



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DETERMINAN PEMANFAATAN PERTOLONGAN  
PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN DI  
PUSKESMAS CIJERUK KABUPATEN BOGOR  
TAHUN 2012**

**T E S I S**

**KHAERUDIN  
1006799092**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DETERMINAN PEMANFAATAN PERTOLONGAN  
PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN DI  
PUSKESMAS CIJERUK KABUPATEN  
BOGOR TAHUN 2012**

**T E S I S**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**KHAERUDIN  
1006799092**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN  
DEPOK  
JULI, 2012**

**Universitas Indonesia**

Determinan pemanfaatan..., Khaerudin, FKM UI, 2012.

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Khaerudin**

**NPM : 1006799092**

**Tanda tangan :** 

**Tanggal : 09 Juli 2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis yang diajukan oleh:

Nama : Khaerudin

NPM : 1006799092

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

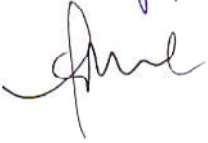
Judul : *Determinan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012*

**Ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Suprijanto Rijadi, MPA.,PhD. (  )

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes. (  )

Penguji : dr. Fusia Meidiawaty, MH.Kes. (  )





## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya,

Jakarta, 9 Juli 2012



**Khaerudin**



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Khaerudin  
NPM : 1006799092  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Kebijakan dan Hukum Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalty Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**DETERMINAN PEMANFAATAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH  
TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS CIJERUK KABUPATEN  
BOGOR TAHUN 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalty ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 09 Juli 2012

Yang menyatakan,



( Khaerudin )

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan KaruniaNya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul : *Determinan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012*. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam proses penyusunan tesis ini, penulis mendapatkan arahan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

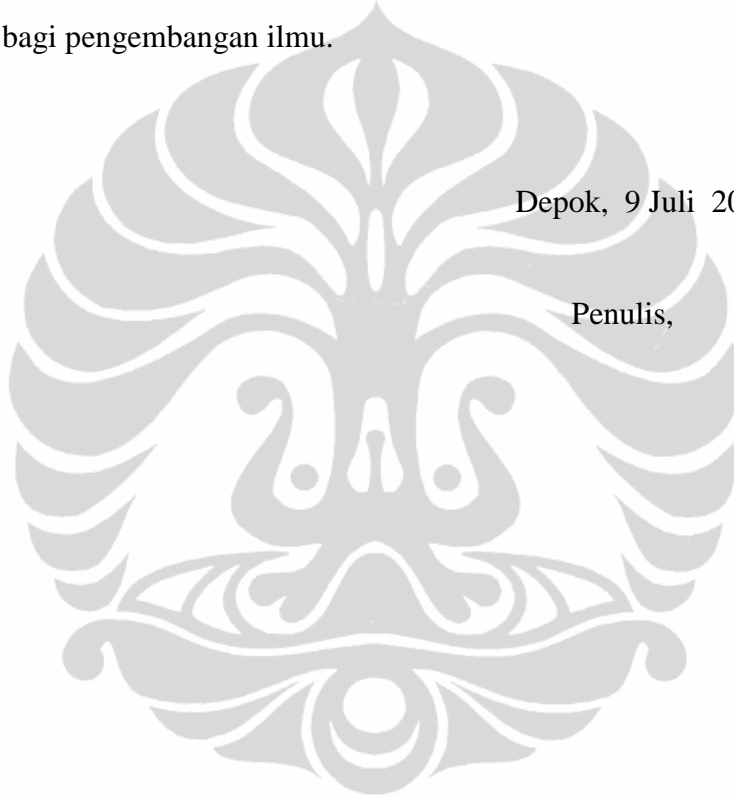
1. Bapak Bambang Wispriyono drs.,Apt., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,
2. Bapak dr. Suprijanto Rijadi, MPA., PhD. Selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang telah memberikan ijin dan akses data untuk kepentingan penelitian;
4. Kepala Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Bogor yang telah memberikan ijin penelitian;
5. Kepala UPT Puskesmas Cijeruk beserta jajarannya yang telah memberikan akses data dan informasi serta membantu dalam proses penelitian;
6. Seluruh staf akademik dan non akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas dan dukungan demi kelancaran tesis ini;
7. Para kader kesehatan beserta masyarakat di Kecamatan Cijeruk yang telah berpartisipasi dalam kegiatan penelitian;
8. Keluarga yang selalu memberikan semangat dan dukungan tiada henti selama penyusunan tesis ini;

9. Segecap sahabat peminatan kebijakan dan hukum kesehatan dengan semangat kebersamaan senantiasa memberikan dukungan sehingga tesis ini dapat selesai pada waktunya;
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 9 Juli 2012

Penulis,



## ABSTRAK

Nama : Khaerudin  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Determinan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi. Sebagian besar terjadi selama melahirkan dan periode postpartum langsung dengan penyebab utama akibat komplikasi obstetrik. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan telah dikaitkan dengan upaya menurunkan angka kematian ibu, pemanfaatan pelayanan ini masih relatif rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi determinan pemanfaatan pelayanan berdasarkan karakteristik individu. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dengan data primer yang dikumpulkan melalui penyebaran angket kepada 203 responden. Hasilnya menunjukkan ada hubungan antara pendapatan keluarga, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Sikap merupakan determinan paling dominan terhadap pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ( $p=0,000$  OR=19,292 CI 95%=8,337–44,644). Sedangkan umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan tidak teridentifikasi berhubungan secara signifikan. Disarankan kepada pihak puskesmas untuk meningkatkan koordinasi dengan berbagai pihak terkait, mengintegrasikan program kesehatan ibu dengan program lain, melibatkan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, dan menyebarkan informasi pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sikap, persepsi.

## ABSTRACT

Name : Khaerudin  
Study Program : Public Health Sciences  
Thesis Title : Determinants of Delivery Assistance by Health  
Professional at Cijeruk Health Center Bogor

Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia is still quite high. Mostly occurred during delivery and immediate postpartum period due to the major cause of obstetric complications. Delivery assistance by health professionals has been associated with reducing maternal mortality effort, this service utilization is still relatively low. The aim of this study is to identify the determinants of health service utilization based on individual characteristics. Cross sectional approach was used with primary data that is collected by spread out the questionnaire to 203 respondents with . The results showed that there is a relationship between family income, attitudes toward health care and perceptions to the need of health service with the utilization of delivery assistance by health professionals. Attitude is the most dominant determinant of delivery assistance by health professional ( $p = 0.000$  OR = 19.292 95% CI = 8.337 to 44.644). As for age, education level, occupation, property insurance, the perception of distance and travel time to health facilities was not significantly associated. The recommendation for the Cijeruk Health centre is to enhance coordination with relevant stakeholders, integrating maternal health program with other programs, involving the community in identifying health problems, and disseminate important information delivery assistance by health professionals.

Keywords: Delivery assistance by health personnel, attitudes, perceptions.

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b>	
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA</b> .....	iii
<b>ABSTRAK BAHASA INGGRIS</b> .....	iv
<b>DAFTAR ISI</b> .....	v
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	viii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	ix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.5. Manfaat Penelitian.....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Kematian Maternal.....	9
2.2. Determinan Kematian Ibu.....	9
2.3. Strategi Menurunkan Kematian Ibu.....	11
2.4. Upaya Kesehatan.....	13
2.5. Peran Bidan.....	20
2.6. Keluarga.....	21
2.7. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	21
2.8. Hasil Penelitian terkait Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan...	30
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS</b>	
3.1. Kerangka teoritis.....	37
3.2. Kerangka Konsep.....	39
3.2. Definisi Operasional.....	40
3.3. Hipotesis.....	42
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1. Jenis Penelitian.....	44
4.2. Lokasi dan waktu Penelitian.....	44
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	45
4.4. Teknik Pengumpulan Data.....	46
4.5. Manajemen Data.....	49
4.6. Analisa Data.....	49

<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Gambaran Umum lokasi penelitian.....	
5.2. Hasil Analisis Univariat.....	51
5.3. Hasil Analisis Bivariat.....	54
5.4. Hasil Analisis Multivariat.....	61
	65
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	
6.2. Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan.....	74
6.3. Hubungan antara umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	75
6.4. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	77
6.5. Hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	78
6.6. Hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga Kesehatan.....	80
6.7. Hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	81
6.8. Hubungan antara sikap terhadap layanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	83
6.9. Hubungan antara persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	84
6.10. Hubungan antara persepsi jarak tempuh dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.....	85
6.11. Hubungan antara persepsi waktu tempuh dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan....	86
6.12. Model Pemanfaatan pelayanan Maternal Di Kecamatan Cijeruk.....	88
6.13. Implikasi Kebijakan.....	88
	89
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1. Kesimpulan.....	
7.2. Saran.....	92
	93
<b>DAFTAR REFFERENSI.....</b>	
<b>LAMPIRAN LAMPIRAN.....</b>	95



## DAFTAR GAMBAR SKEMA

Gambar 2.1 : Bagan Skematis dari Model Rosenstock.....	23
Gambar 2.2 : Model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan.....	24
Gambar 3.1 : Bagan Kerangka teoritis .....	32
Gambar 3.2 : Bagan Kerangka Konsep.....	33

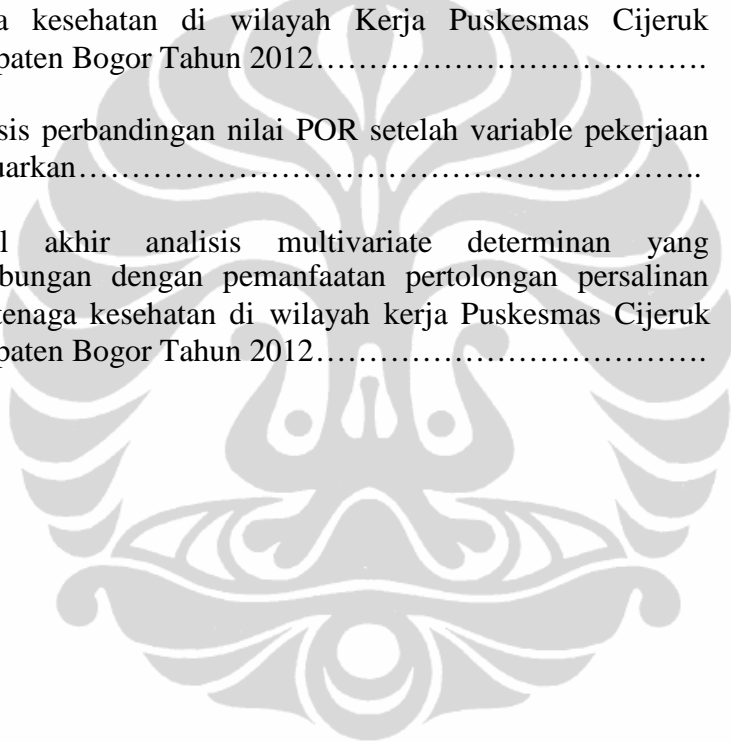


## DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Hal
5.1.	Pencapaian Program KIAUPT Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	45
5.2.	Distribusi responden menurut pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	46
5.3.	Distribusi responden menurut penolong persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	46
5.4.	Distribusi responden menurut tempat melahirkan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	47
5.5.	Distribusi responden menurut karakteristik pemungkin di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	47
5.6.	Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	48
5.7.	Gambaran sikap responden terhadap pelayanan kesehatan maternal Di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	49
5.8	Distribusi responden menurut karakteristik pendukung di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	50
5.9	Distribusi responden menurut lokasi fasilitas kesehatan terdekat dari rumah di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	51
5.10	Distribusi responden menurut persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan di wilayah kerja puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	51
5.11	Gambaran persepsi responden tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan ( <i>need</i> ) Di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	52

5.12	Ditistribusi responden menurut pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik pemungkin di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	53
5.13	Distribusi responden menurut pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik pendukung di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	55
5.14	Distribusi responden menurut pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik need di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012.....	56
5.15	Model multivariat regresi logistik antara usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jaminan kesehatan, persepsi jarak, persepsi waktu, sikap, persepsi terhadap kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	57
5.16	Model dasar analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	58
5.17	Model 1 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	58
5.18	Analisis perbandingan nilai POR setelah variable jamkes dikeluarkan.....	59
5.19	Model 2 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	59
5.20	Analisis perbandingan nilai POR setelah variable pendapatan dikeluarkan.....	60
5.21	Model 3 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	60

5.22	Analisis perbandingan nilai POR setelah variable umur dikeluarkan.....	61
5.23	Model 4 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	61
5.24	Analisis perbandingan nilai POR setelah variable pendidikan dikeluarkan.....	62
5.25	Model 5 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	62
5.26	Analisis perbandingan nilai POR setelah variable pekerjaan dikeluarkan.....	63
5.27	Model akhir analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012.....	63



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner penelitian
- Lampiran 2 : Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel sikap dan persepsi
- Lampiran 3 : Surat izin penelitian dari Kepala Kesbangpol dan Linmas  
Kabupaten Bogor.
- Lampiran 4 : Surat izin penelitian dari Kepala Dinas kesehatan Kabupaten Bogor
- Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kematian ibu (*Maternal Mortality*) adalah “*Kematian seorang perempuan yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan*”. Kematian ibu bukan saja menggambarkan derajat kesehatan masyarakat suatu bangsa akan tetapi juga menyangkut keberhasilan pembangunan sektor kesehatan (Kemkes, 2010).

Sampai saat ini kematian ibu di Indonesia masih merupakan masalah yang sangat krusial, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2007 menyebutkan bahwa angka kematian ibu (AKI) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (Kemkes, 2010). Sedangkan laporan rutin Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Tahun 2010 dan koreksi jumlah kematian ibu dengan AKI menurut SDKI 2007, menyebutkan estimasi jumlah kematian ibu menurut provinsi di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan mencapai 11.534 orang. Sekitar 19,8persen (2.280) diantaranya terjadi di Provinsi Jawa Barat, dimana jumlah ini sekaligus menempatkan Jawa Barat sebagai Provinsi dengan AKI tertinggi Nasional, diikuti Jawa Tengah (15,3%), NTT (5,6%), Banten (4,7%), dan Jawa Timur (4,3%) (Hernawati, 2011).

Sebagian besar kematian ibu terjadi selama melahirkan dan periode postpartum langsung, dengan penyebab utama akibat komplikasi obstetrik seperti perdarahan, sepsis, partus lama dan gangguan pada saat melahirkan, gangguan hipertensi dan komplikasi aborsi (Chowdhury, 2009). Di Indonesia, sekitar 28 persen kematian ibu disebabkan karena perdarahan, 13 persen eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah

tinggi saat kehamilan, 9 persen partus lama, 11 persen komplikasi aborsi, dan 10 persen akibat infeksi (Depkes, 2010b; UNDP, 2005). Sedangkan di Kabupaten Bogor teridentifikasi dari 74 kasus kematian ibu pada tahun 2010, 40 persen diantaranya disebabkan karena perdarahan, 21,6 persen akibat preeklampsia, 1,5 persen akibat infeksi dan sekitar 36,48 persen karena faktor lain lain (Depkes, 2010a).

Risiko kematian ini dapat diperparah oleh adanya anemia dan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis (TB), hepatitis, dan HIV/AIDS. Disamping itu kekurangan energi kronik (KEK), tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, dan akses terhadap sarana kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu (Depkes, 2010b; UNDP, 2005). Tingginya kasus kematian ibu diidentifikasi pula sebagai akibat tidak langsung dari kondisi “tiga terlambat” yaitu ; terlambat dalam mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat mencapai tempat pelayanan, dan terlambat mendapat pertolongan medis yang memadai (Depkes, 2008a; Dinkes, 2010).

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan di fasilitas kesehatan telah dikaitkan dengan kebijakan program pelayanan kesehatan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu. Bahkan menjadi salah satu pesan kunci Making Pregnancy Safer dalam upaya mempercepat penurunannya (Depkes, 2008b; Indonesia, 2009a, 2009b). Para ahli kesehatan ibu sepakat bahwa kehadiran tenaga kesehatan selama persalinan dan periode awal postpartum, merupakan kunci yang penting untuk mengurangi kematian ibu. Persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih terbukti mengurangi risiko kematian ibu (WHO, 2008).

Beberapa negara seperti Jepang, Mesir, Srilangka, Malaysia, bahkan Mongolia telah berhasil menurunkan angka kematian maternal secara

signifikan dalam waktu yang relatif singkat. Salah satu strategi yang dikembangkan adalah melalui peningkatan pelayanan antenatal dan petolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Bank, 2009; Graham, 2008; Jasvindar, 2011; Samuel Mills & Shreelata Rao Seshadri, 2009). Kehadiran tenaga kesehatan dalam persalinan secara luas dianggap sebagai salah satu strategi intervensi yang paling penting dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu di negara dengan sumberdaya rendah (Meda et al., 2008).

Di banyak negara berkembang, mayoritas persalinan terjadi tanpa bantuan seorang tenaga kesehatan terlatih (bidan, perawat dilatih sebagai bidan, atau dokter). Persalinan masih terjadi di rumah dan bukan di fasilitas kesehatan (Anna M van Eijk, 2006). Di Indonesia, secara Nasional pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan cakupannya sudah mencapai 82,3 persen, namun demikian angka ini masih berada di bawah target yang ditetapkan yakni sebesar 85 persen. Disamping itu baru 59,4 persen perempuan usia reproduktif memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk persalinan, bahkan di beberapa provinsi pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk persalinan masih sangat rendah (Depkes, 2010b).

Hasil pencapaian program kesehatan ibu dan anak (KIA) di Kabupaten Bogor selama lima tahun terakhir berfluktuasi namun cenderung stabil, kondisi terakhir untuk upaya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan cakupannya sudah mencapai 80,4 persen. Pencapaian ini masih dibawah target SPM yang ditetapkan sebesar 85,0 persen dan Target Indikator Indonesia sehat 2010 (90,0%), walau demikian telah terjadi peningkatan 10,2 persen dari tahun sebelumnya. Sedangkan laporan tahunan Puskesmas Cijeruk menunjukkan bahwa cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan hanya mencapai 68,0 persen serta masih ada sekitar 20,6 persen persalinan oleh paraji. Secara umum pencapaian cakupan pelayanan kesehatan ibu di wilayah ini relatif masih di bawah target yang ditetapkan (Dinkes, 2010)



Rendahnya cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Cijeruk mengindikasikan bahwa tingkat pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah tersebut masih rendah. Menurut keterangan pihak Puskesmas Cijeruk kondisi ini terkait dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat tentang persalinan oleh tenaga kesehatan. Disisi lain tingkat kepercayaan untuk melakukan persalinan oleh paraji masih tinggi. Keadaan tersebut juga diidentifikasi akibat terbatasnya sumberdaya yang ada, rendahnya peran serta masyarakat serta faktor budaya dan perilaku masyarakat.

Beberapa penelitian terkait menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan serta persepsi tentang sakit merupakan faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Yuswandi, 2006). Hasil penelitian lain menemukan bahwa dengan semakin meningkatnya pengetahuan ibu, akan ada kecenderungan pula untuk memanfaatkan tenaga kesehatan dalam pertolongan persalinan (Agustina, 2011; Rosmini, 2002). Pemanfaatan pelayanan kesehatan sering dikaitkan dengan sumberdaya yang ada di keluarga maupun di masyarakat, hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan (Rosmini, 2002). Wanita yang tidak diasuransikan menghadapi hambatan yang lebih besar dan pemanfaatan layanan yang lebih sedikit, terutama layanan pencegahan, daripada wanita dengan cakupan asuransi baik asuransi pemerintah maupun swasta (Almeida, Dubai, & Ko, 2001). Mahalnya biaya transportasi untuk mencapai pelayanan seringkali dikaitkan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Elfemi, 2003; Sabardianto, 2008). Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan juga berhubungan dengan jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan (Depkes, 2007; Rosmini, 2002; Yuswandi, 2006), walaupun jarak tempuh dan kemudahan ke sarana kesehatan tidak selalu dapat menerangkan kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu secara bermakna (Eryando, 2006; Kristianti, 2008).

Beberapa hasil penelitian tersebut di atas mengidentifikasi berbagai determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan, akan tetapi bervariasinya permasalahan pemanfaatan pelayanan kesehatan diberbagai situasi masyarakat menyebabkan hasil penelitian di suatu daerah tidak selalu dapat diterapkan di daerah lain dengan latar belakang dan karakteristik yang berbeda. Dalam konteks Wilayah Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor, oleh karena belum adanya penelitian tentang determinan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan maka kajian tentang hal tersebut menjadi penting dilakukan. Dengan harapan melalui kajian ini diperoleh gambaran yang operasional bagi pengambil keputusan untuk menentukan arah intervensi dan tindakan yang terfokus dan sinergik sebagai upaya untuk meningkatkan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, khususnya dikalangan masyarakat Cijeruk.

Penelitian ini pada prinsipnya untuk memberikan informasi tentang karakteristik individu sebagai determinan atau faktor penentu pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Meskipun kondisi Kecamatan Cijeruk secara spesifik tidak dapat mewakili seluruh wilayah Kabupaten Bogor, namun metode analisis pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat menjadi gambaran untuk kecamatan lain di Kabupaten Bogor. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada dasarnya dapat menjadi cerminan keberhasilan program pelayanan kesehatan ibu, karena tuntutan dan kebutuhan pelayanannya bersifat universal.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) ditargetkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat mencapai 85,0 persen, bahkan Puskesmas Cijeruk telah menargetkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 86,25 persen. Sampai saat ini pencapaiannya baru tercapai 68,0 persen. Belum

tercapainya cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan target yang diharapkan mengindikasikan bahwa pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah tersebut relatif masih rendah. Kondisi ini tentunya akan berdampak pada keberhasilan program pencegahan dan penanganan risiko yang ditimbulkan terkait persalinan yang diidentifikasi sebagai penyebab langsung kematian ibu. Mengidentifikasi determinan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diperlukan sebagai upaya meningkatkan pemanfaatan pelayanan guna mempercepat penurunan angka kematian ibu sesuai Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs).

