



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN LAYANAN ANTENATAL DENGAN
PEMANFAATAN FASILITAS KESEHATAN
SAAT PERSALINAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)**

TESIS

**WARDAH
1006799325**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK, JAWA BARAT
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN LAYANAN ANTENATAL DENGAN
PEMANFAATAN FASILITAS KESEHATAN
SAAT PERSALINAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas
Magister Kesehatan Masyarakat (MKM)**

**WARDAH
1006799325**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN BIostatistik
DEPOK, JAWA BARAT
JULI 2012**

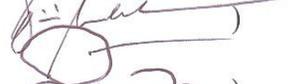
Universitas Indonesia

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Wardah
NPM : 1006799325
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Hubungan Layanan Antenatal Dengan
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan
Di Indonesia (Analisis Data Riskedas 2010)

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. Besral, S.KM, MSc ()
Pembimbing : dr. Iwan Ariawan, MSPH ()
Penguji : dr. Meiwita Budiharsana, MPA, Ph.D ()
Penguji : Sugito, S.KM, M.Kes ()
Penguji : Ning Sulistiyowati, M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok, Jawa Barat

Tanggal : 5 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Biostatistik pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Dr. Besral, SKM,M.Sc, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (3) Kementerian kesehatan yang telah memberikan bantuan dukungan beasiswa;
- (4) orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan dukungan moral; dan
- (5) sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

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

Depok, 5 Juli 2012

Wardah

Universitas Indonesia

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

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

Nama : Wardah
NPM : 1006799325
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Biostatistik
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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

Hubungan Layanan Antenatal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Riskedas 2010)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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, Jawa Barat
Pada tanggal : 5 Juli 2012
Yang menyatakan

Wardah

Universitas Indonesia

ABSTRAK

Nama : Wardah
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Hubungan Layanan Antenatal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010)

Kematian ibu merupakan indikator yang penting untuk menggambarkan status kesehatan maternal. Di Indonesia, angka kematian ibu masih relatif tinggi (228/100.000 kelahiran hidup). Tingginya angka kematian ibu terkait dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan masih rendah. Layanan antenatal dapat dijadikan sarana untuk memotivasi ibu hamil agar bersalin di fasilitas kesehatan. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia.

Penelitian dilakukan terhadap ibu yang melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 5 tahun (2005-2010) dengan menggunakan data sekunder Riskesdas 2010 dan metode penelitian *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 19.803 responden. Analisis data menggunakan metode regresi logistik ganda (*complex samples*).

Hasil penelitian ini memperlihatkan hubungan yang signifikan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Namun efek layanan antenatal K4 berbeda menurut ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal setelah dikontrol oleh pendidikan dan paritas. Ibu hamil yang melakukan layanan antenatal K4 pada ekonomi keluarga miskin (kuartil 1) dan keluarga kaya (kuartil 4) memiliki peluang 3 kali lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan. Demikian juga dengan wilayah tempat tinggal, pedesaan memiliki peluang 3 kali lebih besar memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan ibu hamil yang layanan antenatalnya tidak K4.

Untuk meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan, motivasi ibu hamil terutama di masyarakat pedesaan ternyata berkaitan dengan keberhasilan pelayanan antenatal terpadu yang maksimal.

Kata Kunci:

Layanan antenatal, persalinan, fasilitas kesehatan

ABSTRACT

Name : Wardah
Study Program : Public Health Study
Title : The Correlation Between Antenatal Services with Utilization of Health Facilities During Birth Delivery in Indonesia (Data Analysis of Basic Health Research/Riskesdas 2010)

Maternal death is an indicator of maternal health status in a country. In Indonesia, maternal mortality ratio is relatively high (228 per 100,000 live births). High rate of maternal mortality is often associated with low rate utilization of health facilities during birth delivery. The antenatal services should be used to motivate mothers to deliver their babies in health facilities. The objective of this study is to economic the correlation between use of antenatal services and utilization of health facilities during birth delivery in Indonesia.

Sample included mothers who gave birth to their last child during 2005-2010 taken from the Basic Health Research/Riskesdas 2010 data. The Riskesdas used a cross sectional study design with a total sample size of 19.803 respondents. Modelling used a multiple logistic regression method.

Findings show significant correlations between use of antenatal services and use of birth delivery facilities. The effect differs according to family economic status and location of residence, after controlling for education level and parity. Pregnant women from lower economic status (quartile one) and better economy (quartile four) were 3 times more likely to use birth delivery facilities. By location of residence, women who lived in rural areas were 3 times more likely to delivery in birth facilities than women who did not reach four times antenatal care.

To increase the number of birth delivery in health facilities, the findings showed a positive correlation with successful and complete antenatal care (4 times), especially in rural areas.

Key words:
Antenatal services, birth delivery, health facilities.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Bagi Pengembangan Program	6
1.5.2 Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Pengertian Fasilitas Kesehatan	7
2.2 Pelayanan Kesehatan	7
2.3 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu	8
2.3.1 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu di Sektor Pemerintah.....	8
2.3.2 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu oleh Masyarakat dan Swasta	8
2.4 Pengertian Kehamilan dan Persalinan	9
2.5 Pelayanan Antenatal	11
2.5.1 Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu	11
2.5.2 Frekuensi dan Waktu Kunjungan Antenatal	13
2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	15
2.6.1 Umur	15
2.6.2 Paritas dan Jarak Kelahiran	16
2.6.3 Pendidikan	16
2.6.4 Pekerjaan	17
2.6.5 Pengetahuan	17
2.6.6 Sikap	18
2.6.7 Ekonomi Keluarga.....	19
2.6.8 Wilayah Tempat Tinggal	19
2.6.9 Komplikasi Kehamilan	20

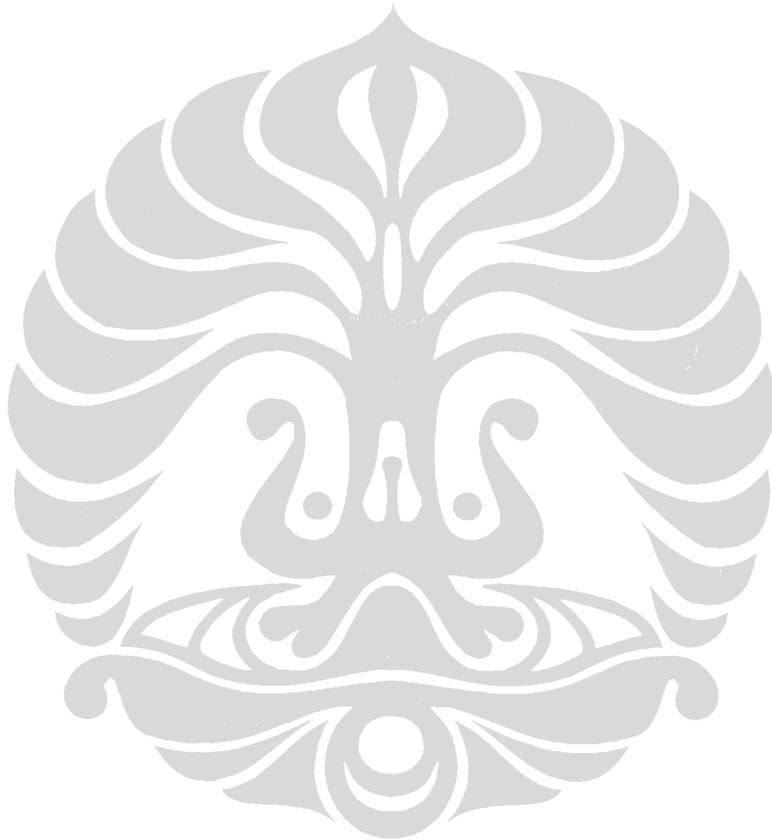
2.6.10 Pelayanan Antenatal	22
2.7 Regresi Logistik	22
2.8 Kerangka Teori	26
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL	27
3.1 Kerangka Konsep	27
3.2 Variabel	28
3.3 Hipotesis	28
3.4 Definisi Operasional	28
4. METODE PENELITIAN	30
4.1 Rancangan Penelitian	30
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	30
4.3 Sumber Data Penelitian	30
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian	32
4.5 Data Yang Dikumpulkan	34
4.6 Manajemen dan Analisis Data	34
5. HASIL PENELITIAN	37
5.1 Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan Dan Layanan Antenatal	37
5.2 Karakteristik Responden	38
5.3 Hubungan Layanan Antenatal Dan Variabel Konfounding Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	40
5.4 Analisis Multivariabel	42
5.4.1 <i>Hierarchically Well Formulated Model</i> (HWF Model)	42
5.4.2 Uji Interaksi Dengan Cara <i>Hierachically Backward Elimination</i>	44
5.4.3 Uji Konfounding	45
6. PEMBAHASAN	50
6.1 Keterbatasan Penelitian	50
6.2 Hasil Penelitian	51
6.2.1 Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	51
6.2.2 Hubungan Layanan Antenatal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	53
7. KESIMPULAN DAN SARAN	58
7.1 Kesimpulan	58
7.2 Saran	58
7.2.1 Bagi Pembuat Kebijakan	58
7.2.2 Bagi Pelaksana Program	59
7.2.3 Bagi Peneliti	59
DAFTAR REFERENSI.....	60

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Target Nasional Kunjungan Antenatal dan Penanganan Komplikasi Tahun 2010-2014	15
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel	27
Tabel 4.1 Jumlah Sampel Berdasarkan Penelitian Terdahulu	33
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan dan Layanan Antenatal	37
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal dan Komplikasi (n=19.803)	39
Tabel 5.3 Distribusi Hubungan Layanan Antenatal, Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Ekonomi Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal, Komplikasi Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	40
Tabel 5.4 Analisis Multivariabel Layanan Antenatal, Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Ekonomi Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal, Komplikasi Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	43
Tabel 5.5 Distribusi Hasil Uji Interaksi dengan Cara <i>Backward Elimination</i>	44
Tabel 5.6 Model Baku Emas Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	45
Tabel 5.7 Distribusi Hasil Pada Pengeluaran Variabel Potensial Konfounding	46
Tabel 5.8 Model Sederhana Pengaruh Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	47
Tabel 5.9 Efek Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	48

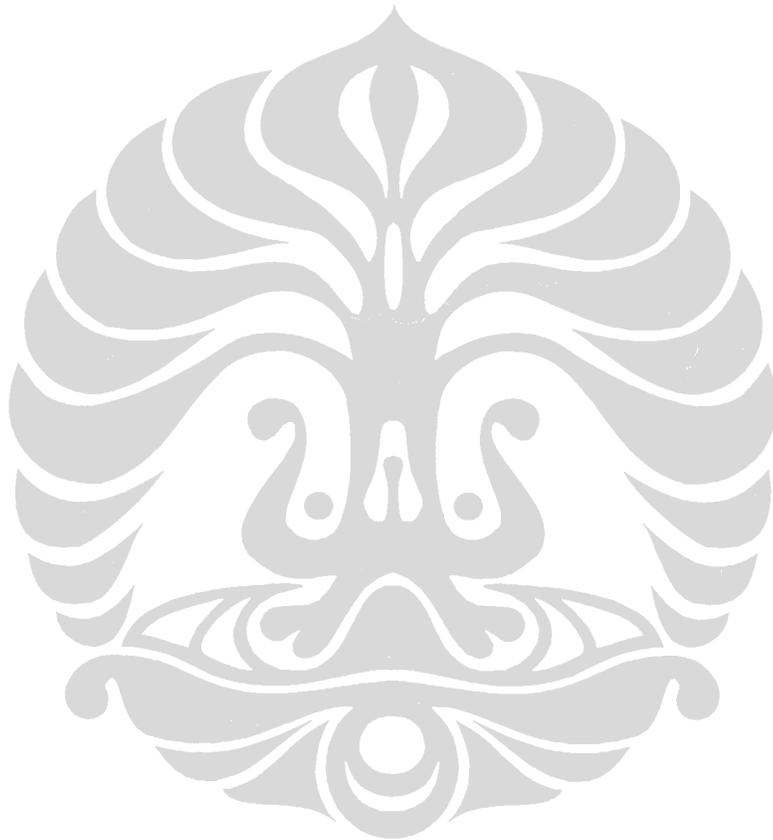
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Andersen	26
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	27
Gambar 4.1 Langkah Pemilihan Sampel	34
Gambar 6.1 Tren Persalinan Di Fasilitas kesehatan Tahun 1991-2010	52



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Distribusi Hasil Perubahan Odds Rasio Pada Pengeluaran Variabel
Konfounding
- Lampiran 2 Kuesioner Riskesdas 2010



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat secara mandiri agar mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Dalam pelaksanaannya, pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan azas perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian serta adil dan merata dengan mengutamakan aspek manfaat utamanya bagi kelompok rentan seperti ibu, bayi, anak, usia lanjut dan keluarga tidak mampu (Kemenkes, 2010a).

Berdasarkan data WHO tahun 2005, sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan negara persemakmuran (News A, 2009).

Dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih relatif lebih tinggi. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand (GOI-UNICEF, 2000).

Tingginya kematian ibu bersalin di Indonesia merupakan gambaran bahwa status kesehatan wanita masih memerlukan perhatian yang serius. Berdasarkan data SDKI 2007, angka nasional untuk kematian ibu di Indonesia 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dibandingkan hasil SDKI tahun 2002-2003 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2010).

Situasi di negara miskin menunjukkan bahwa tingginya kematian maternal berkaitan dengan transportasi yang sulit dan mahal untuk menuju pelayanan kesehatan terdekat, terutama bagi keluarga miskin yang menggunakan waktunya untuk bekerja agar memperoleh penghasilan (Djaja S. & Afifah T, 2011).

Di dalam Skenario percepatan penurunan AKI (2011), sesuai target MDG's, AKI harus diturunkan sampai 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Untuk dapat mencapai target tersebut diperlukan terobosan dan upaya keras dari seluruh pihak, baik pemerintah, sektor swasta, maupun masyarakat.

Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu, secara garis besar dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas seperti perdarahan, pre eklamsia/eklamsia, infeksi, persalinan macet dan abortus (Kemenkes, 2010).

Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu seperti empat terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran) maupun yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti tiga terlambat (terlambat mengenali tanda bahaya dan pengambilan keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan) (Kemenkes, 2010a).

Upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, balita, meningkatkan status gizi masyarakat serta pencegahan dan penanggulangan penyakit menular masih menjadi prioritas utama dalam pembangunan nasional bidang kesehatan sebagaimana tercantum dalam dokumen Rencana Pembangunan Kesehatan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014 (Kemenkes, 2010b).

Salah satu langkah untuk menurunkan angka kematian ibu bersalin tersebut, adalah melalui peningkatan kesehatan ibu dan anak. Upaya yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan antara lain melalui program Bidan di desa dan meningkatkan infrastruktur kesehatan. Sejak tahun 1990 sampai tahun 2010 telah tercatat sebanyak 28.376 bidan PTT yang masih aktif di Indonesia. Dan infrastruktur pelayanan kesehatan selama 5 tahun terakhir (2005-2010) telah mengalami peningkatan dimana rumah sakit umum sebanyak 1.632 unit, puskesmas 9.005 unit, 23.049 Puskesmas Pembantu, 1.579 Puskesmas POKED dan 266.827 Posyandu (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan data Ditjen PUM Kementerian Dalam Negeri bulan Mei 2010 tercatat 67.172 desa sehingga diasumsikan baru 42,2 persen desa terisi bidan desa.

Berdasarkan skenario percepatan penurunan AKI (2011), Bidan Di Desa sedapat mungkin tinggal di desa, guna memberikan kontribusi positif untuk pertolongan persalinan serta pencegahan dan penanganan komplikasi maternal; persalinan harus di tolong oleh tenaga kesehatan dan sedapat mungkin dilakukan difasilitas kesehatan.

