum depression. Mempersiapkan pemberian ASI eksklusif pada bayi sehingga tumbuh kembang anak berjalan normal (Kemenkes RI, 2018).

Cakupan kunjungan kehamilan pertama (K1) yang rendah berhubungan secara signifikan dengan tingginya proporsi kematian maternal antar kabupaten di Indonesia ($P\text{ Value} = 0.0$ (1.993 (1.388-2.862 CI)) (Nurritzka & Wahyono, 2018). Tingginya kematian ibu di antara wanita usia subur di Kersa Ethiopia Timur salah satunya disebabkan oleh rendahnya kehadiran ibu hamil minimal satu kali dalam pelayanan antenatal (hanya 26% dari total kematian ibu yang hadir ke pelayanan antenatal) (Tsfaye *et al.*, 2018).

2.8.2 Hubungan Cakupan Pelayanan K4 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan pelayanan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Pelayanan K4 dihitung dan diakumulasikan berdasarkan kunjungan minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Target cakupan K4 menurut Renstra 2015-2019 revisi 1 adalah 76% (Kemenkes RI, 2019).

Kunjungan prenatal <10 kali 4.9% dikaitkan dengan tingginya kematian ibu antar negara bagian di US (Nelson *et al.*, 2018). Hasil penelitian Nurriszka & Wahyono (2018) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara cakupan kunjungan kehamilan K4 dengan proporsi kematian neonatal antar kabupaten di Indonesia (*P Value*= 0.0).

2.8.3 Hubungan Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan adalah Jumlah persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Target cakupannya sebesar 79% (Kemenkes RI, 2019). Hal ini bertujuan agar keselamatan

ibu dan bayi terjamin karena ditolong oleh orang yang sudah ahli, kelainan dan komplikasi dapat segera terdeteksi, dan peralatan yang digunakan terjamin kebersihannya (Kemenkes RI, 2012). Persalinan harus di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai Permenkes No. 97 tahun 2014 Pasal 14 (1) (Kemenkes RI, 2014).

Hasil penelitian Laksono & Sandra (2020) menunjukkan bahwa cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sangat bervariasi antar provinsi di Indonesia, terendah terjadi pada provinsi yang berada di pulau papua (45.18% - 53.99%). Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah juga terbukti secara signifikan berhubungan dengan tingginya kematian ibu antar kabupaten di Indonesia ($P\text{ Value} = 0.0$ dan $OR = 2.890 (1.981-42.17\text{ CI})$) (Nurriszka & Wahyono, 2018).

Penyebab kematian ibu di Eastern Ethiopia berdasarkan data survey demografi kesehatan Kersa diketahui bahwa 66.7% persalinan dilakukan di rumah sedangkan hanya terjadi 3.7% kematian saat persalinan dilakukan di *Health Centre*. Persalinan yang ditolong oleh dukun bayi tidak terlatih menyumbangkan 48.1% kematian ibu lebih besar dibandingkan ditolong oleh dukun bayi terlatih (11.1%) (Tesfaye *et al.*, 2018).

2.8.4 Hubungan Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan kunjungan nifas (KF3) adalah jumlah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan. Jadwal dilakukan pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (Kemenkes RI, 2019).

Perawatan nifas bertujuan agar menjaga kesehatan ibu dan bayi secara fisik dan psikologi, mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi dan segera melakukan rujukan. Memberikan informasi dan pendidikan pada ibu tentang perawatan nifas, nutrisi, dan pemilihan kb sesuai keinginan ibu (Kemenkes RI, 2018).

Cakupan kunjungan nifas yang rendah terbukti secara signifikan berhubungan dengan tingginya kematian ibu antar kabupaten di Indonesia dengan $P \text{ Value} = 0.0$ dan $OR = 2.570 (1.771-3.729 \text{ CI})$ (Nurriszka & Wahyono, 2018). Akan tetapi, penelitian yang dilakukan oleh Pratama *et al.* (2016) menunjukkan bahwa pelayanan masa nifas tidak berhubungan dengan kematian ibu pada masa nifas ($P \text{ Value} = 0.632$).

2.8.5 Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dilakukan dengan cara menghitung puskesmas yang telah melaksanakan kelas ibu hamil dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Puskesmas dikatakan telah melaksanakan apabila telah melakukan kelas ibu hamil sebanyak 4 kali. Target cakupan kelas ibu hamil sebesar 84% (Kemenkes RI, 2019).

Kelas ibu hamil merupakan tempat untuk belajar bersama tentang kesehatan ibu hamil dalam bentuk forum tatap muka. Tujuan kelas ibu hamil yaitu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir, dan senam ibu hamil (Kemenkes RI, 2014).

Tingginya kasus AKI dan AKB karena ibu tidak mengetahui tentang tanda dan gejala komplikasi kehamilan sehingga diperlukan kelas ibu hamil (Kemenkes RI, 2014). Hasil penelitian Fibriana & Azinar (2016) di Desa wilayah Kecamatan Singorojo

Kabupaten Kendal. Diketahui bahwa setelah adanya kelas ibu hamil pengetahuan ibu hamil menjadi meningkat, sikap peserta ibu hamil menjadi baik, praktik pencegahan risiko dan komplikasi kehamilan ibu hamil menjadi lebih baik, dan kunjungan ANC menjadi lebih intensif setiap bulan.

2.8.6 Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan puskesmas melaksanakan program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan menghitung Persentase Puskesmas yang melaksanakan Orientasi P4K dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Pertemuan yang diselenggarakan oleh Puskesmas dengan mengundang kader dan/atau bidan desa dari seluruh desa yang ada di wilayahnya dalam rangka pembekalan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga, ibu hamil serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas. Target cakupan P4K sebesar 88% (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Werdiyanthi *et al.* (2017) diketahui bahwa ibu hamil yang ikut serta dalam program penerapan P4K tidak mengalami komplikasi kehamilan (77.8%) dibandingkan dengan yang tidak menerapkan program P4K (25%) dengan $P \text{ Value} = 0.004$. Sejalan dengan penelitian tersebut Nursiyam (2014) juga membuktikan bahwa adanya program stikerisasi P4K membuat ibu hamil ditangani ketika mengalami komplikasi (87.6%) lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak stikerisasi (42.1%)

2.8.7 Hubungan Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Persentase puskesmas dengan kecukupan bidan adalah dengan menghitung jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal tujuh orang baik di wilayah perkotaan, pedesaan, kawasan terpencil dan sangat terpencil dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota (Kemenkes RI, 2019). Bidan sangat diperlukan terutama untuk penanganan kesehatan ibu dan anak dengan membantu proses persalinan, nifas, dan memantau kesehatan bayi yang dilahirkan (Kemenkes RI, 2014).

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia terkait obstetri seperti perdarahan, hipertensi, partus lama, infeksi, abortus, dan lainnya yang bisa ditangani oleh bidan (Achadi, 2019). Banyak program kesehatan ibu dan anak dengan tujuan menekan AKI yang harus dilaksanakan oleh bidan desa seperti ANC, kunjungan nifas, kelas ibu hamil, imunisasi, posyandu dan lainnya sehingga pemenuhan bidan di puskesmas sangat penting.

2.8.8 Hubungan Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Ibu hamil mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) adalah ibu hamil yang mendapat minimal 90 tablet tambah darah selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Kemenkes RI, 2020). Persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah adalah dengan menghitung jumlah ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet tambah darah selama masa kehamilannya dengan jumlah seluruh ibu hamil yang ada pada provinsi tersebut. TTD atau tablet zat besi (Fe) berguna untuk mencegah anemia pada ibu hamil, menambah asupan nutrisi pada

janin, mencegah perdarahan saat persalinan sehingga mengurangi risiko kematian ibu akibat perdarahan (Kemenkes RI, 2018).

Hasil penelitian Mori *et al.* (2012) menunjukkan bahwa berbagai penelitian *Randomized Control Trial* (RCT) yang di review mendapatkan hasil bahwa ibu yang kurang suplementasi zat besi 1.16 kali lebih berisiko mengalami kelahiran prematur (RR= 1.16). Namun, dari hasil penelitian Haider & Bhutta (2017) didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara ibu hamil yang diberi mikronutrien (asamfolat dan zat besi) dengan kematian ibu dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberi mikronutrien (plasebo) (RR rata-rata 0,97, CI 95% 0,63 hingga 1,48).

2.8.9 Hubungan Jumlah Unit Transfusi Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Manajemen transfusi darah sangat penting dalam keadaan darurat terutama hemoragik (American Society of Anesthesiologists (ASA) in Butwick & Goodnough, 2015). Hemoragik (perdarahan obstetrik) sangat sering terjadi bahkan menjadi penyebab utama kematian ibu di Afrika dan Asia. Pada tahun 2017, 27.1% kematian ibu di Indonesia akibat perdarahan sehingga unit transfusi darah sangat dibutuhkan untuk memastikan ketersediaan darah secara aman, berkualitas, dan berkesinambungan agar dapat menekan angka kematian ibu (Kemenkes RI, 2018).

Unit Transfusi Darah (UTD) merupakan fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah (Kemenkes RI, 2020). Penyelenggaraan UTD hanya wewenang dari pemerintah baik pemerintah pusat, daerah maupun Palang Merah Indonesia (PMI) dan diselenggarakan oleh unit pelayanan teknis atau unit di rumah sakit. Kebutuhan darah di suatu provinsi minimal 2% dari jumlah penduduk. Akan tetapi masih banyak

provinsi yang belum memenuhi standar minimal tersebut, dari 34 provinsi hanya 5 yang mencapai target minimal tersebut (DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali dan Kalimantan Timur (Kemenkes RI, 2018). Hal tersebut menunjukkan bahwa pelayanan darah masih sangat rendah di Indonesia.

2.8.10 Hubungan Cakupan Kontrasepsi dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Cakupan kontrasepsi (peserta KB aktif) dilihat dengan cara membandingkan jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja dengan jumlah pasangan usia subur di wilayah tersebut pada waktu yang sama pula. Pasangan Usia Subur (PUS) adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15-49 tahun, termasuk pasangan yang istrinya lebih dari 49 tahun tetapi masih mendapat menstruasi. Sedangkan peserta KB aktif adalah Peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai kontrasepsi terus-menerus untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

Penggunaan alat kontrasepsi merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI akibat kehamilan yang tidak diinginkan atau jarak kelahiran yang terlalu dekat. Cakupan KB yang baik diharapkan mampu menggambarkan rendahnya kematian ibu. Sebagai bukti, penelitian Girum & Wasie (2017) menunjukkan hasil bahwa angka prevalensi kontrasepsi menjadi salah satu faktor disparitas AKI pada negara-negara berkembang ($P \text{ Value} = <0.001$), AKI lebih tinggi pada negara dengan prevalensi kontrasepsi yang rendah.

2.8.11 Hubungan Jumlah PONED dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) yang diselenggarakan di puskesmas merupakan upaya untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi akibat komplikasi serta menjamin ibu mendapatkan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkualitas. Puskesmas mampu PONED adalah puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam/hari selama satu minggu (Kemenkes RI, 2013).

Syarat puskesmas mampu PONED di antaranya memiliki fasilitas untuk melakukan pertolongan persalinan, telah mampu melakukan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), strategis, dekat dengan pemukiman (maksimal 1 jam menggunakan transportasi umum), dan minimal 2 jam rujukan ke rumah sakit PONEK (Kemenkes RI, 2013). Adanya puskesmas mampu PONED dapat mencegah terjadinya 3T yaitu terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan terlambat terlambat mendapatkan pelayanan dari tenaga kesehatan yang kompeten (UNFPA, 2014).

2.8.12 Hubungan *Total Fertility Rate* dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Total Fertility Rate (TFR) adalah jumlah rata-rata anak yang akan dilahirkan oleh seorang wanita pada akhir masa reproduksinya (15-49 tahun) apabila selama masa hidup mereka mengikuti pola fertilitas pada saat perhitungan TFR (World Health Organization, 2017). TFR sebagai indikator yang berfungsi untuk menilai keberhasilan program KB, pembangunan sosial ekonomi, meningkatkan rata-rata

usia kawin, meningkatkan program pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta menurunkan tingkat kelahiran (Badan Pusat Statistik, 2018).

Studi oleh Jain (2011) menunjukkan bahwa dengan melakukan program *family planning* yaitu dengan pembatasan fertilitas dapat menurunkan angka kematian ibu (AKI). Studi tersebut menggunakan data dari India, Paksitan, dan Bangladesh. Pada tahun 1990 hingga 2008 terjadi penurunan AKI sekitar 39% di Bangladesh, 32% di India, dan 22% di Pakistan disebabkan terjadinya penurunan fertilitas. Fertilitas yang rendah juga dapat menyelamatkan sekitar 45% nyawa ibu.

Girum & Wasie (2017) juga mendapatkan hubungan yang signifikan antara *total fertility rate per a woman* dengan adanya perbedaan AKI antar negara berkembang dengan $P \text{ Value} = <0.001$. Hubungan ini dapat terjadi karena semakin sering hamil maka akan semakin meningkatkan risiko komplikasi yang akan terjadi pada ibu.

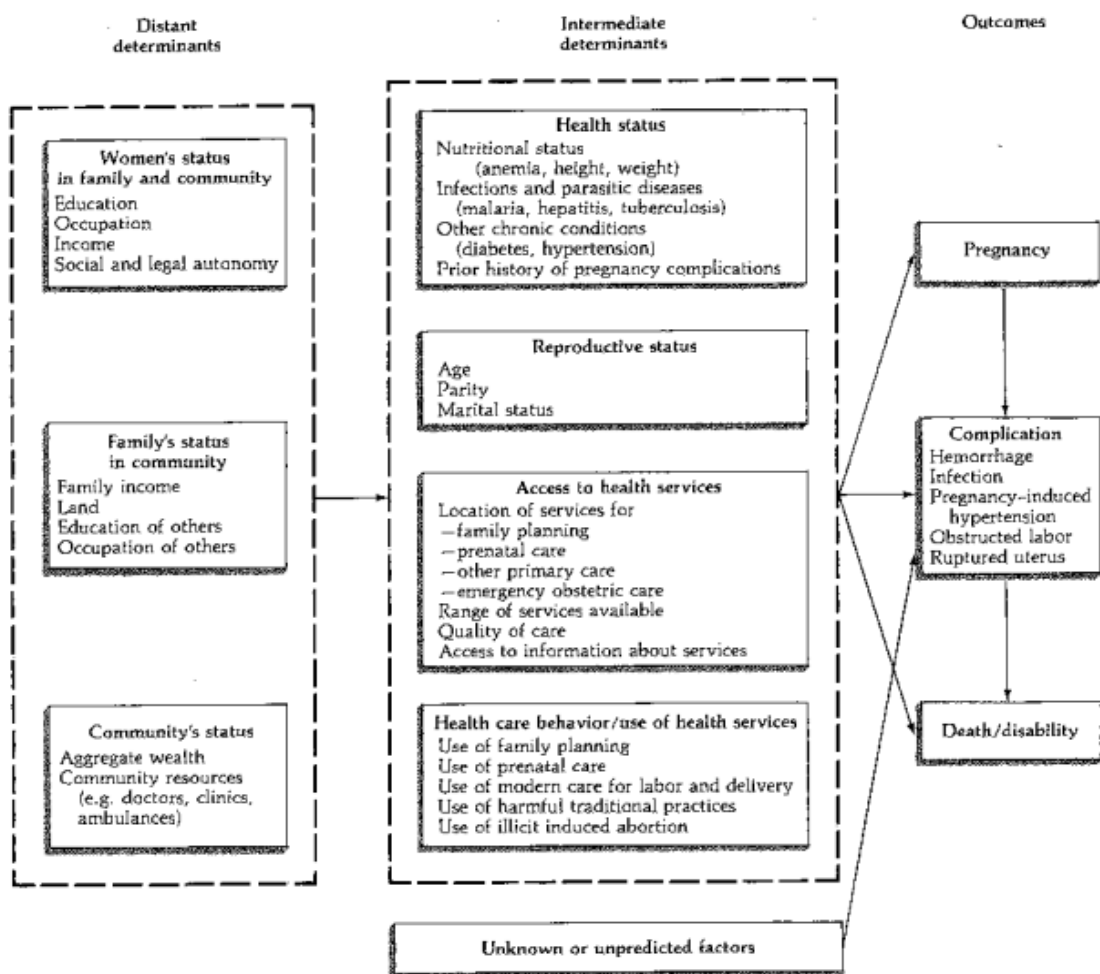
2.8.13 Hubungan Kehamilan Tidak Diinginkan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang tidak diinginkan oleh wanita usia subur (15-49 tahun) akibat gagal ketika pemakaian kontrasepsi atau terjadi kehamilan pada wanita *unmet need* KB (BKKBN, 2016). KTD umumnya akan membuat ibu tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada seperti hasil penelitian Hajizadeh & Nghiem (2020) menemukan bahwa ibu yang tidak menginginkan kehamilan memiliki probabilitas sebesar 3.6% lebih rendah untuk memanfaatkan pelayanan ANC secara lengkap (kurang dari 4 kali kunjungan). Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mohamed *et al.* (2019) bahwa kehamilan yang tidak tepat waktu dan tidak diinginkan berhubungan dengan

perawatan ANC yang terlambat ($P \text{ Value} = <0.0001$) serta lebih banyak terjadi komplikasi kehamilan ($P \text{ Value} = <0.001$).

2.9 Kerangka Teoritis

Berdasarkan teori yang telah diuraikan di atas mengenai determinan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia maka secara teoritis sesuai *conceptual framework* yang telah dibuat oleh McCarthy & Maine (1992) UNICEF dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Conceptual Framework for Maternal Mortality and Morbidity
(Sumber: McCarthy & Maine, 1992)

Framework yang dibuat oleh McCarthy & Maine (1992) menunjukkan bahwa determinan menengah yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu antara lain

status kesehatan ibu baik dari segi gizi (anemia, berat badan, dan tinggi badan), penyakit infeksi dan parasit (malaria, hepatitis, dan tuberkulosis), penyakit kronis (diabetes mellitus dan hipertensi), serta riwayat komplikasi kehamilan. Determinan menengah lain seperti kesehatan reproduksi (umur, jumlah anak, dan status perkawinan), akses ke pelayanan kesehatan (jarak, kualitas, ketersediaan pelayanan, perencanaan keluarga, dll), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (pemanfaatan ANC, melahirkan dengan tenaga profesional, melahirkan dengan dukun, dll).

Determinan jauh pada *maternal mortality and morbidity* antara lain status wanita di dalam keluarga dan masyarakat (pendidikan, pekerjaan, pendapatan, otonomi sosial dan hukum), status keluarga (pendapatan keluarga, lahan, pendidikan dan pekerjaan keluarga), dan status masyarakat (kekayaan agregat, sumberdaya masyarakat seperti dokter, klinik, dan ambulans). Di luar dua determinan tersebut terdapat faktor lain yang tidak dapat diprediksi yang dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan dan persalinan.

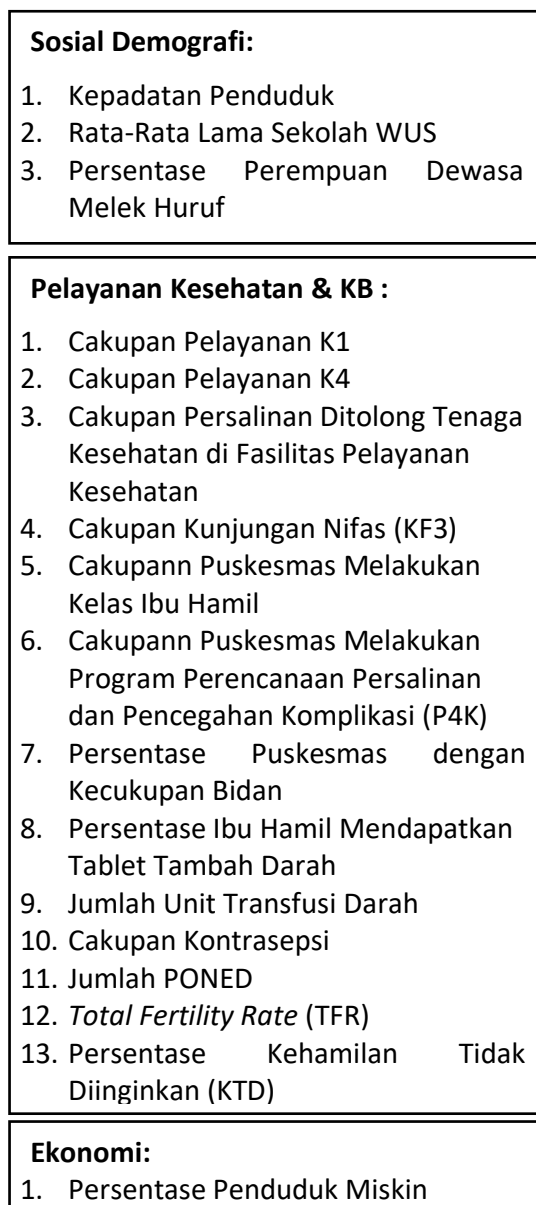
BAB III

KERANGKA KONSEP

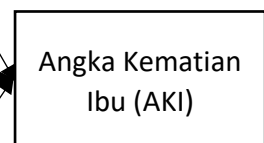
3.1 Konsep Pemikiran

Berdasarkan berbagai *literature riview* dan *framework* yang ada, serta ketersediaan variabel di Profil Kesehatan Indonesia maka penulis menggambarkan konsep pemikiran sebagai berikut:

Variabel Independent



Variabel Dependent



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian sebagai berikut:

- 3.2.1 Ha : Ada hubungan antara kepadatan penduduk dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.2 Ha : Ada hubungan antara rata-rata lama sekolah WUS dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.3 Ha : Ada hubungan antara persentase perempuan dewasa melek huruf dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.4 Ha : Ada hubungan antara persentase penduduk miskin dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.5 Ha : Ada hubungan antara cakupan pelayanan K1 dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.6 Ha : Ada hubungan antara cakupan pelayanan K4 dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.7 Ha : Ada hubungan antara cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.8 Ha : Ada hubungan antara cakupan kunjungan nifas (KF3) dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.9 Ha : Ada hubungan antara cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.

- 3.2.10 Ha : Ada hubungan antara cakupan puskesmas melaksanakan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.11 Ha : Ada hubungan antara persentase puskesmas dengan kecukupan bidan dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.12 Ha : Ada hubungan antara Persentase ibu hamil mendapat TTD dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.13 Ha : Ada hubungan antara jumlah unit transfusi darah dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.14 Ha : Ada hubungan antara cakupan kontrasepsi dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.15 Ha : Ada hubungan antara jumlah PONED dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.16 Ha : Ada hubungan antara *total fertility rate* dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.
- 3.2.17 Ha : Ada hubungan antara persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dengan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Independen

Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi objek penelitian yang terdiri dari variabel kepadatan penduduk, rata-rata lama sekolah

WUS, persentase perempuan dewasa melek huruf, persentase penduduk miskin, cakupan pelayanan K1, cakupan pelayanan K4, cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, cakupan kunjungan nifas (KF3), cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil, cakupan puskesmas melaksanakan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan persentase puskesmas dengan kecukupan bidan, ibu hamil mendapat TTD, jumlah unit transfusi darah, cakupan kontrasepsi, jumlah PONED, *total fertility rate*, dan persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

3.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain yaitu Angka Kematian Ibu (AKI).

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen (Terikat)						
1.	Angka Kematian Ibu	Banyaknya kematian pada saat hamil atau 42 hari sejak terminasi kehamilan terlepas dari penyebab kematian apapun dibagi jumlah kelahiran hidup dikali 100.000	Melihat laporan profil kesehatan per provinsi (Nomer tabel berbeda-beda setiap provinsi)	Laporan profil kesehatan per provinsi	Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup	Rasio
Variabel Independen (Bebas)						
1.	Kepadatan Penduduk	Banyaknya jumlah penduduk untuk setiap km ² luas wilayah	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 1.4)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Rata-rata jumlah penduduk/km ² /luas wilayah	Rasio

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2.	Rata-Rata Lama Sekolah WUS	Jumlah tahun belajar penduduk usia 15 tahun ke atas yang telah diselesaikan dalam pendidikan formal (tidak termasuk tahun yang mengulang).	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 1.16)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Rata-rata lama sekolah WUS	Rasio
3.	Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	Jumlah Penduduk berusia 15 tahun ke atas yang memiliki kemampuan membaca dan menulis kalimat sederhana dalam huruf latin, huruf arab, dan huruf lainnya (seperti huruf jawa, kanji, dll) dibandingkan dengan seluruh jumlah penduduk wanita dewasa diwilayah tersebut.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 3.k)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	Rasio
4.	Persentase Penduduk Miskin	Persentase penduduk yang berada dibawah Garis Kemiskinan (GK).	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 1.10)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Angka persentase penduduk miskin	Rasio
5.	Cakupan Pelayanan K1	Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan (trimester pertama/usia kehamilan 0-12 minggu) dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.1)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase cakupan pelayanan K1	Rasio
6.	Cakupan Pelayanan K4	Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.1)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase cakupan pelayanan K4	Rasio

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
7.	Cakupan Persalinan Di Tolong Nakes Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.1)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	Rasio
8.	Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)	Jumlah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.1)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase cakupan kunjungan nifas (KF3)	Rasio
9.	Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil	Persentase puskesmas yang telah melaksanakan kelas ibu hamil dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Puskesmas dikatakan telah melaksanakan apabila telah melakukan kelas ibu hamil sebanyak 4 kali.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.2)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil	Rasio
10.	Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	Persentase Puskesmas yang melaksanakan Orientasi P4K dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota. Pertemuan yang diselenggarakan oleh Puskesmas dengan mengundang kader dan/atau bidan desa dari seluruh desa yang ada di wilayahnya dalam rangka pembekalan untuk	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 5.2)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase puskesmas melaksanakan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)	Rasio

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		meningkatkan peran aktif suami, keluarga, ibu hamil serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas				
11.	Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan	Persentase jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal tujuh orang baik di wilayah perkotaan, pedesaan, kawasan terpencil dan sangat terpencil dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 3.3)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase puskesmas dengan kecukupan bidan	Rasio
12.	Persentase Ibu Hamil Mendapat TTD	Jumlah ibu hamil mendapat minimal 90 tablet tambah darah selama periode kehamilannya pada wilayah dan kurun waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah ibu hamil pada periode dan wilayah yg sama.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 27.a)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Persentase Ibu Hamil Mendapatkan TTD	Rasio
13.	Jumlah Unit Transfusi Darah	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 4.k)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Jumlah Unit Transfusi Darah	Rasio
14.	Cakupan Kontrasepsi	Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur pada periode dan wilayah yg sama.	Melihat laporan profil kesehatan Indonesia (Lampiran Tabel 28.a)	Laporan profil kesehatan Indonesia	Cakupan Kontrasepsi	Rasio

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
15.	Jumlah PONE	Jumlah puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam/hari selama satu minggu	Melihat laporan data dasar puskesmas	Laporan data dasar puskesmas	Jumlah Puskesmas PONE	Rasio
16.	<i>Total Fertility Rate</i>	Jumlah rata-rata anak yang akan dilahirkan oleh seorang wanita pada akhir masa reproduksinya (15-49 tahun)	Melihat laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN	Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN	Rata-rata jumlah anak per wanita	Rasio
17.	Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	Kehamilan yang tidak diinginkan oleh wanita usia subur (15-49 tahun) akibat gagal ketika pemakaian kontrasepsi atau terjadi kehamilan pada wanita <i>unmet need</i> KB	Melihat laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN	Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN	Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	Rasio

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat Deskriptif Analitik dengan menggunakan Desain *Cross-Sectional*, dimana variabel bebas (Independen) dan variabel terikat (Dependen) diteliti pada saat bersamaan dan bertujuan untuk mengetahui determinan disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia dengan menggunakan data sekunder Profil Kesehatan Indonesia. Data yang digunakan adalah data sekunder berbentuk survey sehingga desain yang paling cocok digunakan adalah *Cross Sectional*.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan di setiap provinsi yang ada di Indonesia menggunakan data sekunder Profil Kesehatan Indonesia, Data Dasar Puskesmas, Survei Indikator Kerja Program KKBPK-BKKBN dan LKIP BKKBN .

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh provinsi yang ada di Indonesia sebanyak 34 provinsi. Sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Maka jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 34 provinsi.

Kriteria inklusi sampel diantaranya:

1. Provinsi yang memiliki data yang akan dianalisis
2. Jika terdapat provinsi yang tidak memiliki data hanya di salah satu periode tahun profil kesehatan maka data akan diisi dengan nilai rata-rata variabel.

4.4 Metode Pengumpulan Data

Seluruh data yang diperoleh adalah data sekunder. Data yang dianalisis merupakan data sekunder Kematian Ibu hasil laporan Profil Kesehatan Indonesia selama 8 tahun terakhir, data Dasar Puskesmas, dan Survei Indikator Kerja Program KKBPK-BKKBN. Data lain berupa *literature review* baik dari buku maupun artikel jurnal secara *online* maupun *offline*.