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1. Apakah karakteristik pemungkin, pendukung dan *need* (persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan) dari individu merupakan determinan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor?
- 1.3.2. Karakteristik manakah yang merupakan determinan paling dominan terhadap pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### 1.4.1. Tujuan Umum

Penelitian ini untuk bertujuan untuk mengidentifikasi pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berdasarkan karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan maternal), karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke pelayanan kesehatan), dan persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*Need*) di Wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor.

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

- 1.4.2.1. Diidentifikasinya hubungan antara umur ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor.
- 1.4.2.2. Diidentifikasinya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.3. Diidentifikasinya hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.4. Diidentifikasinya hubungan antara sikap ibu terhadap pelayanan kesehatan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.5. Diidentifikasinya hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.6. Diidentifikasinya hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor.
- 1.4.2.7. Diidentifikasinya hubungan antara persepsi jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.8. Diidentifikasinya hubungan antara persepsi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 1.4.2.9. Diidentifikasinya hubungan antara persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor

1.4.2.10. Diidentifikasinya determinan yang paling dominan terhadap pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor

### **1.5. Manfaat Penelitian**

- 1.5.1. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai *local evidence based* untuk penyusunan, pelaksanaan maupun evaluasi kebijakan bagi Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor dalam mencapai target cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 86,25 persen.
- 1.5.2. Hasil penelitian ini dapat memberikan wawasan keilmuan dan meningkatkan pemahaman peneliti tentang pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berikut determinannya.
- 1.5.3. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi untuk penelitian lebih lanjut terkait dengan kesehatan ibu.

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor pada bulan Mei 2012 ini bertujuan menganalisis determinan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, menggunakan data primer dengan rancangan *cross sectional*. Variabel dalam penelitian ini adalah pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan determinannya yang meliputi karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan), karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan) dan *need* (persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan).

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kematian Ibu**

*“Kematian ibu (Maternal Mortality) sebagaimana didefinisikan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, 1992 (ICD-10) adalah kematian seorang perempuan yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan” (Hogan et al., 2010; WHO, 2007)*

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitifitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan (Hogan, et al., 2010; Kemkes, 2010; WHO, 2007, 2010). AKI juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam Tujuan Pembangunan Millenium yaitu meningkatkan kesehatan ibu dengan target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai 75 persen resiko jumlah kematian (Bank, 2009; "Kemenkes Galakkan Kembali Program P4K Dan KIA," 2010; UNDP, 2005; WHO, 2010).

#### **2.2. Determinan Kematian Ibu**

Determinan kematian ibu adalah keadaan/hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung dari kematian ibu. Sebagian besar kematian terjadi selama melahirkan dan periode postpartum langsung. Penyebab utama kematian karena komplikasi obstetrik langsung seperti perdarahan, sepsis, partus lama dan gangguan pada saat melahirkan, gangguan hipertensi dan komplikasi aborsi (Hoope, 2005).

Hampir semua kematian ibu (99,0%) terjadi di negara berkembang dan berhubungan dengan kehamilan. Sebagian besar kematian disebabkan baik oleh komplikasi obstetrik langsung seperti perdarahan, sepsis, hipertensi kehamilan, obstruksi dan persalinan yang lama, dan aborsi tidak aman. Penyebab tidak langsung kematian maternal karena kondisi seperti malaria, HIV/AIDS dan penyakit jantung. Perdarahan dan hipertensi merupakan penyebab utama kematian di Asia Selatan dan Sub-Sahara Afrika, di mana sebagian besar kematian maternal terjadi. Hal ini berbeda dengan negara-negara maju, dimana penyebab langsung berkaitan dengan komplikasi *anaestesi* dan operasi *caesar*, ini mencerminkan kesenjangan global dalam akses ke pelayanan obstetrik (Donnay, 2007; Koblinsky, n.d; Koblinsky, Conroy, Kureshy, Stanton, & Jessop, 2000; Mesquita).

Determinan kematian ibu menurut Mc Carthy dan Maine (Maine, 1993) terbagi menjadi beberapa determinan, yakni: Determinan Proksi/dekat (*Proximate determinants*) yang meliputi: kejadian kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan (perdarahan, eklampsia, infeksi, dan partus lama). Determinan langsung/antara (*intermediate determinants*) yang meliputi: status kesehatan, status reproduksi (umur, paritas), akses terhadap pelayanan kesehatan (pemeriksaan kehamilan), perilaku kesehatan dan faktor tidak terduga misalnya kontraksi uterus yang tidak adekuat. Determinan tidak langsung (*distance determinants*) yang meliputi: status wanita dalam keluarga, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat.

Di Indonesia, penyebab kematian ibu adalah perdarahan (28,0%), eklampsia (13,0%), atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama (9,0%), komplikasi aborsi (11,0%), dan infeksi (10,0%). Risiko kematian ibu dapat diperparah oleh adanya anemia dan penyakit menular seperti Malaria, Tuberkulosis (TB), Hepatitis, dan HIV/AIDS. Faktor lain yang berkontribusi adalah Kekurangan Energi Kronik (KEK). Tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya,

dan akses terhadap sarana kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu. Situasi ini diidentifikasi sebagai “3 T” (terlambat). Pertama adalah terlambat deteksi bahaya dini selama kehamilan, persalinan, dan nifas, serta dalam mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal. Kedua, terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan karena kondisi geografis dan sulitnya transportasi. Ketiga, terlambat mendapat pelayanan kesehatan yang memadai di tempat rujukan (UNDP, 2005).

## **2.3. Strategi Menurunkan Kematian Ibu**

### **2.3.1. Strategi Global**

Strategi Global berusaha memperbaharui dan meningkatkan komitmen semua pihak terkait pembiayaan yang memadai dan kebijakan untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan anak-anak. Sebuah kebijakan yang menjadi konsensus pada Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD Kairo-, 1994, Konferensi Dunia Keempat tentang Perempuan (Beijing, 1995) dan Pernyataan WHO/UNFPA/UNICE/bersama oleh Bank Dunia) (*"It's all about safe motherhood,"* 2006; WHO, 2000). Komitmen tersebut akan mendukung elemen-elemen berikut untuk mempercepat kemajuan MDG 5 (WHO, 2010) :

#### **2.3.1.1. Pengembangan kemitraan**

Pengembangan kemitraan untuk mendukung pemerintah dalam mengimplementasikan peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.

#### **2.3.1.2. Integrasi paket pelayanan esensial yang komprehensif**

Perempuan dan anak-anak harus memiliki akses ke paket pelayanan terpadu termasuk keluarga berencana, antenatal, pelayanan persalinan oleh tenaga terampil, darurat obstetric dan perawatan bayi baru lahir, layanan aborsi yang aman (dimana aborsi tidak dilarang oleh hukum) dan layanan pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak.



#### 2.3.1.3. Penguatan sistem kesehatan

Pengembangan kemitraan untuk mendukung pemerintah dalam memperkuat sistem kesehatan untuk memberikan layanan berkualitas tinggi khususnya di masyarakat yang kurang terlayani.

#### 2.3.1.4. Pembangunan kapasitas tenaga kesehatan.

Pembangunan kemitraan dengan pemerintah untuk mengatasi kekurangan petugas kesehatan dengan menerapkan rencana nasional untuk melatih, mempertahankan dan menyebarkan petugas kesehatan.

#### 2.3.1.5. Riset yang terkoordinasi dan inovasi

Pengembangan kemitraan untuk mengembangkan dana dan memprioritaskan penerapan penelitian yang terkoordinasi dan inovatif bagi kesehatan perempuan dan anak.

### 2.3.2. Kebijakan dan Strategi Nasional

Kebijakan Pemerintah Indonesia dalam upaya menurunkan angka kematian ibu adalah dengan mendekatkan pelayanan obstetric sedekat mungkin kepada setiap ibu hamil sesuai dengan pendekatan *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang mempunyai tiga pesan kunci dengan strategi operasional yang dilaksanakan adalah sebagai berikut (Depkes, 2008; Indonesia, 2009a, 2009b):

#### 2.3.2.1. Penguatan puskesmas dan jaringannya

Menyediakan paket pelayanan kesehatan reproduksi (Kespro) esensial yang dapat menjangkau dan dijangkau seluruh masyarakat (*Universal access*), Mengintegrasikan pelayan kespro dengan pelayanan kesehatan lainnya (Gizi, penyakit menular dan tdk menular).

#### 2.3.2.2. Penguatan manajemen program dan sistem rujukannya, kerjasama dan kemitraan.

#### 2.3.2.3. Penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir.

### 2.3.3. Pesan Kunci *Making Pregnancy Safer* (MPS)

Tiga pesan kunci MPS adalah ; Persalinan bersih dan aman oleh tenaga terampil. Penanganan komplikasi kehamilan dan persalinan. Setiap kehamilan harus diinginkan dan tersedianya akses bagi penanganan

komplikasi abortus tidak aman. Sedangkan empat strategi MPS meliputi; peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi dan balita di tingkat dasar dan rujukan; membangun kemitraan yang efektif, mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat; meningkatkan sistem surveilan, pembiayaan, monitoring dan informasi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

## **2.4. Upaya Kesehatan**

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan (Kemkes, 2010). Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi. Diantara berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan adalah sebagai berikut (Depkes, 2009):

### **2.4.1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Seorang ibu mempunyai peran yang sangat besar di dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu yang sedang hamil dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungannya hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya. Kebijakan tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir secara khusus berhubungan dengan pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang diberikan disemua jenis fasilitas pelayanan kesehatan, dari posyandu sampai rumah sakit pemerintah maupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta (Depkes, 2009).

#### 2.4.2. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut :

- 2.4.2.1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan
- 2.4.2.2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
- 2.4.2.3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
- 2.4.2.4. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
- 2.4.2.5. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan.
- 2.4.2.6. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
- 2.4.2.7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
- 2.4.2.8. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

#### 2.4.3. Pelayanan Antenatal

Beberapa pendapat mengatakan bahwa pelayanan antenatal sangat penting untuk mendeteksi lebih dini komplikasi kehamilan. Selain itu, juga menjadi sarana edukasi bagi perempuan tentang kehamilan. Komponen penting pelayanan antenatal meliputi: skrining dan pengobatan anemia, malaria, dan penyakit menular seksual; deteksi dan penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema, dan preeklampsia; penyuluhan tentang komplikasi yang potensial, serta kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan. Wanita hamil, yang berpartisipasi dalam program penyuluhan antenatal melahirkan lebih mudah, efektif mulai menyusui dalam waktu setengah jam dan bertanggung jawab untuk perawatan bayi mereka. Calon orang

tua terbuka dan siap untuk mengumpulkan informasi selama periode ini dan bahkan dalam jangka pendek penyuluhan dapat menciptakan perubahan yang signifikan dalam perilaku yang diharapkan. Pendidikan antenatal/program penyuluhan mempersiapkan orang tua untuk kehamilan, persalinan dan periode postnatal. Hal ini sebaiknya dilakukan antara minggu 20 dan 30 kehamilan. Informasi yang disampaikan harus konsisten dan memenuhi kebutuhan pasangan (Coskun, Karakaya, & Yaser, 2009)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Pemeriksaan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar. Frekuensi pelayanan antenatal minimal empat kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan; minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, minimal dua kali pada triwulan ketiga. Standar waktu ini dianjurkan untuk menjamin risiko perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi (Depkes, 2009).

Akses pelayanan antenatal (cakupan K1), adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Rumus yang dipakai adalah :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh Tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4), adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga. Dengan indikator ini diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (Memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Rumus yang digunakan:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

#### 2.4.4. Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Tenaga kesehatan yang kompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn), adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar. Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten}}{\text{Di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}}$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung dengan menggunakan rumus: 1,05 x angka kelahiran kasar (CBR) x jumlah penduduk.

#### 2.4.5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai enam jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak tiga kali dengan ketentuan waktu: Kunjungan nifas pertama pada masa enam jam sampai dengan tiga hari setelah persalinan, kunjungan kedua dalam kurun waktu dua minggu setelah persalinan (8-14 hari), ketiga dalam waktu enam minggu setelah persalinan (36-42 hari).

Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3), adalah pelayanan kepada ibu pada masa enam jam sampai 42 hari pasca persalinan sesuai standar paling sedikit tiga kali. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

#### 2.4.6. Penanganan Komplikasi Kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 persen ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan

persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya oleh karena itu semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani.

Komplikasi kehamilan dan persalinan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/bayi (Depkes, 2008a). Komplikasi dalam kehamilan (*abortus*, *hiperemisis gravidarum*, perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), kehamilan lewat waktu, ketuban pecah dini). Komplikasi dalam persalinan (kelainan letak/presentasi janin partus macet/distocia, hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia/ eklampsia), perdarahan pasca persalinan, infeksi berat/sepsis, kontraksi dini/persalinan prematur, kehamilan ganda). Komplikasi dalam nifas (hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia/eklampsia), infeksi nifas, perdarahan nifas).

Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani, adalah perhitungan jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama: dihitung berdasarkan angka estimasi 20 persen dari total ibu hamil disatu wilayah pada kurun waktu yang sama. Sedangkan cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani adalah ibu dengan komplikasi kebidanan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Cara Perhitungan/rumus:

$$= \frac{\text{Jumlah komplikasi kebidanan yg mendapat penanganan definitif disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{jml ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

Pembilang, adalah jumlah komplikasi kebidanan disatu wilayah tertentu yang mendapat penanganan definitif pada kurun waktu tertentu. Penyebut, adalah jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan disatu

wilayah kerja pada kurun waktu yang sama. Ukuran konstanta, adalah persentase (%).

Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi tetap mempunyai resiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karena itu deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin merupakan kunci keberhasilan dalam menurunkan angka kematian ibu.

#### 2.4.6.1. Faktor risiko dalam kehamilan adalah :

- 1) Primigravida kurang dari 21 tahun atau lebih dari 35 tahun
- 2) Anak lebih dari 4
- 3) Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari dua tahun
- 4) Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan
- 5) Anemia dengan haemoglobin < 11 g/dl
- 6) Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.
- 7) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- 8) Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain TBC, kelainan jantung-hati-ginjal, psikosis, kelainan endokrin (*Diabetes*, *SLE*), tumor dan keganasan.
- 9) Riwayat kehamilan buruk, keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital.



- 10) Riwayat persalinan dengan komplikasi: persalinan dengan *suction*, *ekstraksi vacuum/forceps*.
- 11) Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, psikosis post partum (*post partum blues*).
- 12) Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi, dan riwayat cacat kongenital.
- 13) Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster.
- 14) Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

#### 2.4.6.2. Komplikasi pada ibu hamil bersalin, dan nifas :

- 1) Ketuban pecah dini
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Hypertensi dalam kehamilan (HDK), tekanan darah tinggi sistolik > 140 mmHg, diastolic > 90 mmHg, dengan atau tanpa edema pretibial.
- 4) Ancaman persalinan prematur.
- 5) Infeksi berat dalam kehamilan: demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis.
- 6) Distocia : persalinan macet, persalinan tak maju
- 7) Infeksi masa nifas.

## 2.5. Peran Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktek kebidanan.. Bidan adalah tenaga profesional yang bertanggungjawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan, dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada

ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan (Depkes, 2007).

## 2.6. Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana setiap individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Menurut Friedman struktur keluarga terdiri atas :

### 2.6.1. Pola dan proses komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan fungsional apabila dilakukan secara terbuka, jujur, melibatkan emosi, menyelesaikan konflik keluarga, berpikiran positif, dan tidak mengulang isu atau pendapat sendiri.

### 2.6.2. Struktur peran

Serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Jadi, struktur peran bisa bersifat formal atau informal.

### 2.6.3. Struktur kekuatan dan nilai

Kemampuan dari individu untuk mengontrol, mempengaruhi atau merubah perilaku orang lain ke arah positif. Tipe struktur kekuatan : hak (*legitimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*expert power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*), dan afektif power.

### 2.6.4. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap atau keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang baik atau diterima pada lingkungan sosial atau masyarakat.

## 2.7. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pada prinsipnya ada dua kategori pelayanan kesehatan, berorientasi pada publik (Masyarakat) dan berorientasi pada perorangan (Pribadi). Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik dari pada ke arah individu-individu yang khusus. Sedangkan pelayanan kesehatan pribadi diarahkan langsung kearah individu. Dengan demikian

pemanfaatan pelayanan kesehatan yang akan dibahas lebih lanjut dikaitkan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pribadi (Notoatmodjo, 2007).

### 2.7.1. Kerangka Kerja Anderson dan Newman

Anderson dan Newman (1973) dalam (Notoatmodjo, 2007) membuat suatu kerangka kerja teoretis untuk pengukuran pemanfaatan pelayanan kesehatan pribadi. Terdapat tiga dimensi dari kepentingan utama dalam pengukuran dan penentuan pelayanan kesehatan, yaitu tipe, tujuan/maksud, dan unit analisis.

#### 2.7.1.1. Tipe

Digunakan untuk memisahkan berbagai pelayanan kesehatan antara satu dengan lainnya. Ada perbedaan kecenderungan-kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan (seperti rumah sakit, dokter gigi, perawatan dirumah dan lain-lain. Penemuan riset menunjukkan bahwa faktor-faktor penentu (determinan) individual bervariasi agak besar untuk pemanfaatan tipe-tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan.

#### 2.7.1.2. Tujuan

Terdapat empat perbedaan dari perawatan : I *Primary*, II *Secondary*, III *Tertiary*, dan IV *custodial*. Perawatan I dikaitkan dengan perawatan pencegahan (*preventive care*). Perawatan II dikaitkan dengan perawatan perbaikan (pengembalian individu ke tingkat semula dari fungsionalnya). Perawatan III dikaitkan dengan stabilitas dari kondisi yang memperhatikan penyakit jangka panjang. Perawatan IV dikaitkan semata mata dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.

#### 2.7.1.3. Unit analisis

Unit analisis merupakan dimensi ke-3 dalam rangka kerja Anderson dan Newman yang mendukung tiga perbedaan diantara unit-unit analisis, yaitu : kontak, volume, episode. Karena jumlah kontak, episode, dan volume layanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh faktor-faktor yang berbeda, maka pengukuran penggunaan layanan kesehatan

akan membuat suatu perbedaan di antara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

### 2.7.2. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Selama tiga dekade yang lalu, sejumlah besar riset telah dilakukan kedalam faktor-faktor penentu (*determinant*) pemanfaatan pelayanan kesehatan, kebanyakan dari riset inilah model-model pemanfaatan pelayanan kesehatan dikembangkan. Model pemanfaatan pelayanan kesehatan ini dapat membantu/memenuhi satu atau lebih tujuan berikut: untuk melukiskan hubungan kedua belah pihak antara faktor penentu dari pemanfaatan pelayanan kesehatan, meringankan peramalan kebutuhan masa depan pelayanan kesehatan, menentukan ada/tidaknya pelayanan dari pemakaian pelayanan kesehatan yang berat sebelah, menyarankan cara cara memanipulasi kebijakan yang berhubungan dengan variabel-variabel perubahan-perubahan yang diinginkan. Berbagai pendekatan yang di pakai dalam penelitian pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut jenisnya dibedakan kedalam tujuh kategori yang didasarkan pada tipe-tipe variabel yang digunakan sebagai determinan-determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Anderson dan Anderson, 1979) dalam (Notoatmodjo, 2007).

#### 2.7.2.1. Model Demografi

Dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel-variabel ini digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator fisiologis yang berbeda, dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyak akan berhubungan dengan variabel tersebut.

#### 2.7.2.2. Model Struktur Sosial (*Social Structure Models*)

Di dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Hal ini mengingatkan akan berbagai gaya kehidupan yang diperlihatkan oleh individu individu dan keluarga dari kedudukan sosial tertentu. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup ini, yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis. Individu-individu yang berbeda suku bangsa, pekerjaan, atau tingkat pendidikan mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatan mereka. Pendekatan struktur sosial didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial yang berbeda akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula.

#### 2.7.2.3. Model Sosial Psikologis (*Psychological Models*)

Dalam model tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Variabel sosiopsikologis umumnya terdiri dari empat kategori :

- 1) Pengertian kerentanan terhadap penyakit.
- 2) Pengertian keseriusan dari penyakit.
- 3) Keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan dalam menghadapi penyakit.
- 4) Kesiapan tindakan individu.

Masalah utama dengan model ini adalah menganggap suatu mata rantai penyebab langsung antara sikap dan perilaku yang belum dapat dijelaskan.

#### 2.7.2.4. Model Sumberdaya Keluarga (*Family Resource Models*)

Dalam model ini variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan

sebagainya. Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Model ini menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya (model ekonomis).

