



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL  
DENGAN KETERATURAN IBU HAMIL DALAM  
MELAKUKAN ANTENATAL DI EMPAT PUSKESMAS  
(SIMPUR, KORPRI, PASAR AMBON, KEDATON)  
KOTA BANDAR LAMPUNG  
PROPINSI LAMPUNG TAHUN 2007**

**TESIS**

**OLEH  
AFRILIYANTI  
NPM. 0606019951**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL  
DENGAN KETERATURAN IBU HAMIL DALAM  
MELAKUKAN ANTENATAL DI EMPAT PUSKESMAS  
(SIMPUR, KORPRI, PASAR AMBON, KEDATON)  
KOTA BANDAR LAMPUNG  
PROPINSI LAMPUNG TAHUN 2007**

**Tesis ini diajukan sebagai  
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**OLEH  
AFRILIYANTI  
NPM. 0606019951**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**

**POST GRADUATE PROGRAM  
PUBLIC HEALTH PROGRAM  
MAJORING IN HEALTH REPRODUCTION  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA  
Thesis, Juli 2008**

**Afriliyanti**

**The correlation between the quality of antenatal care and the pregnant women's regularity to attend antenatal care in four public health centers (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton) in Bandar Lampung, Lampung Province 2007**

xii, 124 pages, 19 table, 4 picture, 6 appendices

**ABSTRACT**

Maternal mortality rate in Indonesia is quite high around 262 per 100,000 live births. Mother's death risk during pregnancy and delivery can be reduced by providing antenatal care as early as possible and on schedule in which mothers should get antenatal care once in the first and second semester and twice in the last one. The purpose of the examinations during pregnancy is a) to monitor mothers and their fetal conditions regularly followed by interventions needed to correct the abnormality, b) to educate and motivate the mother for taking care of her self and c) to prepare for their delivery. Based on (SDKI) in 2002-2003, most of the health services provided by health workers during antenatal care is abdominal examination. However they provide mothers with less information about the danger signs of pregnancy and delivery preparedness. Basically antenatal care is an interaction between costumers (pregnant women) and health workers. According to Anderson and Green, the result and the benefit received by costumers will either encourage or weaken them to change their behaviors to get services.

The purpose of this research is to know the correlation between the quality of antenatal care and the pregnant women's regularity to attend antenatal care in four public health centers (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton) in Bandar Lampung City, Lampung Province 2007. This quantitative research used cross-sectional study conducted on April 2008. The samples were 160 mothers having babies below 6 months and never attended the antenatal care in four public health centers afore

mentioned above. The dependent variable is the pregnant women's regularity to attend antenatal care while the independent variable is the quality of antenatal care. The co-variant variables are age, education, knowledge, parity, work, attitude, family's income, family's support and mother's need to attend antenatal care.

The result of this research showed that 65 % respondents attended the antenatal care regularly in which 59.4 % respondents said that the quality of antenatal care was good. The statistics test showed that there was correlation between the quality of antenatal care and the pregnant women's regularity to attend antenatal care after controlled by age, education and attitude. Pregnant women attending regular antenatal care programs assumed that the quality of antenatal care was good while those attending irregular ones didn't.

Based on the results above, the writer suggests that quality of antenatal care should be improved by giving technical trainings on antenatal, use of mother and children's book, inter-personal communication & counseling and also monitoring antenatal care based on standardized operational guidelines by the health office to public health centers. Health centers should also provide standardized health services.

Reference : 95 (1974-2007)

**PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KESEHATAN REPRODUKSI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**  
Tesis, Juli 2008

**AFRILIYANTI**

**Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal di Empat Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton) Kota Bandar Lampung Propinsi Lampung Tahun 2007**

xii, 124 Halaman, 19 Tabel, 4 Gambar, 6 Lampiran

**ABSTRAK**

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi yaitu 262 per 100.000 kelahiran hidup. Risiko kematian ibu selama kehamilan dan persalinan dapat dikurangi bila ibu hamil memeriksakan kehamilannya sedini mungkin dan tepat waktu yaitu 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3. Pemeriksaan kehamilan bertujuan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan serta mendidik dan memotivasi ibu hamil untuk merawat diri dan mempersiapkan persalinannya. Berdasarkan data SDKI 2002-2003 diketahui jenis pelayanan terbanyak yang dilakukan petugas pada saat melakukan ANC adalah pemeriksaan abdomen dan masih sedikit yang memberikan info tentang tanda bahaya kehamilan dan persiapan menghadapi persalinan. Pelayanan antenatal pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa (ibu hamil) dan penyelenggara pelayanan, sesuai dengan teori Andersen dan Green yang menunjukkan hasil dan manfaat pelayanan yang diterima akan mendorong atau melemahkan perubahan perilaku dalam penggunaan pelayanan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di empat puskesmas (simpur, korpri, pasar ambon dan kedaton) Kota Bandar Lampung tahun

2007. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain studi *Cross Sectional*, dilakukan pada bulan April 2008 pada 160 orang ibu yang mempunyai bayi  $\leq 6$  bulan dan pernah memeriksakan kehamilannya selama hamil ke 4 puskesmas yang terpilih sebagai sampel. Variabel dependen adalah keteraturan ibu dalam melakukan antenatal, variabel independen adalah kualitas pelayanan antenatal dan variabel kovariat: umur, pendidikan, pengetahuan, paritas, pekerjaan, sikap, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu untuk melakukan antenatal.

Hasil penelitian mendapatkan 65,0% responden melakukan antenatal secara teratur, dimana sebanyak 59,4 % responden menilai kualitas pelayanan antenatal yang diterimanya sudah baik. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan antenatal setelah dikontrol oleh umur, pendidikan dan sikap terhadap pelayanan antenatal, dimana ibu hamil yang menilai kualitas antenatal baik keteraturan melakukan pemeriksaan antenatal hampir 4 kali dibandingkan ibu hamil yang menilai kualitas antenatal buruk

Berdasarkan hasil tersebut maka kualitas pelayanan antenatal perlu ditingkatkan dengan cara memberikan pelatihan teknis tentang antenatal, pelatihan penggunaan buku KIA, pelatihan KIP&K kepada petugas, disamping meningkatkan monitoring pelayanan antenatal sesuai SOP oleh Dinas Kesehatan ke Puskesmas. Selain itu pihak puskesmas harus memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan

Daftar Bacaan : 95 (1974-2007)

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL DENGAN  
KETERATURAN IBU HAMIL DALAM MELAKUKAN ANTENATAL DI  
EMPAT PUSKESMAS (SIMPUR, KORPRI, PASAR AMBON, KEDATON) KOTA  
BANDAR LAMPUNG PROPINSI LAMPUNG TAHUN 2007**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 8 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua



DR. Drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes.

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 8 Juli 2008

Ketua



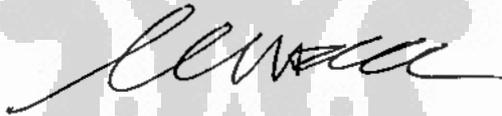
**DR. Drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes.**

Anggota



**Dr. Mieke Savitri, M.Kes**

Anggota



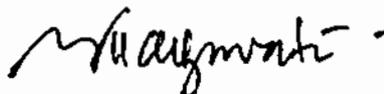
**Dr. Zarfiel Tafal, MPH**

Anggota



**Edi Priyono, SKM, MPH**

Anggota



**Wayan Aryawati, SKM, M.Kes**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Afriliyanti  
NPM : 0606019951  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Kesehatan Reproduksi  
Angkatan : 2006  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal di Empat Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton) Kota Bandar Lampung Propinsi Lampung tahun 2007**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-sebenarnya

Depok, 8 Juli 2008



Afriliyanti

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Afriliyanti  
Tempat / Tanggal Lahir : Tanjungkarang, 15 April 1972  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Merbau Gg. Mentru No. 52 Bandar Lampung

### Pendidikan :

1. TK. Trisula 1 Tanjungkarang ( 1977 – 1978 )
2. SD. Negeri 4 Teluk Betung Utara ( 1978 – 1984 )
3. SMP negeri 2 Tanjungkarang ( 1984 – 1987 )
4. SMA Negeri 2 Tanjungkarang ( 1987 – 1990 )
5. Akedemi Keperawatan Depkes Bandar Lampung ( 1990 – 1993 )
6. FKM Universitas Indonesia ( 2000 – 2002 )
7. Tugas Belajar Program Pascasarjana FKM UI tahun 2006 – 2008

### Riwayat Fekerjaan :

1. PNS pada Kanwii Depkes Provinsi Lampung ( 1994 – 2000 )
2. PNS pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung ( 2001 – sekarang )

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT dan syukur atas rahmat dan nikmat-Nya yang diberikan pada penulis untuk dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Ungkapan terima kasih yang tak terbalas kecuali oleh-Nya, saya tujukan kepada semua pihak yang telah banyak membantu hingga saya dapat sampai pada tahap akhir.

Penulis mengucapkan terima kasih dan rasa hormat sebesar-besarnya kepada Ibu DR. Drg. Ella Nurlela Hadi, M.Kes, selaku pembimbing yang telah sabar menuntun dalam pembuatan tesis ini hingga selesai.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada :

1. Ibu DR. Kusharisupeni, dr, MSc selaku Ketua Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia serta seluruh staf pengajar dan sekretariat yang telah membantu penulis dalam penyelesaian perkuliahan ini.
2. Tim Penguji yang telah bersedia menyempurnakan tesis ini
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang telah memberikan izin melaksanakan penelitian, Kabid Yankes dan Staf Kesga Dinkes Kota Bandar Lampung, serta Kepala Puskesmas Simpur, Puskesmas Korpri, Puskesmas Pasar Ambon dan Puskesmas Kedaton beserta staf yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

5. Rekan-rekan di Dinas Kesehatan Propinsi Lampung dan Dinkes Kota Bandar Lampung yang telah membantu dalam pengumpulan data: Mbak Reni, Mbak Berta, Mbak Sri, Mbak Neli, Titin, Neli, Mbak Emy, makasih banyak sudah ikut capek. Juga adinda Zulus makasih banyak atas segalanya.
6. Rekan –rekan seangkatan dan seperjuangan jurusan kesehatan reproduksi atas segala bantuan dan kerjasamanya selama ini, terutama Mbak Nela makasih sudah repot mengurus segalanya.

Terimakasih yang teramat khusus ditujukan kepada kedua orang tuaku yang selalu mendoakan, mendukung dan mendorongku untuk maju terus. Suamiku yang penuh pengertian, anak-anakku tersayang (Dani dan Bani) yang membuatku bersemangat serta saudara-saudaraku yang telah memberi dukungan moril.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, namun penulis berharap agar tesis ini dapat bermanfaat bagi banyak pihak. Semoga Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang memberikan taufik dan hidayahNya kepada kita semua.

Depok, Juli 2008

Penulis

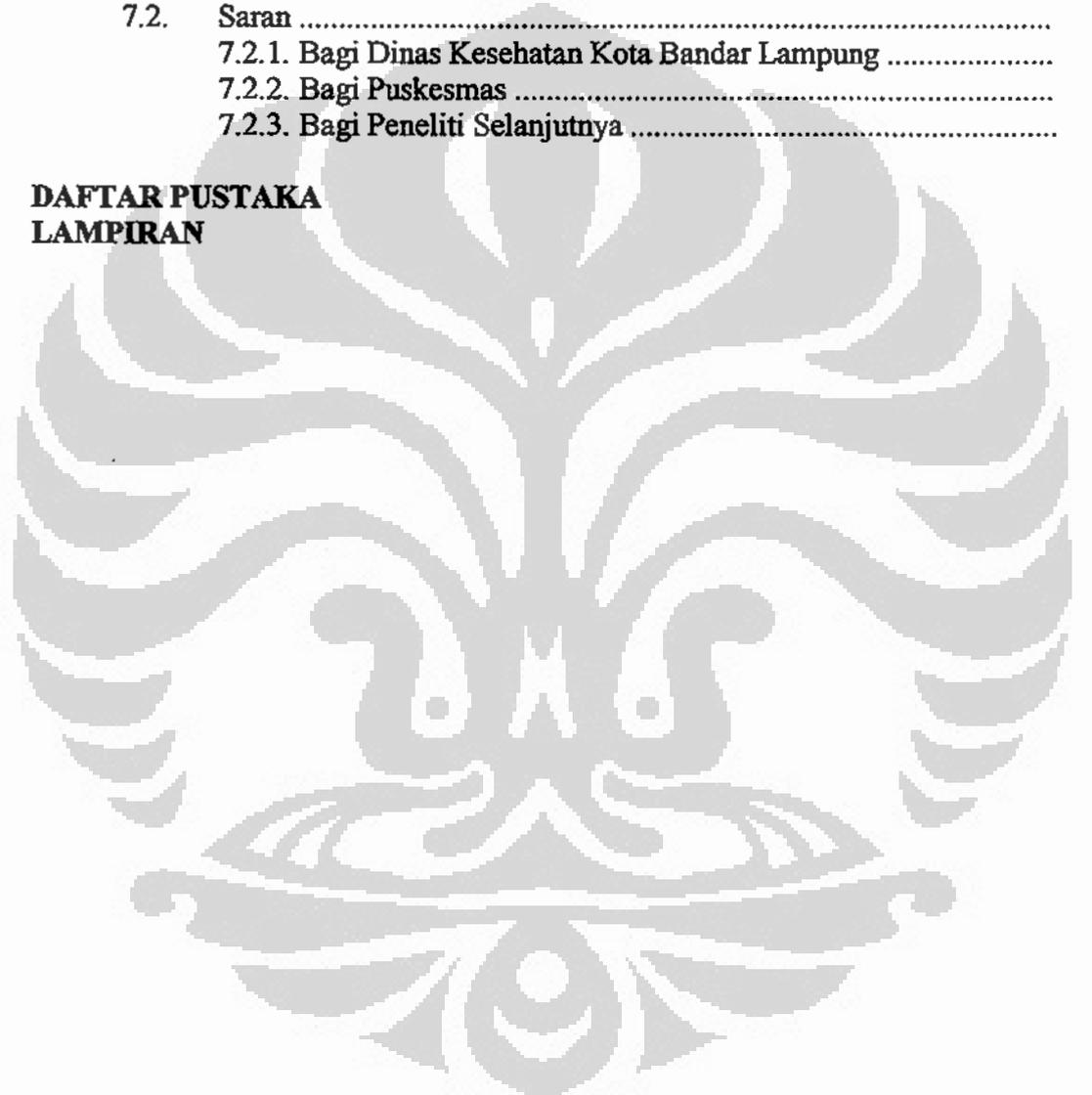
## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>ABSTRAK</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN</b> .....	xii
<b>BAB. I. Pendahuluan</b> .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	9
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	10
1.4. Tujuan Penelitian .....	11
1.4.1. Tujuan Umum .....	11
1.4.2. Tujuan khusus .....	11
1.5. Manfaat Penelitian .....	11
1.6. Ruang Lingkup .....	12
<b>BAB. II. Tinjauan Pustaka</b> .....	13
2.1. Pelayanan Antenatal .....	13
2.1.1. Jadwal Pelayanan .....	14
2.1.2. Tujuan Pelayanan Antenatal .....	15
2.1.3. Tindakan Pelayanan Antenatal .....	17
2.1.4. Indikator Pemantauan.....	23
2.2. Kualitas Pelayanan Kesehatan .....	24
2.2.1. Penelitian Mutu Pelayanan Kesehatan .....	28
2.2.2. Standar Pelayanan Kebidanan .....	30
2.2.3. Program Making Pregnancy Safer ( MPS ) .....	32
2.2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi dan Ekspektasi Pelanggan .....	34
2.2.5. Keramahan / Hubungan Interpersonal .....	36
2.2.6. Komunikasi .....	37
2.3. Puskesmas .....	39
2.4. Perilaku Kesehatan .....	40
2.4.1. Pengertian Perilaku Kesehatan .....	40
2.4.2. Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	42
2.4.3. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal .....	46
<b>BAB. III. Kerangka Konsep, Definisi Operasional Dan Hipotesis</b> .....	55
3.1. Kerangka Konsep .....	55
3.2. Definisi Operasional .....	57
3.3. Hipotesis .....	59
<b>BAB. IV. Metodologi Penelitian</b> .....	60

4.1.	Desain Penelitian .....	60
4.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	60
4.3.	Populasi dan Sampel .....	61
	4.3.1. Populasi .....	61
	4.3.2. Sampel .....	61
4.4.	Pengumpulan Data .....	62
4.5.	Pengolahan Data .....	63
4.6.	Analisis Data .....	64
	4.6.1. Analisis Univariat .....	65
	4.6.2. Analisis Bivariat .....	65
	4.6.3. Analisis Multivariat .....	66
<b>BAB. V.</b>	<b>Hasil Penelitian .....</b>	<b>69</b>
5.1.	Gambaran Umum Kota Bandar Lampung .....	69
	5.1.1. Data Geografi .....	69
	5.1.2. Keadaan Penduduk .....	69
	5.1.3. Keadaan Ekonomi .....	70
	5.1.4. Pendidikan .....	70
	5.1.5. Fasilitas Kesehatan .....	70
5.2.	Gambaran Lokasi Penelitian .....	71
	5.2.1. Puskesmas Simpur .....	71
	5.2.2. Puskesmas Korpri .....	72
	5.2.3. Puskesmas Pasar Ambon .....	72
	5.2.4. Puskesmas Kedaton .....	72
5.3.	Gambaran Variabel – variabel Penelitian .....	73
	5.3.1. Gambaran Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal .....	73
	5.3.2. Gambaran Kualitas Pelayanan Antenatal .....	74
	5.3.3. Gambaran Variabel Kovariat .....	75
5.4.	Analisis Bivariat .....	78
	5.4.1. Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Kunjungan Antenatal .....	79
	5.4.2. Hubungan Variabel Kovariat dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Kunjungan Antenatal .....	80
5.5.	Analisis Multivariat .....	84
	5.5.1. Hierarchically Well Formulated ( HWF Model ) .....	84
	5.5.2. Hierarchically Backward Elimination .....	85
	5.5.3. Penyusunan Model Akhir .....	93
<b>BAB. VI.</b>	<b>Pembahasan .....</b>	<b>95</b>
6.1.	Keterbatasan Penelitian .....	95
	6.1.1. Desain Penelitian .....	95
	6.1.2. Pengumpulan Data .....	95
6.2.	Hasil Penelitian .....	96
	6.2.1. Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal .....	96

6.2.2. Kualitas Pelayanan Antenantal .....	97
6.2.3. Hubungan Kualitas Pelayanan Antenantal dengan Keteraturan Ibu Hamil Dalam Melakukan Antenantal .....	99
6.2.4. Variabel Kovariat Dalam Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Antenantal Dengan Keteraturan Ibu Dalam Melakukan Natenantal .....	101
<b>BAB. VII. Kesimpulan Dan Saran .....</b>	<b>115</b>
7.1. Kesimpulan .....	115
7.2. Saran .....	116
7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung .....	116
7.2.2. Bagi Puskesmas .....	116
7.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya .....	117

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**

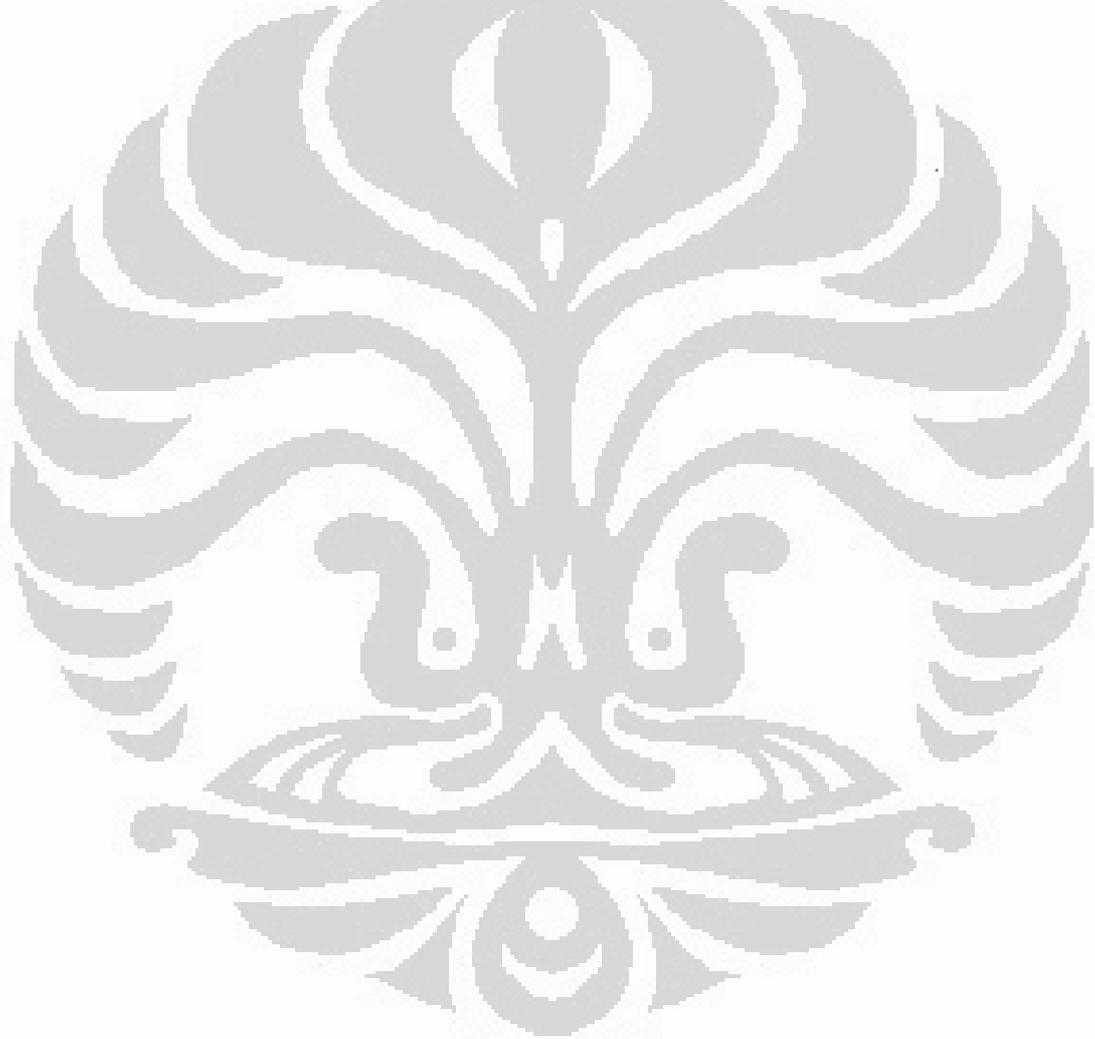


## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal di Empat Puskesmas Kata Bandar Lampung tahun 2007	73
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal di Empat Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007.....	74
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Kovariat di Empat Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007.....	75
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal dan Keteraturan dalam melakukan Antenatal di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007.....	79
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal dan Variabel Kovariat di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007.....	80
Tabel 5.6	<i>Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)</i> .....	85
Tabel 5.7	Model Tanpa Interaksi Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Penghasilan.....	86
Tabel 5.8	Model Tanpa Interaksi Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Kebutuhan.....	86
Tabel 5.9	Model Tanpa Interaksi.....	87
Tabel 5.10	Model Tanpa Variabel Paritas.....	88
Tabel 5.11	Model Tanpa Variabel Dukungan Keluarga.....	88
Tabel 5.12	Model Tanpa Variabel Penghasilan Keluarga.....	89
Tabel 5.13	Model Tanpa Variabel Umur.....	90
Tabel 5.14	Model Tanpa Variabel Kebutuhan.....	90
Tabel 5.15	Model Tanpa Variabel Pekerjaan Ibu.....	91
Tabel 5.16	Model Tanpa Variabel Pendidikan Ibu.....	92
Tabel 5.17	Model Tanpa Variabel Sikap.....	92
Tabel 5.18	Model Tanpa Variabel Pengetahuan.....	93
Tabel 5.19	Model Akhir.....	93

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Hubungan Expected Quality dan Experienced Quality Terhadap Persepsi .....	35
Gambar 2.2. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	44
Gambar 2.3. Precede – proceed Model .....	46
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian .....	56



## DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
ANC	: Antenatal Care
BP	: Balai Pengobatan
Bumil	: Ibu Hamil
BPS	: Biro Pusat Statistik
K1	: Kunjungan pertama ibu hamil ke tenaga kesehatan terlatih pada trimester 1 kehamilannya
K4	: Kunjungan keempat ibu hamil ke tenaga kesehatan terlatih dengan ketentuan minimal 1 kali di trimester 1, 1 kali di trimester 2 dan 2 kali di trimester 3
KIP & K	: Komunikasi Interpersonal dan Konseling
Nakes	: Tenaga Kesehatan
MNH	: Maternal and Neonatal Health
MPS	: Making Pregnancy Safer
PONED	: Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif
SDKI	: Survey Demografi dan Kependudukan Indonesia
SPK	: Standar Pelayanan Kebidanan

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Di Indonesia Angka kematian ibu (AKI) masih tinggi yaitu 262 per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2005). Penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan (30%), infeksi (12%) dan eklamsia (25%) (SKRT 2001). Penyebab kematian tersebut di atas sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan pemeliharaan dan pengawasan antenatal sedini mungkin dan secara teratur oleh tenaga kesehatan, pertolongan persalinan yang benar serta pelayanan masa nifas. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah: derajat kesehatan ibu dan kesiapannya untuk hamil, pemeriksaan antenatal yang diperoleh, termasuk kualitas pelayanan antenatal yang masih rendah. Kematian ibu juga berkaitan erat dengan kelemahan dalam mata rantai rujukan, baik di masyarakat, fasilitas kesehatan di tingkat masyarakat maupun Rumah Sakit (Hadijono, 2002). Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003). Data tersebut menunjukkan AKI dan AKB di Indonesia masih tertinggi diantara negara-negara ASEAN, sebagai gambaran AKI dan AKB di Indonesia bahkan lebih buruk dari Negara Vietnam, dimana AKI pada tahun 2003 sebesar 95 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB 18 per 1000 kelahiran hidup. Di Malaysia AKI sebesar 30 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 10 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan di Singapura AKI 9 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 3 per 1000 kelahiran hidup (Siswono,2003, Depkes RI, 2005).

Kehamilan, persalinan dan nifas merupakan proses fisiologi normal tetapi berhubungan dengan peningkatan risiko-risiko tertentu pada kesehatan dan kelangsungan hidup wanita serta bayi yang dikandungnya. Risiko-risiko ini ada di setiap kelompok masyarakat dalam berbagai lingkungan. Menurut Saifuddin (2001) kurang dari 10% kematian ibu disebabkan oleh penyebab tidak langsung, seperti penyakit yang sudah diderita ibu sejak sebelum hamil atau penyakit lain yang diderita pada masa kehamilan. Keadaan gizi sejak sebelum hamil, kehamilan terlalu sering/dekat, kehamilan pada usia terlalu muda atau tua dapat menambah risiko timbulnya gangguan kehamilan. Kematian ibu juga diwarnai oleh penyebab mendasar yaitu rendahnya status wanita dan rendahnya tingkat pendidikan (WHO-Depkes RI-FKM-UI, 1999).

Risiko kematian ibu selama kehamilan dan persalinan dapat dikurangi bila ibu hamil memeriksakan kehamilan sedini mungkin dan tepat waktu yaitu pada trimester satu 1 kali, trimester dua 1 kali, dan trimester tiga 2 kali selama kehamilan. Keuntungan yang diperoleh ibu hamil adalah kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan segera dapat diatasi sebelum berpengaruh tidak baik pada kehamilannya (Depkes RI, 2004b).

Di Propinsi Lampung pada tahun 2006 dilaporkan terdapat 114 kasus kematian ibu dari 149.691 kelahiran hidup dengan penyebab terbanyak adalah Perdarahan (36,8%), eklamsia (9,7%) dan infeksi (21,1%). Kematian bayi pada tahun 2006 sebesar 861 kasus dimana yang terbanyak terjadi pada masa perinatal dan neonatal (83%) dan sisanya (17%) usia diatas 28 hari (Dinkes Propinsi Lampung, 2007).

Kota Bandar Lampung yang merupakan ibu kota Propinsi Lampung mencatat kasus kematian maternal dari tahun ke tahun mengalami naik turun tapi masih cukup tinggi. Pada tahun 1997 tercatat sebanyak 23 kasus, pada tahun 1998 mengalami penurunan menjadi 18 kasus dan terjadi penurunan kembali pada tahun 1999 menjadi 11 kasus, penurunan masih terus terjadi sampai tahun 2000 menjadi 8 kasus, tetapi pada tahun 2001 terjadi peningkatan lagi menjadi 16 kasus dan pada tahun 2002 tercatat sebanyak 19 kasus. Pada tahun 2003 terdapat 12 kasus kematian ibu yang meningkat menjadi 14 kasus pada tahun 2004, dan meningkat menjadi 16 kasus pada tahun 2005. Penyebab kematian tersebut antara lain: Perdarahan (50%), Infeksi (6,2%), Eklamsi (25%) dan oleh sebab lain (18,8%). Kasus Kematian ibu di Kota Bandar Lampung sejak Januari sampai dengan akhir Desember 2006 sebanyak 22 kasus yang antara lain disebabkan oleh perdarahan (31,8%), Infeksi (4,6%), Eklamsi (45,5%) dan sebab lain (18,2%) karena penyakit yang diperberat oleh kehamilan seperti penyakit jantung dan TBC (Dinkes Kota Bandar Lampung 2007). Bila dilihat dari jumlah kasus kematian ibu yang terjadi di Kota Bandar Lampung maka terjadi peningkatan kematian karena eklamsia dan penyakit yang diperberat oleh kehamilan, yang mana penyebab kematian tersebut berhubungan dengan penanganan ibu pada masa kehamilan dan antenatal.

Sejak tahun 1988 program *Safe Motherhood* telah dilaksanakan di Indonesia dengan keterlibatan aktif dari berbagai sektor pemerintah, organisasi non-pemerintah dan masyarakat serta dengan dukungan berbagai badan internasional. Tujuan upaya *safe motherhood* adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil, bersalin dan nifas disamping menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir. WHO, *Mother-Baby Package*, tahun 1994 mengembangkan konsep 4 pilar

dalam upaya *safe motherhood* yaitu keluarga berencana, antenatal care, persalinan bersih dan aman, serta pelayanan obstetrik esensial. Sesuai dengan inisiatif *Safe Motherhood*, setiap pilar yang merupakan penyangga harus berfungsi seperti yang diharapkan (WHO-Depkes RI-FKMUI, 1999). Upaya ini telah menurunkan AKI dari 450/100.000 kelahiran hidup di tahun 1985 menjadi 334/100.000 kelahiran hidup di tahun 1997. Pada Tahun 2000 Pemerintah Indonesia telah mencanangkan *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang merupakan strategi sektor kesehatan secara terfokus. Fokus strategi MPS adalah untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin penyediaan dan pematapan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menanggulangi penyebab utama kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir dengan 3 (tiga) pesan kunci yaitu: Setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan, setiap komplikasi obstetrik dan neonatal ditangani secara adekuat dan setiap wanita usia reproduksi mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanggulangan komplikasi abortus tidak aman (Depkes RI, 2001).

Upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit terbesar dalam menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi baru lahir adalah pemeriksaan dan pelayanan kehamilan yang baik yang sering disebut pelayanan antenatal yang bermutu (Depkes, 1992). Pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan serta mendidik dan memotivasi ibu hamil agar merawat dirinya dan mempersiapkan persalinannya. Pemeriksaan antenatal dilakukan oleh tenaga terampil dalam bidang kebidanan bertujuan untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta menghasilkan bayi yang sehat.

Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik. Kehamilan juga mempengaruhi kehidupan ibu maupun janin dan risiko kehamilan bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal secara tiba-tiba dapat berisiko tinggi (Depkes,1994). Komplikasi dan kelainan bawaan ketika hamil sedini mungkin harus segera dapat dideteksi. Bila keadaan ini baru di diagnosa pada kehamilan lanjut, maka penyulit pada kehamilan dan persalinan akan sering dijumpai (Roeshadi, 2004). Selain itu bila dilihat dari pendekatan siklus hidup, kelangsungan hidup dan tumbuh kembang neonatus akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia (SDM) di masa depan tidak dapat dipisahkan dari kondisi kesehatan ibu dan mutu pelayanan kesehatan yang diperolehnya pada masa kehamilan dan persalinan.

Berdasarkan hasil SDKI (2002-2003) diketahui ibu-ibu yang memeriksakan kehamilannya lebih dari 4 kali lebih memilih persalinan di fasilitas kesehatan (46,9%) dibandingkan yang memeriksakan kehamilan 1-3 kali hanya 14,8% yang memilih bersalin di fasilitas kesehatan. Selain itu komplikasi pada saat persalinan lebih besar terjadi pada ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya selama hamil yaitu 49,4% dibandingkan yang melakukan pemeriksaan kehamilannya yaitu 30,1%. Penelitian di RS Dr.Pirngadi Medan, ditemukan kematian maternal pada 93,9% kelompok tidak terdaftar (kelompok ibu yang memeriksakan kehamilannya kurang dari 4 kali selama hamil), sedangkan penelitian Tobing tahun 1984-1989 menemukan kematian maternal pada 67,9% kelompok tidak terdaftar. Penelitian pada ibu hamil di Jawa Tengah tahun 1989-1990 menemukan bahwa ibu hamil dan bersalin yang tidak memeriksakan kehamilannya pada tenaga medis akan mengalami risiko kematian 3-7 kali dibanding ibu yang memeriksakan kehamilannya. (Roeshadi, 2004)

Kecenderungan cakupan pelayanan antenatal di Indonesia berdasarkan Evaluasi Program KIA oleh Direktorat Bina Kesehatan Ibu tahun 2005 memperlihatkan angka K1 yang cenderung konstan dan menurun dari tahun 2001-2004 yaitu 93,03%, 88,6%, 86,7% dan 88,0%, sedangkan K4 tahun 2001(77,4%), tahun 2002 (73,0%), tahun 2003 (75,0%) dan tahun 2004 (76,9%). Di Propinsi Lampung target cakupan K1 adalah 95% namun kecenderungan cakupan K1 selama 4 (empat) tahun terakhir adalah sebagai berikut: tahun 2003 (89,7%), tahun 2004 (92,2%), tahun 2005 (91,3%) dan tahun 2006 (94,2%), sedangkan trend cakupan K4 adalah : tahun 2003 (79,1%), tahun 2004 (81,7%), tahun 2005 (83,5%) dan tahun 2006 (85,6%), dari target 90% (Profil Kesehatan Propinsi Lampung, 2006). Berdasarkan data di atas diketahui bahwa meskipun cakupan K1 di Propinsi Lampung sudah hampir mencapai target pada tahun 2006 namun tidak diikuti dengan pencapaian target K4.

Kota Bandar Lampung merupakan ibu kota propinsi Lampung, gambaran cakupan antenatal dalam 3 (tiga) tahun terakhir adalah: tahun 2004; K1 (96,1%), K4 (88,0%) tahun 2005; K1(92,2%), K4(81,6%), dan tahun 2006; K1 (95,6%), K4(88,5%). Target pelayanan antenatal di Kota Bandar Lampung pada tahun 2006 untuk K1 (95%) dan K4 (90%). Dari data di atas terlihat walaupun K1 sudah mencapai target namun K4 masih belum mencapai target. Hal ini disebabkan masih ada puskesmas yang mempunyai kesenjangan antara K1 dan K4 yang lebih dari 10% seperti: Puskesmas Simpur (K1: 90,3%, K4: 78,3%) dan Puskesmas Korpri (K1: 90%, K4: 75,6%). Meskipun demikian ada beberapa puskesmas yang mempunyai cakupan K1 relatif sama dengan cakupan K4. yaitu Puskesmas Kedaton (K1: 98,7%, K4:

98,1%) dan Puskesmas Pasar Ambon (K1: 99,4%, K4: 98,8%) (Profil Dinkes Kota Bandar Lampung, 2004-2006).