Data Profil Kesehatan Indonesia dan Data Dasar Puskesmas dikumpulkan oleh petugas Sistem Informasi Kesehatan (SIK) nasional melalui data rutin maupun survei dari unit teknis di lingkungan kementerian kesehatan (Kemenkes RI, 2014). Unit teknis ini mendapatkan data rutin dari provinsi dan provinsi mendapatkan data dari kabupaten/kota. Data kesehatan kabupaten/kota didapatkan dari hasil laporan rutin puskesmas (kegiatan dalam gedung maupun luar gedung), catatan kegiatan rumah sakit, catatan kegiatan langsung yang dilakukan oleh unit teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang dikumpulkan secara aktif maupun pasif (Kemenkes RI, 2014).

Dukungan data dari lintas sektor juga sangat berperan dalam penyusunan data profil Indonesia seperti data dari Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Kementerian Dalam Negeri dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (Kemenkes RI, 2019). Data yang dikumpulkan meliputi data demografi, fasilitas pelayanan kesehatan dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan, kesehatan keluarga, serta pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan (Kemenkes RI, 2019).

Setelah data dikumpulkan kemudian data diolah melalui 3 tahap, diantaranya *data editing* (memeriksa kelengkapan data di semua variabel yang akan dimasukan

dalam format tabel profil), *data entry* (data dientri ke dalam format tabel profil yang telah disediakan), dan *data cleaning* (proses pengecekan data untuk memeriksa konsistensi dan memberi perlakuan pada data yang kurang lengkap). Pengecekan konsistensi meliputi pemeriksaan terhadap data yang *out of range*, tidak konsisten secara logika, ada nilai-nilai ekstrim, data dengan nilai-nilai yang tidak terdefinisi. Sedangkan perlakuan pada data yang kurang lengkap yaitu memberi nilai dari suatu variabel yang tidak diketahui dikarenakan tidak ada pelaporannya. Kemudian data di analisis baik secara deskriptif, komparatif, kecenderungan maupun hubungan (Kemenkes RI, 2014).

Data Survei Indikator Kerja Program KKBPK-BKKBN adalah adalah suatu survey tahunan yang bertujuan untuk mengetahui capaian indikator program KKBPK sesuai sasaran yang tertuang dalam Renstra dan RPJMN 2015-2019. Indikator program mencakup aspek kependudukan, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja dan pembangunan keluarga. Survei ini dilakukan oleh enumerator yang telah dilatih di masing-masing provinsi oleh fasilitator dan supervisor yang telah dilatih di nasional. Sebelum data dikumpulkan, sudah dilakukan langkah uji coba daftar pertanyaan dengan menggunakan smartphone karena data yang dikumpulkan akan menggunakan smartphone.

Laporan Kinerja (LKIP) BKKBN adalah bentuk penyampaian informasi capaian kinerja BKKBN berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) serta target yang telah ditetapkan. Data yang tercantum dalam laporan ini berdasarkan data yang telah dikumpulkan oleh Perwakilan BKKBN Provinsi.

4.5 Analisis Data

4.5.1 Analisa Univariat

Analisa Univariat dimaksudkan untuk menggambarkan secara deskriptif distribusi frekuensi dari masing-masing variabel, baik dari variabel independen (variabel bebas) maupun variabel dependen (variabel terikat) agar dapat melihat karakteristik dan besarnya masalah dari penelitian. Analisis dilakukan menggunakan Aplikasi Stata Versi 13.0 dengan melihat distribusi frekuensi data selama 8 tahun terakhir. Kemudian membuat grafik untuk membandingkan data antar provinsi selama 8 tahun terakhir. Peta Angka Kematian Ibu (AKI) juga dibuat untuk melihat perbandingan AKI antar provinsi. Warna pada peta dibedakan menjadi 3 warna di antaranya: 1) Warna Hijau menandakan AKI sudah mencapai target SDGs <70 per 100.000 kelahiran hidup. 2) Warna Oranye menandakan AKI mendekati target SDGs >70-100 per 100.000 kelahiran hidup. 3) Warna Merah menandakan AKI masih jauh dari target SDGs >100 per 100.000 kelahiran hidup.

4.5.2 Analisa Bivariat

Proses analisis bivariat dilakukan dengan uji statistik *Simple Linier Regression*. Uji ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan jenis data numerik. Tingkat kepercayaan yang diambil adalah 95% ($\alpha = 0.05$). R^2 (*R Square*) digunakan untuk mengetahui seberapa besar variasi variabel dependen (Y) dapat dijelaskan oleh variabel independen (X) atau dengan kata lain R^2 menunjukkan seberapa jauh variabel independen memprediksi variabel dependen. Semakin besar nilai R square semakin baik/semakin tepat variabel independen memprediksi variabel dependen. Besarnya nilai R square antara 0 s.d. 1 atau antara 0% s.d. 100%. Nilai koefisien

negatif menandakan hubungan yang didapatkan memiliki hubungan negatif atau berbanding terbalik, artinya semakin tinggi suatu persen atau cakupan variabel independent maka semakin rendah angka kematian ibu (Hastono, 2006).

4.5.3 Analisa Multivariat

Analisa multivariat menggunakan *Multiple Linear Regression* karena jenis data yang digunakan adalah numerik. *Multiple linear regression* merupakan analisis hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Uji dilakukan untuk melihat faktor yang paling dominan membuat variasi AKI antar provinsi dan antar tahun periode profil kesehatan yang ditunjukkan dari koefisien regresi (b) yang sudah distandardisasi yaitu nilai beta menggunakan *software* STATA versi 13.0.

Setelah mendapatkan variabel yang berhubungan pada analisis bivariat, kemudian dilakukan analisis multivariat dengan membuat beberapa model untuk memprediksi variabel apa yang paling mempengaruhi variasi AKI antar provinsi di Indonesia.

4.6 Etika Penelitian

Penelitian diawali dengan mengajukan permohonan data awal kepada pusat data dan informasi kementerian kesehatan Republik Indonesia, karena data profil kesehatan bersifat umum dan telah di sebarluaskan melalui website Kementerian Kesehatan maka penulis langsung inputasi data yang sudah ada tanpa harus menunggu surat balasan. Kemudian peneliti harus memastikan adanya keuntungan dengan adanya penelitian ini.

4.7 Jadwal Penelitian

Tabel 4.1
Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan													
		2020						2021							
		Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst
	Pengajuan Proposal														
	Penyusunan Pra Proposal														
	Konsultasi Pra Proposal														
	Seminar Pra Proposal														
	Seminar Proposal														
	Perbaikan Proposal														
	Menganalisa Dataset														
	Menginterpretasi Dataset														
	Penyusunan Tesis														
	Seminar Progres Tesis														
	Sidang Tesis														
	Perbaikan Tesis														

Judul Penelitian: Analisis Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Mengetahui,
Dosen Pembimbing I



(Dr. dr. Melania Hidayat, MPH)
NIP. 19630506 201509 2 001

Dosen Pembimbing II



(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D)
NIP. 19710703 199503 1 001

Banda Aceh, Juli 2021
Mahasiswa



(Suci Khairani, S.K.M)

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Data yang digunakan pada penelitian ini yaitu data Profil Kesehatan Indonesia yang telah disusun berdasarkan data rutin maupun data survei dari unit teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan serta institusi lain yang terkait seperti Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS), Kementerian Dalam Negeri dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Terdapat beberapa variabel yang tidak tersedia dalam data Profil Kesehatan Indonesia di antaranya *Total Fertility Rate* dan Kehamilan Tidak Diinginkan sehingga diambil dari hasil Survei Indikator Kerja Program KKBPK-BKKBN dan LKIP BKKBN serta variabel PONED diambil dari data Dasar Puskesmas (**Tabel 5.1**).

Tabel 5.1
Sumber Data Variabel Penelitian

NO	SUMBER DATA	NAMA VARIABEL	TAHUN
1	Profil Kesehatan Indonesia	Jumlah Kematian Ibu	2014-2021
		Kepadatan Penduduk	
		Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	
		Cakupan Pelayanan K1	
		Cakupan Pelayanan K4	
		Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	

		Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)	
		Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan	
		Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah	
		Cakupan Kontrasepsi	
		Persentase Penduduk Miskin	
		Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil	2016-2021
		Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	
		Jumlah Unit Transfusi Darah	2017-2021
2	Data Dasar Puskesmas	Jumlah PONEC	2015
3	Survei Indikator Kerja Program KKBPK-BKKBN dan LKIP BKKBN	<i>Total Fertility Rate</i> (TFR)	2016-2021
		Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	2018-2019

Buku Profil Kesehatan Indonesia terbit setiap tahun sebagai publikasi data dan informasi kesehatan yang komprehensif diharapkan dapat menyediakan data dan informasi terkini sekaligus menjadi parameter keberhasilan pembangunan kesehatan dari tahun ke tahun. Profil Kesehatan ini diharapkan dapat mendukung pengambilan keputusan dalam setiap proses manajemen kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah. Data yang digunakan menggambarkan keadaan nasional, perbandingan antar provinsi serta tren dari tahun ke tahun.

5.2 Hasil Analisis Data

5.2.1 Hasil Analisis Data Univariat

Analisis univariat ini dilakukan untuk memberikan gambaran secara deskriptif masing-masing variabel yang digunakan pada penelitian.



Gambar 5.1 Peta Rata-Rata Angka Kematian Ibu antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021

Gambar di atas menunjukkan bahwa sebagian besar provinsi yang ada di Indonesia memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) di atas target SDGs 70 per 100.000 kelahiran hidup. Hanya 1 (satu) provinsi yang sudah mencapai target SDGs yaitu Provinsi DKI Jakarta (58 per 100.000 kelahiran hidup) ditandai dengan warna hijau pada peta.

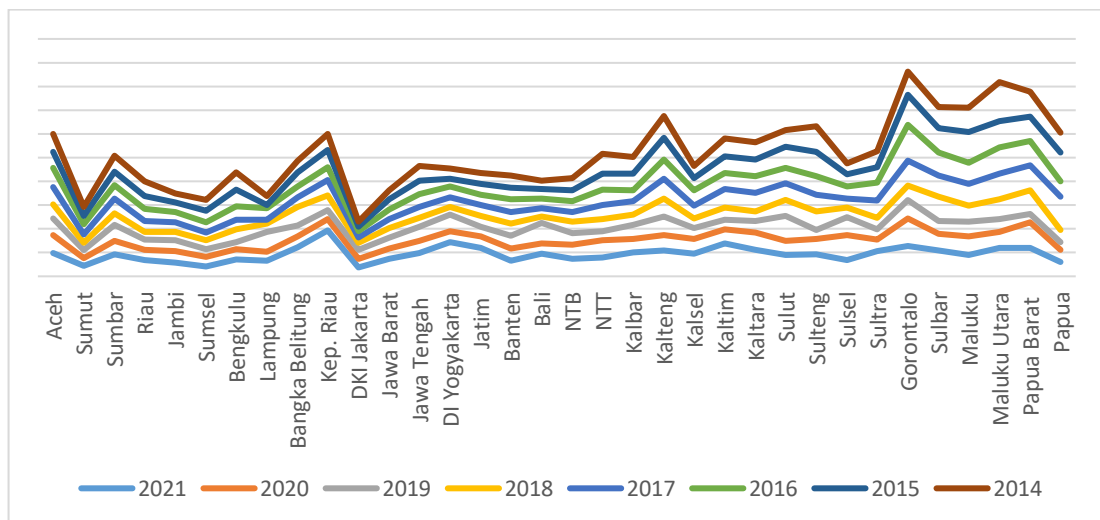
Tabel 5.1
Distribusi Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
AKI	2021	34	187.2 (64.5)	75-387
	2020	34	118.2 (40.3)	63-234
	2019	34	106.9 (36.5)	60-211
	2018	34	104.9 (39.5)	54-208
	2017	34	121.4 (55.5)	34-281
	2016	34	127.1 (49.8)	53-302

	2015	34	133.4 (59.3)	26-260
	2014	34	134.7 (59.3)	26-260

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata AKI di Indonesia selama 8 tahun terakhir terus mengalami penurunan, 134.7 kematian per 100.000 lahir hidup pada tahun 2014 menjadi 106.9 kematian per 100.000 lahir hidup pada tahun 2019. Namun terus mengalami peningkatan pada masa pandemi tahun 2020-2021.



Grafik 5.1 AKI antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: *Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – diolah tahun 2023*)

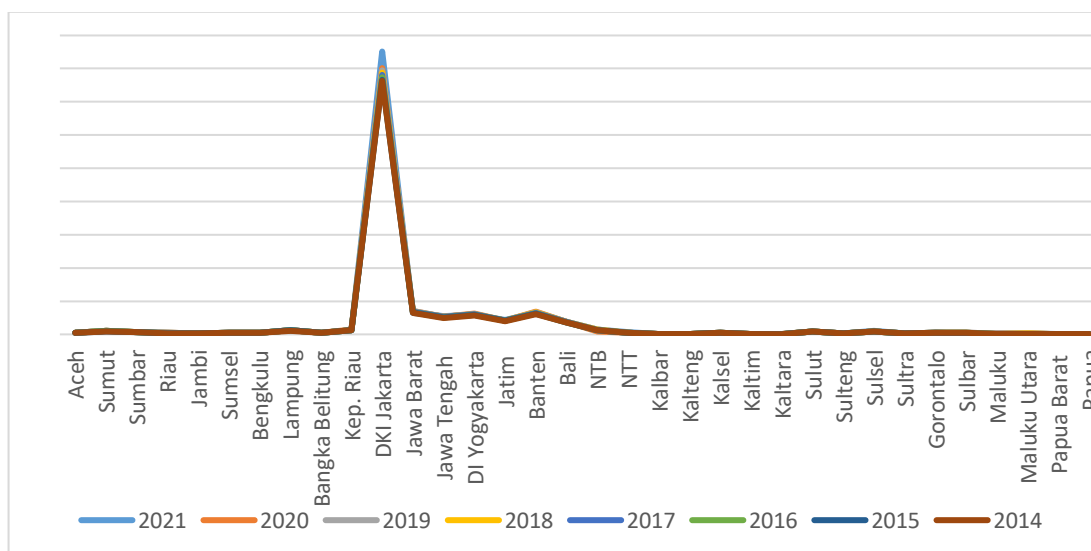
Grafik 5.1 di atas menunjukkan bahwa semakin ke arah Timur Indonesia maka semakin tinggi AKI, keadaan tersebut cenderung sama selama 8 tahun terakhir. Provinsi yang ada di Maluku dan Papua memiliki AKI mencapai angka 200 sampai 300 kematian per 100.000 lahir hidup. Pada tahun 2021 AKI Provinsi Kepulauan Riau menjadi yang tertinggi sebesar 387/100.000 KH.

Tabel 5.3
Distribusi Kepadatan Penduduk di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Kepadatan Penduduk	2021	34	772.8 (2899.3)	10-17031
	2020	34	746.2 (2731.8)	9.5-16031.4
	2019	34	742 (2708.8)	9.3-15900
	2018	34	734.7 (2685.6)	9.4- 15764.3
	2017	34	727.2 (2661.6)	8.9-15623.6
	2016	34	719.5 (2636.8)	8.8-15478
	2015	34	711.5 (2611.2)	8.5-15328
	2014	34	706.5 (2600	8.1-15263.4

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata kepadatan penduduk di Indonesia terus mengalami peningkatan selama 8 tahun terakhir, 706.5 pada tahun 2014 menjadi 772.8 jiwa per km² per luas wilayah pada tahun 2021.



Grafik 5.2 Kepadatan Penduduk antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: *Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – diolah tahun 2023*)

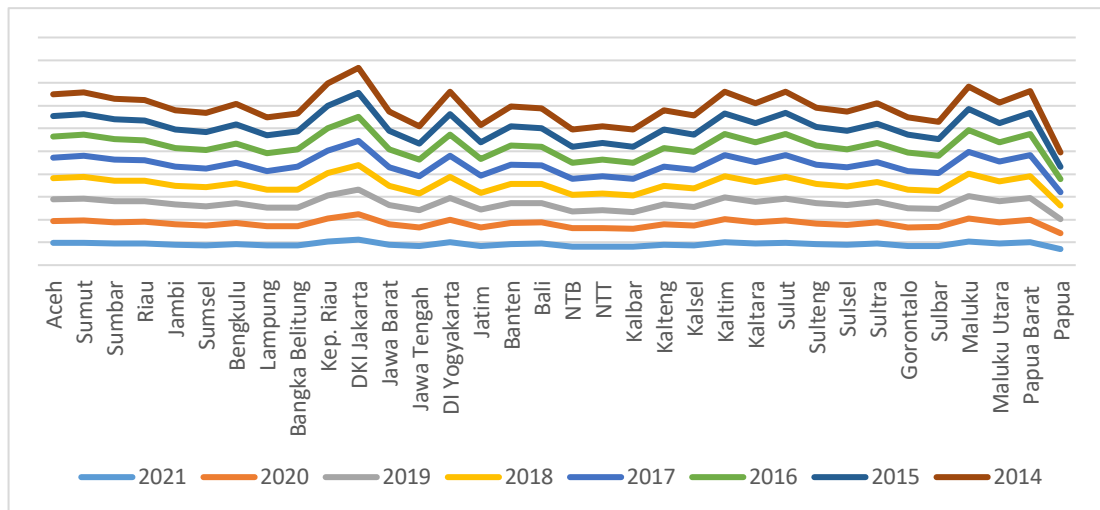
Grafik 5.2 menunjukkan bahwa provinsi yang berada di Pulau Jawa memiliki kepadatan penduduk yang tinggi dibandingkan dengan provinsi pada pulau yang lainnya terutama Kalimantan dan Papua.

Tabel 5.4
Distribusi Rata-Rata Lama Sekolah WUS di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Rata-Rata Lama Sekolah WUS	2021	34	9.2 (0.83)	7.1-11.2
	2020	34	9.1 (0.83)	7-11.2
	2019	34	8.7 (0.90)	6.2-10.9
	2018	34	8.5 (0.92)	6-10.8
	2017	34	8.5 (0.96)	5.9-10.6
	2016	34	8.4 (0.93)	5.8-10.6
	2015	34	8.2 (0.97)	5.4-10.5
	2014	34	8.6 (0.92)	5.4-11

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata lama sekolah wanita usia subur di Indonesia selama 8 tahun terakhir terus mengalami fluktuasi dan masih pada angka 9 tahun atau setara dengan tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP).



Grafik 5.3 Rata-Rata Lama Sekolah WUS antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021

(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – diolah tahun 2023)

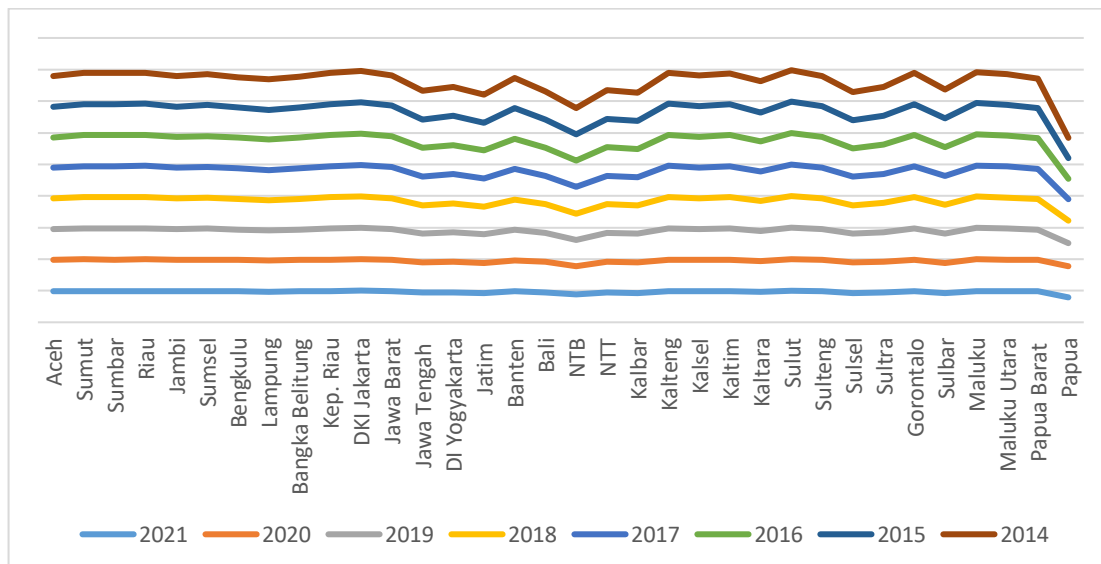
Grafik 5.3 menunjukkan bahwa daerah Ibukota Jakarta memiliki rata-rata lama sekolah WUS lebih tinggi dibandingkan provinsi lainnya terutama Papua Barat dengan persentase terendah (5 sampai 6 tahun atau tamat sekolah dasar).

Tabel 5.5
Distribusi Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	2021	34	96.4 (4.2)	78.9-99.8
	2020	34	98.2 (2)	90.1-99.9
	2019	34	95.1 (5.4)	73.1-99.8
	2018	34	94.7 (5.8)	71.3-99.9
	2017	34	94.5 (6.1)	67.9-99.7
	2016	34	94.2 (6.6)	64.6-99.7
	2015	34	94 (6.6)	65.5-99.6
	2014	34	94 (6.5)	64.1-99.4

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa persentase perempuan dewasa melek huruf selama 6 tahun terakhir terus mengalami peningkatan walaupun tidak secara signifikan (94% pada tahun 2014 menjadi 95.1% pada tahun 2019).



Grafik 5.4 Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021

(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – *diolah tahun 2023*)

Grafik 5.4 menunjukkan bahwa Papua memiliki persentase perempuan melek huruf terendah sebesar 78.9% pada tahun 2019. Angka tersebut terus menurun dari tahun sebelumnya (98.5%).

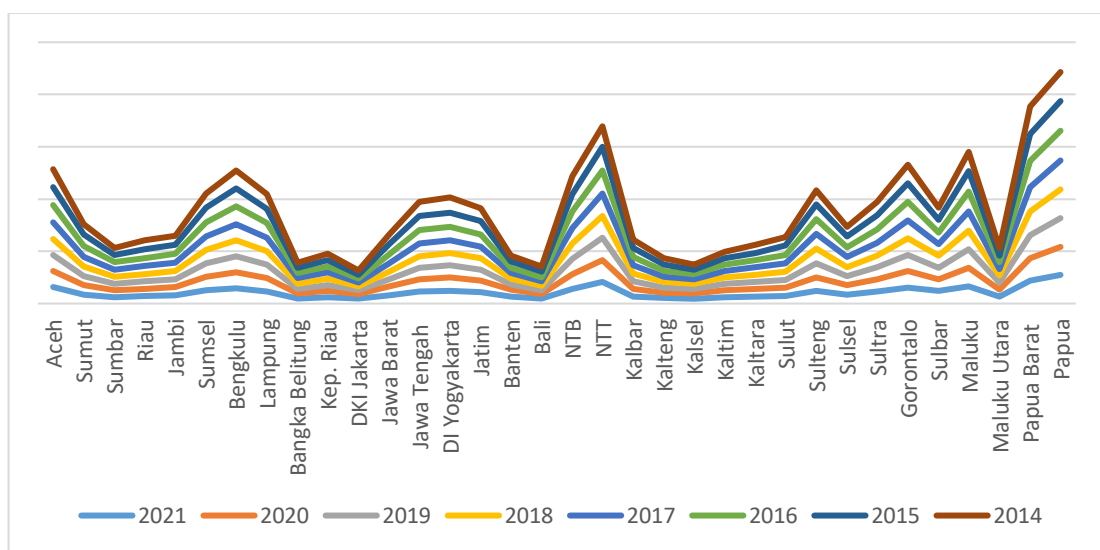
Tabel 5.6
Distribusi Persentase Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Persentase Penduduk Miskin	2021	34	10.4 (5.4)	4.6-27.4
	2020	34	10/8 (5.4)	4.5-26.8
	2019	34	10.5 (5.7)	3.5-27.5
	2018	34	10.6 (5.7)	3.6-27.4
	2017	34	11 (5.9)	3.8-27.7

	2016	34	11.4 (6.1)	3.8-28.4
	2015	34	11.7 (6.2)	3.6-28.4
	2014	34	11.6 (6)	4.1-28

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa persentase penduduk miskin di Indonesia selama 6 tahun terakhir mengalami penurunan 11.6% pada tahun 2014 menjadi 10.5% pada tahun 2019.



Grafik 5.5 Persentase Penduduk Miskin antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: *Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – diolah tahun 2023*)

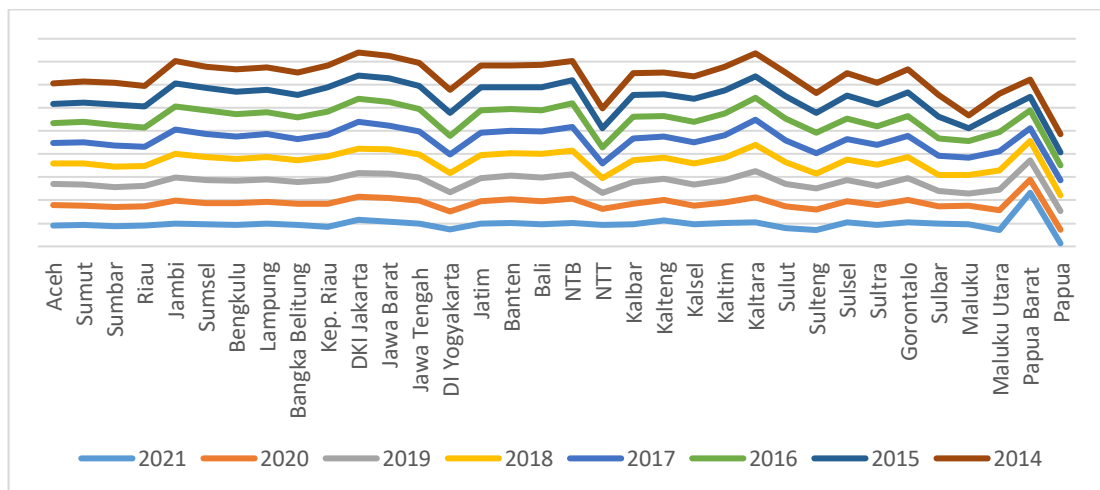
Grafik 5.5 menunjukkan beberapa provinsi seperti Papua Barat, Papua, NTB, NTT, Gorontalo, Maluku, Sulawesi Tengah, Aceh, Bengkulu, Jawa Tengah dan Jawa Timur memiliki persentase penduduk miskin tertinggi selama 8 tahun terakhir. Angka kemiskinan provinsi-provinsi tersebut mencapai 15%-27%.

Tabel 5.7
Distribusi Cakupan K1 di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan K1	2021	34	93.9 (33.2)	13-232.2
	2020	34	89.5 (12)	57-108.8
	2019	34	92.31 (11.9)	55.1-114.5
	2018	34	91.3 (11.7)	63.5-112.6
	2017	34	91.1 (12.5)	54.8-116.4
	2016	34	89.6 (9.8)	64.7-102.9
	2015	34	91.9 (12.5)	55.9-104.7
	2014	34	92.8 (9.3)	55.9-102.9

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa cakupan K1 selama 8 tahun terakhir terus mengalami fluktuasi namun rata-rata persentase tersebut sudah di atas target Renstra 2019 (80%). Dilihat dari range data pada tahun 2021 masih terdapat provinsi dengan cakupan K1 sebesar di bawah 13% (Provinsi Papua).



Grafik 5.6 Cakupan K1 antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 - di olah tahun 2023)

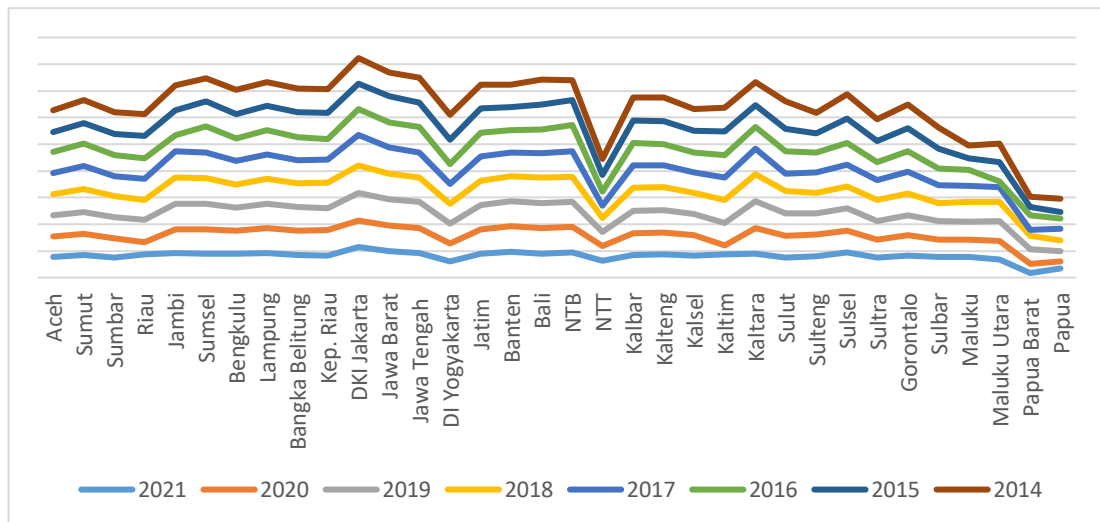
Grafik 5.6 menunjukkan bahwa provinsi Papua, Sulawesi Tengah, D.I Yogyakarta, Maluku Utara, Sulawesi Utara, memiliki cakupan K1 terendah sebesar 13%, 70.6%, 74.6% dan 78% pada tahun 2021, sedangkan provinsi lainnya sudah di atas 80%.