#### 2.7.2.5. Model Sumberdaya Masyarakat (*Community Resource Models*)

Pada model ini, tipe model yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber lain di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber sumber di dalam masyarakat. Model sumberdaya masyarakat selanjutnya adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat. Dengan demikian model ini memindahkan pelayanan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

#### 2.7.2.6. Model Organisme (*Organization Models*)

Dalam model ini variable yang dipakai adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah :

- 1) Gaya (*style*) praktik pengobatan (sendiri, rekanan, atau grup)
- 2) Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- 3) Letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

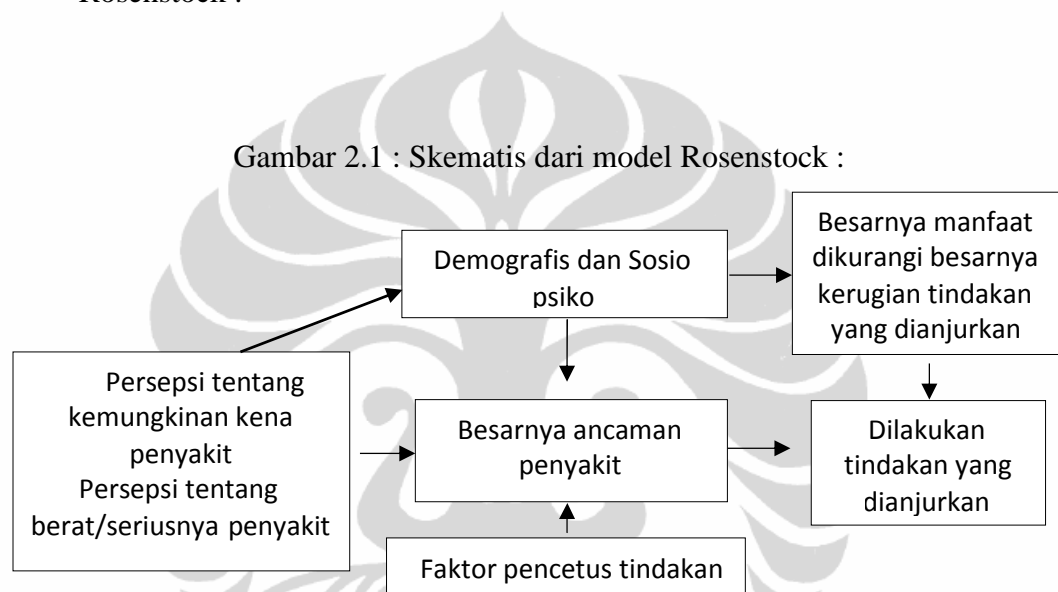
#### 2.7.2.7. Model Kepercayaan Kesehatan (*The Health Belief Models*)

Model “Kepercayaan Kesehatan” Rosenstock (1982) dalam (Sarwono, 2004), mempercayai bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa mempedulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Sangatlah penting untuk

membedakan antara hubungan kesehatan obyektif dan yang subyektif. Kebutuhan kesehatan yang obyektif ialah yang diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaiannya secara profesional, yaitu adanya gejala yang dapat mengganggu/membahayakan kesehatan individu. Sebaliknya individu menentukan sendiri apakah dirinya mengandung penyakit, berdasarkan perasaan dan penilaian sendiri. Pendapat/kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, namun dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat oleh orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subyektif inilah yang justru merupakan kunci dari dilakukannya (atau dihindarinya) suatu tindakan kesehatan. Artinya, individu itu baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, maka ia tidak akan melakukan tindakan apa apa.

Model kepercayaan ini mencakup lima unsur utama. Pertama adalah persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*). Mereka yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam. Unsur yang kedua adalah pandangan individu tentang beratnya penyakit (*perceived seriousness*). Yaitu risiko dan kesulitan apa yang akan dialami dari penyakit itu. Makin berat risiko suatu penyakit dan makin besar kemungkinannya bahwa individu itu terserang penyakit tersebut, makin dirasakan besar ancamannya (*perceived threats*). Ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Namun ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut yang justru dapat menghambatnya untuk melakukan tindakan. Guna mengurangi ancaman tersebut ditawarkanlah suatu alternatif tindakan oleh petugas kesehatan. Individu akan mempertimbangkan, apakah alternatif tindakan itu memang dapat mengurangi ancaman penyakit dan akibatnya yang merugikan. Namun sebaliknya, konsekuensi negatif dari tindakan yang dianjurkan itu (biaya mahal, rasa malu, takut, akan rasa

sakit, dsb) seringkali menimbulkan keinginan individu untuk justru menghindari alternatif yang dianjurkan petugas kesehatan. Ini menunjukkan *perceived benefits and barriers* dari tindakan yang dianjurkan. Untuk akhirnya memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut, diperlukan satu unsur lagi yaitu faktor pencetus (*cues to action*) yang dapat datang dari dalam diri individu atau dari luar (nasehat). Berikut adalah gambar skematis dari model Rosenstock :



Sumber : Rosenstock, 1982

#### 2.7.2.8. Model Andersen (Andersen, 1974)

Model perilaku original Andersen diciptakan untuk membantu dalam investigasi perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan di antara keluarga. Anderson beranggapan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari seperangkat faktor yang secara kompleks saling terkait. Model perilaku memberikan dasar teoritis untuk pendekatan ini. Andersen membangun model perilaku dari variabel ekonomi, sosial, dan biologis, menggunakan unsur-unsur lain yang sudah ada teorinya, termasuk versi awal model kepercayaan kesehatan. Ia mengusulkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dihasilkan dari



perilaku keluarga, yang tergantung pada kombinasi dari komponen *predisposing*, *enabling*, dan komponen *need*.

Model penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan Andersen sering disebut sebagai model penentu siklus kehidupan (*life cycle determinants model*) atau model perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan (*behaviour model of health services utilization*). Model ini mengemukakan tentang karakteristik yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan, karakteristik dimaksud adalah :

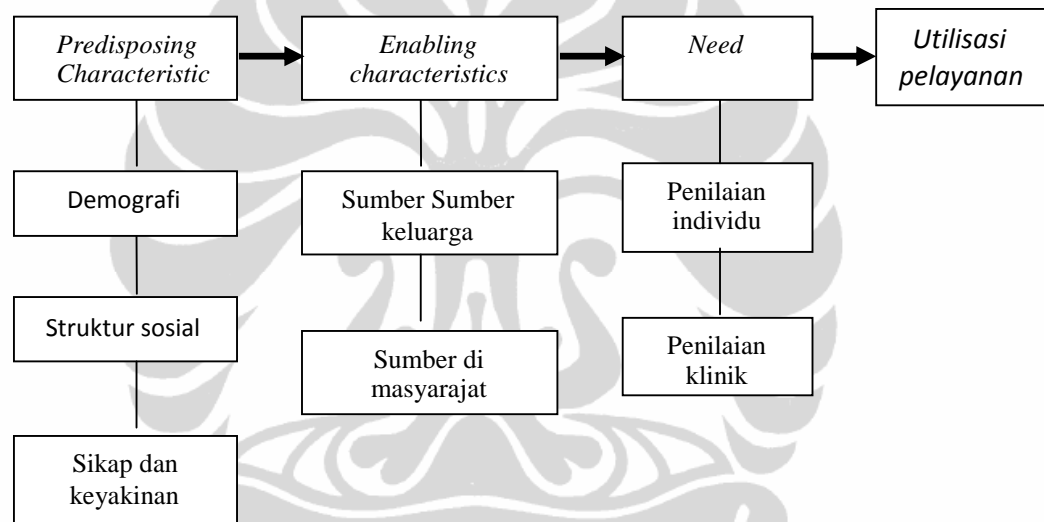
- 1) Karakteristik pemungkin (*predisposing characteristics*), karakteristik pemungkin menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang digolongkan atas: Ciri demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga), struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan), sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.
- 2) Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*), karakteristik pendukung menjelaskan bahwa meskipun individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak akan bertindak menggunakannya kecuali mampu memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Yang termasuk karakteristik ini adalah : Sumber keluarga (*family resources*) (pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak – pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan), sumberdaya masyarakat (*community resources*), yang meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber-sumber yang ada didalam masyarakat.
- 3) *Need*, faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan

stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan menjadi : Kebutuhan yang dirasakan (*Perceived need*) yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan, dan *valuate/clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

Gambar di bawah ini menjelaskan skematik model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan :

Gambar 2.2 :

Model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan Andersen (1974)



Karakteristik *predisposing*, *enabling*, dan *need* menjelaskan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik secara independen maupun saling berhubungan dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya yang lainnya (misalnya, variabel predisposisi pekerjaan kepala keluarga mungkin terkait dengan kepemilikan asuransi kesehatan). Karakteristik *need* akan menjadi faktor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan kemudian *enabling* dan terakhir *predisposing*. *Need* merupakan prediktor terkuat pemanfaatan pelayanan kesehatan diantara tiga komponen terlepas dari sifat kebijakan sistem pelayanan kesehatan.

## **2.8. Beberapa hasil penelitian terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan**

Berikut ini akan diuraikan beberapa hasil penelitian sebelumnya terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Diharapkan uraian ini dapat memberikan justifikasi atau memperkuat alasan dari masing-masing indikator yang nantinya akan dijadikan variabel penelitian.

### **2.8.1. Usia**

Dalam konteks pemanfaatan pelayanan maternal, beberapa penelitian yang dilakukan terkait dengan karakteristik usia menunjukkan bahwa terdapat asosiasi signifikan antara usia dengan pemanfaatan layanan (Rahman, Mosley, Ahmed, & Akhter, 2008). Demikian pula halnya dengan kunjungan ulang pelayanan antenatal yang juga berhubungan dengan usia (Ratriasworo, 2003). Usia mempunyai hubungan yang signifikan dalam keputusan memilih tenaga pelayanan kesehatan profesional sebagai penolong persalinan. Wanita yang berusia 20–34 tahun mempunyai peluang 1,65 kali untuk memilih persalinan oleh tenaga kesehatan dari pada kelompok umur 15–19 tahun. Begitu pula dengan wanita usia 35–49 tahun sebesar 3,21 kali lebih mungkin untuk melahirkan pada tenaga kesehatan (Kristiani, 2009). Hasil penelitian tersebut di atas menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Karakteristik usia juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (Perbedaan dari usia mempengaruhi berbagai tipe dan ciri ciri sosial).

### **2.8.2. Pendidikan dan Pekerjaan**

Pendidikan dan pekerjaan merupakan karakteristik yang mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga. Setiap karakteristik sosial tertentu akan menunjukkan gaya kehidupan tertentu pula. Demikian pula halnya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai salah satu gaya hidup yang juga ditentukan oleh karakteristik sosial. Individu yang berpendidikan memiliki kesadaran yang lebih tinggi terhadap manfaat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Individu terdidik cenderung

memiliki pengetahuan yang lebih baik dan memiliki informasi tentang pengobatan medis modern serta memiliki kapasitas yang lebih besar dalam mengenali penyakit tertentu. Pendidikan juga memungkinkan wanita untuk mengambil tanggung jawab pribadi untuk kesehatan mereka sendiri dan kesehatan anak-anak mereka (Kristiani, 2009).

Penelitian menunjukkan bahwa variabel yang memiliki asosiasi signifikan dengan pemanfaatan layanan diantaranya adalah pendidikan (Rahman, et al., 2008). Aksesibilitas sosial yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan adalah pengetahuan responden tentang ANC, bahaya kehamilan dan melahirkan (Eryando, 2006). Terdapat pula hasil penelitian yang mengatakan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan perempuan, pilihan persalinan semakin banyak ke dukun (Noerdin, 2008). Semakin meningkat pengetahuan ibu, akan ada kecenderungan pula untuk memanfaatkan tenaga kesehatan dalam pertolongan persalinan (Agustina, 2011).

Sebuah studi di Guayquil, Ecuador, memperlihatkan bahwa penurunan upah meningkatkan jumlah wanita yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga untuk mempertahankan tingkat pendapatan mereka sebelumnya. Semakin tinggi jam kerja mereka, semakin berkurang kesempatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, meskipun terdapat juga bukti bahwa peningkatan pendapatan dan kemandirian wanita akan meningkatkan rasa hormat anggota keluarga pria dan meningkatkan harga diri wanita (Koblinsky, 1993)

### 2.8.3. Sikap dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai sebuah keputusan perilaku tidak hanya ditentukan oleh pendidikan dan usia seseorang. Meskipun perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar individu, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada faktor lain dari individu tersebut. Sikap

dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor internal yang merupakan determinan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2007). Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan adalah bagaimana individu menilai atau berpendapat terhadap pelayanan kesehatan. Pendapat dan penilaian inilah yang kemudian mendorong individu untuk melaksanakan dan mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi (dinilai baik).

Apabila individu memiliki sikap yang mendukung terhadap pelayanan kesehatan maka cenderung akan mencari dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap peserta jaminan kesehatan dengan pemanfaatan tenaga penolong persalinan, setelah dikontrol oleh variabel dukungan suami, kepercayaan keluarga, status ANC dan variabel pengambilan keputusan. Ibu yang mempunyai sikap yang baik memiliki kecenderungan 0,1 kali untuk tidak memanfaatkan dukun pada pertolongan persalinan (Agustina, 2011). Hasil penelitian lain menemukan bahwa sikap/pandangan terhadap pelayanan kesehatan secara signifikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin di Kabupaten Kutai Kartanegara (Sujatmiko, 2006).

#### 2.8.4. Pendapatan keluarga dan ketersediaan jaminan kesehatan

Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung (*enabling*) atau suatu kondisi yang memungkinkan. Dalam hal ini dijelaskan bahwa meskipun individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak akan bertindak menggunakannya kecuali mampu memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada juga tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayarnya.

Salah satu yang menjadi hambatan pelayanan kesehatan masyarakat adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi. Perempuan yang memiliki akses ke pusat kesehatan lebih mungkin untuk mencari pelayanan persalinan oleh tenaga terlatih. Variabel yang memiliki asosiasi signifikan dengan pemanfaatan layanan adalah pendapatan, biaya layanan, dan asuransi (Rahman, et al., 2008). Secara multivariate variabel yang berhubungan terhadap kunjungan ulang pelayanan antenatal diantaranya adalah pendapatan, sumbangan variabel tersebut adalah 34,4 persen (Ratriasworo, 2003).

Untuk menjamin akses penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan termasuk pemeriksaan dan pertolongan persalinan, pemerintah telah melaksanakan program JPKMM / Jamkeskin (tahun 2004) selanjutnya Jamkesmas (2005) dan ditambah Jamkesda serta jampersal pada tahun 2011. Melalui sistem pembiayaan tersebut diharapkan tidak ada lagi hambatan financial dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### 2.8.5. Kondisi Geografis

Menurut Bank Dunia (1991), hambatan utama yang dihadapi oleh masyarakat sosial ekonomi rendah untuk memperoleh pelayanan kesehatan adalah kurangnya infrastruktur fisik. Sumber sumber kesehatan yang langka secara tidak proporsional lebih banyak dimanfaatkan untuk rumah sakit perkotaan dibanding pelayanan kesehatan primer di pedesaan. Jarak membatasi kemampuan dan kemauan wanita untuk mencari pelayanan, terutama jika sarana transportasi yang tersedia terbatas, komunikasi sulit, dan di daerah tersebut tidak terdapat rumah sakit. Di Meksiko, jalan yang memadai meningkatkan 30 persen pemanfaatan pemeriksaan kehamilan. Suatu penelitian di daerah pedesaan di Jawa Barat juga menemukan bahwa kekurangan sarana transportasi dan komunikasi merupakan kendala utama akses pelayanan ibu. Mendekatkan pelayanan kepada wanita

melalui penyediaan pelayanan keliling atau pelayanan rumah misalnya, dapat mengatasi berbagai hambatan jarak dan transportasi yang mempengaruhi akses pelayanan (Koblinsky, 1993).

Walaupun demikian ada juga hasil penelitian yang menjelaskan bahwa aksesibilitas fisik tidak dapat menerangkan secara bermakna kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (Eryando, 2006) dan penelitian yang dilakukan oleh Paulina Kristianti, Anis Fuad, dan Ari Natalia Probandari mengatakan bahwa tersedianya sarana dan tenaga kesehatan tidak selalu diikuti dengan akses yang tinggi dari masyarakat. Jarak tempuh dan kemudahan ke sarana kesehatan tidak selalu berkaitan dengan pemanfaatan program kesehatan ibu dan anak (Kristianti, 2008), akan tetapi terdapat perbedaan yang mencolok dalam akses terhadap pelayanan kesehatan menurut daerah tempat tinggal. Perempuan yang tinggal di daerah pedesaan memberi peringkat lebih rendah untuk ketersediaan, aksesibilitas dan keterjangkauan pelayanan daripada perempuan di perkotaan (Young, Dobson, & Byles, 2000).

#### 2.8.6. Ketersediaan pelayanan kesehatan

Kendala yang berkaitan dengan ketersediaan petugas kesehatan, dapat berupa pendayagunaan petugas kesehatan. Ataupun jumlah personalia yang tidak memadai dan distribusi yang tidak adil. Faktor-faktor yang utama berupa kurangnya pelatihan yang sesuai, keengganan dokter memberikan tanggungjawab yang lebih kepada profesi lain dan kurangnya koordinasi antar berbagai tingkat petugas kesehatan. Bidan terlatih yang menjembatani antara masyarakat, dukun bersalin, dan sumber sumber klinik, adalah kunci peningkatan akses terhadap pelayanan ibu sebagian besar negara berkembang. Menempatkan bidan terlatih untuk menangani masalah-masalah kebidanan yang umum di tingkat masyarakat dapat memperbaiki keterbatasan akses terhadap kebidanan dan mengurangi kematian pula. Di Matlab Benglades, bidan terlatih ditempatkan didua pos kesehatan terdepan dan diberi

tanggungjawab untuk menangani kelahiran dirumah, mendeteksi dan menangani komplikasi obstetric, dan atau merujuk dan menyertai pasien ke pusat pelayanan ibu. Menurut Fauveau dengan intervensi tersebut, kematian ibu berkurang 68 persen hanya dalam waktu tiga tahun (Koblinsky, 1993).

#### 2.8.7. Persepsi tentang kebutuhan Kesehatan

Karakteristik *predisposing* dan *enabling* dapat terwujud menjadi tindakan pemanfaatan pelayanan kesehatan apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan menjadi : Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan, dan *valuate/clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Disamping itu upaya untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut (*seriousness*) terhadap individu maupun masyarakat. Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit yang serius maka ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan maka diperlukan isyarat isyarat berupa faktor eksternal seperti informasi, pesan-pesan pada media masa, nasehat, anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain (Notoatmodjo, 2007). Sebagai contoh pada penderita tuberculosis, persepsi atau adanya anggapan bahwa penyakit tuberculosis bukanlah penyakit berbahaya (terutama pada gejala awal), mengakibatkan sebagian besar masyarakat tidak



melakukan perawatan secara serius. Masih adanya kepercayaan di masyarakat bahwa penyakit tuberkulosis tidak bisa disembuhkan, sehingga tidak mempunyai semangat untuk berobat (Elfemi, 2003).

#### 2.8.8. Barrier informasi

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan wanita, bervariasi mulai dari tidak mengetahui tempat pelayanan kesehatan hingga kurangnya pemahaman tentang tanda-tanda bahaya atau kegawatan kondisi, memiliki dampak besar terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Wanita seringkali tidak merasa dirinya memiliki risiko atau masalah kesehatan. Pada penelitian di Zimbabwe misalnya, alasan utama dibalik keterlambatan mencari pelayanan pada pasien kanker serviks adalah bahwa mereka tidak mengenali keparahan kondisinya. Di banyak negara kehamilan tidak dianggap sebagai kondisi yang memerlukan perawatan, kecuali jika ada komplikasi. Ada juga wanita yang menunda kunjungan pelayanan kehamilan sampai trimester kedua karena mereka tidak menyadari atau mengabaikan pentingnya pelayanan (Koblinsky, 1993).