Dalam analisis manajemen program KIA di Kabupaten/Kota, dikemukakan bahwa kesenjangan antara K1 dan K4 yang dapat diterima adalah sekitar 10%. Bila K1-K4 lebih dari 10% kemungkinan penyebabnya adalah: masih banyak ibu hamil yang belum mendapatkan pelayanan antenatal pertama pada trimester 1. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan penggerakan sasaran. Penyebab yang lain adalah masih banyaknya ibu hamil yang sudah memeriksakan kehamilan sejak trimester 1 tetapi tidak datang lagi pada waktunya, sedangkan pelaksana pelayanan KIA tidak bersikap aktif melakukan kunjungan rumah (Depkes, 2002). Kehamilan dan persalinan risiko tinggi (risti) diperkirakan terjadi pada sekitar 15-20% ibu hamil (Depkes, 2004b). Namun di Kota Bandar Lampung belum semua kasus risti terdeteksi dan belum semua kasus bumil risti ditangani secara adekuat. Deteksi Bumil risti baru mencapai 56,27 % dari target 80 % sedangkan cakupan bumil risiko tinggi dirujuk baru mencapai 25.8% dari target 75% (Laporan Evaluasi Program KIA Kota Bandar Lampung tahun 2006). Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan antenatal yang diberikan oleh puskesmas di Kota Bandar Lampung kemungkinan belum sesuai dengan standar pelayanan antenatal essensial.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2002-2003 diketahui kualitas *Antenatal Care* (ANC) berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan petugas pada waktu melakukan ANC yaitu: mendapat info tentang bahaya (28,7%), timbang berat badan (89,6%), ukur tekanan darah (89,9%), pemeriksaan abdomen (95,3%), periksa urine (37,8%), periksa darah (30%). Berdasarkan data tersebut diketahui jenis pelayanan terbanyak yang dilakukan petugas pada saat

melakukan ANC adalah pemeriksaan abdomen dan masih sedikit sekali yang memberikan info tentang tanda bahaya pada kehamilan, persiapan persalinan dan komplikasi. Pada umumnya, wanita yang lebih tua, wanita yang melahirkan lebih banyak, wanita pedesaan dan wanita dengan pendidikan lebih rendah, cenderung kurang mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan lengkap (SDKI 2002-2003)

Penelitian Rusmartini (1999) di Kabupaten Sukabumi mendapatkan alasan yang dikemukakan ibu hamil mengapa tidak memeriksakan kehamilannya antara lain: merasa tidak perlu (36%), tempatnya jauh (28%), menunggu kehamilan telah besar (16%), malas (12%) dan tidak ada jawaban (8%). Selain itu, terkait erat dengan budaya masyarakat setempat yang baru akan memeriksakan kehamilannya bila telah besar atau pada usia kehamilan 3-4 bulan. Penelitian Wibowo (1992) di Kecamatan Ciawi Bogor menemukan alasan ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya yang terbanyak adalah karena malas (57%) dan merasa tidak perlu (20,1%).

Teori WHO (1984) menganalisis bahwa banyak hal yang menyebabkan seseorang itu berperilaku. Pertama pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, penilaian seseorang terhadap suatu obyek. Kedua referensi dari orang penting terdekat. Ketiga apakah ada sumber daya atau sarana yang mendukung untuk mewujudkan perilaku tersebut. Keempat adalah perilaku norma, kebiasaan yang berlaku bersumber dari masyarakat sendiri sehingga menghasilkan pola hidup.

Menurut Green dan Kreuter (2005) ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang berperilaku dalam kesehatan yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*. Faktor *predisposing* adalah sikap, kepercayaan, nilai dan persepsi yang dapat mendorong atau merintangai motivasi seseorang untuk berubah, faktor

*predisposing* juga berinteraksi dengan faktor genetik, termasuk juga pengalaman masa kecil bisa membentuk sikap, nilai dan persepsi pertama kali. Faktor *enabling* meliputi ketersediaan sumber daya, keterampilan, keterjangkauan, ketersediaan fasilitas, dapat dianggap sebagai pendukung pelayanan kesehatan. Faktor *reinforcing* adalah faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, tokoh masyarakat, yang berkaitan dengan umpan balik yang diterima oleh pemakai pelayanan dari orang lain yang hasilnya akan mendorong atau melemahkan perubahan perilaku dalam penggunaan pelayanan.

Konsep Andersen (1975) mengemukakan faktor-faktor yang mempunyai pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dikelompokkan dalam 3 komponen. Secara garis besar ketiga komponen tersebut adalah: (1) komponen yang menunjukkan ciri yang melekat pada seseorang (komponen *predisposing*), (2) komponen yang mampu membuat seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan (komponen *enabling*) dan (3) komponen yang terdiri dari variabel yang menentukan kebutuhan seseorang terhadap pelayanan kesehatan (komponen *need*).

Pelayanan antenatal pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa (ibu hamil) dan penyelenggara pelayanan (puskesmas). Interaksi yang terjadi sangat dipengaruhi berbagai faktor sehingga merupakan hal yang kompleks, karena itu penulis ingin mengetahui bagaimana hubungan kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas dengan keteraturan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya.

## 1.2 Rumusan Masalah

Cakupan pelayanan ANC (K4) di Kota Bandar Lampung yang belum mencapai target, masih ada puskesmas yang mempunyai kesenjangan KI dan K4

melebihi 10 % (Puskesmas Simpur dan Puskesmas Korpri) namun ada Puskesmas yang mempunyai kesenjangan K1 dan K4 kurang dari 10% (Puskesmas Pasar Ambon dan Puskesmas Kedaton), serta belum diketahuinya kualitas pelayanan antenatal di Kota Bandar Lampung menarik minat peneliti untuk mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilannya di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, dan Kedaton) Kota Bandar Lampung, mengingat pentingnya antenatal yang berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Bagaimana gambaran keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung?
2. Bagaimanakah gambaran kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas pada ibu hamil di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung?
3. Apakah ada hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah dikontrol dengan variabel kovariat (umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, paritas, pekerjaan ibu, sikap ibu, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan persepsi ibu terhadap kondisi kehamilannya) di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketahui hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung Tahun 2007

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketahui gambaran tentang keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung.
2. Diketahui gambaran kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas pada ibu hamil di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung.
3. Diketahui hubungan kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah dikontrol dengan variabel kovariat (umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, paritas, pekerjaan ibu, sikap ibu, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu terhadap pelayanan antenatal) di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Dinas Kesehatan**

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan institusi terkait sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan dalam membuat dan melaksanakan kebijakan program KIA terutama untuk pelayanan antenatal.

## 2. Bagi Puskesmas

Diketahui hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya sehingga dapat dijadikan sebagai masukan dalam upaya peningkatan cakupan pelayanan antenatal.

## 3. Bagi Mahasiswa/Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian ilmiah.

### 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian dilakukan untuk melihat hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di 4 (empat) puskesmas dalam wilayah Kota Bandar Lampung yaitu 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan KI dan K4 melebihi 10 % (Puskesmas Simpur dan Puskesmas Korpri) dan 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan KI dan K4 kurang dari 10 % (Puskesmas Pasar Ambon dan Puskesmas Kedaton). Sasaran adalah ibu yang mempunyai bayi 6 bulan ke bawah dan pernah memeriksakan kehamilannya ke salah satu dari ke 4 (empat) Puskesmas tersebut pada tahun 2007. Data yang diambil adalah data primer melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner, yang dilaksanakan pada bulan April 2008. Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional*.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang telah ditetapkan dalam buku pedoman pelayanan antenatal bagi petugas Puskesmas (Depkes RI, 2004). Pelayanan antenatal yang selengkapnyanya mencakup banyak hal yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi serta intervensi dasar dan khusus (sesuai risiko yang ada termasuk penyuluhan dan konseling) (Depkes RI, 2004)

Dalam penerapan operasionalnya untuk pelayanan antenatal dikenal standar minimal 5T (Depkes RI, 1997), yang terdiri atas:

1. Timbang berat badan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) lengkap
5. Pemberian Tablet Tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Secara operasional pelayanan antenatal yang tidak memenuhi standar minimal 5T tersebut belum dianggap suatu pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan dan tidak dapat dilakukan oleh dukun bayi. (Depkes, 2004). Namun pada perkembangannya 5T di tambah menjadi 7T dengan tambahan kegiatan : Tes Terhadap Penyakit Menular Seksual dan Temu Wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin 2001).

Menurut Wijono (1999), pelayanan antenatal yang diberikan pada ibu hamil sesuai dengan pelayanan KIA adalah:

1. Pemeriksaan antenatal 4 kali selama kehamilan
2. Mendapatkan Imunisasi TT dua kali selama kehamilan dengan interval minimal 4 minggu.
3. Mendapatkan tablet besi/fe sedini mungkin serta dilanjutkan selama kehamilan sampai dengan nifas (42 hari)
4. Penyuluhan kesehatan individu terutama untuk penderita risiko tinggi
5. Pemeriksaan laboratorium atau indikasi.

#### **2.1.1 Jadwal Pelayanan Antenatal**

Pelayanan antenatal sebaiknya dilakukan secara teratur dari saat diketahui seorang wanita hamil sampai ia melahirkan. Oleh WHO dianjurkan pemeriksaan antenatal minimal 4 (empat) kali selama kehamilan (Depkes RI, 1997), dengan ketentuan waktu sebagai berikut:

- Minimal 1 (satu) kali pada triwulan pertama
- Minimal 1 (satu) kali pada triwulan kedua
- Minimal 2 (dua) kali pada triwulan ketiga

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan, khususnya dalam memberi kesempatan yang cukup dalam menangani kasus risiko tinggi yang ditemukan.

### **2.1.2 Tujuan Pelayanan Antenatal**

Tujuan antenatal adalah menjamin ibu dan bayinya dalam keadaan sehat selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Secara rinci Elemen *Esential Antenatal Care* (Depkes, 1997, Webside Kesrepro.info, 2004) adalah:

1. Pemantauan kondisi ibu dan janinnya
2. Kegiatan pencegahan, termasuk imunisasi dan penapisan kondisi atau penyakit yang mempunyai pengaruh buruk terhadap ibu dan janinnya misalnya anemia, KEK, malaria, TBC, IMS, HIV, kecacangan dan kondisi psikologis (stres dan kekerasan terhadap perempuan)
3. Diagnosis dini komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan kondisi/penyakit tidak langsung berhubungan dengan kehamilan
4. Advis dan mendukung pelaksanaan perencanaan kehamilan dan persiapan dalam menghadapi komplikasi agar ibu dapat melahirkan dengan selamat
5. KIE bagi ibu, pasangan dan keluarganya:
  - 5.1. Peningkatan pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan pada saat kehamilan dan masa nifas, termasuk Gizi, ASI eksklusif dan pemeliharaan bayi baru lahir (gunakan buku KIA)
  - 5.2. Promosi keluarga berencana (KB postpartum)
6. Memberikan dukungan untuk persiapan mental calon ibu dan pasangannya dalam menerima bayi. Salah satu faktor kesiapan dalam menerima bayi adalah jika ibu dalam keadaan sehat setelah melahirkan tanpa kekurangan suatu apapun
7. Mempersiapkan agar masa nifas berjalan normal

Program MNH (2002) merekomendasikan kegiatan Antenatal dalam melakukan persiapan kelahiran termasuk kesiapan menghadapi komplikasi:

- Mempersiapkan kelahiran normal

- Petugas kesehatan yang terampil
- Tempat melahirkan di tenaga kesehatan
- Keuangan
- Nutrisi
- Perlengkapan esensial

- Kesiapan Menghadapi Komplikasi

- Deteksi dini
- Menunjuk orang yang akan membuat keputusan
- Dana kegawat daruratan
- Komunikasi
- Transportasi
- Donor darah

- Konseling

- Tanda-tanda bahaya
- Nutrisi
- Keluarga Berencana
- Pemberian ASI
- HIV/Penularan dari Ibu ke anak

- Untuk semua wanita:

- Tetanus toksoid
- Suplementasi zat besi dan folat

- Pada populasi tertentu:

- Malaria – pengobatan preventif secara berkala
- Pengobatan cacing tambang secara rutin
- Suplementasi yodium
- Suplementasi vitamin A

- Pendeteksian dan penatalaksanaan penyakit dan kondisi yang diderita

- HIV – konseling dan pengujian secara sukarela
- Infeksi menular seksual (STI), termasuk sifilis
- Tuberkulosis
- Malaria

- Deteksi dan penatalaksanaan komplikasi

- Anemia berat
- Perdarahan vagina
- Pre-eklampsia/eklampsia
- Malpresentasi setelah 36 minggu

### **2.1.3 Tindakan Pelayanan Antenatal**

Untuk menjamin agar ibu hamil menerima pelayanan antenatal yang baik, Direktorat Bina Kesehatan keluarga Depkes RI tahun 1994 telah membuat Pedoman Pelayanan Antenatal di tingkat pelayanan dasar, yang bisa digunakan oleh petugas kesehatan ketika melakukan tindakan pelayanan antenatal. Di Tingkat pelayanan dasar pemeriksaan antenatal hendaknya memenuhi tiga aspek pokok:

1. Aspek Medik, yang meliputi: diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini, pemberian terapi sesuai dengan diagnosis.

2. Penyuluhan, komunikasi dan motivasi ibu hamil, antara lain mengenai: Penjagaan kesehatan diri dan janin, mengenal tanda-tanda bahaya dan faktor risiko yang dimiliki, pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu
3. Rujukan, ibu hamil dengan risiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan yang mempunyai fasilitas lebih lengkap

#### **2.1.3.1 Pemeriksaan medik dalam pelayanan antenatal**

Berdasarkan Depkes RI (1994) pemeriksaan medik dalam pelayanan antenatal meliputi;

##### **- Anamnesis**

Anamnesis adalah pertanyaan terarah yang ditujukan kepada ibu hamil, untuk mengetahui keadaan ibu dan faktor risiko yang dimilikinya.

##### **1.) Keluhan Utama**

Keluhan utama adalah hal yang berkaitan dengan kehamilan, yang dirasakan dan dikemukakan oleh ibu kepada pemeriksa.

##### **2.) Identitas Ibu**

Identitas yang perlu ditanyakan adalah: nama ibu, nama suami, alamat lengkap

##### **3.) Hal-hal yang berkaitan dengan fungsi reproduksi**

Pertanyaan meliputi hal-hal yang mungkin berkaitan dengan faktor risiko, yaitu: umur ibu, paritas, hari pertama haid terakhir (HPHT), lama haid, siklus haid., jenis kontrasepsi yang digunakan. Berdasarkan pertanyaan tersebut dapat diperkirakan adanya kehamilan dan umur kehamilan

#### 4.) Hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan sekarang

Pertanyaan yang berkaitan dengan kehamilan sekarang meliputi gerakan janin, hal-hal yang dirasakan akibat perkembangan kehamilan dan penyimpangan dari normal (keadaan patologis).

Keadaan Patologis antara lain perdarahan melalui jalan lahir, Preeklamsia dan eklamsia, keluar cairan ketuban, penyakit lain.

#### 5.) Riwayat Obstetrik

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah: berapa kali hamil dan uraian riwayat setiap kehamilan; berapa kali melahirkan, jarak kelahiran dan uraian setiap riwayat persalinan; riwayat abortus; hasil kehamilan, kurang/lebih bulan, BBLR, lahir mati; riwayat kehamilan kembar

Riwayat Obstetrik dikatakan buruk bila : gravida  $>3$ , pernah abortus, mengalami persalinan tindakan, status bayi yang dilahirkan: lahir mati, bayi besar, BBLR dan prematur, riwayat kehamilan ganda.

#### - Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik diagnostik, obstetrik dan diagnosis penunjang .

##### 1.) Pemeriksaan Fisik diagnostik

Hal-hal yang diperiksa adalah: BB, TB, Lingkar Lengan Atas, Tekanan Darah, frekuensi napas, suhu tubuh, adanya cacat tubuh

##### 2.) Pemeriksaan Obstetrik

Pemeriksaan obstetrik meliputi pemeriksaan luar dan pemeriksaan panggul dalam.

### 3.) Pemeriksaan Diagnostik penunjang

Pemeriksaan yang penting adalah: pemeriksaan HB, pemeriksaan urine untuk mengetahui adanya protein dan glukosa (reduksi) dalam urine

Faktor Risiko Ibu Hamil (Depkes RI, 1994), meliputi:

1. Umur; terlalu muda yaitu dibawah 20 tahun, terlalu tua yaitu diatas 35 tahun
2. Paritas; paritas 0 (primigravida), paritas >3
3. Interval; jarak persalinan terakhir dengan awal kehamilan sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun
4. Tinggi badan; kurang dari 145 cm
5. Lingkar lengan atas; kurang dari 23,5 cm
6. Kelainan bentuk tubuh; kelainan tulang belakang, kelainan pada panggul

Komplikasi Kehamilan berdasarkan Depkes RI (1994) merupakan keadaan patologis yang erat kaitannya dengan kematian ibu atau janin/bayi , yaitu:

1. Komplikasi obstetrik langsung; perdarahan, preeklamsia/eklamsia, kelainan letak, anak besar, hidromnion, kehamilan kembar, ketuban pecah dini dalam kehamilan. Komplikasi obstetrik langsung ini merupakan penyebab tersering kematian ibu.
2. Komplikasi obstetrik tidak langsung; penyakit jantung, hepatitis, TBC, anemia, malaria, Diabetes Militus.
3. Komplikasi yang tidak berhubungan dengan obstetrik; cidera akibat kecelakaan (kendaraan, keracunan, kebakaran).

### 2.1.3.2 Penyuluhan Bagi Ibu Hamil

Dalam buku Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar (Depkes RI, 1994) dituliskan bahwa penyuluhan bagi ibu hamil sangat diperlukan untuk memberikan pengetahuan mengenai kehamilan, dengan pengetahuan tersebut diharapkan ibu akan termotivasi kuat untuk menjaga diri dan kehamilannya, sehingga ia dapat melewati masa kehamilannya dengan baik dan menghasilkan bayi yang sehat. Lebih lanjut dalam buku tersebut juga di jelaskan tentang prinsip penyuluhan dan isi penyuluhan, sebagai berikut:

#### 1. Prinsip Penyuluhan

Dalam melakukan penyuluhan perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1.) Memperlakukan ibu hamil dengan sopan dan baik
- 2.) Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu (status pendidikan, sosioekonomi, emosi)
- 3.) Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami
- 4.) Menggunakan alat peraga yang menarik dan menggunakan contoh dari kehidupan sehari-hari

#### 2. Isi Penyuluhan

Hal-hal yang perlu disampaikan pada penyuluhan adalah sebagai berikut:

- 1.) Perawatan diri selama kehamilan, meliputi; gizi ibu hamil, perawatan payudara, kebersihan diri (menggunakan pakaian bersih dan menyerap keringat, mengganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari atau tiap kali terasa lembab), istirahat cukup dan mengurangi kerja fisik berat, senam hamil.
- 2.) Perlunya pemeriksaan kehamilan secara berkala, selama kehamilan ada hal-hal yang perlu dipantau agar bila ada penyimpangan dari keadaan normal dapat

segera diberi penanganan yang memadai. Karena itu selama kehamilan perlu dilakukan pemeriksaan kehamilan secara berkala yang dimulai sejak kehamilan muda.

### 3.) Arti kehamilan, persalinan dan nifas

Kehamilan merupakan proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami.

Persalinan merupakan proses keluarnya bayi dari rahim, walaupun merupakan proses alami namun untuk mendapatkan persalinan yang aman dibutuhkan pertolongan orang yang terlatih dalam hal tersebut. Hal yang perlu dianjurkan dalam menghadapi persalinan adalah bahwa sejak awal kehamilan perlu mempersiapkan biaya, transport atau bila timbul tanda bahaya dan persiapan lainnya. Demikian pula pendamping ibu harus siap mengantar kapanpun dibutuhkan.

Masa nifas merupakan masa kembalinya keadaan tubuh seperti sebelum hamil. Keadaan kesehatan ibu dan bayinya sangat terkait dengan kesehatan ibu selama hamil dan pertolongan persalinan yang diberikan

### 4.) Keluhan yang biasa terjadi pada masa kehamilan

### 5.) Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan

### 6.) Perkembangan kehamilan

### 7.) Teksiran tanggal dan tanda-tanda persalinan

### 8.) Cara merawat bayi; perawatan bayi baru lahir, pemberian kolostrum/ ASI sedini mungkin, perawatan tali pusat, cara pemberian makan bayi (Asi eksklusif, mulai pemberian PASI), cara perawatan bayi

9.) Pemakaian kontrasepsi pasca-bersalin, informasi yang disampaikan adalah perlunya mengatur jarak antar-kehamilan, jenis alat kontrasepsi yang tepat, kapan saat tepat untuk menggunakan setelah bersalin, dimana pelayanan kontrasepsi dapat diperoleh.

#### 2.1.4 Indikator Pemantauan

Dalam Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) (Depkes RI, 2004) indikator pemantauan cakupan antenatal adalah:

##### 1. Cakupan K1 ( Akses Pelayanan Antenatal)

K1 adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan

Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam penggerakan masyarakat.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan baru (K1) ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun

##### 2. Cakupan pelayanan ibu hamil (Cakupan K4)

Adalah : kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan, dengan syarat: minimal satu kali kontak pada triwulan I, minimal satu kali pada triwulan II dan minimal dua kali pada triwulan III

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang

menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumusny adalah:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil keempat (K4)}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

## 2.2 Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Direktur Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan (1993), kualitas pelayanan kesehatan adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Juran dalam Tjiptono (1996) mendefinisikan kualitas sebagai cocok/sesuai untuk digunakan (*fitness for use*), yang mengandung pengertian bahwa suatu produk atau jasa harus dapat memenuhi apa yang diharapkan oleh para pemakainya. Pengertian cocok untuk digunakan ini mengandung 5 dimensi utama, yaitu kualitas desain, kualitas kesesuaian, ketersediaan, keamanan dan *field use*.

Menurut Azwar (1996) banyak batasan mutu pelayanan kesehatan yang dikenal, di antaranya yang dianggap cukup penting adalah sebagai berikut:

- Mutu adalah tingkat kesempurnaan dan penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 1956)

- Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian,1980)
- Mutu adalah totalitas dan wujud serta ciri suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna. (Din ISO 8402, 1986)
- Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. (Crosby, 1984)

Mutu pelayanan kesehatan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian. Dalam praktek sehari-hari melakukan penilaian ini tidaklah mudah, penyebab utamanya tiap orang, tergantung latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dan dimensi yang berbeda (Saifuddin, 2001). Menurut Notoatmodjo (1993), di dalam masyarakat terdapat bermacam-macam kelompok berbeda yang mempengaruhi harapan dan persepsi pasien. Perbedaan tersebut menggambarkan nilai kelompok dan kekuatan kelompok untuk memenuhi kebutuhan termasuk kebutuhan dalam bidang kesehatan. Perbedaan tersebut didasarkan karena perbedaan pendapat masyarakat, tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, agama serta perbedaan suku bangsa.

Penelitian Robert dan Provost dalam Saifuddin (2001) memaparkan perbedaan dimensi mutu, yaitu:

- Bagi pemakai jasa pelayanan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ke tanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah tamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
- Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan

perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

- Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan menekan beban biaya penyandang dana.

Penelitian Smith dan Matzner (Saifuddin, 2001) juga mencatat adanya perbedaan dimensi mutu. Untuk para penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dipandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki (80%), perhatian secara pribadi kepada pasien (60%), keterampilan yang dimiliki (50%), efisiensi pelayanan kesehatan (45%) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan pasien (8%). Sedangkan untuk pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan yang dipandang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian petugas secara pribadi kepada pasien (40%), keterampilan yang dimiliki petugas (35%) serta kenyamanan pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien (35%). Bertitik tolak dari adanya dua pembatasan dimensi mutu maka dapat dirumuskan apa yang disebut dengan mutu pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Saifuddin, 2001).

Demings (1986) dalam Pohan (2007) mengakui bahwa tidaklah mudah untuk mendefinisikan kualitas. Berdasarkan kesukaran yang diakuinya itu, Demings mendefinisikan kualitas menurut konteks persepsi customer dan kebutuhan serta

kemauan customer. Kualitas tidak dapat didefinisikan apabila tidak dikaitkan dengan suatu konteks tertentu. Mutu adalah karakteristik atau atribut dari dari sesuatu, berarti untuk mendefinisikan mutu terlebih dahulu harus kita tentukan sesuatu itu. Mutu juga merupakan penilaian subyektif daripada customer, penilaian ini ditentukan oleh persepsi customer terhadap produk atau jasa. Selanjutnya, definisi mutu juga bergantung pada apa yang dikehendaki dan dibutuhkan oleh customer. Dalam menentukan tuntutan kebutuhan, maka perlu dibedakan antara kebutuhan dan kemauan customer. Hal-hal yang dibutuhkan seperti pangan, sandang, papan, transportasi dan sebagainya, selain itu ada hal-hal yang dikehendaki seperti liburan, penghargaan dan lain-lain.

Mutu menurut Wijono (1999) ditinjau dari beberapa sudut pandang: bagi pasien, petugas kesehatan dan manajer. Mutu merupakan fokus sentral dari tiap upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan. Arti mutu bagi pasien dan masyarakat adalah pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan, yang diberikan dengan ramah dan dapat mengurangi gejala secara efektif dan mencegah penyakit sehingga mereka dan keluarga dalam keadaan sehat dan dapat melaksanakan tugas sehari-hari. Arti mutu bagi petugas kesehatan adalah dapat melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju dan memenuhi standar, peralatan baik dan memenuhi standar. Arti mutu bagi manajer berhubungan dengan supervisi, manajemen keuangan dan logistik dan alokasi sumber daya.

Pohan (2007) menjelaskan pengertian layanan kesehatan yang bermutu adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi

layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat.

### 2.2.1. Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Banyak kerangka pikir yang dapat digunakan untuk mengukur mutu. Donabedian (1980) mengidentifikasi tiga katagori penggolongan layanan kesehatan yaitu: struktur, proses dan keluaran.

Struktur adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem, kadang-kadang disebut juga sebagai masukan atau struktur. Termasuk di dalamnya adalah hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite-komite, personal, peralatan, gedung, rekam medik, keuangan, perbekalan, obat dan fasilitas.

Proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Standar proses akan menjelaskan apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja.

Keluaran merupakan hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur.

Kerangka pikir lain yang dikembangkan Juran dan Maxwell dalam Pohan (2007) untuk mengukur mutu layanan kesehatan adalah:

- Ketepatan Waktu : termasuk akses, waktu tunggu dan waktu tindakan
- Informasi: penjelasan dari jawaban apa, mengapa, bagaimana, kapan dan siapa.

- Kompetensi Teknis: termasuk pengetahuan kedokteran dan keperawatan, keterampilan dan pengalaman, teknologi, keperipurnaan dan keberhasilan pengobatan
- Hubungan antar manusia : termasuk rasa hormat, sopan santun, perilaku dan empati
- Lingkungan : gedung, taman, kebersihan, kenyamanan dan keamanan.

Berdasarkan penelitian dalam bidang jasa pelayanan, Pasurahman, dkk (1990) mengidentifikasi 5 (lima) kelompok dimensi kualitas pelayanan yang digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pelanggan dalam bidang jasa, yaitu: Bukti langsung/ sarana fisik (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, penampilan petugas dan sarana komunikasi; Keandalan pelayanan (*reliability*), merupakan kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat, akurat dan terpercaya; Ketanggapan pelayanan (*responsiveness*), yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa pelayanan dengan ramah, tanggap dan cepat; Jaminan/keyakinan (*assurance*), mencakup pengetahuan dan kesopanan petugas serta kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan; Empati (*empathy*), meliputi perbuatan atau sikap untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada pelanggan, komunikatif dan memahami kebutuhan pelanggan.

Pelayanan berkualitas dapat dikatakan sebagai tingkat pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai yang diinginkan yang mampu dicapai berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. Standar pelayanan berguna dalam penerapan norma dan tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dengan adanya standar pelayanan yang dapat dibandingkan dengan pelayanan yang diperoleh, maka

masyarakat akan mempunyai kepercayaan yang lebih mantap terhadap pelaksanaan pelayanan (Depkes RI, 1999).

### 2.2.2. Standar Pelayanan Kebidanan

Pada pertemuan pengelola program *Safe Motherhood* dari negara-negara di wilayah Asia Tenggara tahun 1995, disepakati bahwa kualitas pelayanan kebidanan yang diberikan kepada setiap ibu yang memerlukan perlu diupayakan agar memenuhi standar tertentu agar aman dan efektif. Sebagai tindak lanjutnya, WHO mengembangkan Standar Pelayanan Kebidanan yang kemudian diadaptasikan untuk pemakaian di Indonesia (Depkes RI, 1999). Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 25 standar yang dikelompokkan sebagai berikut: standar pelayanan umum ( 2 standar), standar pelayanan antenatal (6 standar), standar pertolongan persalinan (4 standar), standar pelayanan nifas (3 standar) dan standar penanganan kegawadaruratan obstetri-neonatal (10 standar).

Pada Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (1999), standar pelayanan antenatal terdiri dari 6 standar, dimulai dari standar 3 sampai standar 8. Pernyataan masing-masing standar adalah sebagai berikut:

- Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil, pernyataan standar: Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami, dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.
- Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal, pernyataan standar: Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah

perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Bidan harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, bidan harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

- Standar 5: Palpasi Abdomen, pernyataan standar: Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dalam melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu
- Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan, pernyataan standar: Bidan melakukan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan, pernyataan standar: Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.
- Standar 8: Persiapan Persalinan, pernyataan standar: Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi tiba-tiba keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

### 2.2.3. Program *Making Pregnancy Safer (MPS)*

Pemerintah pada tahun 2000 telah mencanangkan strategi untuk menurunkan AKI dengan program *Making Pregnancy Safer (MPS)* yang didukung oleh bantuan teknis internasional dari WHO. Strategi MPS yaitu untuk mendukung target internasional yang telah disepakati dalam MDGs (*Millennium Development Goals*) 2015 yang salah satunya adalah perbaikan kesehatan maternal. Dengan demikian tujuan global MPS adalah untuk menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir sebagai berikut:

- Menurunkan AKI sebesar 75% pada tahun 2015 dari AKI 1990
- Menurunkan AKB menjadi kurang dari 35 per 100 kelahiran hidup pada tahun 2015

Berdasarkan pengalaman dan evaluasi dari program *Safe Motherhood*, maka pesan kunci MPS adalah:

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan pelayanan yang adekuat.
3. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran

Target yang ditetapkan untuk tahun 2010 (sesuai dengan kebijakan Indonesia Sehat tahun 2010), terdiri dari Target Dampak yaitu:

1. Menurunkan AKI menjadi 125/100.000 Kelahiran Hidup
2. Menurunkan angka kematian neonatal menjadi 15/1000 kelahiran hidup
3. Menurunkan anemia gizi ( $Hb < 8gr$ ) pada ibu hamil menjadi 20% dan anemia pada wanita usia subur menjadi 15%
4. Menurunkan Angka kehamilan yang tidak diinginkan dari 17,1% menjadi 11%.

**Target Proses MPS:**

1. Meningkatkan cakupan pelayanan antenatal 1 x (K1) menjadi 95% termasuk cakupan Fe1, TT1
2. Meningkatkan cakupan pelayanan antenatal 4 x (K4) menjadi 90% termasuk cakupan Fe3, dan TT2/TT Ulang
3. Meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh nakes terampil menjadi 85%
4. Meningkatkan cakupan pelayanan komplikasi obstetri dan neonatal yang berkualitas, termasuk pelayanan pasca keguguran, menjadi 80% dari jumlah kasus yang diperkirakan
5. Meningkatkan dan melaksanakan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di sekurang-kurangnya 4 Puskesmas dengan tempat tidur di tiap kabupaten/kota.
6. Meningkatkan dan melaksanakan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) selama 24 jam di tiap Rumah Sakit Kabupaten
7. Meningkatkan cakupan pelayanan KB pasca persalinan dan pasca keguguran sampai 100%.
8. Meningkatkan anggaran program untuk menunjang kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
9. Memantapkan organisasi seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Untuk mencapai tujuan dan target MPS tersebut maka ditetapkan empat strategi utama yang konsisten dengan Rencana Indonesia Sehat 2010, yaitu:

1. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost effective*

2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumberdaya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS
3. Mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir

#### **2.2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi dan Ekspektasi Pelanggan**

Tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh klien (*experience quality*) harus seimbang dengan tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh klien tersebut (*expected quality*), ketika ia memutuskan memilih institusi atau tenaga kesehatan yang akan memberi pelayanan kepadanya. Tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh klien merupakan pengalaman yang akan membentuk kesan/persepsi klien tentang kualitas pelayanan kesehatan yang diterimanya. Besarnya harapan pasien akan menentukan tingkat permintaan terhadap pelayanan yang diterima (Depkes RI, 2002b)

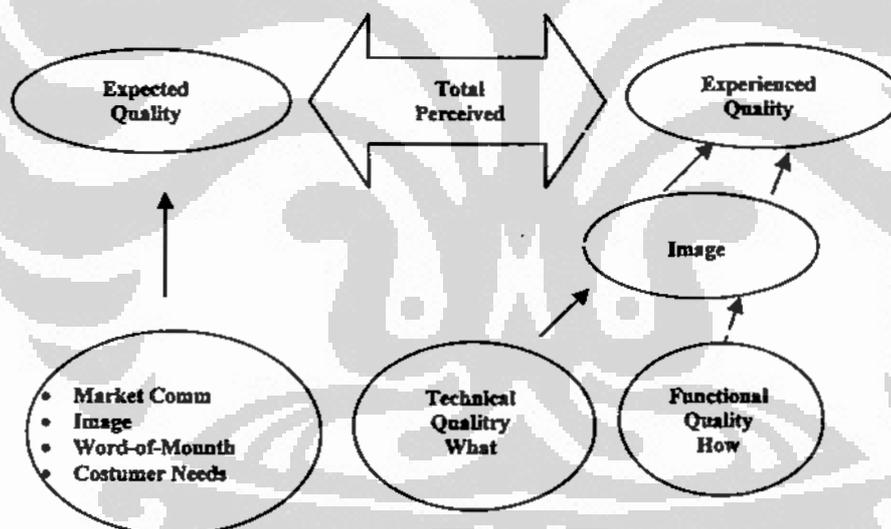
Pada saat klien akan datang ke tempat pelayanan kesehatan, dia sudah mempunyai harapan tentang kualitas pelayanan yang akan diterimanya. Harapan klien terhadap kualitas pelayanan kesehatan dalam Depkes RI (2002b) dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Luaran atau hasil komunikasi pasar (*Market Communication*)

2. Kebutuhan spesifik klien (*Personal Need*)
3. Persepsi (*Image*) yang didapat dari pengalaman klien tentang kualitas pelayanan kesehatan yang pernah diterimanya
4. *Word of mouth* (desas-desus/rumor) yang berkembang di masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas itu.

Secara rinci pengaruh *expected quality* dan *experienced quality* terhadap persepsi dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

**Gambar 2.1 Hubungan *expected quality* dan *experienced quality* terhadap persepsi**



Sumber : Gronroos, C ( 1988 ) : Service Quality : The Six Criteria of Good Service Quality. *Review of Business J* ( New York; St. John's University Press ) : hal. 12

Berdasarkan uraian di atas diketahui bahwa penilaian klien terhadap kualitas pelayanan kesehatan, dipengaruhi kualitas kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan meliputi hubungan antar manusia seperti keramahan, komunikasi dan tindakan pelayanan antenatal sendiri. Pelayanan antenatal telah diuraikan di atas, tentang keramahan dan komunikasi akan diuraikan berikut ini:

### 2.2.5. Keramahan / Hubungan Interpersonal

Keramahan termasuk salah satu dari elemen yang dinilai oleh *customer* yaitu: *courtesy* (perilaku petugas). Cara petugas menerima dan melayani pasien sangat perlu diperhatikan. Gallan & Leintenmaier (1987) dalam Saifuddin (2001), memberikan suatu akronim yang dapat dijadikan panduan bagi petugas klinik Keluarga Berencana (KB) untuk melakukan konseling. Akronim tersebut adalah GATHER yang merupakan singkatan dari :

G - *Greet* (memberi salam dan memperkenalkan diri dan membuka komunikasi)

A - *Ask* (menanyakan keluhan pasien dan menilai apakah keluhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi)

T - *Tell* (menjelaskan bahwa persoalan pokok yang dihadapi adalah seperti yang tercermin dari hasil tukar informasi dan harus dicarikan upaya penyelesaian masalah)

H - *Help* (membantu pasien dalam masalah yang dihadapinya)

E - *Explain* (menjelaskan tindakan yang harus diberikan dan menjelaskan dimana pertolongan lanjutan dapat diperoleh)

R - *Refer* dan *Return visit* (Rujukan apabila fasilitas tidak memberikan pelayanan yang sesuai atau menganjurkan pasien untuk kunjungan ulang bila pelayanan telah diberikan)

Ketentuan Depkes (1999), dalam standar pelayanan kebidanan menyatakan bahwa petugas harus bersikap ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan pasien, petugas juga harus memiliki keterampilan berkomunikasi secara efektif disamping mempunyai kemampuan teknis kebidanan.

