



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH OTONOMI DAN KARAKTERISTIK IBU DALAM
RUMAH TANGGA TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN
KESEHATAN MATERNAL
(ANALISIS DATA SDKI 2007)**

TESIS

**DIAN SISWANTI
0806447835**

**PROGRAM PASCASARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH OTONOMI DAN KARAKTERISTIK IBU DALAM
RUMAH TANGGA TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN
KESEHATAN MATERNAL
(ANALISIS DATA SDKI 2007)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Magister Sains**

**DIAN SISWANTI
0806447835**

**PROGRAM PASCASARJANA
KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dian Siswanti

NPM : 0806447835

Tanda Tangan : 

Tanggal : 08 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Dian Siswanti
NPM : 0806447835
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Pengaruh Otonomi Dan Karakteristik Ibu Dalam Rumah Tangga terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal (Analisis Data SDKI 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains (M.Si) pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Program Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D. (Moesyul)

Pembimbing I : Omas Bulan Samosir, Ph.D. (Samir)

Pembimbing II : Darlis Rabai, SE., MA (Darlis)

Penguji : Dr. Ali Said, MA (Ali)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 8 Juli 2010



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat-Nya kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini dengan lancar. Saya menyadari bahwa selesainya tesis ini juga karena peran dari berbagai pihak berupa bantuan dan bimbingan, semenjak perkuliahan sampai dengan penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada:

1. Ibu Dra. Omas Bulan Samosir, Ph.D. selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan banyak waktu, tenaga, dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Bapak Darlis Rabai, SE., MA. selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan banyak waktu, tenaga, pikirannya untuk mengarahkan dan membuka wawasan saya dalam penyusunan tesis ini;
3. Ibu Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D. selaku ketua program S2KK-UI sekaligus ketua dewan penguji yang telah memberikan banyak masukan;
4. Bapak Dr. Ali Said, MA selaku penguji terima kasih atas saran, masukan, dan koreksi yang diberikan bagi hasil yang lebih baik;
5. Para dosen yang telah memberikan materi kuliah sehingga ilmu yang diberikan dapat membuka wawasan berfikir dan menginspirasi penulis;
6. Bapak dan Ibuku yang telah mendidiku dan yang tiada pernah putus memberikan do'a, semangat, serta perhatian sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dengan lancar;
7. Saudara-saudaraku Mb Yanti dan Mb ery sekeluarga yang terus memberi dukungan dan perhatian selama ini, khususnya Dewi Sukmawati, saudara kembarku yang telah banyak membantu memberikan ide, masukan dan semangat sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan tesis dengan baik.
8. Seluruh penduduk Indonesia yang telah berperan dalam survei maupun sensus yang dilakukan BPS yang telah rela menjadi bagian dari penelitian ini;

9. Badan Pusat Statistik (BPS) yang telah memberikan beasiswa kepada penulis selama mengikuti studi di program Pasca Sarjana Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia;
10. Badan Pusat Statistik Provinsi Gorontalo atas dukungan moril dan materi;
11. Pak Slamet dan bu Ratih atas bantuannya selama ini di perpustakaan LDFEUI; Mas Hendro dan mbak Nia atas bantuan administrasi, dukungan doa, tips dan trik-triknya selama masa perkuliahan hingga akhir penyusunan tesis ini serta mas Ucup yang telah mempersiapkan ruangan selama perkuliahan;
12. Teman-teman seperjuangan mahasiswa S2 Kependudukan dan Ketenagakerjaan UI atas kebersamaan, pertolongan, dan perhatiannya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi dengan baik dan lancar.
13. Khusus untuk Mb Ise, Mb Nur, Nanik, dan Hani terima kasih atas kebersamaan, bantuan, dukungan dan semangatnya;
14. Semua pihak yang telah banyak membantu penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu .

Akhir kata, semoga Allah SWT selalu memberi petunjuk kepada jalan yang lurus lagi luas bagi kita dan berkenan memberi kebaikan kepada semua pihak. Saya harapkan tesis ini bisa memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 8 Juli 2010

Dian Siswanti

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

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

Nama : Dian Siswanti
NPM : 0806447835
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Departemen : -
Fakultas : Pasca Sarjana
Jenis Karya : Tesis

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

**PENGARUH OTONOMI DAN KARAKTERISTIK IBU DALAM RUMAH
TANGGA TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN
MATERNAL (ANALISIS DATA SDKI 2007)**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 8 Juli 2010
Yang menyatakan



(Dian Siswanti)

ABSTRAK

Nama : Dian Siswanti
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Pengaruh Otonomi Dan Karakteristik Ibu Dalam Rumah Tangga terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal (Analisis Data SDKI 2007)

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari pengaruh otonomi perempuan dalam rumah tangga dan faktor sosio-ekonomi demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan pemilihan pelayanan kesehatan persalinan. Data yang digunakan adalah hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Analisis multivariat pada penelitian ini menerapkan regresi logistik biner dan regresi logistik multinomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa otonomi perempuan dalam rumah tangga dan faktor sosio-ekonomi demografi signifikan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi lebih cenderung pada ibu yang memiliki peran tinggi dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan berpendidikan SMP ke atas, berdiskusi KB dengan suami, tidak setuju pemukulan suami terhadap istri, bekerja dan memiliki kontrol atas penghasilan, berumur 30 tahun ke atas, memiliki kurang dari tiga anak, pendidikan suami SMP ke atas, kaya, tinggal di perkotaan dan tidak kesulitan dalam transportasi ke fasilitas kesehatan dan pembiayaan. Selain itu, tidak kesulitan pada jarak, mengalami komplikasi persalinan, dan kehamilan diperiksa oleh tenaga kesehatan mempengaruhi pemilihan pelayanan persalinan. Interaksi antara peran pengambilan keputusan dalam rumah tangga dengan pendidikan berpengaruh paling kuat diantara indikator otonomi ibu lainnya terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Status ekonomi keluarga yang paling kuat pengaruhnya terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Faktor pemeriksa kehamilan sangat kuat mempengaruhi pilihan ibu pada pelayanan kesehatan persalinan.

Kata kunci: otonomi, gender, kesehatan ibu, pelayanan kesehatan.

ABSTRACT

Name : Dian Siswanti
Study Program : Post Graduate Studies Demography And Manpower
Title : The Effect of Women Autonomy in Household and Women's Characteristic on Maternal Health Care Utilization in Indonesia

The research aims to study the influence of woman autonomy in household and socio-economic and demographic factors on the use of maternal health service and selection of delivery health service. The data used come from the results of the 2007 Indonesia Demographic and Health Survey using binary and polytomous logistics regression.

The result show that woman autonomy in household and sosio-economic and demographic factors have significant impacts on maternal health care utilization. The probability of high utilization of maternal health services is higher among those who had high role in household decision making and secondary school or higher education, who discussed family planning with husband, disagreed of wife beating, worked and had control over income, aged 30 years or higher, had less than three children, had husbands with secondary school or higher education, were from rich family, lived in urban areas and did not have difficulties in transportation and money to health facility. In addition, not having difficulties in distance to health facilities, having delivery complicating and used antenatal care provider affect the choice of delivery services. Interaction between the role in decision making in household with education have strongest effect among other autonomy indicators for maternal health service utilization. Household economic status is the strongest factor affect maternal health service utilization. Antenatal care provider has strong effect on the choice of delivery services.