### BAB 3

## KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

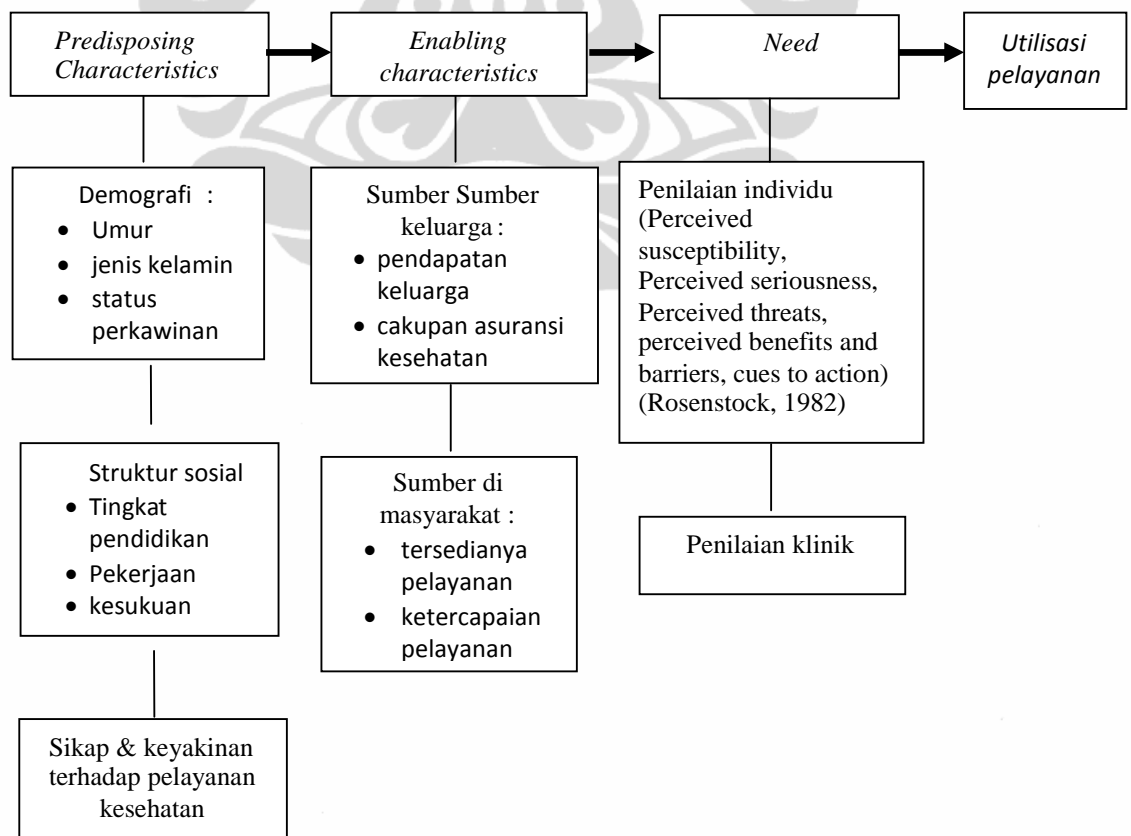
### 3.1 Kerangka Teoritis

Model pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Ronald Andersen (1974) sering disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*Behaviour model of health services utilization*) merupakan model yang dibuat untuk membantu dalam investigasi perbedaan pemanfaatan pelayanan kesehatan di kalangan keluarga. Dalam model ini pemanfaatan pelayanan kesehatan dilihat sebagai hasil dari keterkaitan dari faktor-faktor yang kompleks. Andersen membangun model perilaku dari variabel ekonomi, sosial, dan biologis, menggunakan unsur-unsur lain yang sudah ada teori, termasuk versi awal model kepercayaan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dihasilkan dari perilaku keluarga, yang tergantung pada kombinasi dari karakteristik *predisposing*, *enabling*, dan *need*. Karakteristik dimaksud adalah: Karakteristik pemungkin (*predisposing characteristics*) yang digolongkan atas : ciri demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga), struktur sosial (tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukuan), sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan. Karakteristik pendukung (*enabling characteristics*) yang termasuk karakteristik ini adalah : Sumberdaya keluarga (*family resources*) (pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak-pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan), sumberdaya masyarakat (*community resources*), yang meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber-sumber yang ada didalam masyarakat. Karakteristik kebutuhan (*need*) yang dapat dikategorikan menjadi: kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *valuate/clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

Sedangkan Model “Kepercayaan Kesehatan” Rosenstock (1982) mempercayai bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa memperdulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Model kepercayaan ini mencakup lima unsur utama. Persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*), pandangan individu tentang beratnya penyakit (*perceived seriousness*), besarnya ancaman yang dirasakan (*perceived threats*), pertimbangan, apakah alternatif tindakan *perceived benefits and barriers* dari tindakan yang dianjurkan, serta memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut (*cues to action*). Keterkaitan hubungan antar komponen dari Anderson dan Rosenstock dapat digambarkan pada kerangka teori sebagai berikut :

Gambar 3.1 : Model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan Andersen (1974) dan Model kepercayaan kesehatan Rosenstock (1982)



### 3.2 Kerangka Konsep

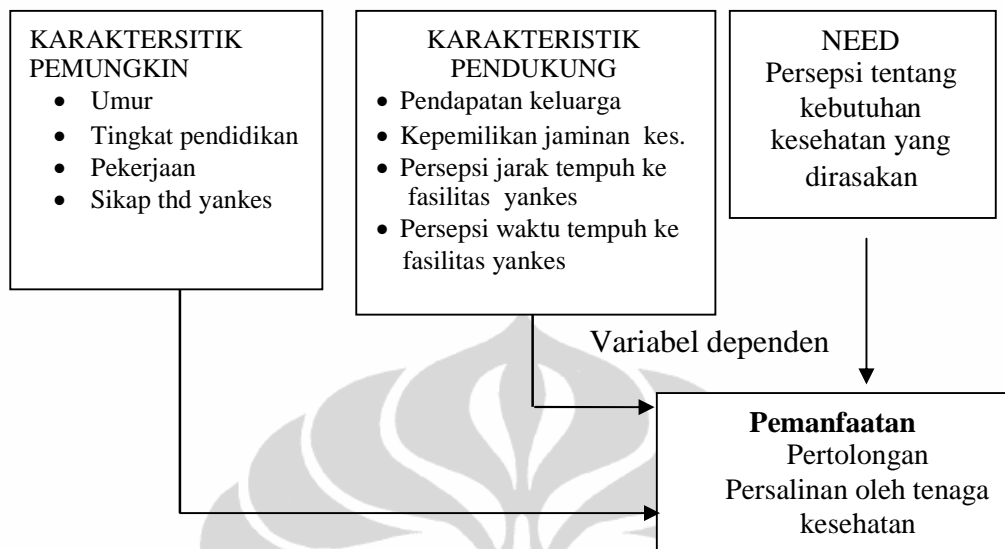
Pada penelitian ini tidak akan secara langsung menggunakan kerangka teoritis pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diadaptasi dari Andersen (1974) dan Rosenstock (1982). Dengan demikian untuk mencapai tujuan penelitian kerangka konsep yang digunakan adalah modifikasi kerangka teori tersebut dengan menekankan pada interaksi antara karakteristik individu dengan pemanfaatan tanpa melihat interaksi diantara karakteristik individu.

Variabel jenis kelamin, ras, dan status perkawinan tidak dijadikan variabel penelitian oleh karena variabel tersebut bersifat homogen di wilayah penelitian. Sementara ketersediaan pelayanan kesehatan tidak diukur mengingat bahwa semua desa sudah ada tempat pelayanan kesehatan. Sedangkan jumlah anggota keluarga akan dianalisis karena berimplikasi terhadap pendapatan keluarga. Penilaian klinik tidak dilakukan pengukuran mengingat bahwa penelitian ini akan difokuskan pada individu sebagai unit analisisnya. Penelitian ini akan difokuskan baik pada individu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan maupun yang tidak. Untuk variabel penilaian individu yang nantinya akan melihat karakteristik kebutuhan kesehatan yang dirasakan akan menggunakan pendekatan model Rosenstock. Karakteristik sumberdaya masyarakat sub ketercapaian akan di lihat dari persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan maternal.

Adapun kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 3.2 : Bagan Kerangka Konsep

Variabel independen



Faktor-faktor yang akan diteliti adalah variabel terikat (*dependen*) dan variabel bebas utama (*independen*). Variabel terikat (*dependen*) adalah pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, yang menjadi variabel independen adalah umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan maternal, pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak tempuh ke pelayanan kesehatan, persepsi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan.

### 3.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
<b>INDEPENDEN</b>				
Umur	Jumlah tahun lamanya hidup sampai ulang tahun terakhir dari ibu pada saat penelitian	Kuesioner (Angket)	Umur digolongkan menjadi : 1 = Risiko tinggi bila umur $\leq 20$ tahun atau $\geq 36$ tahun 2 = Tidak berisiko bila umur 21-35 Tahun	Nominal

Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh individu	Kuesioner (Angket)	Tingkat pendidikan digolongkan menjadi : 1 = rendah bila tidak Sekolah, tamat SD, tamat SMP sederajat 2 = tinggi bila tamat SMA sederajat, Akademi, PT	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan utama dari pekerjaan/usaha ibu	Kuesioner (Angket)	Pekerjaan digolongkan menjadi : 1= tidak bekerja 2= bekerja	Nominal
Sikap terhadap pelayanan kesehatan	Penilaian atau pendapat ibu terhadap pernyataan tentang pelayanan kesehatan ibu yang ditunjukkan dalam pilihan tanggapan terhadap pernyataan positif dan negatif, menggunakan skala Guttman (Setuju, Tidak Setuju).	Kuesioner (Angket)	Sikap terhadap pelayanan kesehatan digolongkan menjadi : 1= kurang favorable bila skor T responden $\leq$ mean 2= lebih favorable bila skor T responden $>$ mean	Ordinal
Pendapatan keluarga	Rata-rata penerimaan yang diperoleh rumah tangga dalam 1 bulan	Kuesioner (Angket)	1= di bawah UMR ( $\leq$ 1.100.000) 2= di atas UMR ( $>$ 1.100.000)	Ordinal
Kepemilikan jaminan kesehatan	Ketersediaan sumber dana keluarga untuk membayar pelayanan kesehatan diukur dengan ada atau tidaknya jaminan kesehatan	Kuesioner (Angket)	Kepemilikan jaminan kesehatan digolongkan kedalam : 1= tidak memiliki 2= memiliki	Nominal
Persepsi jarak ke fasilitas kesehatan	Adalah tanggapan ibu tentang ukuran jarak tempuh dari tempat tinggal ibu ke fasilitas kesehatan, untuk pemeriksaan	Kuesioner (Angket)	Persepsi jarak ke fasilitas kesehatan digolongkan menjadi : 1 = dekat bila	Nominal

	kehamilan/ persalinan		jarak $\leq$ 5 km 2 = jauh bila jarak $>$ 5 km	
Persepsi waktu ke fasilitas kesehatan	Adalah tanggapan ibu tentang ukuran waktu tempuh dari tempat tinggal ibu ke fasilitas kesehatan, untuk pemeriksaan kehamilan/persalinan	Kuesioner (Angket)	Persepsi waktu ke fasilitas kesehatan digolongkan menjadi : 1 = sebenatar bila waktu tempuh $\leq$ 30 menit 2 = lama bila waktu tempuh $>$ 30 menit	Nominal
Persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan ( <i>Need</i> )	Adalah tanggapan ibu tentang kerentanan dirinya, keseriusan kondisinya, manfaat dan hambatan yang dirasakan bila melakukan sesuatu terkait dengan kehamilan dan persalinan yang ditujukan dalam pilihan tanggapan pernyataan positif dan negatif menggunakan skala Gutmann (Setuju, tidak setuju)	Kuesioner (Angket)	Persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan digolongkan menjadi : 1= kurang favorable bila skor T responden $\leq$ mean 2= lebih favorable bila skor T responden $>$ mean	Ordinal
<b>DEPENDEN</b>				
Pemanfaatan Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan	Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan, terlatih (bidan, perawat, dokter) tidak termasuk pertolongan persalinan pendampingan.	Kuesioner (Angket)	Pemanfaatan Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi : 1= tidak memanfaatkan 2= memanfaatkan	Nominal

### 3.4. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan dihubungkan dengan kerangka konsep, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu:

- 3.4.1. Ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor.
- 3.4.2. Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.3. Ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.4. Ada hubungan yang bermakna antara sikap terhadap pelayanan kesehatan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.5. Ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.6. Ada hubungan yang bermakna antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.7. Ada hubungan yang bermakna antara persepsi jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.8. Ada hubungan yang bermakna antara persepsi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor
- 3.4.9. Ada hubungan yang bermakna antara persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor



## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **4.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan ini digunakan karena ingin menggambarkan distribusi frekuensi variabel independen dan variabel dependen serta ingin mempelajari dinamika hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan model pendekatan *point time* yaitu variabel-variabel independen dan variabel dependen diukur sekaligus pada saat yang sama (Sastroasmoro, 2002).

Dalam penelitian ini, yang dilakukan adalah menjelaskan tentang pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berdasarkan karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan maternal), karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke pelayanan maternal), dan need (persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan) di Wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor serta mengadakan analisa tentang hubungan antara variabel karakteristik dan pemanfaatan pelayanan.

### **4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor yang mencakup tujuh desa yaitu Desa Warung Menteng, Cijeruk, Cipelang, Cibalung, Cipicung, Palasari, Tanjungsari. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2012.

### 4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi 0-12 bulan yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor pada saat penelitian. Oleh karena penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mencoba mengidentifikasi bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi dan menganalisis dinamika korelasi antar fenomena (*cross sectional*) maka penentuan besar sampel menggunakan rumus untuk estimasi proporsi pada sampel acak sederhana dengan presisi mutlak (Ariawan, 1998) berikut ini :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} PQ}{d^2}$$

n = Besar sampel

$Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$  pada  $\alpha 0,05$

P = Proporsi prevalensi kejadian

Q = (1-P)

d = Presisi ditetapkan (10%)

*Desain effect* : 2

Berdasarkan pendekatan perhitungan sampel tersebut diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 96 orang. Agar lebih efisien jumlah sample dikalikan *design effect=2* dan ditambah sepuluh persen untuk mengakomodasi kegagalan data sampel, sehingga besar sampel minimal menjadi 210 orang. Sehubungan tidak tersedianya kerangka sampel yang memuat daftar dari semua unit elementer yang ada di populasi maka metode sampling yang digunakan adalah *Cluster Sampling* (Ariawan, 1998). Pengambilan sampel adalah menjadikan posyandu di tujuh desa sebagai *cluster*. Terdapat 65 posyandu yang tersebar di tujuh desa yang berada di wilayah Puskesmas Cijeruk. Penetapan posyandu sebagai cluster pada setiap desa dilakukan secara random. Posyandu yang dijadikan sampel penelitian adalah posyandu hegarmanah Desa Warung Menteng, Posyandu Pasir Kirainah Desa Tanjungsari, Posyandu Kampung Luwuk Desa Cijeruk, Posyandu Balaidesa Desa Cipicung, Posyandu Cihideung

Desa Cipelang, dan Posyandu Selawi Desa Cibalong. Kemudian seluruh ibu yang mempunyai anak usia 0-12 bulan yang ada di posyandu sampel tersebut diteliti.

#### 4.4. Teknik Pengumpulan Data

##### 4.4.1 Sumber Data

Dalam penelitian ini data yang diperlukan adalah data primer. Data primer berupa data data yang berhubungan dengan karakteristik individu yang meliputi karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan maternal), karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan), dan *need* (persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan).

##### 4.4.2 Instrumen dan Alat

Instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner (angket). Kuesioner sikap terhadap pelayanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan menggunakan skala Gutmann dengan skor untuk pernyataan positif adalah setuju = 1, tidak setuju = 0. Skor untuk pernyataan negatif adalah setuju = 0, tidak setuju = 1 (Sugiyono, 2010). Untuk memberi interpretasi terhadap skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan menggunakan pendekatan skala Likert dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor kelompok. Perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih atau kurang *favorable* dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Skor standar yang digunakan dalam skala likert ini adalah skor T, yaitu :

$$T = 50 + 10 \left( \frac{X - \bar{x}}{S} \right)$$

X = skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T

$\bar{x}$  = Mean skor kelompok

S = Standar deviasi skor kelompok

Bila skor T responden lebih besar dari mean maka responden tersebut memiliki sikap atau persepsi yang relatif lebih *favorable*. Bila kurang dari mean dikatakan relative kurang *favorable* (Azwar, 2002).

#### 4.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum alat ukur digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner terhadap 30 responden. Uji Validitas dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Suatu variabel (Pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor total, berdasarkan teknik korelasi *Pearson Product Moment* (Hastono, 2007).

Langkah uji validitas sebagai berikut:

- 1) Memasukkan data ke program computer (*software*), dan memilih variabel yang akan diuji.
- 2) Membandingkan nilai nilai r tabel dengan r hitung yaitu pada kolom *Corrected item-Total Correlation*.
- 3) Pertanyaan variabel dikatakan valid, bila r hasil lebih besar (>) dari r tabel.
- 4) Jika terdapat pertanyaan variabel yang tidak valid, selanjutnya dilakukan analisis kembali dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid tersebut. dan evaluasi terhadap perubahan/peningkatan terhadap nilai *Cronbach's Alpha*
- 5) Setelah semua pertanyaan variabel valid, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas.

Dari hasil uji validitas yang dilakukan pada variabel sikap terhadap layanan kesehatan maternal, didapatkan hasil bahwa dari 21 pertanyaan terdapat 5 pertanyaan yang tidak valid, sehingga pernyataan yang akan digunakan untuk variabel sikap adalah sebanyak 16 pertanyaan. Sedangkan untuk uji validitas variabel persepsi didapatkan hasil bahwa dari 18 pernyataan terdapat satu pernyataan yang tidak valid sehingga pernyataan yang digunakan untuk variabel persepsi adalah 17 pernyataan.

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui konsistensi/kestabilan jawaban terhadap pertanyaan yang dilakukan dengan cara *One Shot*/diukur hanya sekali, yang kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan yang lain. Hasil uji reliabilitas diperoleh dengan cara membandingkan nilai *Cronbach's Alpha* dengan nilai standar yaitu 0,361. Bila *Cronbach's Alpha*  $\geq$  0,361, maka pertanyaan variabel tersebut dikatakan *reliable*. Setelah pernyataan sikap dan persepsi dinyatakan valid, maka dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Hasil uji diperoleh nilai *Cronbach's alpha* pengetahuan sikap adalah 0,909 dan persepsi adalah 0,937, maka kedua variabel juga dinyatakan *reliable*. (Hasil uji validitas dan reliabilitas terlampir).

#### 4.4.4. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan menggunakan kuesioner melalui penyebaran angket dan dilakukan setelah responden bersedia untuk berpartisipasi. Pengumpulan data dilakukan secara door to door kepada ibu yang terpilih sebagai sampel penelitian. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti bekerja sama dengan bidan desa, kader posyandu dan dibantu oleh mahasiswa DIII kebidanan Wijaya Husada Bogor sebanyak 6 orang yang telah dilatih teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan selama 1 bulan yaitu pada bulan Mei 2012. Dari 210 responden yang direncanakan terkumpul sebanyak 203 responden.

## **4.5 Manajemen Data**

### *4.5.1. Editing data*

Editing dilakukan untuk memastikan data yang diambil telah sesuai dengan variabel dan tujuan penelitian. Artinya kuesioner tersebut telah terisi semua secara konsisten dan relevan dan apabila ada data yang kurang lengkap dapat dilakukan konfirmasi ke lapangan.

### *4.5.2. Koding data*

Pemberian kode dilakukan pada setiap data yang terkumpul guna keperluan analisis statistik, untuk menghindari kemungkinan kesalahan. Pemberian kode diberikan pada setiap indikator variabel.

### *4.5.3. Entry data*

Kegiatan memasukan data dan kode jawaban yang sudah terisi kedalam program komputer.

### *4.5.4. Cleaning data*

Data yang telah masuk diperiksa kembali, digunakan untuk membersihkan data dari kesalahan-kesalahan.

## **4.6 Analisis Data**

Analisis data dilakukan agar dapat menyajikan hasil penelitian dalam bentuk yang mudah dibaca dan diinterpretasikan. Adapun tahapan analisis data adalah sebagai berikut :

### *4.6.1. Analisa Univariat*

Untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel, baik variabel independen maupun variabel dependen. Data-data disuguhkan dalam bentuk tabel frekuensi dan proporsi untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

### *4.6.2 Analisa Bivariat*

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam hal ini adalah untuk mengetahui hubungan antara karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap

terhadap pelayanan kesehatan maternal), karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke pelayanan maternal), dan need (persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Uji hubungan yang digunakan adalah uji *Chi-square*. Uji ini dilakukan dalam rangka menganalisis hubungan dua variabel kategorik. Uji signifikan dilihat dengan menggunakan CI 95 persen ( $P \text{ value} < 0,05$ ). Kesimpulan tingkat kemaknaan dapat dilakukan apabila hasil uji sebagai berikut:

- 1)  $P\text{-value} \leq 0,05$  menunjukkan hasil adalah signifikan
- 2)  $P\text{-value} > 0,05$  menunjukkan hasil adalah tidak signifikan

#### 4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang dipergunakan adalah regresi logistik yaitu model matematik yang digunakan untuk mempelajari hubungan antara beberapa variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat dikotomus. Analisis multivariat pada penelitian ini bertujuan melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu bersamaan, dalam hal ini adalah untuk melihat hubungan karakteristik pemungkin, pendukung, dan need dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Pemodelan yang digunakan dalam melaksanakan uji multivariat ini adalah model prediksi atau model untuk menilai hubungan variabel independen utama tanpa interaksi (Ariawan, 1998).

## **BAB 5 HASIL PENELITIAN**

### **5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

#### **5.1.1. Kondisi Geografis**

Secara geografis sebagian besar wilayah Kecamatan Cijeruk terdiri dari daratan tinggi yang merupakan lahan berbukit di bawah kaki Gunung Salak, dengan kondisi tanah yang sangat subur dan berada pada ketinggian 536 meter di atas permukaan laut, dengan luas wilayah sekitar 3.657, 36 Ha. Sebelah utara berbatasan dengan Kota Bogor, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Tamansari, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Cigombong dan sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Caringin. Secara administratif Kecamatan Cijeruk terdiri dari sembilan desa yakni Tanjungsari, Cipicung, Cibalung, Cipelang, Palasari, Warung Menteng, Cijeruk, Tajurhalang, Sukaharja.

Sistem transportasi umum antar desa dan kecamatan adalah transportasi darat. Keadaan jalan di Kecamatan Cijeruk secara umum cukup baik, jalan utama menuju kota kecamatan dan desa sebagian besar telah beraspal dan dapat dilalui oleh kendaraan roda empat. Namun demikian ketersediaan angkutan umum sangat terbatas dan tidak tersedia 24 jam. Dari sembilan desa yang ada hanya ada lima trayek angkutan umum yang melalui empat desa yaitu desa Tanjungsari, Tajurhalang, Palasari dan Sukaharja, sedangkan desa lain sarana transportasinya adalah ojek.

Puskesmas Cijeruk merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dengan tujuh desa binaan, yaitu Tanjungsari, Palasari, Cipicung, Cibalung, Cipelang, Cijeruk dan Warung Menteng. Jarak dari desa ke puskesmas bervariasi dengan jarak terdekat sekitar 3 km (Tanjungsari dan Cipicung) dan terjauh sekitar 8 km (Warung Menteng).