Tabel 5.8
Distribusi Cakupan K4 di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan K4	2021	34	81.3 (17.6)	16.8-114.5
	2020	34	77.4 (19.4)	27.5-98.8
	2019	34	82.1 (14.4)	37.1-103.6
	2018	34	82.8 (14.2)	40.7-103.1
	2017	34	79.7 (17.7)	23.2-114.4
	2016	34	76.8 (17.3)	21-100
	2015	34	81.2 (17.5)	24.5-98.2
	2014	34	82.6 (14)	39.4-98.2

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan K4 di Indonesia masih mengalami fluktuasi. Meskipun secara nasional sudah mencapai target Renstra untuk setiap tahunnya, namun masih terdapat provinsi yang tidak mencapai target bahkan nilai cakupan masih di bawah 50% dengan melihat nilai range.



Grafik 5.7 Cakupan K4 antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 - *di olah tahun 2023*)

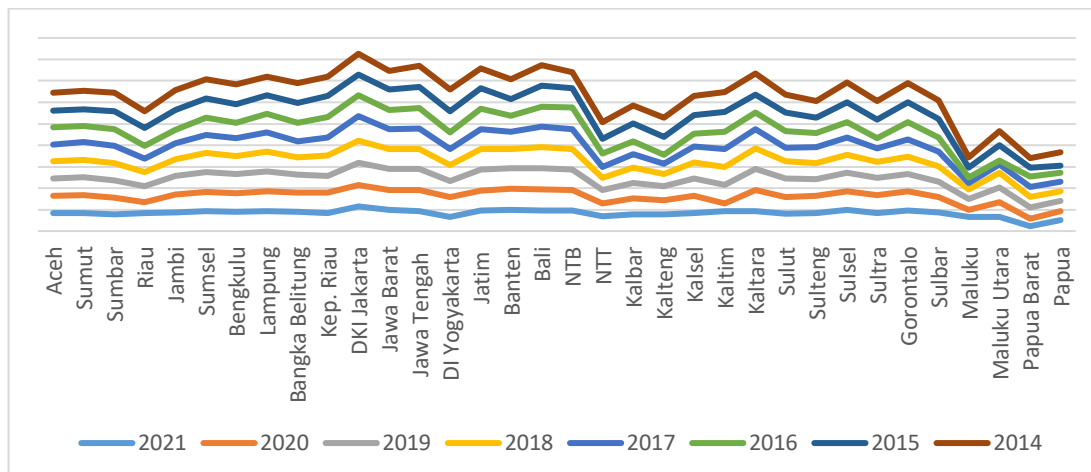
Grafik 5.7 menunjukkan bahwa Provinsi NTT, Papua Barat, dan Papua memiliki cakupan K4 terendah sebesar 63.1%, 16.8%, dan 34.1% pada tahun 2021, beberapa provinsi lainnya juga masih terdapat cakupan <80%.

Tabel 5.9
Distribusi Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan
di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan Persalinan Ditolong Nakes di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	2021	34	84 (16.5)	22.8-114.8
	2020	34	81.6 (18.2)	30.7-122.9
	2019	34	81.3 (14.2)	46.6-103.8
	2018	34	79.4 (15.1)	45.2-103
	2017	34	74.3 (18.3)	30.7-114.4
	2016	34	71 (20.3)	17.8-100
	2015	34	83.4 (15.7)	34.1-99.6
	2014	34	84.8 (12.9)	44.7-100

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan terus mengalami fluktuasi bahkan setiap tahunnya belum mencapai target Renstra (85%).



Grafik 5.8 Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – *di olah tahun 2023*)

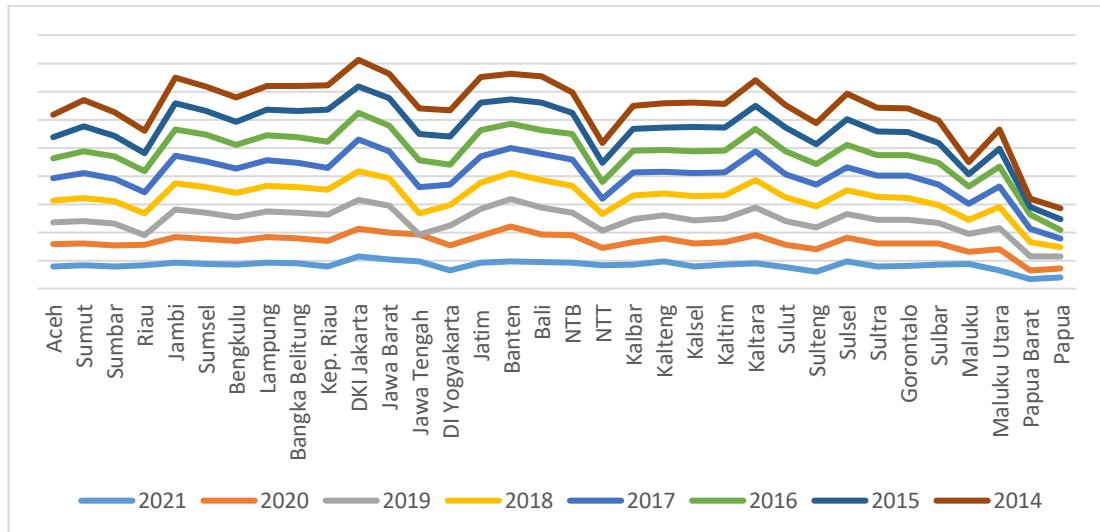
Grafik 5.8 menunjukkan bahwa cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan Provinsi Papua, Maluku, dan Papua Barat menjadi provinsi dengan cakupan terendah selama 8 tahun terakhir dengan rata-rata cakupan <50%.

Tabel 5.10
Distribusi Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)	2021	34	83.1 (15.9)	33.8-114.2
	2020	34	81.6 (18.2)	30.7-122.9
	2019	34	78.49 (20.8)	1.1-102.1
	2018	34	80.7 (15.1)	33.1-101.6
	2017	34	80.9 (15.7)	30.5-112.9
	2016	34	78.5 (13.9)	30.5-94.7
	2015	34	80 (17.5)	28.5-112.9
	2014	34	80.9 (15.5)	29.1-94.6

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia terus mengalami fluktuasi. Pada tahun 2021 cakupan KF3 sudah mencapai target Renstra (80%) sebesar 83.1%. Dilihat pada nilai minimum masih terdapat provinsi dengan cakupan <50% pada setiap tahunnya.



Grafik 5.9 Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021

(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – di olah tahun 2023)

Grafik 5.9 menunjukkan bahwa cakupan kunjungan nifas Provinsi Jawa Tengah menjadi provinsi dengan cakupan terendah pada tahun 2019 sebesar 1.1% sangat jauh berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya cakupan sudah mencapai 90%. Rata-rata cakupan konsisten <50% yaitu pada Provinsi Papua Barat dan Papua.

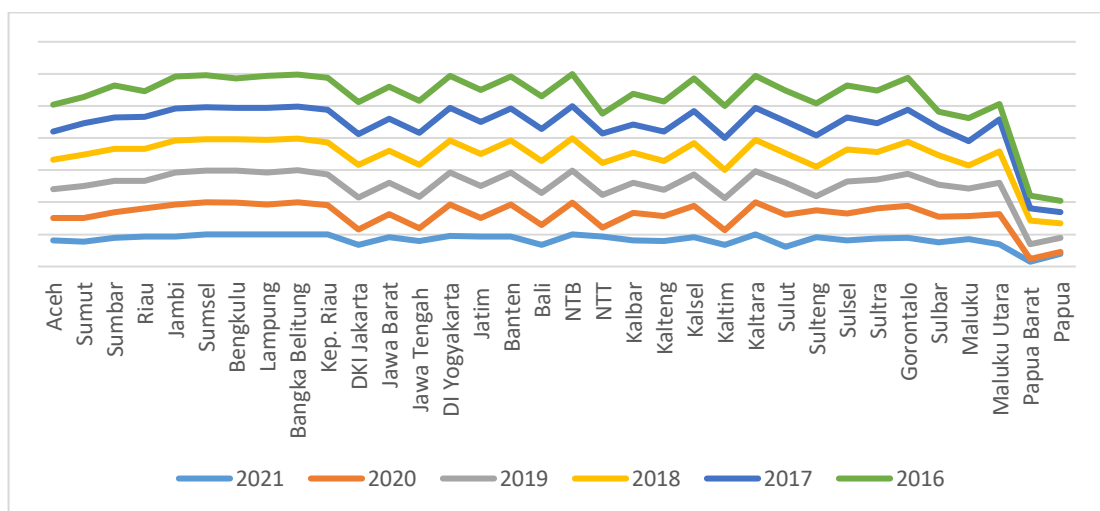
Tabel 5.11
Distribusi Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil di Indonesia Tahun 2016-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil	2021	34	83.4 (18.3)	14.9-100
	2020	34	77.2 (26.2)	5.61-100
	2019	34	92.3 (15.7)	43.7-102.3

	2018	34	94 (11.2)	44.4-100
	2017	34	93.2 (15.4)	35-100
	2016	34	89.1 (19.4)	35.1-100

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil di Indonesia menurun pada periode 2020-2021 (77.2% dan 83.4%) dimana tahun sebelumnya sudah mencapai 92.3%.



Grafik 5.10 Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2016-2021 *di olah tahun 2023*)

Grafik 5.10 menunjukkan bahwa cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil Provinsi Papua Barat, dan Papua menjadi provinsi dengan cakupan terendah selama 6 tahun terakhir dengan cakupan <50%.

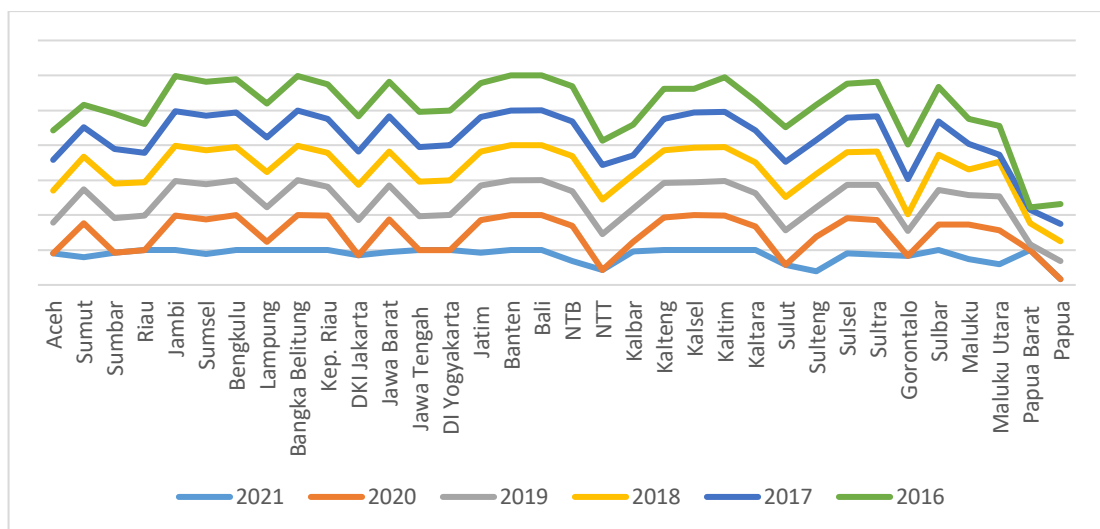
Tabel 5.12
Distribusi Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Indonesia Tahun 2016-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan	2021	34	86.4 (20.9)	16.4-100
	2020	34	60.5(46)	0-100
	2019	34	92.2 (16.8)	15.7-102.2

Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	2018	34	92.9 (13)	47.3-100
	2017	34	90 (19.7)	20.2-100
	2016	34	89 (19)	6.6-100

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pada tahun 2021 sebesar 86.4% meningkat dibandingkan tahun sebelumnya (60.5%).



Grafik 5.11 Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021 (Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2016-2021 – di olah tahun 2023)

Grafik 5.11 menunjukkan bahwa Provinsi Papua Barat menjadi provinsi dengan rata-rata cakupan puskesmas melaksanakan program P4K terendah selama 6 tahun terakhir dengan cakupan sebesar 37.01%.

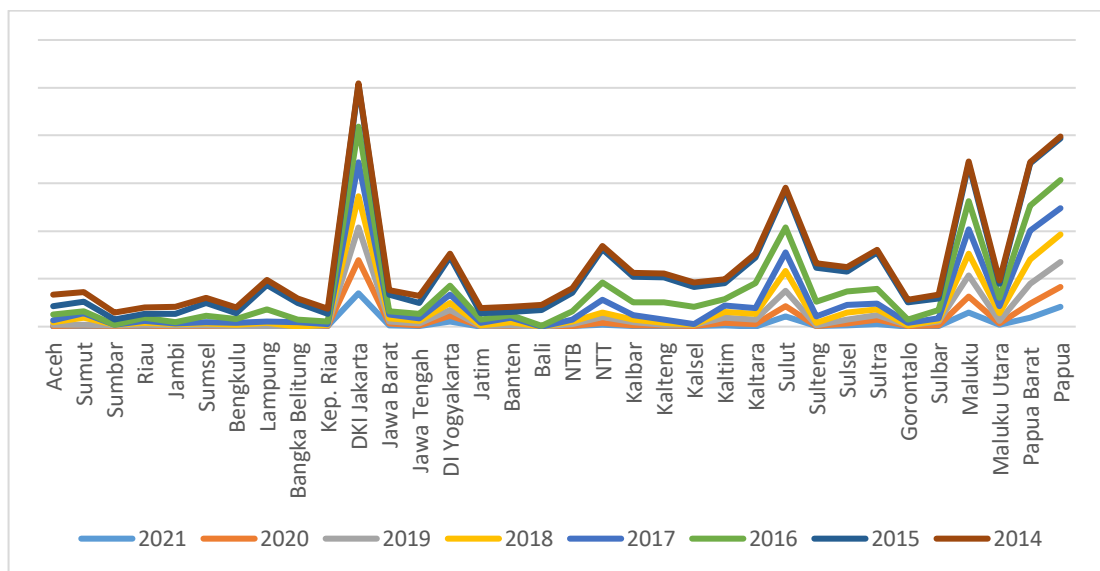
Tabel 5.13
Distribusi Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan di Indonesia
Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Puskesmas dengan Kecukupan Bidan	2021	34	6.5 (14.5)	0-69.7
	2020	34	7.5 (15)	0-69.4
	2019	34	10.6 (16.9)	0-68.5
	2018	34	12.9 (17.5)	0-65.3

	2017	34	14.7 (18.4)	0-71
	2016	34	23 (20)	0.8-74.7
	2015	34	41.8 (25.3)	6.1-88
	2014	34	9.6 (4.5)	3-23.7

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata puskesmas di Indonesia selama 8 tahun terakhir masih kekurangan bidan, bahkan pada tahun 2021 masih terdapat provinsi dengan kekurangan bidan mencapai 69.7% dan 88% pada tahun 2015.



Grafik 5.12 Cakupan Puskesmas dengan Kecukupan Bidan antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – *di olah tahun 2023*)

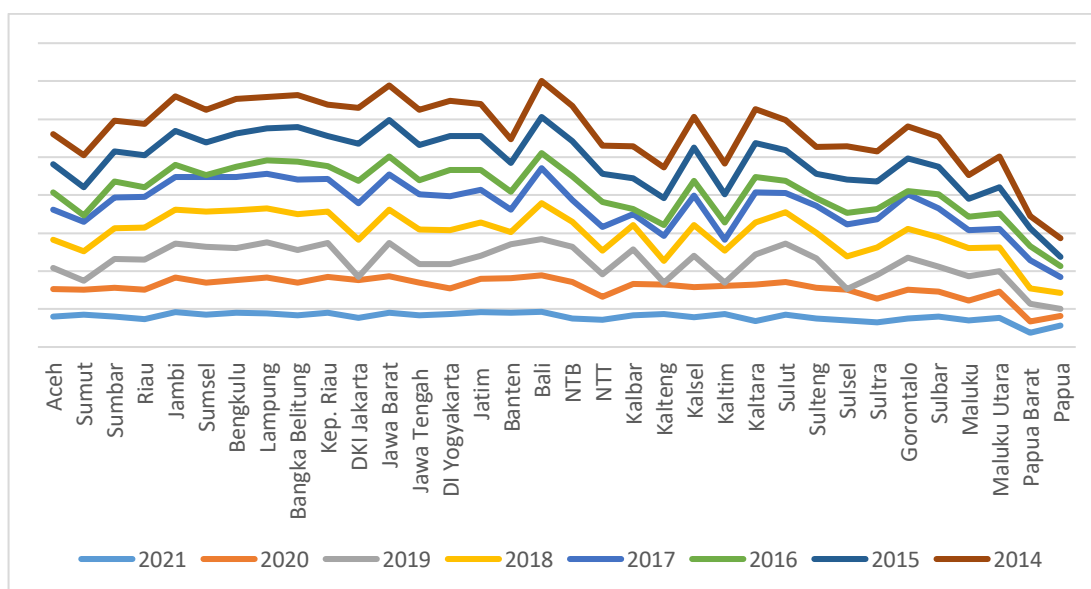
Grafik 5.12 menunjukkan bahwa Provinsi Papua Barat, Papua, dan DKI Jakarta menjadi provinsi dengan rata-rata cakupan puskesmas dengan kekurangan bidan tertinggi selama 8 tahun terakhir sebesar 43.1%, 49.7%, dan 63.7%.

Tabel 5.14
Distribusi Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah
di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah	2021	34	79.5 (11.4)	37.5-92.6
	2020	34	77.7 (17.4)	25.3-99.3
	2019	34	65.4 (29.3)	1.7-100
	2018	34	77.2 (16.5)	32.1-99.5
	2017	34	73.9 (18.6)	27.9-96.4
	2016	34	37.1 (15)	4.6-70
	2015	34	78.8 (15.2)	24.4-97.1
	2014	34	80.8 (13)	32.5-95

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata selama 8 tahun lebih dari setengah ibu hamil di Indonesia sudah mendapatkan ≥ 90 tablet tambah darah.



Grafik 5.13 Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah
antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021

(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – di olah tahun 2023)

Grafik 5.13 menunjukkan bahwa Provinsi Kalimantan Tengah, Papua Barat, dan Papua menjadi provinsi dengan rata-rata persentase Ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah terendah selama 8 tahun terakhir secara berturut sebesar

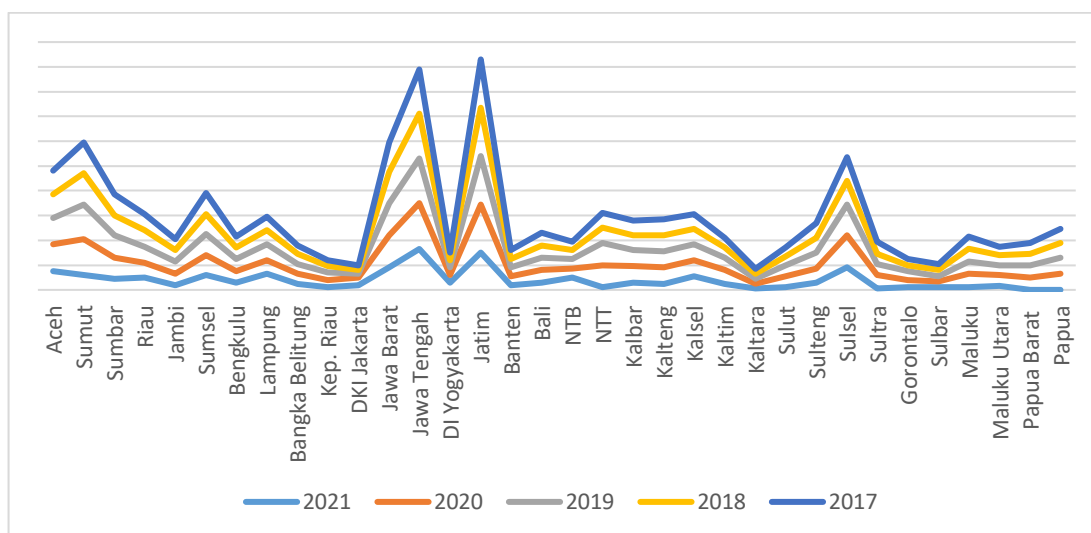
59.2%, 43.17%, dan 35.79%. Pada tahun 2019 Provinsi Sulawesi Selatan memiliki cakupan terendah sebesar 1.7%.

Tabel 5.15
Distribusi Jumlah Unit Transfusi Darah di Indonesia Tahun 2017-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Jumlah Unit Transfusi Darah	2021	34	7.8 (7.8)	0-33
	2020	34	13.5 (8.7)	4-39
	2019	34	13.5 (8.6)	3-39
	2018	34	12.4 (8.3)	3-39
	2017	34	12.4 (8.3)	4-49

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata unit transfusi darah yang ada pada setiap provinsi tahun 2017 sampai 2020 sebanyak 12 sampai 13 unit. Namun, pada tahun 2021 rata-rata unit transfusi darah menurun menjadi 7.8 unit.



Grafik 5.14 Jumlah Unit Transfusi Darah antar Provinsi di Indonesia Tahun 2017-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2017-2021 – di olah tahun 2023)

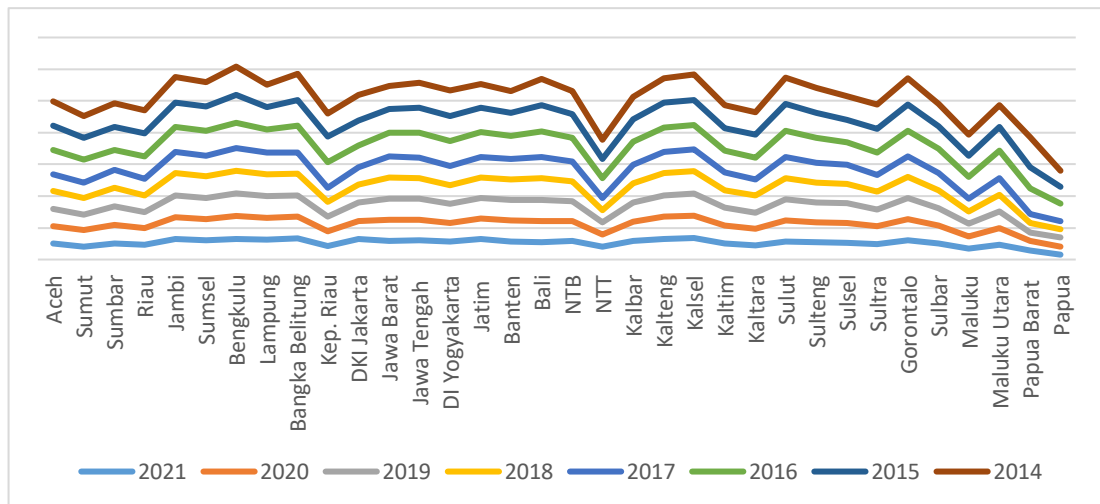
Grafik 5.14 menunjukkan bahwa pada tahun 2021 Provinsi Papua dan Papua Barat belum memiliki Unit Transfusi Darah (UTD) teregistrasi. Jumlah UTD terbanyak berada pada Provinsi Jawa Timur (30 unit) dan Jawa Tengah (33 unit).

Tabel 5.16
Distribusi Cakupan Kontrasepsi di Indonesia Tahun 2014-2021

Variabel	Tahun	Mean (SD)	Range
Cakupan Kontrasepsi	2021	52.9 (11.6)	15.4-67.9
	2020	58.5 (11.4)	25.2-71.7
	2019	57.7 (11.5)	25.4-71.4
	2018	58.5 (11.4)	25.7-71.2
	2017	57.2 (11.5)	25.4-71.6
	2016	74.2 (7.5)	51.7-87
	2015	74 (7.8)	51.7-88
	2014	74.5 (8.9)	50.7-94.5

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata cakupan kontrasepsi di Indonesia selama 8 tahun terakhir mengalami penurunan. Pada tahun 2014 cakupan kontrasepsi sebesar 74.5% turun menjadi 52.9% pada tahun 2021.



Grafik 5.15 Cakupan Kontrasepsi antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
(Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, 2014-2021 – *di olah tahun 2023*)

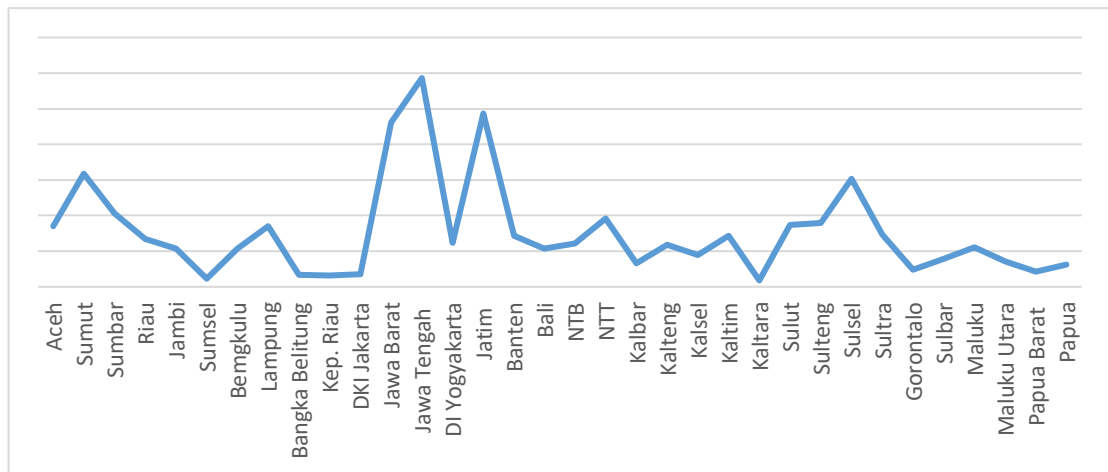
Grafik 5.15 menunjukkan bahwa Provinsi Papua Barat, Papua, NTT dan Maluku memiliki cakupan kontrasepsi terendah (<50%) pada tahun 2021 dibandingkan provinsi lainnya seperti Bengkulu cakupannya mencapai 76%.

Tabel 5.17
Distribusi Jumlah PONE D di Indonesia Tahun 2015

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Jumlah PONE D	2015	34	77 (67)	9-293

Sumber Data: *Data Sekunder Data Dasar Puskesmas – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah puskesmas PONE D di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 77 puskesmas per provinsi. Namun masih terdapat provinsi dengan jumlah puskesmas PONE D sebesar 9 puskesmas per provinsi.



Grafik 5.16 Jumlah PONE antar Provinsi di Indonesia Tahun 2015
(Sumber: Data Dasar Puskesmas, 2015 – *di olah tahun 2023*)

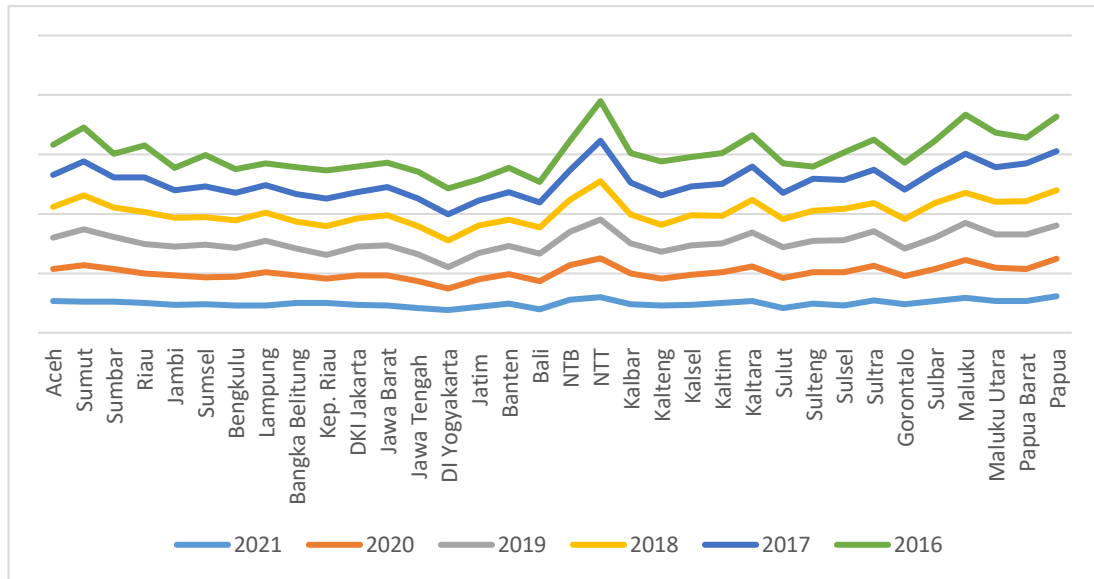
Grafik 5.16 menunjukkan bahwa jumlah PONE di Indonesia hanya tersedia data 1 tahun yaitu tahun 2015. Jumlah PONE terendah berada pada Provinsi Kalimantan Utara (9 puskesmas) dan Sumatera Selatan (11 puskesmas).