### 2.2.6. Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses dimana yang terlibat menciptakan dan berbagi informasi satu sama lain untuk mencapai saling pengertian (Roger dalam Mantra 1994). Komunikasi dapat berupa verbal maupun nonverbal seperti menganggukkan kepala, tersenyum dan sebagainya. Dalam proses komunikasi arus pesan tidak hanya dari sumber ke sasaran melainkan merupakan suatu proses interaktif dan konvergen yang berarti pemberi dan penerima pesan dapat berganti peran (Depkes 2002b).

Bentuk komunikasi bisa langsung ataupun tidak langsung. Komunikasi langsung bisa bersifat satu arah maupun dua arah. Pada pelayanan antenatal yang diharapkan adalah komunikasi dua arah (timbang balik) antara pasien dengan petugas. Perhatian dan bantuan yang diberikan petugas kesehatan dapat mengurangi kecemasan bahkan dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien. Dialog yang disampaikan secara lembut dan menenangkan dapat mengalihkan fokus perhatian pasien dan rasa kurang nyaman yang sedang dialaminya (Liliwari, 2007)

Keuntungan komunikasi ini adalah mengurangi salah tafsir dan bisa membina keakraban, karena adanya saling dialog. Kerugiannya adalah kalau tidak dikendalikan secara baik, bisa berlarut-larut sehingga makan waktu banyak karena dialog.

Salah satu hak pasien adalah mendapatkan informasi, tetapi hal ini masih kurang, keadaan ini disebabkan proses komunikasi yang belum efektif. Sehingga pasien belum memahami benar bagaimana keadaan dirinya saat ini dan bagaimana merawat diri agar tetap sehat, serta kemana harus mencari pertolongan jika ia melahirkan nanti (Depkes, 1997).

Penelitian Rosemary (1997) mendapatkan bahwa kualitas pelayanan antenatal selain berhubungan dengan frekuensi dan kelengkapan layanan antenatal berhubungan juga dengan kemampuan petugas dalam memberikan penyuluhan dan konseling kepada ibu hamil, sehingga ibu tidak merasa ragu untuk bertanya dan merasa puas dengan pelayanan antenatal yang diberikan.

#### 2.2.6.1. Hambatan dalam Komunikasi

Program *Maternal and Neonatal Health* (2002) menyatakan hambatan dalam komunikasi adalah:

1. Keterbatasan waktu sering membuat orang tidak berkomunikasi atau berkomunikasi secara tergesa-gesa, yang tentunya tidak memenuhi persyaratan komunikasi
2. Jarak psikologis, biasanya terjadi akibat adanya perbedaan status, baik status sosial maupun status dalam pekerjaan. Selanjutnya ada orang yang hanya ingin mendengar informasi yang ia sukai saja, sedangkan informasi lainnya tidak..
3. Evaluasi terlalu dini, seringkali orang sudah mempunyai prasangka atau sudah menarik suatu kesimpulan sebelum menerima keseluruhan informasi/pesan. Hal ini jelas menghambat komunikasi yang baik.
4. Keadaan si pemberi dan si penerima pesan, baik keadaan kesehatan fisik, maupun perasaannya. Karena si pemberi/penerima pesan yang sedang mempunyai masalah pribadi hingga pikirannya kacau, mengakibatkan pesan yang disampaikan juga membingungkan pendengarnya

2.2.6.2. Petunjuk yang perlu diperhatikan saat berkomunikasi selama Asuhan Antenatal, dalam Saifuddin (2001) antara lain:

1. Dengarkan keluhan dan ungkapan perasaan ibu hamil
2. Beri kesan bahwa kita sedang mendengar dan mencoba memahami apa yang diungkapkan ibu hamil
3. Jawab setiap pertanyaan dengan sabar dan penuh perhatian
4. Beri penjelasan secara singkat, lengkap dan mudah dimengerti. Ulangi informasi penting yang harus diketahui oleh ibu hamil
5. Gunakan istilah umum dan sederhana, jangan menggunakan bahasa medis yang tidak dimengerti ibu hamil
6. Upayakan untuk meningkatkan hubungan saling percaya antara nakes & bumil
7. Semakin terbuka bumil & semakin sering mereka bertanya, alih pengetahuan/informasi semakin baik
8. Bumil ingin diperlakukan dengan penuh hormat dan dijaga martabatnya
9. Gunakan buku KIA sebagai sumber informasi bersama antara nakes & bumil

### 2.3. Puskesmas

Pengertian Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan masyarakat dan mempunyai wewenang serta tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Depkes RI, 1991). Wilayah kerja ditentukan berdasarkan kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lainnya. Pembagian wilayah kerja ini ditetapkan oleh Bupati/Walikota sebagai pimpinan daerah, karena puskesmas

merupakan perangkat pmda tingkat II. Penduduk yang dilayani rata-rata berjumlah 30.000 orang setiap Puskesmas (Depkes RI, 1991)

Salah satu kegiatan pokok yang dilaksanakan di puskesmas adalah upaya kesehatan ibu dan anak (KIA). Kegiatan ini merupakan salah satu unsur yang mempunyai daya ungkit yang besar terhadap penurunan angka kematian dan kesakitan ibu hamil dan bayi. Hal ini dapat terwujud dengan memberikan pelayanan kesehatan selama waktu hamil yang cukup baik dan dimulai sedini-dininya sehingga derajat kesehatan ibu hamil meningkat.

## **2.4. Perilaku Kesehatan**

### **2.4.1 Pengertian Perilaku Kesehatan**

Menurut Blum (1974) perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Intervensi terhadap faktor perilaku sangat strategis untuk meningkatkan kesehatan.. Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, oleh sebab itu perilaku pada hakekatnya adalah apa yang dikerjakan oleh organisme atau seseorang baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati secara langsung (Notoatmodjo, 1997).

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Ada 2 (dua) macam respon sebagai bentuk dari perilaku yaitu respon pasif dan respon aktif. Respon pasif atau respon internal tidak dapat diamati karena masih terselubung tanpa tindakan, yang termasuk ini adalah persepsi, sikap batin,

tanggapan. Respon aktif yaitu bentuk jelas yang dapat diamati secara langsung, yang termasuk disini adalah tindakan nyata (Notoatmodjo, 1997). Secara rinci perilaku kesehatan itu mencakup:

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yang meliputi: Perilaku yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), perilaku yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*).
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini meliputi respon terhadap fasilitas kesehatan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas
3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital untuk kehidupan
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*), yaitu respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan.

Becker (1974) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut yaitu (1) perilaku seseorang dalam meningkatkan dan memelihara kesehatannya (*health behavior*) (2) perilaku seseorang dalam merasakan sakit dan mempelajari serta mengenal sakit penyakitnya (*illness behavior*) (3) perilaku seseorang yang dalam peran sakit dan tindakannya dalam mencari kesembuhan (*the sick role behavior*). Ketiga bentuk perilaku ini berpengaruh kepada orang itu sendiri maupun kepada orang lain.

Ada empat alur dalam mencapai proses tindakan perilaku. Pertama, adanya suatu penilaian dari orang yang bersangkutan terhadap ancaman atau gangguan, yang kemudian diikuti persepsi individu yang bersangkutan atau orang lain yang terdekat (biasanya anggota keluarga) terhadap gangguan tersebut dapat sangat berperan, selanjutnya anggota keluarga lain yang ikut memberi penilaian subyektif. Kedua, orang yang bersangkutan akan timbul kecemasan karena persepsi baik dari dirinya sendiri maupun dari anggota keluarga bahkan dikaitkan dengan ancaman-ancaman bermacam bentuk perilaku. Ketiga, penerapan pengetahuan orang tersebut tentang apa yang diketahuinya terhadap seberapa ancaman yang ada, pengetahuan merupakan pencerminan dari perilaku yang dilakukan oleh individu. Dan keempat, tindakan manipulatif untuk mengatasi kecemasan atau gangguan tersebut dalam hal ini bisa orang awam atau tenaga kesehatan yang melakukan tindakan manipulatif tersebut (Notoatmodjo, 1997).

#### **2.4.2 Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Andersen (1975) mengembangkan model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dikenal dengan “*a behavioral model of families use of health services*”. Model ini menjelaskan bahwa seseorang akan memutuskan memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada:

##### **1. Komponen *predisposing***

Sebagian individu lebih cenderung menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan individu lainnya. Kecenderungan ini ditentukan oleh karakteristik individu itu sendiri. Karakteristik itu ada sebelum individu itu sakit. Komponen *predisposing* ini dikelompokkan dalam 3 variabel, yaitu: variabel demografi,

variabel struktur sosial dan variabel kepercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan. Variabel demografi terdiri dari umur dan jenis kelamin. Variabel struktur sosial menggambarkan status individu dalam masyarakat seperti pendidikan, pekerjaan ras dan sebagainya. Variabel kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan yaitu keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit (termasuk di dalamnya nilai-nilai terhadap kesehatan dan sakit, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit).

## 2. Komponen *Enabling*

*Enabling* berarti kondisi yang memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Komponen ini terdiri dari sumber daya keluarga seperti pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan, jenis dan keterjangkauan sarana pelayanan kesehatan

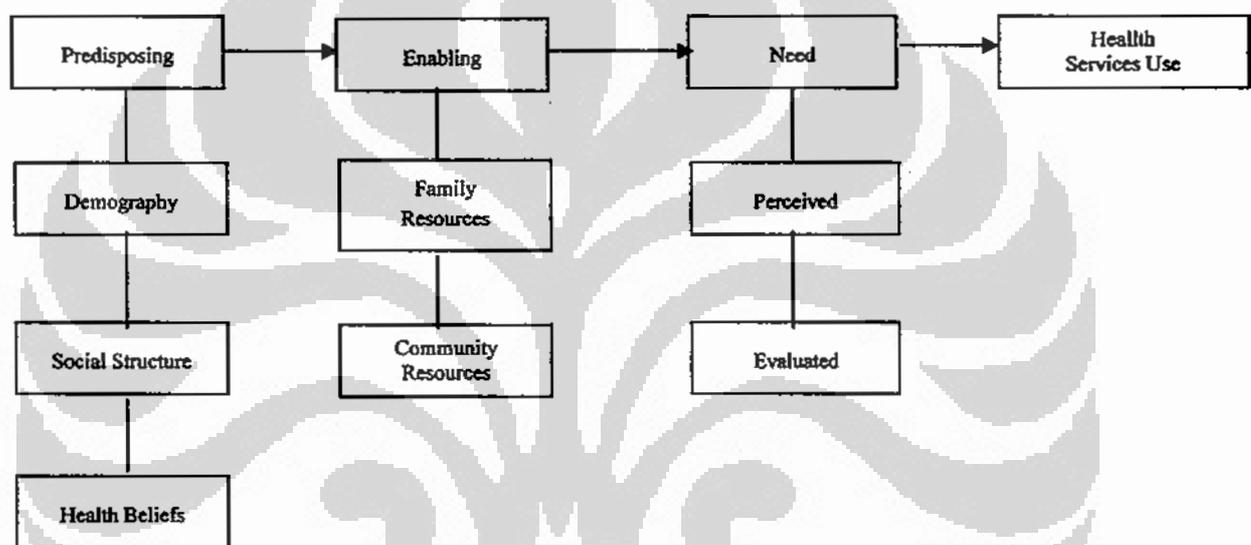
## 3. Komponen *Need*

Komponen *predisposing* dan *enabling* untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan akan terwujud kalau ada kebutuhan (*need*). Komponen *need* merupakan komponen yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian ini dapat diperoleh dari dua sumber yaitu: pertama, penilaian individu (*perceived need*) merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita; dan kedua penilaian klinik (*evaluated need*) merupakan penilaian

beratnya penyakit yang dinilai dari berbagai kondisi dan gejala penyakit menurut diagnosa dokter.

Model Pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Andersen dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

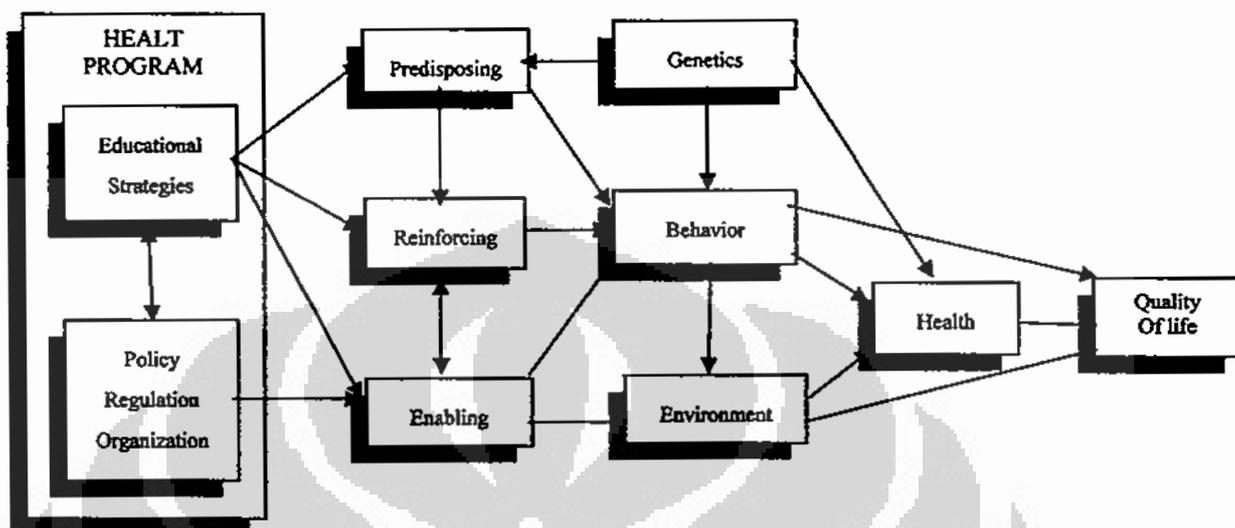


Sumber : Ronald Andersen, Joanna Kravits, Odin W, Anderson (ed), *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*. Cambridge Mass : Ballinger Publishing Co, 1975, p. 5

Aday (1989) membagi komponen *predisposing*, *enabling* dan *need* menjadi kelompok variabel *mutable* (dapat diubah) dan kelompok variabel *immutable* (tidak dapat diubah). Sikap, keyakinan, pengetahuan dan sumber informasi termasuk komponen *predisposing* yang dapat dirubah, sedangkan usia, status perkawinan, jenis kelamin, besar dan komposisi keluarga serta agama adalah variabel yang tidak bisa dirubah. Komponen *enabling* yang bisa dirubah seperti status sosial ekonomi, pekerjaan kepala keluarga, penghasilan dan sumber penghasilan, penyandang dana, biaya berobat, kemudahan mendapatkan pelayanan, waktu dan ketersediaan pelayanan serta jarak; variabel yang tidak bisa dirubah adalah lokasi tempat tinggal (desa atau

kota). Komponen *need* yang termasuk variabel *mutable* adalah persepsi tentang sakit dan yang tidak bisa dirubah adalah pemeriksaan empiris yang dilakukan sesuai dengan aturan yang ada.

Green dan Kreuter (2005), mengembangkan *precede-proceed model* sebagai model pendekatan untuk perencanaan program kesehatan masyarakat. Green mengemukakan bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor pokok yaitu genetik, perilaku dan lingkungan yang saling berinteraksi. Ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang berperilaku yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*. Faktor *predisposing* adalah sikap, kepercayaan, nilai dan persepsi yang dapat mendorong atau merintangi motivasi seseorang untuk berubah, faktor *predisposing* juga berinteraksi dengan faktor genetik, termasuk juga pengalaman masa kecil bisa membentuk sikap, nilai dan persepsi pertama kali. Faktor *enabling* meliputi ketersediaan sumber daya, keterampilan, keterjangkauan, ketersediaan fasilitas, dapat dianggap sebagai pendukung pelayanan kesehatan. Faktor *reinforcing* adalah faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, tokoh masyarakat yang berkaitan dengan umpan balik yang diterima oleh pemakai pelayanan dari orang lain yang hasilnya akan mendorong atau melemahkan perubahan perilaku dalam penggunaan pelayanan. Faktor *predisposing*, *reinforcing* dan *enabling* dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan dalam komponen program kesehatan, yang saling berinteraksi dengan kebijakan, peraturan dan organisasi kesehatan. Kebijakan, peraturan dan organisasi mempengaruhi secara langsung faktor *enabling*. Secara rinci *precede-proceed model* dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 2.3. *Precede-proceed model*

Sumber: Lawrence W. Green and M.W. Kreuter, *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach*, fourth edition, 2005, p.10

### 2.4.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal

#### 1. Umur

Andersen (1975) menyatakan bahwa umur adalah variabel penting karena secara fisiologis orang yang berusia tua kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi dari orang yang berusia muda. Felstein (1983) menjelaskan bahwa umur adalah determinan dari peningkatan kejadian penyakit dan perubahan pola morbiditas dan ini menjadi penentu terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan. Mc Carthy dan Maine (1992) melaporkan bahwa umur ibu sangat mempengaruhi status reproduksinya.

Usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun merupakan usia berisiko untuk hamil dan melahirkan (WHO-Depkes RI-FKMUI, 1999), sejalan dengan pendapat Martadisoebrata (1982) bahwa proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur 20-30 tahun, sebab pada usia ini penyulit kehamilan

jarang terjadi. Kehamilan pada ibu berumur kurang dari 20 tahun resiko terjadinya preeklamsi/eklamsi lebih sering karena perkembangan alat-alat reproduksi yang belum sempurna, hal ini berpengaruh pula pada pertumbuhan janin. Pada ibu hamil umur lebih dari 30 tahun komplikasi kehamilan akan lebih kompleks lagi karena telah terjadi penurunan fungsi alat-alat reproduksi sehingga kurang baik untuk menerima kehamilan (Roeshadi, 2004).

Hasil analisis korelasi dan regresi antara umur dan kepuasan menunjukkan bahwa semakin tua umur ibu semakin tinggi kepuasan terhadap pelayanan antenatal. Hal ini mungkin disebabkan karena pada ibu berumur lanjut mempunyai tingkat pengharapan yang lebih rendah dibanding ibu yang berumur lebih muda (Lizarni, 2000).

Berdasarkan SDKI 2002-2003 cakupan pemeriksaan kehamilan sedikit lebih rendah untuk ibu berumur 35 tahun ke atas, yang lebih cenderung pergi ke dukun atau lebih cenderung tidak memeriksakan kehamilannya. Kaswendi (2002) mendapatkan bahwa ibu hamil yang berumur 20-35 tahun 4,024 kali lebih teratur memanfaatkan pelayanan antenatal dibandingkan ibu pada kelompok umur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun. Sedangkan Simanjuntak (2002) mendapatkan tidak ada hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan antenatal.

## 2. Pendidikan

Pendidikan berpengaruh pada cara berpikir, tindakan dan pengambilan keputusan seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, semakin tinggi pendidikan ibu maka akan semakin baik pengetahuannya tentang kesehatan. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang acuh tak acuh terhadap program kesehatan, sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi walaupun

ada sarana yang baik belum tentu mereka tahu menggunakannya ( Martadisubrata, 1987). Feldstein (1983) meyakini bahwa pendidikan mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan yang tinggi dalam rumah tangga akan mempermudah sebuah keluarga dalam mengenali gejala awal kondisi kesehatan yang buruk, sehingga memiliki respon yang tinggi terhadap fasilitas kesehatan. Mc Carthy dan Maine tahun 1992 mengemukakan bahwa wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya. Andersen (1975) menyatakan pendidikan seseorang secara tidak langsung mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pendidikan merupakan dasar terjadinya variasi pengetahuan, sikap dan nilai-nilai terhadap sesuatu pelayanan kesehatan. Selanjutnya variasi tersebut mengakibatkan terjadinya variasi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Penelitian Simanjuntak (2002) mendapatkan ada hubungan antara kunjungan antenatal K4 sesuai standar dengan tingkat pendidikan., responden yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi kecenderungan untuk melakukan kunjungan antenatal sesuai standar 2,75 kali lebih besar dibanding yang berpendidikan rendah. Penelitian Junaidi (2005) mendapatkan ibu dengan jenjang pendidikan tinggi mempunyai kecenderungan lebih besar memanfaatkan pelayanan antenatal berkualitas dibandingkan ibu dengan jenjang pendidikan rendah.

### 3. Pekerjaan

Dimaksud dengan pekerjaan adalah apabila ibu beraktifitas ke luar rumah maupun di dalam rumah kecuali pekerjaan rutin rumah tangga. Status pekerjaan akan memudahkan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan. Ibu dengan suami pegawai negeri atau swasta cenderung lebih sering memeriksakan kehamilan dibanding

dengan ibu hamil yang suaminya petani, pedagang atau buruh (Wibowo, 1992). Mc Carthy dan Maine (WHO-Depkes-FKM UI, 1999) mengemukakan bahwa ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan. Pekerjaan merupakan faktor sosiodemografi yang menyebabkan kecenderungan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Andersen, 1975). Ginting (2001) melaporkan bahwa ibu yang bekerja di setor formal lebih tinggi proporsinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sesuai standar dibandingkan ibu yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak di sektor formal. Berbeda dengan penelitian Kaswendi (2002) melaporkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal.

#### 4. Pengetahuan

Pengetahuan menurut Green dan Kreuter (2005) merupakan faktor predisposisi yang mendasari seseorang untuk berperilaku, di dalam pengetahuan tercakup pemikiran, persepsi tentang kepercayaan atau tradisi yang berlaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 1997). Pengetahuan kesehatan ibu hamil meliputi pengetahuan tentang kehamilan, kelahiran dan hal-hal positif atau negatif dalam masalah seputar kehamilannya. Pengetahuan tersebut diberikan atau didapat ibu melalui pendidikan prenatal atau penyuluhan kesehatan

Suhendro (1991) dalam penelitiannya tentang kualitas pelayanan antenatal di Medan, melihat dari sisi karakteristik ibu hamil yang datang ke Puskesmas menyatakan bahwa pengetahuan dan paritas ibu hamil berpengaruh cukup erat dengan diperolehnya kualitas layanan antenatal. Penelitian Simanjuntak (2002) juga mendapatkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan

pelayanan antenatal, ibu yang berpengetahuan tinggi lebih teratur memanfaatkan pelayanan antenatal dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah. Kaswendi (2002) dan Simanjuntak (2002) melaporkan ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal

#### 5. Paritas

Jumlah persalinan yang pernah dialami memberikan pengalaman pada ibu untuk kehamilan dan persalinan berikutnya oleh karena itu ibu yang belum pernah mengalami melahirkan cenderung mencari tahu tentang persalinan dan pelayanan yang tepat. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Wibowo, 1992). Rusydi (1998) yang meneliti tentang determinan keteraturan pemanfaatan layanan antenatal di Puskesmas Kabupaten. Musi Banyu Asin menyatakan keteraturan pemanfaatan pelayanan antenatal dipengaruhi paritas, makin tinggi paritas makin tidak teratur memeriksakan kehamilannya. Sedangkan penelitian Suryani (1994) di Bekasi, menunjukkan bahwa semakin bertambah jumlah anak pengetahuan tentang antenatal semakin menurun

#### 6. Jarak

Jarak dan biaya merupakan faktor aksesabilitas terhadap pelayanan kesehatan. Jarak rumah terhadap lokasi fasilitas pelayanan kesehatan mempengaruhi pencarian pelayanan. Makin jauh lokasi pelayanan kesehatan, makin segan masyarakat datang untuk memanfaatkannya. Ada batas jarak tertentu sehingga orang masih mau bepergian untuk mencari pelayanan. Batas ini dipengaruhi oleh kondisi jalan, jenis kendaraan, kemampuan untuk membayar ongkos jalan dan berat ringannya penyakit.

Wibowo (1992) menemukan hubungan positif antara jarak dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan makin jauh suatu pelayanan kesehatan dasar makin segan mereka datang. Batas jarak ini dipengaruhi oleh jenis jalan, jenis kendaraan, waktu tempuh, kendaraan pribadi, berat ringan penyakit dan kemampuan bayar biaya ongkos jalan.

#### 7. Penghasilan Keluarga

Penghasilan keluarga merupakan faktor pemungkin bagi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan (Green dan Kreuter 2005). Penghasilan keluarga juga menentukan status sosial ekonomi keluarga tersebut. Sementara Feldstein (1983) juga menyimpulkan bahwa penghasilan mempengaruhi pemilihan tempat pelayanan kesehatan.

Menurut Bernadetha (1992) ibu yang penghasilan keluarganya lebih besar, lebih banyak memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kesehatan dibandingkan dengan ibu yang berpenghasilan rendah. Penelitian Simanjuntak (2002) mendapatkan responden yang berpenghasilan tinggi cenderung 3 kali lebih besar melakukan kunjungan antenatal K4 dibandingkan yang berpenghasilan rendah.

#### 8. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 1993)

Kirscht dalam Green (1980) menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif. Sikap merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat. Agar seseorang mempunyai perilaku tertentu yang konsisten, perlu adanya dukungan sikap yang kuat. Sedangkan sikap yang kuat terhadap objek tertentu harus didukung oleh pengalaman langsung dengan objek tersebut.

Sadik (1996) menyatakan bahwa sikap ibu yang positif terhadap pelayanan antenatal, lebih baik dalam pemanfaatan pelayanan antenatal dibandingkan dari ibu yang bersikap negatif. Hasil penelitian Simanjuntak (2002) memperlihatkan responden yang bersikap positif lebih banyak melakukan kunjungan antenatal K4 sesuai standar dibanding yang bersikap negatif.

#### 9. Dukungan Keluarga

Kartono (1992) mengatakan, setiap wanita baik yang bahagia maupun yang tidak bahagia apabila dirinya hamil pasti akan dihindangi campuran perasaan yaitu rasa kuat dan berani menanggung cobaan dan rasa lemah hati, takut, ngeri, cemas terlebih pada masa mendekati kelahiran. Dalam kondisi seperti ini suami dapat menjadi sumber kekuatan, ketenangan dan dorongan yang penting bagi ibu. Green dan Krueter(2005) menyebutkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu elemen penguat (*reinforcing*) bagi terjadinya perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat.

Sejak masa hamil suami dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan moral pada istri, ia dapat bersama mengunjungi klinik antenatal, turut mengetahui fisiologi dan psikologi kehamilan dan persalinan, membantu istri untuk rileks dan dukungan materil berupa dana, sarana dan sebagainya. Dalam struktur masyarakat

Indonesia yang paternalistik, peranan suami atau orang tua, keluarga dekat dari si ibu sangat menentukan dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1998). Jika kehamilan dibebani oleh ide-ide negatif misalnya kesulitan ekonomi, relasi perkawinan yang buruk, anak tidak dikehendaki dan konflik-konflik lain maka dukungan dari keluarga sangat diperlukan bagi ibu. Hasil penelitian Rusydi (1999) dan Simanjuntak (2002) mendapatkan keteraturan ibu memanfaatkan pelayanan antenatal berhubungan dengan dukungan suami dan keluarga.

#### 10. Peran Petugas Kesehatan

Dalam Standar pelayanan kebidanan terdapat standar pelayanan yang harus diberikan tenaga kesehatan pada saat melakukan antenatal, selain itu terdapat juga standar dalam berperilaku kepada bumil. Cara petugas menerima dan melayani pasien sangat perlu diperhatikan seperti petugas penyapa pasien sambil tersenyum, cara petugas menyampaikan informasi sangat mempengaruhi hasil serta kejelasan informasi yang diterima oleh pasien. Hal ini juga berkaitan dengan kenyamanan selama tindakan pelayanan dan dapat menghilangkan rasa cemas pada pasien. Penelitian Kamisah (2002) mendapatkan ketika petugas memberikan pelayanan antenatal 56 % petugas tidak ramah, 57% tidak berkomunikasi dengan baik dan 59% melakukan tindakan pelayanan antenatal tidak baik. Penelitian Nurti (2002) tentang kualitas pelayanan antenatal pada Puskesmas di Kota Jambi memperlihatkan 51% petugas melakukan interaksi kurang baik dengan klien, 39,6% mempunyai kompetensi teknis kurang baik dan 44,8% tidak memberikan informasi/nasehat ketika melakukan pelayanan antenatal.

## 11. Kebutuhan Terhadap Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan karena adanya penyakit atau gejala penyakit sehingga berkemungkinan terjadinya sakit. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk faktor kebutuhan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu dengan mengukur jumlah hari sakit, keluhan sakit, atau gangguan kesehatan yang dirasakan, persepsinya terhadap status kesehatan, dan evaluasi terhadap jumlah kunjungan ke pelayanan kesehatan, serta terhadap sifat dan jenis penyakit. Faktor kebutuhan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, hal ini ditunjukkan oleh adanya kebutuhan karena alasan yang kuat dengan adanya gangguan kesehatan dengan mencari pelayanan kesehatan.

Penelitian Rusydi (1998) di Kabupaten Musi Banyuasin, menemukan tidak ada hubungan antara tingkat keteraturan pemanfaatan pelayanan antenatal dengan kebutuhan untuk periksa hamil. Penelitian Gani (1990) mendapatkan bahwa kebutuhan berhubungan positif dengan penggunaan pelayanan kesehatan, semakin tinggi tingkat kebutuhan akan pelayanan kesehatan semakin sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Sadik (1996) melaporkan bahwa ibu yang sangat mengharapkan kehamilannya, dua kali lebih besar dalam memeriksakan kehamilan secara baik dibanding ibu yang kurang menerima kehamilannya

## BAB 3

# KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

### 3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori di depan terlihat bahwa berbagai faktor yang berhubungan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Konsep yang dikembangkan Andersen (1975) mengemukakan seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada komponen *predisposing* (yang dikelompokkan dalam 3 variabel yaitu: variabel demografi, variabel struktur sosial dan variabel kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan), komponen *enabling* dan komponen *need*. Green dan Kreuter (2005) mengemukakan ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang berperilaku yaitu faktor *predisposing* (meliputi sikap, kepercayaan, nilai dan persepsi yang dapat mendorong atau merintang motivasi seseorang untuk berubah), faktor *enabling* (meliputi ketersediaan sumber daya, keterampilan, keterjangkauan, ketersediaan fasilitas), faktor *reinforcing* adalah faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, tokoh masyarakat.

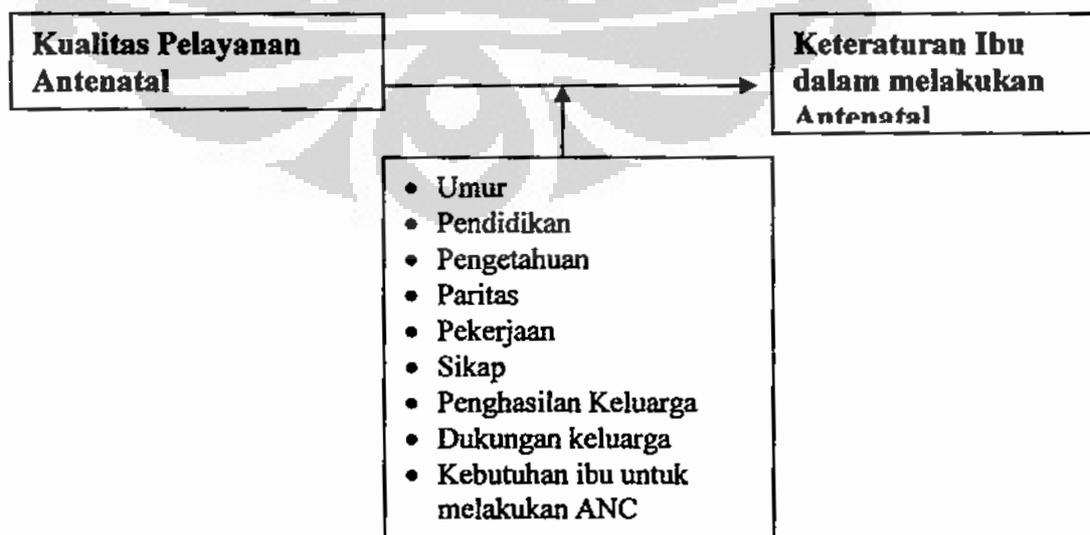
Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang berkualitas berarti kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Apabila seseorang sudah mendapat pelayanan sesuai standar/ pelayanan berkualitas maka orang tersebut akan mempunyai kepercayaan yang lebih mantap terhadap pelaksana pelayanan (Depkes RI, 1999). Sesuai dengan teori Andersen

(1975) kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor predisposisi bagi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Walaupun menurut Andersen, Green dan Kreuter banyak faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam hal ini keteraturan dalam melakukan antenatal, namun menurut Depkes (2002a) faktor kualitas antenatal paling berperan dalam menentukan keteraturan dalam melakukan antenatal. Oleh sebab itu peneliti ingin mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu dalam melakukan pemeriksaan antenatal tapi tidak mengenyampingkan peran faktor-faktor lainnya yang ikut mempengaruhi hubungan tersebut seperti umur, pendidikan, pengetahuan, paritas, pekerjaan, sikap, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu untuk melakukan antenatal. Untuk itu faktor-faktor selain kualitas pelayanan antenatal yang mempengaruhi keteraturan dalam melakukan antenatal dianggap sebagai variabel kovariat dan dibuat gambar kerangka konsep sebagai berikut:

**Gambar 3.1**

**Kerangka Konsep Penelitian**



### 3.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
Kualitas pelayanan	Persepsi responden terhadap pelayanan antenatal yang diberikan petugas diukur dari keramahan, komunikasi dan tindakan pelayanan antenatal (meliputi pengukuran TB, BB, Tinggi Fundus, Imunisasi TT, tes lab, pemberian Fe, konseling) dengan melihat dilakukan atau tidak. Bila dilakukan diberi nilai 1 bila tidak nilai 0.	Kuesioner No.45-86	Wawancara	Ordinal	0. Baik (jika skor jawaban > mean) 1. Kurang (jika skor jawaban ≤ <mean)
Keteraturan dalam Antenatal	Kunjungan bumil ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya sesuai standar yang ditetapkan Depkes RI (2004): • Teratur: jika total kunjungan minimal 4 x selama kehamilannya dengan syarat minimal 1x pada trimester I, minimal 1 x pada trimester II dan minimal 2 x pada trimester III • Tidak teratur jika tidak sesuai kriteria di atas	Kuesioner No. 10-12	Wawancara (observasi buku KIA/Kartu Ibu)	Ordinal	0. Teratur 1. Tidak Teratur
Umur	Jumlah tahun yang telah dilalui ibu sampai saat hamil anak terakhir, dibagi menurut faktor risiko pada kehamilan (Depkes RI, 2004)	Kuesioner No. 4	Wawancara Observasi (KTP)	Ordinal	0. Beresiko (< 20 tahun atau > 35 tahun) 1. Tidak beresiko (20 - 35 tahun)
Penghasilan keluarga	Diukur dengan melihat besarnya pengeluaran keluarga tiap bulan	Kuesioner No.9	Wawancara	Ordinal	0. Tinggi (>mean) 1. Rendah (≤ mean)
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan responden • Tinggi : minimal Tamat SLTA • Rendah : maksimal tamat SLTP (Inpres No1/1994, tentang wajib belajar 9 tahun)	Kuesioner No.5	Wawancara	Ordinal	0. Tinggi 1. Rendah
Paritas	Jumlah persalinan yang telah dialami oleh responden pada saat penelitian: • Banyak > 3 orang • Sedikit ≤ 3 orang (Depkes RI, 2001)	Kuesioner No. 7-8	Wawancara	Ordinal	0. Banyak 1. Sedikit

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
Pekerjaan	Aktivitas yang dilakukan ibu setiap hari untuk mendapatkan penghasilan bagi keluarga <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekerja: bila pekerjaan sebagai PNS, pegawai swasta, buruh, petani, nelayan, professional, pedagang</li> <li>• Tidak bekerja :tidak bekerja, pensiunan, ibu rumah tangga (BPS, 2003)</li> </ul>	Kuesioner No.6	Wawancara	Ordinal	0. Bekerja 1. Tidak bekerja
Sikap	Tanggapan/reaksi responden terhadap pelayanan antenatal yang diukur dengan menilai jawaban terhadap pertanyaan, setiap jawaban diberi bobot yang sama dan dikategorikan.	Kuesioner No. 25-34	Wawancara	Ordinal	0. Sikap positif: (jika skor jawaban > mean) 1. Sikap negatif (jika skor jawaban ≤ mean)
Pengetahuan	Pengertian responden tentang pelayanan antenatal dan manfaatnya, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan kehamilan secara umum</li> <li>• Waktu pemeriksaan kehamilan</li> <li>• Frekuensi</li> <li>• Manfaat antenatal</li> <li>• Tanda bahaya kehamilan</li> </ul>				0. Baik (jika skor jawaban > mean) 1. Kurang (jika skor jawaban ≤ mean)
Dukungan Keluarga	Anjuran dan dukungan dari pihak keluarga dalam pemeriksaan antenatal.	Kuesioner No.35-38	Wawancara	Ordinal	0. Dukungan kuat (jika skor jawaban > mean) 1. Dukungan kurang (jika skor jawaban ≤ mean)
Kebutuhan ibu untuk melakukan ANC	Kebutuhan ibu terhadap pelayanan antenatal di Puskesmas diukur berdasarkan persepsi ibu terhadap kondisi kehamilannya serta riwayat kehamilan dan persalinan lalu.	Kuesioner No. 39-44	Wawancara	Ordinal	0. Kebutuhan tinggi (jika skor jawaban > mean) 1. Kebutuhan rendah (jika skor jawaban ≤ mean)

### 3.3 Hipotesis

Ada hubungan kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah dikontrol oleh variabel kovariat (umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, paritas, pekerjaan ibu, sikap ibu, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu untuk melakukan antenatal) di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Bandar Lampung.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Desain penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional*, yang mempelajari hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent, dimana variabel-variabelnya diambil pada saat yang sama. Saat yang sama disini maksudnya adalah tiap subyek hanya diwawancarai satu kali saja dan variabel independent serta variabel dependen diukur pada saat wawancara tersebut.