### 5.1.2. Kondisi Demografis

Jumlah penduduk Kecamatan Cijeruk sebanyak 76.373 jiwa terbagi dalam 54 RW, 257 RT dan 18.307 KK dengan kepadatan penduduk 2.150 jiwa/km<sup>2</sup>. Jumlah penduduk terbesar adalah desa Sukaharja yaitu 12.101 jiwa, sedangkan desa dengan jumlah penduduk terkecil adalah desa Tanjungsari yaitu 5.314 jiwa. Kepadatan penduduk tertinggi terjadi di desa Warung Menteng sebesar 3.127 jiwa/km<sup>2</sup>, sedangkan kepadatan penduduk terendah di desa Tanjungsari sebesar 1.556 jiwa/km<sup>2</sup> (Puskesmas, 2010).

### 5.1.3. Kondisi Sosial Ekonomi

Dilihat dari tingkat pendidikan penduduk, pendidikan tamat SD, SLTP/ sederajat dan tamat SLTA cukup berimbang yaitu tamat SD sebanyak 13.780 jiwa (33,3%), tamat SLTP/ sederajat sebanyak 13.300 (32,2%) dan tamat SLTA/ sederajat sebanyak 13.530 jiwa (32,7%) dan tamat D1/D3 sebanyak 547 jiwa (1,3%), tamatan S1-S3 sebanyak 189 (0,5%). Jumlah penduduk yang bekerja sebanyak 17.070 (22,7%), tidak bekerja sebanyak 12.185 (16,2%) dan penduduk belum bekerja sebanyak 61,1 persen (Puskesmas, 2010)

### 5.1.4. Status keluarga miskin atau keluarga prasejahtera dan kepemilikan jaminan kesehatan

Keluarga miskin atau keluarga prasejahtera adalah keluarga-keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara maksimal seperti kebutuhan akan sandang, pangan, papan, kesehatan, pendidikan. Jumlah keluarga miskin di kecamatan Cijeruk adalah sebanyak 6.297 keluarga, yang terbanyak adalah di desa Tajurhalang sebesar 1.068 keluarga dan yang paling sedikit di desa Palasari yaitu 394 keluarga. Secara keseluruhan tidak ada desa di Kecamatan Cijeruk yang bebas dari status keluarga miskin. Jumlah penduduk yang terlindungi oleh jaminan kesehatan tahun 2011 oleh Jamkesmas sebanyak 21.265 orang dan Jamkesda sebanyak 3.933 orang.

#### 5.1.5. Peran Serta Masyarakat

Peran serta Masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dapat dilihat antara lain dari strata Posyandu, adanya kader aktif, keikutsertaan *paraji* dan peran aktif dari masyarakat. Adapun jumlah Posyandu sebanyak 78, sebagian besar tingkat kemandiriannya termasuk Posyandu Madya, jumlah kader aktif sebanyak 230 orang, jumlah dukun/*paraji* sebanyak 73 orang (Puskesmas, 2010).

#### 5.1.6. Fasilitas Kesehatan dan Tenaga

Fasilitas kesehatan yang ada di UPT Puskesmas Cijeruk : Puskesmas 2 buah, Puskesmas pembantu 2 buah, Bidan Praktik Swasta (BPS) terdapat 9, jumlah bidan sebanyak 10 orang, yang tinggal di desa sebanyak 6 orang dan bidan di KIA sebanyak 4 orang, dokter umum 5 orang, balai pengobatan 1 buah. Dokter umum (PNS) 2 orang, Sarjana Kesehatan Masyarakat 1 orang, dokter gigi 2 orang, bidan puskesmas 5 orang, bidan desa 6 orang, perawat 6 orang, tenaga Sukwan/sukarelawan 4 orang, sedangkan tenaga yang belum ada adalah tenaga pelaksana gizi, kesehatan lingkungan, asisten apoteker, petugas laboratorium dan administrasi (Puskesmas, 2010).

#### 5.1.7. Cakupan Program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Pencapaian hasil kegiatan/ program KIA terdiri dari cakupan kunjungan baru ibu hamil (K1), Cakupan kunjungan ibu hamil 4 kali (K4) dan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.1  
Pencapaian Program KIA UPT Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor 2010

Program	Cakupan	Target
Kunjungan K1	61,38	97,00%
Kunjungan K4	46,25	90,00%
Persalinan Nakes	41,72	86,25%

Sumber : laporan Tahunan UPT Puskesmas Cijeruk

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, terlihat bahwa cakupan program KIA belum mencapai target yang diharapkan. Hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap status kesehatan ibu dan anak di wilayah tersebut.

## 5.2. Hasil Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan karakteristik dan distribusi frekuensi masing masing variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variable independen. Variabel yang dianalisa adalah karakteristik pemungkin (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, sikap terhadap pelayanan kesehatan maternal) karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan kesehatan, persepsi jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dan persepsi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan), dan karakteristik *Need* (persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan).

### 5.2.1. Karakteristik Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan.

Tabel 5.2  
Distribusi responden menurut pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Pertolongan Persalinan	Frekuensi	Prosentasi
Memanfaatkan	135	66.50
Tidak memanfaatkan	68	33.50
<b>Jumlah</b>	<b>203</b>	<b>100.00</b>

Distribusi pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menunjukkan bahwa ada sekitar 33,50 persen responden yang masih belum memanfaatkan pertolongan tenaga kesehatan pada saat melahirkan. Karakteristik penolong persalinan lebih rinci sebagaimana tabel berikut ini :

Tabel 5.3  
Distribusi responden menurut penolong persalinan di Wilayah Kerja  
Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Penolong	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<i>Paraji</i>	68	33.5	33.5	33.5
Bidan	101	48.1	48.1	81.6
<i>Paraji</i> dan bidan	24	11.8	11.8	95.1
Dokter	10	4.9	4.9	100.0
Total	203	100.0	100.0	

Distribusi Pertolongan persalinan sebagian besar (48,1%) telah dilakukan oleh bidan dan sekitar 4,9 persen oleh dokter. Sedangkan pertolongan persalinan yang dilakukan *paraji* bersama sama dengan bidan ada sebanyak 11,8 persen. Namun demikian masih ada sekitar 33.50 persen yang ditolong *paraji*.

Tabel 5.4  
Distribusi responden menurut tempat melahirkan di  
Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten  
Bogor Tahun 2012

Tempat Persalinan	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Rumah sakit	23	11.3	11.3	11.3
Puskesmas	39	19.2	19.2	30.5
Rumah bersalin	4	2.0	2.0	32.5
Dokter	1	.5	.5	33.0
Bidan	40	19.7	19.7	52.7
Rumah sendiri	96	47.3	47.3	100.0
Total	203	100.0	100.0	

Distribusi tempat persalinan sebagian besar (47,3%) dilakukan di rumah sendiri. Sedangkan di fasilitas kesehatan hampir merata baik di bidan, puskesmas maupun rumah sakit dengan masing masing sebesar 19,7 persen, 19,2 persen, dan 11,3 persen.

### 5.2.2. Karakteristik Pemungkin

Gambaran karakteristik pemungkin responden dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.5  
Distribusi responden menurut karakteristik pemungkin di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

Karakteristik Pemungkin	Frekuensi	Prosentasi
<b>Umur</b>		
Berisiko	55	27.10
Tidak Berisiko	148	72.90
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
Rendah	170	83.70
Tinggi	33	16.30
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	50	24.60
Tidak bekerja	153	75.40
<b>Sikap</b>		
<i>Favorabel</i>	75	36.90
<i>Unfavorabel</i>	128	63.10

Distribusi umur responden sebagian besar (72,9%) berada pada kelompok umur tidak berisiko (21-35). Sebanyak 83,7 persen tingkat pendidikan responden masuk kedalam kelompok tingkat pendidikan rendah (SLTP ke bawah). Secara lebih terinci tingkat pendidikan responden dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.6  
Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

Tingkat pendidikan	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak tamat				
SD/ sederajat	39	19.2	19.2	22.7
Tamat SD/ sederajat	77	37.9	37.9	60.6
Tamat SLTP/ sederajat	49	24.1	24.1	83.7
Tamat SLTA/ sederajat	26	14.8	14.8	97.5
Perguruan Tinggi	5	2.5	2.5	100.0
Total	203	100.0	100.0	

Tingkat pendidikan responden sebagian besar (37,9%). adalah tamat SD/ sederajat. Sekitar 19,2 persen Tidak tamat SD/ sederajat. Hanya sekitar 2,5 persen responden dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi.

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa sebagian besar (76,8 %) responden tidak bekerja. Disamping itu diketahui pula lebih dari setengah (63,1%) responden memiliki sikap yang lebih *favorable* (mendukung) terhadap pelayanan kesehatan maternal. Sikap ini diukur dengan menggunakan 15 pernyataan tentang pelayanan maternal. Pada tabel 5.7 dapat dilihat gambaran sikap responden berdasarkan tanggapan terhadap pernyataan yang telah diberikan responden.

Tabel 5.7  
Gambaran sikap responden terhadap pelayanan kesehatan maternal  
Di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor  
tahun 2012

Aspek Sikap	Setuju (%)	Tidak Setuju (%)
Kehadiran bidan saat persalinan sangat membantu	89.2	10.8
Kapanpun dibutuhkan bidan selalu siap membantu	88.7	11.3
Lebih baik melahirkan di bidan/puskesmas	86.7	13.3
Melahirkan di bidan mahal	45.8	54.2
Walau gratis tidak akan melahirkan di puskesmas	30.5	69.5
Walau dekat tidak akan memita bantuan bidan	18.7	81.3
Melahirkan di bidan suka lama dan pasti dijahit	50.7	49.3
Walau ada <i>paraji</i> tetap melahirkan di bidan/puskesmas	72.4	27.6
Bila ada keluhan saya akan datang ke bidan	74.9	25.1
Melahirkan di bidan/pkm ibu dan bayi akan aman	86.2	13.8
Memeriksa kehamilan ke bidan tapi melahirkan ke <i>paraji</i>	41.4	58.6
Lebih percaya <i>paraji</i> kalau melahirkan	41.4	58.6
Akan tetap memilih bidan walaupun keluarga melarang	62.1	37.9
Takut kalau melahirkan di bidan atau puskesmas	32.0	68.0
Bidan muda kurang pengalaman	25.1	74.9

Berdasarkan tabel 5.7 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar (89.2%) responden setuju dengan kehadiran bidan, walaupun masih ada sebagian kecil (11.3 %) responden menyatakan tidak setuju bila dinyatakan bahwa bidan selalu siap kapanpun diperlukan. Hampir setengah (45.8%) responden setuju bahwa melahirkan di bidan biayanya mahal. Data di atas juga menunjukkan bahwa hampir setengah responden (41.4%) menyatakan setuju memeriksakan kehamilan ke bidan tetapi melahirkan ke *paraji* dan hampir setengahnya pula yang lebih percaya ke *paraji* untuk melahirkan. Hanya sebagian kecil responden yang menyatakan takut melahirkan di bidan atau puskesmas dan sebagian kecil yang setuju dengan pernyataan bidan muda kurang pengalaman.

### 5.2.3. Karakteristik Pendukung

Gambaran karakteristik pendukung pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini :

Tabel 5.8  
Distribusi responden menurut karakteristik pendukung di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Karakteristik Pendukung	Frekuensi	Prosentasi
Pendapatan		
$\leq$ UMR	140	69.00
$>$ UMR	63	31.00
Jaminan Kesehatan		
Tidak memiliki	116	57.10
Memiliki	87	42.90
Persepsi Jarak tempuh ke FasKes		
Dekat ( $\leq$ 5 km)	169	83.30
Jauh ( $>$ 5 km)	34	16.70
Persepsi Waktu tempuh ke FasKes		
Sebentar ( $\leq$ 30 menit)	168	82.80
Lama ( $>$ 30 menit)	35	17.20

Distribusi pendapatan keluarga responden sebagian besar (69%) berada di bawah Upah Minimum Regional (UMR). Disamping itu lebih dari

setengah responden (56,7%) tidak memiliki kartu jaminan kesehatan. Sedangkan untuk jarak tempuh dari rumah responden ke fasilitas pelayanan kesehatan (bidan, dokter atau Puskesmas dll) sebagian besar (83.3%) dipersepsikan kurang dari 5 km. dan waktu tempuh dari rumah responden ke fasilitas pelayanan kesehatan sebagian besar (82,8%) dipersepsikan kurang dari 30 menit. Sedangkan pada analisis lebih lanjut gambaran lokasi terdekat dari rumah ke fasilitas kesehatan adalah sebagaimana tabel 5.9 di bawah ini :

Tabel 5.9  
Distribusi responden menurut lokasi fasilitas kesehatan terdekat dari rumah di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Fasilitas kesehatan	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative Percent
Bidan	140	69.0	69.0	69.0
Dokter	5	2.5	2.5	71.4
Puskesmas	56	27.6	27.6	99.0
Fasilitas kesehatan lain	2	1.0	1.0	100.0
Total	203	100.0	100.0	

Distribusi lokasi fasilitas kesehatan terdekat dari rumah responden sebagian besar (69%) adalah bidan.

#### 5.2.4. *Need*

Persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan, gambarannya dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut :

Tabel 5.10  
Distribusi responden menurut persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

Need	Frekuensi	Prosentasi
Kurang <i>Favorabel</i>	107	52.70
Lebih <i>Favorabel</i>	96	47.30



Distribusi persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*) terkait dengan kehamilan dan persalinan antara responden yang memiliki persepsi yang lebih *favorable* dengan yang kurang *favorable* hampir sama yakni 52,70 persen dan 47,30 persen. Persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*) ini diukur dengan menggunakan 17 pernyataan. Selanjutnya *score* setiap pernyataan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.11  
Gambaran persepsi responden tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*) Di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

<b>Aspek Need</b>	Setuju (%)	Tidak Setuju (%)
Melahirkan sebagai hal yang biasa tidak akan ada masalah	89.7	10.3
Masalah saat melahirkan tidak ada hubungannya dengan umur	62.6	37.4
Punya anak lebih dari 4 tetap aman kalau melahirkan	61.1	38.9
Jarak kelahiran dengan kehamilan berikutnya sebaiknya lebih dari 2 tahun	93.6	6.4
Tidak perlu memperhatikan naik turunnya berat badan saat hamil	30.0	70.0
Darah tinggi tidak selalu berbahaya saat melahirkan	30.5	69.5
Sakit paru paru, jantung, gula tetap aman saat melahirkan	23.2	76.8
Riwayat sering keguguran, ketuban pecah sebelum waktunya, pengalaman lahir cacat tidak bemasalah saat melahirkan kembali.	67.0	33.0
Periksa kehamilan sebaiknya rutin dilakukan	92.6	7.4
Paraji lebih memahami kehamilan daripada bidan	30.7	69.3
Bila ada perdarahan saat hamil cukup istirahat saja	10.8	89.2
Bengkak pada kaki adalah hal biasa dalam kehamilan	25.1	75.9
Melahirkan ke bidan atau paraji sama saja	58.6	41.4
Riwayat kesulitan melahirkan akan berisiko bila melahirkan lagi.	37.4	62.6
Melahirkan sebaiknya ditolong paraji karena dibacakan do'a do'a	70.4	29.6
Menerima saja dan tidak harus berbuat apa apa bila ada masalah saat melahirkan	59.6	40.4
Melahirkan harus ditolong tenaga kesehatan karena banyak risikonya	90.1	9.9
Tidak perlu merencanakan dimana akan melahirkan karena paraji selalu siap membantu	48.8	51.2

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa sebagian besar (89.7%) responden setuju bahwa melahirkan adalah hal yang biasa dan tidak akan menimbulkan masalah. Dan lebih dari setengah responden setuju bahwa proses melahirkan tidak ada kaitannya dengan umur dan melahirkan tetap aman walau sudah punya anak empat orang. Sebagian besar responden (93.6%) setuju bahwa jarak kelahiran dengan kehamilan berikutnya sebaiknya lebih dari dua tahun. Sebagian besar responden tidak setuju bila tekanan darah tinggi, sakit paru, jantung dan gula bukan masalah dalam melahirkan. Walaupun demikian lebih dari setengah (67%) responden setuju bahwa riwayat keguguran, ketuban pecah dini dan anak lahir cacat tidak akan bermasalah dalam persalinan berikutnya. Lebih dari setengah dari responden setuju bila melahirkan di bidan atau *paraji* sama saja. Dan hampir setengah responden (48.8%) responden setuju tidak perlu merencanakan tempat melahirkan karena *paraji* selalu siap membantu.

### **5.3. Hasil Analisis Bivariat**

Hasil analisis hubungan dua variabel untuk melihat hubungan antara variabel independen yang meliputi karakteristik pemungkin, pendukung, dan need dengan pemanfaatan pelayanan anatenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hasil analisis tertuang dalam tabel di bawah ini :

#### **5.3.1. Hubungan Karakteristik Pemungkin dengan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh tenaga Kesehatan**

Analisis hubungan karakteristik pemungkin dan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat dalam tabel silang, sebagai berikut :

Tabel 5.12  
Distribusi responden menurut pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik pemungkin di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

N	Karakteristik Pemungkin	Persalinan				Total		Nilai p
		Tdk memanfaatkan		memanfaatkan		N	%	
		N	%	N	%			
1	Umur ibu							
	Berisiko	22	40.0	33	60.0	55	100	0.303
	Tidak berisiko	46	31.1	102	68.9	148	100	
2.	Tingkat Pendidikan							
	Rendah (< SLTA)	60	35.3	110	64.7	170	100	0.303
	Tinggi (> SLTA)	8	24.2	25	75.8	33	100	
3.	Pekerjaan ibu							
	Bekerja	11	22.0	39	78.85	50	100	0.070
	Tidak bekerja	57	37.3	96	62.7	153	100	
4.	Sikap terhadap pelayanan Kesehatan							
	Kurang <i>favorable</i>	56	74.7	19	25.3	75	100	0.000
	Lebih <i>favorable</i>	12	9.4	116	90.6	128	100	

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ( $p=0,303$ ), demikian juga dengan tingkat pendidikan responden dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ( $p=0,303$ ). Tidak ada hubungan yang bermakna antara status bekerja dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ( $p=0,070$ ). Dengan demikian hipotesis penelitian adanya hubungan umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ditolak.

Hasil analisis hubungan antara sikap terhadap pelayanan kesehatan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diperoleh bahwa ada sebanyak 25,3 persen responden dengan sikap yang kurang *favorable* yang memanfaatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sedangkan diantara responden yang mempunyai sikap lebih *favorable*, ada 90,6 persen yang memanfaatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,000$  maka dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap responden terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal dengan pertolongan oleh tenaga kesehatan, dengan demikian hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sikap terhadap layanan kesehatan maternal dan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan gagal ditolak

### 5.3.2. Hubungan Karakteristik Pendukung dengan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan.

Analisis hubungan karakteristik pendukung (pendapatan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak tempuh dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat pada tabel silang sebagai berikut :

Tabel 5.13  
Distribusi responden menurut pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik pendukung di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

No	Karakteristik Pendukung	Pelayanan Persalinan Oleh Nakes terlatih				Total		Nilai p
		Tdk Memanfaatkan		Memanfaatkan		N	%	
		n	%	N	%			
1.	Pendapatan keluarga							
	≤UMR	54	38.6	86	61.4	140	100	0.034
	> UMR	14	22.2	49	77.8	63	100	
2.	Cakupan asuransi kesehatan							
	Memiliki	19	26.0	54	74.0	73	100	0.125
	Tidak Memiliki	49	37.7	81	2.3	130	100	
3	Persepsi jarak ke fasilitas kesehatan							
	Dekat (≤ 5 km)	56	33.1	113	66.9	169	100	0.858
	Jauh (> 5 km)	12	35.3	22	64.7	34		
4.	Persepsi waktu ke fasilitas kesehatan							
	Sebentar (≤ 30 menit )	56	33.3	112	66.7	168	100	1.000
	Lama (>30 menit)	12	34.3	23	65.7	35	100	

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diperoleh bahwa ada sebanyak 61.4 persen responden dengan pendapatan keluarga lebih kecil dari UMR memanfaatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sedangkan diantara responden dengan pendapatan keluarga

lebih besar dari UMR, ada 77,8 persen. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,034$  maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hal ini sekaligus menunjukkan bahwa hipotesis adanya hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan gagal ditolak.

Sedangkan hasil analisis hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna ( $p=0,125$ ). Tidak ada hubungan antara persepsi jarak tempuh dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan ( $p=0,956$ ) dan ( $p=1,000$ ). Dengan demikian maka hipotesis adanya hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan ditolak.

### 5.3.3. Hubungan *need* dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

Analisis hubungan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*) dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat pada tabel, sebagai berikut :

Tabel 5.14

Distribusi responden menurut pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan karakteristik *need* di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor tahun 2012

No	Karakteristik Need	Pertolongan Persalinan				Total n	Nilai p	
		Tidak ditolong		Ditolong				
		N	%	N	%			
Persepsi Kebutuhan Kesehatan yg dirasakan								
	Kurang <i>Favorabel</i>	57	53.3	50	46.7	107	100	0.000
	Lebih <i>Favorabel</i>	11	11.5	85	88.5	96	100	

Hasil analisis hubungan antara persepsi terhadap kebutuhan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan (*need*) dengan pemanfaatan pertolongan oleh tenaga kesehatan diperoleh bahwa ada sebanyak 46,7 persen responden yang memiliki persepsi yang kurang *favorable* yang memanfaatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sedangkan diantara ibu yang memiliki persepsi yang lebih favorabel, ada 90,6 persen yang memanfaatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,000$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara persepsi dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hipotesis bahwa ada hubungan antara persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan gagal ditolak.