Perlu adanya peningkatan, baik dalam hal pelayanan pada awal kehamilan atau *antenatal care*, pelayanan persalinan, pelayanan pasca persalinan maupun yang menyangkut keikutsertaan masyarakat dalam menunjang kesehatan dan keselamatan ibu. Kondisi ini erat kaitannya dengan rendahnya jangkauan persalinan oleh tenaga kesehatan, rendahnya jangkauan dan kualitas pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar (PONED) serta adanya keterlambatan penanganan kasus resiko tinggi pada masa kehamilan karena ketiadaan deteksi dini kehamilan dan masalah-masalah lainnya menyangkut sosial budaya masyarakat.

Setiap ibu hamil diharapkan dapat menjalankan kehamilannya dengan sehat, bersalin dengan selamat serta melahirkan bayi yang sehat. Oleh karena itu, setiap ibu hamil harus dapat dengan mudah mengakses fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan sesuai standar, termasuk deteksi kemungkinan adanya masalah/peyakit yang dapat berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janinnya. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal adalah cakupan K1 (kontak pertama) dan K4 (kontak empat kali dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, sesuai standar. Secara nasional angka cakupan pelayanan antenatal saat ini sudah tinggi, K1 mencapai 94,24 persen dan K4 84,36 persen (Kemenkes, 2010).

Upaya pemeriksaan kehamilan dan penolong persalinan yang memenuhi syarat dan berkualitas akan mempengaruhi kehidupan janin. Selain itu tempat bersalin juga akan mempengaruhi kelangsungan hidup bayi baru lahir maupun ibu sendiri. Apabila persalinan dilakukan di rumah dan tiba-tiba terjadi komplikasi ini memerlukan upaya untuk mencapai tempat rujukan di fasilitas kesehatan. Terlambat dalam merujuk kasus komplikasi maternal dapat berakibat terjadinya kematian maternal.

Data SDKI 2007, empat puluh enam persen kelahiran dalam lima tahun sebelum survei dilahirkan di fasilitas kesehatan. Persentase kelahiran di fasilitas kesehatan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan hasil SDKI 1997 yaitu 27 persen dan SDKI 2002-2003 yaitu 41 persen (BPS dan OR Macro, 2003).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 di lima provinsi yaitu NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua sebagian besar ibu melahirkan bayinya di rumah (diatas 60 persen). Di perkotaan, ibu lebih banyak melahirkan di RS pemerintah, RS swasta, Puskesmas/Pustu, RB/RBIA/Klinik dibanding di pedesaan. Sedangkan di pedesaan, ibu lebih banyak melahirkan di rumah dan di Polindes/Poskesdes. Terdapat hubungan positif antara pendidikan kepala keluarga maupun tingkat pengeluaran per kapita dengan RS Pemerintah sebagai tempat ibu melahirkan. Sebaliknya tampak ada hubungan negatif antara tempat ibu yang melahirkan di rumah dengan pendidikan KK maupun tingkat pengeluaran per kapita. Persentase ibu yang melahirkan di RS Pemerintah paling banyak kelompok rumah tangga dengan kepala keluarga yang bekerja sebagai pegawai negeri/TNI/Polri.

Dalam laporan Riskesdas 2010, persalinan ibu anak terakhir dari kelahiran lima tahun terakhir menunjukkan bahwa 55,4 persen persalinan terjadi di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit (pemerintah dan swasta), rumah bersalin, puskesmas, pustu, praktek dokter atau praktek bidan. Terdapat 43,2 persen melahirkan di rumah/lainnya dan hanya 1,4 persen yang melahirkan di polindes/poskesdes. Ada kesenjangan yang sangat lebar persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan antara perkotaan dan pedesaan (74,9 persen versus 35,2 persen). Makin tinggi status ekonomi lebih memilih tempat persalinan di fasilitas kesehatan, sebaliknya untuk persalinan di rumah makin rendah status ekonomi, persentase persalinan di rumah makin besar.

Melihat kenyataan tersebut, maka pelayanan antenatal harus dilaksanakan secara komprehensif, terpadu dan berkualitas agar adanya masalah/penyakit tersebut dapat dideteksi dan ditangani secara dini. Melalui pelayanan antenatal yang terpadu, ibu hamil akan mendapatkan pelayanan yang lebih menyeluruh dan terpadu, sehingga hak reproduksinya dapat terpenuhi, *missed opportunity* dapat

dihindari serta pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara lebih efektif dan efisien (Kemenkes, 2010a).

1.2 Perumusan Masalah

Makin menyebarnya fasilitas kesehatan yang cukup dimana 42,2 persen desa telah memiliki bidan desa dan didukung pula dengan berbagai intervensi program yang telah dilakukan pemerintah namun angka kematian ibu masih tinggi dan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk persalinan belum optimal.

Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu di Indonesia, dengan melihat permasalahan tersebut diatas, maka dengan menggunakan data Riskesdas 2010 akan dikaji tentang hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan pada persalinan di Indonesia.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- Bagaimana gambaran pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia?
- Apakah ada hubungan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia setelah dikontrol oleh umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, dan komplikasi?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran pemanfatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia.
2. Diketuinya hubungan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan di Indonesia setelah dikontrol oleh umur ibu, paritas,

jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, dan komplikasi.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Pengembangan Program

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai evaluasi terhadap pengembangan program kesehatan ibu dan anak bagi Kementerian Kesehatan dalam pemberdayaan fasilitas kesehatan untuk mengantisipasi kemungkinan adanya kasus-kasus berisiko terhadap kematian ibu bersalin.

1.5.2 Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini membuka wawasan baru bagi ilmu pengetahuan tentang gambaran, dan hubungan layanan antenatal terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dalam mengantisipasi tingginya kematian ibu di Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis terhadap data sekunder “Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010”. Variabel penelitian ini dibatasi pada tempat persalinan, layanan antenatal, umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, dan komplikasi. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional* dengan teknik analisis multivariabel regresi logistik (*complex samples*) yaitu salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen (X_1, X_2, \dots, X_k) dengan sebuah variabel dependen (Y) katagorik yang bersifat dikotom/binary.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan merupakan fasilitas yang memberikan pelayanan kesehatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), berupa pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, serta melingkupi strata I, II dan III (Balitbangkes, 2011).

Termasuk dalam fasilitas kesehatan strata I antara lain: puskesmas, BP pemerintah dan swasta, praktek swasta. Strata II dan III antara lain: balai kesehatan mata masyarakat, balai pengobatan penyakit paru, balai kesehatan indera masyarakat, balai besar kesehatan paru masyarakat, RS pemerintah dan swasta (Balitbangkes, 2011).

2.2 Pelayanan Kesehatan

Andersen (1995), membagi pelayanan kesehatan dalam tiga kategori utama yaitu:

1. Faktor predisposisi

Menggambarkan kecenderungan individu yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan seseorang, terdiri dari:

- Faktor-faktor demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, besar keluarga, dan lain-lain)
- Faktor struktural sosial (suku bangsa, pendidikan, pekerjaan)
- Faktor keyakinan/kepercayaan (pengetahuan, sikap persepsi)

2. Faktor *Enabling* (pendorong)

Kemampuan individual untuk menggunakan pelayanan kesehatan, termasuk faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian:

- Sumber keluarga (pendapatan/penghasilan, kemampuan membayar pelayanan, keikutsertaan asuransi, informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan)
- Sumber daya masyarakat (suatu pelayanan, lokasi/jarak transportasi dan sebagainya).

3. Faktor *Need* (kebutuhan) merupakan faktor yang mendasari dan merupakan stimulus langsung bagi individu (kondisi kesehatan, gejala sakit, ketidakmampuan bekerja).

2.3 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu

2.3.1 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu di Sektor Pemerintah

Bidan di Desa yang umumnya bertugas di Polindes, memberikan pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas, maupun pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan. Untuk memberikan pelayanan, petugas tersebut mendapat bidan kit, obat-obatan dan bahan-bahan untuk pelayanan kesehatan ibu (Depkes, 2003).

Puskesmas Pembantu sebagai satelit dari Puskesmas memiliki beberapa petugas paramedis. Sebagian Puskesmas Pembantu yang memiliki tenaga bidan mampu memberikan pelayanan kesehatan ibu seperti halnya bidan di desa (Depkes, 2003).

Di tingkat Puskesmas yang mempunyai dokter umum dan bidan, khususnya Puskesmas dengan tempat tidur, mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar, sedangkan Puskesmas tanpa tempat tidur hanya memberikan beberapa elemen Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). PONED ini meliputi pemberian oksitosin parenteral, antibiotika, dan sedativa dan meliputi pula pelayanan postpartum, pengeluaran plasenta manual, ekstraksi forceps atau vakum, pencegahan hipotermi dan resusitasi pada bayi baru lahir (Depkes, 2003).

Semua Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan Provinsi yang mempunyai dokter spesialis kebidanan dan kandungan mampu memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). PONEK ini meliputi PONED ditambah dengan secsio sesarea dan transfusi darah.

2.3.2 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Ibu oleh Masyarakat dan Swasta

Posyandu yang dikelola oleh Kader kesehatan memberikan pelayanan antenatal dengan bantuan Bidan di Desa. Dukun bayi diharapkan berperan dalam

membantu bidan dalam memberikan pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes, 2003).

Fasilitas bidan praktek swasta terdapat dipelbagai desa dan kota yang juga memberikan pertolongan persalinan di rumah pasien. Sedangkan Rumah Bersalin atau Rumah Sakit Bersalin swasta menyediakan pelayanan ibu maupun pelayanan kegawatdaruratan obstetri (Depkes 2003).

2.4 Pengertian Kehamilan dan Persalinan

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Kehamilan dibagi menjadi tiga periode triwulan pertama membawa risiko tertinggi keguguran, triwulan kedua perkembangan janin dapat di monitor dan didiagnosa, triwulan ketiga menandakan awal viabilitas yang berarti janin dapat tetap hidup bila terjadi kelahiran awal alami atau kelahiran dipaksakan (Rochmawati, 2011).

Persalinan merupakan suatu proses alami yang ditandai oleh terbukanya serviks, diikuti dengan lahirnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir. Persalinan membutuhkan usaha total ibu secara fisik dan emosional. Karena itu dukungan moral dan upaya untuk menimbulkan rasa nyaman bagi ibu bersalin sangatlah penting (Depkes, 2004).

Menurut Mochtar R. (1998), persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat hidup ke dunia dan diluar rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.

Komponen yang perlu diperhatikan dalam perencanaan persalinan (Kemenkes, 2011b) :

- Perencanaan agar persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam menolong persalinan serta mengenal dan melakukan antisipasi jika terjadi komplikasi.
- Merencanakan tempat melahirkan seperti di Poskesdes, Puskesmas, Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

- Perencanaan transportasi yang akan digunakan ke tempat persalinan dan fasilitas kesehatan rujukan terdekat jika timbul tanda-tanda bahaya.
- Mempunyai biaya atau sumber biaya lainnya yang dapat digunakan bila diperlukan untuk membayar biaya persalinan dan pelayanan gawat darurat.
- Memastikan siapa pengambil keputusan dalam keluarga ibu hamil.
- Perencanaan untuk dukungan yang diperlukan (pendamping, dll).
- Mengidentifikasi orang yang tepat untuk menjadi pendonor darah
- Memperoleh barang-barang yang diperlukan untuk persalinan yang bersih dan aman.
- Memastikan ibu hamil mengetahui tanda-tanda bahaya, yang mengindikasikan komplikasi antara lain perdarahan pervaginam, sulit bernafas, demam, sakit perut yang hebat, sakit kepala yang hebat/pandangan kabur, kejang-kejang/kehilangan kesadaran, mulas seperti mau bersalin sebelum kehamilan 37 minggu.
- Memastikan ibu hamil mengetahui tanda-tanda persalinan seperti kontraksi yang teratur, bersifat progresif; sakit bagian bawah pinggang yang berasal dari fundus; darah bercampur lendir; pecah ketuban.

Menurut Depkes, 2004, persalinan dirumah harus dihindari bila ditemukan hasil pemeriksaan fisik sebagai berikut :

- Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, bengkak pada wajah atau tangan, refleks yang berlebihan dan cepat, proteinuria.
- Anemia berat (kurang dari 8 gr%)
- Perdarahan pervaginam
- Bayi terlalu kecil atau terlalu besar untuk umur kehamilannya
- Kelainan letak janin
- Denyut jantung tidak normal.

2.5 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

Lehrman dalam Purwandari A.(2008), mengemukakan 8 konsep yang penting dalam pelayanan antenatal, yaitu:

1. Asuhan yang berkesinambungan
2. Keluarga sebagai pusat asuhan
3. Pendidikan dan konseling merupakan bagian dari asuhan
4. Tidak ada intervensi dalam asuhan
5. Fleksibilitas dalam asuhan
6. Keterlibatan dalam asuhan
7. Advokasi dari klien
8. Waktu

Tujuan asuhan antenatal (Purwandari A, 2008) :

1. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dengan normal.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan bayi.
3. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
4. Menganalisis secara dini adanya ketidaknormalan dan komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil.
5. Mempersiapkan ibu menghadapi masa nifas secara normal dan pemberian ASI eksklusif.

2.5.1 Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilannya dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.

Pelayanan antenatal terpadu mencakup pelayanan preventif, promotif, sekaligus kuratif dan rehabilitatif yang meliputi pelayanan KIA, gizi, pengendalian penyakit menular, tidak menular, ibu hamil yang mengalami kekerasan selama kehamilan serta program spesifik lainnya sesuai dengan kebutuhan.

Pada pelayanan antenatal terpadu intervensi yang dikerjakan disesuaikan dengan tujuan yang diarahkan pada masalah untuk setiap umur kehamilan serta secara khusus ditujukan pada masalah kesehatan yang paling mempengaruhi ibu dan bayi baru lahir.

Pelayanan antenatal terpadu dilaksanakan oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya sesuai kewenangannya secara terpadu.

Pelayanan antenatal terpadu bertujuan untuk mendukung serta menjaga keadaan ibu dan janin agar selalu dalam keadaan baik selama kehamilan sehingga melahirkan dapat berlangsung aman dan selamat. Untuk mencapai tujuan utama tersebut, petugas kesehatan harus mampu melakukan hal-hal di bawah ini:

1. Deteksi dini dan pengobatan yang tepat terhadap masalah/gangguan kesehatan.

Deteksi dini adalah untuk mendeteksi secara dini serta memberikan pengobatan segera dan tepat terhadap komplikasi kehamilan dan masalah/gangguan kesehatan yang terjadi.

Dalam pelayanan antenatal dilakukan penilaian sesuai dengan ketentuan dengan menggunakan cara: anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium dan penunjang lainnya, untuk dapat mendeteksi tanda dan gejala klinis yang mungkin terjadi pada ibu hamil. Komplikasi/penyakit dalam kehamilan yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayi baru lahir adalah:

- Masalah gizi: anemia berat, KEK dan GAKY.
- Pre eklampsia/eklampsia.
- HIV/AIDS, TB, Malaria.
- Infeksi Menular Seksual: GO, sifilis, dll.

2. Pendampingan persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi.

3. Intervensi pencegahan terhadap penyakit dan komplikasinya melalui penyuluhan kesehatan dan konseling.

Setelah tenaga kesehatan menemukan komplikasi pada saat melakukan deteksi dini, salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah penyuluhan kesehatan dan konseling. Dalam penyuluhan kesehatan dan konseling kemampuan komunikasi merupakan salah satu aspek penting dalam pelayanan. Semakin terbuka antara tenaga kesehatan dengan ibu hamil dan semakin sering memberi mereka kesempatan bertanya, kunjungan pelayanan antenatal akan semakin baik dan semakin besar kemungkinan mereka akan kembali untuk melakukan kunjungan berikutnya.

2.5.2 Frekuensi dan Waktu Kunjungan Antenatal

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009) kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ditetapkan. K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar, dengan syarat:

- Minimal satu kali kontak pada trimester I,
- Minimal satu kali kontak pada trimester II.
- Minimal dua kali kontak pada trimester III.