Penelitian ini bermaksud mengidentifikasi hubungan antara kualitas pelayanan antenatal yang diberikan petugas (keramahan, komunikasi dan tindakan pelayanan antenatal) dan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah faktor-faktor kovariat dikontrol pada 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton) Kota Bandar Lampung

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

Penelitian dilakukan di 4 (empat) puskesmas dalam wilayah Kota Bandar Lampung. Pemilihan lokasi penelitian yaitu 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan KI dan K4 melebihi 10 % paling besar (Puskesmas Simpur dan Puskesmas Korpri) dan 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan K1 dan K4 paling kecil (Puskesmas Pasar Ambon dan Puskesmas Kedaton) dari 22 puskesmas yang berada di Kota Bandar Lampung pada tahun 2006. Pengumpulan data dilakukan pada bulan April 2008.

### 4.3. Populasi dan Sampel

#### 4.3.1. Populasi

Sasaran populasi adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi umur  $\leq 6$  bulan dan pernah memeriksakan kehamilannya selama hamil ke puskesmas Simpur, Puskesmas Korpri, Puskesmas Pasar Ambon dan Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung pada tahun 2007, yang berjumlah : 3.192 orang.

#### 4.3.2. Sampel

Untuk menghitung besar sampel digunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda proporsi (Lemeshow, 1997), dengan rumus sebagai berikut :

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

$$n = \frac{\{1,96\sqrt{2(0,55)(1-0,55)} + 1,28\sqrt{0,683(1-0,683)+0,415(1-0,415)}\}^2}{(0,27)^2}$$

$$n = 71$$

Keterangan:

- n = Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini
- $Z_{(1-\alpha/2)}$  = Derajat kemaknaan untuk  $\alpha$  : 5%, yaitu: 1,96
- $Z_{1-\beta}$  = Kekuatan Uji untuk  $\beta$ : 10%, yaitu: 1,28
- $P_1$  = Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kualitas antenatal baik: 68,3% (Sadik, 1996)

$P_2$  = Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kualitas antenatal kurang: 41,5% (Depkes, 2000)

$$\bar{P} = (0,683+0,415)/2 = 0,55$$

$$P_1-P_2 = 26,8\%$$

Melalui perhitungan secara manual dan *software Sample Size Determinan* (WHO,1998), maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan untuk masing-masing kelompok puskesmas (kelompok puskesmas dengan rentang cakupan K1 dan K4 >10% dan kelompok puskesmas dengan rentang cakupan K1 dan K4 < 10%) adalah 71 orang, maka besar sampel minimal yang dibutuhkan untuk penelitian ini adalah 2 x 71 orang yaitu 142 orang di tambah 10% (15 orang) = 157 (dibulatkan 160 orang), sehingga besar sampel masing-masing kelompok puskesmas 80 orang.

Besar sampel di setiap puskesmas ditentukan secara proporsional berdasarkan jumlah ibu hamil yang peiksa hamil pada tahun 2007 dan terdaftar pada register kohort ibu di 4 puskesmas tersebut, sehingga diperoleh besar sampel per puskesmas sebagai berikut: Puskesmas Simpur = 45 orang, Puskesmas Korpri = 35 orang, Puskesmas Pasar Ambon = 39 orang, Puskesmas Kedaton = 41 orang. Pengambilan sampel di setiap puskesmas dilakukan secara acak.

#### 4.4. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini berupa data primer yang diperoleh dari hasil wawancara dengan seluruh responden yang telah ditetapkan. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh petugas Dinkes Propinsi Lampung sebanyak 3 (tiga) orang dan 1 (satu) orang dari Dinkes Kota Bandar Lampung yang sebelumnya sudah dilatih dalam mengisi kuesioner.

Sebelum kuesioner digunakan dilakukan uji coba pengisian kuesioner pada 30 ibu yang mempunyai bayi berusia  $\leq 6$  bulan di wilayah Puskesmas Simpur, dengan cara mewawancarai responden dengan menggunakan kuesioner. Hasil ujicoba, menemukan tidak adanya hal prinsip yang perlu diperbaiki, karena semua pertanyaan dimengerti dan dapat dijawab responden.

Uji validitas dilakukan untuk memberi keyakinan bahwa alat ukur tersebut dapat digunakan dengan kecermatan yang baik serta melihat korelasi antara skor masing-masing pertanyaan dengan skor total dari semua responden. Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kepercayaan, terhadap alat pengumpul data. Instrumen yang dapat dipercaya akan menghasilkan data yang dapat dipercaya pula (Lemeshow, 1997). Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap pertanyaan tentang pengetahuan (pertanyaan no. 13-24) diperoleh r minimal 0,466 dan r alpha 0,964 ; pertanyaan tentang sikap (pertanyaan no. 25-34) diperoleh r minimal 0,424 dan r alpha 0,844; pertanyaan tentang dukungan keluarga (pertanyaan no.35-38) diperoleh r minimal 0,392 dan r alpha 0,821; pertanyaan tentang kebutuhan diperoleh r minimal 0,894 dan r alpha 0,972 dan pertanyaan tentang kualitas (pertanyaan no. 45-86) diperoleh r minimal 0,481 dan r alpha 0,990. Sedangkan r tabel dengan taraf signifikan 5% adalah: 0,361 sehingga dapat ditarik kesimpulan secara statistik bahwa kuesioner dalam penelitian ini valid dan reliabel.

#### **4.5. Pengolahan Data**

Tahapan proses pengolahan data dimulai setelah kuesioner terkumpul kemudian data diolah. Mekanisme pengolahan data tersebut sebagai berikut:

a. *Editing Data*

Tahap ini dilakukan untuk memeriksa data yang terkumpul meliputi kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian dan konsistensi jawaban dari setiap kuesioner

b. Pengkodean Data

Langkah ini bertujuan untuk menterjemahkan data yang terkumpul menggunakan bentuk huruf atau angka yang bersifat lebih ringkas.

c. Membuat Struktur data (Data Struktur) dan file data

d. *Entry Data*

Kegiatan memasukkan data sebagai bahan masukan untuk pengolahan data dengan menggunakan program komputer

e. *Cleaning Data*

Kegiatan pemeriksaan kembali data yang sudah dimasukkan/dientry ke komputer apakah ada kesalahan atau tidak.

f. *Scoring Data*

Kegiatan pemberian skor pada tiap data yang sudah dimasukkan, sehingga data siap dianalisis.

#### 4.6. Analisis Data

Setelah data melalui proses *editing, coding, entry, cleaning* dan *Scoring* selanjutnya dilakukan analisis. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

#### 4.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variable Independen, variabel dependen dan variabel kovariat yang ada dalam penelitian ini.

#### 4.6.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independent, variabel kovariat dan variabel dependen. Uji yang akan digunakan adalah uji kai kuadrat karena masing-masing variabel sudah dikategorikan. Rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan:

$X^2$  = Kai Kuadrat

E = Nilai yang diharapkan

O = Nilai Hasil Observasi

Hasil statistik kai- kudarat dibandingkan dengan  $X^2$  (table kai- kuadrat) pada tingkat kemaknaan tertentu sesuai dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang didapat dengan menggunakan rumus:

$$df = (B-1)(K-1)$$

Keterangan:

df = derajat kebebasan

B = Jumlah baris dalam tabel silang

K = Jumlah kolom dalam tabel silang

Jika hasil perhitungan uji kai-kuadrat didapat nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha$  (0.05) maka ada hubungan bermakna antara variabel terikat dengan variabel bebas. Jika nilai  $p$  lebih besar dari nilai  $\alpha$  maka peneliti dapat menyimpulkan kedua variabel tersebut tidak berhubungan. Untuk mengetahui lebih lanjut estimasi risiko dipakai nilai OR (Odds Ratio).

Interpretasi terhadap nilai OR adalah:

- = 1 artinya : variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut, tidak ada pengaruhnya dalam menimbulkan efek
- >1 artinya: variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut, memang ada pengaruhnya dalam menimbulkan efek
- <1 artinya : variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut, bahkan bersifat melindungi dari pengaruh efek tersebut.

#### 4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi logistik ganda., karena variabel dependen berskala katagorik. Pada tahap ini analisis dimaksudkan untuk mendapatkan hubungan yang paling baik (*fit model*) dan paling sederhana yang akan dapat menggambarkan hubungan antara kualitas pelayanan antenatal, variabel kovariat (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, kebutuhan akan pelayanan antenatal) dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal.

Langkah-langkah analisis multivariat regresi logistik ganda model faktor risiko (Kleinbaum, 1994) adalah:

### 1. Membuat *Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)*

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

Langkah pertama yaitu membuat pemodelan dengan *Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)*. Caranya yaitu dengan memasukkan semua variabel yang ada serta variabel interaksi yang mungkin terjadi antara *confounder* dengan variabel utama yaitu kualitas pelayanan antenatal sehingga menghasilkan suatu model yang maksimum (paling lengkap). Langkah ini dapat mengontrol variabel interaksi dan *confounders*.

### 2. *Hierarchically Backward Elimination*

Tahap berikutnya adalah eliminasi *effect modifier* (interaksi). Pada tahap eliminasi interaksi dinilai interaksi yang memiliki nilai  $p > \alpha$  (0,05) pada HWF model. Jika interaksi mempunyai nilai  $p < 0,05$  maka dipertahankan dalam model, tetapi jika  $p > 0,05$  maka potensial untuk dikeluarkan dari model. Pengeluaran interaksi dilakukan secara bertahap dimulai dengan interaksi yang memiliki nilai  $p$  tertinggi.

Selanjutnya menyederhanakan model yaitu dengan mengurangi *confounder* yang pengaruhnya tidak terlalu besar pada Odds Ratio (OR) antara variabel independen utama dengan variabel dependen. Besar kecilnya pengaruh *confounder* dinilai berdasarkan perubahan relatif OR terhadap OR Gold Standar dengan rumus:

$$\Delta \text{OR} = \frac{\text{OR Crude} - \text{OR Gold Standar}}{\text{OR Gold Standar}} \times 100 \%$$

Konfounder dikeluarkan dari model jika  $\Delta$  OR kurang dari 10%, dengan asumsi dikeluarkannya konfounder tidak memberikan pengaruh berarti terhadap hubungan variabel independent dengan dependen. Pengurangan konfounder dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel konfounder satu per satu dimulai dari yang memiliki nilai p terbesar dan dinilai perubahan OR nya. Eliminasi konfounder tetap dilakukan meskipun nilai p sudah signifikan ( $P < 0,05$ )

### 3. Membuat model akhir

Setelah melakukan penilaian terhadap variabel interaksi dan melakukan eliminasi variabel konfounding, maka langkah terakhir dari tahapan analisis multivariat adalah menyusun model akhir untuk memperkirakan hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilan setelah dikontrol variabel kovariat.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Kota Bandar Lampung**

##### **5.1.1 Data Geografi**

Kota Bandar Lampung adalah ibu kota Propinsi Lampung, memiliki luas 192,2 km<sup>2</sup>. Secara geografis terletak pada 5°20' sampai dengan 5°30' lintang selatan dan 105°28' sampai dengan 105°37' bujur timur. Batas wilayahnya meliputi;

- a. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Pesawaran dan Kabupaten Lampung Selatan
- b. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Lampung Selatan
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Pesawaran
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Lampung Selatan

Pada tahun 2002 berdasarkan surat keputusan Walikota Bandar Lampung secara administratif Kota Bandar Lampung terdiri dari 13 kecamatan dan 98 kelurahan

##### **5.1.2 Keadaan Penduduk**

Penduduk Kota Bandar Lampung merupakan masyarakat yang heterogen yang terdiri dari banyak suku bangsa antara lain: Lampung, Jawa, Sunda, Batak, Banten dan lain-lain. Berdasarkan data proyeksi penduduk tahun 2006 jumlah penduduk Kota Bandar Lampung mencapai 812.379 jiwa dengan tingkat pertumbuhan penduduk sebesar 1,55% per tahun, terdiri dari 394.224 laki-laki dan 409.242 perempuan.

Tingkat kepadatan penduduk 4.181 jiwa perkilometer persegi. Jumlah rumah tangga (KK) sebesar 161.547 KK dengan rata-rata 5,0 jiwa per rumah tangga.

### **5.1.3 Keadaan Ekonomi**

Data dari BPS Kota Bandar Lampung jumlah penduduk miskin di Kota Bandar Lampung pada tahun 2005 mencapai 310.941 jiwa, jumlah tersebut menurun pada tahun 2006 menjadi 243.275 jiwa. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan maka pemerintah melaksanakan program JPK-MM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin) guna membantu masyarakat miskin.

### **5.1.4 Pendidikan**

Kemampuan membaca dan menulis (baca tulis) merupakan keterampilan minimum yang dibutuhkan oleh penduduk untuk dapat menuju hidup sehat dan sejahtera serta dapat menggambarkan kualitas sumber daya manusia. Kemampuan baca tulis tercermin dari angka melek huruf. Angka melek huruf penduduk Kota Bandar Lampung tahun 2006 untuk laki-laki 98% dan perempuan 96,7%. Secara total angka melek huruf penduduk Kota Bandar Lampung adalah: 97,4%. Untuk tingkat pendidikan penduduk Kota Bandar Lampung 7,47% pada perguruan tinggi dan 2,04% tidak atau belum pernah sekolah.

### **5.1.5 Fasilitas Kesehatan**

Fasilitas kesehatan yang ada di Kota Bandar Lampung adalah:

1. Puskesmas : 22 buah

2. Puskesmas Pembantu : 57 buah
3. Rumah Sakit Umum : 8 buah
4. Rumah Sakit Khusus : 2 buah
5. Rumah Sakit Jiwa : 1 buah
6. Jumlah Posyandu : 569 buah
7. Rumah Bersalin : 33 buah

## **5.2 Gambaran Lokasi Penelitian**

Untuk lebih jelas gambaran dari masing-masing puskesmas lokasi penelitian akan diuraikan sebagai berikut:

### **5.2.1 Puskesmas Simpur**

Puskesmas Simpur merupakan salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Tanjung Karang Pusat, mempunyai wilayah kerja 6 (enam) kelurahan yaitu: Tanjungkarang, Enggal, Pasir Gintung, Gunung Sari, Penengahan dan Kelapa Tiga. Lokasi Puskesmas Simpur terletak di Jalan Tamin Kelurahan Kelapa Tiga Kecamatan Tanjungkarang Pusat. Puskesmas Simpur dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dibantu oleh dua puskesmas pembantu (Pustu) yaitu: Pustu Skala Brak dan Pustu Kebon Jahe dengan jumlah tenaga kesehatan seluruhnya sebanyak 38 orang. Di Wilayah Puskesmas Simpur terdapat 30 posyandu aktif dengan jumlah kader yang terlatih dan aktif ± 150 orang.

### **5.2.2 Puskesmas Korpri**

Puskesmas Korpri terletak di Kecamatan Sukarame, mempunyai wilayah kerja 2 (dua) kelurahan yaitu: kelurahan Harapan Jaya dan kelurahan Way Dadi. Puskesmas Korpri dalam memberikan pelayanan kesehatan di bantu oleh 1 (satu) pustu yaitu: Pustu Way Dadi, dengan jumlah tenaga kesehatan seluruhnya sebanyak 20 orang. Posyandu di wilayah Puskesmas Korpri sebanyak 15 buah dengan jumlah kader yang aktif 70 orang.

### **5.2.3 Puskesmas Pasar Ambon**

Puskesmas Pasar Ambon terletak di kelurahan Talang Kecamatan Teluk Betung Selatan yang memiliki satu Pustu yaitu Pustu Pasar Ikan dengan jumlah total tenaga puskesmas sebanyak 24 orang. Wilayah kerja Puskesmas Pasar Ambon terdiri dari lima kelurahan yaitu: Gedung Pakuon, Talang, Pesawahan, Telukbetung dan Kangkung. Posyandu di wilayah Puskesmas Pasar ambon adalah: 35 Posyandu dengan 140 kader yang aktif.

### **5.2.4 Puskesmas Kedaton**

Puskesmas Kedaton merupakan salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Kedaton, mempunyai wilayah kerja 4 (empat) kelurahan yaitu: Kedaton, Sidodadi, Surabaya dan Sukamenanti. Puskesmas Kedaton mempunyai 1 (satu) Pustu yaitu Pustu Sukamenanti. Jumlah tenaga yang bertugas di puskesmas induk dan pustu seluruhnya berjumlah 33 orang. Jumlah Posyandu di wilayah Puskesmas Kedaton 19 buah dengan jumlah kader yang aktif sebanyak 95 orang.

### 5.3 Gambaran Variabel-Variabel Penelitian

Tujuan penelitian ini salah satunya adalah untuk mengetahui gambaran tentang keteraturan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan antenatal, variabel kovariat (umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, paritas, pekerjaan ibu, sikap ibu, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu terhadap pelayanan antenatal) dan kualitas pelayanan antenatal di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007. Berikut gambaran masing-masing variabel penelitian.

#### 5.3.1. Gambaran Keteraturan Ibu hamil dalam Melakukan Antenatal

Keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal adalah variabel dependen merupakan keteraturan kunjungan ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal yang diberikan petugas puskesmas. Ibu hamil dinyatakan teratur dalam melakukan antenatal apabila melakukan kunjungan pertama kali ke Puskesmas pada usia kehamilan 3 bulan atau kurang, kemudian diikuti dengan kunjungan ulang pada usia kehamilan 4-6 bulan (trimester II) minimal 1 kali dan terakhir pada usia kehamilan 7-9 bulan atau lebih (trimester III) minimal 2 kali. Distribusi keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1  
Distribusi Responden Berdasarkan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal di Empat Puskesmas Kata Bandar Lampung tahun 2007

Kunjungan Antenatal	Jumlah	Persentase
• Teratur	104	65,0
• Tidak Teratur	56	35,0
Total	160	100,0

Dari 160 responden sebagian besar melakukan kunjungan antenatal secara teratur yaitu 104 responden ( 65,0%) sedangkan yang melakukan kunjungan antenatal

tidak teratur adalah 56 responden (35,0%). Berdasarkan kategori puskesmas ternyata tidak terdapat perbedaan proporsi yang terlalu besar keteraturan responden dalam melakukan antenatal di 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan K1 dan K4 <10% (69,6%) dibanding 2 (dua) puskesmas yang mempunyai kesenjangan cakupan K1 dan K4 >10% (60,5%) (lampiran II).

### 5.3.2. Gambaran Kualitas Pelayanan Antenatal

Kualitas pelayanan antenatal adalah variabel Independen pada penelitian ini. Penilaian kualitas antenatal berdasarkan persepsi dan pengalaman yang diperoleh responden ketika menerima pelayanan antenatal. Pengukuran Variabel kualitas antenatal dilakukan dengan menggunakan 42 pertanyaan tentang keramahan, komunikasi dan pelayanan antenatal dengan rentang nilai 0-42. Variabel kualitas antenatal kemudian dikategorikan menjadi dua kategori dengan menggunakan mean = 28,11 sebagai *cut off point*. Nilai kurang atau sama dengan 28,11 dikategorikan kurang baik, sedangkan nilai diatas 28,11 di Kategorikan baik. Distribusi responden berdasarkan kualitas pelayanan antenatal dapat di lihat pada tabel 5.2 berikut.

Tabel 5.2  
Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal  
di Empat Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007

Kualitas Antenatal	Jumlah	Persentase
• Baik	95	59,4
• Kurang	65	40,6
Total	160	100,0

Berdasarkan pengelompokan kualitas pelayanan antenatal, didapatkan sebagian besar responden menyatakan kualitas pelayanan antenatal baik yaitu 95

responden (59,4%) dan sisanya 65 responden (40,6%) menyatakan kualitas pelayanan antenatal kurang.

### 5.3.3. Gambaran Variabel Kovariat

Distribusi umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan, paritas, pekerjaan ibu, sikap ibu, penghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan ibu akan pelayanan antenatal setelah dilakukan kategorisasi dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini.

Tabel 5.3  
Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Kovariat  
di Empat Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1	Umur		
	• Berisiko	20	12,5
	• Tidak Berisiko	140	87,5
2	Pendidikan ibu		
	• Tinggi	63	39,4
	• Rendah	97	60,6
3	Pengetahuan		
	• Baik	88	55,0
	• Kurang	72	45,0
4	Paritas		
	• Banyak	23	14,4
	• Sedikit	137	85,6
5	Pekerjaan Ibu		
	• Bekerja	40	25,0
	• Tidak Bekerja	120	75,0
6	Sikap		
	• Positif	102	63,8
	• Negatif	58	36,2
7	Penghasilan Keluarga		
	• Tinggi	58	36,3
	• Rendah	102	63,7
8	Dukungan Keluarga		
	• Kuat	99	61,9
	• Kurang	61	38,1
9	Kebutuhan Ibu akan ANC		
	• Tinggi	97	60,6
	• Rendah	63	39,4

Distribusi responden berdasarkan umur didapatkan sebagian besar responden yaitu 140 responden (87,5 %) berada pada kelompok usia tidak berisiko (20-35

tahun), sedangkan 20 responden (12,5%) berada pada kelompok berisiko (<20 tahun dan > 35 tahun). Usia responden termuda pada penelitian ini adalah 17 tahun dan usia tertua 40 tahun, dengan usia rata-rata responden 28,9 tahun.

Tingkat pendidikan responden didefinisikan sebagai jenjang sekolah formal yang telah diselesaikan sampai tamat oleh responden. Tingkat pendidikan ibu dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu tinggi bila pendidikan terakhir yang ditamatkan responden lebih tinggi atau sama dengan SLTA dan rendah bila pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh responden SLTP atau lebih rendah. Sebagian besar tingkat pendidikan responden masih rendah (tamat SLTP ke bawah) yaitu 97 responden (60,6%), sedangkan pendidikan tinggi (tamat SLTA ke atas) yaitu 63 responden (39,4%).

Pengetahuan responden tentang antenatal merupakan pemahaman responden tentang pemeriksaan kehamilan secara umum, waktu pemeriksaan, frekuensi, kegunaan antenatal dan tanda bahaya pada kehamilan. Pengukuran pengetahuan tentang antenatal dilakukan dengan 12 pertanyaan dengan rentang nilai 0-12. Variabel pengetahuan responden tentang antenatal kemudian dikategorikan menjadi dua kategori dengan menggunakan mean = 6,7 sebagai *cut off point*. Nilai kurang atau sama dengan 6,7 dikategorikan pengetahuan kurang, sedangkan nilai diatas 6,7 di kategorikan pengetahuan baik. Gambaran distribusi responden berdasarkan pengetahuan, sebagian besar responden mempunyai pengetahuan baik yaitu 88 responden (55,0%) dan 72 responden (45,0%) mempunyai pengetahuan kurang.

Sebagian besar responden (85,6%) mempunyai status paritas sedikit (kurang atau sama dengan 3) sedangkan responden yang mempunyai paritas banyak (lebih dari 3) sebanyak 23 responden (14,4%). Jumlah anak terbanyak yang dimiliki

responden adalah 8 anak, dengan rata-rata jumlah anak yang dimiliki responden adalah 2,2 anak.

Distribusi responden berdasarkan status pekerjaan, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga (tidak bekerja) yaitu 120 responden (75,0 %). Responden yang bekerja adalah 40 responden (25,0 %) dan jenis pekerjaan responden terbanyak adalah buruh (6,9%).

Sikap responden tentang antenatal merupakan tanggapan responden tentang pemeriksaan kehamilan. Pengukuran sikap dilakukan dengan 10 pertanyaan dengan rentang nilai skor 0-40. Variabel sikap responden tentang antenatal kemudian dikategorikan menjadi dua kategori dengan menggunakan mean = 28,9 sebagai *cut off point*. Nilai kurang atau sama dengan 28,9 dikategorikan sikap negatif, sedangkan nilai di atas 28,9 dikategorikan sikap positif. Distribusi responden berdasarkan sikap didapatkan sebagian besar responden yaitu 102 responden (63,7 %) mempunyai sikap positif terhadap pelayanan antenatal, sedangkan 58 responden (36,3%) mempunyai sikap negatif terhadap antenatal.

Penelitian ini menemukan proporsi responden yang mempunyai penghasilan rendah ( $\leq$  mean Rp. 954.493,75) yaitu 102 responden (63,8%) lebih banyak dibandingkan dengan yang mempunyai penghasilan tinggi ( $>$  mean Rp. 954.493,75) yaitu 58 responden (36,3%). Rentang penghasilan responden yang dihitung berdasarkan pengeluaran keluarga per bulan terendah Rp. 345.000,- dan tertinggi Rp. 3.050.000,-

Pengukuran dukungan keluarga dilakukan dengan 4 pertanyaan dengan rentang nilai 0-4. Variabel dukungan keluarga kemudian dikategorikan menjadi dua kategori dengan menggunakan mean = 2,90 sebagai *cut off point*. Nilai kurang atau

sama dengan 2,90 dikategorikan dukungan kurang, sedangkan nilai diatas 2,90 di kategorikan dukungan kuat. Dilihat dari dukungan keluarga, responden yang mendapat dukungan kuat dari keluarga dalam memeriksakan kehamilannya adalah 99 responden (61,9%) lebih besar dibandingkan responden yang tidak mendapat dukungan keluarga dalam memeriksakan kehamilannya yaitu 61 responden (38,1 %).

Kebutuhan responden untuk melakukan antenatal adalah persepsi ibu terhadap kondisi kehamilannya serta riwayat kehamilan dan persalinan lalu, diukur dengan 6 pertanyaan dengan rentang nilai 0-6. Kebutuhan responden untuk melakukan antenatal kemudian dikategorikan berdasarkan mean = 2,8 sebagai *cut off point*. Responden yang mempunyai kebutuhan tinggi akan ANC (nilai diatas 2,8) yaitu 97 responden (60,6%), lebih besar dibanding responden yang mempunyai kebutuhan rendah terhadap pelayanan antenatal (nilai dibawah atau sama dengan 2,8) yaitu 63 responden (39,4%).

#### **5.4 Analisis Bivariat**

Tujuan dari analisis bivariat adalah untuk melihat hubungan variabel independen yaitu kualitas pelayanan antenatal dengan variabel dependen (keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal). Analisis bivariat juga ingin melihat hubungan variabel kovariat (umur ibu, pendidikan ibu, pengetahuan, paritas, pekerjaan, sikap, penmghasilan keluarga, dukungan keluarga dan kebutuhan akan antenatal) dengan keteraturan ibu dalam memeriksakan kehamilannya.

#### 5.4.1 Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu hamil dalam Melakukan Kunjungan Antenatal

Tabel 5.4  
Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal dan Keteraturan dalam melakukan Antenatal di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007

Kualitas Pelayanan Antenatal	Keteraturan Antenatal				Total		P Value	OR	95% CI
	Teratur		Tidak teratur						
	n	%	n	%	N	%			
Baik	72	75,8	23	24,2	95	100,0	0,001	3,23	1,6-6,3
Kurang	32	49,2	30	50,8	65	100,0			

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal di 4 puskesmas kota Bandar Lampung tahun 2007 diketahui proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kualitas pelayanan antenatal baik 72 responden (75,8%) dan pada kualitas pelayanan antenatal kurang 32 responden (49,2%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $P=0,001$  maka dapat disimpulkan ada hubungan antara keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal dengan kualitas pelayanan antenatal. Analisis keeratan hubungan dua variabel didapat  $OR=3,23$  (95% CI 1,6-6,3) artinya responden yang menilai kualitas pelayanan antenatal baik mempunyai kecenderungan untuk melakukan kunjungan antenatal secara teratur 3,23 kali dibandingkan responden yang menilai kualitas pelayanan antenatal kurang.

### 5.4.2 Hubungan Variabel Kovariat dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Kunjungan Antenatal

Tabel 5.5  
Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal dan Variabel Kovariat di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007

Variabel	Keteraturan Antenatal				Total		P Value	OR	95% CI
	Teratur		Tidak teratur		N	%			
	n	%	N	%					
Umur									
• Berisiko	10	50,0	10	50,0	20	100,0	0,21	0,5	0,2 - 1,3
• Tidak Berisiko	94	67,1	46	32,9	140	100,0			
Pendidikan ibu									
• Tinggi	49	77,8	14	22,2	63	100,0	0,01	2,7	1,3 - 5,5
• Rendah	55	56,7	42	43,3	97	100,0			
Pengetahuan									
• Baik	71	80,7	17	19,3	88	100,0	0,00	4,9	2,9 - 9,9
• Kurang	33	45,8	39	54,2	72	100,0			
Paritas									
• Banyak	11	47,8	12	32,1	23	100,0	0,103	0,4	0,2 - 1,1
• Sedikit	93	67,9	44	52,2	137	100,0			
Pekerjaan Ibu									
• Bekerja	24	60,0	16	40,0	40	100,0	0,57	0,8	0,4 - 1,6
• Tidak Bekerja	80	66,7	40	33,3	120	100,0			
Sikap									
• Positif	75	73,6	27	26,4	102	100,0	0,005	2,8	1,4 - 5,5
• Negatif	29	50,0	29	50,0	58	100,0			
Penghasilan Keluarga									
• Tinggi	39	67,2	19	32,8	58	100,0	0,78	1,2	0,6 - 2,3
• Rendah	65	63,7	37	36,3	102	100,0			
Dukungan Keluarga									
• Kuat	68	68,7	31	31,3	99	100,0	0,28	1,5	0,8 - 2,9
• Kurang	36	59,0	25	41,0	61	100,0			
Kebutuhan Ibu akan ANC									
• Tinggi	59	60,8	38	39,2	97	100,0	0,23	0,6	0,3 - 1,2
• Rendah	45	71,4	18	28,6	63	100,0			

#### 5.4.2.1. Hubungan Umur dengan Keteraturan dalam Melakukan Kunjungan Antenatal

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok usia tidak berisiko (67,1%) lebih besar dibandingkan dari kelompok umur yang berisiko (50,0%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak

signifikan ( $p=0,21$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

#### **5.4.2.2. Hubungan Pendidikan dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi ibu yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok responden yang berpendidikan tinggi lebih besar (77,8%) dibandingkan responden yang berpendidikan rendah (56,7%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut signifikan ( $p = 0,01$ ) berarti ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Analisis keeratan hubungan dua variabel didapatkan  $OR=2,9$  (95% CI: 1,3-5,5), artinya ibu yang mempunyai pendidikan tinggi mempunyai peluang 2,9 kali untuk melakukan antenatal secara teratur dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah.

#### **5.4.2.3. Hubungan Pengetahuan dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi ibu yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok responden yang berpengetahuan baik lebih besar (80,7%) dibandingkan responden yang berpengetahuan kurang (45,8%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut signifikan ( $p = 0,000$ ) berarti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Analisis keeratan hubungan dua variabel didapatkan  $OR=4,9$  (95% CI: 2,4 -9,9), artinya ibu yang mempunyai pengetahuan tinggi mempunyai peluang 4,9 kali untuk melakukan antenatal secara teratur dibandingkan ibu yang berpengetahuan kurang.

#### **5.4.2.4. Hubungan Paritas dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok paritas sedikit (67,9%) lebih besar dibandingkan dari kelompok paritas banyak (47,8%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ( $p=0,103$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara status paritas ibu dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

#### **5.4.2.5. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok ibu bekerja (60,0%) lebih kecil dibandingkan dari kelompok ibu tidak bekerja (66,7%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ( $p=0,57$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

#### **5.4.2.6. Hubungan Sikap dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi ibu yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok responden yang mempunyai sikap positif terhadap antenatal lebih besar (73,5%) dibandingkan responden yang mempunyai sikap negatif (50,0%).

Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut signifikan ( $p = 0,005$ ) berarti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Analisis keeratan hubungan dua variabel didapatkan  $OR=2,8$  (95% CI: 1,4 – 5,5), artinya ibu yang mempunyai sikap positif mempunyai peluang 2,8 kali untuk melakukan antenatal secara teratur dibandingkan ibu mempunyai sikap negatif terhadap antenatal.

#### **5.4.2.7. Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Keteraturan dalam Melakukan Antenatal**

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok penghasilan keluarga tinggi (67,2%) lebih besar dibandingkan dari kelompok penghasilan keluarga rendah (63,7%). Namun demikian hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ( $p=0,78$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan keluarga dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

#### **5.4.2.8. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Keteraturan dalam Melakukan Kunjungan Antenatal**

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok dukungan keluarga kuat (68,7%) lebih besar dibandingkan dari dukungan keluarga kurang (59,0%). Namun demikian hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ( $p=0,28$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

#### **5.4.2.9. Hubungan Kebutuhan Ibu untuk Melakukan Antenatal dengan Keteraturan dalam Melakukan Kunjungan Antenatal**

Proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok kebutuhan ibu akan antenatal tinggi (60,8%) lebih kecil dibandingkan dari kelompok kebutuhan ibu akan antenatal rendah (71,4%). Namun demikian hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ( $p=0,23$ ) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara kebutuhan ibu akan antenatal dengan keteraturan dalam melakukan antenatal.