#### 5.4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini bertujuan melihat determinan yang merupakan prediktor terkuat dalam pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Analisis yang dipergunakan adalah *regresi logistic* yaitu model matematik yang digunakan untuk mempelajari hubungan antara beberapa variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat *dikotomus* (Ariawan, 2008). Teknik yang digunakan adalah dengan pemodelan prediksi dan tidak ada interaksi. Langkah-langkah pemodelan untuk pengujian hipotesis pada analisis ini adalah sebagai berikut:

##### 5.4.1. Model Dasar Analisis Multivariate Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan.

Model dasar untuk analisis multivariate pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.15 di bawah ini :

Tabel 5.15  
Model multivariat regresi logistik antara karakteristik *predisposing*,  
*enabling* dan *need* dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh  
tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk  
Kabupaten Bogor Tahun 2012

Variabel	B/Koef	Std Error	OR	95% CI	Nilai p
Umur	0.391	0.328	1.478	0.778-2.809	0.235
Tingkat Pendidikan	-0.533	0.437	0.587	0.249-1.381	0.208
Pekerjaan	-0.744	0.380	0.475	0.225-1.001	0.042
Pendapatan	0.787	0.349	2.198	1.108-4.358	0.020
Jaminan Kesehatan	-0.542	0.322	0.582	0.309-1.094	0.088
Persepsi Jarak	-0.096	0.394	0.909	0.419-1.968	0.808
Persepsi waktu	-0.043	0.392	0.958	0.445-2.066	0.914
Sikap	3.350	0.403	28.491	12.931-62.774	0.000
Persepsi keb. Kes.	2.176	0.374	8.809	4.229-18.351	0.000

Dari hasil analisis regresi logistic tahap ini diperoleh tujuh variabel untuk model prediksi pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  yakni umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sikap terhadap layanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan. Variabel persepsi jarak dan persepsi waktu ke fasilitas layanan tidak diikutkan karena nilai  $p$  nya  $> 0,25$ .

#### 5.4.1.1. Model Dasar Analisis Multivariat

Tabel 5.16  
Model dasar analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan  
pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah  
Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

Step		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1(a)	Usia	-.414	.475	.761	1	.383	.661	.261	1.676
	Pendidikan	.605	.675	.803	1	.370	1.831	.488	6.872
	Pekerjaan	-.902	.544	2.750	1	.097	.406	.140	1.178
	Pendapatan	.144	.513	.079	1	.778	1.155	.423	3.157
	Jamkes	.106	.456	.054	1	.815	1.112	.455	2.720
	Sikap	3.053	.451	45.817	1	.000	21.175	8.748	51.253
	Persepsi	1.434	.482	8.861	1	.003	4.194	1.632	10.778
	Constant	-5.135	2.243	5.242	1	.022	.006		

Berdasarkan tabel 5.36 terlihat ada lima variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$  yaitu usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan jaminan kesehatan. Pemodelan selanjutnya adalah dengan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$  secara bertahap yang dimulai dari variabel yang mempunyai nilai  $p$  yang terbesar yaitu pendapatan.

#### 5.4.1.2. Model 1 Analisis Multivariate

Tabel 5.17

Model 1 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Usia	-0.414	0.475	0.760	1	0.383	0.661	0.261	1.676
Pendidikan	0.592	0.671	0.777	1	0.378	1.807	0.485	6.733
Pekerjaan	-0.880	0.535	2.705	1	0.100	0.415	0.145	1.184
Pendapatan	0.158	0.509	0.096	1	0.756	1.171	0.432	3.177
Sikap	3.040	0.447	46.180	1	0.000	20.914	8.702	50.267
Persepsi	1.416	0.475	8.875	1	0.003	4.122	1.623	10.467
Constant	-4.948	2.093	5.590	1	0.018	0.007		

a Variable(s) entered on step 1: Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Sikap, Persepsi.

Dalam table 5.17 terlihat bahwa, setelah variabel jamkes dikeluarkan dari model terlihat perubahan POR. Secara rinci analisis perbandingan POR tertuang dalam tabel dibawah ini :

Table 5.18

Analisis perbandingan nilai POR setelah variabel jamkes dikeluarkan

Variabel	POR jamkes ada	POR jamkes tidak ada	Perubahan POR
Usia	0.661	0.661	0%
Pendidikan	1.831	1.807	1.3%
Pekerjaan	0.406	0.415	2.2%
Pendapatan	1.155	1.171	1.4%
Jamkes	1.112	-	-
Sikap	21.175	20.914	1.2%
Persepsi	4.194	4.122	1.7%



Setelah variabel jamkes dikeluarkan terlihat perubahan nilai POR pada variabel pendidikan, pekerjaan, pendapatan, sikap dan persepsi. Dengan hasil analisis perbandingan POR, karena perubahannya tidak ada yang melebihi 10 persen maka dengan demikian variabel jamkes dikeluarkan dari model. Kemudian variabel pendapatan dikeluarkan dari model.

#### 5.4.1.3. Model 2 Analisis Multivariate

Tabel 5.19  
Model 2 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step									
1(a)	Usia	-0.430	0.471	0.831	1	0.362	0.651	0.258	1.639
	Pendidikan	0.549	0.650	0.714	1	0.398	1.731	0.485	6.185
	Pekerjaan	-0.921	0.520	3.139	1	0.076	0.398	0.144	1.103
	Sikap	3.052	0.446	46.825	1	0.000	21.160	8.828	50.718
	Persepsi	1.431	0.473	9.167	1	0.002	4.184	1.657	10.567
	Constant	-4.606	1.756	6.880	1	0.009	0.010		

a Variabel (s) entered on step 1: Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Sikap, Persepsi.

Pada tabel 5.19 terlihat bahwa, setelah variabel pendapatan dikeluarkan dari model terlihat perubahan nilai POR secara rinci analisis perbandingan POR tertuang pada tabel di bawah ini

Tabel 5.20  
Analisis perbandingan nilai POR setelah variabel pendapatan dikeluarkan

Variabel	POR pendapatan ada	POR pendapatan tidak ada	Perubahan POR
Usia	0.661	0.651	1.5%
Pendidikan	1.831	1.731	5.5%
Pekerjaan	0.406	0.398	2.0%
Pendapatan	1.155	-	
Sikap	21.175	21.160	0.1 %
Persepsi	4.194	4.184	0.2%

Setelah variabel pendapatan dikeluarkan terlihat perubahan nilai POR pada variabel usia, pendidikan, pekerjaan, sikap dan persepsi. Dengan hasil analisis perbandingan POR, karena perubahannya tidak ada yang melebihi 10 persen maka dengan demikian variabel pendapatan dikeluarkan dari model. Selanjutnya variabel usia dikeluarkan.

#### 5.4.1.4. Model 3 Analisis Multivariate

Tabel 5.21

Model 3 analisis multivariate determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step								
1(a)								
Pendidikan	0.597	0.646	0.854	1	0.355	1.816	0.512	6.439
Pekerjaan	-0.929	0.519	3.208	1	0.073	0.395	0.143	1.092
Sikap	2.960	0.428	47.802	1	0.000	19.292	8.337	44.644
Persepsi	1.415	0.470	9.079	1	0.003	4.118	1.640	10.340
Constant	-5.249	1.636	10.287	1	0.001	0.005		

a Variable(s) entered on step 1: Pendidikan, Pekerjaan, Sikap, Persepsi.

Pada tabel 5.21 terlihat bahwa, setelah variabel umur dikeluarkan dari model terlihat perubahan nilai POR secara rinci analisis perbandingan POR tertuang pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.22

Analisis perbandingan nilai POR setelah variabel umur dikeluarkan

Variabel	POR umur ada	POR umur tidak ada	Perubahan POR
Umur	0.661	-	
Pendidikan	1.831	1.816	0.8%
Pekerjaan	0.406	0.395	2.7%
Sikap	21.175	19.292	8.9%
Persepsi	4.194	4.118	1.8%

Setelah variabel umur dikeluarkan terlihat perubahan nilai POR pada variabel pendidikan, pekerjaan, sikap dan persepsi. Dengan hasil analisis perbandingan POR, karena perubahannya tidak ada yang melebihi 10 persen maka dengan demikian variabel umur dikeluarkan dari model. Selanjutnya variabel pendidikan dikeluarkan.

#### 5.4.1.5. Model 4 Analisis Multivariat

Tabel 5.23

Model 4 analisis multivariat determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step									
1(a)	Pekerjaan	0.801	0.498	2.587	1	0.108	0.449	0.169	1.2%
	Sikap	2.941	0.425	47.938	1	0.000	18.940	8.237	43.6%
	Persepsi	1.314	0.452	8.441	1	0.004	3.720	1.533	9.0%
	Constant	-4.201	1.147	13.417	1	0.000	0.015		

a Variabel(s) entered on step 1: Pekerjaan, Sikap, Persepsi.

Pada tabel 5.23 terlihat bahwa, setelah variabel pendidikan dikeluarkan dari model terlihat perubahan nilai POR secara rinci analisis perbandingan POR tertuang pada tabel di bawah ini :

Table 5.24  
Analisis perbandingan nilai POR setelah variabel pendidikan dikeluarkan

Variabel	POR pendidikan ada	POR pendidikan tidak ada	Perubahan POR
Umur	0.661	-	
Pendidikan	1.831	-	
Pekerjaan	0.406	0.449	10.6%
Sikap	21.175	18.940	10.6%
Persepsi	4.194	3.720	11.3%

Setelah variabel pendidikan dikeluarkan terlihat perubahan nilai POR pada variabel pekerjaan, sikap dan persepsi. Dengan hasil analisis perbandingan POR, karena perubahannya ada yang melebihi 10 persen maka dengan demikian variabel pendidikan dimasukkan kembali kedalam model. Selanjutnya variabel pekerjaan dikeluarkan.

#### 5.4.1.6. Model 5 Analisis Multivariat

Tabel 5.25  
Model 5 analisis multivariat determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) Sikap	2.953	0.420	49.502	1	0.000	19.160	8.417	43.616
Persepsi	1.357	0.463	8.602	1	0.003	3.884	1.569	9.616
Pendidikan	0.266	0.612	0.190	1	0.663	1.305	0.394	4.329
Constant	-6.184	1.544	16.043	1	0.000	0.002		

a Variable(s) entered on step 1: Sikap, Persepsi, Pendidikan.

Pada tabel 5.45 terlihat bahwa, setelah variabel pendidikan dimasukkan kembali dan variabel pekerjaan dikeluarkan dari model terlihat perubahan nilai POR secara rinci analisis perbandingan POR tertuang pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.26  
Analisis perbandingan nilai POR setelah variable pekerjaan dikeluarkan

Variabel	POR pekerjaan		Perubahan POR
	Ada	tidak ada	
Pendidikan	1.831	1.305	28.7%
Pekerjaan	0.406	-	
Sikap	21.175	19.160	9.5%
Persepsi	4.194	3.884	7.4%

Setelah variabel pekerjaan dikeluarkan terlihat perubahan nilai POR pada variabel pendidikan, sikap dan persepsi. Dengan hasil analisis perbandingan POR, karena perubahannya ada yang melebihi 10 persen maka dengan demikian variabel pekerjaan dimasukkan kembali kedalam model. Selanjutnya model akhir adalah sebagai berikut :

#### 5.4.1.7. Model akhir

Setelah dilakukan analisis multivariate secara keseluruhan dari lima variabel yang diduga berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, ternyata ada dua variabel yang berhubungan. Model akhir tertuang dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.27

Model akhir analisis multivariat determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2012

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Sikap	2.960	0.428	47.802	1	0.000	19.292	8.337	44.644
Persepsi	1.415	0.470	9.079	1	0.003	4.118	1.640	10.340
Pendidikan	0.597	0.646	0.854	1	0.355	1.816	0.512	6.439
Pekerjaan	-0.929	0.519	3.208	1	0.073	0.395	.1043	1.092
Constant	-5.249	1.636	10.287	1	0.001	0.005		

a Variable(s) entered on step 1: Sikap, Persepsi, Pendidikan, Pekerjaan.

Berdasarkan tabel 5.47 terlihat bahwa variabel yang berhubungan bermakna dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah sikap terhadap layanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan. Hasil analisis diperoleh POR sikap 19.29 artinya ibu yang memiliki sikap yang *favorable* (lebih mendukung) mempunyai kecenderungan 19,29 kali untuk memanfaatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dibandingkan dengan ibu yang memiliki sikap *unfavorable* (kurang mendukung). Ini artinya bahwa

semakin favorable (mendukung) sikap ibu terhadap layanan kesehatan maternal maka akan semakin meningkat pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Model tersebut merupakan model terakhir terpilih yang mempunyai kontribusi terhadap pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan



## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1. Keterbatasan Penelitian

#### 6.1.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, pada desain ini tidak dapat diprediksi secara pasti urutan waktu kejadian apakah faktor risiko (karakteristik pemungkin, pendukung dan need) mendahului efek (pemanfaatan pelayanan antenatal atau pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih) oleh karena kedua variabel diukur secara bersamaan sehingga hubungan tersebut tidak dapat sepenuhnya diartikan hubungan sebab akibat. Dengan demikian potensi terjadinya bias *temporal ambiguity* sangat dimungkinkan.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat masalah pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Populasi target adalah seluruh ibu yang mempunyai anak usia 0 s/d 12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor. Penetapan karakteristik populasi target ini ditujukan untuk meminimalkan bias informasi pada desain *cross sectional*.

#### 6.1.2. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini dilakukan dengan menggali data primer yang di peroleh langsung dari responden. Alat pengukuran menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengadopsi dari teori-teori dan kuesioner yang ada dan disesuaikan dengan variabel penelitian yang akan diukur. Validitas dan reliabilitas alat ukur telah diuji sebelum dilakukan penelitian, namun demikian kemungkinan *recall bias* dapat saja ada karena kemampuan responden untuk mengingat peristiwa yang lampau sangat berbeda-beda. Sebagai upaya untuk mengurangi *recall bias* tersebut, maka pertama ; ditetapkan sampel dalam penelitian ini

adalah ibu yang melahirkan pada periode satu tahun yang lalu dengan pertimbangan bahwa kualitas data yang dikumpulkan sangat dipengaruhi oleh kemampuan responden dalam mengingat kembali pengetahuan dan peristiwa yang dialami selama hamil dan melahirkan, kedua; dilakukan pertemuan antara numerator guna menyamakan persepsi dan membahas strategi saat menyampaikan angket kepada responden di lapangan.

Pada penelitian ini mungkin juga terjadi bias dari instrumen atau alat pengumpul data. Pertanyaan bersifat tertutup dapat mempengaruhi jawaban responden terutama pada hal-hal yang kurang diketahui sebelumnya. Hal ini telah diantisipasi dengan dilakukannya uji coba kuesioner dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Selain itu, diantara variabel-variabel yang diukur, variabel independen seperti sikap dan persepsi sangat dipengaruhi oleh isi dan bentuk pertanyaan, pada variabel sikap dan persepsi juga dapat dipengaruhi oleh penilaian yang subjektif dari responden.

## **6.2. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan**

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar. Para ahli kesehatan ibu sepakat bahwa kehadiran tenaga kesehatan selama persalinan dan periode awal postpartum mungkin merupakan kunci penting untuk mengurangi kematian ibu.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa persalinan oleh tenaga kesehatan terampil mempengaruhi tingkat kematian ibu melahirkan. Bukti-bukti menunjukkan bahwa pemberian bantuan pelayanan oleh tenaga terlatih pada persalinan mengurangi risiko kematian ibu (WHO, 2008). Pada awal abad 20 di negara-negara industri asuhan kebidanan profesional saat



melahirkan dan meningkatkan akses ke rumah sakit mendorong penurunan kematian ibu hingga ke tingkat yang rendah saat ini. Malaysia, Sri Lanka dan Thailand dalam waktu 10 tahun meningkatkan jumlah bidan di tahun 1950-an dan 1960-an. Selama periode 15 tahun lebih, Thailand mengurangi rasio kematian ibu 200-50 kematian ibu per 100000 kelahiran hidup dengan mengerahkan bidan dan meningkatkan kapasitas rumah sakit di tingkat kabupaten. Bahkan di Mesir antara 1983 dan 2000 dua kali lipat proporsi persalinan dibantu oleh bidan terlatih dan mengurangi rasio kematian ibu sebesar 50 persen. (WHO, 2008). Kehadiran tenaga kesehatan dalam persalinan secara luas dianggap sebagai salah satu strategi intervensi yang paling penting dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu di negara dengan sumberdaya rendah,

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 67 persen. Walaupun secara proporsi angka angka ini relative sama dengan capaian puskesmas sebelumnya yang mencapai 68,0 persen, akan tetapi masih berada di bawah rata-rata pencapaian Dinas Kabupaten Bogor yang mencapai 80,4 persen juga masih berada dibawah SPM yang ditetapkan yakni 86,25 persen. Hasil penelitian inipun telah mengkonfirmasi penelitian sebelumnya yang juga mengatakan bahwa proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 51,85 persen (Agustina, 2011).

Dari 67 persen persalinan oleh tenaga kesehatan, 50,2 persen dilakukan oleh bidan, 4,9 persen oleh dokter dan 11,8 persen dilakukan oleh bidan dengan sebelumnya ada kontak dengan *paraji*. Dan sekitar 33 persen pertolongan persalinan masih dilakukan oleh *paraji*. Berdasarkan tempat persalinan, hampir setengahnya (47,3%) persalinan dilakukan di rumah sendiri dan setengahnya di fasilitas kesehatan baik di bidan praktek, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit.

Belum tercapainya target pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menggambarkan bahwa pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Cijeruk masih rendah. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada beberapa determinan yang berasosiasi dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, determinan tersebut adalah : sikap terhadap layanan kesehatan, pendapatan keluarga, dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*). Sedangkan determinan yang teridentifikasi tidak berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan meliputi umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, kepemilikan jaminan kesehatan. Prediktor paling dominan terhadap pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah sikap terhadap layanan kesehatan maternal. Secara lebih jelas hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dapat diuraikan sebagai berikut :

### **6.3. Hubungan antara umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Umur merupakan karakteristik demografi yang juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari umur mempengaruhi berbagai tipe dan ciri ciri sosial). Terdapat asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sedikit banyak akan berhubungan dengan umur tersebut. Setiap individu dengan umur yang berbeda mempunyai kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Dalam konteks pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, beberapa penelitian yang dilakukan terkait dengan karakteristik umur menunjukkan bahwa terdapat asosiasi signifikan antara umur dengan pemanfaatan layanan (Rahman, Mosley, Ahmed, & Akhter, 2008). Demikian pula halnya dengan kunjungan ulang pelayanan antenatal yang juga berhubungan dengan umur (Ratriasworo, 2003). Umur mempunyai hubungan yang signifikan dalam keputusan memilih tenaga pelayanan

kesehatan profesional sebagai penolong persalinan. Wanita yang berusia 20–34 tahun mempunyai peluang 1,65 kali untuk memilih persalinan oleh tenaga kesehatan dari pada kelompok umur 15–19 tahun. Begitu pula dengan wanita usia 35–49 tahun sebesar 3,21 kali lebih mungkin untuk melahirkan pada tenaga kesehatan (Kristiani, 2009).

Berbeda dengan hasil penelitian di atas, hasil penelitian yang dilakukan di kecamatan Cijeruk menunjukkan bahwa umur yang dikategorikan kedalam kelompok berisiko ( $\leq 20$  atau  $\geq 36$  tahun) dan tidak berisiko (21 s/d 35 tahun) tidak teridentifikasi memiliki hubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Hasil ini sekaligus mengkonfirmasi bahwa dalam pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan faktor umur tidak selalu menimbulkan perbedaan pemanfaatan pelayanan. Hasil ini juga menunjukkan bahwa hipotesis yang ditetapkan dimana terdapatnya hubungan antara umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ditolak. Sebagai asumsi yang dapat menjelaskan fenomena ini adalah bahwa umur sebagai karakteristik predisposing pada dasarnya tidak dapat secara langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal akan tetapi dimungkinkan terkait dengan determinan/karakteristik lain seperti karakteristik *enabling* ataupun *need*.

#### **6.4. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.**

Pendidikan mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga. Setiap karakteristik sosial tertentu akan menunjukkan gaya kehidupan tertentu pula. Demikian pula halnya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai salah satu gaya hidup yang juga ditentukan oleh karakteristik sosial. Individu yang berpendidikan memiliki kesadaran yang lebih tinggi terhadap manfaat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan. Individu terdidik cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dan memiliki informasi tentang pengobatan medis modern serta memiliki

kapasitas yang lebih besar dalam mengenali penyakit tertentu. Pendidikan juga memungkinkan wanita untuk mengambil tanggung jawab pribadi untuk kesehatan mereka sendiri dan kesehatan anak-anak mereka (Kristiani, 2009). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin banyak informasi yang diperoleh (Notoatmodjo, 2007). Dalam konteks perilaku pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin banyak informasi yang didapatkan terkait dengan pentingnya persalinan oleh tenaga kesehatan, maka akan semakin besar kemungkinan memanfaatkan layanan tersebut. Dengan demikian akan sangat mungkin timbulnya perbedaan dalam pemanfaatan pelayanan karena adanya perbedaan tingkat pendidikan. Hasil penelitian Eryando (2006) tentang aksesibilitas layanan maternal menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, memiliki hubungan dengan pemanfaatan layanan maternal. Begitu pula dengan penelitian yang menunjukkan bahwa variabel yang memiliki asosiasi signifikan dengan pemanfaatan layanan diantaranya adalah pendidikan (Rahman, et al., 2008)

Sebagian besar (84,7%) ibu-ibu di wilayah Kecamatan Cijeruk berpendidikan SLTP kebawah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan teridentifikasi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Hasil ini menunjukkan bahwa hipotesis yang dibangun ditolak, tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatann pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Asumsi yang dapat dikemukakan adalah, bila tingkat pendidikan dapat meningkatkan akses terhadap informasi dan dapat membuka wawasan tentang kesehatan maka program program penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat yang didalamnya terkait dengan bagaimana meningkatkan akses informasi masyarakat terhadap kesehatan akan memiliki fungsi dalam meningkat wawasan masyarakat tentang kesehatan. Keberhasilan program inilah yang mungkin membuat faktor tingkat pendidikan masyarakat di Kecamatan Cijeruk tidak

berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Berkenaan dengan hal tersebut maka dipandang perlu untuk terus meningkatkan program penyuluhan kesehatan ibu baik pada tingkat individu, kelompok maupun masyarakat.