Menurut skenario percepatan penurunan AKI (2011), Direktorat Bina Kesehatan Ibu telah merumuskan bahwa kunjungan antenatal pertama (K1) sedapat mungkin dilakukan pada trimester pertama, guna mendorong peningkatan cakupan kunjungan antenatal empat kali (K4).

Penjadwalan yang benar tergantung pada umur kehamilan dan kebutuhan. Bagi ibu yang kehamilannya menunjukkan kemajuan yang normal, jadwal kunjungan pelayanan antenatal minimum 4 kali. Ibu hamil dengan kondisi tertentu membutuhkan kunjungan lebih banyak.

Kunjungan antenatal merupakan saat yang tepat untuk memberikan informasi dan merupakan kesempatan untuk membangun hubungan yang baik antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan. Pada setiap kunjungan antenatal perlu dibahas semua hal penting berkaitan dengan kesehatan ibu hamil.

Komponen-komponen kunjungan antenatal menurut usia kehamilan:

1. Kunjungan Pertama (12 minggu)

Langkah-langkah pelayanan:

- Tanyakan adakah masalah/keluhan
- Tanyakan tanda-tanda bahaya
- Tanyakan riwayat-riwayat menstruasi dan kontrasepsi, kehamilan saat ini, riwayat obstetric, riwayat medis, skrining status TT
- Lakukan pemeriksaan fisik: keadaan umum, tekanan darah, ukur LILA, payudara, perut, kelamin.
- Periksa golongan darah kadar hemoglobin/RPR (untuk sifilis), HIV
- Menyiapkan perencanaan persalinan

2. Kunjungan Kedua (12-24 minggu)

Langkah-langkah pelayanan:

- Tanyakan adakah masalah/keluhan
- Tanyakan tanda-tanda bahaya. Riwayat masalah/perubahan yang terjadi sejak kunjungan terakhir
- Lakukan pemeriksaan fisik: keadaan umum, tekanan darah, perut (termasuk DJJ), elemen lainnya sesuai dengan indikasi.
- Pengujian HB dan pemeriksaan laboratorium lain sesuai indikasi.
- Melakukan pemantauan kemajuan perencanaan persalinan

3. Kunjungan Ketiga (24-32 minggu)

Langkah-langkah pelayanan:

- Tanyakan adakah masalah/keluhan
- Tanyakan tanda-tanda bahaya. Riwayat masalah/perubahan yang terjadi sejak kunjungan terakhir
- Lakukan pemeriksaan fisik: keadaan umum, tekanan darah, perut (termasuk DJJ), elemen lainnya sesuai dengan indikasi.
- Pengujian HB dan pemeriksaan laboratorium lain sesuai indikasi.
- Melakukan pemantauan kemajuan perencanaan persalinan

4. Kunjungan Keempat (32-40 minggu)

Langkah-langkah pelayanan:

- Tanyakan adakah masalah/keluhan

Universitas Indonesia

- Tanyakan tanda-tanda bahaya. Riwayat masalah/perubahan yang terjadi sejak kunjungan terakhir
- Lakukan pemeriksaan fisik: keadaan umum, tekanan darah, perut (termasuk DJJ), elemen lainnya sesuai dengan indikasi.
- Pengujian HB dan pemeriksaan laboratorium lain sesuai indikasi.
- Melakukan pemantauan kemajuan perencanaan persalinan.

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 telah ditetapkan target untuk kunjungan antenatal sebagai berikut:

Tabel 2.1 Target Nasional Kunjungan Antenatal Tahun 2010-2014

TAHUN	TARGET NASIONAL		
	K1	K4	PK
2010	95	84	58
2011	96	88	63
2012	97	90	67
2013	98	93	71
2014	100	95	75

Sumber: Kementerian Kesehatan 2010

2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

2.6.1 Umur

Usia 20-30 tahun adalah periode yang paling aman untuk melahirkan. Di negara berkembang sebanyak 10 persen sampai 20 persen bayi dilahirkan dari ibu remaja. Dimana hasil suatu penelitian ditemukan bahwa dua tahun setelah menstruasi yang pertama, seorang anak wanita masih mungkin mencapai pertumbuhan panggul antara 2-9 persen dan tinggi badan 1 persen. Sehingga persalinan macet akibat disproporsi antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu paling sering ditemukan pada ibu yang sangat muda (Perinasia, 1994).

Pada penelitian Sugiharti, dkk (2004) ada perbedaan bermakna pada kelompok umur ibu yang tidak berisiko (20-34 tahun) dengan kelompok umur ibu berisiko (< 20 dan ≥ 35 tahun) dalam memanfaatkan tenaga non kesehatan sebagai penolong persalinan.

Kelahiran pada ibu berumur risiko tinggi (umur ibu kurang dari 20 tahun atau umur 35 tahun ke atas) lebih banyak di rumah (62 persen dan 53 persen) dibandingkan ibu umur 20-34 tahun (51 persen). Demikian juga pada ibu dengan kelahiran banyak (jumlah anak lebih dari 4), lebih banyak yang melahirkan di rumah (75 persen) dibandingkan dengan ibu dengan kelahiran anak pertama (44 persen). Hal ini menunjukkan bahwa kehamilan risiko tinggi masih banyak yang melahirkan di rumah (SDKI, 2007).

2.6.2 Paritas dan Jarak Kelahiran

Menurut Manuaba (1998), faktor yang mendorong kesehatan reproduksi yang optimal adalah kehamilan sebaiknya dengan interval lebih dari 2 tahun, jumlah kehamilan, kelahiran 2 sampai 3 orang mempunyai optimalisasi kesehatan.

Wanita dengan kehamilan tidak diinginkan lebih kecil kemungkinannya untuk mencari pelayanan prenatal atau melahirkan dengan tenaga kesehatan yang terlatih. Demikian pula halnya dengan wanita yang tidak lagi menginginkan anak cenderung lebih tua dan sudah sering melahirkan berarti mempunyai risiko yang lebih tinggi. Risiko komplikasi serius seperti perdarahan, rupture uteri dan infeksi meningkat secara bermakna mulai dari persalinan ketiga dan seterusnya (Perinasia, 1994).

2.6.3 Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat.

Pendidikan di Indonesia terbagi ke dalam tiga jalur utama, yaitu formal, non formal dan informal. Pendidikan juga dibagi ke dalam empat jenjang utama yaitu anak usia dini, dasar, menengah dan tinggi. Tahapan pendidikan ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemampuan yang dikembangkan.

Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk mengembangkan diri, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

2.6.3 Pekerjaan

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang.

Menurut Rukmini (2005) melahirkan di rumah dan di tolong oleh dukun masih merupakan pilihan utama dimana rata-rata pekerjaan suami hanya buruh dan petani.

Salah satu variabel karakteristik keluarga yang berperan dalam memprediksi pemilihan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan adalah pekerjaan kepala keluarga dimana kepala keluarga yang bekerja sebagai petani memiliki peluang 3,7 kali untuk memilih penolong persalinan tenaga kesehatan dibandingkan dengan kepala keluarga yang tidak bekerja (Besral, 2006).

2.6.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, penginderaan penciuman, rasa dan raba sebagian besar manusia memperoleh melalui mata, telinga, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1. Tahu: sebagai suatu kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap suatu bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
2. Memahami: sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan dengan benar.

3. Aplikasi: sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya.
4. Analisis: sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis: kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi: berkaitan untuk melakukan suatu materi atau obyek.

2.6.5 Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu obyek, manifestasi tidak dapat dilihat langsung. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, masih merupakan reaksi tertutup.

Dalam Notoatmodjo (2003), sikap mempunyai tiga komponen pokok:

1. Kepercayaan/keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu obyek;
2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional suatu obyek,
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Menurut Notoatmodjo (2003), sikap mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)
Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespon (*responding*)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
3. Menghargai (*valuing*)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah
4. Bertanggungjawab (*responsible*)
Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

2.6.6 Ekonomi Keluarga

Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita, faktor geografis dan pembangunan sosial. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan khususnya dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, karena keterbatasan biaya dan ketidaktahuan (Depkes, 2003).

Menurut Rukmini (2005) kurangnya pendapatan keluarga menyebabkan berkurangnya alokasi dana untuk pembelian makanan sehari-hari sehingga mengurangi jumlah dan kualitas makanan ibu perhari yang berdampak pada penurunan status gizi. Gangguan gizi yang umum pada perempuan adalah anemia, karena secara fisiologis mengalami menstruasi tiap bulan.

2.6.7 Wilayah Tempat Tinggal

Ada banyak daerah khususnya di pedesaan, jarak antara sarana pelayanan dan tempat tinggal wanita yang membutuhkan pelayanan obstetrik sangat jauh. Tidak hanya kondisi fisik lokasi yang jauh, tetapi kadang juga kendala keuangan serta kurangnya jumlah petugas yang terlatih dan kurangnya keterampilan tenaga terlatih mengakibatkan tingginya angka kematian ibu bersalin di negara-negara berkembang tidak terkecuali Indonesia. Ini terjadi di pedesaan yang masyarakatnya masih lebih menyukai memanfaatkan pelayanan tradisional dibandingkan fasilitas pelayanan modern.

Di pedesaan kematian maternal pada Riskesdas 2007 lebih tinggi daripada di perkotaan. Rumah merupakan tempat terbanyak saat terjadinya kematian, walaupun yang meninggal di fasilitas kesehatan juga cukup tinggi. Tingginya kematian ibu sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu (Rachmawati, T. dkk, 2008).

2.6.8 Komplikasi Kehamilan

Diperkirakan sekitar 20% ibu hamil akan mengalami komplikasi yang dapat mengancam jiwanya. Kejadian komplikasi tidak dapat diperkirakan sehingga setiap ibu hamil dan keluarganya harus dipersiapkan untuk mencari

pertolongan secara tepat dan cepat dalam situasi gawat darurat melalui perencanaan persalinan. Perencanaan persalinan ini dapat dipersiapkan dalam kegiatan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan kelas ibu.

Jenis-jenis komplikasi kehamilan :

- a. Syok adalah gangguan sirkulasi darah ke jaringan sehingga kebutuhan oksigen tidak terpenuhi . Gejala klinisnya berupa tekanan darah turun ,nadi cepat dan lemah, pucat, keringat dingin, sianosis jari-jari, sesak nafas, penglihatan kabur, gelisah dan oliguria/anuria

Jenis-jenis berdasarkan etiologi:

- Syok hemoragik, yaitu syok karena pendarahan yang banyak. Penyebabnya pada kehamilan muda; abortus, kehamilan ektopik, penyakit trofoblas (mola hidatidosa), kehamilan antepartum; plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, pasca persalinan; atonia uteri, lacerasi lahir.
- Syok neurogenik, yaitu karena rasa sakit yang hebat. Penyebabnya berupa kehamilan ektopik, solusio plasenta, persalinan dengan forseps atau persalinan letak sungsang dimana pembukaan serviks belum lengkap, versi dalam yang kasar, ruptur uteri, inversio uteri akut, pecah ketuban pada polihidramnion, ataupun splanchnic syok.
- Syok kardiogenik, yaitu syok karena kontraksi otot jantung yang tidak efektif. Bisa disebabkan karena infark otot jantung atau kegagalan jantung.
- Syok endotoksik atau septik, yaitu gangguan menyeluruh pembuluh darah disebabkan oleh lepasnya toksin. Penyebab tersering adalah bakteri gram negatif. Sering dijumpai pada abortus septik, koriamnionitis dan infeksi pasca persalinan.
- Syok anafilaktik, yaitu karena alergi atau hipersensitivitas terhadap obat-obatan.

- b. Emboli Air Ketuban

Yaitu masuknya cairan amnion kedalam sirkulasi ibu sehingga menyebabkan kolaps pada ibu pada waktu persalinan. Kejadian ini lebih sering pada kontraksi uterus yang kuat dengan spontan atau induksi dan terjadi pada waktu air ketuban pecah dan pembuluh darah yang terbuka pada plasenta atau serviks.

c. Pendarahan Pada Kehamilan Muda

1. Abortus, yaitu pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Batasnya sebelum kehamilan <20 minggu atau berat janin <500 gr.
2. Kehamilan ektopik, yaitu pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri.
3. Mola hidatidosa, yaitu kehamilan yang tidak berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh villositas mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik.

d. Perdarahan pada kehamilan lanjut

Plasenta previa, yaitu plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ositum uteri interum. Etiologi pasti belum diketahui pasti. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menempa desidua didaerah segmen bawah rahim tanpa latar belakang lain yang mungkin. Vaskularisasi desidua yang tidak memadai akibat peradangan atau atrofil.

Solusio plasenta yaitu lepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yaitu sebelum anak lahir.

Keterkaitan nasib ibu dan bayi menggambarkan suatu kesatuan yang dimulai pada masa kehamilan, persalinan sampai dengan awal kehidupan pertama bayi sangat membutuhkan perhatian yang cukup besar. Kejadian komplikasi obstetrik terdapat pada sekitar 20% dari seluruh kehamilan, namun yang tertangani masih kurang dari 10% (Senewe,F.,2003).

Kejadian komplikasi pada ibu sebagian besar terjadi pada masa sekitar persalinan sehingga pemeriksaan kesehatan pada saat hamil dan kehadiran serta pertolongan tenaga kesehatan yang terampil pada masa persalinan menjadi sangat penting (Syafrudin, 2008).

2.6.9 Pelayanan Antenatal

Pelayanan *antenatal* adalah pelayanan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan (Kemenkes, 2010).

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998).

2.7 Regresi Logistik

Regresi logistik adalah model matematik yang digunakan untuk mempelajari hubungan antara beberapa variabel independen dengan variabel dependen yang bersifat dikotomis.

Fungsi logistik merupakan fungsi matematik dengan rumus :

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Variasi nilai z dari $-\infty$ sampai dengan $+\infty$, pada saat nilai $z = -\infty$ maka $f(z)=0$ dan pada saat nilai $z=+\infty$ maka $f(z)=1$. Jadi nilai $f(z)$ akan berkisar antara 0 dan 1. Sifat ini membuat fungsi logistik populer, model logistik dapat digunakan untuk menggambarkan probabilitas yang selalu memiliki nilai antara 0 dan 1. Pada epidemiologi, probabilitas ini dikenal sebagai risiko untuk terjadinya penyakit.

Model regresi logistik dituliskan dalam bentuk penjumlahan linier :

$$z = \alpha + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k$$

Dimana x_1 , x_2 dan x_k merupakan variabel independen. Jadi z merupakan indeks yang menggabungkan x . Penggunaan fungsi logistik sebagai fungsi probabilitas hanya boleh dilakukan pada penelitian yang bersifat kohort, dimana peneliti yakin

keluaran belum terjadi pada saat penelitian dimulai. Pada penelitian desain kasus kontrol atau potong lintang interpretasi seperti ini tidak boleh dilakukan.

Interpretasi lain dari model regresi logistik adalah perhitungan rasio odds, untuk penelitian dengan desain kasus kontrol dan potong lintang. Rasio odds terkontrol untuk satu variabel independen i dapat diperoleh dengan menghitung eksponensial dari koefisien regresi logistiknya:

$$OR(x_i) = e^{\beta_i}$$

Hasil perhitungan rasio odds juga dapat diperoleh dari perangkat lunak. Interpretasi rasio odds pada variabel independen kontinyu harus dilakukan dalam peningkatan 1 unit pada variabel tersebut.

Interaksi atau effect modifier pada regresi logistik dapat dibentuk dengan mengalikan kedua variabel yang berinteraksi. Pada keadaan adanya interaksi antara x_1 dan x_2 dengan x_1 dan x_2 merupakan variabel dikotomus, maka terdapat dua nilai rasio odds untuk x_1 . Kedua nilai rasio odds tersebut adalah e^{β_i} untuk keadaan $x_2 = 0$ dan $e^{\beta_i + \gamma_1}$ untuk keadaan $x_2 = 1$.