## 5.5 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan variabel independen (kualitas pelayanan antenatal) dan beberapa variabel kovariat (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, kebutuhan akan pelayanan antenatal) secara bersamaan dengan variabel dependen (keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal), sehingga dapat diperkirakan hubungan variabel independent dan variabel dependen setelah dikontrol dengan variabel kovariat. Analisis yang digunakan adalah analisis regresi logistik ganda dengan model faktor risiko. Permodelan bertujuan untuk memperkirakan secara valid hubungan variabel independen yaitu kualitas pelayanan antenatal dengan variabel dependen yaitu keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal dengan mengontrol variabel kovariat (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, kebutuhan akan pelayanan antenatal).

Model yang digunakan adalah model yang *parsimonious* yaitu model yang valid, presisinya baik serta sederhana. Langkah-langkah yang dilakukan untuk memperoleh model yang *parsimonious* untuk melihat hubungan tersebut adalah : pembuatan *Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)*, melakukan *Hierarchically Backward Elimination* yaitu eliminasi interaksi yang mungkin terjadi antara variabel independen utama dengan variabel konfounding dan eliminasi variabel konfounding.

### 5.5.1. Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)

Langkah pertama dalam permodelan untuk menguji hipotesis adalah membuat model yang mengikutsertakan semua potensial konfounder dan *effect modifier* (model yang paling lengkap). Pada studi ini pertama-tama harus ditemukan interaksi yang

mungkin terjadi antara konfounder dengan variabel independen utama (kualitas pelayanan antenatal). Variabel yang dianggap mungkin berinteraksi dengan kualitas pelayanan antenatal adalah pengetahuan, penghasilan keluarga dan kebutuhan untuk antenatal, sehingga HWF model yang terbentuk adalah dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6  
*Hierarchically Well Formulated Model (HWF Model)*

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	0.903	2.427	0.138	1	0.710	2.468
Pendidikan	1.910	0.579	10.872	1	0.001	6.752
Pekerjaan	-1.216	0.551	4.870	1	0.027	0.297
Paritas	-0.116	0.660	0.031	1	0.860	0.890
Penghasilan Keluarga	0.455	1.446	0.099	1	0.753	1.576
Pengetahuan	-0.728	1.372	0.281	1	0.596	0.483
Sikap	1.575	0.515	9.347	1	0.002	4.831
Dukungan Keluarga	-0.290	0.474	0.373	1	0.541	0.748
Kebutuhan ANC	1.626	1.405	1.339	1	0.247	5.084
Umur	-0.642	0.712	0.813	1	0.367	0.526
Kualitas dengan kebutuhan	-1.579	0.971	2.641	1	0.104	0.206
Kualitas dengan pengetahuan	1.910	0.959	3.962	1	0.047	6.750
Kualitas dengan penghasilan	-0.130	0.959	0.018	1	0.892	0.878
Konstanta	-5.983	4.155	2.074	1	0.150	0.003

### 5.5.2. Hierarchically Backward Elimination

Pada tahap ini dilakukan uji interaksi/eliminasi effect modifier dan penilaian variabel konfounder untuk memperoleh model akhir yang paling baik.

#### 5.5.2.1. Uji Interaksi / Eliminasi Effect Modifier

Setelah didapatkan HWF model, langkah berikutnya adalah melakukan uji interaksi/eliminasi *effect modifier* dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai  $p > 0,05$  dimulai dari nilai P interaksi yang terbesar. Pada HWF model (tabel 5.6) variabel interaksi yang mempunyai nilai P terbesar adalah kualitas dengan penghasilan ( $p= 0.892$ ), sehingga variabel ini dikeluarkan dari model. Hasil analisis regresi logistik tanpa mengikutsertakan variabel interaksi kualitas dengan penghasilan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7  
Model Tanpa Interaksi Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Penghasilan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	0.676	1.754	0.148	1	0.700	1.966
Pendidikan	1.920	0.575	11.133	1	0.001	6.818
Pekerjaan	-1.224	0.547	5.005	1	0.025	0.294
Paritas	-0.122	0.658	0.034	1	0.853	0.885
Penghasilan Keluarga	0.270	0.474	0.325	1	0.569	1.310
Pengetahuan	-0.761	1.351	0.317	1	0.573	0.467
Sikap	1.560	0.503	9.633	1	0.002	4.758
Dukungan Keluarga	-0.278	0.467	0.356	1	0.551	0.757
Kebutuhan ANC	1.650	1.394	1.400	1	0.237	5.205
Umur	-0.653	0.707	0.853	1	0.356	0.521
Kualitas dengan kebutuhan	-1.591	0.968	2.704	1	0.100	0.204
Kualitas dengan pengetahuan	1.934	0.943	4.207	1	0.040	6.921
Konstanta	-5.631	3.237	3.026	1	0.082	0.004

Langkah selanjutnya menilai kembali interaksi yang ada. Interaksi kualitas dengan kebutuhan menunjukkan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,100$ ) lebih besar dari nilai  $p$  interaksi kualitas dengan pengetahuan ( $p = 0,040$ ) sehingga interaksi kualitas dengan penghasilan dikeluarkan dari model. Hasil analisis regresi logistik tanpa mengikutsertakan variabel interaksi kualitas dengan kebutuhan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8  
Model Tanpa Interaksi Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Kebutuhan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	-1.061	1.405	0.570	1	0.450	0.346
Pendidikan	1.821	0.552	10.867	1	0.001	6.177
Pekerjaan	-1.152	0.535	4.629	1	0.031	0.316
Paritas	-0.035	0.656	0.003	1	0.958	0.966
Penghasilan Keluarga	0.320	0.465	0.472	1	0.492	1.377
Pengetahuan	-0.346	1.302	0.071	1	0.790	0.707
Sikap	1.678	0.497	11.401	1	0.001	5.354
Dukungan Keluarga	-0.350	0.462	0.574	1	0.449	0.705
Kebutuhan ANC	-0.563	0.440	1.637	1	0.201	0.570
Umur	-0.494	0.701	0.496	1	0.481	0.610
Kualitas dengan pengetahuan	1.629	0.885	3.391	1	0.066	5.098
Konstanta	-3.722	2.983	1.556	1	0.212	0.024

Langkah selanjutnya menilai kembali interaksi yang ada. Interaksi kualitas dengan pengetahuan menunjukkan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,066$ ), sehingga interaksi kualitas dengan pengetahuan harus dikeluarkan dari model. Hasil analisis regresi

logistik tanpa mengikutsertakan variabel interaksi kualitas dengan pengetahuan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9  
Model Tanpa Interaksi

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.422	0.440	10.442	1	0.001	4.145
Pendidikan	1.631	0.520	9.851	1	0.002	5.111
Pekerjaan	-1.049	0.515	4.141	1	0.042	0.350
Paritas	-0.062	0.668	0.009	1	0.926	0.940
Penghasilan Keluarga	0.267	0.453	0.347	1	0.556	1.306
Pengetahuan	1.965	0.449	19.132	1	0.000	7.132
Sikap	1.660	0.496	11.180	1	0.001	5.259
Dukungan Keluarga	-0.241	0.449	0.289	1	0.591	0.786
Kebutuhan ANC	-0.577	0.431	1.791	1	0.181	0.562
Umur	-0.650	0.704	0.853	1	0.356	0.522
Konstanta	-6.786	2.547	7.099	1	0.008	0.001

Model pada tabel 5.9 merupakan model baku emas (*gold standar*) karena hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal terkontrol dengan semua konfounder yang mungkin dan juga interaksi (yang sudah dibuktikan tidak ada).

#### 5.5.2.2 Penilaian Variabel Konfounder

Langkah berikutnya adalah usaha untuk menyederhanakan model, yaitu dengan mengurangi konfounder yang pengaruhnya tidak terlalu besar pada OR kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Besar kecilnya pengaruh konfounder dinilai dari perubahan relatif odds rasio terhadap baku emas odds rasio (OR= 4,145). Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama sebelum dan sesudah variabel kovariat dikeluarkan perubahan lebih dari 10% maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap berada dalam model.

Usaha pengurangan konfounder dilakukan dengan mencoba menghilangkan satu persatu konfounder yang ada dalam model. Pengurangan dimulai dengan

konfounder yang memiliki nilai p tertinggi, yaitu paritas ( $p = 0,926$ ). Model regresi logistik tanpa variabel paritas dapat dilihat pada tabel 5.10 di bawah ini:

Tabel 5.10  
Model Tanpa Variabel Paritas

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.421	0.440	10.437	1	0.001	4.141
Pendidikan	1.641	0.509	10.376	1	0.001	5.160
Pekerjaan	-1.047	0.515	4.140	1	0.042	0.351
Penghasilan Keluarga	.261	0.448	0.339	1	0.560	1.298
Pengetahuan	1.966	0.449	19.176	1	0.000	7.140
Sikap	1.668	0.488	11.697	1	0.001	5.304
Dukungan Keluarga	-0.242	0.449	0.291	1	0.589	0.785
Kebutuhan ANC	-0.578	0.431	1.799	1	0.180	0.561
Umur	-0.670	0.669	1.001	1	0.317	0.512
Konstanta	-6.883	2.321	8.796	1	0.003	0.001

Perubahan terhadap rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 4,141, sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(4,141 - 4,145)/4,145\} \times 100\% = -0,09\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel paritas dari model tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel paritas dapat dikeluarkan dari model karena variabel paritas bukan konfounder.

Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel dukungan keluarga ( $p = 0,589$ ). Model regresi logistik tanpa variabel dukungan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.11 sebagai berikut:

Tabel 5.11  
Model Tanpa Variabel Dukungan Keluarga

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.405	0.439	10.262	1	0.001	4.074
Pendidikan	1.591	0.500	10.130	1	0.001	4.910
Pekerjaan	-1.079	0.513	4.431	1	0.035	0.340
Penghasilan Keluarga	0.289	0.446	0.419	1	0.517	1.335
Pengetahuan	1.964	0.448	19.245	1	0.000	7.128
Sikap	1.582	0.458	11.948	1	0.001	4.863
Kebutuhan ANC	-0.580	0.430	1.817	1	0.178	0.560
Umur	-0.670	0.666	1.012	1	0.314	0.512
Konstanta	-6.982	2.302	9.198	1	0.002	0.001

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 4,074, sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(4,074-4,145)/4,145\} \times 100\% = -1,7\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel dukungan keluarga dari model tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel dukungan keluarga dapat dikeluarkan dari model karena variabel dukungan keluarga bukan konfounder. Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel penghasilan keluarga ( $p = 0,517$ ). Model regresi logistik tanpa variabel penghasilan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.12 sebagai berikut:

Tabel 5.12  
Model Tanpa Variabel Penghasilan Keluarga

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.368	0.433	9.990	1	0.002	3.928
Pendidikan	1.621	0.497	10.657	1	0.001	5.061
Pekerjaan	-1.020	0.500	4.152	1	0.042	0.361
Pengetahuan	1.935	0.444	18.992	1	0.000	6.925
Sikap	1.615	0.455	12.589	1	0.000	5.027
Kebutuhan ANC	-0.573	0.429	1.789	1	0.181	0.564
Umur	-0.670	0.667	1.009	1	0.315	0.512
Konstanta	-6.624	2.229	8.835	1	0.003	0.001

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 6,333, sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,928-4,145)/4,145\} \times 100\% = -5,2\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel penghasilan keluarga dari model tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel penghasilan keluarga dapat dikeluarkan dari model karena variabel penghasilan keluarga bukan konfounder.

Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel umur ( $p = 0,315$ ). Model regresi logistik tanpa variabel umur dapat dilihat pada tabel 5.13 sebagai berikut:

Tabel 5.13  
Model Tanpa Variabel Umur

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.308	0.424	9.516	1	0.002	3.699
Pendidikan	1.650	0.498	11.004	1	0.001	5.209
Pekerjaan	-0.979	0.496	3.898	1	0.048	0.376
Pengetahuan	1.965	0.444	19.543	1	0.000	7.132
Sikap	1.673	0.451	13.740	1	0.000	5.329
Kebutuhan ANC	-0.627	0.425	2.177	1	0.140	0.534
Konstanta	-7.974	1.834	18.903	1	0.000	0.000

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 3,699 sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,699-4,145)/4,145\} \times 100\% = -10,8\%$  ( $>10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel umur dari model akan mengubah cukup banyak nilai rasio odds, sehingga variabel umur tidak dapat dikeluarkan dari model karena variabel umur merupakan konfounder. Jadi model tabel 5.13 kurang sah dan tetap menggunakan model tabel 5.12.

Kembali pada model tabel 5.12 variabel lainnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel kebutuhan ( $p = 0,181$ ). Model regresi logistik tanpa variabel kebutuhan untuk melakukan antenatal dapat dilihat pada tabel 5.14 sebagai berikut:

Tabel 5.14  
Model Tanpa Variabel Kebutuhan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.435	0.428	11.231	1	0.001	4.200
Pendidikan	1.640	0.493	11.063	1	0.001	5.157
Pekerjaan	-1.001	0.493	4.120	1	0.042	0.368
Pengetahuan	1.863	0.434	18.412	1	0.000	6.444
Sikap	1.571	0.450	12.182	1	0.000	4.813
Umur	-0.782	0.658	1.414	1	0.234	0.457
Konstanta	-7.205	2.155	11.172	1	0.001	0.001

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 4,200 sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(4,200-$

$4,145/4,145\} \times 100\% = 1,3\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel kebutuhan dari model tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel kebutuhan untuk melakukan antenatal dapat dikeluarkan dari model karena variabel kebutuhan untuk melakukan antenatal bukan konfounder.

Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel pekerjaan ( $p = 0,042$ ). Model regresi logistik tanpa variabel pekerjaan dapat dilihat pada tabel 5.15 sebagai berikut:

Tabel 5.15  
Model Tanpa Variabel Pekerjaan Ibu

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.338	0.416	10.356	1	0.001	3.812
Pendidikan	1.342	0.453	8.761	1	0.003	3.826
Pengetahuan	1.803	0.424	18.050	1	0.000	6.065
Sikap	1.535	0.443	12.032	1	0.001	4.642
Umur	-0.679	0.636	1.140	1	0.286	0.507
Konstanta	-8.358	2.064	16.393	1	0.000	0.000

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 5,395, sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,812-4,145)/4,145\} \times 100\% = -8,0\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel pekerjaan terhadap antenatal dari model tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel pekerjaan dapat dikeluarkan dari model karena variabel pekerjaan bukan konfounder.

Variabel selanjutnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel pendidikan ( $p = 0,03$ ). Model regresi logistik tanpa variabel pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.16 sebagai berikut:

Tabel 5.16  
Model Tanpa Variabel Pendidikan Ibu

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.214	0.396	9.402	1	0.002	3.368
Pengetahuan	1.704	0.400	18.172	1	0.000	5.495
Sikap	1.279	0.409	9.779	1	0.002	3.592
Umur	-0.768	0.588	1.703	1	0.192	0.464
Konstanta	-5.278	1.540	11.751	1	0.001	0.005

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 3,368, sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,368-4,145)/4,145\} \times 100\% = -18,0\%$  ( $>10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel pendidikan dari model akan mengubah cukup banyak nilai rasio odds, sehingga variabel pendidikan tidak dapat dikeluarkan dari model karena variabel pendidikan adalah konfounder. Jadi model tabel 5.16 kurang sah dan tetap menggunakan model tabel 5.15.

Kembali pada model tabel 5.15 variabel lainnya yang dicoba untuk dikeluarkan dari model adalah variabel sikap ( $p = 0,001$ ). Model regresi logistik tanpa variabel sikap dapat dilihat pada tabel 5.17 sebagai berikut:

Tabel 5.17  
Model Tanpa Variabel Sikap

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.232	0.390	10.003	1	0.002	3.428
Pengetahuan	1.526	0.383	15.883	1	0.000	4.599
Umur	-0.936	0.605	2.390	1	0.122	0.392
Pendidikan	1.041	0.410	6.440	1	0.011	2.831
Konstanta	-4.658	1.547	9.067	1	0.003	0.009

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 3,428 sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,428-4,145)/4,145\} \times 100\% = -17,0\%$  ( $>10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel sikap dari model akan mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel sikap

tidak dapat dikeluarkan dari model. Jadi model tabel 5.17 kurang sah dan tetap menggunakan model tabel 5.15.

Kembali pada model tabel 5.15 variabel yang belum dicoba untuk dikeluarkan dari model tinggal variabel pengetahuan ( $p = 0,000$ ). Model regresi logistik tanpa variabel pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.18 sebagai berikut:

Tabel 5.18  
Model Tanpa Variabel Pengetahuan

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.360	0.380	12.769	1	0.000	3.894
Umur	-0.727	0.556	1.709	1	0.191	0.483
Pendidikan	1.185	0.404	8.593	1	0.003	3.270
Sikap	1.181	0.387	9.296	1	0.002	3.259
Konstanta	-4.820	1.559	9.561	1	0.002	0.008

Nilai rasio odds untuk hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan antenatal menjadi 3,985 sehingga perubahan relatif rasio odds =  $\{(3,894 - 4,145)/4,145\} \times 100\% = -6,05\%$  ( $<10\%$ ), dengan demikian menghilangkan variabel pengetahuan dari tidak mengubah banyak nilai rasio odds, sehingga variabel pengetahuan dapat dikeluarkan dari model karena variabel pengetahuan bukan konfounder. Sehingga model akhir yang dianggap paling baik pada data ini adalah model sebagai berikut:

### 5.5.3 Penyusunan Model Akhir

Tabel 5.19  
Model Akhir

Variabel	B	S.E.	Wald	Df	Nilai P	OR
Kualitas Antenatal	1.360	0.380	12.769	1	0.000	3.894
Umur	-0.727	0.556	1.709	1	0.191	0.483
Pendidikan	1.185	0.404	8.593	1	0.003	3.270
Sikap	1.181	0.387	9.296	1	0.002	3.259
Konstanta	-4.820	1.559	9.561	1	0.002	0.008

Berdasarkan model akhir yang dianggap paling baik diketahui variabel umur, pendidikan, dan sikap merupakan variabel konfounding dan harus tetap berada dalam model.

Berdasarkan hasil model akhir analisis multivariat, diketahui bahwa variabel kualitas pelayanan antenatal berhubungan dengan keteraturan ibu dalam melakukan kunjungan antenatal setelah dikontrol dengan variabel umur, pendidikan, dan sikap dengan nilai odds ratio (OR) sebesar 3,894 (CI 95% = 1,848 – 8,209) artinya ibu yang menilai kualitas pelayanan antenatal baik mempunyai kecenderungan untuk melakukan kunjungan antenatal secara teratur hampir 4 kali dibandingkan ibu yang menilai kualitas pelayanan antenatal kurang setelah di kontrol dengan umur, pendidikan dan sikap.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

##### 6.1.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, dimana semua variabel baik independen maupun dependen diukur pada waktu bersamaan oleh karena itu, desain ini hanya bersifat menggambarkan adanya suatu hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen, namun tidak dapat melihat arah sebab akibat sehingga tidak dapat dipastikan variabel yang menjadi penyebab dengan variabel yang menjadi akibat.

##### 6.1.2. Pengumpulan Data

Responden dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi  $\leq 6$  bulan yang pernah memeriksakan kehamilannya selama hamil. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui wawancara menggunakan kuesioner tanpa melihat pelayanan secara langsung, sehingga kualitas data yang dikumpulkan dalam penelitian ini sangat tergantung dari kemampuan pewawancara serta kepada kemampuan mengingat kembali peristiwa atau apa yang telah dilakukan selama hamil, faktor lupa bisa menjadi penyebab *recall bias*. Untuk memperkecil kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi maka petugas pengumpul data diambil dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten yang sebelumnya terlebih dahulu diadakan pertemuan dengan seluruh petugas pengumpul data untuk menjelaskan pengisian kuesioner dan mengkaji kemungkinan-kemungkinan hambatan di lapangan.

Pengukuran variabel Independen yaitu kualitas pelayanan antenatal hanya melalui persepsi ibu dengan mengidentifikasi apakah petugas melakukan atau tidak, tanpa melihat apakah tindakan dilakukan dengan benar. Penilaian kualitas juga hanya dinilai dari sisi klien tanpa melihat dari standar profesi kesehatan. Untuk memperkecil bias informasi dari ibu mengenai jenis tindakan yang diberikan petugas ketika memeriksa hamil maka responden dipilih yang mempunyai buku KIA sehingga bisa di cocokkan keterangan yang diungkapkan ibu dengan catatan yang ada di dalam Buku KIA.

## **6.2. Hasil Penelitian**

### **6.2.1. Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal**

Pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) merupakan persiapan menuju ke jenjang persalinan yang bersih dan aman, meliputi persiapan fisik dan mental. Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, karenanya ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya secara teratur. Pemeriksaan antenatal yang dilakukan secara teratur dapat mendeteksi secara dini resiko pada kehamilan dan persalinan serta dapat mempersiapkan kelahiran agar berjalan lancar. Pelayanan antenatal juga merupakan sarana berbagi pengetahuan bagi ibu hamil tentang kehamilan, perencanaan kelahiran dan kesiapan dalam menghadapi komplikasi. Berdasarkan hasil penelitian diketahui proporsi ibu hamil yang melakukan antenatal secara teratur adalah 65,0% lebih tinggi dibandingkan proporsi ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal tidak teratur (35,0%). Data tersebut di atas lebih rendah dibandingkan dengan data yang ada di Dinkes Kota Bandar Lampung tahun 2006 yang mendapatkan kunjungan K4 yaitu 88,5% (Profil Dinkes

Kota Bandar Lampung, 2007). Namun data hasil penelitian tidak terlalu jauh berbeda dari data hasil Survei Kesehatan Nasional tahun 2004 yang mendapatkan cakupan K4 di Propinsi Lampung sebesar 62,4%.

Perbedaan data yang ada di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dengan data hasil penelitian ini menunjukkan kemungkinan besar karena petugas masih memasukkan K1 yang datang diluar trimester I (pada penelitian ini diperoleh sebesar 33,1 % responden tidak melakukan kunjungan pertama pada trimester I). Kemungkinan lain karena petugas puskesmas hanya fokus memperhatikan kunjungan pertama pada trimester I, maka semua yang melakukan kunjungan pertama pada trimester I dianggap masuk menjadi K4. Pada kenyataannya berdasarkan hasil penelitian diperoleh ada ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan ulang pada trimester II (10%) dan melakukan kunjungan pada trimester III hanya 1 kali (3,1%), sehingga K4 tidak sesuai dengan pola 1-1-2 yaitu minimal 1 kali kunjungan pada trimester I, minimal 1 kali kunjungan pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III.

#### **6.2.2. Kualitas Pelayanan Antenatal**

Mutu menurut Wijono (1999) ditinjau dari beberapa sudut pandang: bagi pasien, petugas kesehatan dan manajer karena mutu merupakan fokus sentral dari tiap upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan. Arti mutu bagi pasien dan masyarakat adalah pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan, yang diberikan dengan ramah dan dapat mengurangi gejala secara efektif dan mencegah penyakit sehingga mereka dan keluarga dalam keadaan sehat dan dapat melaksanakan tugas sehari-hari

Kualitas pelayanan antenatal pada penelitian ini dilihat dari persepsi ibu tentang keramahan petugas, komunikasi dan tindakan yang diberikan petugas sesuai dengan standar pelayanan kebidanan tentang standar pelayanan antenatal. Selanjutnya dalam analisis kualitas pelayanan antenatal dibagi menjadi dua katagori yaitu kualitas pelayanan baik dan kurang. Proporsi responden yang menyatakan kualitas pelayanan antenatal baik (59,4%) lebih tinggi dibandingkan proporsi responden yang menyatakan kualitas pelayanan antenatal kurang (40,6%). Hasil penelitian ini lebih tinggi dari hasil penelitian Nirwana (2004) di 10 puskesmas Kota Bandar Lampung yang mendapatkan hanya 41,9% responden menyatakan mutu pelayanan antenatal baik. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Machdalena (2001) pada unit kesehatan ibu dan anak di Kota Padang mendapatkan 52% kualitas pelayanan antenatal baik.

Hasil penelitian mendapatkan proporsi responden yang menyatakan petugas ramah (56,3%), komunikasi petugas baik (59,4%) tindakan pelayanan petugas baik (63,1%). Padahal Pohan (2004) menyatakan dimensi kualitas pelayanan berhubungan dengan kemampuan dan perilaku petugas seperti mendengarkan keluhan dan berkomunikasi dengan efektif. Penyuluhan kesehatan yang merupakan aspek penting bagi pelayanan antenatal akan baik bila bersumber dari komunikasi yang baik. Hubungan antar petugas dengan ibu hamil yang kurang baik dapat mengurangi kompetensi teknis dari pelayanan yang diberikan. Pengalaman menunjukkan bahwa pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung akan mengabaikan nasihat dan tidak akan mau melakukan kunjungan ulang.

Penelitian Roberts dan Provost dalam Syaifuddin ( 2001), telah membuktikan bagi pemakai jasa pelayanan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi

tanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah tamahan petugas dalam melayani pasien. Ketentuan Depkes (1999), dalam standar pelayanan kebidanan menyatakan bahwa petugas harus bersikap ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan pasien, petugas juga harus memiliki keterampilan berkomunikasi secara efektif disamping mempunyai kemampuan teknis kebidanan.

Hasil penelitian ini mendapatkan tindakan pelayanan antenatal yang paling jarang dilakukan oleh petugas adalah penyuluhan, terutama penyuluhan tentang bahaya penyakit menular seksual, persiapan menghadapi persalinan dan komplikasi, bahkan masih banyak petugas yang tidak menjelaskan tentang faktor risiko yang bisa terjadi pada saat kehamilan (lampiran II). Petugas pada umumnya hanya menjelaskan apa yang ditanyakan oleh ibu dan tidak menjelaskan apa kegunaan pelayanan antenatal, faktor risiko kehamilan dan persiapan dalam menghadapi persalinan dan komplikasi apabila ibu tidak bertanya. Oleh karena itu bila ibu hamil tidak banyak bertanya maka ibu hamil yang melakukan antenatal pada umumnya hanya mendapat sedikit informasi yang penting.

### **6.2.3. Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal**

Dalam Standar pelayanan kebidanan terdapat standar pelayanan yang harus diberikan tenaga kesehatan pada saat melakukan antenatal. Kepatuhan petugas dalam memberikan pelayanan mengacu pada standar dan prosedur sangat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien. Pelayanan yang buruk akan mengurangi kepuasan

pasien yang tentu saja akan berpengaruh terhadap kepatuhan untuk melakukan kunjungan ulang.

Hasil analisis multivariat memperlihatkan hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah dikontrol dengan umur, pendidikan, dan sikap. OR 3,9 (95% CI = 1,9-8,2), artinya ibu yang menilai kualitas pelayanan antenatal baik mempunyai kecenderungan untuk melakukan kunjungan antenatal secara teratur hampir 4 kali dibandingkan responden yang menilai kualitas pelayanan antenatal kurang setelah di kontrol dengan umur, pendidikan dan sikap. Hal ini menunjukkan faktor umur, pendidikan dan sikap ikut mempengaruhi hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal.

Persepsi tentang kualitas pelayanan antenatal di 4 puskesmas Kota Bandar Lampung merupakan faktor predisposisi yang berkaitan dengan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan. Sesuai dengan Andersen dkk (1975) yang menggambarkan determinan individu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan tergantung pada komponen predisposisi termasuk di dalamnya kepercayaan dan sikap terhadap pelayanan kesehatan. Variasi kepercayaan terhadap keberhasilan dan manfaat dari pelayanan kesehatan mendorong individu untuk sering atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Musril (2007) yang mendapatkan hubungan yang signifikan antara persepsi tentang kualitas pelayanan puskesmas dengan pemanfaatan pelayanan askeskin di Puskesmas Simpang Pandan Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Penelitian Tura dan Kristiani (2006) mendapatkan hubungan yang signifikan antara Persepsi mutu pelayanan BP umum dengan kunjungan pasien di

Puskesmas Kota Jambi. Penelitian Nurbaiti ( 2004) juga mendapatkan persepsi tentang kualitas mempengaruhi ibu hamil memilih dan memanfaatkan pelayanan antenatal cuma-cuma pada puskesmas di Kabupaten Bantul.

#### **6.2.4. Variabel Kovariat dalam Hubungan antara Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu dalam Melakukan Natenatal**

##### **6.2.4.1. Umur Ibu**

Hasil analisis mendapatkan bahwa umur merupakan variabel konfounder terhadap hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Hal ini menunjukkan bahwa umur berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Hal yang sama dijelaskan oleh penelitian Tura dan Kristiani (2006), yang mendapatkan hubungan yang signifikan antar umur dengan persepsi tentang mutu pelayanan BP umum dan kunjungan pasien di Puskesmas Kota Jambi.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat Sugiarto (1991) yang menyatakan, selain stimulus dalam hal ini pelayanan yang didapat seseorang, karakteristik juga dapat mempengaruhi persepsi dan tuntutan seseorang terhadap pelayanan yang diterima, seperti: umur, taraf kecerdasan, minat, sikap, emosi dan sebagainya, dengan demikian setiap orang akan mempunyai persepsi yang berbeda terhadap pelayanan yang diterimanya. Mc Carthy dan Maine (1992) juga menjelaskan bahwa umur merupakan faktor yang penting karena dapat mencerminkan beberapa nilai seperti pengalaman, pengetahuan, kematangan berpikir dan kemampuan akan beberapa nilai tertentu.

Penelitian ini sesuai dengan teori Andersen (1975) menyatakan bahwa umur adalah variabel penting karena secara fisiologis orang yang berusia tua kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi dari orang yang berusia muda. Feldstein (1983) menjelaskan bahwa umur adalah determinan dari peningkatan kejadian penyakit dan perubahan pola morbiditas dan ini menjadi penentu terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan. Penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Wibowo (1992) di Ciawi yang mendapatkan adanya pengaruh umur terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal.

Sesuai dengan teori Andersen dan Feldstein pada penelitian ini kemungkinan ibu yang berada pada kelompok usia berisiko pada umumnya sudah tahu bahwa mereka termasuk dalam kelompok ibu hamil berisiko, pengetahuan ini kemungkinan didapat dari pengalaman diri sendiri atau orang terdekat. Seseorang yang masuk dalam kelompok risiko tinggi secara fisiologis mempunyai kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi sehingga mencari pelayanan kesehatan yang berkualitas supaya jika terjadi kelainan/komplikasi bisa ditangani dengan baik. Selain itu apabila orang tersebut merasa termasuk dalam kelompok usia berisiko maka ia akan lebih teratur memeriksakan kehamilannya sehingga apabila terjadi kelainan/komplikasi akan bisa cepat terdeteksi dan segera ditangani.

#### 6.2.4.2. Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan variabel yang cukup penting dalam berperilaku. Mc Carthy dan Maine tahun 1992 mengemukakan bahwa wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya. Andersen (1975) menyatakan pendidikan seseorang secara tidak langsung mempengaruhi

pemanfaatan pelayanan kesehatan. Martadisubrata (1987) mengemukakan pendidikan merupakan dasar terjadinya variasi pengetahuan, sikap dan nilai-nilai terhadap sesuatu pelayanan kesehatan.

Hasil analisis mendapatkan bahwa pendidikan merupakan variabel konfounder terhadap hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Dengan demikian pendidikan berhubungan dengan kualitas pelayanan antenatal dan berhubungan juga dengan keteraturan ibu dalam melakukan antenatal. Hal ini dapat dijelaskan, sesuai dengan teori Andersen (1975) tingkat pendidikan seseorang menggambarkan status sosial seseorang dalam masyarakat yang bisa mempengaruhi kualitas pelayanan yang diterima. Ibu berpendidikan tinggi juga bisa lebih banyak mengetahui jenis pelayanan yang seharusnya diperoleh sehingga bisa menuntut untuk mendapat pelayanan yang sesuai standar sehingga bisa mendapatkan pelayanan yang lebih berkualitas. Notoatmodjo (1982), menyatakan makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka harapan terhadap suatu pelayanan akan makin besar. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Hexaptari (2007) yang mendapatkan pendidikan berpengaruh terhadap dimensi kualitas pelayanan dan kepuasan pasien untuk menjalani pengobatan. Analisis ini didukung oleh pendapat Royston dan Armstrong (1994) bahwa pendidikan berpengaruh secara tidak langsung melalui peningkatan status sosial dan kedudukan seorang seorang wanita, peningkatan pilihan mereka terhadap kehidupan dan membuat keputusan sendiri serta menyatakan pendapat.

Tingkat pendidikan juga berpengaruh pada cara berpikir, tindakan dan pengambilan keputusan seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, semakin tinggi pendidikan ibu maka akan semakin baik pengetahuannya tentang pentingnya

melakukan antenatal dan semakin teratur dalam melakukan antenatal. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Simanjuntak (2002) yang mendapatkan ada hubungan antara pendidikan dengan kunjungan antenatal sesuai standar, dimana pendidikan tinggi lebih banyak melakukan kunjungan antenatal sesuai standar daripada pendidikan rendah. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Rusydi (1998) yang menemukan ibu yang berpendidikan 10 tahun atau lebih, memanfaatkan pelayanan lebih teratur dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan kurang dari 10 tahun. Hasil Penelitian ini berbeda dengan penelitian Ndama (2001) yang menemukan tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan antenatal.

#### 6.2.4.3. Pengetahuan

Pengetahuan menurut Green dan Kreuter (2005) merupakan faktor predisposisi yang mendasari seseorang untuk berperilaku, di dalam pengetahuan tercakup pemikiran, persepsi tentang kepercayaan atau tradisi yang berlaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 1997).

Hasil analisis, diketahui bahwa pengetahuan bukan merupakan konfounder dari hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal, artinya pengetahuan tidak mempengaruhi kualitas pelayanan antenatal juga tidak mempengaruhi keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Hal ini mungkin disebabkan pengetahuan responden tentang antenatal masih pada tahap tahu harus melakukan antenatal tanpa tahu manfaat dari antenatal sehingga tahapan adopsi perilaku menurut Roger (1974) dalam Notoadmodjo (1993) masih

pada tahap *awareness* belum diikuti perubahan perilaku. Hal ini bisa dilihat dari hasil penelitian juga mendapatkan pengetahuan yang kurang pada responden adalah tanda resiko/bahaya pada saat kehamilan, jenis pelayanan yang seharusnya diperoleh pada saat antenatal dan pola kunjungan antenatal (lampiran II). Hampir seluruh responden menyebutkan sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan antenatal setiap bulan selama hamil, responden pada umumnya belum mengetahui pola kunjungan antenatal minimal (1-1-4). Untuk jenis pelayanan yang seharusnya diperoleh ketika melakukan antenatal responden pada umumnya hanya menyebutkan periksa perut dan periksa tensi darah. Untuk tanda-tanda bahaya ketika hamil, sebagian besar ibu hanya menyebutkan satu tanda bahaya dan ketika disebutkan satu contoh sebagian ibu ada yang langsung menyebutkan pernah baca di buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) tapi lupa. Hal ini menunjukkan sedikit sekali informasi yang diberikan petugas pada saat ibu melakukan antenatal, dan pemberian buku KIA pada ibu hamil tidak diikuti dengan penjelasan kegunaan dari Buku KIA tersebut. Padahal penggunaan buku KIA adalah upaya program untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam memelihara kesehatan ibu dan anak. Buku KIA berisi informasi dan materi penyuluhan, KMS balita, dan catatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, yang bermanfaat untuk mencatat dan memantau kesehatan ibu dan anak sejak dalam kandungan sampai usia 5 (lima) tahun, alat komunikasi dan penyuluhan, alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah kesehatan ibu dan anak dan catatan pelayanan gizi dan kesehatan ibu dan anak (Depkes dan JICA, 2003). Minimnya pengetahuan ibu tentang jenis pelayanan yang harus diterima ketika melakukan antenatal mengakibatkan tuntutan terhadap pelayanan yang diterima juga rendah sehingga ibu cenderung menerima saja pelayanan yang diberikan.

Minimnya pengetahuan ibu tentang manfaat melakukan antenatal secara teratur juga kemungkinan mengakibatkan ibu hanya datang periksa apabila ada keluhan atau punya waktu luang sehingga akhirnya ibu tidak teratur melakukan antenatal sesuai pola minimal 1-1-2. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Junaidi (2004) yang mendapatkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang pemeriksaan kehamilan dengan kualitas pemanfaatan pelayanan antenatal.