#### **6.5. Hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah satu aspek dari gaya hidup, yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis. Individu yang berbeda secara sosial mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatannya. Pekerjaan mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Mc Charty dan Maine (Maine, 1993) mengatakan bahwa ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan, sehingga dapat memanfaatkan pelayanan antenatal dengan baik. Walaupun ada yang berpendapat lain dimana sebuah studi di Guayquil, Equador, memperlihatkan bahwa semakin tinggi jam kerja mereka, semakin berkurang kesempatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, meskipun terdapat juga bukti bahwa peningkatan pendapatan dan kemandirian wanita akan meningkatkan rasa hormat anggota keluarga pria dan meningkatkan harga diri wanita (Koblinsky, 1993). Dari dua studi dia atas dapatlah dipahami bila pekerjaan akan berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Mayoritas (75,4%) ibu ibu di wilayah kecamatan Cijeruk pada saat hamil bertatus tidak bekerja di sektor formal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik pekerjaan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga. Hasil ini mengkonfirmasi bahwa di kecamatan Cijeruk karakteristik pekerjaan bukan menjadi faktor yang secara langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan. Dengan demikian maka upaya-upaya peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan ibu tidak perlu menekankan pada status

bekerja atau tidaknya ibu-ibu, oleh karena ibu yang bekerja atau tidak bekerja mempunyai kecenderungan yang sama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.

#### **6.6. Hubungan antara sikap terhadap pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai sebuah keputusan perilaku tidak hanya di tentukan oleh tingkat umur, tingkat pendidikan atau pekerjaan seseorang. Meskipun perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar individu, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada faktor lain dari individu tersebut. Sikap dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor internal yang merupakan determinan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (Notoatmodjo, 2007). Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan adalah bagaimana individu menilai atau berpendapat terhadap pelayanan kesehatan. Pendapat dan penilaian inilah yang kemudian mendorong individu untuk melaksanakan dan mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi (dinilai baik). Apabila individu memiliki sikap yang mendukung terhadap pelayanan kesehatan maka cenderung akan mencari dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa walaupun sebagian besar responden menilai bahwa kehadiran bidan saat melahirkan sangat membantu, kapanpun bidan diperlukan selalu siap dan berpendapat bahwa lebih baik melahirkan di bidan karena akan aman untuk ibu dan bayi, akan tetapi masih ada sekitar 41,4 persen atau hampir setengahnya yang berpendapat bahwa memeriksakan kehamilan ke bidan tetapi melahirkan di paraji, dan dengan jumlah persentasi yang sama responden yang lebih percaya ke

*paraji* untuk membantu persalinan. Penilaian dan kecenderungan perilaku seperti ini yang sangat mungkin memberikan dampak pada fenomena yang menunjukkan bahwa angka cakupan pemeriksaan kehamilan yang sudah cukup tinggi di Cijeruk tetapi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan relatif lebih rendah.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hasil ini telah mengkonfirmasi hasil penelitian (Agustina, 2011) yang mengatakan bahwa sikap peserta jaminan kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan tenaga penolong persalinan. Hasil penelitian lain yang secara substansi juga menemukan bahwa sikap/pandangan terhadap pelayanan kesehatan secara signifikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat miskin di Kabupaten Kutai Kartanegara (Sujatmiko, 2006).

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel sikap merupakan prediktor paling dominan dalam pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kecamatan Cijeruk. Dengan demikian untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan maka menjadi suatu kebutuhan bahkan keharusan untuk mempertimbangkan aspek sikap masyarakat terhadap layanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan rekomendasi dari Tim Kerja WHO (Notoatmodjo, 2007) yang telah menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu (termasuk perilaku kesehatan) oleh karena empat alasan pokok yakni pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*) yang terletak pada persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian terhadap obyek (dalam hal ini obyek kesehatan). Hal ini menegaskan bahwa sikap merupakan determinan yang tidak dapat dilepaskan dalam mempertimbangkan perubahan perilaku kesehatan di masyarakat.

### **6.7. Hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Dalam model sumberdaya keluarga (*family resource models*) dikatakan bahwa pendapatan keluarga merupakan karakteristik yang mengukur kesanggupan individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatannya (Notoatmodjo, 2007). Pendapatan keluarga merupakan karakteristik pendukung (*enabling characteristic*), yang mempunyai makna bahwa seseorang tidak akan bertindak memanfaatkan pelayanan kesehatan kecuali ia mampu membayarnya (Andersen, 1974). Sehubungan dengan hal tersebut maka dapat diasumsikan bahwa ibu-ibu atau masyarakat yang mempunyai kemampuan secara ekonomilah yang akan banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hal ini juga menunjukkan bahwa hipotesis gagal ditolak. Kondisi ini tentunya akan lebih cocok bila dilihat berdasarkan perspektif ekonomi, mengingat bahwa pertolongan persalinan yang secara ekonomi membutuhkan biaya yang cukup besar, tentu hal ini akan menimbulkan perbedaan kemampuan masyarakat untuk membayarnya. Pertimbangan ekonomi inilah yang menjadi temuan pada beberapa penelitian sebelumnya seperti diantaranya penelitian Christinani (2010). Hasil peneliti inipun telah mengkonfirmasi bahwa program pemerintah terkait dengan upaya menghilangkan *barrier* ekonomi melalui jaminan persalinan harus mampu menyentuh tidak hanya pada biaya persalinan semata akan tetapi perlu mempertimbangkan kemampuan ekonomi keluarga akan kebutuhan selama persalinan (misalnya biaya transportasi atau biaya akibat berkurang/hilangnya waktu bekerja bagi keluarga).



### **6.8. Hubungan antara kepemilikan jaminan/asuransi kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Variabel yang memiliki asosiasi signifikan dengan pemanfaatan layanan disamping pendapatan, biaya layanan, juga asuransi (Rahman, et al., 2008). Salah satu kendala penting yang dihadapi masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan adalah keterbatasan dan ketidakterediaan biaya. Untuk menjamin akses penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan termasuk pemeriksaan dan pertolongan persalinan, pemerintah telah melaksanakan program JPKMM/Jamkeskin (tahun 2004) selanjutnya Jamkesmas (2005) dan ditambah Jamkesda serta jampersal pada tahun 2011. Melalui sistem pembiayaan tersebut diharapkan tidak ada lagi hambatan finansial dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Jaminan kesehatan dalam pemanfaatan pelayanan merupakan salahsatu faktor pendukung. Hal ini merupakan indikator kemampuan keluarga atau masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Bagi masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan dalam bentuk apapun tentunya akan lebih memiliki kemampuan dalam mengakses atau memanfaatkan pelayanan. Hal ini sebagaimana dikatakan bahwa keikutsertaan individu atau keluarga dalam asuransi kesehatan sebagai sumberdaya keluarga mempunyai hubungan dengan *demand* pelayanan kesehatan. Data dari Survei Nasional Keluarga Amerika tahun 1997 yang digunakan untuk menganalisis akses ke pelayanan dan pemanfaatan layanan kesehatan bagi perempuan berpenghasilan rendah, menunjukkan bahwa perempuan yang tidak diasuransikan menghadapi hambatan akses yang lebih besar dan pemanfaatan layanan yang lebih sedikit, terutama layanan pencegahan, daripada wanita dengan cakupan asuransi baik pemerintah maupaun swasta (Almeida, Dubay, & Ko, 2001).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepemilikan jaminan kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih (hipotesis ditolak). Tidak ditemukan perbedaan proporsi antara ibu yang memiliki jaminan kesehatan dengan yang tidak. Hasil ini

tentunya telah mengkonfirmasi bahwa di wilayah kecamatan Cijeruk kepemilikan jaminan kesehatan tidak secara langsung berhubungan dengan pemanfaatan layanan. Hal ini mengindikasikan bahwa program jaminan persalinan atau jaminan kesehatan lainnya memerlukan kesinergisan dengan program lainnya agar keberadaan jaminan kesehatan tersebut benar-benar menjadi faktor pendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### **6.9. Hubungan antara persepsi tentang kebutuhan kesehatan yang dirasakan (*need*) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan akan dilakukan apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait kehamilan dan persalinan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.. Hal ini menunjukkan bahwa bila seorang ibu hamil merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) saat melahirkan maka ia akan cenderung mendatangi tenaga kesehatan. Disamping itu upaya untuk memanfaatkan tenaga kesehatan dalam persalinan didorong pula oleh keseriusan kondisi persalinan tersebut (*Seriousness*) terhadap individu. Apabila ibu merasa dirinya rentan untuk mengalami masalah dalam persalinan maka ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan maka diperlukan isyarat isyarat berupa faktor eksternal seperti informasi, pesan pesan pada media masa, nasehat, anjuran kawan kawan atau anggota keluarga lain (Notoatmodjo, 2007). Dengan demikian penyebaran informasi terkait persalinan menjadi bagian penting dalam meningkatkan pertolonga persalinan oleh tenaga kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden setuju bahwa proses melahirkan tidak ada kaitannya dengan umur dan melahirkan tetap aman walau sudah punya anak empat orang. Sebagian besar responden (93.6%) setuju bahwa jarak kelahiran dengan kehamilan berikutnya sebaiknya lebih dari dua tahun. Sebagian besar responden tidak setuju bila tekanan darah tinggi, sakit paru, jantung dan gula bukan masalah dalam melahirkan. Walaupun demikian lebih dari setengah (67%) responden setuju bahwa riwayat keguguran, ketuban pecah dini dan anak lahir cacat tidak akan bermasalah dalam persalinan berikutnya. Yang menarik dari data di atas adalah bahwa lebih dari setengah dari responden setuju bila melahirkan di bidan atau paraji sama saja. Dan hampir setengah responden (48.8%) responden setuju bila tidak perlu merencanakan tempat melahirkan karena paraji selalu siap. Adanya penilaian bahwa melahirkan dibantu oleh *paraji* dan oleh bidan sama saja akan mendorong individu untuk lebih cenderung memilih alternatif pilihan yang dianggap paling mudah. Dengan demikian keberadaan *paraji* yang secara kuantitas lebih banyak daripada bidan dan *paraji* sudah hidup lama bersama dengan masyarakat, maka pilihan persalinan akan cenderung memilih *paraji*. Hal ini hanya dapat diatasi bila masyarakat memiliki kecukupan informasi tentang persalinan dan risiko yang mungkin menyertainya. Kecukupan informasi inilah yang dapat mendorong masyarakat untuk mencari tenaga kesehatan dalam proses persalinan. Program penyuluhan kesehatan ibu dan memberdayakan masyarakat dalam kesehatan mungkin kunci dalam merubah persepsi dan perilaku masyarakat.

#### **6.10. Hubungan antara persepsi jarak tempuh dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Menurut Bank Dunia (1991), hambatan utama yang dihadapi oleh masyarakat sosial ekonomi rendah dalam memperoleh pelayanan kesehatan adalah kurangnya infrastruktur fisik. Sumber sumber kesehatan yang langka secara tidak proporsional lebih banyak dimanfaatkan untuk rumah sakit perkotaan dibanding pelayanan kesehatan primer di pedesaan.

Jarak membatasi kemampuan dan kemauan wanita untuk mencari pelayanan, terutama jika sarana transportasi yang tersedia terbatas, komunikasi sulit, dan di daerah tersebut tidak terdapat rumah sakit. Di Meksiko, jalan yang memadai meningkatkan 30 persen pemanfaatan pemeriksaan kehamilan. Suatu penelitian di daerah pedesaan di Jawa Barat juga menemukan bahwa kekurangan sarana transportasi dan komunikasi merupakan kendala utama akses pelayanan ibu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di wilayah Cijeruk jarak ke fasilitas kesehatan yang dipersepsikan oleh ibu tidak berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hasil ini telah mengkonfirmasi hasil penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa aksesibilitas fisik tidak dapat menerangkan secara bermakna kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (Eryando, 2006) dan penelitian yang dilakukan oleh Paulina Kristianti, Anis Fuad, dan Ari Natalia Probandari mengatakan bahwa tersedianya sarana dan tenaga kesehatan tidak selalu diikuti dengan akses yang tinggi dari masyarakat. Jarak tempuh dan kemudahan ke sarana kesehatan tidak selalu berkaitan dengan pemanfaatan program kesehatan ibu dan anak (Kristianti, 2008), akan tetapi terdapat perbedaan yang mencolok dalam akses terhadap pelayanan kesehatan menurut daerah tempat tinggal. Perempuan yang tinggal di daerah pedesaan memberi peringkat lebih rendah untuk ketersediaan, aksesibilitas dan keterjangkauan pelayanan daripada perempuan di perkotaan (Young, Dobson, & Byles, 2000). Namun demikian tidaklah kemudian salah ketika ada program pembangunan infrastruktur dan penempatan tenaga kesehatan agar lebih dekat dengan masyarakat oleh karena ada hasil penelitian juga yang menjelaskan bahwa mendekatkan pelayanan kepada wanita melalui penyediaan pelayanan keliling atau pelayanan rumah misalnya, dapat mengatasi berbagai hambatan jarak dan transportasi yang mempengaruhi akses pelayanan (Koblinsky, 1993)..

### **6.11. Hubungan antara persepsi waktu tempuh dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.**

Hampir sama dengan persepsi jarak tempuh ke fasilitas kesehatan, persepsi waktu tempuhpun merupakan indikator keterjangkauan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Dapatlah diasumsikan bahwa semakin cepat waktu tempuh ke fasilitas kesehatan maka akan semakin tinggi tingkat pemanfaatan pelayanan. Namun hasil penelitian ini telah mengkonfirmasi bahwa di wilayah kecamatan Cijeruk persepsi waktu tempuh tidak berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Hal ini menjadi indikator bahwa aksesibilitas fisik terhadap fasilitas kesehatan bukan merupakan faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan. Hal ini didukung oleh kondisi dimana akses jalan di wilayah kecamatan Cijeruk sebagian besar sudah beraspal walau belum sepenuhnya dilalui kendaraan umum. Dengan demikian persepsi waktu tempuh hanya sebagai faktor pendukung saja sebagaimana yang dikatakan Anderson dalam teorinya. Ada faktor lain yang lebih dominan yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan maternal seperti sikap terhadap layanan kesehatan maternal dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkait dengan persalinan.

### **6.12. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal di Kecamatan Cijeruk**

Berdasarkan model akhir pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, determinan yang paling dominan terhadap pemanfaatan layanan adalah sikap, dimana sikap yang lebih *favorable* mempunyai probabilitas 19 kali lebih besar untuk terjadinya pemanfaatan pelayanan. Oleh karena itu untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di wilayah Kecamatan Cijeruk, maka strategi yang paling tepat adalah dengan mengintervensi sikap ibu-ibu, keluarga atau masyarakat agar lebih *favorable* (lebih mendukung) terhadap pelayanan kesehatan.

### 6.13. Implikasi Kebijakan

Terkait dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sikap terhadap layanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan sebagai faktor yang berasosiasi dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan maka untuk meningkatkan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara konseptual ada beberapa upaya yang dapat dilakukan, diantaranya adalah :

Pertama; menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan, dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan (*coercion*) kepada masyarakat sehingga ia mau melakukannya seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh dengan membentuk peraturan/kebijakan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat dengan sanksi bila tidak mematuhi. Misalnya dalam konteks di kecamatan Cijeruk hal ini dapat dilakukan melalui koordinasi dengan pemerintah setempat seperti camat atau kepala desa dalam melaksanakan kebijakan bantuan langsung tunai (BLT), atau penetapan pemberian kartu askeskin atau jampersal atau bahkan pemberian beras miskin (*raskin*) hanya akan diberikan kepada anggota masyarakat jika anggota masyarakat tersebut dibantu persalinannya oleh tenaga kesehatan. Ataupun program-program lain yang secara langsung menyentuh kepada masyarakat selalu diintegrasikan dengan program kesehatan. Cara ini akan menghasikan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri. Kesadaran masyarakat bahwa kesehatan merupakan investasi bagi peningkatan kualitas sumberdaya manusia harus dipromosikan melalui sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) di berbagai jenjang administrasi.

Kedua; Memberikan informasi tentang pentingnya pertolongan persalinan, dan risiko-risiko yang mungkin terjadi terkait persalinan guna meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan ibu. Kegiatan

ini dapat dilakukan melakukan kampanye kesehatan ibu pada saat hari-hari besar kesehatan, dan event event lain yang diselenggarakan di kecamatan Cijeruk. Diharapkan dengan bertambahnya pengetahuan masyarakat akan menimbulkan kesadaran dan mendorong perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hal ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahannya akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

Ketiga; dengan cara diskusi partisipatif, yaitu dengan cara memberikan informasi tentang kesehatan secara interaktif dengan masyarakat melalui proses diskusi. Banyak melibatkan masyarakat karena pembangunan kesehatan maternal tidak mungkin hanya dilaksanakan oleh Puskesmas Cijeruk saja, tetapi juga perlu melibatkan lintas sektor lainnya seperti PKK, tokoh agama, Kepala Desa dan perangkat pemerintah daerah lainnya. Dengan demikian, seluruh komponen masyarakat harus berpartisipasi aktif, semua unsur masyarakat diajak secara bersama sama mengidentifikasi masalah kesehatan setempat (*community self survey*), mendorong persamaan persepsi tentang kesehatan maternal dan lain sebagainya.

Melibatkan berbagai elemen masyarakat dalam kegiatan kesehatan akan menumbuhkan rasa tanggungjawab masyarakat dalam bidang kesehatan. Untuk mendukung tujuan tersebut maka sebagaimana telah ditetapkan di dalam Kepmenkes No 564/Menkes/SK/VIII/2006 bahwa dalam rangka percepatan pencapaian visi Indonesia sehat perlu dikembangkan pemberdayaan potensi masyarakat melalui pengembangan desa siaga sebagai sebuah pendekatan untuk menyiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat. Disamping itu sebagaimana di rumuskan oleh Direktorat Bina Kesehatan Ibu dalam rangka percepatan penurunan AKI guna mencapai target MDGs tahun 2015 diantaranya terus diupayakan agar bidan di desa sedapat mungkin

tinggal di desa, guna memberikan kontribusi positif untuk pertolongan persalinan serta pencegahan dan penanganan komplikasi maternal. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam kesehatan reproduksi responsif gender harus ditingkatkan untuk meningkatkan *health care seeking behaviour*.





## BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1. Kesimpulan

- 7.1.1. Pertolongan persalinan di wilayah Kecamatan Cijeruk sudah sebagian besar (66,5%) sudah memanfaatkan tenaga kesehatan (bidan atau dokter). Namun demikian masih ada sekitar 33,5 persen yang ditolong oleh paraji. Sekitar 47,3 persen masih memilih melakukan persalinan di rumah sendiri. Hampir setengah responden masih menilai dan percaya bahwa paraji dapat dipercaya dalam membantu proses persalinan. Masih ada responden yang mempunyai persepsi yang belum sesuai dengan norma-norma kesehatan terkait persalinan.
- 7.1.2. Tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- 7.1.3. Terdapat hubungan yang bermakna antara sikap terhadap layanan kesehatan ( $p=0.000$ ), persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan ( $p=0,000$ ) serta pendapatan keluarga ( $p=0,034$ ) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
- 7.1.4. Sikap terhadap layanan kesehatan merupakan determinan paling dominan dalam pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan ( $POR=19,292$  dan  $95\%CI=8.337-44,644$ ). Sikap yang lebih favorable mempunyai probabilitas 19,292 kali lebih besar untuk pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dibandingkan dengan sikap yang kurang *favorable*. Semakin *favorable* (mendukung) sikap terhadap layanan kesehatan maternal maka akan semakin mungkin untuk memanfaatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

## 7.2. Saran

### 7.2.1. Bagi Instansi kesehatan (Dinas Kesehatan dan Puskesmas)

Mengingat besarnya probabilitas terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal dengan melakukan intervensi terhadap sikap maupun persepsi, maka untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan dapat dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

- 7.2.1.1. Meningkatkan upaya koordinasi dan kerja sama lintas sektor dengan pemangku kepentingan (Camat, Kepala Desa), guna mendukung kebijakan yang dapat mendorong (*coercion*) masyarakat memanfaatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan disertai sanksi berupa penundaan penghargaan atau bantuan bila tidak mematuhi.
- 7.2.1.2. Terus menerus menyebarkan informasi melalui penyuluhan tentang pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan serta melahirkan di fasilitas kesehatan untuk meningkatkan aspek pengetahuan masyarakat tentang kesehatan ibu guna mendorong perilaku upaya pencarian pelayanan maternal kepada tenaga kesehatan.
- 7.2.1.3. Mengembangkan diskusi partisipasi melalui upaya *community self survey* dengan mengajak masyarakat terlibat lebih aktif untuk mengidentifikasi masalah kesehatan setempat, menyamakan persepsi tentang persalinan atau peristiwa melahirkan serta membangun komitmen masyarakat terhadap kesehatan.