Pada regresi logistik, teknik pemodelan dapat dibagi menjadi 2 bagian besar, yaitu pemodelan untuk menilai hubungan variabel independen/pajanan utama dan pemodelan untuk mencari faktor determinan.

a. Teknik pemodelan untuk 1 variabel independen utama (pengujian hipotesis)

Prinsip terpenting dalam pemodelan adalah model yang dibuat sah, artinya model dapat menggambarkan hubungan yang sesungguhnya antara variabel independen terpilih dengan variabel dependen di populasi. Estimasi efek variabel independen terhadap variabel dependen yang terbaik adalah estimasi efek yang terkontrol oleh semua *confounder* dan juga *effect modifier*.

Langkah-langkah untuk pengujian hipotesis adalah (Ariawan, 2008):

1. Membuat model yang mengikutsertakan semua potensial konfounder dan *effect modifier* yang tersedia di data. Model ini dinamakan *Hierarchically Well Formulated Model* (HWF Model) atau model yang paling lengkap.

2. Eliminasi *effect modifier*. Pada HWF model dilihat interaksi mana yang memiliki nilai *pvalue* lebih besar dari α (*alpha*) (*pvalue* > 0,05). Pengeluaran interaksi dilakukan secara bertahap, dimulai dengan interaksi yang memiliki nilai *pvalue* tertinggi. Model ini merupakan model baku emas (*gold standard*) yaitu model yang paling sah untuk menilai hubungan, tetapi belum merupakan model yang paling sederhana dan paling baik presisinya.
3. Menyederhanakan model yaitu dengan mengurangi konfounder yang pengaruhnya tidak terlalu besar pada rasio odds independen dengan dependen (batasannya yang umumnya digunakan adalah 10-15%). Besar kecilnya pengaruh konfounder dinilai berdasarkan perubahan relatif rasio odds terhadap baku emas rasio odds. Pengurangan konfounder dimulai dengan konfounder yang memiliki nilai *pvalue* tertinggi (atau nilai *z* terendah).

$$\text{Index confounding} = \frac{(\text{OR crude} - \text{OR adjusted})}{\text{OR adjusted}} * 100\%$$

4. Model akhir adalah model yang parsimoni untuk menilai hubungan antara independen dengan dependen dimana ada interaksi/tidak ada interaksi.
- b. Teknik pemodelan untuk mencari faktor determinan

Pada pemodelan untuk mencari faktor determinan tidak ada variabel independen yang dianggap utama, semua variabel independen memiliki kedudukan yang sama. Prinsip pemodelan adalah untuk menghasilkan model yang parsimoni, model yang sah dan presisinya baik tapi sederhana. Model harus mengikutsertakan semua faktor determinan yang penting, tetapi juga harus sederhana dengan tidak mengikutsertakan faktor determinan yang kurang penting.

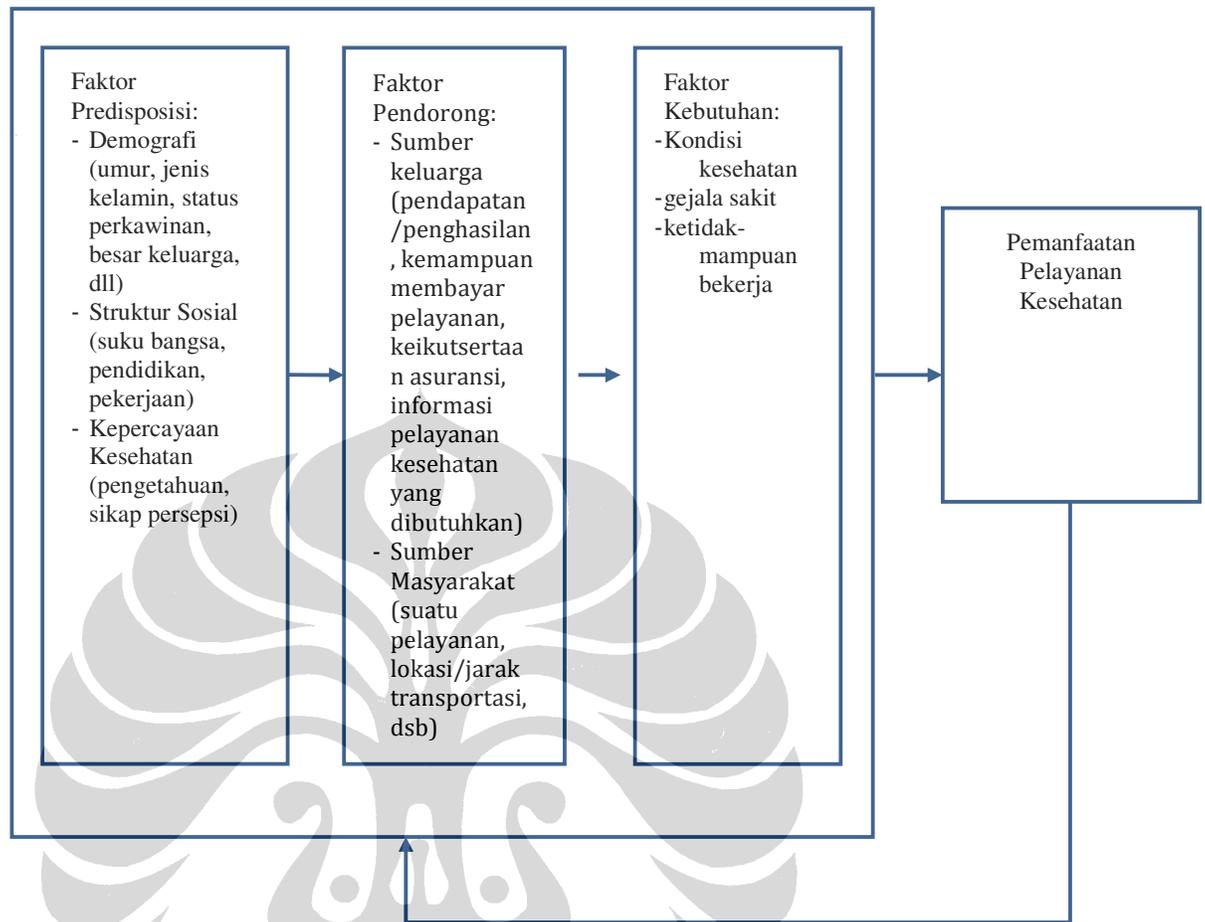
Langkah-langkah model faktor prediksi :

1. Untuk membuat model yang fit dan parsimony perlu dilakukan seleksi variabel-variabel dari analisis bivariabel, variabel independen yang akan dimasukkan ke dalam analisis multivariabel adalah variabel dengan nilai $p < 0,25$

2. Setelah seleksi bivariat kemudian dilakukan pemodelan multivariabel dimana variabel independen dengan nilai $p > 0,05$ akan dikeluarkan dari model, pengeluaran variabel tidak serentak namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai nilai p-valuenya terbesar.
3. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, langkah selanjutnya adalah memeriksa confounding dengan cara melihat perubahan OR pada variabel lainnya, bila terdapat perubahan $OR > 10\%$, variabel tersebut masuk kembali ke dalam model.
4. Melakukan uji interaksi, sebaiknya melalui pertimbangan substansi. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna ($p < 0,05$), maka variabel interaksi penting dimasukkan ke dalam model.

2.8 Kerangka Teori

Gambar 2.1 dibawah menjelaskan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi (demografi, struktur sosial, kepercayaan kesehatan), faktor pendorong (sumber keluarga, sumber masyarakat) dan faktor kebutuhan (sakit/penyakit dan respon terhadap sakit) (Andersen, 1995).

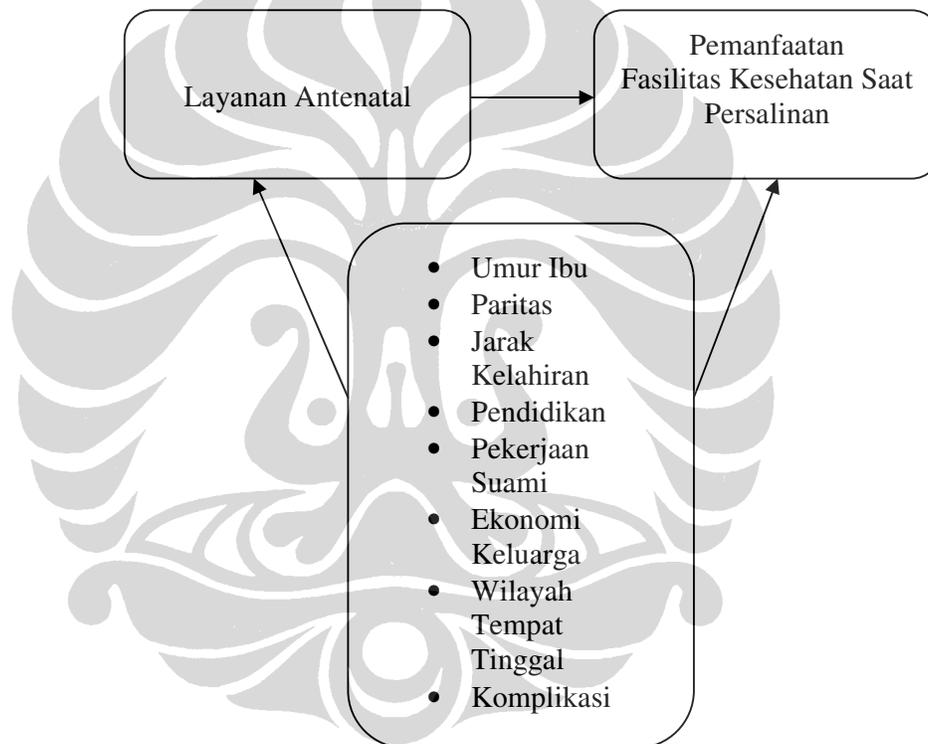


Gambar 2.1 Kerangka Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Andersen

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini merujuk kepada model pemanfaatan pelayanan kesehatan Andersen (1995). Terdapat tiga kategori utama dalam pelayanan kesehatan yaitu faktor predisposisi (umur, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan), faktor pendorong (ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal) dan faktor kebutuhan (komplikasi, layanan antenatal)



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Variabel

a. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan.

b. Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas penelitian adalah layanan antenatal

c. Variabel Konfounding

Variabel konfounding penelitian ini adalah umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, komplikasi.

3.3 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah proporsi ibu yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan lebih besar pada ibu yang melakukan layanan antenatal K4.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan saat Persalinan	Pelayanan kesehatan yang dipilih oleh responden pada saat melahirkan anak terakhir dalam kurun waktu 5 tahun terakhir pada fasilitas kesehatan (RS Pemerintah, RS Swasta, RSB, Puskesmas, Pustu, Praktek Dokter, Praktek Bidan, Polindes/Poskesdes)	Kuesioner Ea03b	Wawancara	0=Tidak 1=Ya	Ordinal
Layanan Antenatal	Pemeriksaan kehamilan yang sesuai standar minimal empat kali selama masa kehamilan dengan pola 1-1-2.	Kuesioner Dd18	Wawancara	0= Tidak 1 = Ya	Ordinal
Umur Ibu	Usia responden pada saat bersalin	Kuesioner Dd02b	Wawancara tahun	Rasio

Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan baik yang hidup maupun sudah mati	Kuesioner Db11	Wawancara	0 = >3 anak 1 = 2-3 anak 2 = 1 anak	Ordinal
Jarak kelahiran	Jarak kelahiran anak terakhir dengan anak sebelumnya	Kuesioner Dd04	Wawancara	0 = \geq 24 bln 1 = < 24 bln	Ordinal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi res-ponden	Kuesioner B4K8	Wawancara	0=Tdk sekolah / tdk tamat SD 1= Tamat SD 2=Tamat SLTP 3=Tamat SLTA/ D3/PT	Ordinal
Pekerjaan Suami	Status bekerja kepala rumah tangga	Kuesioner B4K9	Wawancara	0=Tidak Kerja 1=Petani/Nelayan /Buruh 2=Wiraswasta/La yan Jasa/ Da- gang/Lainnya 3=PNS/Pegawai/ TNI/Polri/Se- kolah	Ordinal
Ekonomi Keluarga	Rata-rata pengeluaran rumah tangga berupa makanan dan bukan makanan sebulan	Kuesioner B7R25	Wawancara	0=kuartil 1 1=kuartil 2 2=kuartil 3 3=kuartil 4	Ordinal
Wilayah Tempat Tinggal	Keterangan adminis-trasi mengenai status tempat tinggal	Kuesioner B1R5	Wawancara	0=Pedesaan 1=Perkotaan	Ordinal
Komplikasi	Ada tidaknya kompli-kasi kehamilan seperti mules hebat sebelum 9 bulan, perdarahan, demam tinggi, kejang-kejang dan pingsan dan lainnya.	Kuesioner Dd28/ Dd 29	Wawancara	0 = Tidak 1 = Ada	Ordinal

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross-sectional* yang bersifat deskriptif.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data sekunder Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 yang mencakup seluruh wilayah Indonesia. Prosedur perizinan diajukan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

4.3 Sumber Data Penelitian

Data yang digunakan untuk penelitian ini adalah Riskesdas 2010 yang telah dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tahun 2010. Riskesdas 2010 merupakan kegiatan riset kesehatan berbasis masyarakat yang diarahkan untuk mengevaluasi pencapaian indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan di tingkat nasional dan propinsi.

Tujuan Riskesdas 2010 utamanya adalah mengumpulkan dan menganalisis data indikator MDGs kesehatan dan faktor yang mempengaruhinya. Desain Riskesdas adalah potong lintang dan merupakan penelitian non-intervensi. Populasi sampel mewakili seluruh rumah tangga di Indonesia. Pemilihan sampel dilakukan secara random dalam dua tahap. Tahap pertama melakukan pemilihan Blok Sensus (BS) dan tahap kedua pemilihan rumah tangga (ruta), yaitu sejumlah 25 ruta untuk setiap BS. Besar sampel yang direncanakan sebanyak 2800 BS, diantaranya 823 BS sebagai sampel biomedis (malaria dan tuberkulosis). Sampel tersebut tersebar di 33 Provinsi dan 441 kabupaten/kota.

Data yang dikumpulkan meliputi keterangan anggota ruta. Keterangan ruta meliputi identitas, fasilitas pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan dan

Universitas Indonesia

pengeluaran. Keterangan individu meliputi identitas individu, penyakit khususnya malaria dan TB, pengetahuan dan perilaku kesehatan, kesehatan anak, kesehatan reproduksi terkait dengan cara KB, pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan dan nifas, masalah keguguran dan kehamilan yang tidak diinginkan, perilaku seksual, konsumsi makan dalam 24 jam terakhir. Pengukuran tinggi badan/panjang badan dan berat badan dilakukan pada setiap responden dan pemeriksaan darah malaria dilakukan dengan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) sedangkan untuk TB paru dilakukan pemeriksaan dahak pagi dan sewaktu hanya pada kelompok umur 15 tahun ke atas.

Pengumpulan data dan entri data dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan kualifikasi minimal tamat D3 kesehatan. Pemeriksaan kelengkapan dan kebenaran data dilakukan oleh Penanggungjawab teknis kabupaten kemudian data dikirim secara elektronik kepada tim manajemen data di Balitbangkes.

Pengumpulan data di beberapa daerah telah mulai dilakukan sejak bulan Mei 2010 berakhir pada pertengahan agustus 2010 untuk dilakukan pengolahan dan analisis. Data berhasil dikumpulkan dari sejumlah 2798 BS sampel atau sekitar 99,9 persen dari 2800 BS sampel yang direncanakan. Sejumlah data tersebut siap untuk dianalisis.

Jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat adalah 2.800 Blok Sensus (BS) dengan 70.000 rumah tangga. Dari setiap provinsi diambil BS yang *representative* (mewakili) rumah tangga/anggota rumah tangga di provinsi tersebut. Dari 2.800 BS yang terpilih, 2798 BS yang berhasil dikunjungi kecuali 2 BS yaitu Nduga dan Papua dengan jumlah dengan jumlah rumah tangga 69.300 dan 251.000 anggota rumah tangga.