#### 6.2.4.4. Paritas

Jumlah persalinan yang pernah dialami memberikan pengalaman pada ibu untuk kehamilan dan persalinan berikutnya oleh karena itu ibu yang belum pernah melahirkan cenderung mencari tahu tentang persalinan dan pelayanan yang tepat. Paritas merupakan faktor penting dalam menentukan nasib ibu dan janin baik selama kehamilan maupun selama persalinan (Wibowo, 1992).

Penelitian Sadik (1996) mendapatkan ibu yang mempunyai anak  $< 3$  orang, pemeriksaan antenatal lebih baik dari jumlah anak  $\geq 3$  orang. Hasil penelitian Junaidi (2004) juga mendapatkan ada hubungan paritas dengan kualitas pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya, hasil analisis membuktikan bahwa paritas bukan merupakan konfounder dari hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal, artinya ibu dengan paritas banyak atau sedikit tidak mempengaruhi kualitas pelayanan antenatal dan tidak mempengaruhi keteraturan ibu dalam melakukan antenatal. Tidak berpengaruhnya paritas banyak terhadap hubungan kualitas pelayanan antenatal

dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal kemungkinan dipengaruhi pengalaman responden ketika mendapat pelayanan antenatal pada anak sebelumnya. Pelayanan yang sama diperoleh ibu setiap melakukan antenatal ditambah pengetahuan yang kurang tentang standar pelayanan antenatal mengakibatkan ibu menganggap pelayanan yang diterima memang sesuai standar sehingga ibu tidak menuntut pelayanan lebih berkualitas. Sedangkan responden dengan paritas sedikit terutama responden yang hamil pertama kali belum mempunyai pengalaman tentang periksa hamil, sehingga cenderung menerima saja pelayanan yang diberikan. Minimnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan antenatal kemungkinan juga menyebabkan masyarakat hanya mengandalkan pengalaman kehamilan sebelumnya atau pengalaman orang terdekat bahwa periksa hamil hanya bila ada keluhan, hal ini bisa berdampak ibu hamil tidak teratur melakukan antenatal.

#### 6.2.4.5. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan faktor sosiodemografi yang menyebabkan kecenderungan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Andersen, 1975). Mc Carthy dan Maine (WHO-Depkes-FKM UI, 1999) mengemukakan bahwa ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan sehingga bisa meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan diri. Ginting (2001) melaporkan bahwa ibu yang bekerja di sektor formal lebih tinggi proporsinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sesuai standar dibandingkan ibu yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak di sektor formal. Berbeda dengan penelitian Kaswendi (2002) melaporkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal.

Hasil analisis pada penelitian ini membuktikan tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan keteraturan dalam melakukan antenatal. Status bekerja juga bukan merupakan konfounder dari hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal, artinya ibu bekerja atau tidak bekerja tidak mempengaruhi kualitas pelayanan antenatal dan tidak mempengaruhi keteraturan ibu dalam melakukan antenatal. Royston dan Amstrong (1994) menyatakan pendidikan memperbaiki peluang untuk memperoleh pekerjaan di luar rumah dan diluar lingkungan yang memberi upah rendah yang tanpa jaminan dan sering menindas. Pekerjaan mempengaruhi wanita karena penghasilan dan status yang ditawarkan oleh pekerjaan itu. Tidak berpengaruhnya status pekerjaan ibu terhadap hubungan kualitas pelayanan dan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal kemungkinan disebabkan karena proporsi responden yang memanfaatkan pelayanan antenatal di Puskesmas pada penelitian ini sebagian besar adalah ibu rumah tangga 75%, sedangkan proporsi responden yang bekerja di sektor formal pada penelitian ini hanya sebesar 9,4%. Sebagian besar responden pada penelitian ini bekerja pada sektor non formal sehingga tidak mempengaruhi status sosial dan cara berpikir responden tentang pelayanan antenatal. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ginting (2001) bahwa ibu yang bekerja di sektor formal lebih tinggi proporsinya dalam memanfaatkan pelayanan antenatal sesuai standar dibandingkan ibu yang tidak bekerja dan yang bekerja tidak di sektor formal.

Faktor lain seperti pendidikan kemungkinan lebih berpengaruh terhadap hubungan kualitas dengan keteraturan ibu dalam melakukan antenatal, ibu yang mempunyai pendidikan tinggi walaupun tidak bekerja kemungkinan tetap mempunyai status sosial yang baik di masyarakat dan tetap mempunyai cara berpikir

dan melakukan tindakan lebih baik dalam menggunakan pelayanan kesehatan dibandingkan ibu yang tidak bekerja dan berpendidikan rendah.

#### 6.2.4.6. Sikap

Faktor keyakinan (*health belief*) yaitu sikap yang dimiliki ibu hamil tentang antenatal dan manfaatnya mempengaruhi persepsi ibu akan pelayanan antenatal dan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan antenatal secara teratur.

Hasil penelitian menemukan sebagian besar responden berada pada kelompok yang mempunyai sikap positif terhadap antenatal (63,8%). Proporsi ibu yang melakukan antenatal secara teratur pada kelompok mempunyai sikap positif (73,5%) lebih besar dibandingkan dengan mempunyai sikap negatif (50,0%). Hasil analisis didapatkan variabel sikap merupakan konfounder terhadap hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Berarti ibu yang mempunyai sikap positif terhadap pelayanan antenatal cenderung mendapat kualitas pelayanan antenatal baik dan lebih teratur dalam melakukan antenatal. Green dan Kreuter (2005) menyebutkan sikap merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat, berarti ibu yang mempunyai sikap yang positif terhadap pelayanan antenatal akan lebih teratur melakukan antenatal. Sikap juga menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif, sikap yang kuat terhadap objek tertentu harus didukung oleh pengetahuan dan pengalaman langsung dengan objek tersebut. Sikap positif responden pada penelitian ini kemungkinan disebabkan responden sudah memahami tentang pentingnya pemeriksaan antenatal sehingga akan lebih intensif mencari informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan antenatal termasuk jenis

pelayanan yang seharusnya didapat ketika melakukan antenatal, yang pada akhirnya bisa mempengaruhi kebutuhan terhadap kualitas pelayanan yang diterima dan mendapatkan kualitas pelayanan lebih berkualitas.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Sadik (1996) yang mendapatkan bahwa sikap ibu yang positif terhadap pelayanan antenatal, lebih baik dalam pemanfaatan pelayanan antenatal dibandingkan dari ibu yang bersikap negatif. Hasil penelitian Simanjuntak (2002) memperlihatkan responden yang bersikap positif lebih banyak melakukan kunjungan antenatal K4 sesuai standar dibanding yang bersikap negatif. Kaswendi (2002) menyimpulkan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pemanfaatan pelayanan antenatal, ibu yang bersikap positif 12,09 kali lebih teratur memanfaatkan pelayanan antenatal dibandingkan dengan ibu yang bersikap negatif.

#### 6.2.4.7. Penghasilan Keluarga

Menurut Green dan Kreuter (2005) penghasilan keluarga merupakan faktor pemungkin bagi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Penghasilan keluarga juga menentukan status sosial ekonomi keluarga tersebut. Sementara Feldstein (1983) juga menyimpulkan bahwa penghasilan mempengaruhi pemilihan tempat pelayanan kesehatan.

Hasil analisis multivariat mendapatkan penghasilan keluarga bukan merupakan konfounder dari hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Berarti penghasilan keluarga tidak berhubungan dengan kualitas pelayanan antenatal dan tidak berhubungan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Penelitian ini sejalan dengan hasil

penelitian Tura dan Kristiani (2006) yang mendapatkan tidak ada hubungan antara pendapatan dengan persepsi mutu pelayanan BP umum dengan kunjungan di Puskesmas Kota Jambi. Namun berbeda dengan hasil penelitian Kaswendi (2002) yang menunjukkan ibu dengan status ekonomi tinggi 3,6 kali lebih teratur memanfaatkan pelayanan antenatal dibandingkan dengan ibu dengan status ekonomi keluarga rendah.

Perbedaan hasil penelitian ini dengan teori, mungkin berhubungan dengan biaya yang dikeluarkan ibu ketika melakukan antenatal. Pelayanan antenatal di Puskesmas Kota Bandar Lampung sesuai Perda yang dikeluarkan Pemda Kota Bandar Lampung tidak dikenai biaya, karenanya penghasilan keluarga tinggi atau rendah tidak mempengaruhi keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Penghasilan keluarga juga tidak mempengaruhi kualitas pelayanan yang diperoleh ketika melakukan antenatal, hal ini menunjukkan meskipun seseorang mempunyai penghasilan tinggi yang memungkinkan untuk orang tersebut memilih pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas tapi apabila tidak diikuti pendidikan dan pengetahuan yang baik maka cenderung akan menerima saja pelayanan yang diberi tanpa menuntut pelayanan lebih baik.

#### 6.2.4.8. Dukungan Keluarga

Dalam struktur masyarakat Indonesia yang paternalistik, peranan suami atau orang tua, keluarga dekat dari si ibu sangat menentukan dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1998). Dukungan keluarga merupakan andil yang besar dalam menentukan status kesehatan ibu. Jika seluruh keluarga mengharapkan kehamilan, mendukung bahkan memperlihatkan dukungannya dalam beberapa hal, maka ibu hamil akan memeriksakan kehamilannya secara teratur.

Hasil penelitian ini mendapatkan dukungan keluarga bukan merupakan konfounder dari hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal, artinya dukungan keluarga tidak mempengaruhi kualitas pelayanan antenatal dan tidak mempengaruhi keteraturan ibu dan melakukan antenatal. Hasil ini berbeda dengan penelitian Rusydi (1999) dan Simanjuntak (2002) mendapatkan keteraturan ibu memanfaatkan pelayanan antenatal berhubungan dengan dukungan suami dan keluarga. Tidak adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal kemungkinan berhubungan dengan sebagian besar responden mempunyai sikap positif terhadap kunjungan antenatal. Responden pada umumnya berpendapat tetap akan melakukan pemeriksaan hamil walau tidak di dukung keluarga karena menyangkut kesehatan ibu dan janinnya.

Menurut Berman, dkk (1994), rumah tangga bukanlah pengguna pasif dari sistem pelayanan kesehatan, bahkan keluarga-keluarga miskin sekalipun memodifikasi kebutuhan-kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan berdasarkan persepsi mereka terhadap mutu pelayanan. Tidak berhubungannya dukungan keluarga dengan kualitas pelayanan antenatal pada penelitian ini kemungkinan disebabkan masih sedikit keluarga yang berupaya mencari informasi tentang pelayanan antenatal, dukungan keluarga lebih kepada anjuran untuk melakukan antenatal dan kesiapan keluarga untuk menemani ibu melakukan pemeriksaan antenatal sehingga informasi tentang kualitas pelayanan didapat hanya dari pengalaman atau informasi orang terdekat sesuai kebiasaan yang ada tanpa tahu apakah pelayanan yang diterima sudah sesuai dengan standar atau tidak.

#### 6.2.4.9. Kebutuhan akan Pelayanan Antenatal

Hasil analisis multivariat mendapatkan bahwa kebutuhan ibu untuk melakukan antenatal bukan merupakan konfounder terhadap hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Kebutuhan akan pelayanan antenatal berarti tidak berhubungan dengan kualitas pelayanan antenatal dan tidak berhubungan dengan keteraturan ibu dalam melakukan antenatal. Hasil ini berbeda dengan teori Andersen (1975), yang menyatakan bahwa kebutuhan merupakan faktor yang menjadi alasan langsung untuk seseorang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian Gani (1990) juga mendapatkan bahwa kebutuhan berhubungan positif dengan penggunaan pelayanan kesehatan, semakin tinggi tingkat kebutuhan akan pelayanan kesehatan semakin sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengukuran kebutuhan dalam penelitian ini sesuai dengan teori Andersen (1975), yaitu keadaan atau kondisi saat periksa hamil yang dirasakan atau dipersepsikan ibu terhadap berat ringannya keluhan/gejala/penyakit yang dirasakan ibu sebagai gangguan kesehatan. Sedangkan berat ringannya penyakit atau keluhan dirasakannya dihubungkan tindakan yang diambilnya untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan/gejala/ penyakit yang dirasakannya.

Penelitian ini menjelaskan bahwa ibu yang mempunyai kebutuhan tinggi untuk melakukan antenatal belum tentu akan mendapat kualitas pelayanan antenatal yang baik dan belum tentu melakukan antenatal secara teratur. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pelayanan antenatal yang dilakukan di puskesmas hanya berdasarkan kebiasaan dan bukan berdasarkan standar pelayanan antenatal yang ada dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) sehingga tidak ada perbedaan pelayanan

yang diberikan pada ibu yang mempunyai kebutuhan tinggi maupun rendah. Kebutuhan tinggi juga tidak mempengaruhi keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal, hal ini kemungkinan disebabkan umumnya ibu datang bila mempunyai keluhan dan sebagian besar ibu tidak mengetahui pola kunjungan antenatal minimal 1-1-2 yang dianjurkan pada ibu hamil, agar ibu dapat menjalani masa kehamilan dan persalinan dengan selamat dan mendapatkan anak yang sehat. Hal ini sesuai dengan pendapat Musril dan Kristiani (2007) bahwa respon terhadap gejala sakit dipengaruhi oleh sosial ekonomi dan budaya individu, masyarakat miskin (responden pada penelitian ini 63,8% berpenghasilan rendah) cenderung beranggapan bahwa dirinya sakit bila kondisi fisiknya terasa lemah dan tidak mampu bekerja seperti biasa, sehingga apabila kebutuhan akan pelayanan antenatal yang dirasakan belum mempengaruhi aktifitas sehari-hari ibu belum merasa perlu melakukan pelayanan antenatal.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

1. Responden yang melakukan antenatal secara teratur di 4 Puskesmas Kota Bandar Lampung tahun 2007 sebesar 65,0 %.
2. Sebanyak 59,4 % responden menilai kualitas pelayanan antenatal yang diterimanya sudah baik (petugas ramah: 56,3%, komunikasi petugas baik: 59,4% dan tindakan pelayanan baik: 63,5%). Kualitas pelayanan yang masih kurang antara lain: penjelasan tentang tanda risiko dan bahaya kehamilan (7,5%), penjelasan tentang penyakit yang mempunyai pengaruh buruk terhadap ibu dan janin (9,4%), penjelasan tentang persiapan menghadapi kelainan pada kehamilan/persalinan (49,4%).
3. Kualitas pelayanan antenatal berhubungan dengan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal setelah dikontrol oleh umur ibu, pendidikan ibu serta sikap ibu terhadap pelayanan antenatal, ibu yang menilai pelayanan antenatal yang diterimanya berkualitas cenderung hampir 4 kali untuk melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur dibandingkan dengan ibu yang menilai kualitas antenatal yang diterimanya kurang baik.

## **7.2 Saran**

### **7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung**

Kualitas pelayanan antenatal yang baik akan meningkatkan keteraturan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan antenatal, untuk itu Dinas Kesehatan perlu meningkatkan kualitas pelayanan antenatal antara lain dengan cara:

1. Melakukan pelatihan teknis untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas Puskesmas dalam memberikan pelayanan pada ibu hamil, antara lain:
  - a. Reorientasi Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) bagi Petugas KIA di Puskesmas Kota Bandar Lampung agar pelayanan Antenatal bisa dilakukan sesuai standar sehingga bisa meningkatkan kualitas pelayanan antenatal.
  - b. Pelatihan penggunaan buku KIA, sehingga penggunaan buku KIA bisa bermanfaat secara maksimal
  - c. Pelatihan Komunikasi Inter Personal dan Konseling (KIP & K) dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir bagi petugas KIA sehingga petugas dalam memberikan pelayanan antenatal tidak melupakan aspek pemberian informasi, karena transfer pengetahuan pada saat antenatal adalah hal yang sangat penting bagi kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Dinas Kesehatan perlu melakukan monitoring ke puskesmas untuk memastikan pelayanan antenatal dilaksanakan sesuai SOP (standar operasional prosedur) dan bila ditemukan hambatan dapat diatasi dengan segera.

### **7.2.2 Bagi Puskesmas**

Perlu ditingkatkan kualitas pelayanan antenatal dengan cara:

1. Berikan pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (SPK)

2. Komponen penting dalam pelayanan antenatal adalah mendeteksi secara dini komplikasi kehamilan dan mendidik ibu hamil tentang kehamilannya sehingga ibu bisa menjalankan masa hamil dan melahirkan yang sehat dan mendapatkan anak yang sehat. Untuk itu perlu diperhatikan petugas puskesmas dalam melakukan pelayanan antenatal hal-hal berikut:
  - Skrining dan pengobatan anemia, malaria, dan penyakit Menular Seksual (PMS)
  - Deteksi dan penanggulangan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi, edema dan preeklamsi
  - Penyuluhan tentang komplikasi potensial, persiapan persalinan normal, kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan.
3. Meningkatkan penyuluhan pada ibu hamil ketika melakukan pelayanan antenatal sehingga pengetahuan ibu hamil meningkat dan menekankan bahwa semua kehamilan bisa berisiko sehingga ibu mengerti pentingnya melakukan antenatal bukan merupakan kegiatan rutin yang dirasakan tidak ada manfaatnya
4. Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan, sehingga tidak ada kesalahan dalam pencapaian cakupan terutama cakupan K4.
5. Gunakan buku KIA sebagai sarana untuk penyuluhan dan deteksi dini komplikasi pada masa kehamilan sehingga masyarakat lebih mengerti manfaat dari pemeriksaan kehamilan.

### **7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Penelitian ini dilakukan dengan kuantitatif, untuk mendapatkan informasi kualitas pelayanan yang diberikan di Puskesmas melalui persepsi ibu dan

hubungannya dengan keteraturan keteraturan ibu hamil dalam melakukan antenatal. Diharapkan peneliti lain dapat melakukan penelitian lain dengan menggunakan metode observasi (pengamatan langsung) terhadap pelayanan antenatal yang diberikan petugas, sehingga dapat diperoleh gambaran lebih valid tentang pelayanan antenatal yang di berikan di Puskesmas.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aday. Lu Ann, 1989, *Designing and Conducting Health Surveys, A Comprehensive Guide*, Josey Bass, Publ. San Fransisco
- Adrian.G, *Priode Kritis dalam Rentang Kehamilan, Persalinan dan Nifas dan Penyediaan Berbagai Jenjang Pelayanan bagi Upaya Penurunan Kematian Ibu, Bayi dan Anak*. [http://www.pkmi-online.com/artcle\\_2htm-244k](http://www.pkmi-online.com/artcle_2htm-244k). diakses 1 Maret 2008
- Andersen.R, et al, 1975, *Equity in Health Service: Emperical Analyses in Social Policy*, Cambridge Mass, Ballinger Publishing Co.
- Azwar. A, 1996, *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, PKMI, Jakarta
- Becker. Marshall H (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack. Inc. Thorofare, New Jersey, USA
- Berman. P, Kendall.C, Bhattacharyya.K, 1994, *The Household Production of Health: Integrating Social Science Perspectives or Micro Level Health Determinants*.
- Bernadetha. YH, 1992, *Hubungan antara Sosio Demografi Ibu Hamil dengan Kunjungan Periksa Hamil di Kecamatan Gabus Wetan dan Sliyeg Kabupaten Indramayu 1991-1992*, Skripsi FKM Universitas Indonesia, Depok
- Buletin Safe Motherhood, adisi III, 2001, *Making Pregnancy Safer: Strategi menurunkan Angka kematian ibu dan bayi baru lahir*.
- Buletin Safe Motherhood edisi II, 2001, *Kesehatan Reproduksi dalam situasi kedaruratan Kesehatan Komplek dan Bencana*.
- BPS, et.al. (2003). *Survei Demografi dan kependudukan Indonesia 2002-2003*, Jakarta
- Depkes RI, 1991, *Pedoman Kerja Puskesmas, Jilid I*, Jakarta
- Depkes RI, 1992, *Pedoman Pelayanan Antenatal di Wilayah Kerja Puskesmas*, Jakarta
- , 1993. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta
- , 1994, *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*, Jakarta
- , 1997, *Pemeriksaan Antenatal dan deteksi ibu hamil*, Jakarta .
- , 1998, *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*, Jakarta
- , 1999. *Buku I-IV Standar Pelayanan Kebidanan*, Jakarta
- , 2000, *Profil Kesehaatan Indonesia Tahun 2000*, Jakarta
- , 2001, *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*, Jakarta

- , 2002a, *Analisis manajemen Program KIA Kabupaten/Kota*, Buletin Safe Motherhood edisi II
- , 2002b. *Standar Kualitas Kemampuan KIP&K bagi Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir di puskesmas*, Jakarta
- , 2003, *Pedoman Evaluasi Pascapelatihan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir*, Jakarta.
- , 2003. *Pedoman Pemantauan dan Penyeliaan Program Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir*, Jakarta
- dan JICA, 2003, *Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta
- , *Survei Sosial Ekonomi (susenas) 2004- Substansi Kesehatan*
- , 2004a, *Pedoman pengembangan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar (PONED)*, Jakarta
- , 2004b, *Pedoman Pemantauan Wilayah setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Jakarta
- , 2004c, *Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal di Tingkat Kabupaten /Kota*, Jakarta
- , 2005, *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, Jakarta
- , 2006, *Status Kesehatan Masyarakat Berbasis Gender, Fakta dari Hasil Survei Kesehatan Nasional*, Jakarta
- , 2007, *Kebijakan Nasional Dalam Upaya penurunan AKI*, Jakarta.
- Feldstein, J. P, 1983. *Health Care Economic*, John Wiley and Son New York.
- Gani. A, dkk, 1990, *Studi Penggunaan Pelayanan Kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dan NTB*, Health Project YPKM-FKMUI-Depkes RI-Jakarta
- Ginting.I, 2001, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil yang Memiliki Faktor Risiko di Kecamatan Pesenggrahan Jakarta Selatan tahun 2001*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- Green. LW, et al, 1980, *Perencanaan Pendidikan Kesehatan, Sebuah Pendekatan Diagnostik*, Diterjemahkan oleh: Zarfiel Tafal ,dkk, Proyek Pengembangan FKM UI, Depok
- Green. L.W, Kreuter. M.W, 2005. *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach*, fourth edition, New York
- Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, 2007, *Profil Kesehatan Propinsi Lampung tahun 2006*, Lampung.
- Dinas Kesehatan Kota BandarLampung, 2007, *Profil Kesehatan Kota BandarLampung tahun 2006*, Lampung.

- Hadijono. Soerjo, 2002, *Referral Hospital As a Referee Alternatif Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Maternal*, Buletin Safe Motherhood, adisi I
- Hardjosoedarmo.S, 1999, *Total Quality Management*, Edisi Revisi, Andi Offset, Yogyakarta
- Hastono. S.P, 2002. *Analisis Data*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Health encyclopaedia, 2007, *Antenatal health and care: Treatment Screening during pregnancy*, <http://www.nhsdirect.nhs.uk/articles/article.aspx?articleId=405&sectionId=11>, di akses 13 Pebruari 2008
- Hexaptari.E, 2007, *Analisis Kesenjangan Harapan dan Persepsi Pasien atas Pelayanan Radioterapi di RS Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- <http://www.bkkbn.go.id>, *Pengembangan Model Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam Penanganan Kasus Gawat Darurat Obstetridi Masyarakat sebagai Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu*, diakses tanggal 17 Juni 2007
- <http://www.bkkbn.go.id>, *Angka Kematian Ibu dan Anak Dapat Ditekan* , diakses tanggal 17 Juni 2007
- <http://www.kesrepro.info/kia/des/2004/kia01>, *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kehamilan*, diakses 1 Maret 2008
- Junadi. P, 1995, *Pengantar Analisis Data*, Reneka Cipta, Jakarta
- Junaidi. Turno. 2005. *Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pemeriksaan Kehamilan dengan Kualitas Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Kota Bogor tahun 2004*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Kamisah, 2002, *Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Di Wilayah Kota Banda Aceh*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Kaswendi.Yuliza, 2002, *Analisis Keteraturan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Puskesmas Pulau Temiang Kab. Tebo Jambi*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- Kleinbaum D, 1994, *Applied Logistic Regresión: A Self Learning Text*, Springer Verlag, New York
- Lemenshow. S, et al, 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Cetakan Pertama. Diterjemahkan oleh Dibyo Pramono, Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Liliweri. A, 2007, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*, cetakan pertama, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Lizarni.F, 2000, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kuta Alam Banda Aceh Tahun 1999*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.

- Machdalena, 2001, *Hubungan Faktor Internal dan Eksternal Bidan dengan Pelayanan Antenatal, Studi Kasus pada Unit Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kota Padang*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Mantra, I.B., 1994, *Komunikasi*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Depkes RI, Jakarta
- Martadisubrata, D. 1987, *Perkembangan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Manusia dalam Rangka Menunjang Ketahanan Bangsa*, Majalah Ginekologi Indonesia Vol. 13, No.1 Jakarta.
- Mc Carthy, J and Maine, 1992. *A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality*, Studies in Family Planning.
- Ndama. Metrys, 2002, *Analisis Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dan Pengetahuan Ibu Hamil dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di 2 Wilayah Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah Tahun 2001*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- MNH, 2002. *Komunikasi Efektif*, Jakarta
- Murti, Bhisma. 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Cetakan pertama, Gajah Mada University Press.
- Murti, Bhisma. 2003, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Edisi kedua, Jilid pertama, Gajah Mada University Press.
- Musril, Kristiani, 2007, *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Miskin di Puskesmas Simpang Pandan*, KMPK, Working Paper Series No.6, Universitas Gajah Mada
- Muzaham. F, 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*, Universitas Indonesia Press, Jakarta
- Notoatmodjo.S., 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*, Yogyakarta
- Nirwana, 2004, *Hubungan Mutu Pelayanan natenatal dengan Kepuasan Pasien di 10 Puskesmas Kota Bandar Lampung Tahun 2003*, Skripsi, FKM UI, Depok
- Nurbaiti, 2004, *Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Cuma-Cuma oleh Ibu di Bantul*, Tesis Program Pascaserjana UGM, Yogyakarta.
- Nurti. Taty, 2002, *Kualitas Layanan Antenatal pada Puskesmas di Kota Jambi Tahun 2002*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Out Look, 1999, Edisi Khusus: Keselamatan Ibu. *Keselamatan Ibu : Keberhasilan dan Tantangan*, Volume 16.
- Pratiknya. AW, 2000, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta
- Pohan.I.S, 2007, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, EGC, Jakarta.

- Riduwan, 2007, *Skala Penelitian Variabel-variabel Penelitian*, cetakan keempat, Alfabet, Bandung
- Roeshadi. R.H, 2004. *Gangguan dan Penyulit Pada Masa Kehamilan*, <http://library.usu.ac.id>, diakses 28 januari 2008
- Rosemary. Fita (1997). *Hubungan layanan antenatal dengan kejadian BBLR di Kota Bogor Propinsi Jawa Barat tahun 1997*, Tesis, Pascasarjana FKM-UI, Depok
- Royston. E, Armstrong, 1994, *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*, Edisi Bahasa Indonesia, Alih Bahasa: R.F. Maulani, Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Rusmartini, 1999, *Karakteristik Ibu Hamil dengan Hubungan Rencana Pemilihan Penolong Persalinan di Gunung Endut Kabupaten Sukabumi*, Skripsi FKM UI, Depok.
- Rusydi.T, 1999, *Determinan Keteraturan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin*, Tesis Program Pasca Sarjana UI, Depok
- Sabri.L, Hastono. P, 2006, *Statistik Kesehatan*, PT Graha Grafindo Persada, Jakarta.
- Sadik. M. Djakfar. 1996. *Kajian tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Kecamatan Gunung Sugih Kabupaten Lampung Tengah*, Tesis Program Pasca Sarjana UI, Depok.
- Saifuddin. A.B., dkk, 2001, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Saimi, Kusnanto. H, 2006, *Pemanfaatan Pelayanan Persalinan Gratis di Puskesmas Kabupaten Lombok Tengah Nusa Tenggara Barat*, KMPK, Working Paper Series No.3, Universitas Gajah Mada
- Simanjuntak. Tumiar. 2002. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal K4 di Kota Medan Propinsi Sumatra Utara tahun 2002*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Siswono, 2003. *Kematian Ibu, Indonesia tertinggi di ASEAN*, <http://www.Gizi.net>., diakses 29 Januari 2008
- Suhendro.H, 1991, *Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Karakteristik Ibu Hamil di Kotamadya Medan*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok.
- Sugiarto, 1991, *PWS KIA*, Kumpulan Makalah Pertemuan Konsultasi KIA, KB se Propinsi NTB Mataram.
- Suryani.A, 1994, *Hubungan Karakteristik Sosio Demografi dan Pengetahuan Ibu Hamil dan Ibu Balita dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Antenatal di Bekasi tahun 1994*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- Suryawati.C, Dharminto, Shaluhiah.Z, 2006, *Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit di Propinsi Jawa Tengah*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, volume 09, No. 04 Desember 2006.

- Sutanto.E, Hasanbasri.M. 2006, *Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan : Studi Analisis Data Susenas*, KMPK Working Paper Series No. 23, Universitas Gajah Mada
- Tjiptono. F, dan Diana. A, 1996, *Total Quality Management*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Tristanto. Yudhaputra, 2002, *Hubungan Mutu Pelayanan Balai Pengobatan dengan Kepuasan Pasien Puskesmas Kab. Lampung Utara*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok
- Tura. YF, Kristiani, 2006 *Persepsi Pasien terhadap Mutu Pelayanan Balai Pengobatan Umum Puskesmas dengan Kunjungan Tinggi dan Kunjungan rendah di Kota Jambi*, KMPK, Working Paper Series No.2, Universitas Gajah Mada
- WHO-Depkes RI-FKM-UI, 1999. *Materi Ajar Modul Safe Motherhood*, WHO-Depkes RI, Jakarta
- WHO, 2006, *Provision of Effective Antenatal Care: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC), Standards for Maternal and Neonatal Care.*
- Wibowo. Adik, (1992) *Pemanfaatan Pelayanan Antenatal, Faktor-faktor yang Mempengaruhi dan hubungannya dengan BBLR*, Disertasi, Pascasarjana FKM-UI Depok
- Wijono. Djoko, (1999), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga Press, Surabaya.



9. Lainnya:.....

**Jumlah Anak:**

7. Berapa jumlah anak lahir hidup yang pernah ibu lahirkan?.....anak

8. Berapa Jumlah anak yang saat ini masih hidup? .....anak

**Pengeluaran:**

9. Berapa biaya yang ibu keluarkan untuk masing-masing pengeluaran berikut?

- a. Biaya untuk belanja dapur per bulan Rp.....
- b. Biaya untuk anak sekolah per bulan Rp.....
- c. Biaya untuk transportasi per bulan Rp.....
- d. Biaya untuk arisan per bulan Rp.....
- e. Biaya untuk undangan per bulan Rp.....
- f. Biaya untuk rekreasi per bulan Rp.....
- g. Tabungan rata-rata per bulan Rp.....
- h. Biaya untuk kesehatan per bulan Rp.....
- i. Biaya listrik per bulan Rp.....
- j. Biaya telepon per bulan Rp.....
- k. Biaya PAM per bulan Rp.....
- j. Biaya lain-lain per bulan Rp.....

Total Pengeluaran Rp.....

**Keterangan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal**

10. Sudah berapa lama ibu melahirkan anak terakhir?.....Bulan

11. Apakah ibu pernah memeriksakan kehamilan pada kehamilan terakhir di petugas kesehatan?

- 1. Pernah
- 2. Tidak Pernah (wawancara dihentikan, pindah ke responden berikutnya)

12. Bila jawaban ya, berapa kali ibu memeriksakan kehamilan pada kehamilan terakhir?

.....kali, terdiri dari:

Trimester I (0-3 bulan) : .....kali

Trimester II (4-6 bulan) : .....kali

Trimester III (7-9 bulan) : .....kali


**Pengetahuan**

13. Menurut ibu, apakah setiap ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya?

- 1. ya
- 2. tidak
- 9. tidak tahu

14. Selama hamil kapan sebaiknya ibu memeriksakan kehamilan pertama kali?

- 1. Setelah bulan ke empat masa kehamilan

2. Jika terjadi gejala pada dua bulan masa kehamilan
3. Sedini mungkin, setelah tidak haid
9. tidak tahu
15. Menurut ibu, paling tidak berapa kali seorang ibu hamil harus memeriksakan kehamilannya secara teratur selama kehamilannya? *(Jawaban bisa lebih dari 1, pernyataan di bawah jangan dibacakan, tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan : ada lagi Bu ?)*
- |  |       |                          |          |                          |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a. Jumlah Total 4 kali                       | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Umur kehamilan sampai 3 bulan 1 kali      | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Umur kehamilan 4-6 bulan 1 kali           | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Umur kehamilan lebih dari 7 bulan: 2 kali | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. Lain-lain.....                            |       |                          |          |                          |
16. Menurut ibu apa saja manfaat dari pemeriksaan kehamilan? *(Jawaban bisa lebih dari 1, pernyataan di bawah jangan dibacakan tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan : ada lagi Bu ?)*
- |  |       |                          |          |                          |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a. Menjaga kesehatan ibu dan anak          | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Menemukan penyakit/kelainan secara dini | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Dapat melahirkan dengan selamat         | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Untuk ber KB                            | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. Untuk menggugurkan kandungan            | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
17. Menurut ibu apa saja yang perlu diperiksa selama hamil *(Jawaban bisa lebih dari 1, pernyataan di bawah jangan dibacakan tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan : ada lagi Bu ?)*
- |                                |       |                          |          |                          |
|--------------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a. Ukur Tinggi Badan           | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Ukur berat badan            | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Ukur tekanan darah          | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Periksa perut               | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. Periksa detak jantung janin | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| f. Periksa Darah               | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. Periksa Kencing             | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
18. Menurut ibu keadaan apa saja yang dapat membahayakan ibu dan janin selama hamil? *(Jawaban bisa lebih dari 1, pernyataan di bawah jangan dibacakan tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan : ada lagi Bu ?)*
- |  |       |                          |          |                          |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a. Perdarahan dari jalan lahir                     | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Ibu lemas, pucat, tidak bertenaga, kurang darah | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Ibu kejang-kejang dan tidak sadar               | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Ibu demam tinggi / Infeksi                      | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. Ketuban pecah sebelum waktu melahirkan          | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| f. Hamil kembar                                    | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. Letak sungsang/letak lintang                    | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |

- |   |       |                          |          |                          |
|---|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| h. Janin besar                              | 1. ya |                          | 2. Tidak |                          |
| i. Penyakit kronis pada ibu (jantung, paru) | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| j. Oedema/Bengkak                           | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| k. Persalinan kurang bulan                  | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| l. Riwayat persalinan buruk:                | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| m. Darah Tinggi                             | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |

19. Apakah ibu pernah mendengar imunisasi TT untuk ibu hamil?
1. Pernah                      2. Tidak pernah (langsung ke no. 22)
20. Berapa kali imunisasi TT harus diperoleh ibu hamil selama kehamilan?
1. Satu kali
2. Dua kali
3. Lainnya.....
9. Tidak Tahu
21. Apa manfaat imunisasi TT tersebut?
1. Mencegah bayi terinfeksi penyakit tetanus
2. Memberi kekebalan pada tubuh bayi
3. Lainnya.....
9. Tidak tahu
22. Apakah ibu tahu tentang tablet besi (pil tambah darah)?
1. Tahu                      2. Tidak tahu (langsung ke no. 25)
23. Apa manfaat pil tambah darah? (*Jawab: bisa lebih dari 1, pernyataan di bawah jangan dibacakan tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan : ada lagi Bu ?*)
1. Mencegah terjadi anemia pada ibu hamil
2. Mencegah terjadinya perdarahan pada ibu hamil
3. Lainnya:.....
9. Tidak tahu
24. Paling sedikit berapa banyak ibu hamil harus minum tablet tambah darah selama hamil?
1. 30 tablet
2. 90 tablet
3. Lainnya:.....
9. Tidak tahu





42. Berapa kali ibu pernah melahirkan sebelum kehamilan terakhir?

1. Lahir hidup.....
2. Lahir mati.....
3. Keguguran.....
4. Lahir kembar.....

43. Apakah ibu periksa hamil karena persalinan sebelumnya pernah mengalami keadaan seperti tersebut di bawah ini?

- |   |       |                          |          |                          |
|---|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a. Lahir normal dengan anak tunggal           | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Lahir kembar                               | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Melahirkan dengan letak sungsang           | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Melahirkan dengan vacum/forcep             | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| b. Melahirkan bayi biru                       | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| c. Melahirkan bayi besar                      | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| d. Melahirkan bayi kecil                      | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| e. Melahirkan dengan ibu kejang & tidak sadar | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| f. Melahirkan dengan anak mati                | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| g. Melahirkan dengan ibu demam tinggi         | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| h. Melahirkan dengan perdarahan banyak        | 1. ya | <input type="checkbox"/> | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |

44. Apakah dengan adanya kelainan / gangguan kesehatan pada kehamilan atau riwayat persalinan yang jelek pada kehamilan sebelumnya, ibu merasa sangat perlu memeriksakan kehamilan pada kehamilan terakhir?