### 7.2.2. Bagi tenaga kesehatan

- 7.2.2.1. Terus meningkatkan dan mengembangkan komunikasi terbuka dengan *paraji* sebagai entri point dalam pelayanan persalinan, lebih dekat dengan masyarakat serta mampu mengembangkan program yang menampung harapan masyarakat dalam hal perbaikan kesehatan.
- 7.2.2.2. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat melalui kerja sama dengan *stakeholder* yang ada di masyarakat seperti kader, tokoh dan elemen masyarakat dalam meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, sehingga terbentuk *role*

*model* yang baik guna mendorong terjadinya perubahan perilaku di masyarakat.

### 7.2.3. Bagi Penelitian

Untuk mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif perlu dikembangkan penelitian lebih lanjut tentang determinan sikap dan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu serta dilakukan kajian lebih lanjut tentang fenomena pemanfaatan pertolongan persalinan oleh *paraji* melalui pendekatan penelitian kualitatif.



## DAFTAR REFERENSI

- Agustina. (2011). *Peran pengetahuan dan sikap terhadap persalinan yang aman pada peserta jaminan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Cijeruk Kabupaten Bogor Tahun 2011*. Tesis, Universitas Indonesia, Depok.
- Almeida, R. A., Dubay, L. C., & Ko, G. (2001). *Access to care and use of health services by low-income women*. *Health Care Financing Review*, 22(4), 27-47.
- Andersen, R. (1974). *A Behavioral Model of Families Use of Health Services*. 25. Center for Health Administration Studies, Research Series. Retrieved from [www.ssa.uchicago.edu](http://www.ssa.uchicago.edu)
- Anna M van Eijk, et al. (2006). *Use of antenatal services and delivery care among women in rural western Kenya: a community based survey*. *Reproductive Health* 2006, 3:2 doi:10.1186/1742-4755-3-2.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Azwar, S. (2002). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bank, W. (2009). *Reducing Maternal Mortality: Strengthening the World Bank Response*. Maternal health text 6-29-10.indd 1. Retrieved from [http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/MaternalHealth62910\\_PRINT.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/MaternalHealth62910_PRINT.pdf)
- Chowdhury. (2009). *Causes of Maternal Mortality Decline in Matlab, Bangladesh*. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(2), 108.
- Coskun, A. M., Karakaya, E., & Yaser, Y. (2009). *A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul*. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14(6), 424-436. doi: 10.3109/13625180903274460
- Depkes, RI. (2007a). *KMK Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan Jakarta*.
- \_\_\_\_\_, RI. (2007b). *Laporan Nasional Riskesdas*
- \_\_\_\_\_, RI. (2008a). *KMK No 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*.

- \_\_\_\_\_, RI. (2008b). *KMK RI No 604/Menkes/SK/VII/2008 Tentang Pedoman Pelayanan Maternal perinatal pada Rumah Sakit Umum kelas B, Kelas C, dan Kelas D.*
- \_\_\_\_\_, RI. (2009). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA).* Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- \_\_\_\_\_, RI. (2010a). Data KIA 33 Provinsi tahun 2009.
- \_\_\_\_\_, RI. (2010b). *Laporan Nasional Riskesdas* Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Dinkes. (2010). *Profile Kesehatan Kabupaten Bogor.* Diskominfo Retrieved from <http://www.bogorkab.go.id>.
- Donnay, F. A. (2007). *Women Deliver: A Global Conference.* Expert Rev. Obstet. Gynecol. 3(1), 33–34 (2008). Retrieved from [www.expert-reviews.com](http://www.expert-reviews.com)
- Elfemi, N. (2003). *Aspek sosial kultural dalam perawatan kesehatan studi kasus: penderita tuberculosis di Cikoneng Kabupaten Ciamis.* Universitas Indonesia, Depok. Retrieved from <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=73714>
- Eryando, T. (2006). *Aksesibilitas Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang,* 2006. Makara Kesehatan, 11, No 2, 76-83.
- Friedman, M. (1998). *Keperawatah Keluarga : Teori dan Praktik.* Jakarta: EGC.
- Graham, W. J. (2008). *Japan : Setting an example to the world in reducing maternal mortality.* Retrieved from [http://www.who.int/pmnch/media/news/2008/japan example](http://www.who.int/pmnch/media/news/2008/japan%20example)
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan.* Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hernawati, I. (2011). *Analisis Kematian Ibu di Indonsia Tahun 2010.* Retrieved from <http://www.depkes.go.id>
- Hogan, at all, (2010). *Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. The Lancet, 375(9726), 1609-1609-1623.*
- Hoope, P. T. (2005). *Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs* Retrieved from [w w w . r h r c . o r g](http://www.rhrc.org)

- It's all about safe motherhood. (2006). *The Statesman*, p. 1. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1134534721&Fmt=7&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Jasvindar, K. (2011). *Maternal Health in Malaysia: A Review*. *Webmed Central Public Health* 2011;2(12):WMC002598.
- Kemenkes Galakkan Kembali Program P4K Dan KIA. (2010). Retrieved from javanewsonline.com website: <http://www.javanewsonline.com>
- Kemkes. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*. Jakarta: Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Retrieved from <http://perpustakaan.depkes.go.id>.
- Koblinsky, M. (1993). *Kesehatan Wanita : Sebuah Perspektif Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Koblinsky, M. (n.d). *Making Motherhood Safe*. Retrieved from [books.google.com](http://books.google.com).
- Koblinsky, M., at all Conroy, C., Kureshy, N., Stanton, M. E., & Jessop, S. (2000). *Issues in Programming for Safe Motherhood*.
- Kristiani, S. (2009). *Socio Economic and Demographic Determinants of Maternal Health Care Utilization Indonesia*. Retrieved from <http://www.itpbkkn.org>
- Kristianti, P. (2008). *Distribusi dan Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Ngawi : Kajian Data Potensi Desa Tahun 2005*: KMPK Universitas Gadjah Mada.
- Maine, D. (1993). *Safe Motherhood Programme*.
- Meda, N., at all (2008). *From evaluating a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso to policy implications for safe motherhood in Africa*. *Tropical Medicine & International Health*, 13, 68-72. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02089.x
- Mesquita, P. *Reducing Maternal Mortality The contribution of the right to the highest attainable standard of health*.
- Noerdin, E. (2008). *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan pada Perempuan Miskin*. Retrieved from <http://wri.or.id>
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Puskesmas. (2010). *Laporan Tahunan UPT Puskesmas Cijeruk*. Kabupaten Bogor.

- Rahman, M. H., Mosley, W. H., Ahmed, S., & Akhter, H. H. (2008). *Does Service Accessibility Reduce Socioeconomic Differentials In Maternity Care Seeking? Evidence From Rural Bangladesh*. *Journal of Biosocial Science*, 40(1), 19-33. doi: 10.1017/s0021932007002258
- Ratriasworo, E. (2003). *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dan Dimensi Kualitas Pelayanan Dengan Kunjungan Ulang Pelayanan Antenatal Di Wilayah Kerja Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara* Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang. Retrieved from <http://eprints.undip.ac.id/13735/>
- Rosmini, M. (2002). *Determinan pemanfaatan pelayanan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kecamatan Cimalaka Kabupaten Sumedang*. Tesis, Universitas Indonesia, Depok.
- Sabardianto, T. D. (2008). *Analisis pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh pengguna jasa berdasarkan aksesibilitas pada puskesmas kecamatan di wilayah jakarta pusat*. Universitas Indonesia, Depok. Retrieved from <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=122411>
- Samuel Mills, S. C., Esperanza Miranda, , & Shreelata Rao Seshadri, P. A. (2009). *Reducing Maternal Mortality: Strengthening the World Bank Response* Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org>
- Sarwono, S. (2004). *Sosiologi Kesehatan : Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sastroasmoro, S. I., Sofyan (2002). *Dasar Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sujatmiko, A. H. (2006). *Analisis pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Kutai Kartanegara*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Undang Undang RI. (2009a). *UU No.36 Tentang Kesehatan*.
- \_\_\_\_\_ RI. (2009b). *UU RI Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan kependudukan dan Pembangunan keluarga*.
- UNDP. (2005). *Tujuan 5 Meningkatkan Kesehatan IbuLaporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia: UNDP*. Retrieved from <http://www.undp.or.id>.

- WHO. (2000). Regional Strategy for Reduction of Maternal Mortality in The South East Asia Region. *Fifty-third Session*. Retrieved from [www.searo.who.int](http://www.searo.who.int)
- \_\_\_\_\_. (2007). Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank.
- \_\_\_\_\_. (2008). Skilled birth attendants. Retrieved from [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/factsheet\\_sba.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/factsheet_sba.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2010). Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Retrieved from [worldbank.org](http://worldbank.org)
- Young, A. F., Dobson, A. J., & Byles, J. E. (2000). Access and equity in the provision of general practitioner services for women in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(5), 474-480.
- Yuswandi, A. (2006). *Analisis Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Akses Penduduk Sumatera Barat Ke Pelayanan Kesehatan*. Tesis, Universitas Indonesia, Depok.



**PENJELASAN SURVEY**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Khaerudin

Umur ; 42 Tahun

Status : Mahasiswa Pasca Sarjana FKM UI

Alamat : Jln Raya Ciapus PPN Sukamantri RT 02/12 Kecamatan  
Tamansari Kabupaten Bogor 16610

Dengan ini mengajukan permohonan kepada ibu untuk berpartisipasi dalam kegiatan survey tentang pemanfaatan pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan.

Kegiatan survey ini bertujuan untuk memahami hal hal yang berkaitan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di Wilayah Cijeruk Kabupaten Bogor. Informasi yang ibu berikan akan saya jaga kerahasiaanya. Ibu berhak untuk tidak bersedia dalam kegiatan ini, Jika selama pengisian angket ini ibu merasa tidak nyaman diperbolehkan untuk tidak meneruskan partisipasi dalam survey ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan ibu saya mengucapkan terimakasih.

Bogor, Mei 2012

Hormat saya,

Khaerudin.,

**KUESIONER SURVEY  
DETERMINAN PEMANFAATAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH  
TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIJERUK  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2012**

**Petunjuk :**

1. Isilah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan keadaan ibu yang sesungguhnya, tidak ada jawaban yang SALAH bila jawaban ibu sesuai dengan keadaan, pendapat dan pengalaman ibu.
2. Kami menjamin jawaban yang ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan survey.

<b>IDENTITAS RESPONDEN</b>	
IR1	Nama (tidak harus)
IR2	RT dan RW
IR3	Desa
IR4	Alamat dusun/kampong
<b>UMUR RESPONDEN</b>	
A1	Berapakah umur ibu saat melahirkan anak terakhir ? ....Tahun
A2	Berapakah umur anak terakhir ibu?.....bulan
<b>PENDIDIKAN RESPONDEN</b>	
B1	Apa pendidikan terakhir ibu ? a. Tidak sekolah b. Tidak tamat SD dan sederajat c. Tamat SD dan sederajat d. Tamat SLTP dan sederajat e. Tamat SLTA dan sederajat f. Perguruan Tinggi
<b>PEKERJAAN</b>	
B2	Apakah saat hamil yang terakhir ibu bekerja? a. Ya b. Tidak
B3	Apabila saat hamil yang terakhir ibu bekerja , apa pekerjaan ibu ? a. Petani b. Dagang c. PNS d. TNI/POLRI e. Pegawai swasta f. Buruh pabrik g. Lain-lain, sebutkan.....
<b>PENDAPATAN KELUARGA</b>	
C1	Berapa rata rata penghasilan keluarga ibu setiap bulan? a. kurang dari Rp 1.300.000/bulan b. Lebih dari Rp.1.300.000/bulan
C2	Apa pekerjaan utama suami ibu? a. Tidak bekerja e. PNS

	b. Petani c. Perajin swasta d. Dagang pabrik Lain-lain, sebutkan.....	f. TNI/POLRI g. pegawai h. buruh
C3	Berapa orang menjadi tanggungan ibu/suami ibu? a. 3 orang b. 4 orang c. 5 orang d. Lebih dari 5 orang	
C4	Apakah ibu dan suami masih tinggal bersama orang tua? a. Ya b. Tidak	
C5	Apakah rumah ini milik ibu/suami? a. Ya b. Tidak	
<b>KEPEMILIKAN JAMINAN KESEHATAN</b>		
D1	Apakah ibu memiliki kartu jaminan/asuransi (seperti jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, jamsostek, askes, askeskin, SKTM, dll) untuk berobat? a. Ya b. Tidak	
D2	Apakah ibu memanfaatkan kartu jaminan tersebut untuk pemeriksaan kehamilan? a. Ya b. Tidak	
D3	Apakah ibu memanfaatkan kartu jaminan tersebut untuk melahirkan? a. Ya b. Tidak	
<b>JARAK KE FASILITAS KESEHATAN</b>		
G1	Manakah jarak yang terdekat dari rumah ibu? a. Bidan b. Dokter c. Puskesmas d. Lain lain . sebutkan.....	
G2	Berapakah jarak dari rumah ibu ke tempat tersebut ? a. Kurang dari 5 km b. Lebih dari 5 km	
<b>WAKTU TEMPUH KE FASILITAS KESEHATAN</b>		
H1	Berapakah lama waktu perjalanan dari rumah ibu ke tempat tersebut ? a. Kurang dari 30 menit b. Lebih dari 30 menit	

H2	Bagaimana cara ibu untuk sampai ke tempat tersebut? a. Jalan kaki b. Naik ojek c. Naik angkutan umum d. Naik mobil tetangga e. Naik kendaraan pribadi f. Lain lain sebutkan.....
<b>PEMANFAATAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>	
F1	Siapakah yang menolong ibu melahirkan anak yang terakhir? a. Paraji b. Bidan c. Paraji dan bidan d. Dokter e. Lain-lain, sebutkan.....
F3	Dimana tempat ibu melahirkan anak yang terakhir? a. Rumah sakit b. Puskesmas c. Rumah bersalin d. Dokter praktik e. Bidan f. Polindes g. Rumah sendiri

Untuk selanjutnya anda memberikan tanggapan setuju atau tidak setuju terhadap setiap pernyataan yang ada sesuai dengan pendapat anda sendiri dengan memberikan tanda ( V ) pada kolom yang disediakan.

NO	SIKAP IBU TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL	TANGGAPAN	
		Setuju	Tidak Setuju
I.2	Saat saya melahirkan, kehadiran bidan sangat membant		
I.4	Kapanpun saya membutuhkan, bidan selalu siap membantu saya		
I.6	Lebih baik memeriksakan kehamilan atau melahirkan di bidan atau di puskesmas		
I.7	Melahirkan di bidan biayanya mahal.		
I.8	Walaupun gratis, saya tidak akan melahirkan di puskesmas		
I.9	Walaupun dekat, saya tidak akan meminta bantuan bidan atau ke puskesmas untuk memeriksa kehamilan atau melahirkan.		

I.10	Kalau melahirkan di bidan atau puskesmas suka lama dan pasti dijahit		
I.13	walaupun di lingkungan rumah saya ada paraji saya akan tetap memeriksakan kehamilan atau melahirkan di bidan atau puskesmas		
I.14	Bila saya merasakan ada keluhan dengan kehamilan saya, saya akan datang ke bidan atau ke puskesmas.		
I.15	Kalau melahirkan di bidan atau puskesmas, saya dan bayi saya akan lebih aman.		
I.16	Saya akan memeriksakan kehamilan saya ke bidan tetapi kalau melahirkan saya mau sama paraji.		
I.17	Saya dan keluarga lebih percaya sama paraji untuk menolong saya melahirkan.		
I.18	Saya akan tetap memilih bidan atau puskesmas saat saya melahirkan walaupun keluarga saya melarangnya.		
I.20	Saya merasa takut kalau melahirkan di bidan atau puskesmas.		
I.21	Bidan di tempat saya masih muda dani kurang pengalaman dalam menolong melahirkan.		
	<b>PERSEPSI IBU TENTANG KEBUTUHAN YANG DIRASAKAN TERKAIT KEHAMILAN DAN PERSALINAN</b>	Setuju	Tidak setuju
J.1	Melahirkan adalah hal yang biasa bagi setiap perempuan, tidak akan menimbulkan masalah apa apa.		
J2	Masalah dalam melahirkan tidak ada hubungannya dengan usia, mau muda atau tua sama saja.		
J3	Walaupun sudah punya anak 4, kalau ibu mau hamil dan melahirkan lagi tetap aman		
J4	Jarak kelahiran anak dan kehamilan berikutnya sebaiknya lebih dari 2 tahun		
J5	Ibu hamil tidak perlu memperhatikan naik atau tidaknya berat badan.		
J7	Ibu hamil yang mengalami sakit paru paru, sakit jantung, sakit gula tetap aman apabila hamil.		

J8	Ibu yang sering mengalami keguguran, atau ketuban pecah sebelum waktunya, atau bayi lahir cacat apabila hamil kembali bisa mengalami masalah		
J9	Pemeriksaan kehamilan sebaiknya rutin dilakukan agar ibu dan janin tetap sehat.		
J10	Paraji lebih memahami tentang cara melahirkan daripada bidan atau puskesmas.		
J11	Bila ada perdarahan saat hamil tidak harus datang ke bidan atau puskesmas cukup istirahat saja		
J12	Bengkak bengkak pada kaki merupakan hal yang biasa pada ibu hamil jadi tidak perlu di periksa.		
J13	Melahirkan ke paraji atau ke bidan sama saja.		
J14	Ibu yang pernah mengalami kesulitan saat melahirkan, kemungkinan akan mengalami masalah kalau melahirkan kembali		
J15	Sebaiknya melahirkan dibantu oleh paraji karena selalu dibacakan do'a do'a		
J16	Kita tidak harus berbuat apa apa, menerima saja masalah apapun yang terjadi saat melahirkan karena semua itu sudah merupakan kehendak yang kuasa		
J17	Karena melahirkan itu banyak resikonya, maka harus ditolong oleh tenaga kesehatan		
J.18	Ibu hamil tidak perlu merencanakan siapa yang akan menolong melahirkan dan dimana akan melahirkan, karena ada paraji yang selalu siap membantu.		

## ANALISIS RELIABILITAS KUESIONER

Reliabilitas Sikap terhadap layanan Kesehatan Maternal

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.909	15

## Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
I2	.83	.379	30
I4	.80	.407	30
I6	.77	.430	30
I7	.50	.509	30
I8	.53	.507	30
I9	.70	.466	30
I10	.57	.504	30
I13	.73	.450	30
I14	.87	.346	30
I15	.77	.430	30
I16	.50	.509	30
I17	.50	.509	30
I18	.57	.504	30
I20	.60	.498	30
I21	.73	.450	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
I2	9.13	18.464	.797	.898
I4	9.17	18.213	.814	.897
I6	9.20	18.855	.580	.904
I7	9.47	18.464	.568	.905
I8	9.43	19.220	.389	.911
I9	9.27	18.754	.554	.905
I10	9.40	18.869	.476	.908
I13	9.23	18.737	.582	.904
I14	9.10	19.266	.600	.904
I15	9.20	18.166	.779	.898
I16	9.47	18.051	.670	.901
I17	9.47	18.326	.602	.903
I18	9.40	18.593	.543	.906
I20	9.37	18.309	.621	.903
I21	9.23	18.599	.620	.903

Reliabilitas Persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan terkaait kehamilan dan persalinan

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.937	17

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
J1	.43	.504	30
J2	.37	.490	30
J3	.37	.490	30
J4	.37	.490	30
J5	.40	.498	30
J7	.40	.498	30
J8	.47	.507	30
J9	.43	.504	30
J10	.63	.490	30
J11	.43	.504	30
J12	.83	.379	30
J13	.47	.507	30
J14	.47	.507	30
J15	.27	.450	30
J16	.40	.498	30
J17	.40	.498	30
J18	.50	.509	30

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
J1	7.20	30.372	.713	.932
J2	7.27	29.857	.838	.929
J3	7.27	29.926	.824	.929
J4	7.27	30.271	.755	.931
J5	7.23	30.392	.718	.932
J7	7.23	30.047	.785	.930
J8	7.17	30.282	.725	.932
J9	7.20	30.441	.699	.932
J10	7.00	31.379	.540	.936
J11	7.20	30.303	.726	.932
J12	6.80	32.648	.414	.938
J13	7.17	31.385	.518	.936
J14	7.17	30.075	.764	.931
J15	7.37	32.447	.378	.939
J16	7.23	31.426	.521	.936
J17	7.23	30.806	.638	.934
J18	7.13	30.809	.623	.934



### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Khaerudin

Tempat/tanggal Lahir : Bogor, 1 November 1970

Jenis Kelamin : Laki Laki

Alamat Rumah : Kp PPN Sukamantri RT 02/12 Kecamatan  
Tamansari Kabupaten Bogor 16610

Alamat Instansi : Poltekkes Kemenkes Bandung Program Studi  
Keperawatan Bogor. Jln dr Sumeru no 116  
Bogor 16111

Riwayat Pendidikan:

Lulus S1 dan Ners Keperawatan UNPAD Bandung Tahun 2003

Lulus DIII Keperawatan Akper Depkes Dr Otten Bandung Tahun 1993

Lulus SMA Negeri I Bogor Tahun 1990

Lulus SMP Negeri I Bogor tahun 1987

Lulus SD Negeri Sirnagalih I Kabupaten Bogor tahun 1984

Riwayat Pekerjaan:

2005-Sekarang : Staf Pengajar di Program Studi Keperawatan  
Bogor Poltekkes Kemenkes Bandung

2001-2005 : Staf Pengajar di Program studi Keperawatan  
Tangerang Poltekkes Depkes Bandung.

1998-2001 : Akademi Keperawatan Depkes Tangerang

1993-1998 : SPK Depkes Tangerang