Tabel 5.18
Distribusi *Total Fertility Rate* di Indonesia Tahun 2017-2021

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
<i>Total Fertility Rate</i>	2021	34	2.5 (0.3)	1.9-3.07
	2020	34	2.6 (0.3)	1.81-3.3
	2019	34	2.6 (0.3)	1.8-3.3
	2018	34	2.5 (0.2)	2.2-3.2
	2017	34	2.4 (0.5)	1-3.3

Sumber Data: *Data Sekunder Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN, LKIP BKKBN – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata wanita di Indonesia memiliki 2 sampai 3 anak selama masa reproduksinya.



Grafik 5.17 Total Fertility Rate antar Provinsi di Indonesia Tahun 2016-2021
(Sumber: Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN, 2016-2019, LKIP BKKBN 2020-2021 – di olah tahun 2023)

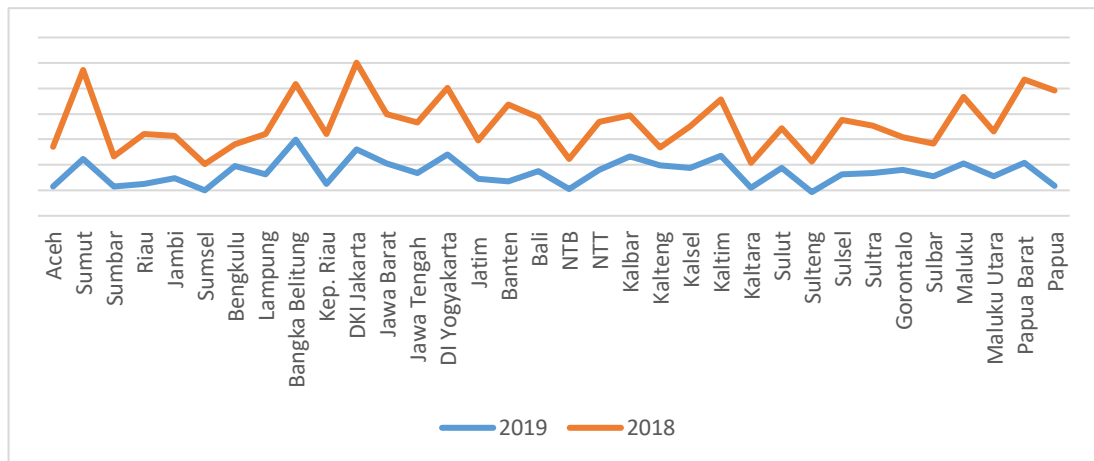
Grafik 5.17 menunjukkan bahwa Provinsi NTT dan wilayah Indonesia Timur Lainnya memiliki TFR lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi di wilayah Indonesia Barat. Rata-rata wanita disana memiliki 3 anak selama masa reproduksinya sedangkan provinsi lain hanya 1 sampai 2 anak.

Tabel 5.19
Distribusi Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)
di Indonesia Tahun 2018-2019

Variabel	Tahun	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	2019	34	17.1 (5)	9.3-30
	2018	34	19.1 (7.7)	7.1-37.6

Sumber Data: Data Sekunder laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN – diolah tahun 2023

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa wanita usia subur di Indonesia pada tahun 2019 sebanyak 17.1% dan 19.1% pada tahun 2018 tidak menginginkan kehamilannya.



**Grafik 5.18 Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)
antar Provinsi di Indonesia Tahun 2018-2019**
(Sumber: Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN, 2018-2019)

Grafik 5.18 menunjukkan bahwa persentase KTD hampir sama di seluruh Indonesia terutama pada provinsi dengan kota metropolitan dan megapolitan seperti Sumatera Utara, DKI Jakarta, DI Yogyakarta dan Kalimantan Timur. Akan tetapi pada provinsi lain seperti Papua Barat, Papua, Maluku dan Bangka Belitung juga menunjukkan tingginya persentase KTD.

Tabel 5.20
Distribusi Frekuensi Variabel yang Diukur Tahun 2014-2021

Variabel	Obs	Mean (SD)	Min-Max
Angka Kematian Ibu	272	129.2 (55.9)	26-387
Kepadatan Penduduk	272	732.7 (2658.4)	8.05-17031
Rata-rata Lama Sekolah WUS	272	8.7 (0.9)	5.4-11.2
Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	272	95.1 (5.7)	64.1-99.9
Cakupan Pelayanan K1	272	90.5 (17.8)	4.1-232.2
Cakupan Pelayanan K4	272	80.4 (16.7)	16.8-114.5
Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	272	79.6 (17.2)	17.8-114.8

Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)	272	80.3 (17.1)	1.1-122.9
Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil	204	88 (19.8)	5.6-102.34
Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	204	85.1 (27.3)	0-102.24
Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan	272	15.8 (20.4)	0-87.96
Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah	272	71.3 (22.3)	1.7-100.1
Jumlah Unit Transfusi Darah	170	11.9 (8.5)	0-39
Cakupan Kontrasepsi	272	63.4 (13.3)	15.4-94.5
Jumlah PONED	34	76.7 (67.1)	9-293
<i>Total Fertility Rate (TFR)</i>	204	2.5 (0.3)	1.02-3.4
Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	68	18.1 (6.5)	7.1-37.6
Kemiskinan	272	10.9 (5.7)	3.5-28.4

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan Indonesia, Data Dasar Puskesmas, Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN, LKIP BKKBN – diolah tahun 2023*

Berdasarkan grafik 5.20 menunjukkan bahwa terdapat 13 variabel dengan 272 jumlah data observasi, artinya variabel-variabel tersebut memiliki data 8 tahun terakhir. Data observasi paling sedikit ada pada variabel jumlah PONED sebesar 34 data, artinya hanya terdapat data 1 tahun untuk 34 provinsi.

5.2.2 Hasil Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat untuk antara satu variabel independen dengan variabel dependen tanpa melihat faktor risiko lainnya.

Tabel 5.21
Hubungan Sosial Demografi, Ekonomi, dan Pelayanan Kesehatan & KB dengan Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia Tahun 2014-2021
Analisis Bivariat Menggunakan Uji *Simple Linier Regression*

No	Variabel	N	R ²	P Value
1. Sosial Demografi				
	Kepadatan Penduduk	272	0.073	<0.0001
	Rata-Rata Lama Sekolah WUS	272	0.0014	0.543
	Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf	272	0.0005	0.714
2. Ekonomi				
	Persentase Penduduk Miskin	272	0.061	<0.0001
3. Pelayanan Kesehatan & KB				
	Cakupan Pelayanan K1	272	0.018	<0.0001
	Cakupan Pelayanan K4	272	0.182	<0.0001
	Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	272	0.136	<0.0001
	Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)	272	0.133	<0.0001
	Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil	204	0.065	<0.0001
	Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	204	0.029	0.015
	Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan	272	0.004	0.315
	Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah	272	0.029	0.005
	Jumlah Unit Transfusi Darah	170	0.092	<0.0001
	Cakupan Kontrasepsi	272	0.032	0.003
	Jumlah PONE	34	0.093	0.08

<i>Total Fertility Rate (TFR)</i>	204	0.026	0.021
Persentase Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	68	0.01	0.412

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan, Data Dasar Puskesmas dan Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN – diolah tahun 2021*

Berdasarkan tabel 5.21 menunjukkan bahwa variasi Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia 7.3% dipengaruhi oleh kepadatan penduduk (P Value= <0.0001), 6.1% oleh persentase penduduk miskin (P Value= <0.0001), 1.8% oleh cakupan K1 (P Value= <0.0001), 18.2% oleh cakupan K4 (P Value= <0.0001), 13.6% oleh cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (P Value= <0.0001), 13.3% oleh cakupan kunjungan nifas (Kf3) (P Value= <0.0001), 6.5% oleh cakupan puskesmas melakukan kelas ibu hamil (P Value= <0.0001), 28.7% oleh cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (P Value= <0.0001), 2.9% oleh persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah (P Value= 0.005) dan 9.2% dipengaruhi oleh jumlah unit transfusi darah (P Value= <0.0001), 3.2% dipengaruhi oleh cakupan kontrasepsi (P Value= 0.003) dan 2.6% dipengaruhi oleh *Total Fertility Rate (TFR)* (P Value= 0.021).

5.2.3 Hasil Analisis Data Multivariat

Berdasarkan hasil uji bivariat, kemudian penulis membuat beberapa model dari variabel-variabel yang sebelumnya memiliki hubungan (P Value= ≤ 0.05) di antaranya Sosio-Demografi (Kepadatan Penduduk), Pelayanan Kesehatan & KB (Cakupan Pelayanan K1, Cakupan Pelayanan K4, Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Cakupan Kunjungan Nifas (KF3), Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil, Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah, Jumlah Unit Transfusi Darah, Cakupan Kontrasepsi dan *Total Fertility Rate* (TFR)), Kemiskinan (Persentase Penduduk Miskin). Analisis lebih lanjut ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang paling dominan yang mempengaruhi variasi AKI antar provinsi di Indonesia seperti di bawah ini:

Tabel 5.22
Hubungan dan Variasi antara Variabel Independen dengan Dependen
Menggunakan Berbagai Model
Menggunakan Uji *Multiple Linier Regression*

Dependen	Independen	R ²	P Value
AKI	Pelayanan Kesehatan & KB	0.111	0.038
	Sosio-Demografi dan Pelayanan Kesehatan & KB	0.146	0.0075
	Kemiskinan dan Pelayanan Kesehatan & KB	0.117	0.043
	Sosio-Demografi dan Kemiskinan	0.109	<0.0001
	Kemiskinan	0.061	<0.0001
	Sosio-Demografi, Pelayanan Kesehatan & KB dan Kemiskinan	0.16	0.0051

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan, Data Dasar Puskesmas dan Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN, LKIP BKKBN – diolah tahun 2023*

Berdasarkan tabel 5.22 menunjukkan bahwa gabungan antara variabel sosio-demografi, pelayanan kesehatan & KB, dan kemiskinan memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap variasi AKI antar provinsi di Indonesia dibandingkan model yang lain dengan nilai R^2 sebesar 0.16. Artinya variable-variabel tersebut 16% mempengaruhi terjadinya variasi AKI antar provinsi di Indonesia (P Value = 0.0051).

Tabel 5.23
Determinan Variasi pada Angka Kematian Ibu (AKI) antar provinsi di Indonesia
Analisis Multivariat Menggunakan Uji *Multiple Linier Regression*

Variabel	R^2	P Value
Kepadatan Penduduk	0.16	0.005
Persentase Penduduk Miskin		0.103
Cakupan Pelayanan K1		0.250
Cakupan Pelayanan K4		0.028
Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		0.797
Cakupan Kunjungan Nifas (KF3)		0.743
Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil		0.239
Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)		0.381
Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah		0.456
Jumlah Unit Transfusi Darah		0.926
Cakupan Kontrasepsi		0.298
<i>Total Fertility Rate</i> (TFR)		0.96

Sumber Data: *Data Sekunder Profil Kesehatan, Data Dasar Puskesmas dan Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK - BKKBN – diolah tahun 2023*

Berdasar tabel 5.23 menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan variasi AKI antar provinsi di Indonesia di antaranya: kepadatan penduduk (P Value= 0.005) dan cakupan pelayanan K4 (P Value= 0.028).

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Perhitungan Angka Kematian Ibu (AKI) dalam penelitian ini menggunakan *Maternal Mortality Ratio* atau pembagian jumlah kematian ibu dengan jumlah lahir hidup per 100.000 kelahiran hidup tanpa dilakukan *adjusted*. Data AKI diambil dari Profil Kesehatan Indonesia, begitupula dengan variabel lainnya. Data ini merupakan hasil pengumpulan data registrasi vital yang mungkin belum terlaksana dengan baik sehingga belum merepresentasikan keadaan dilapangan yang sebenarnya. Beberapa variabel yang tidak ada di Profil Kesehatan Indonesia seperti *Total Fertility Rate* (TFR) dan kehamilan tidak diinginkan penulis menggunakan sumber data lain yaitu data Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN dan LKIP BKKBN, data PONEC didapatkan dari data dasar puskesmas. Kemudian seharusnya data yang digunakan adalah data 8 tahun terakhir mulai dari tahun 2014-2021, namun beberapa variabel hanya didapatkan data 1 tahun (jumlah puskesmas PONEC), 2 tahun (kehamilan tidak diinginkan), 5 tahun (unit transfusi darah) dan 6 tahun (*Total Fertility Rate*, kelas ibu hamil dan program perencanaan persalinan dan komplikasi).

6.2 Pembahasan Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian ini AKI di Indonesia selama 8 tahun terakhir terus mengalami penurunan 134.7 kematian per 100.000 lahir hidup pada tahun 2014 menjadi 106.9 kematian per 100.000 lahir hidup pada tahun 2019. Namun terjadi peningkatan pada masa pandemi tahun 2020 dan 2021 menjadi 118 dan 187 per 100.000 lahir hidup. Angka tersebut masih jauh dari target *Sustainable Development*

Goals (SDGs) yakni 70 per 100.000 kelahiran hidup. AKI menjadi salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan karena mencerminkan keberhasilan program kesehatan reproduksi seperti pelayanan kehamilan, persalinan, dan ibu nifas (Badan Pusat Statistik, 2012).

Variabel Sosio-Demografi

6.2.1 Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel kepadatan penduduk, rata-rata selama 8 tahun terakhir 732 jiwa penduduk di Indonesia tinggal dalam 1 km² luas wilayah daratan. Namun beberapa provinsi seperti Papua Barat dan Kalimantan Utara jumlah penduduk hanya 9 jiwa per km² per luas wilayah. Berdasarkan hasil uji bivariat diketahui bahwa kepadatan penduduk dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= <0.0001 dan R^2 = 0.073. Artinya kepadatan penduduk 7.3% menentukan variasi AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.006) artinya semakin padat penduduk pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI, begitu sebaliknya semakin rendah kepadatan penduduk suatu provinsi maka semakin tinggi AKI yang terjadi. Berdasarkan hasil uji multivariat kepadatan penduduk menjadi salah satu determinan variasi AKI antar provinsi di Indonesia selain cakupan pelayanan K4 dengan P Value= 0.005.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nurrizka & Wahyono (2018) meskipun sampel yang digunakan berbeda yaitu kabupaten/kota di Indonesia dan hanya menggunakan data 1 tahun. Penelitian tersebut menunjukkan hubungan yang signifikan antara rendahnya kepadatan penduduk dengan tingginya kematian maternal (P Value= 0.000 dan OR= 4.5).

Penelitian Madadi *et al.* (2021) juga menunjukkan hasil yang serupa bahwa ukuran populasi pada suatu daerah berhubungan dengan kejadian kematian ibu dengan P Value= 0.04 dengan arah hubungan yang negatif. Artinya semakin tinggi ukuran populasi maka semakin rendah angka kematian ibu.

Asumsi peneliti banyak faktor lain yang berhubungan dan menentukan variasi AKI antar provinsi selain variabel kepadatan penduduk. Asumsi awal peneliti dianggap benar karena meneliti banyak faktor untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi tidak hanya faktor kepadatan penduduk. Kemudian jumlah penduduk yang sedikit pada wilayah Timur Indonesia menunjukkan jauhnya jarak antar satu desa dengan desa lainnya sehingga diasumsikan fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas juga sulit dijangkau. Minimnya infrastruktur untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti jalan, kendaraan umum serta masih banyak wilayah yang terisolir juga diasumsikan menjadi penyebab tingginya AKI.

6.2.2 Hubungan Rata-Rata Lama Sekolah WUS dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel rata-rata lama sekolah wanita usia subur di Indonesia hanya sampai jenjang Sekolah Menengah Pertama (SMP). Namun, Provinsi Papua memiliki rata-rata lama sekolah selama 6 tahun (tamat sekolah dasar). Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa rata-rata lama sekolah wanita usia subur tidak dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.543 dan $R^2= 0.0014$. Artinya tidak ada hubungan antara rata-rata lama sekolah wanita usia subur dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Moaddab *et al.* (2018)

bahwa tidak terdapat hubungan antara pendidikan ibu tamat sekolah menengah pertama dengan AKI di United States tahun 2004-2015 (P Value= 0.135).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nurriszka & Wahyono (2018) dan Nelson *et al.* (2018) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara rata-rata lama sekolah WUS dengan proporsi kematian maternal (P Value 0.0 dan <0.001). Sama halnya dengan Meh *et al.* (2019) didapatkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan wanita (tamat sekolah dasar) dengan perbedaan AKI antara wilayah utara dan selatan Nigeria (P Value= <0.0001). Cameron *et al.* (2019) mendapatkan hasil penelitian yang sama bahwa jumlah tahun sekolah berhubungan dengan tingginya AKI di Iran (P Value= 0.028). Hasil penelitian Hamal *et al.* (2020) menggunakan metode sis mendapatkan hasil bahwa Pendidikan perempuan dan pendidikan suami secara konsisten berhubungan dengan pemanfaatan kesehatan ibu di India.

Asumsi peneliti perbedaan hasil analisis ini disebabkan jenis data dan metode analisis yang berbeda. Tingkat pendidikan yang tinggi membuat ibu dan suami sibuk bekerja sehingga dapat membuat seorang wanita tidak memperhatikan kesehatan selama masa reproduksinya.

6.2.3 Hubungan Persentase Perempuan Dewasa Melek Huruf dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel persentase perempuan dewasa melek huruf di Indonesia bahwa persentase perempuan dewasa melek huruf selama 8 tahun terakhir terus mengalami peningkatan walaupun tidak secara signifikan (94% pada tahun 2014 menjadi 96.4% pada tahun 2021). Namun masih terdapat Provinsi yaitu Papua dengan rata-rata persentase sebesar 72.97%. Berdasarkan hasil analisis uji

bivariat diketahui bahwa persentase perempuan dewasa melek huruf tidak dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.714 dan $R^2=$ 0.0005. Artinya tidak ada hubungan antara persentase perempuan dewasa melek huruf dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Girum & Wasie (2017) dan Alvarez *et al.* (2009) diketahui bahwa terdapat hubungan antara rata-rata dewasa melek huruf dengan kejadian kematian ibu di negara berkembang, keduanya memiliki nilai P Value= <0.001. Berhan & Berhan (2014) juga mendapatkan hasil penelitian adanya hubungan antara rata-rata dewasa melek huruf dengan AKI (P Value= <0.007). Penelitian Sharma *et al.* (2018) juga menunjukkan hasil yang signifikan tentang pentingnya peningkatan literasi sebagai upaya penurunan kematian ibu (P Value= <0.001) dengan menggunakan metode nyanyian sehingga menunjukkan hasil yang sebelumnya paling buta huruf meningkat pengetahuannya pada tes paska itervensi serta mayoritas peserta (63.9%) dapat memberikan informasi yang dipelajari kepada tetangga dan teman.

Adanya perbedaan hasil penelitian ini penulis asumsikan karena perbedaan analisis dan pengukuran variabel. Dalam profil kesehatan Indonesia mengukur perempuan dewasa melek huruf hanya dengan melihat kemampuan membaca dan menulis kalimat sederhana dalam bentuk huruf latin, arab, dan lainnya (seperti huruf jawa, kanji, dll). Hal tersebut belum bisa menggambarkan tingkat literasi atau pemahaman mereka tentang suatu informasi terutama informasi kesehatan.

Variabel Ekonomi

6.2.4 Hubungan Persentase Penduduk Miskin dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel persentase penduduk miskin di Indonesia selama 8 tahun terakhir mengalami penurunan 11.6% pada tahun 2014 menjadi 10.4% pada tahun 2021. Meskipun masih terdapat provinsi dengan persentase >20% di antaranya Papua Barat dan Papua. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa persentase penduduk miskin dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P \text{ Value} = <0.0001$ dan $R^2 = 0.061$. Artinya persentase penduduk miskin 6.1% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai positif (3.14) artinya semakin rendah persentase penduduk miskin pada suatu provinsi maka semakin rendah pula AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi persentase penduduk miskin suatu provinsi maka semakin tinggi pula AKI yang terjadi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Meh *et al.* (2019) bahwa wilayah dengan dengan indeks kekayaan menengah berkaitan dengan tingginya AKI di Selatan Nigeria dibandingkan dengan Utara Nigeria ($P \text{ Value} = <0.0001$). Penelitian lain yang dilakukan menggunakan data WHO, World Bank, UNDP dan UNICEF pada 82 negara berkembang yang ada di dunia didapatkan hasil bahwa tingkat ekonomi yang diukur menggunakan GNI per Capital menunjukkan hubungan yang signifikan dengan perbedaan AKI antar negara-negara tersebut ($P \text{ Value} = <0.001$) (Girum & Wasie, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Hamal *et al.* (2020) juga menunjukkan bahwa status ekonomi yang sering diukur berdasarkan

standar hidup, pendapatan rumah tangga, dan lain-lain berdampak pada kesehatan ibu di India.

Hasil penelitian Cameron *et al.* (2019) pada tenaga kesehatan di Iran menunjukkan hasil yang berbeda bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat kekayaan dengan AKI (P Value= 0.104). Menurut asumsi peneliti perbedaan ini dapat terjadi karena perbedaan sumber data dan jenis analisis yang digunakan.

Variabel Pelayanan Kesehatan

6.2.5 Hubungan Cakupan Pelayanan K1 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan K1 selama 8 tahun terakhir terus mengalami fluktuasi namun rata-rata persentase tersebut sudah di atas target Renstra 2021 (80%). Meskipun masih terdapat provinsi dengan persentase cakupan K1 <80% seperti Papua dan Maluku. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan K1 dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= <0.0001 dan R^2 = 0.018. Artinya cakupan K1 1.8% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.4) artinya semakin rendah cakupan K1 pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan K1 suatu provinsi maka semakin rendah AKI yang terjadi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Asrofin (2017) menggunakan data Profil Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2016. Didapatkan hasil bahwa cakupan K1 berhubungan secara signifikan dengan AKI di Kabupaten tersebut dengan P Value= <0.019. Nurriszka & Wahyono (2018) juga mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara cakupan K1

dengan kematian maternal antar kabupaten di Indonesia ($P \text{ Value} = 0.0$ (1.993 (1.388-2.862 CI)).

Menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena kunjungan pertama kehamilan (K1) sangat penting dalam mendeteksi risiko kehamilan. Semakin cepat diketahui risiko kehamilan maka akan semakin cepat penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, ibu mendapatkan tablet tambah darah, mendapat edukasi terkait kehamilan, serta siap menjadi seorang ibu.

6.2.6 Hubungan Cakupan Pelayanan K4 dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan K4 di Indonesia masih mengalami fluktuasi. Meskipun secara nasional sudah mencapai target Renstra untuk setiap tahunnya, namun masih terdapat provinsi yang tidak mencapai target bahkan nilai cakupan masih di bawah 50% dengan melihat nilai range (Papua dan Papua Barat). Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan K4 dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P \text{ Value} = <0.0001$ dan $R^2 = 0.182$. Artinya cakupan K4 18.2% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-1.44) artinya semakin rendah cakupan K4 pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan K4 suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Asrofin (2017) mendapatkan hasil bahwa kunjungan antenatal lengkap berhubungan dengan AKI di Kabupaten Nganjuk ($P \text{ Value} = 0.026$). Sama halnya dengan penelitian Girum & Wasie (2017) bahwa cakupan ANC berhubungan dengan perbedaan AKI pada 82 negara berkembang di dunia dengan $P \text{ Value} = <0.001$. Hasil penelitian

Nurriszka & Wahyono (2018) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara cakupan kunjungan kehamilan K4 dengan proporsi kematian neonatal antar kabupaten di Indonesia ($P\text{ Value}= 0.0$).

Menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena jika cakupan K4 tinggi maka mengindikasikan bahwa selama kehamilan ibu selalu terpantau oleh petugas kesehatan. Risiko kehamilan, gizi ibu hamil, rencana persalinan, pencegahan komplikasi dan peran keluarga semuanya telah terlaksana dengan baik maka kematian ibu tidak akan terjadi.

6.2.7 Hubungan Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan terus mengalami fluktuasi bahkan setiap tahunnya belum mencapai target Renstra (85%). Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P\text{ Value}= <0.0001$ dan $R^2= 0.136$. Artinya cakupan cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan 13.6% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-1.2) artinya semakin rendah cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurrizka & Wahyono (2018) bahwa cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah juga terbukti secara signifikan berhubungan dengan tingginya kematian ibu antar kabupaten di Indonesia ($P\text{ Value}= 0.0$ dan $OR= 2.890 (1.981-42.17\text{ CI})$). Sama halnya dengan penelitian Girum & Wasie (2017) diketahui bahwa cakupan persalinan oleh tenaga terampil berhubungan dengan perbedaan AKI antar negara berkembang yang ada di dunia dengan $P\text{ Value}= <0.001$. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Asrofin (2017) dimana diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara persalinan di tolong tenaga kesehatan dengan AKI di Kabupaten Nganjuk ($P\text{ Value}= <0.308$).

Menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena semakin banyak persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pada suatu provinsi maka persalinan dapat berjalan dengan aman. Komplikasi dapat di deteksi secara dini, hygiene dan sanitasi yang baik, kemampuan tenaga kesehatan yang mumpuni, adanya obat-obatan dan unit transfusi darah dapat mencegah kematian ibu.

6.2.8 Hubungan Cakupan Kunjungan Nifas (KF3) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia terus mengalami fluktuasi, namun pada tahun 2021 cakupan KF3 sudah mencapai target Renstra (80%) sebesar 83.1%. Dilihat pada nilai minimum masih terdapat provinsi dengan cakupan 1.1% (Jawa Tengah). Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan kunjungan nifas (KF3) dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P\text{ Value}= <0.0001$ dan $R^2= 0.133$. Artinya cakupan cakupan

kunjungan nifas (KF3) 13.3% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-1.19) artinya semakin rendah cakupan cakupan kunjungan nifas (KF3) pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan kunjungan nifas (KF3) suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurrizka & Wahyono (2018) cakupan kunjungan nifas yang rendah terbukti secara signifikan berhubungan dengan tingginya kematian ibu antar kabupaten di Indonesia dengan $P\text{ Value} = 0.0$ dan $OR = 2.570$ (1.771-3.729 CI). Akan tetapi, penelitian yang dilakukan oleh Pratama *et al.* (2016) menunjukkan bahwa pelayanan masa nifas tidak berhubungan dengan kematian ibu pada masa nifas ($P\text{ Value} = 0.632$).

Adanya perbedaan hasil penelitian menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena perbedaan sampel dan data yang digunakan. Sedangkan cakupan KF3 dapat mempengaruhi disparitas AKI antar provinsi menurut asumsi peneliti karena semakin banyak ibu yang mendapatkan pelayanan nifas disuatu provinsi maka komplikasi pasca persalinan, *postpartum depression*, pelayanan KB dan lainnya yang dapat mencegah kematian ibu dapat ditangani.

6.2.9 Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil di Indonesia sudah mencapai target Renstra (90%) pada tahun 2019 sebesar 92% dan mengalami penurunan pada tahun 2021 menjadi 83.36%. Masih terdapat provinsi dengan cakupan di bawah renstra dengan melihat nilai range di antaranya Kalimantan Tengah, Sulawesi tengah, Papua Barat dan Papua. Berdasarkan hasil

analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value = <0.0001 dan $R^2 = 0.065$. Artinya cakupan kunjungan nifas (KF3) 6.5% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.72) artinya semakin rendah cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Sebelumnya belum ada penelitian yang menganalisis langsung hubungan antara cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dengan AKI. Namun asumsi peneliti kelas ibu hamil dapat berpengaruh terhadap disparitas AKI antar provinsi karena program ini dibuat oleh Kementerian Kesehatan untuk menurunkan AKI, kelas ibu hamil dapat menjadi tempat berkumpulnya ibu-ibu dan petugas kesehatan sehingga dapat belajar bersama mengenai kehamilan dan persalinan, kehamilan ibu terkontrol oleh petugas kesehatan dan biasanya ibu hamil akan mendapat tambahan makanan.