Dari setiap BS terpilih dipilih 25 rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pemilihan sampel rumah tangga ini dilakukan oleh penanggung jawab teknis kabupaten yang sudah dilatih.

Dalam Riskesdas 2010 terdapat kurang lebih 315 variabel yang tersebar dalam 2 jenis kuesioner rumah tangga dan individu. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner RKD10.RT dan data individu pada berbagai kelompok umur menggunakan kuesioner RKD10.IND.

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh wanita pernah kawin umur 10-59 tahun di Indonesia. Adapun yang menjadi sampel adalah semua responden yang ada pada data Riskesdas tahun 2010 yaitu seluruh wanita pernah kawin dan melahirkan umur 10-59 tahun. Jumlah sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus perhitungan sampel minimum estimasi proporsi (untuk melihat gambaran pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan) dan sampel minimal dua proporsi (untuk melihat hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan) dari Ariawan (1998).

Estimasi proporsi :

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2} \times deff$$

Keterangan :

P = Estimasi proporsi pemanfaatan fasilitas saat persalinan 45%

d = presisi/simpangan mutlak 5%

z = nilai z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ 95%

Dari perhitungan didapatkan sampel minimal sebesar 380 responden, dengan desain efek dua maka jumlah sampel minimal didapatkan 760 responden.

Uji Beda Proporsi:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \times deff$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal

α = Probabilitas melakukan kesalahan tipe I (probabilitas menolak H_0 yang benar). Pada penelitian ini digunakan $\alpha = 5\%$

β = Probabilitas melakukan kesalahan tipe II (probabilitas gagal menolak H_0 yang salah). Pada penelitian ini digunakan $\beta = 10\%$.

P-hat = $(P_2 + P_1) / 2$

P_1 = Proporsi responden yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan pada ibu yang layanan antenatal K4.

P_2 = Proporsi responden yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan pada ibu yang layanan antenatal tidak K4.

$P_1 - P_2$ = Beda minimal yang dianggap bermakna secara substansi

$$P_1 = \frac{P_2 * OR}{1 + [P_2 * (OR - 1)]} \quad OR = \frac{[P_1 / (1 - P_1)]}{[P_2 / (1 - P_2)]}$$

OR = Odds Rasio

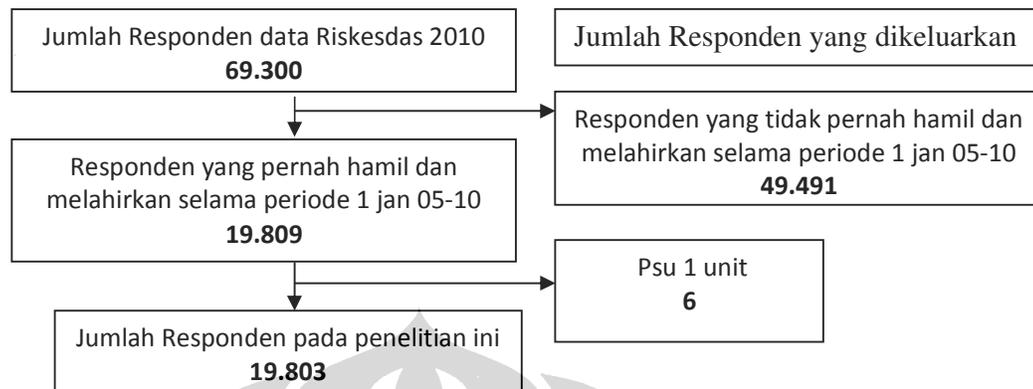
deff = desain efek yang digunakan dalam perhitungan jumlah sampel penelitian adalah 2.

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Berdasarkan Penelitian Terdahulu

Variabel	Peneliti	P_2	OR	P_1		deff	n
Umur	Maimunah (2010)	0,31	2	0,47	194	2	388
Pendidikan		0,33	2	0,50	175	2	350
Paritas		0,35	2	0,52	177	2	354
Sosial Ekonomi		0,29	2	0,45	190	2	380
Wilayah		0,27	2	0,43	185	2	370
Komplikasi		0,44	2	0,61	180	2	360
Frekuensi Kunjungan ANC		0,28	2	0,44	188	2	376

Dari hasil perhitungan didapat jumlah sampel minimal sebesar 388 responden untuk masing-masing proporsi. Pada penelitian ini peneliti tidak menggunakan jumlah sampel minimal, melainkan menggunakan semua sampel yang memenuhi kriteria inklusi pada data Riskesdas tahun 2010.

Langkah pemilihan responden:



Gambar 4.1 Langkah Pemilihan Sampel

4.5 Data Yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan diambil dari kuesioner rumah tangga yang meliputi pengenalan tempat, keterangan anggota rumah tangga dan pengeluaran rumah tangga (pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi dan wilayah). Sedangkan dari kuesioner individu adalah layanan antenatal, umur ibu, paritas, jarak kelahiran, dan komplikasi.

4.6 Manajemen dan Analisis Data

Pengolahan data Riskesdas 2010 pada penelitian ini dengan menggunakan sistem komputerisasi dengan bantuan perangkat lunak statistik, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- Membentuk data set baru dengan cara memilih variabel yang digunakan pada analisis
- Dari data set baru, peneliti melakukan penyaringan terhadap variabel-variabel yang akan dianalisis, sehingga akan terdapat satu set data yang berisikan variabel yang akan di teliti atau yang berhubungan dengan analisis (*cleaning*)
- Setelah data set baru terbentuk, akan dilakukan modifikasi terhadap variabel-variabel tertentu sesuai dengan rencana definisi operasional yang telah dijabarkan

- Melakukan pengkodean ulang (*recoding*) terhadap variabel-variabel yang akan dianalisis.

Pengolahan data diawali dengan mengelompokkan tempat persalinan menjadi dua yaitu fasilitas kesehatan (RS pemerintah, RS Swasta, RSB/RB, Puskesmas, Pustu, Praktek dokter, praktek bidan dan Polindes/Poskesdes) dan non fasilitas kesehatan (rumah). Disamping itu juga dilakukan penormalan bobot dengan membagi nilai bobot yang tersedia dengan rata-rata bobot.

Analisis data dilakukan secara bertahap yaitu analisis univariabel, bivariabel dan multivariabel. Analisis univariabel bertujuan mendeskripsikan variabel yang diteliti, baik variabel dependen yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan pada persalinan; variabel independen yaitu kunjungan antenatal dan variabel konfounding yaitu umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, dan kondisi ibu.

Analisis bivariabel digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan pada persalinan dengan variabel independen yaitu layanan antenatal dan dengan variabel konfounding yaitu umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan suami, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, dan komplikasi. Uji yang digunakan adalah *chi-square* dan logistik sederhana dengan batas kemaknaan atau *alpha* sebesar 5% dan nilai *confidence interval* 95%.

Analisis multivariabel digunakan untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan variabel dependen setelah dikontrol oleh variabel konfounding. Pada penelitian ini analisis yang digunakan adalah analisis regresi logistik ganda tehnik pemodelan untuk pengujian hipotesis menurut Kleinbaum (Ariawan, 2008).

Prinsip terpenting dalam pemodelan adalah model dapat menggambarkan hubungan yang sesungguhnya antara variabel independen terpilih dengan variabel dependen di populasi. Estimasi efek variabel independen terhadap variabel dependen yang terbaik adalah estimasi efek yang terkontrol oleh semua konfounder dan juga *effect modifier*.

Langkah-langkah untuk pengujian hipotesis adalah (Ariawan, 2008):

5. Membuat model yang mengikutsertakan semua potensial konfounder dan *effect modifier* yang tersedia di data. Model ini dinamakan *Hierarchically Well Formulated Model* (HWF Model) atau model yang paling lengkap.
6. Eliminasi *effect modifier*. Pada HWF model dilihat interaksi mana yang memiliki nilai *pvalue* lebih besar dari α (*alpha*) (*pvalue* > 0,05). Pengeluaran interaksi dilakukan secara bertahap, dimulai dengan interaksi yang memiliki nilai *pvalue* tertinggi. Model ini merupakan model baku emas (*gold standard*) yaitu model yang paling sahih untuk menilai hubungan, tetapi belum merupakan model yang paling sederhana dan paling baik presisinya.
7. Menyederhanakan model yaitu dengan mengurangi konfounder yang pengaruhnya tidak terlalu besar pada rasio odds independen dengan dependen (batasan yang umumnya digunakan adalah 10-15%). Besar kecilnya pengaruh konfounder dinilai berdasarkan perubahan relatif rasio odds terhadap baku emas rasio odds. Pengurangan konfounder dimulai dengan konfounder yang memiliki nilai *pvalue* tertinggi (atau nilai z terendah).

$$\text{Index confounding} = \frac{(\text{OR crude} - \text{OR adjusted})}{\text{OR adjusted}} * 100\%$$

8. Model akhir adalah model yang pasimoni untuk menilai hubungan antara independen dengan dependen dimana ada interaksi/tidak ada interaksi.

Semua analisis di atas menggunakan perangkat lunak statistik Stata11 (*complex samples*) dengan mempertimbangkan unsur strata, kluster wilayah cacah dan pembobotannya.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian dengan analisis *complex samples* yang meliputi analisis univariabel yang memberikan gambaran tentang karakteristik dari masing-masing variabel, analisis bivariabel untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen serta analisis multivariabel dalam melihat pengaruh variabel independen dengan variabel dependen secara bersama-sama setelah dikontrol oleh variabel konfounding.

5.1 Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan dan Layanan Antenatal

Pada bagian ini akan diuraikan distribusi ibu yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dan layanan antenatal.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan dan Layanan Antenatal

Variabel	Jumlah	Persentase
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan		
Bukan Fasilkes	8.510	43,0
Fasilkes	11.293	57,0
Layanan Antenatal		
Tidak	7.243	36,6
Ya	12.560	63,4

Pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dikategorikan fasilitas kesehatan jika persalinan di RS Pemerintah, RS Swasta, RS Bersalin, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Praktek Dokter, Praktek Bidan, dan Polindes/Poskesdes; bukan fasilitas kesehatan jika persalinan di rumah.

Responden yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan sebesar 57 persen dengan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan yaitu praktek bidan (29 persen), RS Pemerintah (9 persen), RS Swasta (8 persen), rumah sakit bersalin (5 persen), puskesmas (3 persen) dan Pustu atau praktek dokter atau Polindes/Poskesdes masing-masing 1 persen.

Responden yang bersalin di rumah sebesar 43 persen dengan tenaga penolong persalinan terakhir adalah bidan (52 persen), dukun (40 persen), keluarga (4 persen), dokter (2 persen), tenaga paramedis (1 persen).

Layanan antenatal dikategorikan K4 bila pemeriksaan kehamilan sesuai standar minimal empat kali selama kehamilan dengan pola 1-1-2, tidak K4 bila pemeriksaan kehamilan tidak sesuai standar minimal empat kali selama kehamilan atau tidak melakukan pemeriksaan kehamilan.

Sebagian besar (63 persen) ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar minimal empat kali selama kehamilan. Ibu yang memeriksakan kehamilan minimal satu kali pada triwulan pertama (K1) sebanyak 76 persen, minimal satu kali pada triwulan kedua 86 persen dan minimal dua kali pada triwulan ketiga (K4) sebanyak 75 persen.

5.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan umur ibu, paritas, jarak kelahiran, pendidikan, pekerjaan kepala keluarga, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal, komplikasi. Variabel umur masih dalam bentuk kontinyu sedangkan variabel-variabel yang lain bersifat kategori.

Pada Tabel 5.2, rata-rata umur ibu pada penelitian ini adalah 28 tahun dengan standar deviasi 6 tahun, umur terendah 12 tahun dan tertinggi 55 tahun. Sebagian besar responden memiliki 2-3 anak (51 persen), jarak kelahiran lebih/sama dengan 24 bulan (58 persen), dan 42 persen ibu jarak kehamilannya kurang dari 24 bulan. Proporsi responden menurut tingkat pendidikan hampir terdistribusi merata. Proporsi terbesar adalah responden dengan tingkat pendidikan tamat SLTA/PT yaitu 37 persen, pekerjaan kepala keluarga petani/nelayan/buruh/lainnya yaitu 46 persen, ekonomi keluarga pada kuartil 2 (25 persen), wilayah tempat tinggal di perkotaan (51 persen) hampir sama dengan pedesaan dan tidak ada komplikasi sebesar 94 persen.

Responden yang mengalami komplikasi selama kehamilan hanya 6 persen dengan tanda-tanda kompliasi mules hebat sebelum 9 bulan (43 persen), perdarahan (34 persen), demam tinggi (17 persen), kejang-kejang dan pingsan (12 persen) dan lainnya seperti HB kurang, air ketuban pecah/sedikit, dll (43 persen)

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal dan Komplikasi (n=19.803)

Variabel	Jumlah	Persentase
Umur		
Mean (Standar Deviasi)	28,3 (6,2)	
Min-Max	12 – 55	
Paritas		
>3 anak	3.655	18,5
2-3 anak	10.075	50,9
1 anak	6.073	30,7
Jarak Kelahiran		
>= 24 bln	11.462	57,9
< 24 bln	8.341	42,1
Pendidikan		
Tidak tamat SD/tdk sekolah	2.400	12,1
Tamat SD	5.692	28,7
Tamat SLTP	4.470	22,6
Tamat SLTA/PT	7.241	36,6
Pekerjaan Kepala Keluarga		
Tidak bekerja	793	4,0
Petani/Nelayan/Buruh	9.139	46,1
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa/lainnya	7.583	38,3
PNS/BUMN/Swasta/TNI/ Polri/Sekolah	2.288	11,6
Ekonomi Keluarga		
Kuartil 1 (<1,2 juta)	4.985	25,2
Kuartil 2 (1,2-1,8 juta)	5.013	25,3
Kuartil 3 (1,81-2,9 juta)	4.898	24,7
Kuartil 4 (>= 2,91 juta)	4.907	24,8
Wilayah Tempat Tinggal		
Pedesaan	9.684	48,9
Perkotaan	10.119	51,1
Komplikasi		
Tidak /tdk tahu	18.592	93,9
Ada	1.211	6,1

5.3 Hubungan Layanan Antenatal Dan Variabel Konfounding Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Hasil analisis hubungan antara layanan antenatal dan variabel konfounding dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dapat dilihat pada Tabel 5.3.

Tabel 5.3. Distribusi Hubungan Layanan Antenatal, Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Ekonomi Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal, Komplikasi Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Variabel	Pemanfaatan Fasikes				Total (n)	OR	OR (95% CI)		P value
	Bkn Fasikes		Fasikes				Lower	Upper	
	n	%	N	%					
Layanan Antenatal: Tidak	4.584	63,3	2.659	36,7	7.243	1,00			
Ya	3.927	31,3	8.634	68,7	12.560	3,79	3,48	4,12	< 0,001
Umur ibu					19.803	1,01	1,01	1,02	< 0,001
Paritas: > 3 anak	2.220	60,7	1.436	39,3	3.656	1,00			
2 – 3 anak	4.154	41,2	5.920	58,8	10.073	2,20	2,00	2,42	< 0,001
1 anak	2.137	35,2	3.937	64,8	6.074	2,84	2,57	3,15	< 0,001
Jarak Kelahiran: > = 24 bln	5.293	46,2	6.169	53,8	11.462	1,00			
< 24 bln	3.217	38,6	5.124	61,4	8.341	1,37	1,28	1,46	< 0,001
Pendidikan: Tidak tamat SD/tidak sekolah	1.676	69,8	724	30,2	2.400	1,00			
Tamat SD	3.423	60,1	2.269	39,9	5.692	1,53	1,36	1,76	< 0,001
Tamat SLTP	1.864	41,7	2.606	58,3	4.470	3,24	2,84	3,69	< 0,001
Tamat SLTA/PT	1.547	21,4	5.693	78,6	7.241	8,52	7,45	9,73	< 0,001
Pekerjaan KK: Tidak bekerja	281	35,5	512	64,5	793	1,00			
Petani/Nelayan/Buruh	5.318	58,2	3.821	41,8	9.139	0,39	0,33	0,47	< 0,001
Wiraswasta/Pedagang/ Pelayanan jasa/Lainnya	2.483	32,7	5.100	67,3	7.583	1,13	0,95	1,35	0,167
PNS/BUMN/Swasta/ TNI/ Polri/Sekolah	427	18,7	1.861	81,3	2.288	2,39	1,93	2,98	< 0,001
Ekonomi Keluarga: Kuartil 1	2.883	57,8	2.101	42,2	4.985	1,00			
Kuartil 2	2.467	49,2	2.547	50,8	5.014	1,42	1,29	1,56	< 0,001
Kuartil 3	1.972	40,3	2.926	59,7	4.898	2,04	1,83	2,27	< 0,001
Kuartil 4	1.188	24,2	3.719	75,8	4.907	4,29	3,81	4,84	< 0,001
Wilayah TT : Perdesaan	6.068	62,7	3.616	37,3	9.684	1,00			
Perkotaan	2.443	24,1	7.677	75,9	10.119	5,27	4,67	5,96	< 0,001
Komplikasi: Tidak ada	8.168	43,9	10.424	56,1	18.592	1,00			
Ada	342	28,3	868	71,7	1.211	1,99	1,73	2,29	< 0,001

Dari hasil analisis hubungan ada sebanyak 69 persen yang layanan antenatal K4 memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan. Ada hubungan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dimana responden yang layanan antenatal K4 memiliki peluang 3,79 kali lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan responden yang layanan antenatal tidak K4.