1. Ya
2. Tidak

**Kualitas Pelayanan Antenatal**

No	Pelayanan yang Diterima	Ya	Tidak
	<b>Keramahan</b>		
45.	Apakah petugas tersenyum setiap kali ibu memasuki ruangan pemeriksaan		
46.	Apakah petugas menyapa ibu dengan ramah setiap kali ibu datang untuk mendapatkan pelayanan		
47.	Apakah petugas bersikap sopan pada setiap kali ibu datang untuk mendapatkan pelayanan		
48.	Apakah petugas menanyakan keadaan ibu setiap kali memeriksakan kehamilan		
49.	Apakah petugas menjelaskan tentang keadaan kehamilan/kesehatan ibu setiap kali memeriksakan kehamilan		
50.	Apakah petugas menjelaskan kegunaan dari setiap tindakan yang dilakukan		

51.	Apakah seluruh pemeriksaan dilaksanakan setelah meminta izin pada ibu atau keluarga		
	<b>Komunikasi</b>		
52.	Apakah petugas mendengarkan dengan baik apa yang ibu sampaikan?		
53.	Apakah petugas menanggapi setiap keluhan ibu?		
54.	Apakah petugas memotong pembicaraan saat ibu menyampaikan keluhan?		
55.	Apakah petugas menjawab dengan baik setiap pertanyaan ibu?		
56.	Apakah petugas menerangkan dengan jelas setiap hasil pemeriksaan?		
57.	Apakah petugas menggunakan bahasa yang mudah dimengerti?		
58.	Apakah petugas mengulangi setiap informasi penting bagi kesehatan ibu?		
59.	Jika ibu belum memahami informasi yang disampaikan, apakah petugas menjelaskan dengan sabar?		
	<b>Pelayanan Antenatal</b>		
60.	Apakah petugas menimbang berat badan ibu setiap kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan?		
61.	Apakah ibu pernah diukur lingkar lengan atas selama hamil?		
62.	Jika Jawaban Ya, Kapan ?.....		
63.	Apakah petugas melakukan pemeriksaan tekanan darah ibu pada setiap kali kunjungan?		
64.	Apakah petugas melakukan pemeriksaan pada perut ibu setiap kali kunjungan?		
65.	Apakah ibu mendapatkan imunisasi TT ketika hamil?		
66.	Jika Jawaban Ya, Berapa kali ?.....		
67.	Apakah ibu mendapat pil tambah darah ketika hamil?		
68.	Jika Jawaban Ya, Berapa banyak selama kehamilan? .....		
69.	Apakah ibu pernah di periksa kencing?		
70.	Jika Jawaban Ya, Kapan ?.....		
71.	Apakah ibu pernah diperiksa darah yang diambil dari ujung jari?		
72.	Jika Jawaban Ya, Kapan?.....		
73.	Apakah petugas menanyakan riwayat penyakit yang pernah ibu derita?		
74.	Apakah petugas menjelaskan tentang pentingnya memeriksakan kehamilan secara teratur?		
75.	Apakah petugas menganjurkan ibu untuk selalu merawat diri?		
76.	Apakah petugas mengajarkan perawatan payudara?		
77.	Apakah menjelaskan pentingnya pemberian ASI		
78.	Apakah petugas menjelaskan tentang makanan bergizi bagi ibu hamil?		
79.	Apakah petugas menjelaskan tanda-tanda resiko dan bahaya kehamilan ?		
80.	Apakah petugas menjelaskan penyakit yang mempunyai pengaruh buruk terhadap ibu dan janin seperti IMS, HIV/AIDS, dan penyakit infeksi lain (Malaria, TBC, Kecacingan)?		
81.	Apakah petugas menganjurkan ibu untuk bersalin pada tenaga kesehatan?		

82.	Apakah petugas menjelaskan persiapan yang harus dilakukan dalam menghadapi persalinan dan perawatan bayi baru lahir?		
83.	Apakah petugas menjelaskan pentingnya tabulin?		
84.	Apakah petugas menjelaskan pentingnya melakukan persiapan untuk menghadapi kelainan kehamilan/persalinan sehingga harus dirujuk ke RS (meliputi: transportasi, kesiapan biaya merujuk dan donor darah)		
85.	Apakah petugas menjelaskan perencanaan KB setelah melahirkan?		
86.	Apakah petugas memberitahukan kapan untuk kembali melakukan pemeriksaan hamil?		

Terimakasih atas kerjasamanya



## LEMBAR OBSERVASI

Untuk pertanyaan di bawah ini lihat dari catatan kartu ibu / buku KIA

1. Pemberian Imunisasi TT selama hamil ..... kali
2. Imunisasi TT1 pada usia kehamilan.....bulan  
Imunisasi TT2 pada usia kehamilan.....bulan
3. Sudah mendapat tablet besi .....tablet
4. Tablet besi yang sudah didapat :  
Fe 1 di dapat pada usia kehamilan.....bulan  
Fe 3 di dapat pada usia kehamilan.....bulan
5. Periksa Hb selama kehamilan.....kali
6. Hb diperiksa pada:  
Kunjungan pertama ?           1. ya           2. tidak  
Kehamilan 28 minggu ?       1. ya           2. tidak  
Lainnya.....
7. Periksa protein urin selama hamil.....kali
8. Pemeriksaan protein urin dilakukan pada saat:  
a. Kunjungan pertama           1. ya           2. tidak  
b. atas indikasi                1. ya           2. tidak  
c. Lain-lain.....
9. Periksa LILA selama hamil.....kali
10. Periksa LILA dilakukan pada saat:  
a. Kunjungan pertama           1. ya           2. tidak  
b. atas indikasi                1. ya           2. tidak  
c. Lain-lain.....

## Lampiran II: Ringkasan Hasil Jawaban Responden

No	Pertanyaan	Jawaban Ya	
		N	%
	<b>Keteraturan dalam melakukan Antenatal</b>		
	a. Responden di Puskesmas dengan Kesenjangan K1 dan K4 < 10%	55	69,6
	b. Responden di Puskesmas dengan kesenjangan K1 dan K4 > 10%	49	60,5
	<b>Pengetahuan</b>		
1	Yang perlu diperiksa selama hamil		
	a. Ukur Tinggi Badan	10	6,3
	b. Ukur berat badan	130	81,3
	c. Ukur tekanan darah	145	90,6
	d. Periksa perut	160	100,0
	e. Periksa detak jantung janin	0	0,0
	f. Periksa Darah	0	0,0
	g. Periksa Kencing	0	0,0
2	Keadaan yang dapat membahayakan ibu dan janin selama hamil		
	a. Perdarahan dari jalan lahir	98	61,3
	b. Ibu lemas, pucat, tidak bertenaga, kurang darah	55	25,0
	c. Ibu kejang-kejang dan tidak sadar	0	0,0
	d. Ibu demam tinggi / Infeksi	10	6,25
	e. Ketuban pecah sebelum waktu melahirkan	0	0,0
	f. Hamil kembar	0	0,0
	g. Letak sungsang/letak lintang	28	17,5
	h. Janin besar	-	0,0
	i. Penyakit kronis pada ibu (jantung, paru)	18	11,3
	j. Oedema/Bengkak	0	0,0
	k. Persalinan kurang bulan	50	31,3
	l. Riwayat persalinan buruk:	15	9,4
	m. Darah tinggi	30	17,8
3	Jumlah Imunisasi TT 2x selama hamil	73	45,6
4	Tahu Manfaat Imunisasi TT	70	43,8
5	Tahu Manfaat Fe	110	68,7
6	Jumlah minimal 90 tablet Fe yang harus diminum selama hamil	95	59,4
	<b>Petugas Ramah</b>	90	56,3
	<b>Komunikasi Petugas Baik</b>	95	59,4
	<b>Tindakan Pelayanan Antenatal Baik</b>	101	63,1

<b>Tindakan Pelayanan Antenatal</b>			
1	Berat badan ibu ditimbang setiap kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan	160	100,0
2	Diukur LILA ketika hamil	32	20,0
3	Diperiksa tekanan darah setiap kali kunjungan	150	93,7
4	Diperiksa perut setiap kali kunjungan	160	100,0
5	Mendapatkan imunisasi TT 2x ketika hamil	130	81,3
6	Mendapat pil tambah darah sebanyak 90 tablet ketika hamil	145	90,6
7	Diperiksa protein urin ketika hamil	2	1,3
8	Diperiksa darah yang diambil dari ujung jari	43	26,9
9	Petugas menanyakan riwayat penyakit yang pernah ibu derita	98	61,3
10	Petugas menjelaskan tentang pentingnya memeriksakan kehamilan secara teratur	126	78,8
11	Petugas menganjurkan ibu untuk selalu merawat diri	76	47,5
12	Petugas mengajarkan perawatan payudara	30	18,75
13	Petugas menjelaskan pentingnya pemberian ASI	147	91,9
14	Petugas menjelaskan tentang makanan bergizi bagi ibu hamil	125	78,1
15	Petugas menjelaskan tanda-tanda resiko dan bahaya kehamilan	12	7,5
16	Petugas menjelaskan penyakit yang mempunyai pengaruh buruk terhadap ibu dan janin seperti IMS, HIV/AIDS, dan penyakit infeksi lain (Malaria, TBC, Kecacingan)	15	9,4
17	Petugas menganjurkan ibu untuk bersalin pada tenaga kesehatan	160	100,0
18	Petugas menjelaskan persiapan yang harus dilakukan dalam menghadapi persalinan dan perawatan bayi baru lahir	89	55,6
19	Petugas menjelaskan pentingnya tabulin	141	88,1
20	Petugas menjelaskan pentingnya melakukan persiapan untuk menghadapi kelainan kehamilan/persalinan sehingga harus dirujuk ke RS (meliputi: transportasi, kesiapan biaya merujuk dan donor darah)	79	49,4
21	Petugas menjelaskan perencanaan KB setelah melahirkan	135	84,4
22	Petugas memberitahukan kapan untuk kembali melakukan periksa hamil	140	87,5
<b>Kebutuhan</b>			
1	Alasan Periksa Hamil		
	a. Karena sakit-sakitan	50	31,3
	b. Supaya ibu dan bayi sehat dan selamat	160	100,0
	c. Ingin tahu keadaan kehamilan	160	100,0
2	Alasan melakukan ANC karena ada keluhan:		
	a. Anemia	50	31,3
	b. Anorexia	75	46,9
	c. Pre eklamsia	10	6,3
	d. Malaria	6	3,8
	e. Infeksi Traktus Urinarius	0	0,0

	f. DM	0	0,0
	g. TBC	20	12,5
	h. Keluhan pada kehamilan Trimester III	15	9,4
3	Riwayat kehamilan sebelumnya:		
	a. Lahir mati	15	9,4
	b. Keguguran	10	6,3
	c. Lahir kembar	6	3,8
	Dukungan Keluarga		
1	Mendapat Dukungan Keluarga untuk periksa hamil	160	100
2	Menganjurkan/mengingatkan ibu untuk periksa hamil	126	78,8
3	Keluarga/suami berupaya mendapatkan informasi tentang pelayanan periksa hamil	30	17,8
4	Menemani/mengantar ke tempat periksa	73	45,6

### Lampiran III: Hasil Uji Statistik

#### Statistics

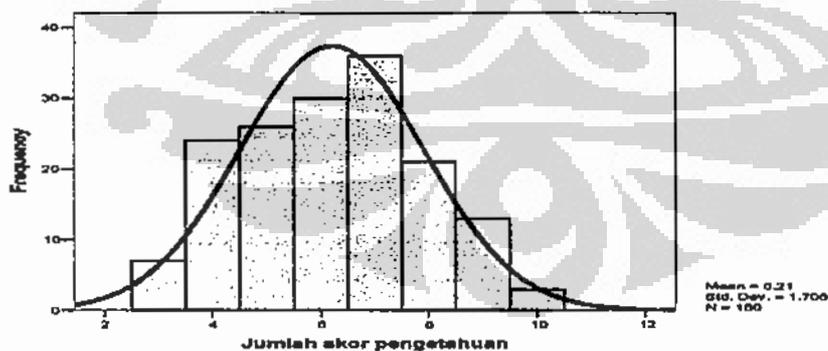
Jumlah skor pengetahuan

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		6.15
Median		6.00
Mode		7
Std. Deviation		1.706
Skewness		.056
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		3
Maximum		10

Jumlah skor pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	7	4.4	4.4	4.4
4	24	15.0	15.0	19.4
5	26	16.3	16.3	35.6
6	30	18.8	18.8	54.4
7	36	22.5	22.5	76.9
8	21	13.1	13.1	90.0
9	13	8.1	8.1	98.1
10	3	1.9	1.9	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Histogram



**Statistics**

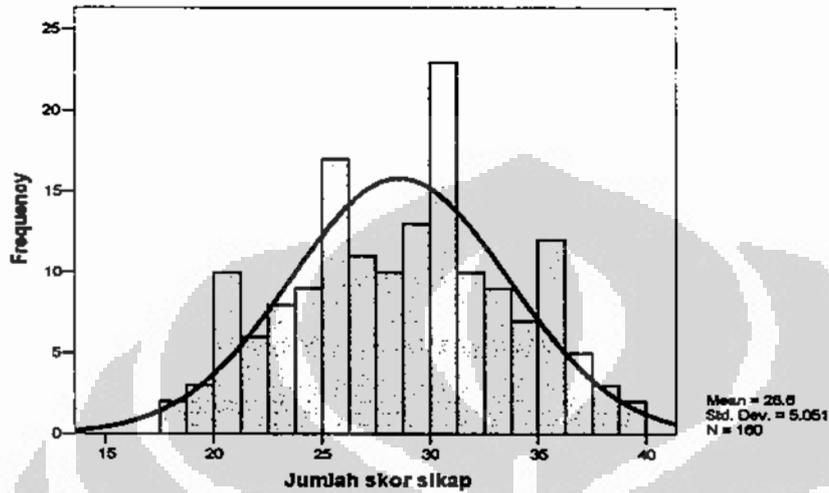
**Jumlah skor sikap**

<b>N</b>	<b>Valid</b>	160
	<b>Missing</b>	0
<b>Mean</b>		28.60
<b>Median</b>		29.00
<b>Mode</b>		29
<b>Std. Deviation</b>		5.051
<b>Skewness</b>		-.043
<b>Std. Error of Skewness</b>		.192
<b>Minimum</b>		18
<b>Maximum</b>		39

**Jumlah skor sikap**

		<b>Frequenc y</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	18	2	1.3	1.3	1.3
	19	3	1.9	1.9	3.1
	20	5	3.1	3.1	6.3
	21	5	3.1	3.1	9.4
	22	6	3.8	3.8	13.1
	23	8	5.0	5.0	18.1
	24	9	5.6	5.6	23.8
	25	9	5.6	5.6	29.4
	26	8	5.0	5.0	34.4
	27	11	6.9	6.9	41.3
	28	10	6.3	6.3	47.5
	29	13	8.1	8.1	55.6
	30	12	7.5	7.5	63.1
	31	11	6.9	6.9	70.0
	32	10	6.3	6.3	76.3
	33	9	5.6	5.6	81.9
	34	7	4.4	4.4	86.3
	35	6	3.8	3.8	90.0
	36	6	3.8	3.8	93.8
	37	5	3.1	3.1	96.9
	38	3	1.9	1.9	98.8
	39	2	1.3	1.3	100.0
<b>Total</b>		160	100.0	100.0	

Histogram



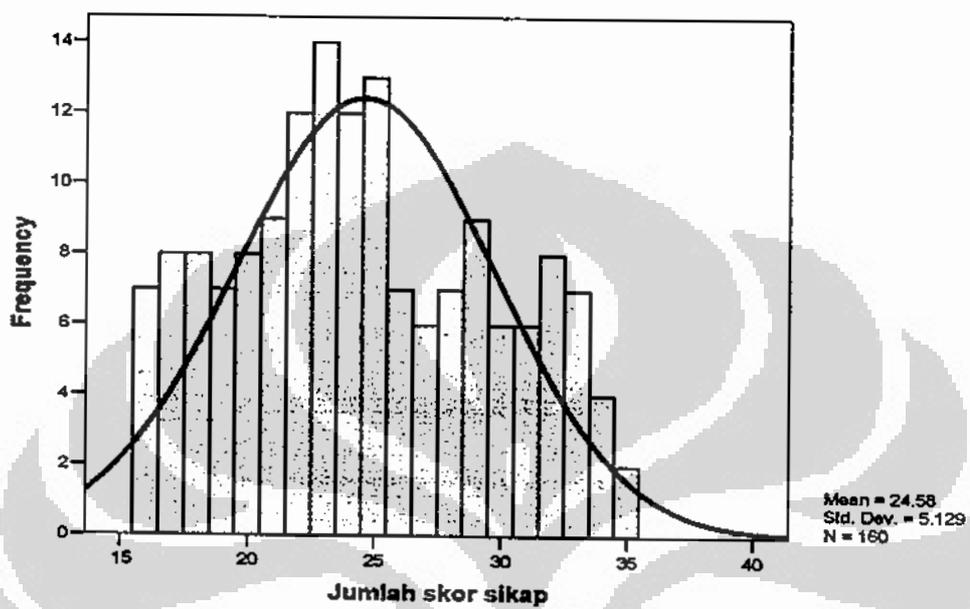
Statistics

Jumlah skor sikap		
N	Valid	160
	Missing	0
Mean		24.58
Median		24.00
Mode		23
Std. Deviation		5.129
Skewness		.184
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		16
Maximum		35

Jumlah skor sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	7	4.4	4.4	4.4
17	8	5.0	5.0	9.4
18	8	5.0	5.0	14.4
19	7	4.4	4.4	18.8
20	8	5.0	5.0	23.8
21	9	5.6	5.6	29.4
22	12	7.5	7.5	36.9
23	14	8.8	8.8	45.6
24	12	7.5	7.5	53.1
25	13	8.1	8.1	61.3
26	7	4.4	4.4	65.6
27	6	3.8	3.8	69.4
28	7	4.4	4.4	73.8
29	9	5.6	5.6	79.4
30	6	3.8	3.8	83.1
31	6	3.8	3.8	86.9
32	8	5.0	5.0	91.9
33	7	4.4	4.4	96.3
34	4	2.5	2.5	98.8
35	2	1.3	1.3	100.0
Total	160	100.0	100.0	

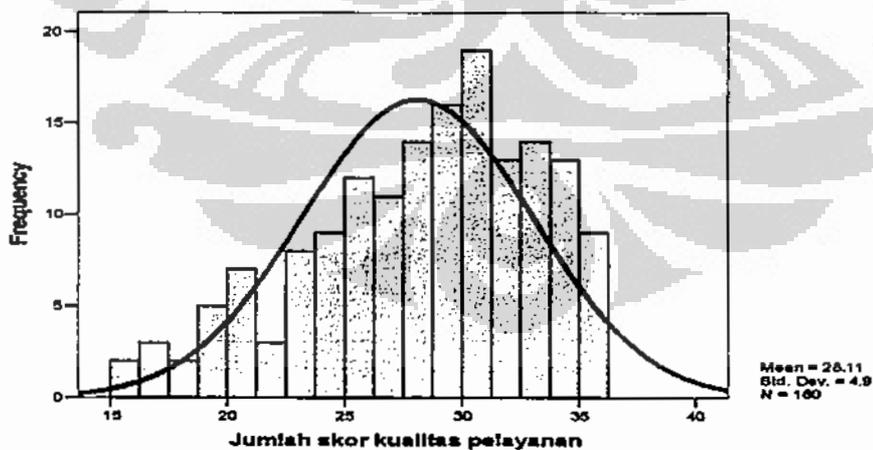
Histogram



Jumlah skor kualitas pelayanan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	2	1.3	1.3	1.3
17	3	1.9	1.9	3.1
18	2	1.3	1.3	4.4
19	5	3.1	3.1	7.5
20	3	1.9	1.9	9.4
21	4	2.5	2.5	11.9
22	3	1.9	1.9	13.8
23	8	5.0	5.0	18.8
24	9	5.6	5.6	24.4
25	5	3.1	3.1	27.5
26	7	4.4	4.4	31.9
27	11	6.9	6.9	38.8
28	14	8.8	8.8	47.5
29	16	10.0	10.0	57.5
30	15	9.4	9.4	66.9
31	4	2.5	2.5	69.4
32	13	8.1	8.1	77.5
33	14	8.8	8.8	86.3
34	13	8.1	8.1	94.4
35	5	3.1	3.1	97.5
36	4	2.5	2.5	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Histogram

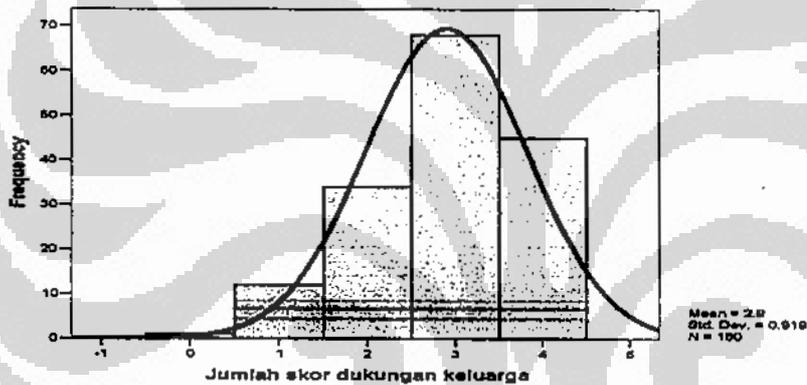


### Statistics

#### Jumlah skor dukungan keluarga

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		2.90
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.919
Skewness		-.376
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		0
Maximum		4

### Histogram

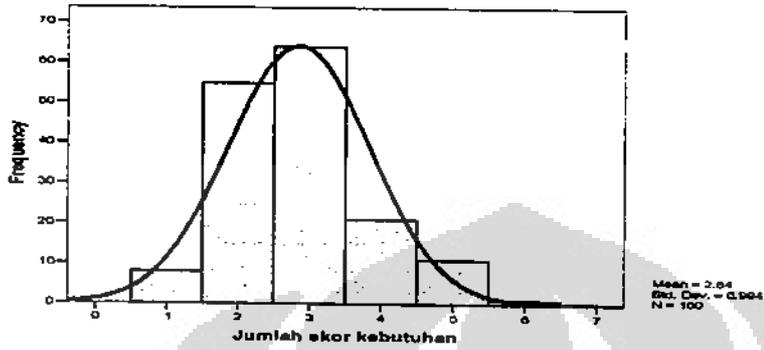


### Statistics

#### Jumlah skor kebutuhan

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		2.84
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.994
Skewness		.092
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		1
Maximum		6

Histogram

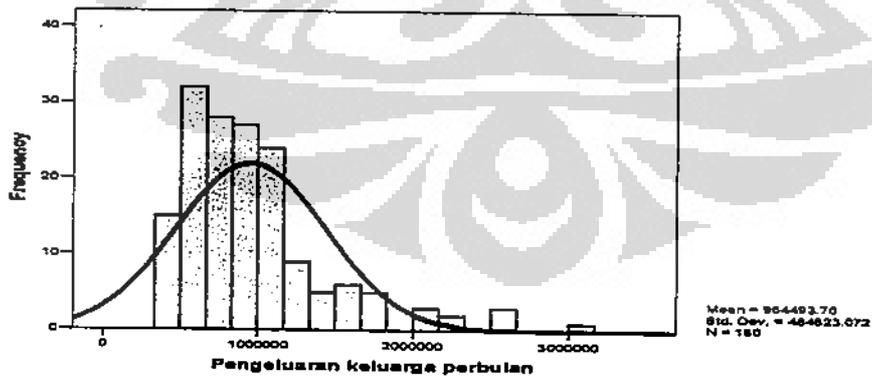


Statistics

Pengeluaran keluarga perbulan

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		954493.75
Median		856000.00
Mode		800000
Std. Deviation		484623.07
Skewness		2
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		345000
Maximum		3050000

Histogram



Statistics

		Umur ibu	Pendidikan ibu	Pekerjaan ibu	Jumlah anak	Jumlah pemeriksaan ANC	Jumlah pemeriksaan trimester 1	Jumlah pemeriksaan trimester 2	Jumlah pemeriksaan trimester 3
N	Valid	160	160	160	160	160	160	160	160
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		28.92	3.10	1.79	2.21	6.69	1.51	2.23	2.94
Std. Error of Mean		.396	.079	.124	.101	.210	.100	.085	.073
Median		30.00	3.00	1.00	2.00	7.00	1.50	2.50	3.00
Mode		30	4	1	1	8	3	3	3
Std. Deviation		4.882	.998	1.563	1.278	2.652	1.269	1.071	.923
Minimum		17	1	1	1	1	0	0	1
Maximum		40	5	6	8	15	3	5	7

Frequency Table

Umur ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17	1	.6	.6	.6
18	1	.6	.6	1.3
19	3	1.9	1.9	3.1
20	4	2.5	2.5	5.6
22	13	8.1	8.1	13.8
23	3	1.9	1.9	15.6
24	3	1.9	1.9	17.5
25	9	5.6	5.6	23.1
26	18	11.3	11.3	34.4
27	7	4.4	4.4	38.8
28	8	5.0	5.0	43.8
29	4	2.5	2.5	46.3
30	31	19.4	19.4	65.6
31	6	3.8	3.8	69.4
32	9	5.6	5.6	75.0
33	13	8.1	8.1	83.1
34	4	2.5	2.5	85.6
35	8	5.0	5.0	90.6
36	4	2.5	2.5	93.1
37	7	4.4	4.4	97.5
38	3	1.9	1.9	99.4
40	1	.6	.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Kategori umur ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Berisiko (< 20 th atau > 35 th)	20	12.5	12.5	12.5
Tidak berisiko (20 - 35 th)	140	87.5	87.5	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Pendidikan ibu**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sekolah/ tidak tamat SD	9	5.6	5.6	5.6
Tamat SD	37	23.1	23.1	28.8
Tamat SLTP	51	31.9	31.9	60.6
Tamat SLTA	55	34.4	34.4	95.0
Tamat Akademi/ Unlversitas	8	5.0	5.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Kategori pendidikan ibu**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan tinggi (SLTA keatas)	63	39.4	39.4	39.4
Pendidikan rendah ( dibawah SLTA)	97	60.6	60.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Pekerjaan ibu**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ibu RT	120	75.0	75.0	75.0
Wiraswasta	7	4.4	4.4	79.4
PNS	8	5.0	5.0	84.4
Pegawai swasta	7	4.4	4.4	88.8
Berdagang	7	4.4	4.4	93.1
Buruh	11	6.9	6.9	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Kategori pekerjaan ibu**

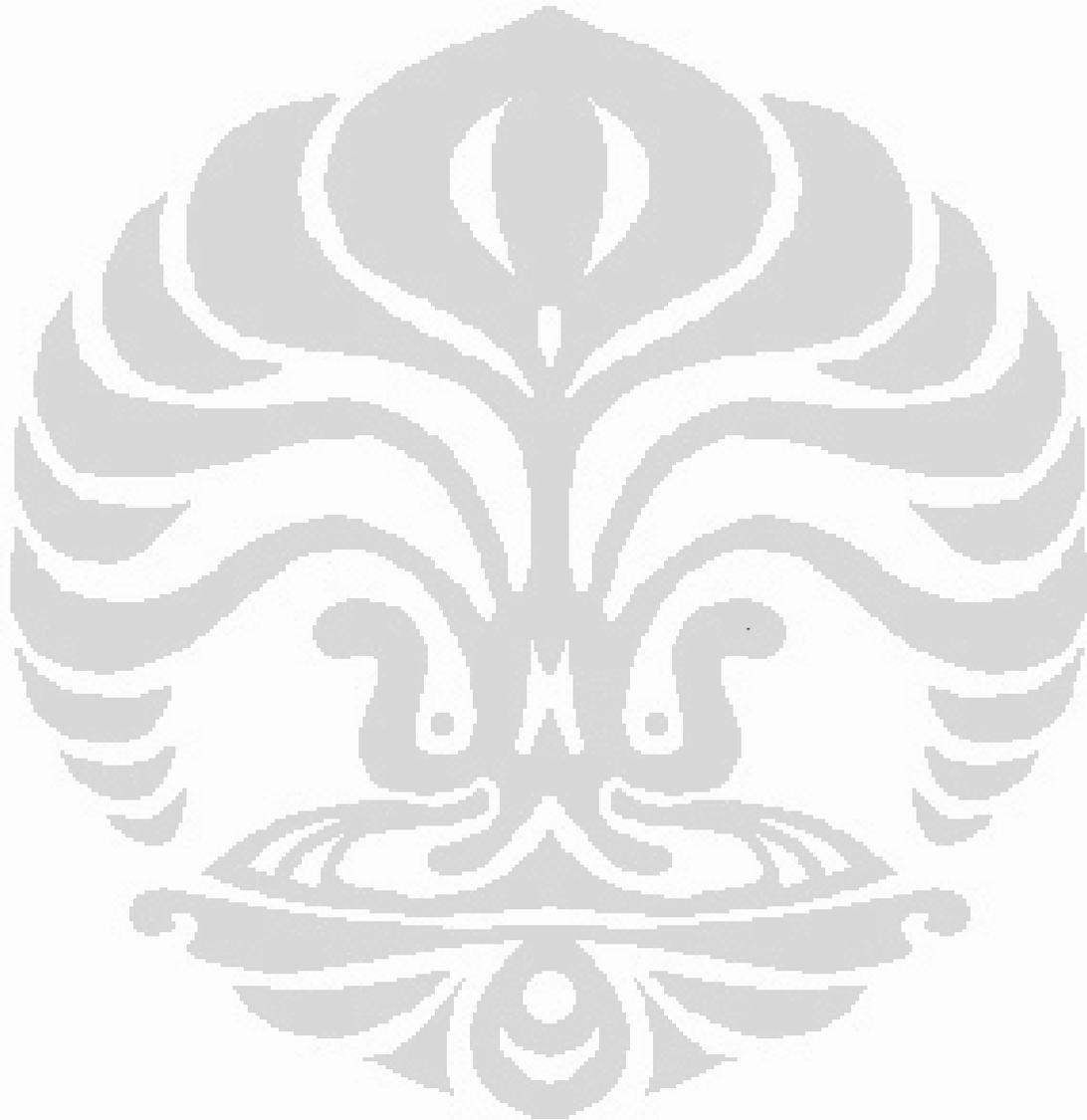
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	40	25.0	25.0	25.0
Tidak bekerja	120	75.0	75.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Jumlah anak**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	58	36.3	36.3	36.3
2	48	30.0	30.0	66.3
3	31	19.4	19.4	85.6
4	14	8.8	8.8	94.4
5	8	3.8	3.8	98.1
6	2	1.3	1.3	99.4
8	1	.6	.8	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Banyak (> 3 anak)	23	14.4	14.4	14.4
	Sedikit (<= 3 anak)	137	85.6	85.6	100.0
	Total	160	100.0	100.0	



Pengeluaran keluarga perbulan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 345000	3	1.9	1.9	1.9
365000	1	.6	.6	2.5
390000	1	.6	.6	3.1
400000	2	1.3	1.3	4.4
405000	1	.6	.6	5.0
415000	1	.6	.6	5.6
434000	1	.6	.6	6.3
440000	2	1.3	1.3	7.5
470000	1	.6	.6	8.1
482000	2	1.3	1.3	9.4
505000	2	1.3	1.3	10.6
510000	2	1.3	1.3	11.9
522000	1	.6	.6	12.5
540000	2	1.3	1.3	13.8
545000	5	3.1	3.1	16.9
580000	1	.6	.6	17.5
587000	4	2.5	2.5	20.0
590000	4	2.5	2.5	22.5
600000	3	1.9	1.9	24.4
615000	5	3.1	3.1	27.5
645000	2	1.3	1.3	28.8
650000	1	.6	.6	29.4
670000	5	3.1	3.1	32.5
675000	1	.6	.6	33.1
690000	1	.6	.6	33.8
710000	1	.6	.6	34.4
715000	1	.6	.6	35.0
740000	1	.6	.6	35.6
750000	2	1.3	1.3	36.9
760000	1	.6	.6	37.5
770000	1	.6	.6	38.1
775000	2	1.3	1.3	39.4
780000	1	.6	.6	40.0
787000	1	.6	.6	40.6
800000	9	5.0	5.0	46.3
820000	1	.6	.6	46.9
840000	1	.6	.6	47.5
851000	1	.6	.6	48.1
855000	3	1.9	1.9	50.0
857000	4	2.5	2.5	52.5
860000	3	1.9	1.9	54.4
870000	6	3.8	3.8	58.1
900000	3	1.9	1.9	60.0
910000	2	1.3	1.3	61.3
915000	1	.6	.6	61.9
930000	2	1.3	1.3	63.1
940000	1	.6	.6	63.8
1000000	4	2.5	2.5	66.3
1015000	2	1.3	1.3	67.5
1020000	3	1.9	1.9	69.4
1030000	2	1.3	1.3	70.6
1065000	3	1.9	1.9	72.5
1080000	1	.6	.6	73.1
1100000	4	2.5	2.5	75.6
1150000	2	1.3	1.3	78.9
1185000	3	1.9	1.9	78.8
1215000	5	3.1	3.1	81.9
1280000	1	.6	.6	82.5
1300000	2	1.3	1.3	83.8
1330000	1	.6	.6	84.4
1350000	1	.6	.6	85.0
1360000	1	.6	.6	85.6
1370000	2	1.3	1.3	86.9
1405000	1	.6	.6	87.5
1547000	2	1.3	1.3	88.8
1560000	1	.6	.6	89.4
1562000	3	1.9	1.9	91.3
1710000	1	.6	.6	91.9
1740000	1	.6	.6	92.5
1780000	2	1.3	1.3	93.8
1825000	1	.6	.6	94.4
2000000	3	1.9	1.9	96.3
2200000	1	.6	.6	96.9
2300000	1	.6	.6	97.5
2530000	1	.6	.6	98.1
2640000	2	1.3	1.3	99.4
3050000	1	.6	.6	100.0
Total	180	100.0	100.0	

**Penghasilan keluarga perbulan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi (> mean)	58	36.3	36.3	36.3
Rendah (<= mean)	102	63.8	63.8	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Jumlah pemeriksaan trimester 1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	53	33.1	33.1	33.1
1	27	16.9	16.9	50.0
2	25	15.8	15.8	65.6
3	55	34.4	34.4	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Jumlah pemeriksaan trimester 2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	16	10.0	10.0	10.0
1	19	11.9	11.9	21.9
2	45	28.1	28.1	50.0
3	74	46.3	46.3	96.3
4	4	2.5	2.5	98.8
6	2	1.3	1.3	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Jumlah pemeriksaan trimester 3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	3.1	3.1	3.1
2	41	25.6	25.6	28.8
3	88	53.8	53.8	82.5
4	18	11.3	11.3	93.8
5	8	5.0	5.0	98.8
6	1	.6	.6	99.4
7	1	.6	.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Keteraturan pemeriksaan ANC**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Teratur	104	65.0	65.0	65.0
Tidak teratur	56	35.0	35.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Kategori pengetahuan ibu**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pengetahuan baik (> mean)	88	55.0	55.0	55.0
Pengetahuan kurang (<= mean)	72	45.0	45.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