Hasil penelitian Fibriana & Azinar (2016) di Desa wilayah Kecamatan Singorojo Kabupaten Kendal diketahui bahwa setelah adanya kelas ibu hamil pengetahuan ibu hamil menjadi meningkat, sikap peserta ibu hamil menjadi baik, praktik pencegahan risiko dan komplikasi kehamilan ibu hamil menjadi lebih baik, dan kunjungan ANC menjadi lebih intensif setiap bulan.

6.2.10 Hubungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan puskesmas melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pada tahun 2021 sebesar 86.4% meningkat dibandingkan tahun sebelumnya (60.5%). Bahkan pada tahun 2021 masih terdapat provinsi dengan cakupan sebesar 16.4% yaitu Provinsi Papua.

Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan puskesmas melaksanakan program P4K dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.015 dan $R^2= 0.029$. Artinya cakupan puskesmas melaksanakan program P4K 2.9% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.35) artinya semakin rendah cakupan puskesmas melaksanakan program P4K pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi cakupan puskesmas melaksanakan program P4K suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Sebelumnya belum ada penelitian yang menganalisis langsung hubungan antara cakupan puskesmas melaksanakan program P4K dengan AKI. Namun asumsi peneliti program P4K dapat berpengaruh terhadap disparitas AKI antar provinsi karena program ini dibuat oleh Kementerian Kesehatan khusus untuk menurunkan AKI, program P4K dapat meningkatkan peran serta keluarga dan suami dalam perencanaan persalinan seperti pendonor darah, kendaraan, penolong, tempat serta waktu persalinan sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi saat kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan kematian ibu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Werdiyanthi *et al.* (2017) diketahui bahwa ibu hamil yang ikut serta dalam program penerapan P4K tidak mengalami komplikasi kehamilan (77.8%) dibandingkan dengan yang tidak menerapkan program P4K (25%) dengan $P\text{ Value} = 0.004$. Sejalan dengan penelitian tersebut Nursiyam (2014) juga membuktikan bahwa adanya program stikerisasi P4K membuat ibu hamil ditangani ketika mengalami komplikasi (87.6%) lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak stikerisasi (42.1%).

6.2.11 Hubungan Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel persentase puskesmas dengan kecukupan bidan, puskesmas di Indonesia selama 8 tahun terakhir masih kekurangan bidan, bahkan pada tahun 2021 masih terdapat provinsi dengan kekurangan bidan mencapai 69.7% dan 88% pada tahun 2015. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa persentase puskesmas dengan kecukupan bidan tidak dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P\text{ Value} = 0.315$ dan $R^2 = 0.287$.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Girum & Wasie (2017) bahwa rasio perawat dan bidan terhadap 1000 penduduk berhubungan dengan perbedaan AKI pada 82 negara berkembang di dunia ($P\text{ Value} = <0.001$). Hasil penelitian Cameron *et al.* (2019) menggunakan data Sensus Penduduk Indonesia tahun 2010 juga menunjukkan bahwa jumlah bidan yang bekerja di puskesmas berhubungan dengan perbedaan AKI antar wilayah di Indonesia dengan $P\text{ Value} = <0.001$ dan 1.58% variabel ini menentukan variasi antara provinsi AKI tinggi dengan AKI rendah.

Menurut asumsi peneliti perbedaan ini dapat terjadi karena Angka Kematian Ibu sangat berpengaruh dengan variabel lain. Meskipun sudah banyak jumlah bidan dan persentase kecukupan bidan di puskesmas sudah terpenuhi namun kemampuan dan kompetensi bidan yang ada tidak mampu menolong atau memberikan pelayanan yang baik bagi ibu hamil. Peneliti juga berasumsi bahwa kemauan ibu untuk memeriksakan kehamilan ke puskesmas sangat rendah.

6.2.12 Hubungan Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah rata-rata selama 8 tahun terakhir lebih dari setengah ibu hamil di Indonesia sudah mendapatkan ≥ 90 tablet tambah darah. Namun cakupan yang ada sejak tahun 2015 sampai dengan 2021 belum mencapai angka 80% yang biasa menjadi target Renstra.

Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.005 dan $R^2= 0.029$. Artinya persentase persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah 2.9% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.43) artinya semakin rendah persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin tinggi persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haider & Bhutta (2017) didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara ibu

hamil yang diberi mikronutrien (asamfolat dan zat besi) dengan kematian ibu dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberi mikronutrien (plasebo) (RR rata-rata 0,97 (CI 95% 0,63-1,48). Adanya perbedaan hasil penelitian menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena perbedaan sampel, data, dan analisis yang digunakan. Variabel ini dapat berhubungan peneliti berasumsi bahwa semakin tinggi persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah pada suatu provinsi maka semakin sedikit ibu hamil yang anemia sehingga tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut seperti perdarahan saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian pada ibu.

6.2.13 Hubungan Jumlah Unit Transfusi Darah dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel jumlah Unit Transfusi Darah (UTD) yang ada pada setiap provinsi di Indonesia sebanyak 12 sampai 13 unit. Namun, pada tahun 2021 rata-rata jumlah unit transfuse darah yang teregistrasi menurun menjadi 8 unit. Bahkan untuk Provinsi Papua dan Papua Barat tidak memiliki UTD yang teregistrasi. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa jumlah unit transfusi darah dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value = <0.00501 dan $R^2 = 0.092$. Artinya jumlah unit transfusi darah 9.2% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-2.03) artinya semakin sedikit jumlah unit transfusi darah pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin banyak jumlah unit transfusi darah pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Sebelumnya belum ada penelitian yang menganalisis langsung hubungan jumlah unit transfusi darah dengan AKI. Namun, penelitian Smith *et al.* (2019) menjelaskan bahwa 5.1 per 1000 ibu hamil tetap membutuhkan transfusi darah

intrapartum-pospartum meskipun tidak mengalami anemia, lebih tinggi dibandingkan dengan kebutuhan ibu yang anemia dengan OR= 2.45 (95% CI 1.74-3.45). Sehingga asumsi peneliti seharusnya semakin banyak jumlah unit transfusi darah pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI, namun hal ini harus diimbangi dengan stok darah yang berkesinambungan.

6.2.14 Hubungan Cakupan Kontrasepsi dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel cakupan kontrasepsi di Indonesia selama 8 tahun terakhir mengalami penurunan. Pada tahun 2014 cakupan kontrasepsi sebesar 74.5% turun menjadi 52.99% pada tahun 2021. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa cakupan kontrasepsi dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.003 dan $R^2= 0.003$. Artinya ada hubungan antara cakupan kontrasepsi dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Cakupan kontrasepsi 0.3% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (-0.75) artinya semakin sedikit cakupan kontrasepsi pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya semakin banyak jumlah unit transfusi darah pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Girum & Wasie (2017) menunjukkan hasil bahwa prevalensi kontrasepsi menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan terjadinya disparitas AKI antar negara-negara berkembang (P Value= <0.001), AKI lebih tinggi pada negara dengan prevalensi kontrasepsi yang rendah. Meh *et al.* (2019) juga memberikan hasil penelitian yang

sama dimana terdapat hubungan antara penggunaan tipe kontrasepsi dengan kematian ibu di Utara dan Selatan Nigeria ($P \text{ Value} = <0.0001$).

6.2.15 Hubungan Jumlah PONE dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel rata-rata jumlah puskesmas PONE di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77 puskesmas per provinsi. Masih terdapat provinsi dengan jumlah puskesmas PONE sebanyak 9 puskesmas (Provinsi Kalimantan Utara). Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa jumlah puskesmas PONE tidak dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P \text{ Value} = 0.08$ dan $R^2 = 0.093$. Artinya tidak ada hubungan jumlah puskesmas PONE dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cameron *et al.* (2019) bahwa tempat bersalin yang memiliki fasilitas rawat inap berhubungan dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia ($P \text{ Value} = 0.00$), penelitian ini menggunakan data Sensus Penduduk Indonesia Tahun 2010. Dari hasil penelitian Chavane *et al.* (2018) juga menjelaskan bahwa keterlambatan pada wanita yang mengalami komplikasi kehamilan untuk mencapai fasilitas kesehatan terbukti lebih sering terjadi kematian pada ibu baik penyebab kematian langsung ataupun tidak langsung (>60% kematian) dibandingkan keterlambatan dalam menerima perawatan yang tepat ($P \text{ Value} = 0.0001$).

Menurut asumsi penulis perbedaan hasil penelitian ini terjadi karena data yang tersedia hanya satu tahun (34 sampel) sehingga kurang mampu memprediksi hubungan antara variabel independen dengan dependen. Padahal asumsi awal penulis variabel ini akan berpengaruh secara signifikan karena adanya puskesmas

mampu PONED menggambarkan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan infrastruktur lain dalam mendukung kehamilan dan persalinan ibu berjalan dengan baik.

6.2.16 Hubungan *Total Fertility Rate* dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel *Total Fertility Rate* (TFR) rata-rata wanita di Indonesia memiliki 2 sampai 3 anak selama masa reproduksinya. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa TFR dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan $P \text{ Value} = 0.021$ dan $R^2 = 0.026$. Artinya TFR 2.6% menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia. Dilihat dari nilai koefisien menunjukkan nilai negatif (26.6) artinya semakin banyak jumlah anak yang dimiliki oleh wanita pada suatu provinsi maka semakin tinggi AKI, begitu sebaliknya sedikit jumlah anak yang dimiliki oleh wanita pada suatu provinsi maka semakin rendah AKI.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Girum & Wasie (2017) juga mendapatkan hubungan yang signifikan antara *total fertility rate per a woman* dengan adanya perbedaan AKI antar negara berkembang dengan $P \text{ Value} = <0.001$. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Lan & Tavrow (2017) didapatkan hasil bahwa TFR berhubungan secara signifikan dengan rasio kematian ibu di negara Afrika dan Non-Afrika (*low-income country*) ($P \text{ Value} = <0.01$).

Hasil penelitian Berhan & Berhan (2014) juga menunjukkan bahwa TFR berhubungan secara signifikan dengan angka kematian ibu $P \text{ Value} = <0.001$ dan $R^2 = 0.36$. Artinya TFR 36% mempengaruhi tingginya AKI di negara-negara Afrika. Menurut asumsi penulis perbedaan hasil penelitian ini terjadi karena perbedaan data yang digunakan.

6.2.17 Hubungan Kehamilan Tidak Diinginkan dengan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia

Dari hasil distribusi variabel Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) sebanyak 17.1% dan 19.1% pada tahun 2019 dan 2018 tidak menginginkan kehamilannya. Berdasarkan hasil analisis uji bivariat diketahui bahwa KTD tidak dapat dipakai untuk memprediksi variasi AKI antar provinsi dengan P Value= 0.412 dan R^2 = 0.01. Artinya tidak ada hubungan antara KTD dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Moaddab *et al.* (2018) menggunakan data CDC WONDER dengan penelitian retrospektif, diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara KTD dengan AKI di United States tahun 2005-2014 (P Value= <0.001). Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mohamed *et al.* (2019) bahwa kehamilan yang tidak tepat waktu dan tidak diinginkan berhubungan dengan perawatan ANC yang terlambat (P Value= <0.0001) serta lebih banyak terjadi komplikasi kehamilan (P Value= <0.001).

Menurut asumsi penulis perbedaan hasil penelitian ini terjadi karena perbedaan data yang digunakan. Data AKI menggunakan Profil Kesehatan Indonesia sedangkan KTD menggunakan data *Sekunder Laporan Survei Indikator Kerja Program KKBPK – BKKBN*. Perbedaan data ini bisa saja tidak merepresentasikan keadaan masing-masing provinsi (bias) sehingga membuat hasil penelitian tidak berhubungan. Padahal asumsi awal penulis variabel ini akan berpengaruh secara signifikan karena ibu yang tidak menginginkan kehamilannya cenderung acuh terhadap kehamilannya bahkan sampai melakukan aborsi.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penelitian yang telah dilakukan dengan judul Analisis Determinan Disparitas Angka Kematian Ibu (AKI) antar Provinsi di Indonesia mendapatkan hasil bahwa satu variabel sosio-demografi yaitu kepadatan penduduk berhubungan dengan disparitas AKI antar provinsi dengan P Value= <0.0001 dan $R^2=0.073$. Variabel ekonomi yang diukur menggunakan persentase penduduk miskin menunjukkan hasil yang signifikan dengan disparitas AKI antar provinsi dengan P Value= <0.0001 dan $R^2=0.061$.

Variabel pelayanan kesehatan & KB mendapatkan hasil bahwa persentase cakupan K1 (P Value= <0.0001 dan $R^2= 0.018$), cakupan K4 (P Value= <0.0001 dan $R^2= 0.182$), cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (P Value= <0.0001 dan $R^2= 0.136$), cakupan kunjungan nifas (KF3) (P Value= <0.0001 dan $R^2= 0.133$), cakupan puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil (P Value= <0.0001 dan $R^2= 0.065$), cakupan Puskesmas Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (P Value= 0.015 dan $R^2= 0.287$), persentase ibu hamil mendapatkan tablet tambah darah (P Value= 0.005 dan $R^2=0.004$), jumlah unit transfusi darah (P Value= <0.0001 dan $R^2=0.092$), cakupan kontrasepsi (P Value= 0.003 dan $R^2=0.032$) dan *Total Fertility Rate* (TFR) (P Value= 0.021 dan $R^2=0.026$) berhubungan secara signifikan dengan terjadinya disparitas AKI antar provinsi di Indonesia.

Hasil pemodelan mendapatkan hasil bahwa gabungan antara variabel sosio-demografi, ekonomi, dan pelayanan kesehatan & KB memiliki pengaruh yang besar

terhadap variasi AKI antar provinsi di Indonesia dengan P Value= 0.0051 dan $R^2=0.16$. Variabel yang berpengaruh dalam menentukan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia adalah kepadatan penduduk P Value= 0.005 dan Cakupan Pelayanan K4 P Value= 0.028.

7.2 Saran

Setelah ditemukan hubungan sosio-demografi, kemiskinan, dan pelayanan kesehatan & KB dengan disparitas AKI antar provinsi di Indonesia maka disarankan:

1. Pemerintah daerah harus lebih memperhatikan pendidikan pada wanita, jangan membiarkan wanita putus sekolah karena tidak mampu atau karena kasus-kasus kekerasan seksual pada wanita. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan anak bersama dengan Kementerian Sosial dan Pemerintah Daerah harus mengoptimalkan penyerapan dana bantuan sosial seperti Kartu Indonesia Pintar dan Program Keluarga Harapan (PKH) agar tepat sasaran dan digunakan dengan semestinya oleh masyarakat sehingga mendukung program wajib belajar 12 tahun.
2. Pemerintah daerah khususnya bagian timur Indonesia harus lebih memperhatikan infrastruktur seperti jalan dan kendaraan umum untuk mobilitas masyarakat terutama dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Jumlah penduduk yang sedikit antara satu desa dengan desa lainnya ditambah keadaan topografi yang bervariasi menjadi alasan kurangnya tenaga dan fasilitas kesehatan disana. Setiap distrik harus menginformasikan dan mengoptimalkan dana desa yang telah dianggarkan oleh pemerintah pusat untuk pemenuhan gizi ibu hamil, pembangunan polindes dan poskesdes, menggaji kader kesehatan,

membeli ambulans desa, membangun jaringan telkom, listrik dan pemanfaatan lainnya sehingga dapat menurunkan AKI.

3. Dinas Kesehatan Provinsi harus terus menambah jumlah bidan di puskesmas agar memenuhi target kecukupan bidan serta harus terus meningkatkan kemampuan dan kompetensi tenaga kesehatan dalam membantu persalinan sehingga mampu menyelamatkan nyawa ibu.
4. Pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas PONED seharusnya memiliki unit transfusi darah agar lebih menjamin ketersediaan darah di suatu wilayah. Palang Merah Indonesia harus lebih gencar dalam hal kampanye pentingnya donor darah serta lebih banyak mobil-mobil donor darah yang bisa menjangkau hingga tingkat kecamatan dan desa-desa karena masih ada stigma negatif tentang donor darah pada masyarakat Indonesia.
5. Petugas Penyuluh Lapangan KB (PLKB) harus lebih berperan aktif dalam hal memberikan informasi tentang pentingnya KB menggunakan alat kontrasepsi serta melakukan pencatatan dan pelaporan yang baik tentang pasangan usia subur yang membutuhkan KB.
6. Salah satu contoh program yang dapat diadaptasi dari Provinsi DKI Jakarta sebagai provinsi dengan Cakupan K4, Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Kunjungan Nifas dan beberapa variabel lain yang menunjukkan cakupannya lebih tinggi dibandingkan provinsi lainnya dengan memastikan akses yang mudah dan terjangkau serta meningkatkan sarana dan prasarana persalinan yang terstandar melalui pengembangan Puskesmas Kecamatan menjadi RSUD kelas D ditingkat wilayah kecamatan. Sehingga akses

untuk bersalin, pelayanan gawat darurat dan pelayanan bagi ibu hamil juga semakin dekat.

7. Untuk Kementerian Kesehatan segera realisasikan program pembangunan puskesmas minimal 1 puskesmas per kecamatan terutama untuk Provinsi Papua dan Papua Barat yang menjadi provinsi terbanyak yang belum memiliki puskesmas (93.57%). Program ini sejak 2021 terkendala terkait anggaran yang tidak difokuskan ke kegiatan tersebut akibat pandemi covid-19.
8. Meningkatkan target atau pagu anggaran belanja kesehatan pemerintah.
9. Dapat dilakukan analisis lanjutan bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi A., **Langkah Kedepan Mempercepat Penurunan Kematian Ibu di Indonesia**, *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 2010;4(4):147-153.
- Achadi E.L., **Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia**, Achadi E.L. (Jakarta), 2019.
- Alvarez J.L., Gil R., Hernández V. & Gil A., **Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study**, *BMC Public Health*, 2009;9:462.
- Asrofin B., **DETERMINAN ANGKA KEMATIAN IBU DI KABUPATEN NGANJUK**, *2-TRIK: TUNAS-TUNAS RISET KESEHATAN*, 2017;7(4):293-295.
- Pengembangan Model Life Table Indonesia, 2011** [Internet. BPS, 2011 [cited 7 Oktober 2020], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/view?kd=2180&th=2011>.
- Angka Kematian Ibu (AKI)** [Internet. Badan Pusat Statistik, 2012 [cited 06 Agustus 2020], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/80>.
- Badan Pusat Statistik. **KUESIONER SURVEI PENDUDUK ANTAR SENSUS 2015 VERIFIKASI KEMATIAN MATERNAL**, Badan Pusat Statistik (Jakarta), 2015.
- Badan Pusat Statistik. **Angka Kematian Ibu Menurut Pulau (per 100.000 kelahiran hidup) Tahun 2015** Jakarta: BPS; 2018 [cited 2019 17 December]. Available from: <https://www.bps.go.id/dynamictable/2018/06/05/1439/angka-kematian-ibu-menurut-pulau-per-100-000-kelahiran-hidup-2015.html>
- Total Fertility Rate** [Internet. Badan Pusat Statistik, 2018 [cited 21 Februari 2021], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/1156>.
- Angka Melek Huruf (AMH)** [Internet. Badan Pusat Statistik, 2020 [cited 5 Januari 2021], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/313>.
- Kepadatan Penduduk** [Internet. BPS, 2020 [cited 08 Agustus 2020], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/85>.
- Rata-rata Lama Sekolah (MYS)** [Internet. BPS, 2020 [cited 08 Agustus 2020], Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/11>.

- Badan Pusat Statistik, BKKBN, RI K. & International I., **Indonesia Demographic and Health Survey 2012**, Badan Pusat Statistik, BKKBN, RI K. & International I. (Jakarta), 2013.
- Berhan Y. & Berhan A., **Reasons for persistently high maternal and perinatal mortalities in Ethiopia: Part II-Socio-economic and cultural factors**, *Ethiopian journal of health sciences*, 2014;24 Suppl(0 Suppl):119-36.
- BKKBN. **Laporan Survei Indikator Kinerja Program KBPK RPJMN 2016** Jakarta: BKKBN; 2016.
- Budiarso L.R. & Setyowati T., **Estimasi Kematian Maternal dengan Metoda Saudara Kandung Perempuan di Jawa Barat (Sisterhood Method)**, *Indonesian Bulletin of Health Research*, 1991;19(1):20532.
- Butwick A.J. & Goodnough L.T., **Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage**, *Curr Opin Anaesthesiol*, 2015;28(3):275-84.
- Cameron L., Contreras Suarez D. & Cornwell K., **Understanding the determinants of maternal mortality: An observational study using the Indonesian Population Census**, *PLoS One*, 2019;14(6):e0217386.
- Chavane L.A., Bailey P., Loquiha O., Dgedge M., Aerts M. & Temmerman M., **Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique**, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018;18(1):71.
- Davis N.L., Hoyert D.L., Goodman D.A., Hirai A.H. & Callaghan W.M., **Contribution of maternal age and pregnancy checkbox on maternal mortality ratios in the United States, 1978-2012**, *Am J Obstet Gynecol*, 2017;217(3):352.e1-352.e7.
- Fibriana A.I. & Azinar M., **Model kelas ibu hamil untuk pemetaan risiko kehamilan dan pencegahan komplikasi persalinan**, *Jurnal Abdimas*, 2016;20(1):11-18.
- Girum T. & Wasie A., **Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries**, *Matern Health Neonatol Perinatol*, 2017;3:19.
- Goldie S.J., Sweet S., Carvalho N., Natchu U.C.M. & Hu D., **Alternative Strategies to Reduce Maternal Mortality in India: A Cost-Effectiveness Analysis**, *PLOS Medicine*, 2010;7(4):e1000264.
- Haider B.A. & Bhutta Z.A., **Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy**, *Cochrane Database Syst Rev*, 2017;4(4):Cd004905.

Hajizadeh M. & Nghiem S., **Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries**, *International Journal of Public Health*, 2020;65(4):457-468.

Hamal M., Dieleman M., De Brouwere V. & de Cock Buning T., **Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India**, *Public Health Rev*, 2020;41:13.

Hastono S.P., **Analisis Data**, Jakarta: FKM UI; 2006.

ICF. **Chapter 12 Maternal Mortality**, DHS Program, Rockville, US: DHS Program Funded by USAID; 2000.

Info Post Meta UGM. Kolaborasi Ponek Dan Poned Dalam Upaya Penurunan Aki 2015 [cited 2021 10 Februari]. Available from: <https://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/kolaborasi-ponek-dan-poned-dalam-upaya-penurunan-aki/>.

Jain A.K., **Measuring the effect of fertility decline on the maternal mortality ratio**, *Stud Fam Plann*, 2011;42(4):247-60.

Kaunitz A.M., Spence C., Danielson T.S., Rochat R.W. & Grimes D.A., **Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care**, *Am J Obstet Gynecol*, 1984;150(7):826-31.

Kemenkes RI. PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KSESEHATAN EFEKTIF TURUNKAN AKI DI INDONESIA 2010 14 Januari 2021. Available from: <https://www.kemkes.go.id/article/print/1076/pertolongan-persalinan-oleh-tenaga-kseehatan-efektif-turunkan-aki-di-indonesia.html>.

Kemenkes RI. Persalinan Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan 2012 10 Agustus 2020. Available from: <http://promkes.kemkes.go.id/content/?p=1633>.

Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), HK.02.03/II/1911/2013 (2013).

Kemenkes RI. **Mother's Day Situasi Kesehatan Ibu**, Kemenkes RI (Jakarta), 2014.

Kemenkes RI. Pedman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil 2014 10 Agustus 2020. Available from: <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Pedoman%20Pelaksanaan%20Kelas%20Ibu%20Hamil.pdf>.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 97 TAHUN 2014 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN MASA SEBELUM HAMIL, MASA HAMIL,

PERSALINAN, DAN MASA SESUDAH MELAHIRKAN, PENYELENGGARAAN PELAYANAN KONTRASEPSI, SERTA PELAYANAN KESEHATAN SEKSUAL (2014).

Kemenkes RI. Petunjuk Teknis Penyusunan Profil Kabupaten/Kota 20132014 14 Januari 2021. Available from: <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/lain-lain/JUKNIS%20PENYUSUNAN%20PROFIL%202014.pdf>.

Kemenkes RI. **Situasi Bidan di Indonesia**, Kemenkes RI (Jakarta), 2014.

Kemenkes RI. PROGRAM NUSANTARA SEHAT UNTUK MASYARAKAT INDONESIA2015 10 Februari 2021. Available from: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/berita/480-350/program-nusantara-sehat-untuk-masyarakat-indonesia>.

Kemenkes RI. Bahan Ajar Kebidanan Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui2018 10 Agustus 2020 Available from: http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2018/09/Asuhan-Kebidanan-Nifas-dan-Menyusui_SC.pdf.

Kemenkes RI. Infodatin Pelayanan Darah di Indonesia2018 8 Januari 2021. Available from: <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/Pelayanan-darah-di-indonesia-2018-final.pdf>.

Kemenkes RI. Jumlah Darah Cukup, Turunkan Angka Kematian Ibu2018 6 Januari 2021. Available from: <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20180703/5326395/jumlah-darah-cukup-turunkan-angka-kematian-ibu/>.

Kemenkes RI. Pentingnya Konsumsi Tablet Fe Bagi Ibu Hamil2018 5 Januari 2021. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-konsumsi-tablet-fe-bagi-ibu-hamil>.

Kemenkes RI. Pentingnya Pemeriksaan Kehamilan (ANC) di Fasilitas Kesehatan2018 10 Agustus 2020. Available from: <http://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-pemeriksaan-kehamilan-anc-di-fasilitas-kesehatan>.

Kemenkes RI. **Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018**, Kemenkes RI (Jakarta), 2019.

Kemenkes RI. **Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019**, Kemenkes RI (Jakarta), 2020.

Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 20212022 2 Desember 2023. Available from: <https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2021>.

- Laksono A.D. & Sandra C., **Analisis Ekologi Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia**, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 2020;23(1):1-9.
- Lan C.W. & Tavrow P., **Composite measures of women's empowerment and their association with maternal mortality in low-income countries**, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017;17(Suppl 2):337.
- Lattof S.R., Thomas T., Wegne M.N., Kearns A. & Langer A. Improved Maternal Health Since the ICPD: 20 Years of Progress. ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women's Health - rights, empowerment and social determinants 30th September - 2nd October, Mexico City [Internet]. 2014 [cited 2021 11 Februari]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Maternal_Health.pdf.
- MacDorman M.F., Declercq E. & Thoma M.E., **Trends in Texas maternal mortality by maternal age, race/ethnicity, and cause of death, 2006-2015**, *Birth*, 2018;45(2):169-177.
- Madadi Z., Pishgar F., Ghasemi E., Khajavi A., Moghaddam S. & Farzadfar F., **Human resources for health density and its associations with child and maternal mortality in the Islamic Republic of Iran**, *East Mediterr Health J*, 2021;27(1):16-22.
- McCarthy J. & Maine D., **A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality**, *Studies in family planning*, 1992;23:23-33.
- Meh C., Thind A., Ryan B. & Terry A., **Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria**, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2019;19(1):417.
- Moaddab A., Dildy G.A., Brown H.L., Bateni Z.H., Belfort M.A., Sangi-Haghpeykar H. & Clark S.L., **Health Care Disparity and Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2005-2014**, *Obstet Gynecol*, 2018;131(4):707-712.
- Mohamed E.A.-E.B., Hamed A.F., Yousef F.M.A. & Ahmed E.A., **Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt**, *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 2019;94(1):14.
- Mori R., Ota E., Middleton P., Tobe-Gai R., Mahomed K. & Bhutta Z.A., **Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome**, *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(7):Cd000230.
- Nelson D.B., Moniz M.H. & Davis M.M., **Population-level factors associated with maternal mortality in the United States, 1997-2012**, *BMC Public Health*, 2018;18(1):1007.

- Nurritzka R.H. & Wahyono T.Y.M., **Disparitas Kematian Maternal di Indonesia: Studi Ekologi dengan Analisis Spasial**, *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Hasanuddin*, 2018;14(2):119-127.
- Nursiyam N., **HUBUNGAN STIKERISASI PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI DENGAN PENANGANAN KOMPLIKASI**, *JURNAL MEDIA KESEHATAN*, 2014;7(2):137-143.
- Pratama M., Giat Purwoatmodjo S., Wijayanti A.C. & SKM M., **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kematian Maternal Di Solo Raya (Studi Kasus Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta)**: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2016.
- Reid A. & Garrett E., **Medical provision and urban-rural differences in maternal mortality in late nineteenth century Scotland**, *Social Science & Medicine Elsevier*, 2018;201:35-43.
- Rochaida E., editor Dampak Pertumbuhan Penduduk Terhadap Pertumbuhan Ekonomi dan Keluarga Sejahtera di Provinsi Kalimantan Timur. Forum Ekonomi; 2016.
- Rosyidah H., de koning K. & Ormel H., **Quality of maternal health care in Indonesia**, *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery*, 2019;2.
- Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.-B., Daniels J., *et al.*, **Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis**, *The Lancet Global Health*, 2014;2(6):e323-e333.
- Sharma B.B., Loxton D.J., Murray H., Angeli G.L., Oldmeadow C., Chiu S. & Smith R., **A first step to improving maternal mortality in a low-literacy setting; the successful use of singing to improve knowledge regarding antenatal care**, *Am J Obstet Gynecol*, 2018;219(6):615.e1-615.e11.
- Smith C., Teng F., Branch E., Chu S. & Joseph K.S., **Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy**, *Obstet Gynecol*, 2019;134(6):1234-1244.
- Soemantri S. & Tjandrarini D.H., **Kematian Orang Dewasa (Pendekatan Saudara Kandung) di Nanggroe Aceh Darussalam**, *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 2007;17(3):155045.
- Tesfaye G., Loxton D., Chojenta C., Assefa N. & Smith R., **Magnitude, trends and causes of maternal mortality among reproductive aged women in Kersa health and demographic surveillance system, eastern Ethiopia**, *BMC Womens Health*, 2018;18(1):198.