Ada hubungan yang signifikan umur dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan, dimana peningkatan 1 tahun umur ibu akan meningkatkan odds ibu untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan sebesar 1,01 kali.

Adanya peningkatan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan pada paritas. Proporsi tertinggi pada ibu yang memiliki 1 anak sebesar 65 persen dan mempunyai peluang 2,8 kali lebih besar dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan dibandingkan dengan ibu yang memiliki lebih dari 3 anak.

Proporsi ibu yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan terbesar dengan jarak kelahiran kurang dari 24 bulan (61 persen) dan mempunyai peluang 1,37 kali lebih besar dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang jarak kelahirannya lebih/sama dengan 24 bulan.

Adanya peningkatan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan pada pendidikan ibu dengan proporsi terbesar yang pendidikannya tamat SLTA/PT (79 persen) dan mempunyai peluang 8,52 kali lebih besar dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan dibandingkan dengan ibu yang tidak sekolah/tidak tamat SD.

Adanya peningkatan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan pada pekerjaan kepala keluarga. Proporsi terbesar bekerja sebagai PNS/BUMN/Swasta/TNI/Polri/Sekolah (81 persen) dengan peluang 2,39 kali lebih besar dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan dibandingkan dengan kepala keluarga yang tidak bekerja.

Ada peningkatan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan pada ekonomi keluarga. Proporsi terbesar kuartil 4 (76 persen) dengan peluang

peluang 4,29 kali lebih besar dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan dibandingkan dengan ekonomi keluarga pada kuartil 1.

Proporsi terbesar pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan adalah pada ibu dengan wilayah tempat tinggal perkotaan (76 persen) dengan peluang 5,27 kali lebih besar dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang wilayah tempat tinggalnya pedesaan.

Proporsi terbesar pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan pada ibu yang memiliki komplikasi kehamilan (71,7 persen) dengan peluang 1,99 kali lebih besar dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki komplikasi kehamilan.

5.4 Analisis Multivariabel

Prinsip terpenting pada regresi logistik ganda tehnik pemodelan untuk pengujian hipotesis adalah model dapat menggambarkan hubungan yang sesungguhnya antara variabel independen terpilih dengan variabel dependen di populasi. Estimasi efek variabel independen terhadap variabel dependen yang terbaik adalah estimasi efek yang terkontrol oleh semua konfounder dan juga variabel interaksi (*effect modifier*) (Ariawan, 2008).

Interaksi adalah heterogenitas efek dari satu pajanan pada tingkat pajanan lain di populasi asal. Pada penelitian ini interaksi dibuat antara variabel independen dengan variabel konfounding terpilih yaitu umur, paritas, pendidikan, ekonomi keluarga, wilayah tempat tinggal dan komplikasi. Langkah pemodelan adalah sebagai berikut:

5.4.1 Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)

Pertama dalam strategi pemodelan adalah membuat model yang mengikutsertakan semua potensial konfounding dan interaksi yang tersedia pada data. Model ini dinamakan HWF model atau model yang paling lengkap. HWF Model dapat dilihat pada Tabel 5.4.

Tabel 5.4. Analisis Multivariabel Layanan Antenatal, Umur, Paritas, Jarak Kelahiran, Pendidikan, Pekerjaan Kepala Keluarga, Ekonomi Keluarga, Wilayah Tempat Tinggal, Komplikasi Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	β	Std. Error	t	pvalue	OR	95% CI (OR)	
Layanan Antenatal K4	0,522	0,34	1,54	0,124	1,68	0,87	3,28
Umur (th)	0,043	0,01	6,52	0,000	1,04	1,03	1,06
Paritas (> 3 anak*)							
2-3 anak	0,604	0,09	6,88	0,000	1,83	1,54	2,17
1 anak	0,856	0,13	6,54	0,000	2,36	1,82	3,05
Jarak Kelahiran < 24 bulan	0,121	0,06	1,94	0,053	1,13	0,99	1,28
Pendidikan (Tidak tamat SD/tidak sekolah*)							
Tamat SD	0,266	0,10	2,64	0,008	1,31	1,07	1,59
Tamat SLTP	0,719	0,11	6,43	0,000	2,05	1,65	2,55
Tamat SLTA/PT	1,277	0,11	11,18	0,000	3,59	2,87	4,49
Pekerjaan (Tdk Bekerja*)							
Petani/Nelayan/Buruh	-0,215	0,09	-2,16	0,031	0,81	0,66	0,98
Wiraswasta / Pedagang / Pelayanan jasa/Lainnya	-0,01	0,09	-0,07	0,942	0,99	0,82	1,20
PNS/BUMN/Swasta/ TNI/Polri/Sekolah	0,213	0,12	1,85	0,064	1,24	0,99	1,55
Ekonomi Keluarga (Kuartil 1*)							
Kuartil 2	0,019	0,09	0,21	0,833	1,02	0,86	1,21
Kuartil 3	0,201	0,11	2,21	0,027	1,22	1,02	1,46
Kuartil 4	0,292	0,10	2,80	0,005	1,34	1,09	1,64
Wilayah Tempat Tinggal (Perkotaan)	1,275	0,09	14,59	0,000	3,58	3,02	4,25
Komplikasi (ada)	0,691	0,13	5,36	0,000	1,99	1,55	2,57
ANC K4 by umur ibu	1,012	0,01	1,49	0,136	1,01	0,99	1,03
ANC K4 by paritas(2-3 anak)	1,165	0,12	1,42	0,157	1,18	0,94	1,48
ANC K4 by paritas(1 anak)	0,341	0,16	2,19	0,029	1,41	1,04	1,91
ANC K4 by pddk(tmt SD)	-0,104	0,13	-0,80	0,425	0,90	0,69	1,16
ANC K4 by pddk(tmt SLTP)	-0,0002	0,14	-0,00	0,999	0,99	0,76	1,32
ANC K4by pddk(tmt SLTA/PT)	-0,199	0,12	-1,42	0,156	0,82	0,62	1,08
ANC K4 by ekonomi(kuartil 2)	-0,053	0,11	-0,49	0,622	0,95	0,77	1,17
ANC K4 by ekonomi(kuartil 3)	-0,184	0,11	-1,63	0,102	0,83	0,67	1,04
ANC K4 by ekonomi(kuartil 4)	1,165	0,13	1,29	0,198	1,18	0,92	1,52
ANC K4 by wilayah	-0,223	0,09	-2,35	0,019	0,80	0,66	0,96
ANC K4 by komplikasi	-0,196	0,17	-1,15	0,250	0,82	0,59	1,15

Keterangan : *=sebagai kelompok pembanding

5.4.2 Uji Interaksi Dengan Cara *Hierachically Backward Elimination*

Pada langkah kedua ini adalah eliminasi *effect modifier*. Pemeriksaan ada tidaknya interaksi dapat diketahui dengan melihat p value, bila pvalue > 0,05, artinya variabel tersebut tidak berinteraksi sehingga dikeluarkan dari model yang diawali dari variabel yang memiliki nilai pvalue paling besar (Tabel 5.5).

Tabel 5.5. Distribusi Hasil Uji Interaksi Dengan Cara *Backward Elimination*

No	Variabel	Pvalue*	Kesimpulan
1.	ANC K4 by komplikasi	0,250	Tidak ada interaksi
2.	ANC K4 by pendidikan	0,161	Tidak ada interaksi
3.	ANC K4 by umur ibu	0,170	Tidak ada interaksi
4.	ANC K4 by paritas	0,130	Tidak ada interaksi
5.	ANC K4 by ekonomi keluarga	0,050	Ada interaksi
6.	ANC K4 by wilayah tempat tinggal	0,013	Ada interaksi

Keterangan : *= pvalue variabel dummy terkecil

Berdasarkan hasil uji interaksi disimpulkan bahwa ada 2 variabel interaksi yang masuk dalam pemodelan yaitu variabel interaksi antara layanan antenatal dengan ekonomi keluarga dan variabel interaksi antara layanan antenatal dengan wilayah tempat tinggal. Model yang dihasilkan setelah uji interaksi disebut model baku emas (*gold standar*) (Tabel 5.6).

Tabel 5.6. Model Baku Emas Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	β	Std. Error	T	Pvalue	OR	95% CI (OR)	
Layanan Antenatal (K4)	0,981	0,09	11,4	0,000	2,67	2,25	3,16
Umur (th)	0,049	0,004	11,79	0,000	1,05	1,04	1,06
Paritas (> 3 anak*)							
2-3 anak	0,698	0,06	11,91	0,000	2,01	1,79	2,26
1 anak	1,061	0,09	11,58	0,000	2,89	2,41	3,46
Jarak Kelahiran (< 24 bulan)	0,124	0,06	1,97	0,049	1,13	1,00	1,28
Pendidikan (tidak tamat SD/tidak sekolah*)							
Tamat SD	0,210	0,07	3,03	0,002	1,23	1,08	1,41
Tamat SLTP	0,728	0,07	9,86	0,000	2,07	1,79	2,39
Tamat SLTA/PT	1,156	0,07	15,53	0,000	3,18	2,75	3,68
Pekerjaan (Tdk bekerja*)							
Petani/Nelayan/Buruh	-0,208	0,09	-2,09	0,037	0,81	0,67	0,97
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan jasa/Lainnya	-0,002	0,09	-0,02	0,987	0,99	0,82	1,21
PNS/BUMN/Swasta/TNI/Polri/Sekolah	0,221	0,12	1,92	0,055	1,25	0,99	1,56
Ekonomi Keluarga (Kuartil 1*)							
Kuartil 2	0,030	0,09	0,35	0,730	1,03	0,87	1,23
Kuartil 3	0,221	0,09	2,45	0,014	1,25	1,05	1,49
Kuartil 4	0,323	0,10	3,18	0,001	1,38	1,13	1,69
Wilayah Tmp Tgg1 (Perkotaan)	1,282	0,09	14,64	0,000	3,61	3,04	4,28
Komplikasi (ada)	0,568	0,08	6,79	0,000	1,77	1,49	2,08
ANC K4 by ekonomi(kuartil 2)	-0,073	0,11	-0,68	0,496	0,93	0,75	1,15
ANC K4 by ekonomi(kuartil 3)	-0,216	0,11	-1,96	0,050	0,81	0,65	0,99
ANC K4 by ekonomi(kuartil 4)	0,111	0,12	0,90	0,367	1,12	0,88	1,42
ANC K4 by wilayah	-0,233	0,09	-2,47	0,013	0,79	0,66	0,95

Keterangan : * = sebagai kelompok pembandingan

5.4.3 Uji Konfounding

Untuk menyederhanakan model (parsimony), yaitu dengan mengurangi potensial konfounding yang pengaruhnya tidak terlalu besar pada odds ratio layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Pengurangan konfounding dilakukan dengan mencoba menghilangkan satu persatu konfounding pada model. Pengurangan variabel konfounding dimulai dengan variabel yang memiliki pvalue terbesar dan dilihat perubahan OR, bila

terjadi perubahan $OR > 10\%$ pada variabel *gold* standar berarti variabel tersebut konfounding sehingga tidak dikeluarkan dari model.

Dari hasil analisis interaksi didapatkan adanya 2 variabel interaksi yang masuk dalam pemodelan. Dalam keadaan ada interaksi, maka rasio odds variabel layanan antenatal tergantung dari variabel ekonomi dan wilayah. Sehingga terdapat 6 nilai OR yang merupakan rasio odds yang paling sah dan digunakan sebagai baku emas dalam proses eliminasi konfounder (Lampiran 1).

Tabel 5.7. Distribusi Hasil Pada Pengeluaran Variabel Potensial Konfounding

No	Variabel	Keterangan	Kesimpulan
1.	Pekerjaan Kepala Keluarga	Bukan Konfounding	Dikeluarkan
2.	Jarak Kelahiran	Bukan Konfounding	Dikeluarkan
3.	Pendidikan	Konfounding	Masuk dalam model
4.	Komplikasi	Bukan Konfounding	Dikeluarkan
5.	Umur Ibu	Bukan Konfounding	Dikeluarkan
6.	Paritas	Konfounding	Masuk dalam model

Hasil pemeriksaan potensial konfounding, terdapat dua variabel masuk dalam model yaitu variabel pendidikan dan paritas merupakan konfounding bagi pengaruh layanan antenatal terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Model yang dihasilkan setelah pemeriksaan potensial konfounding disebut model yang paling sederhana (Tabel 5.8).

Tabel 5.8. Model Sederhana Pengaruh Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	β	Std. Error	t	pvalue
Layanan Antenatal (K4)	1,028	0,09	12,03	0,000
Paritas (> 3 anak*)				
2-3 anak	0,433	0,05	8,26	0,000
1 anak	0,595	0,06	10,16	0,000
Pendidikan (Tidak tamat SD/tidak sekolah*)				
Tamat SD	0,189	0,07	2,79	0,005
Tamat SLTP	0,689	0,07	9,65	0,000
Tamat SLTA/PT	1,242	0,07	17,02	0,000
Ekonomi Keluarga (Kuartil 1*)				
Kuartil 2	0,067	0,09	0,77	0,444
Kuartil 3	0,289	0,09	3,23	0,001
Kuartil 4	0,449	0,09	4,52	0,000
Wilayah Tempat Tinggal (Perkotaan)	1,369	0,09	15,82	0,000
ANC K4 by ekonomi(kuartil 2)	-0,087	0,11	-0,82	0,410
ANC K4 by ekonomi(kuartil 3)	-0,215	0,11	-1,95	0,051
ANC K4 by ekonomi(kuartil 4)	0,110	0,12	0,91	0,364
ANC K4 by wilayah (perkotaan)	-0,244	0,09	-2,59	0,010
Konstanta	-2,131	0,09	-21,83	0,000

Keterangan: * = sebagai kelompok pembanding

Model diatas merupakan model parsimoni untuk menggambarkan hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dimana ada interaksi antara layanan antenatal dengan ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal.