**Kategori sikap ibu**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sikap positif (> mean)	102	63.8	63.8	63.8
	Sikap negatif (<= mean)	58	36.3	36.3	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**Dukungan keluarga untuk melakukan ANC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dukungan keluarga kuat (> mean)	99	61.9	61.9	61.9
	Dukungan keluarga kurang (<= mean)	61	38.1	38.1	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**Kebutuhan ibu melakukan ANC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kebutuhan tinggi (> mean)	97	60.6	60.6	60.6
	Kebutuhan rendah (<= mean)	63	39.4	39.4	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**Kualitas pelayanan ANC petugas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik (> mean)	95	59.4	59.4	59.4
	Kurang (<= mean)	65	40.6	40.6	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**Crosstabs**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategon umur ibu * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kategori pendidikan ibu * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kategori pekerjaan ibu * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Paritas * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Penghasilan keluarga perbulan * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kategori pengetahuan ibu * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kategori sikap ibu * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Dukungan keluarga untuk melakukan ANC * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kebutuhan ibu melakukan ANC * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
Kualitas pelayanan ANC petugas * Keteraturan pemeriksaan ANC	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%

**Kategori umur ibu \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

Kategori umur ibu		Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
		Teratur	Tidak teratur	
Berisiko (< 20 th atau > 35 th)	Count	10	10	20
	% within Kategori umur ibu	50.0%	50.0%	100.0%
Tidak berisiko (20 - 35 th)	Count	94	46	140
	% within Kategori umur ibu	67.1%	32.9%	100.0%
Total	Count	104	56	160
	% within Kategori umur ibu	65.0%	35.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.261 <sup>b</sup>	1	.133		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1.570	1	.210		
Likelihood Ratio	2.172	1	.141		
Fisher's Exact Test				.141	.106
Linear-by-Linear Association	2.248	1	.134		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.00.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori umur ibu (Berisiko (< 20 th atau > 35 th) / Tidak berisiko (20 - 35 th))	.489	.190	1.259
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	.745	.473	1.172
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	1.522	.925	2.504
N of Valid Cases	160		

## Kategori pendidikan ibu \* Keteraturan pemeriksaan ANC

### Crosstab

		Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
		Teratur	Tidak teratur	
Kategori pendidikan ibu	Pendidikan tinggi (SLTA keatas)	Count 49 % within Kategori pendidikan ibu 77.8%	Count 14 % within Kategori pendidikan ibu 22.2%	63 100.0%
	Pendidikan rendah ( dibawah SLTA)	Count 55 % within Kategori pendidikan ibu 56.7%	Count 42 % within Kategori pendidikan ibu 43.3%	97 100.0%
Total		Count 104 % within Kategori pendidikan ibu 65.0%	Count 56 % within Kategori pendidikan ibu 35.0%	160 100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.458 <sup>b</sup>	1	.008		
Continuity Correction <sup>a</sup>	6.580	1	.010		
Likelihood Ratio	7.717	1	.005		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	7.411	1	.008		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.05.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori pendidikan ibu (Pendidikan tinggi (SLTA keatas) / Pendidikan rendah ( dibawah SLTA))	2.873	1.305	5.475
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1.372	1.103	1.706
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.513	.307	.859
N of Valid Cases	160		

**Kategori pekerjaan ibu \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

**Crosstab**

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Kategori pekerjaan ibu	Bekerja	Count % within Kategori pekerjaan ibu	24 60.0%	16 40.0%	40 100.0%
	Tidak bekerja	Count % within Kategori pekerjaan ibu	80 68.7%	40 33.3%	120 100.0%
Total		Count % within Kategori pekerjaan ibu	104 65.0%	56 35.0%	160 100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.586 <sup>a</sup>	1	.444		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.330	1	.566		
Likelihood Ratio	.579	1	.447		
Fisher's Exact Test				.450	.281
Linear-by-Linear Association	.582	1	.445		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

**Risk Estimata**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori pekerjaan ibu (Bekerja / Tidak bekerja)	.750	.359	1.568
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	.900	.678	1.194
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	1.200	.760	1.894
N of Valid Cases	160		

**Paritas \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Paritas	Banyak (> 3 anak)	Count	11	12	23
		% within Paritas	47.8%	52.2%	100.0%
	Sedikit (<= 3 anak)	Count	93	44	137
		% within Paritas	67.9%	32.1%	100.0%
Total		Count	104	56	160
		% within Paritas	65.0%	35.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.482 <sup>b</sup>	1	.062		
Continuity Correction <sup>a</sup>	2.657	1	.103		
Likelihood Ratio	3.338	1	.068		
Fisher's Exact Test				.098	.054
Linear-by-Linear Association	3.481	1	.063		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.05.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Banyak (> 3 anak) / Sedikit (<= 3 anak))	.434	.178	1.060
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	.705	.453	1.096
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	1.825	1.025	2.575
N of Valid Cases	160		

**Penghasilan keluarga perbulan \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Penghasilan keluarga perbulan	Tinggi (> mean)	Count	39	19	58
		% within Penghasilan keluarga perbulan	67.2%	32.8%	100.0%
	Rendah (<= mean)	Count	65	37	102
		% within Penghasilan keluarga perbulan	63.7%	36.3%	100.0%
Total		Count	104	56	160
		% within Penghasilan keluarga perbulan	65.0%	35.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.201 <sup>b</sup>	1	.654		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.076	1	.783		
Likelihood Ratio	.202	1	.653		
Fisher's Exact Test				.731	.393
Linear-by-Linear Association	.200	1	.655		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.30.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penghasilan keluarga perbulan (Tinggi (> mean) / Rendah (<= mean))	1.168	.591	2.308
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1.055	.837	1.330
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.903	.578	1.416
N of Valid Cases	160		

Kategori pengetahuan ibu \* Keteraturan pemeriksaan ANC

Crosstab

		Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
		Teratur	Tidak teratur	
Kategori pengetahuan ibu	Pengetahuan baik (> mean)	Count 71 80.7%	Count 17 19.3%	88 100.0%
	Pengetahuan kurang (<= mean)	Count 33 45.8%	Count 39 54.2%	72 100.0%
Total		Count 104 65.0%	Count 56 35.0%	160 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.139 <sup>b</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	19.635	1	.000		
Likelihood Ratio	21.489	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.007	1	.000		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25.20.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori pengetahuan ibu (Pengetahuan baik (> mean) / Pengetahuan kurang (<= mean))	4.936	2.442	9.975
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1.760	1.342	2.309
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.357	.221	.575
N of Valid Cases	160		

**Kategori sikap ibu \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Kategori sikap ibu	Sikap positif (> mean)	Count	75	27	102
		% within Kategori sikap ibu	73.5%	26.5%	100.0%
	Sikap negatif (<= mean)	Count	29	29	58
		% within Kategori sikap ibu	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	104	56	160
		% within Kategori sikap ibu	65.0%	35.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.998 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.994	1	.005		
Likelihood Ratio	8.882	1	.003		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	8.942	1	.003		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.30.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori sikap ibu (Sikap positif (> mean) / Sikap negatif (<= mean))	2.778	1.411	5.467
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1.471	1.109	1.951
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.529	.350	.800
N of Valid Cases	160		

**Dukungan keluarga untuk melakukan ANC \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Dukungan keluarga untuk melakukan ANC	Dukungan keluarga kuat ( > mean )	Count % within Dukungan keluarga untuk melakukan ANC	68 68.7%	31 31.3%	99 100.0%
	Dukungan keluarga kurang ( <= mean )	Count % within Dukungan keluarga untuk melakukan ANC	36 59.0%	25 41.0%	61 100.0%
Total		Count % within Dukungan keluarga untuk melakukan ANC	104 65.0%	58 35.0%	160 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.552 <sup>b</sup>	1	.213		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1.156	1	.282		
Likelihood Ratio	1.540	1	.215		
Fisher's Exact Test				.235	.141
Linear-by-Linear Association	1.542	1	.214		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.35.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan keluarga untuk melakukan ANC (Dukungan keluarga kuat ( > mean ) / Dukungan keluarga kurang ( <= mean ))	1.523	.784	2.959
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1.164	.908	1.491
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.764	.502	1.162
N of Valid Cases	160		

**Kebutuhan ibu melakukan ANC \* Keteraturan pemeriksaan ANC**

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Kebutuhan ibu melakukan ANC	Kebutuhan tinggi ( > mean )	Count % within Kebutuhan ibu melakukan ANC	59 60.8%	38 39.2%	97 100.0%
	Kebutuhan rendah ( <= mean )	Count % within Kebutuhan ibu melakukan ANC	45 71.4%	18 28.6%	63 100.0%
Total		Count % within Kebutuhan ibu melakukan ANC	104 65.0%	56 35.0%	160 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.888 <sup>b</sup>	1	.169		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1.450	1	.228		
Likelihood Ratio	1.913	1	.167		
Fisher's Exact Test				.180	.114
Linear-by-Linear Association	1.876	1	.171		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.05.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebutuhan ibu melakukan ANC (Kebutuhan tinggi ( > mean ) / Kebutuhan rendah ( <= mean ))	.621	.314	1.228
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	.852	.681	1.065
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	1.371	.863	2.177
N of Valid Cases	160		

## Kualitas pelayanan ANC petugas \* Keteraturan pemeriksaan ANC

Crosstab

			Keteraturan pemeriksaan ANC		Total
			Teratur	Tidak teratur	
Kualitas pelayanan ANC petugas	Baik ( > mean )	Count % within Kualitas pelayanan ANC petugas	72 75.8%	23 24.2%	95 100.0%
	Kurang ( <= mean )	Count % within Kualitas pelayanan ANC petugas	32 49.2%	33 50.8%	65 100.0%
Total		Count % within Kualitas pelayanan ANC petugas	104 65.0%	56 35.0%	160 100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,966 <sup>b</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>a</sup>	10,827	1	.001		
Likelihood Ratio	11,925	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11,891	1	.001		
N of Valid Cases	160				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.75.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kualitas pelayanan ANC petugas (Baik (> mean) / Kurang (<= mean))	3,228	1,642	6,346
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Teratur	1,539	1,173	2,020
For cohort Keteraturan pemeriksaan ANC = Tidak teratur	.477	.311	.732
N of Valid Cases	160		

## Logistic Regression

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included In Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
	Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 104	Tidak teratur 0	100.0
		56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	didita	7.458	1	.006
	kerjakat	.586	1	.444
	partas	3.482	1	.062
	hasil	.201	1	.654
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	dukung	1.552	1	.213
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.281	1	.133
	butuh by mutukat	1.269	1	.258
	mutukat by tahu	31.865	1	.000
	hasil by mutukat	8.058	1	.005
Overall Statistics		56.661	13	.000

### Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	66.596	13
	Block	66.596	13
	Model	66.596	13

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	140.587 <sup>a</sup>	.340	.469

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 89	Tidak teratur 15	85.6
		23	33	58.9
Overall Percentage				78.3

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	.903	2.427	.138	1	.710	2.468	.021	287.318
	didika	1.910	.579	10.872	1	.001	6.752	2.170	21.014
	kerjakt	-1.216	.551	4.870	1	.027	.297	.101	.873
	paritas	-.116	.660	.031	1	.860	.890	.244	3.246
	hasil	.455	1.446	.099	1	.753	1.576	.093	26.816
	tahu	-.728	1.372	.281	1	.598	.483	.033	7.112
	sikap	1.575	.515	9.347	1	.002	4.831	1.760	13.260
	dukung	-.290	.474	.373	1	.541	.748	.295	1.896
	butuh	1.826	1.405	1.339	1	.247	5.084	.324	79.883
	umrkat	-.842	.712	.813	1	.367	.528	.130	2.125
	butuh by mutukat	-1.578	.971	2.641	1	.104	.208	.031	1.384
	mutukat by tahu	1.910	.859	3.962	1	.047	6.750	1.030	44.248
	hasil by mutukat	-.130	.959	.018	1	.892	.878	.134	5.750
	Constant	-5.963	4.155	2.074	1	.150	.003		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakt, paritas, hasil, tahu, sikap, dukung, butuh, umrkat, butuh \* mutukat, mutukat \* tahu, hasil \* mutukat.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
	Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Ketataruran pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0 Ketataruran pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.819	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.		
0	mutukat	11.968	1	.001		
	didika	7.458	1	.006		
	kerjakat	.596	1	.444		
	paritas	3.482	1	.062		
	hasil	.201	1	.654		
	tahu	21.139	1	.000		
	sikap	8.998	1	.003		
	dukung	1.552	1	.213		
	butuh	1.888	1	.169		
	umurkat	2.281	1	.133		
	butuh by mutukat	1.289	1	.256		
	mutukat by tahu	31.865	1	.000		
Overall Statistics				56.600	12	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Step	Chi-square	df	Sig.
1	Step	66.577	12	.000
	Block	66.577	12	.000
	Model	66.577	12	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	140.606 <sup>a</sup>	.340	.469

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	82	12	88.5
	Tidak teratur	23	33	58.9
Overall Percentage				78.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	.678	1.754	.148	1	.700	1.966	.063	61.149
	didika	1.920	.575	11.133	1	.001	6.818	2.208	21.057
	kerjakat	-1.224	.547	5.005	1	.025	.294	.101	.859
	paritas	-.122	.658	.034	1	.853	.885	.244	3.218
	hasil	.270	.474	.325	1	.569	1.310	.517	3.319
	tahu	-.781	1.351	.317	1	.573	.487	.033	6.596
	sikap	1.560	.503	9.633	1	.002	4.758	1.777	12.742
	dukung	-.278	.467	.358	1	.551	.757	.303	1.889
	butuh	1.650	1.394	1.400	1	.237	5.205	.339	80.034
	umurkat	-.653	.707	.853	1	.356	.521	.130	2.081
	butuh by mutukat	-1.581	.968	2.704	1	.100	.204	.031	1.357
	mutukat by tahu	1.934	.943	4.207	1	.040	6.921	1.090	43.954
Constant		-5.631	3.237	3.026	1	.082	.004		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, paritas, hasil, tahu, sikap, dukung, butuh, umurkat, butuh \* mutukat, mutukat \* tahu.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

### Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted			
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct	
		Teratur	Tidak teratur		
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
		Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage					85.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjakat	.586	1	.444
	paritas	3.482	1	.062
	hasil	.201	1	.654
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	dukung	1.552	1	.213
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
	mutukat by tahu	31.865	1	.000
Overall Statistics		54.709	11	.000

### Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	63.745	11	.000
	Block	63.745	11	.000
	Model	63.745	11	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	143.438 <sup>a</sup>	.329	.453

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	88	16	84.6
	Tidak teratur	26	30	53.6
Overall Percentage				73.8

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	-1.061	1.405	.570	1	.450	.346	.022	5.433
	didika	1.821	.552	10.867	1	.001	6.177	2.092	18.238
	kerjakat	-1.152	.535	4.629	1	.031	.316	.111	.902
	paritas	-.035	.856	.003	1	.958	.966	.267	3.496
	hasil	.320	.465	.472	1	.492	1.377	.553	3.425
	tahu	-.346	1.302	.071	1	.790	.707	.055	9.072
	sikap	1.678	.497	11.401	1	.001	5.354	2.022	14.177
	dukung	-.350	.462	.574	1	.449	.705	.285	1.743
	butuh	-.563	.440	1.637	1	.201	.570	.240	1.349
	umurkat	-.494	.701	.496	1	.481	.610	.154	2.413
	mutukat by tahu	1.629	.885	3.391	1	.068	5.096	.901	28.861
	Constant	-3.722	2.963	1.556	1	.212	.024		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, paritas, hasil, tahu, sikap, dukung, butuh, umurkat, mutukat \* tahu.

**Logistic Regression**

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

**Block 0: Beginning Block**

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 104	Tidak teratur 0	100.0
		56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjakat	.588	1	.444
	paritas	3.482	1	.062
	hasil	.201	1	.654
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	dukung	1.552	1	.213
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		50.725	10	.000

### Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Step	Chi-square	df	Sig.
1	Step	60.231	10	.000
	Block	60.231	10	.000
	Model	60.231	10	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	146.952 <sup>a</sup>	.314	.432

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 88	Tidak teratur 16	84.6
		23	33	58.9
Overall Percentage				75.6

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.422	.440	10.442	1	.001	4.145	1.750	9.820
	didika	1.831	.520	9.851	1	.002	5.111	1.845	14.157
	kerjakat	-1.049	.515	4.141	1	.042	.350	.128	.962
	paritas	-.062	.668	.009	1	.926	.940	.254	3.480
	hasil	.267	.453	.347	1	.558	1.308	.538	3.170
	tahu	1.965	.449	19.132	1	.000	7.132	2.957	17.198
	sikap	1.860	.496	11.180	1	.001	5.259	1.988	13.915
	dukung	-.241	.449	.289	1	.591	.786	.326	1.895
	butuh	-.577	.431	1.791	1	.181	.562	.241	1.307
	umurkat	-.650	.704	.853	1	.356	.522	.131	2.074
	Constant	-8.766	2.547	7.099	1	.008	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, paritas, hasil, tahu, sikap, dukung, butuh, umurkat.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
	Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

**Variables not in the Equation**

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjakat	.586	1	.444
	hasil	.201	1	.654
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	dukung	1.552	1	.213
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		50.699	9	.000

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

Step	Step	Chi-square	df	Sig.
1	Step	60.223	9	.000
	Block	60.223	9	.000
	Model	60.223	9	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	146.960 <sup>a</sup>	.314	.432

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed	Predicted	Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
		Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	88
	Tidak teratur	23	33	58.9
Overall Percentage				75.6

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

Step	Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.421	.440	10.437	1	.001	4.141	1.749	9.808
	didika	1.841	.509	10.378	1	.001	5.160	1.901	14.007
	kerjakat	-1.047	.515	4.140	1	.042	.351	.128	.862
	hasil	.261	.448	.339	1	.560	1.298	.540	3.123
	tahu	1.968	.449	19.178	1	.000	7.140	2.962	17.212
	sikap	1.688	.488	11.697	1	.001	5.304	2.039	13.799
	dukung	-.242	.449	.291	1	.589	.785	.325	1.892
	butuh	-.578	.431	1.799	1	.180	.561	.241	1.308
	umurkat	-.670	.669	1.001	1	.317	.512	.138	1.901
Constant		-6.883	2.321	8.796	1	.003	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, hasil, tahu, sikap, dukung, butuh, umurkat.

**Logistic Regression**

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

**Block 0: Beginning Block**

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Keteraturan pemeriksaan ANC	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
		Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage					65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.819	.168	13.949	1	.000	.538

**Variables not in the Equation**

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutualkat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjakat	.596	1	.444
	hasil	.201	1	.654
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		50.402	8	.000

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	59.929	8	.000
Block	59.929	8	.000
Model	59.929	8	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	147.254 <sup>a</sup>	.312	.430

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct	
		Teratur	Tidak teratur		
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	87	17	83.7
		Tidak teratur	23	33	58.9
Overall Percentage					75.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.405	.439	10.262	1	.001	4.074	1.725	9.623
	didika	1.591	.500	10.130	1	.001	4.910	1.843	13.080
	kerjakat	-1.079	.513	4.431	1	.035	.340	.124	.928
	hasil	.289	.448	.418	1	.517	1.335	.557	3.200
	tahu	1.964	.448	19.245	1	.000	7.128	2.984	17.141
	sikap	1.582	.458	11.948	1	.001	4.863	1.983	11.924
	butuh	-.580	.430	1.817	1	.178	.560	.241	1.301
	umurkat	-.670	.666	1.012	1	.314	.512	.139	1.888
	Constant	-6.982	2.302	9.198	1	.002	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, hasil, tahu, sikap, butuh, umurkat.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
	Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	0	100.0
		Tidak teratur	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjakat	.588	1	.444
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	butuh	1.888	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		50.085	7	.000

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Chi-square	df	Sig.
Step 1	59.506	7	.000
Block	59.506	7	.000
Model	59.506	7	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	147.677 <sup>a</sup>	.311	.428

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	15	85.6
		Tidak teratur	31	55.4
Overall Percentage				75.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	mutukat	1.368	.433	9.990	1	.002	3.928	1.682	9.174
	didika	1.621	.497	10.657	1	.001	5.061	1.912	13.397
	kerjaktat	-1.020	.500	4.152	1	.042	.361	.135	.962
	tahu	1.935	.444	18.992	1	.000	6.925	2.900	16.534
	sikap	1.615	.455	12.589	1	.000	5.027	2.060	12.266
	butuh	-.573	.429	1.789	1	.181	.564	.243	1.306
	umurkat	-.670	.667	1.009	1	.315	.512	.139	1.891
	Constant	-6.624	2.229	8.835	1	.003	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjaktat, tahu, sikap, butuh, umurkat.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a, b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
Step 0	mutukat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjaktat	.588	1	.444
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.898	1	.003
	butuh	1.888	1	.169
Overall Statistics		49.032	6	.000

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	58.488	6	.000
	Block	58.488	6	.000
	Model	58.488	6	.000

Model Summary

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	148.697 <sup>a</sup>	.306	.422

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed	Predicted	Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct	
		Teratur	Tidak teratur		
		Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC		Teratur
		Tidak teratur	22	34	60.7
Overall Percentage					76.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.308	.424	9.516	1	.002	3.699	1.811	8.492
	didika	1.650	.498	11.004	1	.001	5.209	1.965	13.812
	kerjakat	-.979	.496	3.898	1	.048	.376	.142	.993
	tahu	1.965	.444	19.543	1	.000	7.132	2.985	17.041
	sikap	1.673	.451	13.740	1	.000	5.329	2.200	12.909
	butuh	-.677	.425	2.177	1	.140	.534	.233	1.228
	Constant	-7.974	1.834	18.903	1	.000	.000		

a. Variable(a) entered on step 1: mutukat, didika, kerjakat, tahu, sikap, butuh.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>	N	Percent
Selected Cases	160	100.0
Included in Analysis		
Missing Cases	0	.0
Total	160	100.0
Unselected Cases	0	.0
Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 104	Tidak teratur 0	100.0
		56	0	.0
Overall Percentage				65.0

- a. Constant is included in the model.  
b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.008
	kerjakat	.586	1	.444
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	butuh	1.868	1	.169
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		50.085	7	.000

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step		Chi-square	df	Sig.
1	Step	59.508	7	.000
	Block	59.508	7	.000
	Model	59.508	7	.000

Model Summary

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	147.677 <sup>a</sup>	.311	.428

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur 89	Tidak teratur 15	85.6
		25	31	55.4
Overall Percentage				75.0

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.368	.433	9.990	1	.002	3.928	1.682	9.174
	didika	1.621	.497	10.857	1	.001	5.061	1.912	13.397
	kerjaket	-1.020	.500	4.152	1	.042	.361	.135	.962
	tahu	1.935	.444	18.992	1	.000	6.925	2.800	16.534
	sikap	1.615	.455	12.589	1	.000	5.027	2.060	12.266
	butuh	-.573	.429	1.789	1	.181	.564	.243	1.306
	umurket	-.670	.687	1.009	1	.315	.512	.139	1.891
	Constant	-6.624	2.229	8.835	1	.003	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjaket, tahu, sikap, butuh, umurket.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0 Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	didika	7.458	1	.006
	kerjaket	.596	1	.444
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		48.650	6	.000

### Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Step	Chi-square	df	Sig.
1	Step	57.681	6	.000
	Block	57.681	6	.000
	Model	57.681	6	.000

Model Summary

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	149.502 <sup>a</sup>	.303	.417

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	Predicted		Percentage Correct
			Keteraturan pemeriksaan ANC		
			Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	85	19	81.7
		Tidak teratur	22	34	60.7
Overall Percentage					74.4

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.435	.428	11.231	1	.001	4.200	1.814	9.721
	didika	1.640	.493	11.083	1	.001	5.157	1.962	13.557
	kerjaket	-1.001	.493	4.120	1	.042	.368	.140	.968
	tahu	1.863	.434	18.412	1	.000	6.444	2.751	15.093
	sikap	1.571	.450	12.182	1	.000	4.813	1.992	11.633
	umurkat	-.782	.658	1.414	1	.234	.457	.128	1.660
	Constant	-7.205	2.155	11.172	1	.001	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, kerjaket, tahu, sikap, umurkat.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	180	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	180	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		180	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

**Block 0: Beginning Block**

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Keteraturan pemeriksaan ANC		
			Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
		Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage					65.0

- a. Constant is included in the model.  
 b. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

**Variables not in the Equation**

Step	Variables	Score	df	Sig.
Step 0	mutukat	11.968	1	.001
	didika	7.458	1	.008
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	umurkat	2.261	1	.133
Overall Statistics		45.963	5	.000

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

Step		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	53.457	5	.000
	Block	53.457	5	.000
	Model	53.457	5	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	153.726 <sup>a</sup>	.284	.391

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			Keteraturan pemeriksaan ANC		
			Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	91	13	87.5
		Tidak teratur	28	28	50.0
Overall Percentage					74.4

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.338	.416	10.356	1	.001	3.812	1.687	8.611
	didika	1.342	.453	8.761	1	.003	3.826	1.574	9.303
	tahu	1.803	.424	18.050	1	.000	6.065	2.641	13.931
	sikap	1.535	.443	12.032	1	.001	4.642	1.950	11.053
	umurkat	-.679	.636	1.140	1	.288	.507	.146	1.764
	Constant	-8.358	2.064	16.393	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, didika, tahu, sikap, umurkat

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
	Total	160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		Percentage Correct
		Keteraturan pemeriksaan ANC	Tidak teratur	
Step 0 Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.968	1	.001
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	umurkat	2.281	1	.133
Overall Statistics		39.876	4	.000

## Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	43.617	4	.000
	Block	43.617	4	.000
	Model	43.617	4	.000

### Model Summary

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	163.566 <sup>a</sup>	.239	.329

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

### Classification Table<sup>a</sup>

Observed	Predicted	Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct	
		Teratur	Tidak teratur		
		Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	91
		Tidak teratur	23	33	58.9
Overall Percentage					77.5

a. The cut value is .500

### Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	mutukat	1.214	.396	9.402	1	.002	3.368	1.550	7.321
	tahu	-1.704	.400	18.172	1	.000	5.495	2.510	12.027
	sikap	1.279	.409	9.779	1	.002	3.592	1.612	8.004
	umurkat	-.768	.588	1.703	1	.192	.464	.147	1.470
	Constant	-5.278	1.540	11.751	1	.001	.005		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, tahu, sikap, umurkat

## Logistic Regression

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

- a. Constant is included in the model.  
 b. The cut value is .500

Variables In the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	tahu	21.139	1	.000
	sikap	8.998	1	.003
	umurkat	2.261	1	.133
	didika	7.458	1	.006
Overall Statistics		45.963	5	.000

### Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Chi-square	df	Sig.
Step 1	53.457	5	.000
Block	53.457	5	.000
Model	53.457	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	153.726 <sup>a</sup>	.284	.391

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	81	13	87.5
	Tidak teratur	28	28	50.0
Overall Percentage				74.4

- a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
mutukat	1.338	.416	10.356	1	.001	3.812	1.687	8.611
tahu	1.803	.424	18.050	1	.000	6.065	2.641	13.931
sikap	1.535	.443	12.032	1	.001	4.642	1.950	11.053
umurkat	-.679	.638	1.140	1	.288	.507	.146	1.764
didika	1.342	.453	8.761	1	.003	3.828	1.574	9.303
Constant	-8.358	2.064	16.393	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, tahu, sikap, umurkat, didika.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		Percentage Correct
		Keteraturan pemeriksaan ANC		
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.968	1	.001
	tahu	21.139	1	.000
	umurkat	2.261	1	.133
	didika	7.458	1	.006
Overall Statistics		38.799	4	.000

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	40.128	4	.000
	Block	40.128	4	.000
	Model	40.128	4	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	187.055 <sup>a</sup>	.222	.308

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
		Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	93	11	89.4
	Tidak teratur	28	28	50.0
Overall Percentage				75.6

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.232	.390	10.003	1	.002	3.428	1.598	7.357
	tahu	1.526	.383	15.883	1	.000	4.599	2.171	9.739
	umurkat	-.936	.605	2.390	1	.122	.392	.120	1.285
	didika	1.041	.410	6.440	1	.011	2.831	1.267	6.325
	Constant	-4.658	1.547	9.067	1	.003	.009		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, tahu, umurkat, didika.

## Logistic Regression

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		
			Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
	Teratur	Tidak teratur	Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	104	0	100.0
		Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage					65.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.619	.166	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	tahu	21.139	1	.000
	umurkat	2.261	1	.133
	didika	7.458	1	.006
	sikap	8.998	1	.003
Overall Statistics		45.963	5	.000

## Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step		Chi-square	df	Sig.
1	Step	53.457	5	.000
	Block	53.457	5	.000
	Model	53.457	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	153.726 <sup>a</sup>	.284	.391

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			Keteraturan pemeriksaan ANC		Percentage Correct
	Teratur	Tidak teratur	Teratur	Tidak teratur	
Step 1	Keteraturan pemeriksaan ANC	Teratur	91	13	87.5
		Tidak teratur	28	28	50.0
Overall Percentage					74.4

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
mutukat	1.338	.416	10.356	1	.001	3.812	1.687	8.611
tahu	1.803	.424	18.050	1	.000	6.065	2.641	13.931
umurkat	-.679	.636	1.140	1	.286	.507	.146	1.764
didika	1.342	.453	8.761	1	.003	3.828	1.574	9.303
sikap	1.535	.443	12.032	1	.001	4.842	1.950	11.053
Constant	-8.358	2.064	16.393	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, tahu, umurkat, didika, sikap.

## Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	160	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	160	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		160	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Teratur	0
Tidak teratur	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted		Percentage Correct
		Keteraturan pemeriksaan ANC		
		Teratur	Tidak teratur	
Step 0	Keteraturan pemeriksaan ANC	104	0	100.0
	Tidak teratur	56	0	.0
Overall Percentage				85.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.819	.168	13.949	1	.000	.538

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	mutukat	11.966	1	.001
	umurkat	2.261	1	.133
	didika	7.458	1	.006
	sikap	8.998	1	.003
Overall Statistics		30.410	4	.000

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	32.753	4	.000
	Block	32.753	4	.000
	Model	32.753	4	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	174.430 <sup>a</sup>	.185	.255

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table<sup>a</sup>**

		Predicted		Percentage Correct
		Keteraturan pemeriksaan ANC	Tidak teratur	
Step 1	Observed Keteraturan pemeriksaan ANC	97	7	93.3
	Tidak teratur	42	14	25.0
Overall Percentage				69.4

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	mutukat	1.360	.380	12.769	1	.000	3.894	1.848	8.209
	umurkat	-.727	.558	1.709	1	.191	.483	.162	1.438
	didika	1.185	.404	8.593	1	.003	3.270	1.481	7.219
	sikap	1.181	.387	9.298	1	.002	3.259	1.525	6.965
	Constant	-4.820	1.559	9.581	1	.002	.008		

a. Variable(s) entered on step 1: mutukat, umurkat, didika, sikap.



**PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Dr. Susilo Nomor 2 Bandar Lampung Telpon 0721- 266 925

**BANDAR LAMPUNG 35214**

**SURAT IZIN PENELITIAN/SURVEI/PENGABDIAN/KKN/PKL  
NOMOR : 070/89 /19.I/2008**

- Mengingat** 1 Keputusan Dirjen Sosial Politik Depdagri No. 14 1981 Tentang Surat Pemberitahuan Penelitian  
2 Keputusan Mendagri dan Menteri Pertahanan RI No.153 Tahun 1995 dan KEP/12/XII/1995 Tanggal 26 Desember 1995 Tentang **Petunjuk Pelaksanaan Perizinan**  
3 Undang-undang No. 32 tahun 2004 Tentang Pemerintahan di Daerah
- Membaca** 4 Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia No. 1281/PT.02.H5.FKMUI/I/2008, tanggal 19 Maret 2008 Perihal Izin Penelitian dan menggunakan data.

**DENGAN INI DIBERIKAN IZIN KEPADA :**

**NAMA/NPM** : **AFRILIYANTI / 0606019951**  
**pekerjaan** : Mahasiswi  
**alamat** : Bandar Lampung  
**lokasi** : - Puskesmas Simpur, Korpri, Pasar Ambon, dan Puskesmas Kedaton Bandar Lampung  
**peserta** : --  
**waktunya** : **3 (tiga) bulan**  
**menanggung Jawab** : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
**tujuan** : Mengadakan Riset/ penelitian dalam rangka penyusunan tesis/ skripsi/ karya ilmiah/ tugas akhir, dengan judul : **HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL DENGAN KETERATURAN IBU HAMIL DALAM MELAKUKAN ANTENATAL DI 4 PUSKESMAS ( SIMPUR, KORPRI, PASAR AMBON, DAN KEDATON ) KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2007 “**

Surat Keterangan ini berlaku sejak : Tanggal 31 Maret s/d 30 Juni 2008

- PATATAN** : 1. Tidak diperkenankan mengadakan kegiatan lain di luar Izin yang diberikan dan apabila terjadi penyimpangan Izin di Cabut.  
 2. Setelah selesai melaksanakan Kegiatan berdasarkan Surat Izin ini agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Walikota Bandar Lampung Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bandar Lampung.

Dikeluarkan di : Bandar Lampung  
 Pada Tanggal : 31 Maret 2008

**An. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
KOTA BANDAR LAMPUNG  
SEKRETARIS**



**REMBUSAN** : di Sampaikan kepada Yth,  
 Bapak Walikota Bandar Lampung  
 ( sebagai laporan )  
 MUSPIDA Kota Bandar Lampung  
 Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung  
 Sdr. Kepala Puskesmas Simpur, Korpri, Pasar Ambon dan Kedaton Kota B.Lampung.  
 Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

A r s i p

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. 7864975, FAX. 7863472

No : 1280 /PT.02.H5.FKMUI/I/2008  
Lamp. : --  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

19 Maret 2008

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan**  
**Kota Bandar Lampung**  
Jl. Drs. Warsito No.74  
Telukbetung  
Lampung

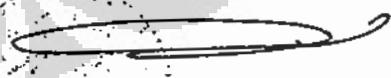
Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Afriliyanti  
NPM : 0606019951  
Th. Angkatan : 2006/2007

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang akan dianalisis dalam penulisan tesis dengan judul, *"Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil dalam Melakukan Antenatal di 4 Puskesmas ( Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton ) Kota Bandar Lampung Tahun 2007"*

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerjasama yang baik kami haturkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Akademik,

  
**Dr. Sudijanto Kamso, dr. SKM**  
**NIP. 140 062 213**

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip



PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG  
DINAS KESEHATAN



Jl. Drs. Warsito No. 74 Telukbetung Telp. (0721) 482864 - Fax.: 474260

Bandar Lampung, 1 April 2008

Nomor : 440. 500 .09.2008  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian dan Menggunakan Data

Kepada Yth;

Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Di-  
D E P O K

Sehubungan dengan surat saudara nomor :1280/PT. 02H5.FKMUI/I/2008 tanggal 19 Maret 2008 perihal Ijin Penelitian dan menggunakan Data guna memperoleh data dalam rangka penyusunan Tesis Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, atas nama **AFRILIYANTI** NIM.0606019951, dengan judul Tesis "Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal dengan Keteraturan Ibu Hamil Dalam Melakukan Antenatal di 4 Puskesmas (Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton) Kota Bandar Lampung Tahun 2007".

Perlu kami Informasikan beberapa hal sbb :

- Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat menyetujui permohonan tersebut.
- Permohonan Ijin memperoleh data guna penyusunan Tesis, mengacu kepada peraturan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- Kegiatan pengambilan data dilaksanakan selama 2 (dua) bulan mulai tanggal 1 April s/d 1 Mei 2008.
- Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut, mahasiswa diwajibkan menyampaikan laporan hasil kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan : disampaikan Kepada Yth;

- Sdr. Kabid. Bina Pelayanan Kesehatan
- Sdr. Ka. PKM.Simpur, Korpri, Pasar Ambon, Kedaton
- Sdr. Pembimbing Tesis
- Mahasiswa yang bersangkutan Hubungan kualitas..., Afriliyanti, FKM UI, 2008
- Pertinggalan -----