UNFPA. Setting standards for emergency obstetric and newborn care 2014 [cited 2021 10 Februari]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/setting-standards-emergency-obstetric-and-newborn-care>.

UNFPA. Maternal Health: Stepping up Efforts to Save Mothers' Lives 2016 10 Februari 2021]. Available from: <https://sudan.unfpa.org/en/resources/maternal-health-stepping-efforts-save-mothers-lives>.

UNICEF. **Maternal mortality** Geneva: UNICEF; 2019 [cited 2019 18 December]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/#>.

Weitzman A., **The effects of women's education on maternal health: Evidence from Peru**, *Social science & medicine* (1982), 2017;180:1-9.

Wen S.W. & Xie R., **Maternal Mortality**, Reference Module in Biomedical Sciences: Elsevier; 2014.

Werdiyanthi N.M., Mulyadi N. & Karundeng M., **Hubungan Penerapan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi Kehamilan Oleh Ibu Hamil Dengan Komplikasi Kehamilan Di Puskesmas Doloduo Kab. Bolaang Mongondow**, *Jurnal Keperawatan*, 2017;5(1).

World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skill attendant. A joint statement by WHO, ICM, and FIGO [Internet]. 2004 [cited 2021 10 Februari]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42955/9241591692.pdf?sequence=1>.

World Health Organization. **Maternal Mortality Ratio (per 100.000 Live Birth) Health Statistic and Information System** Geneva: WHO; 2004 [cited 2020 17 Februari]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>.

World Health Organization. Skill birth attendant 2008 [cited 2021 10 Februari]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/factsheet_sba.pdf.

World Health Organization. **Social Determinant Approach to Maternal Death** Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 16 Februari]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/india-social-determinants/en/.

Maternal mortality ratio (per 100 000 live births); THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY [Internet. World Health Organization, 2015 [cited 06 Agustus

2020], Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26#:~:text=The%20maternal%20mortality%20ratio%20can,period%20and%20multiplying%20by%20100%2C000>.

World Health Organization. Total Fertility Rate (Births Per Woman)2017 21 Februari 2021]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3344>.

World Health Organization. **Maternal Mortality** Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 18 December]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

World Health Organization. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary**, Geneva: World Health Organization, 2019 2019, Report No.: Contract No.: WHO/RHR/19.23.

Kemiskinan dan Ketimpangan [Internet. Badan Pusat Statistik, 2020 [cited 06 Agustus 2020], Available from: <https://www.bps.go.id/subject/23/kemiskinan-dan-ketimpangan.html#subjekViewTab1>.

Trends in Maternal Mortality to 2000-2017 [Internet. WHO, 2019.

Maternal mortality ratio (national estimate, per 100,000 live births) [Internet. World Health Organization, 2018 [cited 18 December 2019], Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?end=2017&start=2017&type=points&view=map&year=2017>.

World Health Organization. Regional Office for South-East A., **Health in Asia and the Pacific**, New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2008 2008.

Yekti W., Siti A., Nurmala K.P. & Djoko S., **Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan Di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah Dan Tinggi**, *Indonesian Journal of Reproductive Health*, 2017;8(1):77-88.

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN ANALISIS DETERMINAN DISPARITAS ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) ANTAR PROVINSI DI INDONESIA

Nama Peneliti: Suci Khairani

1. Berapa rasio kematian ibu masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
2. Berapa rata-rata jumlah penduduk/km²/luas wilayah masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
3. Berapa rata-rata lama sekolah WUS masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
4. Berapa persentase wanita dewasa melek huruf masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
5. Berapa persentase penduduk miskin masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
6. Berapa persentase cakupan pelayanan K1 masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
7. Berapa persentase cakupan pelayanan K4 masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
8. Berapa persentase cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
9. Berapa persentase cakupan kunjungan nifas (KF3) masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
10. Berapa persentase puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
11. Berapa persentase puskesmas melaksanakan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
12. Berapa persentase puskesmas dengan kecukupan bidan masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?

13. Berapa persentase ibu hamil mendapat TTD masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
14. Berapa unit transfusi darah masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
15. Berapa cakupan kontrasepsi masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
16. Berapa *Total Fertility Rate* (TFR) masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?
17. Berapa Persentase KEhamilan Tidak Diinginkan (KTD) masing-masing provinsi di Indonesia pada 8 tahun terakhir?

Lampiran 2 Output Stata

OUTPUT UNIVARIAT

```

-----
name: <unnamed>
log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT UNIVARIAT 2023.log
log type: text
opened on: 17 Sep 2023, 22:18:46

```

```
. sum AKI_2021 AKI_2020 AKI_2019 AKI_2018 AKI_2017 AKI_2016 AKI_2015 AKI_2014
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
AKI_2021	34	187.2059	64.47963	75	387
AKI_2020	34	118.2353	40.33726	63	234
AKI_2019	34	106.9118	36.54998	60	211
AKI_2018	34	104.9118	39.52933	54	208
AKI_2017	34	121.3824	55.49393	34	281
AKI_2016	34	127.0882	49.78704	53	302
AKI_2015	34	133.3824	59.34032	26	260
AKI_2014	34	134.6765	56.2175	42	330

```
. sum Kepadatan_Pddk2021 Kepadatan_Pddk2020 Kepadatan_Pddk2019
Kepadatan_Pddk2018 Kepadatan_Pddk2017 Kepadatan_Pddk2016 K
> epadatan_Pddk2015 Kepadatan_Pddk2014
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Kepadat~2021	34	772.8235	2899.267	10	17031
Kepadat~2020	34	746.1912	2731.757	9.5	16031.4
Kepadat~2019	34	742.0097	2708.777	9.32	15900.08
Kepadat~2018	34	734.7144	2685.605	9.41	15764.26
Kepadat~2017	34	727.1762	2661.622	8.89	15623.61
Kepadat~2016	34	719.4538	2636.814	8.83	15478.12
Kepadat~2015	34	711.53	2611.217	8.51	15327.97
Kepadat~2014	34	706.5085	2600.047	8.05	15263.37

```
. sum LamaSekolah_2021 LamaSekolah_2020 LamaSekolah_2019 LamaSekolah_2018
LamaSekolah_2017 LamaSekolah_2016 LamaSekolah_2
> 015 LamaSekolah_2014
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
LamaSek~2021	34	9.16	.8327974	7.05	11.2
LamaSek~2020	34	9.082353	.8328777	6.96	11.17
LamaSek~2019	34	8.701765	.9034361	6.18	10.82
LamaSek~2018	34	8.537647	.9222143	5.97	10.75
LamaSek~2017	34	8.514118	.9587243	5.86	10.64
LamaSek~2016	34	8.38	.9344711	5.76	10.57
LamaSek~2015	34	8.235294	.9655968	5.4	10.52
LamaSek~2014	34	8.602353	.9162673	6.32	10.98

```
. sum Melek_Huruf2021 Melek_Huruf2020 Melek_Huruf2019 Melek_Huruf2018
Melek_Huruf2017 Melek_Huruf2016 Melek_Huruf2015 Mel
> ek_Huruf2014
```

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Melek_H~2021	34	96.40588	4.181557	78.9	99.8
Melek_H~2020	34	98.21471	1.969638	90.1	99.9
Melek_H~2019	34	95.05882	5.428334	73.07	99.83
Melek_H~2018	34	94.67059	5.76213	71.26	99.92

Melek_H~2017		34	94.40882	6.138885	67.86	99.74
-----+-----						
Melek_H~2016		34	94.17118	6.597185	64.6	99.71
Melek_H~2015		34	94.00176	6.447571	65.47	99.56
Melek_H~2014		34	94.03324	6.577178	64.13	99.42

```
. sum Kemiskinan_2021 Kemiskinan_2020 Kemiskinan_2019 Kemiskinan_2018
Kemiskinan_2017 Kemiskinan_2016 Kemiskinan_2015 Kemiskinan_2014Baru
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----						
Kemiski~2021		34	10.42735	5.411687	4.56	27.38
Kemiski~2020		34	10.80559	5.412993	4.45	26.8
Kemiski~2019		34	10.455	5.682865	3.47	27.53
Kemiski~2018		34	10.60765	5.703461	3.55	27.43
Kemiski~2017		34	10.95118	5.787295	3.78	27.76
-----+-----						
Kemiski~2016		34	11.35824	6.129358	3.75	28.4
Kemiski~2015		34	11.70147	6.185458	3.61	28.4
Kemiskinan~u		34	11.58441	5.950608	4.09	27.8

```
. sum K1_2021 K1_2020 K1_2019 K1_2018 K1_2017 K1_2016 K1_2015 K1_2014
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----						
K1_2021		34	96.43235	29.60016	13	232.2
K1_2020		34	89.47647	12.0023	57	108.8
K1_2019		34	92.31176	11.923	55.1	114.5
K1_2018		34	91.27588	11.71907	63.51	112.62
K1_2017		34	91.04647	12.52495	54.77	116.37
-----+-----						
K1_2016		34	89.62	9.796532	64.66	102.89
K1_2015		34	91.90235	12.45677	55.93	104.73
K1_2014		34	92.83353	9.31198	55.93	102.91

```
. sum K4_2021 K4_2020 K4_2019 K4_2018 K4_2017 K4_2016 K4_2015 K4_2014
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----						
K4_2021		34	81.25882	17.6397	16.8	114.5
K4_2020		34	77.4	19.40223	27.5	98.9
K4_2019		34	82.07941	14.38195	37.1	103.6
K4_2018		34	82.77294	14.20012	40.74	103.17
K4_2017		34	79.69029	17.96414	23.19	114.37
-----+-----						
K4_2016		34	76.82559	17.27277	21	100.02
K4_2015		34	81.17882	17.51557	24.45	98.19
K4_2014		34	82.58324	13.95788	39.74	102.91

```
. sum DitolongNakes_2021 DitolongNakes_2020 DitolongNakes_2019
DitolongNakes_2018 DitolongNakes_2017 DitolongNakes_2016 DitolongNakes_2015
DitolongNakes_2014
```

Variable		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
-----+-----						
Ditolon~2021		34	83.95588	16.52134	22.8	114.8
Ditolon~2020		34	78.78824	19.61198	31.4	99.6
Ditolon~2019		34	81.27647	14.21873	46.6	103.8
Ditolon~2018		34	79.36412	15.1091	45.18	102.98
Ditolon~2017		34	74.24588	18.27129	30.65	114.42
-----+-----						
Ditolon~2016		34	70.94794	20.25109	17.79	100.02
Ditolon~2015		34	83.34618	15.72435	34.14	99.95
Ditolon~2014		34	84.81206	12.86888	44.73	99.96

. sum KF3_2021 KF3_2020 KF3_2019 KF3_2018 KF3_2017 KF3_2016 KF3_2015 KF3_2014

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
KF3_2021	34	83.06176	15.94631	33.8	114.2
KF3_2020	34	81.55588	18.15533	30.7	122.9
KF3_2019	34	78.49118	20.76783	1.1	102.1
KF3_2018	34	80.65676	15.09236	33.1	101.56
KF3_2017	34	80.92912	15.69145	30.45	112.89
KF3_2016	34	78.51912	13.90362	30.46	94.65
KF3_2015	34	79.97853	17.46042	28.5	112.89
KF3_2014	34	80.94941	15.47165	29.13	94.64

. sum KelasIbuHamil_2021 KelasIbuHamil_2020 KelasIbuHamil_2019
KelasIbuHamil_2018 KelasIbuHamil_2017 KelasIbuHamil_2016

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
KelasIb~2021	34	83.36471	18.25689	14.9	100
KelasIb~2020	34	77.14912	26.23293	5.61	100
KelasIb~2019	34	92.32529	15.72179	43.69	102.34
KelasIb~2018	34	93.97706	11.18777	44.36	100
KelasIb~2017	34	93.16147	15.42991	35.03	100
KelasIb~2016	34	89.13971	19.36722	35.11	100

. sum P4K_2021 P4K_2020 P4K_2019 P4K_2018 P4K_2017 P4K_2016

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
P4K_2021	34	86.38235	20.87612	16.4	100
P4K_2020	34	60.455	46.02215	0	100
P4K_2019	34	92.20412	16.80355	15.72	102.24
P4K_2018	34	92.91412	13.00196	47.31	100
P4K_2017	34	89.97059	19.71252	20.16	100
P4K_2016	34	89.03147	19.12595	6.62	100

. sum KecukupanBidan_2021 KecukupanBidan_2020 KecukupanBidan_2019
KecukupanBidan_2018 KecukupanBidan_2017 KecukupanBidan_2016
KecukupanBidan_2015 KecukupanBidan_2014

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Kecukup~2021	34	6.541176	14.53631	0	69.7
Kecukup~2020	34	7.526471	14.95787	0	69.4
Kecukup~2019	34	10.57882	16.89869	0	68.45
Kecukup~2018	34	12.86265	17.46983	0	65.31
Kecukup~2017	34	14.69206	18.37405	0	71.06
Kecukup~2016	34	22.99647	19.98306	.76	74.71
Kecukup~2015	34	41.80588	25.30121	6.09	87.96
Kecukup~2014	34	9.560882	4.496162	3.03	23.7

. sum TTD_2021 TTD_2020 TTD_2019 TTD_2018 TTD_2017 TTD_2016 TTD_2015 TTD_2014

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
TTD_2021	34	79.46471	11.43002	37.5	92.6
TTD_2020	34	77.72059	17.35968	25.3	99.3
TTD_2019	34	65.38059	29.2712	1.7	100.1
TTD_2018	34	77.23794	16.53603	32.11	99.49
TTD_2017	34	73.87941	18.59622	27.91	96.38
TTD_2016	34	37.13235	14.98417	4.6	70
TTD_2015	34	78.83088	15.22627	24.36	97.12

```

TTD_2014 |          34      80.80118      13.00296      32.46      95.01

.      sum      UnitTransfusi_2021      UnitTransfusi_2020      UnitTransfusi_2019
UnitTransfusi_2018 UnitTransfusi_2017

      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
UnitTra~2021 |          34      7.794118      7.772443           0          33
UnitTra~2020 |          34      13.52941      8.718616           4          39
UnitTra~2019 |          34      13.47059      8.631287           3          39
UnitTra~2018 |          34      12.35294      8.30072           3          39
UnitTra~2017 |          34      12.38235      8.268284           4          39

.      sum Kontrasepsi_2021 Kontrasepsi_2020 Kontrasepsi_2019 Kontrasepsi_2018Baru
Kontrasepsi_2017 Kontrasepsi_2016 Kontrasepsi_2015 Kontrasepsi_2014

      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
Kontras~2021 |          34      52.98735      11.61666          15.4          67.9
Kontras~2020 |          34      58.47971      11.43794          25.23          71.66
Kontras~2019 |          34      57.67941      11.48387          25.4          71.4
Kontraseps~u |          34      58.47176      11.38902          25.73          71.15
Kontras~2017 |          34      57.19971      11.47491          25.4          71.64
-----+-----
Kontras~2016 |          34      74.17265      7.541111          51.73          87.03
Kontras~2015 |          34      74.04059      7.770883          51.73          88.02
Kontras~2014 |          34      74.49471      8.861381          50.68          94.52

.      sum PONED_2015

      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
PONED_2015 |          34      76.67647      67.12211           9          293

.      sum TFR_2021 TFR_2020 TFR_2019 TFR_2018 TFR_2016

      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
TFR_2021 |          34      2.466765      .2683702           1.91          3.07
TFR_2020 |          34      2.599118      .3240311           1.81          3.29
TFR_2019 |          34      2.563529      .312816           1.8          3.26
TFR_2018 |          34      2.515588      .2374382           2.2          3.23
TFR_2016 |          34      2.369412      .456674           1.02          3.33

.      sum KTD_2019 KTD_2018

      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
KTD_2019 |          34      17.12059      4.977816           9.3          29.9
KTD_2018 |          34      19.12353      7.735908           7.1          37.6

.      sum AKI_8th Kepadatan_Penduduk Rata2lamasekolah Melekhuruf Kemiskinan K1 K4
ditolongnakesdifasyankes KF3 Kecukupanbidan TTD Kontrasepsi Kelasibuhamil P4K
TFR UTD KTD
>PONED
      Variable |          Obs          Mean      Std. Dev.          Min          Max
-----+-----
AKI_8th |          272      129.2243      55.99629           26          387
Kepadatan_~k |          272      732.7101      2658.394           8.05          17031
Rata2lamas~h |          272      8.651691      .9472252           5.4          11.2
Melekhuruf |          272      95.12062      5.689287          64.13          99.92
Kemiskinan |          272      10.9625      5.71793           3.47          28.4
-----+-----
K1 |          272      90.52251      17.77516           4.1          232.2
K4 |          272      80.41114      16.65002           16.8          114.5
ditolongna~s |          272      79.5921      17.15629          17.79          114.8
KF3 |          272      80.25414      17.11756           1.1          122.9

```

Kecukupanb~n	272	15.82055	20.37878	0	87.96
TTD	272	71.31478	22.29214	1.7	100.1
Kontrasepsi	272	63.42713	13.31103	15.4	94.52
Kelasibuha~l	204	88.00333	19.78108	5.61	102.34
P4K	204	85.13819	27.29185	0	102.24
TFR	204	2.515637	.3381376	1.02	3.4
UTD	170	11.90588	8.514691	0	39
KTD	68	18.12206	6.53436	7.1	37.6
PONED	34	76.67647	67.12211	9	293

```
. log close
  name: <unnamed>
  log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT UNIVARIAT 2023.log
  log type: text
  closed on: 17 Sep 2023, 22:20:36
```

OUTPUT BIVARIAT

```

name: <unnamed>
log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT BIVARIAT 2023.log
log type: text
opened on: 1 Dec 2023, 22:41:37

```

. reg AKI_8th Kepadatan_Penduduk if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	61732.3378	1	61732.3378	F(1, 270) =	21.15
Residual	788010.982	270	2918.55919	Prob > F =	0.0000
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.0726
				Adj R-squared =	0.0692
				Root MSE =	54.024

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kepadatan_Penduduk	-.0056774	.0012345	-4.60	0.000	-.0081078 - .003247
_cons	133.3842	3.398254	39.25	0.000	126.6937 140.0746

. reg AKI_8th Rata2lamasekolah if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	1165.89738	1	1165.89738	F(1, 270) =	0.37
Residual	848577.422	270	3142.87934	Prob > F =	0.5430
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.0014
				Adj R-squared =	-0.0023
				Root MSE =	56.061

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Rata2lamasekolah	2.189739	3.595224	0.61	0.543	-4.888499 9.267977
_cons	110.2793	31.28996	3.52	0.000	48.676 171.8826

. reg AKI_8th Melekhuruf if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	423.277222	1	423.277222	F(1, 270) =	0.13
Residual	849320.043	270	3145.62979	Prob > F =	0.7140
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.0005
				Adj R-squared =	-0.0032
				Root MSE =	56.086

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Melekhuruf	.2196696	.5988407	0.37	0.714	-.9593214 1.398661
_cons	108.3292	57.06352	1.90	0.059	-4.016885 220.6752

. reg AKI_8th Kemiskinan if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	52207.8686	1	52207.8686	F(1, 270) =	17.67
Residual	797535.451	270	2953.835	Prob > F =	0.0000
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.0614
				Adj R-squared =	0.0580
				Root MSE =	54.349

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kemiskinan	2.427417	.5773905	4.20	0.000	1.290657 3.564177
_cons	102.6137	7.13611	14.38	0.000	88.56421 116.6632

. reg AKI_8th K1 if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	15045.3132	1	15045.3132	F(1, 270) =	4.87
Residual	834698.007	270	3091.4741	Prob > F =	0.0282
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.0177
				Adj R-squared =	0.0141
				Root MSE =	55.601

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
K1	-.4364346	.1978342	-2.21	0.028	-.8259284 -.0469408
_cons	168.8694	18.28449	9.24	0.000	132.8711 204.8677

. reg AKI_8th K4 if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	154970.873	1	154970.873	F(1, 270) =	60.22
Residual	694772.447	270	2573.23128	Prob > F =	0.0000
Total	849743.32	271	3135.58421	R-squared =	0.1824
				Adj R-squared =	0.1793
				Root MSE =	50.727

	AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	K4	-1.436235	.1850716	-7.76	0.000	-1.800602	-1.071868
	_cons	244.7136	15.19635	16.10	0.000	214.7952	274.632

. reg AKI_8th ditolongnakesdifasyankes if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	272
Model	115625.438	1	115625.438	F(1, 270)	=	42.53
Residual	734117.882	270	2718.95512	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.1361
				Adj R-squared	=	0.1329
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE	=	52.144

	AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	ditolongnakesdifasyankes	-1.203978	.1846261	-6.52	0.000	-1.567468	-.8404887
	_cons	225.0514	15.03105	14.97	0.000	195.4585	254.6444

. reg AKI_8th KF3 if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	272
Model	112683.453	1	112683.453	F(1, 270)	=	41.28
Residual	737059.866	270	2729.85136	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.1326
				Adj R-squared	=	0.1294
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE	=	52.248

	AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	KF3	-1.191252	.1854142	-6.42	0.000	-1.556293	-.8262104
	_cons	224.8272	15.21375	14.78	0.000	194.8745	254.7798

. reg AKI_8th Kecukupanbidan if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	3183.52414	1	3183.52414	F(1, 270) =	1.02
Residual	846559.796	270	3135.40665	Prob > F =	0.3145
				R-squared =	0.0037
				Adj R-squared =	0.0001
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	55.995

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kecukupanbidan	.1681866	.1669107	1.01	0.315	-.1604254 .4967985
_cons	126.5635	4.301174	29.43	0.000	118.0954 135.0316

. reg AKI_8th TTD if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	24907.9478	1	24907.9478	F(1, 270) =	8.15
Residual	824835.372	270	3054.94582	Prob > F =	0.0046
				R-squared =	0.0293
				Adj R-squared =	0.0257
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	55.272

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
TTD	-.4300635	.150614	-2.86	0.005	-.7265908 -.1335363
_cons	159.8942	11.25169	14.21	0.000	137.7419 182.0464

. reg AKI_8th Kontrasepsi if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	27353.6507	1	27353.6507	F(1, 270) =	8.98
Residual	822389.669	270	3045.88766	Prob > F =	0.0030
				R-squared =	0.0322
				Adj R-squared =	0.0286
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	55.19

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kontrasepsi	-.7547641	.2518608	-3.00	0.003	-1.250625 -.2589034
_cons	177.0968	16.32154	10.85	0.000	144.9631 209.2304

. reg AKI_6th Kelasibuhamil if id_6th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	204
Model	41475.8369	1	41475.8369	F(1, 202) =	14.12
Residual	593547.746	202	2938.35518	Prob > F =	0.0002
				R-squared =	0.0653
				Adj R-squared =	0.0607
				Root MSE =	54.207
Total	635023.583	203	3128.19499		

AKI_6th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kelasibuhamil	-.7226027	.1923332	-3.76	0.000	-1.101841 - .3433646
_cons	191.0081	17.34623	11.01	0.000	156.8052 225.211

. reg AKI_6th P4K if id_6th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	204
Model	18202.4086	1	18202.4086	F(1, 202) =	5.96
Residual	616821.175	202	3053.57017	Prob > F =	0.0155
				R-squared =	0.0287
				Adj R-squared =	0.0239
				Root MSE =	55.259
Total	635023.583	203	3128.19499		

AKI_6th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
P4K	-.3469632	.1421094	-2.44	0.015	-.6271714 -.066755
_cons	156.9565	12.70247	12.36	0.000	131.91 182.0029

. reg AKI_6th TFR if id_6th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	204
Model	16495.9282	1	16495.9282	F(1, 202) =	5.39
Residual	618527.655	202	3062.01809	Prob > F =	0.0213
				R-squared =	0.0260
				Adj R-squared =	0.0212
				Root MSE =	55.336
Total	635023.583	203	3128.19499		

AKI_6th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
TFR	26.65919	11.48583	2.32	0.021	4.011686 49.30669
_cons	60.35182	29.15276	2.07	0.040	2.869062 117.8346

```
. reg AKI_5th UTD if id_5th
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	170
Model	50529.5765	1	50529.5765	F(1, 168) =	16.93
Residual	501304.4	168	2983.95476	Prob > F =	0.0001
				R-squared =	0.0916
				Adj R-squared =	0.0862
				Root MSE =	54.626
Total	551833.976	169	3265.2898		

AKI_5th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
UTD	-2.030769	.4934963	-4.12	0.000	-3.005022 -1.056516
_cons	151.3663	7.216251	20.98	0.000	137.1201 165.6126

```
. reg AKI_2th KTD if id_2th
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	68
Model	977.765002	1	977.765002	F(1, 66) =	0.68
Residual	94739.7056	66	1435.45008	Prob > F =	0.4122
				R-squared =	0.0102
				Adj R-squared =	-0.0048
				Root MSE =	37.887
Total	95717.4706	67	1428.61896		

AKI_2th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
KTD	-.5846242	.7083593	-0.83	0.412	-1.998909 .8296607
_cons	116.5064	13.63438	8.55	0.000	89.28444 143.7283

```
. reg AKI_2015 PONED if id_2015
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	34
Model	10743.692	1	10743.692	F(1, 32) =	3.26
Residual	105458.337	32	3295.57304	Prob > F =	0.0804
				R-squared =	0.0925
				Adj R-squared =	0.0641
				Root MSE =	57.407
Total	116202.029	33	3521.27362		

AKI_2015	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
PONED	-.2688155	.1488823	-1.81	0.080	-.5720787 .0344478
_cons	153.9942	15.07476	10.22	0.000	123.2879 184.7005

```
. log close
```

```
name: <unnamed>
log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT BIVARIAT 2023.log
log type: text
closed on: 1 Dec 2023, 22:50:26
```

OUTPUT MULTIVARIAT

```

name: <unnamed>
log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT MULTIVARIAT 2023.log
log type: text
opened on: 1 Dec 2023, 22:53:46

```

. reg AKI_8th Kepadatan_Penduduk Rata2lamasekolah Melekhuruf if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	88099.4266	3	29366.4755	F(3, 268) =	10.33
Residual	761643.893	268	2841.95483	Prob > F =	0.0000
				R-squared =	0.1037
				Adj R-squared =	0.0936
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	53.31

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kepadatan_Penduduk	-.0075493	.0013652	-5.53	0.000	-.0102372 -.0048615
Rata2lamasekolah	15.6304	5.410899	2.89	0.004	4.977126 26.28368
Melekhuruf	-1.198253	.8348342	-1.44	0.152	-2.841921 .4454146
_cons	113.5049	55.71257	2.04	0.043	3.814927 223.1949

. reg AKI_8th K1 K4 ditolongnakesdifasyankes KF3 Kecukupanbidan TTD Kontrasepsi Kelasibuhamil P4K TFR UTD KTD PONED if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	34
Model	15293.7879	13	1176.44522	F(13, 20) =	0.93
Residual	25330.2121	20	1266.5106	Prob > F =	0.5429
				R-squared =	0.3765
				Adj R-squared =	-0.0288
Total	40624	33	1231.0303	Root MSE =	35.588

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
K1	1.431515	1.349928	1.06	0.302	-1.384386 4.247416
K4	-2.750047	1.39491	-1.97	0.063	-5.659778 .1596841
ditolongnakesdifasyankes	3.280573	1.497125	2.19	0.040	.1576249 6.403521
KF3	-1.31167	1.392707	-0.94	0.358	-4.216807 1.593467
Kecukupanbidan	-.9786314	1.737255	-0.56	0.579	-4.602481 2.645218
TTD	.0581769	.3855908	0.15	0.882	-.7461516 .8625053
Kontrasepsi	.8602483	1.13066	0.76	0.456	-1.498266 3.218763
Kelasibuhamil	-.3553485	.6047029	-0.59	0.563	-1.616737 .9060395
P4K	.1041848	.282251	0.37	0.716	-.4845805 .69295
TFR	-45.98251	35.16798	-1.31	0.206	-119.3416 27.37661
UTD	1.140489	1.364505	0.84	0.413	-1.705819 3.986797
KTD	.0599642	1.067994	0.06	0.956	-2.167833 2.287761
PONED	-.0428267	.124414	-0.34	0.734	-.3023498 .2166964
_cons	125.9723	159.1654	0.79	0.438	-206.0409 457.9854

. reg AKI_8th Kemiskinan if id_8th

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	52207.8686	1	52207.8686	F(1, 270) =	17.67
Residual	797535.451	270	2953.835	Prob > F =	0.0000
				R-squared =	0.0614
				Adj R-squared =	0.0580
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	54.349

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kemiskinan	2.427417	.5773905	4.20	0.000	1.290657 3.564177
_cons	102.6137	7.13611	14.38	0.000	88.56421 116.6632