Nilai rasio odds untuk layanan antenatal K4 berdasarkan tingkat ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal dapat dilihat pada Tabel 5.9:

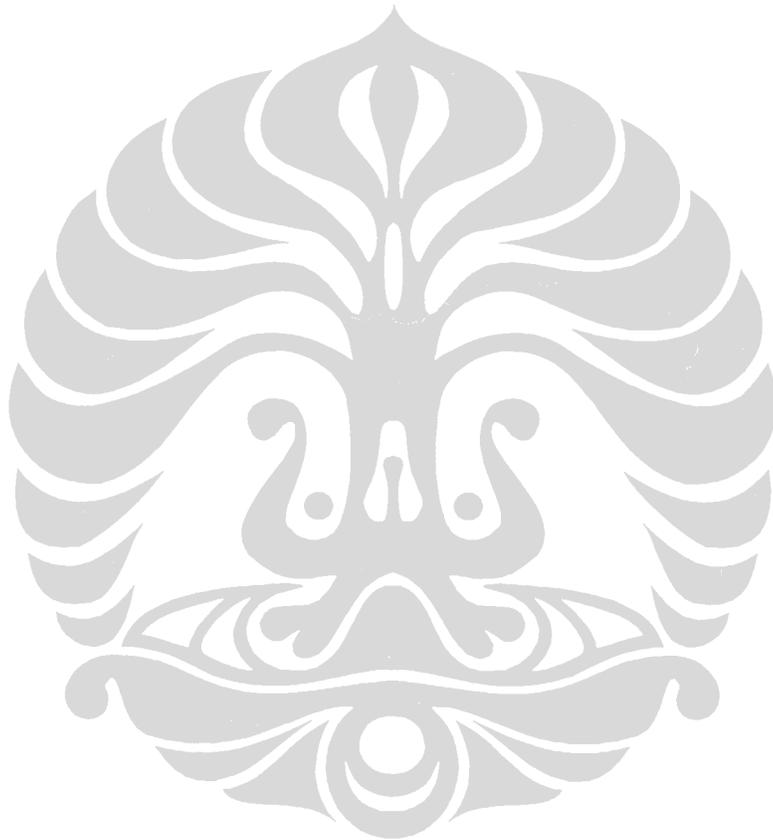
Tabel 5.9. Efek Layanan Antenatal Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan	OR	Std. Error	95% CI	
K4 menurut ekonomi keluarga:				
Ekonomi Kuartil 1	2,79	0,24	2,36	3,31
Ekonomi Kuartil 2	2,56	0,23	2,15	3,05
Ekonomi Kuartil 3	2,25	0,21	1,88	2,69
Ekonomi Kuartil 4	3,12	0,32	2,55	3,83
K4 menurut wilayah tempat tinggal:				
Pedesaan	2,79	0,24	2,36	3,31
Perkotaan	2,19	0,22	1,79	2,67
Paritas:				
2-3 anak	1,54	0,08	1,39	1,71
1 anak	1,81	0,11	1,62	2,03
Pendidikan:				
Tamat SD	1,20	0,08	1,06	1,38
Tamat SLTP	1,99	0,14	1,73	2,29
Tamat SLTA/PT	3,47	0,25	3,00	3,99

Dengan demikian dapat diinterpretasikan bahwa setelah dikontrol dengan pendidikan dan paritas maka :

1. Ibu yang layanan antenatal K4 dan ekonomi keluarga pada kuartil 1 mempunyai peluang 2,79 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.
2. Ibu yang layanan antenatal K4 dan ekonomi keluarga pada kuartil 2 mempunyai peluang 2,56 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.
3. Ibu yang layanan antenatal K4 dan ekonomi keluarga pada kuartil 3 mempunyai peluang 2,25 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.
4. Ibu yang layanan antenatal K4 dan ekonomi keluarga pada kuartil 4 mempunyai peluang 3,12 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.

5. Ibu yang layanan antenatal K4 dan wilayah tempat tinggal pedesaan mempunyai peluang 2,79 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.
6. Ibu yang layanan antenatal K4 dan wilayah tempat tinggal perkotaan mempunyai peluang 2,19 kali untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang layanan antenatal tidak K4.



BAB 6 PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian ini terbagi dalam dua hal pokok yaitu keterbatasan penelitian dan pembahasan hasil penelitian terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan di Indonesia.

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010). Seperti umumnya penggunaan data sekunder akan ada keterbatasan yang mungkin terjadi karena variabel yang digunakan dalam disain “*cross sectional*” Riskesdas 2010 adalah terbatas pada variabel yang ada dalam kuesioner Riskesdas 2010.

Penelitian Riskesdas 2010 mencakup seluruh propinsi di Indonesia dengan sampel sebanyak 19.803 ibu. Jumlah tersebut diperoleh dari ibu yang pernah hamil dan melahirkan selama periode 1 Januari 2005 – 2010. Data diperoleh dari hasil wawancara dengan kepala keluarga atau ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga yang dapat memberikan informasi. Kemampuan untuk mengingat kejadian yang lebih dari satu tahun dapat menyebabkan kelemahan pada kualitas data.

Model hubungan layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan tidak dapat sepenuhnya diartikan sebagai hubungan sebab akibat namun demikian setidaknya dapat dipastikan bahwa layanan antenatal ini diberikan sebelum peristiwa persalinan terjadi. Sehingga dapat diartikan sebagai hubungan keterkaitan saja.

Penelitian ini tidak meneliti variabel yang menjelaskan standar minimal pelayanan antenatal yaitu penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan fundus uteri, pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid), pemberian tablet besi minimal 90 hari selama hamil, tes terhadap penyakit menular, temu wicara (konseling) sehingga tidak dapat menjelaskan kualitas layanan antenatal.

Keterbatasan lainnya dalam variabel komplikasi dimana responden yang mengalami komplikasi kehamilan jumlahnya sangat kecil dikarenakan sebagian

besar yang mengalami komplikasi serius sudah meninggal, jadi yang tercatat hanya pada mereka yang masih hidup dan berdasarkan persepsi awam (bukan medis).

Kemungkinan adanya konfounder sudah diminimalkan lewat pengendalian terhadap konfounder, melalui analisis regresi multivariabel yang dapat memurnikan hubungan dari variabel independen utama yaitu layanan antenatal.

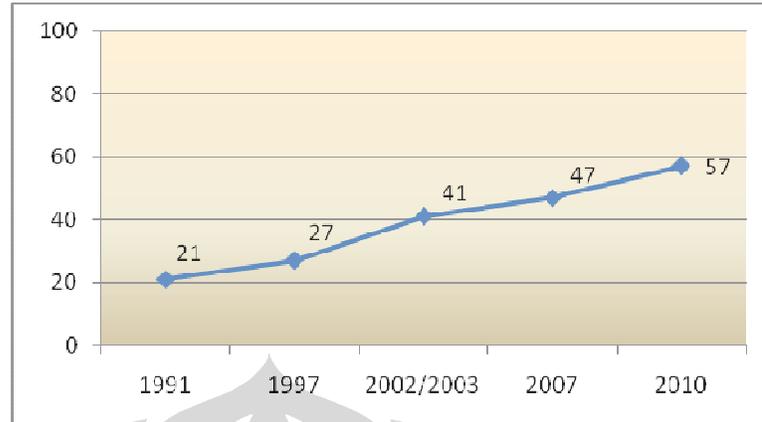
6.2 Hasil Penelitian

6.2.1 Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, prioritas pembangunan kesehatan adalah peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui strategi meningkatkan layanan kesehatan yang merata, terjangkau dan berkeadilan dengan fokus pada peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta. Sebagai tindaklanjutnya Direktorat Kesehatan Ibu melakukan kebijakan agar layanan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Hal ini merupakan aplikasi intervensi dalam menurunkan AKI seperti di Srilanka, yang membuat kebijakan persalinan harus dilakukan di fasilitas kesehatan.

Pada penelitian ini 57 persen responden sudah pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dengan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan yaitu praktek bidan (29 persen), RS Pemerintah (9 persen), RS Swasta (8 persen), rumah sakit bersalin (5 persen), puskesmas (3 persen) dan Pustu atau praktek dokter atau Polindes/Poskesdes masing-masing 1 persen. Responden yang bersalin di rumah sebesar 43 persen dengan tenaga penolong persalinan terakhir adalah bidan (52 persen), dukun (40 persen), keluarga (4 persen), dokter (2 persen), tenaga paramedis (1 persen).

Hasil penelitian ini lebih tinggi dari penelitian yang dilakukan oleh Maimunah (2010) dengan menggunakan data SDKI 2007 yang menemukan hanya 45 persen yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan. Data SDKI 1991-2007 dan Riskesdas 2010, persentase ibu yang melaporkan bersalin di fasilitas kesehatan selama 19 tahun (1991-2010) dapat dilihat pada gambar 6.1 berikut:



Sumber : Data SDKI 1991-2007 dan Riskesdas 2010

Gambar 6.1 Tren Persalinan Di Fasilitas Kesehatan Tahun 1991-2010

Pada 19 tahun terakhir terdapat peningkatan persentase persalinan di fasilitas kesehatan dari 21 persen pada tahun 1991 menjadi 57 persen pada tahun 2010. Hal ini menunjukkan bahwa semakin meningkatnya pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Berdasarkan Data SDKI (2007), pemanfaatan fasilitas kesehatan, baik milik pemerintah ataupun swasta, untuk persalinan jauh lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding pedesaan (70 persen dibanding 29 persen). Hal yang sama juga terjadi menurut pendidikan, dimana ibu yang tidak sekolah jauh lebih tinggi persentasenya yang melahirkan di rumah (81 persen) dibanding ibu dengan pendidikan SMTA ke atas (28 persen).

Hasi penelitian ini didapatkan peningkatan proporsi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan dimana ibu yang berpendidikan SMA/PT (78,6 persen) memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang tidak sekolah/tidak tamat SD (30,2 persen). Demikian pula dengan ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal, ibu yang ekonomi keluarganya pada kuartil 4 (75,8 persen) memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu dengan ekonomi keluarga pada kuartil 1 (42,2 persen). Sedangkan ibu di perkotaan (75,9 persen) memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang bertempat tinggal di pedesaan (37,9 persen).

Departemen kesehatan telah menganjurkan partisipasi bapak untuk mempersiapkan tempat bersalin dan penolong persalinan yang akan dipilih ibu

hamil dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan desa siaga (Djaja S dan Afifah T,2011).

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009) salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukan suatu kekurangan melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu karena tindakan rujukan ditujukan pada kasus yang tergolong berisiko tinggi. Oleh karena itu, kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, terutama dalam mengatasi keterlambatan.

6.2.2 Hubungan Layanan Antenatal Dengan Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Saat Persalinan

Angka Kematian Ibu (AKI) telah disepakati sebagai salah satu indikator keberhasilan program kesehatan ibu dan sekaligus mencerminkan status sosial wanita. Meskipun dinilai sebagai indikator yang ideal, namun untuk mengukur atau menghitung AKI tidaklah mudah. Salah satu indikator proksi seperti indikator pelayanan kesehatan maternal (pemeriksaan kehamilan dan penolong persalinan), komplikasi yang terjadi pada kehamilan dan persalinan dan juga penyebab kematian maternal.

Prinsip dasar pelayanan kesehatan ibu adalah bahwa setiap persalinan baik yang terjadi di rumah ataupun di rumah sakit harus mendapat pertolongan petugas yang terlatih. Memperbaiki jangkauan rumah sakit yang tersedia merupakan bagian dari penyelesaian masalah. Bersamaan dengan peningkatan fasilitas dilakukan penilaian kembali terhadap peranan dan kemampuan petugas kesehatan (Perinasia, 1994).

Dari segi potensi, salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif untuk pencegahan kematian dan kesakitan ibu adalah pelayanan prenatal, khususnya di tempat yang status kesehatan umum wanitanya sangat buruk. Pelayanan kesehatan prenatal mempunyai beberapa fungsi utama, yaitu :

1. Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktivitas pendidikan;

2. Melakukan skrining, identifikasi wanita dengan kehamilan risiko tinggi dan merujuknya jika perlu;
3. Memantau kesehatan selama kehamilan dalam usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

Pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Namun efek layanan antenatal berbeda menurut ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal setelah dikontrol oleh pendidikan dan paritas. Ibu yang layanan antenatal K4 dan memiliki ekonomi keluarga miskin (kuartil 1) dan ekonomi keluarga kaya (kuartil 4) memiliki peluang 3 kali lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan layanan antenatal tidak K4. Demikian pula dengan ibu yang layanan antenatal K4 dan bertempat tinggal di pedesaan mempunyai peluang 3 kali lebih besar memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan layanan antenatal tidak K4.

Tujuan asuhan antenatal menurut Purwandari A (2008) adalah mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dengan normal; meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan bayi; memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi; menganalisis secara dini adanya ketidaknormalan dan komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil.

Namun masyarakat masih menganggap kelahiran sebagai suatu peristiwa yang biasa saja sehingga tidak melakukan persiapan pada masa kehamilan. Selain karena faktor budaya, peran dan kedudukan perempuan dalam pengambilan keputusan, faktor biaya, pendidikan dan dukungan sistem transportasi pada akhirnya akan mempengaruhi cakupan pelayanan antenatal.

Berdasarkan hasil analisis dapat dikatakan bahwa layanan antenatal K4 sangat mempengaruhi pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan, peluang ibu semakin besar bila layanan antenatal K4 untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan informasi yang didapatkan saat melakukan layanan antenatal sehingga ibu hamil termotivasi melahirkan di fasilitas kesehatan.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Maimunah (2010), dimana frekuensi kunjungan ANC mempunyai asosiasi positif terhadap pemanfaatan layanan persalinan di fasilitas kesehatan. Semakin lengkap frekuensi layanan ANC, semakin besar pengaruhnya terhadap pemanfaatan layanan persalinan di fasilitas kesehatan. Dan di perkuat penelitian sebelumnya oleh Magadi, *et al* (2003) yang menemukan bahwa frekuensi kunjungan ANC yang lengkap mempengaruhi ibu-ibu di wilayah pedesaan dan perkotaan di Sub Sahara Afrika dalam memanfaatkan layanan persalinan di fasilitas kesehatan.

Menurut Djaja S. dan Afifah T (2011), tren cakupan pemeriksaan kehamilan (ANC) pada ibu dengan anak lahir hidup dalam kurun waktu lima tahun sebelum survei yang memeriksakan kehamilannya empat kali atau lebih dalam kurun waktu 16 tahun (1991-2007) telah mengalami peningkatan sebesar kira-kira 46 persen (dari 56 persen menjadi 82 persen). Peningkatan yang tertinggi terjadi kurun waktu 1991-1994 sebanyak 8 persen, sedangkan kurun waktu tahun 2002/2003-2007 tidak menunjukkan perubahan. Hal ini menunjukkan bahwa sudah terdapat kesadaran di kalangan ibu yang sedang hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan.

Pada penelitian Sugiharti, dkk (2004) ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dan penelitian Maimunah (2010) menunjukkan bahwa tingkat status sosial ekonomi dan wilayah mempunyai pengaruh yang signifikan pada pemanfaatan layanan persalinan di non fasilitas kesehatan dengan tenaga non kesehatan. Di wilayah pedesaan dan status sosial ekonomi miskin cenderung lebih memanfaatkan layanan persalinan di non fasilitas kesehatan dengan tenaga non kesehatan sebesar 15,49 dan 3,03 kali. Hal ini mungkin disebabkan wilayah pedesaan lebih banyak penduduk yang status sosial ekonomi rendah dibandingkan dengan wilayah perkotaan.

Salah satu kebijakan pemerintah saat ini adalah kebijakan jaminan persalinan yang diselenggarakan dengan maksud untuk mempermudah akses ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan ANC dan pertolongan persalinan yang higienis oleh tenaga kesehatan yang terlatih baik persalinan normal maupun dengan penyulit. Hal ini dilakukan untuk mengatasi hambatan biaya persalinan

yang sering menjadi masalah pada kelompok masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah.

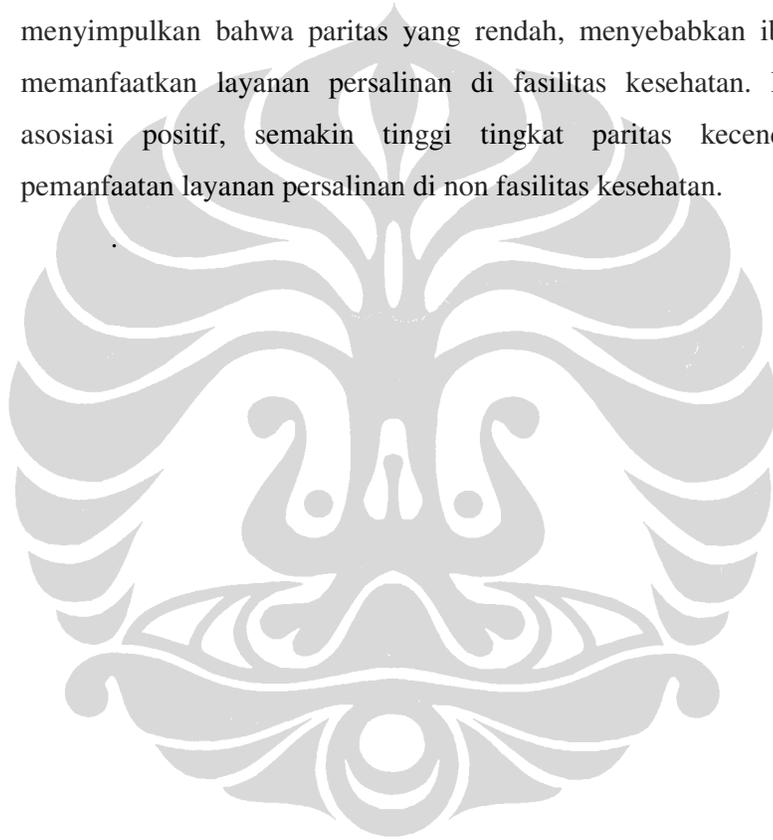
Pada penelitian ini, pendidikan merupakan konfounding untuk variabel utama dimana semakin tinggi pengetahuan mempunyai peluang lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sugiharti, dkk (2004) ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dan Maimunah (2010), pendidikan mempunyai asosiasi positif terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, mempunyai pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan layanan persalinan di fasilitas kesehatan.

Pendidikan dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang. Kematangan intelektual ini dipengaruhi pada wawasan dan cara berpikir seseorang baik dalam tindakan yang dapat dilihat maupun dengan cara pengambilan keputusan dan pembuatan kebijaksanaan. Semakin tinggi pendidikan formal seseorang, semakin baik pengetahuan tentang kesehatan.

Menurut Rukmini (2005) rendahnya pendidikan ibu akan berdampak pada rendahnya pengetahuan ibu yang berpengaruh pada keputusan ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pendidikan ibu adalah faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap pencarian pertolongan persalinan di pedesaan di samping faktor jarak ke tempat pelayanan kesehatan dan status ekonomi.

Penelitian diberbagai negara berkembang membuktikan bahwa jumlah anak yang dilahirkan umumnya akan menurun bersamaan dengan semakin tingginya tingkat pendidikan ibu. Pendidikan berpengaruh secara tidak langsung melalui peningkatan status sosial dan kedudukan seorang wanita, peningkatan pilihan mereka terhadap kehidupan dan peningkatan kemampuan untuk permasalahan status quo, membuat keputusan sendiri serta menyatakan pendapat. Juga ditemukan bahwa faktor yang pengaruh paling penting dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan prenatal adalah pendidikan. Lebih dari 90% wanita yang berpendidikan paling sedikit sekolah dasar telah mencari pelayanan kesehatan prenatal (Perinasia, 1994).

Salah satu upaya mendorong kesehatan reproduksi yang optimal adalah kehamilan sebaiknya dengan interval lebih dari 2 tahun dengan jumlah kehamilan, kelahiran 2 sampai 3 orang mempunyai optimalisasi kesehatan. Pada penelitian ini, paritas merupakan faktor konfounding dari layanan antenatal terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Dimana ibu yang memiliki anak kurang dari 3 memiliki peluang lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak lebih dari 3. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maimunah (2010) yang menyimpulkan bahwa paritas yang rendah, menyebabkan ibu lebih cenderung memanfaatkan layanan persalinan di fasilitas kesehatan. Paritas mempunyai asosiasi positif, semakin tinggi tingkat paritas kecenderungan terhadap pemanfaatan layanan persalinan di non fasilitas kesehatan.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat dikemukakan pada hasil penelitian ini adalah:

1. Responden yang memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan sebesar 57 persen.
7. Terdapat hubungan yang signifikan antara layanan antenatal dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan saat persalinan. Namun efek layanan antenatal berbeda menurut ekonomi keluarga dan wilayah tempat tinggal setelah dikontrol oleh pendidikan dan paritas. Ibu yang layanan antenatal K4 dan memiliki ekonomi keluarga miskin (kuartil 1) dan ekonomi keluarga kaya (kuartil 4) memiliki peluang 3 kali lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan layanan antenatal tidak K4. Demikian pula dengan ibu yang layanan antenatal K4 dan bertempat tinggal di pedesaan mempunyai peluang 3 kali sedangkan perkotaan mempunyai peluang 2 kali lebih besar memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan dibandingkan dengan layanan antenatal tidak K4.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pembuat Kebijakan

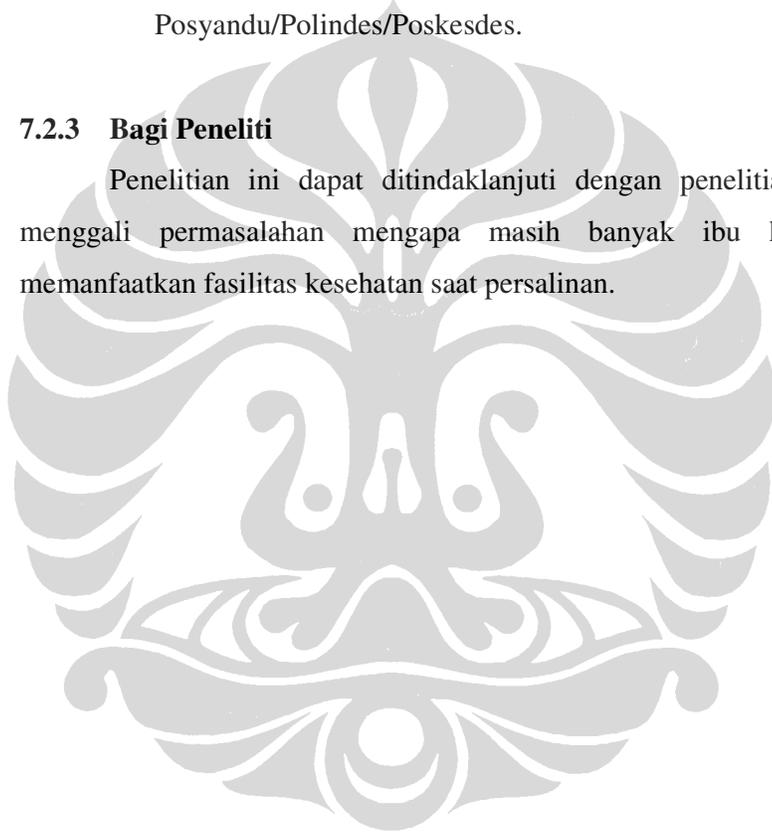
1. Program kesehatan untuk masyarakat miskin dan sistem rujukan diharapkan terus ditingkatkan sehingga ibu termotivasi dalam merencanakan melahirkan difasilitas kesehatan.
2. Dalam meningkatkan cakupan layanan antenatal, pemerintah bekerja sama dengan LSM, media informasi memberikan informasi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan kepada pasangan usia subur/ibu hamil terutama.

7.2.2 Bagi Pelaksana Program

1. Pelaksana program di fasilitas kesehatan terutama di bagian kesehatan ibu dan anak saat *antenatal care* diharapkan selain kegiatan di dalam gedung juga meningkatkan kegiatan diluar gedung untuk melakukan penyuluhan kepada ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan selama masa kehamilan.
2. Bidan Di Desa melakukan layanan antenatal dengan pendekatan ke masyarakat desa dengan cara meningkatkan kegiatan-kegiatan di Posyandu/Polindes/Poskesdes.

7.2.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat ditindaklanjuti dengan penelitian kualitatif untuk menggali permasalahan mengapa masih banyak ibu hamil yang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan saat persalinan.



DAFTAR REFERENSI

- Andersen RM. (1995, March). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. *J Health Soc Behav*, 36,1-10.
- Ariawan.I. (1998). *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*. FKM UI: Depok.
- Ariawan.I. (2008). *Analisis Data Kategori*. Departemen Biostatistik FKM UI.Draft 0.90, h.87-95.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro Internasional. (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA:BPS dan Macro International.
- Badan Litbangkes. (2011). *Riset Fasilitas Kesehatan 2010-2011*. www.rifaskes.litbang.depkes.go.id/batasan.
- Beverly A, Myers. (1996). *A Medical Administration, Vol.I*. American Public Health Association.
- Besral.(2006). Pengaruh Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Pemilihan Penolong Persalinan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol.1, No.2 hal 88-92.
- Budijanto D, dkk. (2006). Upaya Peningkatan Manajemen Pertolongan Persalinan dan Pascapersalinan Oleh Bidan Di Rumah Dan Fasilitas Kesehatan. *Laporan Penelitian Analisis Lanjut Riskesdas*. Surabaya: Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Kemenkes
- Departemen Kesehatan RI. (2003). *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis hak Asasi Manusia & Keadilan Gender*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2007*, Jakarta.
- Djaja S dan Afifah T. (2011, 1 Maret). Pencapaian Dan Tantangan Status Kesehatan Maternal Di Indonesia. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Volume 10, 10-19.
- GOI-UNICEF.(2000). *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Dalam Negeri. (2010, Mei). *Data Wilayah Administrasi Pemerintahan per Provinsi, Kabupaten/Kota Seluruh Indonesia*. Ditjen PUM.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2010)*, Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. (2010a). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010b). *Pelayanan Antenatal dalam Pencegahan dan Penanganan Malaria Pada Ibu Hamil*. Jakarta, h.3-5.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010c). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Jakarta.
- Kleinbaum DG, Klein M. (2002). *Logistic regression: A self-learning text*, 2nd.ed, New York: Springer verlag, h.4-7, 164-82.
- Komplikasi Kehamilan, Persalinan Dan Nifas. (Tanpa Tahun). Diakses tanggal 7 Juli 2012. <http://ameliakiky.wordpress.com/komplikasi-kehamilan-persalinan-dan-nifas/>
- Laksono, Agung D dan Rukmini. (2010). Proyeksi dan Pola Akses Pelayanan Kesehatan Ibu 5 Tahun Terakhir Di Indonesia. *Laporan Penelitian Analisis Lanjut Riskesdas 2010*. Surabaya: Puslitbang Sistem & Kebijakan Kesehatan Kemenkes RI.
- Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia. *Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu*, 57-62.
- Lemeshow S., et al. (1991). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Terjemahan Dibyong Pramono, Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Magadi, et al.(2003). The Inequality of Maternal Health Care in Urban Sub Saharan Africa in the 1990s, *Population Studies*. Vol 57, No.3, pp 347-366.
- Manuaba, IBG. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Maimunah. (2010). *Determinan Layanan Persalinan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2007)*. Tesis. Depok: FKM UI.
- Mochtar R. (1998). *Sinopsis Obstetri Fisiologi-Obstetri Patologi*. Ed.2. Jakarta: EGC.
- News Antara. (2009). *WHO: Penurunan Angka kematian Ibu Belum Sesuai Target MDGs*.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

- Pambudi, Imran. (2011). *Memperhatikan Lagi Angka Kematian Ibu di Indonesia*. Diakses tanggal 15 Mei 2012. <http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/834>.
- Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia). (1994). *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*. Jakarta: Penerbit Binarupa Aksara.
- Pudjianto, Djoko S dan Kristiani. (2006, April). Kemiskinan, Kondisi Geografis dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Berhubungan dengan Kejadian Kekurangan Energi protein (KEP) pada Balita di Kabupaten Sragen. *Working Paper Series, No.25*. KMPK: Universitas Gadjah Mada.
- Purwandari A. (2008). *Konsep Kebidanan Sejarah & Profesionalisme*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rachmawati T, dkk. (2008). Perbedaan Antara Akses Pelayanan Kesehatan, Kondisi Sosial Ekonomi Terhadap Kematian Maternal dan Bayi di Indonesia. *Laporan Penelitian Analisis Lanjut Riskesdas*. Surabaya: Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Kemenkes.
- Retnaningsih E. (2009, 1 April). Kontribusi Pemilihan Penolong Persalinan Untuk Mencegah Kematian Ibu di Provinsi Sumatera Selatan. *Jurnal Pembangunan Manusia*, Vol.7.
- Ristrini dan Handajani A. (2010). Pola Penolong Persalinan Lima Tahun Terakhir Di Indonesia. *Laporan Penelitian Analisis Lanjut Riskesdas 2010*. Surabaya: Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan Kemenkes.
- Rochmawati, Lusa. (2011). *Menentukan Usia Kehamilan*. Diakses 7 Juli 2012. <http://id.wikipedia.org/wiki/kehamilan>.
- Rukmini, LK.Wiludjeng. (2005). Gambaran Penyebab Kematian Maternal Di Rumah Sakit (Studi Di RSUD Pesisir Selatan, RSUD Padang Pariaman, RSUD Sikka, RSUD Larantuka dan RSUD Serang, 2005). *Pusat penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Surabaya*.
- Santoso, Budi I. (2010, Desember). Prevention in Improving The National Nutrition Status in Indonesia. *International Conference On CSR AND Combating Malnutrition: Obtaining Millenium Development Goals (MDGs) In Indonesia*. Presentasi.
- Senewe, Felly P. (2003). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Komplikasi Persalinan 3 Tahun Terakhir di Indonesia*. Research Report from JKPK Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Skenario Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (Refleksi Hari Ibu). (2011, Desember). Diakses tanggal 15 Mei 2012. <http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/archives/335#more-335>.

- Sistem Kesehatan Nasional. (2010, August). *Perkembangan Dan Tantangan Sistem Kesehatan Nasional*. <http://nursingbegin.com/sistem-kesehatan-nasional/>.
- Sugiharti, Sukana B dan Hapsari T.D. (Agustus, 2004). Hubungan Karakteristik Sosial Ekonomi Ibu Dengan Pemanfaatan Tenaga Kesehatan Sebagai Penolong Persalinan di Pulau Jawa. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. Vol.3 No.2: 74-79.
- Sulanjari S. (1997). *Alokasi Pendapatan Rumah Tangga dan perawatan Kehamilan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan UGM.
- Syafrudin. (2008). *Angka Kematian Ibu dan Bayi Masih Tinggi*. Jakarta: Kompas.
- Syafrudin dan Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*.
- Wiknjastro H. (1991). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, h.23-27.
- World Health Organization. (2007). *Dibalik Angka: Pengkajian Kematian Maternal dan Komplikasi untuk mendapatkan kehamilan yang lebih aman*.

Lampiran 1. Distribusi Hasil Perubahan Odds Rasio
 Pada Pengeluaran Variabel Potensial
 Konfounding

Variabel	OR Gold Standar	OR setelah dikeluarkan	% Perubahan
Kerja KK	2,666	2,698	1,20
	2,479	2,509	1,21
	2,149	2,201	2,42
	2,979	3,042	2,11
	2,111	2,123	0,57
Jarak kelahiran	2,666	2,685	0,71
	2,479	2,506	1,09
	2,149	2,193	2,05
	2,979	3,029	1,68
	2,111	2,107	-0,19
Pendidikan	2,666	2,889	8,36
	2,479	2,793	12,67
	2,149	2,436	13,36
	2,979	3,485	16,99
	2,111	2,248	6,49
Kondisi	2,666	2,699	1,24
	2,479	2,503	0,97
	2,149	2,207	2,70
	2,979	3,033	1,81
	2,111	2,121	0,47
Umur	2,666	2,795	4,84
	2,479	2,561	3,31
	2,149	2,255	4,93
	2,979	3,121	4,77
	2,111	2,19	3,74
Paritas	2,666	2,944	10,43
	2,479	2,723	9,84
	2,149	2,388	11,12
	2,979	3,242	8,83
	2,111	2,334	10,56