```
. reg AKI_8th Kepadatan_Penduduk Rata2lamasekolah Melekhuruf Kemiskinan if id_8th
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	272
Model	134431.546	4	33607.8865	F(4, 267) =	12.54
Residual	715311.774	267	2679.07031	Prob > F =	0.0000
				R-squared =	0.1582
				Adj R-squared =	0.1456
Total	849743.32	271	3135.58421	Root MSE =	51.76

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kepadatan_Penduduk	-.0063497	.0013565	-4.68	0.000	-.0090205 -.0036788
Rata2lamasekolah	14.19593	5.264862	2.70	0.007	3.830007 24.56186
Melekhuruf	.1952252	.8770878	0.22	0.824	-1.531663 1.922113
Kemiskinan	2.671385	.6423733	4.16	0.000	1.406624 3.936146
_cons	-36.7971	65.05581	-0.57	0.572	-164.8847 91.29055

```
. reg AKI_8th K1 K4 ditolongnakesdifasyankes KF3 Kecukupanbidan TTD Kontrasepsi
Kelasibuhamil P4K TFR UTD KTD PONED Kemis
> kinan if id_8th
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	34
Model	22881.6961	14	1634.40686	F(14, 19) =	1.75
Residual	17742.3039	19	933.805469	Prob > F =	0.1270
				R-squared =	0.5633
				Adj R-squared =	0.2414
Total	40624	33	1231.0303	Root MSE =	30.558

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
K1	.3833644	1.216059	0.32	0.756	-2.161875 2.928604
K4	-1.429707	1.2842	-1.11	0.279	-4.117568 1.258154
ditolongnakesdifasyankes	1.576411	1.41774	1.11	0.280	-1.390952 4.543775
KF3	-.5080909	1.228646	-0.41	0.684	-3.079677 2.063495
Kecukupanbidan	-.9734873	1.491721	-0.65	0.522	-4.095695 2.14872
TTD	.2251826	.3362369	0.67	0.511	-.4785692 .9289345
Kontrasepsi	.3906952	.9847327	0.40	0.696	-1.670374 2.451764
Kelasibuhamil	-.502625	.5218013	-0.96	0.348	-1.594768 .5895177
P4K	.0413275	.2433601	0.17	0.867	-.4680311 .5506861
TFR	-35.31033	30.42871	-1.16	0.260	-98.99835 28.37769
UTD	-1.652791	1.527408	-1.08	0.293	-4.849692 1.54411
KTD	.6210638	.9379363	0.66	0.516	-1.342059 2.584187
PONED	-.0819687	.1077088	-0.76	0.456	-.3074058 .1434685
Kemiskinan	6.479344	2.272994	2.85	0.010	1.721914 11.23677
_cons	161.3801	137.233	1.18	0.254	-125.852 448.6121

```
. reg AKI_8th Kepadatan_Penduduk Rata2lamasekolah Melekhuruf K1 K4
ditolongnakesdifasyankes KF3 Kecukupanbidan TTD Kontra
> sepsi Kelasibuhamil P4K TFR UTD KTD PONED if id_8th
```

Source	SS	df	MS	Number of obs =	34
Model	27750.6456	16	1734.41535	F(16, 17) =	2.29
Residual	12873.3544	17	757.256141	Prob > F =	0.0499
				R-squared =	0.6831
				Adj R-squared =	0.3849
Total	40624	33	1231.0303	Root MSE =	27.518

AKI_8th	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kepadatan_Penduduk	-.4639388	.1978695	-2.34	0.031	-.881407 -.0464707

Rata2lamasekolah		53.8683	41.77223	1.29	0.214	-34.2634	142
Melekhuruf		-14.47455	11.78089	-1.23	0.236	-39.33006	10.38095
K1		-.0418511	1.212356	-0.03	0.973	-2.599699	2.515997
K4		-1.653766	1.583356	-1.04	0.311	-4.994355	1.686823
ditolongnakesdifasyankes		2.161975	1.916843	1.13	0.275	-1.88221	6.206161
KF3		.1294308	1.282265	0.10	0.921	-2.575912	2.834773
Kecukupanbidan		-.8939254	1.587943	-0.56	0.581	-4.244193	2.456342
TTD		-.1644394	.4327168	-0.38	0.709	-1.077392	.7485132
Kontrasepsi		.5780501	1.114428	0.52	0.611	-1.773186	2.929287
Kelasibuhamil		-.5453079	.4837422	-1.13	0.275	-1.565915	.475299
P4K		-.0313201	.223872	-0.14	0.890	-.5036487	.4410086
TFR		-26.12981	29.16494	-0.90	0.383	-87.66244	35.40283
UTD		-1.083166	1.311656	-0.83	0.420	-3.850517	1.684186
KTD		.1494995	.927154	0.16	0.874	-1.806625	2.105624
PONED		.0076569	.0972288	0.08	0.938	-.197478	.2127918
_cons		1160.757	1028.906	1.13	0.275	-1010.045	3331.56

```

. reg AKI_8th Kepadatan_Penduduk Rata2lamasekolah Melekhuruf Kemiskinan K1 K4
ditolongnakesdifasyankes KF3 Kecukupanbidan
> TTD Kontrasepsi Kelasibuhamil P4K TFR UTD KTD PONED if id_8th

```

Source		SS	df	MS	Number of obs =	34
Model		27778.7102	17	1634.04177	F(17, 16) =	2.04
Residual		12845.2898	16	802.830615	Prob > F =	0.0812
Total		40624	33	1231.0303	R-squared =	0.6838
					Adj R-squared =	0.3478
					Root MSE =	28.334

AKI_8th		Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Kepadatan_Penduduk		-.4786616	.2184248	-2.19	0.044	-.9417015 - .0156216
Rata2lamasekolah		59.95007	53.92619	1.11	0.283	-54.36834 174.2685
Melekhuruf		-17.48014	20.13857	-0.87	0.398	-60.17199 25.21171
Kemiskinan		-.8713483	4.660416	-0.19	0.854	-10.75099 9.008292
K1		.013462	1.282883	0.01	0.992	-2.706128 2.733052
K4		-1.670659	1.632808	-1.02	0.321	-5.132057 1.790739
ditolongnakesdifasyankes		2.166335	1.97382	1.10	0.289	-2.017976 6.350645
KF3		.097673	1.331168	0.07	0.942	-2.724278 2.919624
Kecukupanbidan		-1.018711	1.766004	-0.58	0.572	-4.762472 2.725049
TTD		-.1668416	.445733	-0.37	0.713	-1.111753 .7780701
Kontrasepsi		.6438843	1.200283	0.54	0.599	-1.900601 3.18837
Kelasibuhamil		-.5324545	.5028081	-1.06	0.305	-1.59836 .5334509
P4K		-.0400232	.2351634	-0.17	0.867	-.5385473 .4585008
TFR		-27.43359	30.82876	-0.89	0.387	-92.78766 37.92047
UTD		-.9314975	1.575445	-0.59	0.563	-4.271291 2.408296
KTD		.0996144	.9912303	0.10	0.921	-2.0017 2.200929
PONED		.0174828	.1130677	0.15	0.879	-.2222101 .2571757
_cons		1406.85	1689.623	0.83	0.417	-2174.991 4988.691

```

. log close
name: <unnamed>
log: E:\A Thesis\THESIS\ANALISIS 2023\OUTPUT MULTIVARIAT 2023.log
log type: text
closed on: 1 Dec 2023, 23:25:03

```

Lampiran 3 Master Tabel**Data AKI Indonesia Per Provinsi Selama 8 Tahun**

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	198	151	136	121	143	167	134	149
2	Sumut	89	63	70	61	69	85	71	75
3	Sumbar	185	115	131	101	121	114	115	135
4	Riau	138	83	88	65	92	102	109	125
5	Jambi	117	95	94	70	78	87	81	75
6	Sumsel	83	81	67	74	65	83	98	91
7	Bengkulu	144	87	60	105	79	117	137	146
8	Lampung	130	78	168	67	34	97	26	79
9	Bangka Belitung	242	95	90	157	83	92	115	101
10	Kep. Riau	387	94	78	123	128	110	147	135
11	DKI Jakarta	75	72	79	58	44	53	38	42
12	Jawa Barat	148	85	92	80	76	85	83	79
13	Jawa Tengah	197	101	117	79	88	110	111	127
14	DI Yogyakarta	286	95	138	65	80	91	66	88
15	Jatim	237	101	78	91	92	91	90	91
16	Banten	134	102	105	102	99	107	99	99
17	Bali	191	87	173	54	69	79	83	71
18	NTB	147	119	100	95	82	89	92	106
19	NTT	158	147	74	102	120	131	133	169
20	Kalbar	201	116	117	85	113	95	141	138
21	Kalteng	219	126	161	151	164	164	182	185
22	Kalsel	192	122	94	77	110	128	106	100
23	Kaltim	278	116	85	99	158	137	140	149
24	Kaltara	223	148	93	82	158	137	140	149
25	Sulut	181	119	211	133	141	129	177	142
26	Sulteng	186	130	77	153	141	155	208	215
27	Sulsel	135	213	149	82	77	103	99	95
28	Sultra	211	98	86	96	149	149	131	137
29	Gorontalo	253	234	155	122	210	302	253	195
30	Sulbar	220	139	105	208	176	193	204	180
31	Maluku	180	156	125	137	180	180	260	205
32	Maluku Utara	240	133	106	168	220	220	220	330
33	Papua Barat	239	218	66	203	207	207	207	207
34	Papua	121	101	67	101	281	132	239	169

Data Kepadatan Penduduk Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	94	94.2	92.68	91.13	89.54	87.93	86.31	81.64
2	Sumut	210	201.5	199.54	197.52	195.42	193.24	190.98	185.36
3	Sumbar	133	130.9	129.51	128.11	126.66	125.19	123.68	121.36
4	Riau	73	81.9	80.11	78.31	76.51	74.7	72.9	73.07
5	Jambi	74	73.5	72.41	71.32	70.22	69.1	67.96	68.17
6	Sumsel	99	93.5	92.48	91.39	90.26	89.1	87.91	87.31
7	Bengkulu	101	101.4	100	98.56	97.11	95.63	94.13	91.78
8	Lampung	265	246.1	243.99	241.76	239.42	236.98	234.44	230.25
9	Bangka Belitung	88	92.4	90.65	88.89	87.12	85.35	83.59	84.07
10	Kep. Riau	252	273.4	266.97	260.5	253.93	247.29	240.56	247.74
11	DKI Jakarta	17031	16031.4	15900.08	15764.26	15623.61	15478.12	15327.97	15263.37
12	Jawa Barat	1302	1411.5	1394	1376.11	1357.85	1339.24	1320.31	1308.75
13	Jawa Tengah	1087	1065.2	1058.46	1051.53	1044.43	1037.15	1029.68	999.36
14	DI Yogyakarta	1159	1239.1	1226.54	1213.75	1200.76	1187.59	1174.27	1147.18
15	Jatim	855	834.4	830.45	826.38	822.03	817.48	812.71	806.06
16	Banten	1286	1362	1337.83	1313.24	1288.24	1262.88	1237.23	1224.69
17	Bali	765	757.9	750.32	742.58	734.69	726.65	718.48	731.03
18	NTB	276	176	273.01	269.95	266.83	263.63	260.36	253.19
19	NTT	118	113.7	112	110.26	108.53	106.81	105.1	104.08
20	Kalbar	37	34.9	34.41	33.95	33.48	33	32.51	30.86
21	Kalteng	17	18	17.68	17.32	16.97	16.61	16.25	15.42
22	Kalsel	111	111.1	109.54	107.96	106.33	104.67	102.98	101.02
23	Kaltim	30	29.4	28.83	28.27	27.7	27.13	26.55	27.18
24	Kaltara	10	10.2	9.84	9.49	9.16	8.83	8.51	8.05
25	Sulut	183	182	180.46	179.36	177.67	175.93	174.14	172.03
26	Sulteng	50	50.1	49.38	48.68	47.97	47.25	46.52	45.91
27	Sulsel	202	191.1	189.46	187.77	186.02	184.22	182.38	179.71
28	Sultra	74	72.4	71.05	69.71	68.36	67.01	65.66	63.52
29	Gorontalo	100	108.3	106.83	105.31	103.77	102.23	100.67	100.78
30	Sulbar	87	83.7	82.22	80.75	79.28	77.83	76.38	76.52
31	Maluku	41	39	38.43	37.81	37.19	36.57	35.95	36.41
32	Maluku Utara	40	40	39.26	38.54	37.81	37.08	36.34	35.69
33	Papua Barat	12	9.5	9.32	9.41	8.89	8.96	8.74	8.8
34	Papua	14	10.8	10.59	10.41	10.23	10.05	9.87	10.93

Data Rata-Rata Lama Sekolah WUS Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	9.77	9.71	9.4	9.22	9.2	9.18	9.11	9.45
2	Sumut	9.88	9.83	9.55	9.45	9.36	9.25	9.12	9.44
3	Sumbar	9.46	9.34	9.25	9.14	9.05	8.98	8.89	8.94
4	Riau	9.52	9.47	9.17	8.97	8.91	8.83	8.72	9
5	Jambi	9.03	8.97	8.54	8.41	8.29	8.21	8.06	8.5
6	Sumsel	8.78	8.68	8.39	8.3	8.22	8.12	8.02	8.31
7	Bengkulu	9.26	9.2	8.87	8.76	8.76	8.63	8.48	8.85
8	Lampung	8.56	8.51	8.1	8.09	8	7.93	7.77	8.05
9	Bangka Belitung	8.54	8.49	8.14	8.1	9.92	7.8	7.69	7.87
10	Kep. Riau	10.38	10.22	10	9.88	9.88	9.78	9.7	9.92
11	DKI Jakarta	11.2	11.17	10.82	10.75	10.64	10.57	10.52	10.98
12	Jawa Barat	9.03	8.96	8.46	8.29	8.15	8.09	7.94	8.39
13	Jawa Tengah	8.26	8.19	7.63	7.45	7.38	7.31	7.16	7.62
14	DI Yogyakarta	10.04	9.95	9.44	9.36	9.27	9.22	9.1	9.67
15	Jatim	8.37	8.31	7.67	7.49	7.41	7.33	7.25	7.77
16	Banten	9.29	9.22	8.71	8.53	8.47	8.4	8.22	8.8
17	Bali	9.45	9.31	8.5	8.33	8.27	8.14	8.05	8.88
18	NTB	8.13	8.08	7.43	7.17	7.13	7.07	6.93	7.58
19	NTT	8.2	8.09	7.76	7.52	7.45	7.39	7.22	7.45
20	Kalbar	8	7.9	7.46	7.31	7.2	7.14	7.07	7.47
21	Kalteng	9.03	8.95	8.57	8.37	8.3	8.2	8.1	8.48
22	Kalsel	8.74	8.69	8.22	8.11	8.03	7.94	7.73	8.21
23	Kaltim	10.09	9.99	9.56	9.32	9.28	9.25	9.17	9.62
24	Kaltara	9.4	9.3	8.96	8.9	8.8	8.71	8.38	8.7
25	Sulut	9.83	9.74	9.69	9.58	9.49	9.41	9.27	9.26
26	Sulteng	9.18	9.09	8.84	8.6	8.46	8.41	8.17	8.45
27	Sulsel	8.95	8.86	8.56	8.27	8.22	8.12	8.03	8.32
28	Sultra	9.52	9.41	8.97	8.74	8.62	8.54	8.42	8.83
29	Gorontalo	8.32	8.26	8.43	8.17	8.09	8.08	7.95	7.69
30	Sulbar	8.39	8.33	8.08	7.83	7.71	7.64	7.38	7.55
31	Maluku	10.25	10.2	9.95	9.71	9.61	9.58	9.41	9.62
32	Maluku Utara	9.51	9.42	9.04	8.82	8.68	8.62	8.4	8.93
33	Papua Barat	10.03	10	9.52	9.37	9.37	9.29	9.17	9.56
34	Papua	7.05	6.96	6.18	5.97	5.86	5.76	5.4	6.32

Data Persentase Melek Huruf Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	98.2	99.4	97.41	97.09	96.89	96.51	96.53	96.45
2	Sumut	99.2	99.6	98.7	98.61	98.34	98.38	98.04	97.88
3	Sumbar	99.3	99.4	98.87	98.69	98.25	98.27	97.85	97.95
4	Riau	99.2	99.6	98.88	98.83	98.79	98.56	98.16	98.18
5	Jambi	98.1	99.1	97.21	97.17	97.21	97.11	96.75	96.73
6	Sumsel	98.8	99.5	98.29	98	97.74	97.53	97.52	97.29
7	Bengkulu	97.9	99.2	96.86	96.82	96.7	96.37	96.27	95.85
8	Lampung	97.3	98.5	95.72	95.47	95.4	95.42	94.89	95.66
9	Bangka Belitung	98.1	98.7	97.11	96.91	96.64	96.35	96.78	96.47
10	Kep. Riau	99.1	99.3	98.82	98.46	98.27	98.48	98.53	98.14
11	DKI Jakarta	99.7	99.7	99.57	99.55	99.59	99.43	99.33	99.17
12	Jawa Barat	98.6	98.9	97.9	97.81	97.43	97.51	97.14	96.97
13	Jawa Tengah	93.8	95.4	90.9	90.68	90.5	90.38	90.01	90.42
14	DI Yogyakarta	95.2	96.9	92.16	92.66	92.05	92.07	91.78	91.98
15	Jatim	92.6	95.8	89.53	88.85	88.78	88.41	88.17	88.96
16	Banten	97.8	98.5	96.32	96.34	96.33	96.38	96.14	95.92
17	Bali	95	97.2	91.66	89.48	89.39	89.23	88.94	88.85
18	NTB	87.4	90.1	83.49	83.42	83.59	83.42	83.5	83.76
19	NTT	93.9	97.5	91.87	90.57	90.11	89.97	90.12	90.04
20	Kalbar	93.4	96.3	90.2	89.48	89.51	88.93	89.1	89.14
21	Kalteng	99.1	99.5	98.86	98.91	98.56	98.36	98.45	98.12
22	Kalsel	98.3	99.1	97.76	97.63	97.52	97.22	97.17	97.05
23	Kaltim	98.9	99.2	98.75	98.53	98.36	98.25	98.12	97.92
24	Kaltara	96.6	97.8	95.22	94.21	93.88	94.01	93.08	97.92
25	Sulut	99.8	99.9	99.83	99.92	99.74	99.71	99.56	99.42
26	Sulteng	98.3	99.6	97.88	97.22	97.07	96.88	96.41	96.11
27	Sulsel	92.5	96.8	90.87	90.19	90.06	89.63	89.47	89.58
28	Sultra	94.9	97	92.96	92.51	92.24	91.97	91.69	91.29
29	Gorontalo	98.8	99.5	98.6	98.77	98.55	98.39	98.45	98.63
30	Sulbar	93.1	95.3	92.45	91.23	91.72	91.31	90.88	90.77
31	Maluku	99.4	99.8	99.28	99.03	98.8	98.61	98.39	98.38
32	Maluku Utara	98.7	99.5	98.3	98.16	98.04	98.2	97.87	97.51
33	Papua Barat	97.9	99.2	96.7	96.34	95.99	95.97	95.5	94.49
34	Papua	78.9	98.5	73.07	71.26	67.86	64.6	65.47	64.13

Data Persentase Penduduk Miskin Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	15.53	15.43	15.32	15.68	15.92	16.43	17.11	16.98
2	Sumut	8.49	9.14	8.83	8.94	9.28	10.27	10.79	9.85
3	Sumbar	6.04	6.56	6.42	6.55	6.75	7.14	6.71	6.89
4	Riau	7	7.04	7.08	7.21	7.41	7.67	8.82	7.99
5	Jambi	7.67	7.97	7.6	7.85	7.9	8.37	9.12	8.39
6	Sumsel	12.79	12.98	12.71	12.82	13.1	13.39	13.77	13.62
7	Bengkulu	14.43	15.3	15.23	15.41	15.59	17.03	17.16	17.09
8	Lampung	11.67	12.76	12.62	13.01	13.04	13.86	13.53	14.21
9	Bangka Belitung	4.67	4.89	4.62	4.77	5.3	5.04	4.83	4.97
10	Kep. Riau	5.75	6.13	5.9	5.83	6.13	5.84	5.78	6.4
11	DKI Jakarta	4.67	4.69	3.47	3.55	3.78	3.75	3.61	4.09
12	Jawa Barat	7.97	8.43	6.91	7.25	7.83	8.77	9.57	9.18
13	Jawa Tengah	11.25	11.84	10.8	11.19	12.23	13.19	13.32	13.58
14	DI Yogyakarta	11.91	12.8	11.7	11.81	12.36	13.1	13.16	14.55
15	Jatim	10.59	11.46	10.37	10.85	11.2	11.85	12.28	12.28
16	Banten	6.5	6.63	5.09	5.25	5.59	5.36	5.75	5.51
17	Bali	4.72	4.45	3.79	3.91	4.14	4.15	5.25	4.76
18	NTB	13.83	14.23	14.56	14.63	15.05	16.02	16.54	17.05
19	NTT	20.44	21.21	21.09	21.03	21.38	22.01	22.58	19.6
20	Kalbar	6.84	7.24	7.49	7.37	7.86	8	8.44	8.07
21	Kalteng	5.16	5.26	4.98	5.1	5.26	5.36	5.91	6.07
22	Kalsel	4.56	4.83	4.55	4.65	4.7	4.52	4.72	4.81
23	Kaltim	6.27	6.64	5.94	6.06	6.08	6	6.1	6.31
24	Kaltara	6.83	7.41	6.63	6.86	6.96	6.99	6.32	8.26
25	Sulut	7.36	7.78	7.66	7.59	7.9	8.2	8.98	8.07
26	Sulteng	12.18	13.06	13.48	13.69	14.22	14.09	14.07	13.61
27	Sulsel	8.53	8.99	8.69	8.87	9.48	9.24	10.12	9.54
28	Sultra	11.74	11.69	11.24	11.32	11.97	12.77	13.74	12.77
29	Gorontalo	15.41	15.59	15.52	15.83	17.14	17.63	18.16	17.41
30	Sulbar	11.85	11.5	11.02	11.22	11.18	11.19	11.9	12.05
31	Maluku	16.3	17.99	17.69	17.85	18.29	19.26	19.36	18.44
32	Maluku Utara	6.38	6.97	6.77	6.62	6.44	6.41	6.22	7.41
33	Papua Barat	21.82	21.7	22.17	22.66	23.12	24.88	25.73	26.26
34	Papua	27.38	26.8	27.53	27.43	27.76	28.4	28.4	27.8

Data Cakupan Pelayanan K1 Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	90.2	89.6	90	88.36	88.77	87.01	83.21	90.54
2	Sumut	92	85.6	89.9	91.85	90.95	90.57	82.44	92.6
3	Sumbar	86.8	83.2	87.9	88.97	90.08	89.47	88.18	94.79
4	Riau	91.2	83.7	87.4	84.85	84.98	81.93	91.91	88.65
5	Jambi	98.2	99.4	102.1	100.6	104.9	101.31	99.43	98.89
6	Sumsel	94.6	94.2	98.2	100.15	99.71	102.89	97.66	90.91
7	Bengkulu	93.7	93.6	96.4	95.77	96.73	96.96	95.92	97
8	Lampung	98.2	93.7	98	97.01	98.93	96.81	95.91	95.78
9	Bangka Belitung	92.9	92	93.2	94.02	92.9	94.35	98.36	96.15
10	Kep. Riau	85.6	99.8	102.4	102.5	93.74	100.03	104.73	94.09
11	DKI Jakarta	114.2	100.6	104.2	104.8	116.37	100.38	99.75	99.92
12	Jawa Barat	107.3	101.8	105.6	106.01	102.68	101.5	104.27	96.84
13	Jawa Tengah	100	99.7	99.9	97.62	99.84	98.57	98.58	99.6
14	DI Yogyakarta	74.6	76.7	82.4	82.79	82.09	78.99	100	100
15	Jatim	97.7	97.7	99.9	99.44	98.2	96.97	98.75	96.19
16	Banten	102.5	102.7	101.5	98.28	95.42	94.03	96.06	93.76
17	Bali	95.7	101.4	102.4	100.87	99.19	91	98.7	98.59
18	NTB	101.7	105	106.5	103.12	102	100.63	100	83.67
19	NTT	93	68.6	69	65.88	63.38	68.44	84.95	85.93
20	Kalbar	95	91	93.5	94.39	93.81	93.44	94.22	94.79
21	Kalteng	112.6	89.3	91.7	91.72	91.93	87.42	93.32	95.63
22	Kalsel	95.1	80.8	93.1	91.19	91.44	88.67	99.4	98.31
23	Kaltim	101.4	89.5	96.4	98.07	95.56	96.17	99.62	102.25
24	Kaltara	103.3	108.8	114.5	112.62	109.77	95.03	93.23	99.79
25	Sulut	78	94.8	97.4	94.15	95.3	94.02	96.23	102.91
26	Sulteng	70.6	89.7	90.2	63.51	90.35	89.3	83.82	87.93
27	Sulsel	104.6	91.5	90.5	90.24	88.58	87.63	99.48	99.12
28	Sultra	93.2	85.9	84.6	89.91	85.3	80.19	94.59	96.14
29	Gorontalo	105.5	94.5	94.9	91.54	92.3	87.17	100.46	100.4
30	Sulbar	97.4	76.7	66.2	68.82	82.59	76	94.25	94.16
31	Maluku	96.5	78.6	55.1	77.98	75.12	72.97	55.93	55.93
32	Maluku Utara	70.2	86	88.9	84.29	82.35	84.48	86.6	80.28
33	Papua Barat	232.2	57	83.8	84.11	54.77	78.09	58.7	75.67
34	Papua	13	59.1	80.9	67.95	65.55	64.66	56.02	79.13

Data Cakupan Pelayanan K4 Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	78.1	76.7	78.5	79.14	79.01	78.34	75.67	81.83
2	Sumut	84.2	79.8	82.1	84.84	87.09	84.78	75.5	86.32
3	Sumbar	74.7	72.8	78.4	79.53	74.09	78.94	79.19	82.7
4	Riau	86.9	45.8	82.8	74.81	79.71	76.16	85.67	80.37
5	Jambi	91	89.2	97.3	96.66	100.36	58.06	93.92	93.39
6	Sumsel	90.1	90.9	95.3	96.61	95.37	97.78	93.45	87.59
7	Bengkulu	88.8	86.6	87.5	86.25	87.3	85.7	89.45	91.02
8	Lampung	92.9	93	91.4	91.88	92.9	91.37	89.62	89.62
9	Bangka Belitung	84.6	92	86.9	88.65	86.8	87.87	92.35	90.04
10	Kep. Riau	82.1	95	81.5	98.19	85.2	77.64	98.19	88.61
11	DKI Jakarta	114.5	98.9	103.6	103.17	114.37	97.01	95.22	96.01
12	Jawa Barat	98.8	96	98.5	97.02	96.75	95.39	97.97	89.13
13	Jawa Tengah	91.6	94.3	96.7	93.48	93.37	94.13	93.05	93.11
14	DI Yogyakarta	60.4	66.7	74.3	75.26	75.3	73.13	92.59	92.81
15	Jatim	89.6	91.1	91.9	91.1	89.88	89.51	91.24	88.66
16	Banten	95.7	96.6	94.8	92.44	89.34	84.52	85.67	84.53
17	Bali	90.2	94.9	95	94.49	91.81	88.68	93.32	94.15
18	NTB	93.4	95.9	94.9	94.23	93.79	100.02	92.07	76.24
19	NTT	63.1	54.2	53.4	52.01	47.62	51.46	61.63	61.78
20	Kalbar	85.7	81.5	84	85.94	83.7	83.86	84.68	85.99
21	Kalteng	88.1	80.4	84.5	84.79	83.88	79.14	85.75	87.25
22	Kalsel	81.9	77.4	78	79.32	78.01	74.62	81.02	82.65
23	Kaltim	88.1	32.2	84.6	85.38	83.69	85.98	87.05	89.42
24	Kaltara	89.3	96.7	101.2	99.92	95.75	82.07	81.14	87.39
25	Sulut	75.2	81.9	84.4	84.18	63.17	83.46	86.11	102.91
26	Sulteng	80.1	80.1	79.7	77.87	75.51	75.42	71.07	76.68
27	Sulsel	93.4	83.2	83.4	82.28	81.31	79.81	91.72	91.22
28	Sultra	74.7	67.5	70.5	78.48	73.2	67.33	80.89	81.41
29	Gorontalo	82.7	77.1	73.9	80.89	82.34	75.4	88.08	89.32
30	Sulbar	76.9	66.2	68	68.13	67.77	60.57	76.04	78.21
31	Maluku	77.5	64.3	68.7	74.04	58.63	59.67	43.88	47.87
32	Maluku Utara	67.6	70.7	73	73.26	55.44	21	72.03	70.19
33	Papua Barat	16.8	34.5	54.9	49.3	23.19	55.18	30.4	39.74
34	Papua	34.1	27.5	37.1	40.74	43.82	38.07	24.45	49.67

**Data Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan
Kesehatan Per Provinsi Selama 8 Tahun**

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	82.4	80.6	82.1	80.83	78.06	78.53	78	84.65
2	Sumut	84.6	81.9	83.6	82.56	82.7	75.73	76.17	87.24
3	Sumbar	78.2	76.3	80	80.89	80.37	79.64	81.87	86.57
4	Riau	84.8	49.2	75.2	66.08	62.27	59.87	84.43	77.73
5	Jambi	87.5	83.3	85.5	78.02	73.74	63.03	93.49	91.92
6	Sumsel	93.6	88.8	91	89.72	83.91	81.06	90.16	88.36
7	Bengkulu	89.9	87.3	87.7	85.96	81.79	71.35	88.43	91.06
8	Lampung	93.6	90.8	93.7	91.89	88.42	86.48	89.27	86.17
9	Bangka Belitung	90.4	87.6	84.4	80.56	74.86	86.32	94.1	91.14
10	Kep. Riau	82.9	95.9	79.2	95.48	81.9	96.04	99.8	89.35
11	DKI Jakarta	114.8	99.6	103.8	102.98	114.42	97.29	96.16	97.19
12	Jawa Barat	98.6	94	96.7	94.18	91.81	88.71	95.95	87.54
13	Jawa Tengah	93.8	97	99	93.52	94.37	95.06	98.09	99.17
14	DI Yogyakarta	64.7	93.7	74.7	75.88	74.22	75.58	99.95	99.96
15	Jatim	94.3	95.1	95.9	95.56	94.08	94.18	95.81	92.45
16	Banten	99.3	98.4	95	88.9	82.63	73.22	76.71	92.39
17	Bali	95.9	98.5	98	97.73	95.96	92.69	97.78	97.66
18	NTB	94.9	97.4	95.8	94.76	92.64	100.02	89.79	74.74
19	NTT	68.8	60.5	61	57.8	51.96	60.24	69.97	77.94
20	Kalbar	79	73.2	72.5	71.73	62.42	60.15	82.24	84.23
21	Kalteng	77.8	66.9	65.2	56.24	47.4	42.08	83.2	90.12
22	Kalsel	85	80.8	77.9	76.92	72.65	59.3	89.08	89.37
23	Kaltim	93.5	35.1	85.3	86.18	81.92	81.19	91.26	91.95
24	Kaltara	92.5	98.8	98.9	94.52	89.52	76.7	85.87	96.16
25	Sulut	79.4	79.7	84.7	83.17	61.74	78.48	85.94	83.04
26	Sulteng	83	80.2	78	76.66	73.55	64.93	72.51	76.89
27	Sulsel	99.3	87.4	85.7	82.96	81.17	71.78	90.97	92.79
28	Sultra	83.8	82.4	81	76.18	61.72	47.64	86.29	85.81
29	Gorontalo	96.9	87.2	80.5	82.81	80.32	79.64	92.34	90.15
30	Sulbar	86.9	71	72.7	71.33	69.2	64.88	85.56	87.76
31	Maluku	66	31.4	50.8	45.18	30.65	25.71	46.9	46.9
32	Maluku Utara	66	69.5	68.6	66.6	40.83	17.79	69.64	67.33
33	Papua Barat	22.8	34.7	52.7	48.91	46.49	47.74	41.9	44.73
34	Papua	49.6	44.6	46.6	45.69	44.67	39.18	34.14	63.15

Data Cakupan Kunjungan Nifas Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	79.2	77.9	77.5	77.62	80.85	70.34	73.5	80.11
2	Sumut	82.6	77.5	79.4	82.6	87.71	78.63	86.96	94.15
3	Sumbar	78.1	74.3	78.8	79.37	79.81	78.48	74.11	82.11
4	Riau	83	73	33.4	77.28	76.04	74.63	62.94	79.54
5	Jambi	91.9	91.1	97.2	92.89	97.54	94.38	92.51	91.08
6	Sumsel	88.6	88.4	91.6	91.92	91.1	94.02	85.77	86.3
7	Bengkulu	86.2	83.3	84.9	85.88	85.93	83.21	82.23	87.77
8	Lampung	92.3	89.6	92.6	90.65	91.26	88.47	90.24	84.15
9	Bangka Belitung	90.2	88.7	90.3	90.78	87.72	89.42	93.61	88.02
10	Kep. Riau	78.3	90.7	92.5	89.88	78.06	93.3	112.89	85.34
11	DKI Jakarta	114.2	98.6	102.1	101.56	112.89	94.65	93.58	94.64
12	Jawa Barat	102.4	95.5	97.5	97.78	94.99	90.67	97.23	87.33
13	Jawa Tengah	95.7	95.6	1.1	75.86	93.15	94.3	92.47	92.37
14	DI Yogyakarta	64.6	88.9	71.5	72.18	71.26	72.1	98.49	94.54
15	Jatim	91.4	95.5	95.5	94.59	92.84	93.76	95.72	91.15
16	Banten	97.6	122.9	97.5	92.05	89.76	86.46	86.35	89.6
17	Bali	94.8	96.9	96.3	96.84	94.31	84.32	97.19	93.85
18	NTB	91.9	96.9	81.5	94.21	92.58	91.57	74.79	74.05
19	NTT	82.6	62.2	61.7	58.27	54.42	59.2	69.3	69.11
20	Kalbar	85.3	80.5	81.5	83.43	81.15	78.86	76.19	82.03
21	Kalteng	97.7	81	82.3	77.49	76.75	75.96	79.47	88.01
22	Kalsel	78.4	81.2	81.6	86.4	81.97	78.33	85.45	87.27
23	Kaltim	85.6	80	82.5	83.47	80.11	79.19	79.74	85.84
24	Kaltara	90.7	99.2	97.9	96.54	102.33	80.58	81.89	90.98
25	Sulut	75.3	79.6	84.4	83.65	81.96	82.28	84.2	79.96
26	Sulteng	61	78.6	77.7	75.06	77.48	71.67	70.82	74.91
27	Sulsel	95.7	85.4	84.8	82.82	81.53	80.2	91.61	89.49
28	Sultra	77.4	83.6	84.1	81.61	75.62	72.27	84.01	83.98
29	Gorontalo	81	79.7	83.6	77.56	78.95	72.63	81.22	84.27
30	Sulbar	86.1	73.2	73.8	64.11	72.96	75.9	70.46	80.6
31	Maluku	86.7	44.7	62.9	51.19	56.8	60.41	43.39	43.39
32	Maluku Utara	64	76.5	75.3	74.61	71.85	70.89	64.1	68.6
33	Papua Barat	33.8	30.7	50.5	49.08	49.46	48.11	28.5	29.13
34	Papua	39.8	31.5	42.9	33.1	30.45	30.46	38.34	38.61

Data Cakupan Puskesmas Melakukan Kelas Ibu Hamil Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	82.2	69.08	89.97	91.09	87.39	84.96		
2	Sumut	77.1	74.34	99.17	97.59	98.07	82.31		
3	Sumbar	89.9	78.99	98.91	98.55	97.03	100		
4	Riau	93.5	87.45	85.84	100	100	79.84		
5	Jambi	94.2	98.55	100	100	100	100		
6	Sumsel	100	100	99.42	96.99	100	98.76		
7	Bengkulu	100	98.32	99.44	98.33	97.22	93.33		
8	Lampung	100	93.59	100	100	100	100		
9	Bangka Belitung	100	100	100	98.44	100	100		
10	Kep. Riau	100	90.91	96.51	100	100	100		
11	DKI Jakarta	67.3	48.57	100	100	96.18	100		
12	Jawa Barat	90.9	72.95	97.29	98.88	99.34	100		
13	Jawa Tengah	79.3	40.66	97.15	99.09	100	100		
14	DI Yogyakarta	95	98.35	100	100	100	100		
15	Jatim	93.1	58.68	99.69	98.76	99.69	100		
16	Banten	93.9	98.37	99.59	100	100	100		
17	Bali	68.3	60.83	100	100	100	100		
18	NTB	100	99.43	100	100	100	100		
19	NTT	93.2	27.56	102.34	100	92.2	60.65		
20	Kalbar	81.3	85.77	93.9	93.85	87.97	96.22		
21	Kalteng	80	77.07	82.76	89.5	90.31	93.85		
22	Kalsel	91.9	96.19	98.3	98.72	100	100		
23	Kaltim	67.4	45.99	98.92	87.98	100	100		
24	Kaltara	100	100	96.43	98.21	100	100		
25	Sulut	62.1	98.97	98.97	91.71	100	96.79		
26	Sulteng	91.8	83.57	43.69	92.08	97.93	98.41		
27	Sulsel	81.1	84.82	99.34	99.34	100	100		
28	Sultra	86.6	94.86	88.62	86.97	90.15	100		
29	Gorontalo	89.2	100	98.92	100	100	100		
30	Sulbar	76	79.17	100	90.43	86.32	51.06		
31	Maluku	85.1	71.16	86.6	71.63	75.38	72.36		
32	Maluku Utara	69.4	94.56	96.62	98.51	99.22	48.03		
33	Papua Barat	14.9	8.7	45.91	74.21	38.06	39.07		
34	Papua	39.7	5.61	44.76	44.36	35.03	35.11		

Data Cakupan Puskesmas Melakukan Program Perencanaan Kehamilan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	91.1	0	86.35	93.1	87.39	84.96		
2	Sumut	79.3	96.38	97.5	93.98	84.24	64.27		
3	Sumbar	92.8	0	98.55	98.55	99.26	100		
4	Riau	100	0	98.67	94.44	85.12	81.89		
5	Jambi	100	98.07	100	100	100	100		
6	Sumsel	88.4	100	99.42	96.99	100	97.52		
7	Bengkulu	100	100	98.89	96.11	99.44	94.44		
8	Lampung	100	22.76	100	99.67	100	96.92		
9	Bangka Belitung	100	100	100	98.44	100	100		
10	Kep. Riau	100	97.73	82.56	97.59	97.3	100		
11	DKI Jakarta	85.7	0	100	100	96.18	100		
12	Jawa Barat	94.3	93.26	97.29	97.57	100	100		
13	Jawa Tengah	100	0	96.36	99.09	100	99.69		
14	DI Yogyakarta	100	0	100	100	100	100		
15	Jatim	91.7	94.52	97.83	98.04	98.34	98.33		
16	Banten	100	100	99.59	100	100	100		
17	Bali	100	100	100	100	100	100		
18	NTB	69	99.43	100	100	100	100		
19	NTT	42.2	0	102.24	100	99.46	69.81		
20	Kalbar	95.5	28.46	94.72	97.95	54.36	87.82		
21	Kalteng	100	92.2	99.01	93.5	89.8	87.18		
22	Kalsel	100	100	94.47	98.71	100	67.83		
23	Kaltim	100	97.86	98.92	97.81	100	100		
24	Kaltara	100	67.27	94.64	89.29	91.84	83.76		
25	Sulut	57.9	0	98.97	95.34	100	100		
26	Sulteng	38.6	100	83.01	95.54	97.93	100		
27	Sulsel	90.7	100	96.51	93.01	99.56	95.76		
28	Sultra	86.3	99.66	100	96.13	100	100		
29	Gorontalo	82.8	0	72.04	47.31	100	100		
30	Sulbar	100	72.92	98.95	100	95.79	100		
31	Maluku	74.4	97.67	84.21	74.04	74.37	70.85		
32	Maluku Utara	59.9	97.28	96.62	99.25	20.16	82.68		
33	Papua Barat	100	0	15.72	61.01	38.71	6.62		
34	Papua	16.4	0	51.9	56.62	49.75	56.74		

Data Rata-Rata Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Bidan Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	0.3	0.3	3.95	4.35	4.13	12.09	17.67	23.7
2	Sumut	1	1	2.17	15.09	8.38	4.03	20.46	19.7
3	Sumbar	0.4	0.4	1.44	1.09	0	0.76	10.85	14.54
4	Riau	0.9	1.3	1.29	4.31	3.83	7.08	7.35	14.59
5	Jambi	0	0	2.44	2.42	1.7	3.41	17.24	14.73
6	Sumsel	0	1.5	1.76	2.93	3.73	13.04	25.88	11.06
7	Bengkulu	0	0	1.12	2.22	5	7.22	12.29	11.62
8	Lampung	0	0	0	8.47	1.78	25.77	50.94	10.44
9	Bangka Belitung	0	0	0	0	9.68	4.84	34.48	10.11
10	Kep. Riau	1.1	0	1.15	1.18	1.47	5.56	16.92	10.47
11	DKI Jakarta	69.7	69.4	68.45	65.31	71.06	74.71	87.57	3.03
12	Jawa Barat	3.2	3.5	4.24	7.01	7.84	6.38	34.3	9.21
13	Jawa Tengah	0.9	1.1	4.68	4.99	6.29	9.26	22.03	14.53
14	DI Yogyakarta	10.7	11.6	12.4	14.88	17.36	19.01	60.33	6.41
15	Jatim	0.4	0.5	1.03	1.14	4.31	6.88	13.22	11.85
16	Banten	0.4	0.4	1.65	6.33	9.69	6.01	6.09	10.55
17	Bali	0	0	0	0	0	1.67	33.63	10.8
18	NTB	0.6	1.2	3.55	4.85	5.06	17.09	37.97	10.41
19	NTT	3.3	4.6	11.66	10.37	26.2	36.39	69.66	6.38
20	Kalbar	0.8	1.2	7.76	5.35	8.37	27.62	53.42	7.75
21	Kalteng	0.5	1.5	2.46	3	6.67	36.92	52.51	7.7
22	Kalsel	0.8	0.8	1.69	1.28	1.31	35.22	41.44	9.94
23	Kaltim	3.2	5.3	10.22	11.64	13.81	13.79	33.72	6.9
24	Kaltara	0	5.2	8.93	12.5	12.24	52	54.05	7.48
25	Sulut	21.7	21.7	31.98	40.72	39.25	52.94	77.06	5.48
26	Sulteng	1.4	0.5	0.97	5	13.23	31.22	70.48	10.22
27	Sulsel	2.3	4.1	8.46	14.73	16.52	27.9	41.53	8.69
28	Sultra	5.5	8.9	9.76	12.37	11.85	30.86	75.64	5.26
29	Gorontalo	0	1.1	1.08	1.08	4.3	6.45	37.08	4.87
30	Sulbar	1	2.1	7.37	3.16	4.21	17.02	23.66	8.37
31	Maluku	29.6	32.7	45.5	45.41	50.51	59.3	77.46	4.98
32	Maluku Utara	3.4	2.7	5.76	15.67	15.38	17.32	29.51	6.31
33	Papua Barat	18.2	29.9	41.5	51.27	59.52	52.98	87.96	3.56
34	Papua	41.1	41.4	53.26	57.21	54.85	59.14	87	3.43

**Data Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) Per Provinsi
Selama 8 Tahun**

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	80.8	71.1	56.7	73.62	78.8	46.3	73.19	79.53
2	Sumut	84.4	67	23.7	77.25	78.02	16	74.42	84.29
3	Sumbar	79.9	75.6	77	79.93	80.98	42.9	79.16	81.06
4	Riau	73.1	77.3	80.5	84.21	79.92	26.4	83.21	82.72
5	Jambi	92.1	90.1	89.3	90.43	85.05	31.9	90.29	91.06
6	Sumsel	85.9	83.4	94.5	92.81	91.52	4.6	85.31	86.38
7	Bengkulu	90.9	85.7	84.4	99.49	86.66	27.7	87.22	90.92
8	Lampung	89.1	94	92.6	90.1	89.4	36.9	82.92	83.53
9	Bangka Belitung	83.4	85.2	87.3	94.3	91.06	47.3	90.21	84.37
10	Kep. Riau	89.6	94.4	90.7	82.6	85.63	34	79.07	81.67
11	DKI Jakarta	76.2	99.3	8.8	98.26	96.38	58.5	97.12	94.79
12	Jawa Barat	90.6	95.3	87.7	87.91	92.36	48	95.51	90.48
13	Jawa Tengah	83.3	85.7	48.7	92.29	92.31	37.3	92.13	92.49
14	DI Yogyakarta	86	67.4	65	89.29	89.22	70	89.01	91.59
15	Jatim	91.3	88.9	59.9	87.09	86.81	51.5	89.73	84.94
16	Banten	89.9	91.3	88.8	32.11	59.82	47.1	76	61.36
17	Bali	92.6	96.1	95.4	94.67	92.08	39.7	95.07	95.01
18	NTB	75.6	95.7	92	65.68	58.16	62.6	92.7	92.42
19	NTT	72.1	59.6	60.2	61.67	61.88	66.1	74.44	74.18
20	Kalbar	83.7	83	89.7	64.07	29.16	14.1	80.43	85.08
21	Kalteng	86.1	77.6	6.5	56.1	65.88	28.9	71.21	81.32
22	Kalsel	79	79.2	81.8	81.47	76.38	40	87.8	79.79
23	Kaltim	87	74.4	8.2	84.24	27.91	45.7	75.14	80.87
24	Kaltara	68.2	96.4	79.6	84.19	79.14	40.7	87.96	90.22
25	Sulut	85.3	86.1	100.1	83.77	49.42	33.3	79.56	80.21
26	Sulteng	75.6	80.5	77.6	66.58	71.07	21.1	63.42	70.42
27	Sulsel	69.1	81.9	1.7	86.66	82.75	30.6	87.52	88.93
28	Sultra	64.1	63.4	61.3	74.03	74.21	25.4	73.9	79.01
29	Gorontalo	74.8	76.6	83	76.3	90.65	9.5	85.04	85.21
30	Sulbar	80	65.3	66.6	76.62	76.53	36.6	72.92	78.89
31	Maluku	70.6	50.8	65.6	73.69	47.35	35.7	47.16	62.51
32	Maluku Utara	77.2	69.1	53.4	62	49.93	39.8	69.82	80.41
33	Papua Barat	37.5	29.8	46.34	40.64	73.81	37.5	47.3	32.46
34	Papua	56.8	25.3	18.3	42.02	41.65	28.8	24.36	49.12

Data Jumlah Unit Transfusi Darah Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	15	22	21	19	19			
2	Sumut	12	29	28	25	25			
3	Sumbar	9	17	18	16	17			
4	Riau	10	12	13	13	13			
5	Jambi	4	9	10	9	9			
6	Sumsel	12	16	17	16	17			
7	Bengkulu	6	9	10	9	9			
8	Lampung	13	11	13	11	11			
9	Bangka Belitung	5	8	8	8	7			
10	Kep. Riau	2	6	6	5	5			
11	DKI Jakarta	4	6	3	3	4			
12	Jawa Barat	18	26	26	25	24			
13	Jawa Tengah	33	37	36	36	36			
14	DI Yogyakarta	6	6	6	6	6			
15	Jatim	30	39	39	39	39			
16	Banten	4	7	7	7	7			
17	Bali	6	10	10	10	10			
18	NTB	10	7	8	7	7			
19	NTT	2	18	18	12	12			
20	Kalbar	6	13	13	12	12			
21	Kalteng	5	13	13	13	13			
22	Kalsel	11	13	13	12	12			
23	Kaltim	5	11	10	8	8			
24	Kaltara	1	4	4	4	4			
25	Sulut	2	9	9	7	7			
26	Sulteng	6	11	13	12	12			
27	Sulsel	18	26	25	19	19			
28	Sultra	1	11	9	8	10			
29	Gorontalo	2	6	7	5	5			
30	Sulbar	2	5	4	5	5			
31	Maluku	2	11	10	10	10			
32	Maluku Utara	3	9	8	8	7			
33	Papua Barat	0	10	10	9	9			
34	Papua	0	13	13	12	11			

Data Cakupan Kontrasepsi Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	50.7	55.41	54.2	55.5	53.49	76.26	75.99	76.21
2	Sumut	41.2	51.46	49.7	51.31	48.9	71.63	69.28	69.29
3	Sumbar	51.3	58.72	57.8	57.45	56.78	63.73	72.5	73.73
4	Riau	46.3	52.60	51.5	52.28	50.86	71.62	72.99	72.7
5	Jambi	64	69.68	68.8	69.37	67.1	78.09	78.49	80.28
6	Sumsel	61.3	66.86	66.6	66.8	66.51	77.65	76.13	77.18
7	Bengkulu	65.5	71.66	71.4	71.15	71.64	79.64	88.02	89.13
8	Lampung	62.1	69.19	68.9	69.15	68.3	71.93	71.14	70.75
9	Bangka Belitung	67.5	68.19	67.3	68.21	66.43	83.92	81.6	81.83
10	Kep. Riau	42.3	47.32	45.8	46.86	44.84	79.83	80.25	72.91
11	DKI Jakarta	64.87	57.29	56.9	57.29	55.07	67.46	79.51	80.56
12	Jawa Barat	59.1	66.46	66.9	66.48	66.42	74.88	74.56	73.18
13	Jawa Tengah	60.7	65.35	65.3	65.43	65.12	78.64	78.24	78.56
14	DI Yogyakarta	56.2	59.94	59.3	59.85	59.38	78.58	79.43	80.06
15	Jatim	63.8	65.10	64.8	65.69	64.6	76.83	76.68	75.82
16	Banten	57.2	65.47	64.6	65.63	64.93	72.82	71.26	68.76
17	Bali	54	67.50	67.3	67.73	67.09	80.98	81.12	83.59
18	NTB	58.2	63.23	62.6	63.27	62.07	74.75	73.21	74.07
19	NTT	39.9	38.72	38.2	38.68	37.86	63.24	61.1	59.69
20	Kalbar	58.4	61.29	59.5	61.24	59.35	70.86	70.82	72.06
21	Kalteng	64.3	70.17	66.8	70.38	66.61	78.14	77.91	76.47
22	Kalsel	67.9	70.21	69.9	70.14	69.7	76.99	78.48	79.23
23	Kaltim	51.4	56.04	55.8	55.43	55.12	69.07	71.48	71.94
24	Kaltara	45.3	51.80	49.9	55.43	49.87	69.07	71.48	71.94
25	Sulut	56.6	66.85	66.6	66.85	65.98	83.84	83.64	82.34
26	Sulteng	53.7	62.96	62.5	62.88	62.53	78.24	80.05	78.74
27	Sulsel	52.8	62.73	61.4	61.66	59.39	72.3	70.7	73.01
28	Sultra	48.3	56.09	53.1	55.87	52.74	71.55	74.89	75.15
29	Gorontalo	61.1	66.26	66	66.37	65.9	79.28	82.9	83.52
30	Sulbar	50.3	56.23	55.8	56.12	55.15	74.77	71.49	70.36
31	Maluku	33.9	39.78	39	39.78	39.07	69.19	66.87	66.27
32	Maluku Utara	46.6	52.64	52.4	52.4	51.95	87.03	75.51	68.5
33	Papua Barat	29.4	29.88	25.4	29.63	28.64	81.01	66.42	94.52
34	Papua	15.4	25.23	29.1	25.73	25.4	55.39	52.99	50.68

Data Jumlah PONED Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh							85	
2	Sumut							159	
3	Sumbar							103	
4	Riau							67	
5	Jambi							54	
6	Sumsel							11	
7	Bengkulu							54	
8	Lampung							85	
9	Bangka Belitung							17	
10	Kep. Riau							16	
11	DKI Jakarta							18	
12	Jawa Barat							231	
13	Jawa Tengah							293	
14	DI Yogyakarta							62	
15	Jatim							243	
16	Banten							72	
17	Bali							54	
18	NTB							61	
19	NTT							96	
20	Kalbar							33	
21	Kalteng							59	
22	Kalsel							45	
23	Kaltim							72	
24	Kaltara							9	
25	Sulut							87	
26	Sulteng							90	
27	Sulsel							152	
28	Sultra							73	
29	Gorontalo							24	
30	Sulbar							39	
31	Maluku							55	
32	Maluku Utara							36	
33	Papua Barat							21	
34	Papua							31	

Data Total Fertility Rate (TFR) Per Provinsi Selama 8 Tahun

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh	2.68	2.68	2.63	2.58	2.7	2.51		
2	Sumut	2.6	3.07	3.04	2.82	2.9	2.85		
3	Sumbar	2.6	2.75	2.68	2.51	2.5	2.01		
4	Riau	2.5	2.5	2.47	2.71	2.9	2.68		
5	Jambi	2.33	2.49	2.4	2.47	2.3	1.89		
6	Sumsel	2.38	2.27	2.74	2.32	2.6	2.66		
7	Bengkulu	2.3	2.44	2.39	2.34	2.3	1.99		
8	Lampung	2.29	2.81	2.63	2.37	2.3	1.84		
9	Bangka Belitung	2.49	2.31	2.3	2.25	2.3	2.27		
10	Kep. Riau	2.53	2.02	1.97	2.44	2.3	2.42		
11	DKI Jakarta	2.33	2.49	2.45	2.36	2.2	2.13		
12	Jawa Barat	2.3	2.55	2.52	2.49	2.4	2.04		
13	Jawa Tengah	2.09	2.27	2.23	2.4	2.3	2.25		
14	DI Yogyakarta	1.91	1.81	1.8	2.24	2.2	2.18		
15	Jatim	2.21	2.29	2.22	2.28	2.1	1.79		
16	Banten	2.43	2.48	2.37	2.25	2.3	2.04		
17	Bali	1.98	2.36	2.3	2.2	2.1	1.74		
18	NTB	2.76	2.9	2.84	2.65	2.5	2.49		
19	NTT	2.97	3.29	3.26	3.23	3.4	3.33		
20	Kalbar	2.4	2.6	2.49	2.43	2.7	2.46		
21	Kalteng	2.31	2.24	2.24	2.29	2.5	2.81		
22	Kalsel	2.37	2.5	2.47	2.55	2.4	2.52		
23	Kaltim	2.51	2.56	2.47	2.29	2.7	2.59		
24	Kaltara	2.66	2.9	2.87	2.73	2.8	2.64		
25	Sulut	2.07	2.56	2.54	2.38	2.2	2.51		
26	Sulteng	2.43	2.67	2.61	2.56	2.7	1.02		
27	Sulsel	2.29	2.78	2.74	2.62	2.4	2.34		
28	Sultra	2.71	2.92	2.89	2.38	2.8	2.54		
29	Gorontalo	2.4	2.36	2.33	2.46	2.5	2.27		
30	Sulbar	2.69	2.67	2.62	2.93	2.7	2.52		
31	Maluku	2.96	3.16	3.1	2.54	3.3	3.26		
32	Maluku Utara	2.66	2.83	2.8	2.74	2.9	2.92		
33	Papua Barat	2.66	2.69	2.94	2.76	3.2	2.16		
34	Papua	3.07	3.15	2.81	2.96	3.3	2.89		

**Data Persentase Kehamilan Tidak
Diinginkan (KTD) Per Provinsi Selama Tahun**

No	Provinsi	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	Aceh			11.5	15.6				
2	Sumut			22.2	35.1				
3	Sumbar			11.6	11.7				
4	Riau			12.5	19.5				
5	Jambi			14.8	16.5				
6	Sumsel			9.9	10.4				
7	Bengkulu			19.5	8.7				
8	Lampung			16.4	15.6				
9	Bangka Belitung			29.9	21.8				
10	Kep. Riau			12.5	19.6				
11	DKI Jakarta			26	34.1				
12	Jawa Barat			20.6	19.2				
13	Jawa Tengah			16.9	19.8				
14	DI Yogyakarta			24.1	26.1				
15	Jatim			14.4	15.3				
16	Banten			13.6	30				
17	Bali			17.6	21				
18	NTB			10.4	12				
19	NTT			18	18.9				
20	Kalbar			23.4	16.1				
21	Kalteng			19.8	7.1				
22	Kalsel			18.7	16.4				
23	Kaltim			23.5	22.2				
24	Kaltara			10.9	10				
25	Sulut			18.9	15.5				
26	Sulteng			9.3	12.1				
27	Sulsel			16.3	21.4				
28	Sultra			16.9	18.5				
29	Gorontalo			18.1	12.7				
30	Sulbar			15.4	13				
31	Maluku			20.5	26.3				
32	Maluku Utara			15.5	17.7				
33	Papua Barat			20.8	32.7				
34	Papua			11.7	37.6				