Keyword: autonomy, gender, maternal health, health services.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	9
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
1.5. Sistematika Penulisan.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Pelayanan Kesehatan Maternal.....	12
2.1.1 Pelayanan Antenatal.....	12
2.1.2 Pertolongan Persalinan.....	13
2.1.3 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas.....	13
2.2. Definisi Otonomi Perempuan.....	14
2.3. Gender Dalam Demographic And Health Surveys (DHS).....	15
2.4. Tinjauan teoritis.....	22
2.4.1. Thaddeus dan Maine (1990;1994).....	22
2.4.2. Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan.....	25

2.4.3. Model Andersen dkk (1975).....	28
2.4.4. Model Aday dkk (1980).....	29
2.4.5. McCharty dan Maine (1992).....	31
2.5. Beberapa hasil empiris studi-studi sebelumnya.....	33
2.6. Kerangka Pikir Analisis.....	37
2.7. Hipotesis Penelitian.....	38
3. METODE PENELITIAN.....	41
3.1. Sumber Data.....	41
3.2. Unit Analisis.....	43
3.3. Definisi Operasional Variabel.....	43
3.3.1. Variabel tidak bebas.....	45
3.3.2. Variabel Bebas.....	46
3.4. Metode Analisis.....	51
4. POLA DAN PERBEDAAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL.....	57
4.1. Gambaran Umum Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi.....	57
4.2. Gambaran Umum Karakteristik Otonomi Ibu dalam Rumah Tangga....	60
4.3. Otonomi Ibu dan Status Ekonomi Keluarga.....	62
4.4. Pola dan Perbedaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga Dan Sosio- Ekonomi dan Demografi.....	64
4.4.1 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga	65
4.4.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Karakteristik Sosio- Ekonomi dan Demografi.....	67
4.5. Pola dan Perbedaan Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga dan Sosio-Ekonomi dan Demografi.....	70
4.5.1 Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga.....	71

4.5.2 Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi.....	73
5. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL.....	77
5.1. Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu.....	77
5.2. Analisis Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan.....	84
6. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	97
6.1. Kesimpulan	97
6.2. Rekomendasi	99
6.3. Keterbatasan penelitian.....	101
DAFTAR PUSTAKA	103
LAMPIRAN.....	109
Lampiran. <i>Print-out</i> Hasil Pengolahan	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	HDI dan GDI Indonesia.....	2
Gambar 1.2	HDI negara-negara ASEAN 2007.....	3
Gambar 1.3	AHH negara-negara ASEAN 2007.....	3
Gambar 1.4	Persentase Persalinan yang ditolong oleh Tenaga Kesehatan Per Provinsi Tahun 2007.....	6
Gambar 2.1	Jenis kelamin, Jender dan Population/ Health/ Nutrition (PHN).....	17
Gambar 2.2	Kerangka Pemikiran untuk studi akses terhadap pelayanan kesehatan (Thaddeus dan Maine , 1990).....	23
Gambar 2.3	Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan di Dunia Ketiga.....	26
Gambar 2.4	Kerangka pemanfaatan pelayanan kesehatan (Andersen,1975).....	28
Gambar 2.5	Kerangka studi akses terhadap pelayanan kesehatan (Aday dkk,1980).....	29
Gambar 2.6	Kerangka Determinan Mortalitas dan Morbiditas Ibu.....	31
Gambar 2.7	Kerangka Pikir Analisis Pelayanan Kesehatan Maternal..	37
Gambar 4.1	Persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan peran pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami dan justifikasi pemukulan suami kepada istri, SDKI 2007.....	61
Gambar 4.2	Persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan status bekerja dan kontrol terhadap penghasilan, SDKI 2007.....	62
Gambar 4.3	Distribusi Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, SDKI 2007.....	64
Gambar 4.4	Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan, SDKI 2007.....	70

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Deskripsi variabel SDKI 2007 yang dianalisis.....	44
Tabel 4.1	Distribusi jumlah dan persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi, SDKI 2007.....	58
Tabel 4.2	Distribusi Kelompok umur menurut jumlah anak lahir hidup, SDKI 2007.....	59
Tabel 4.3	Distribusi Jumlah Dan Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Berdasarkan Indikator Otonomi Dan Status Ekonomi Keluarga, SDKI 2007.....	63
Tabel 4.4	Distibusi jumlah dan persentase Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan ibu Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga.....	66
Tabel 4.5	Distibusi jumlah dan persentase Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan ibu Menurut Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi, SDKI 2007.....	68
Tabel 4.6	Persentase Wanita Pernah Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Penolong Persalinan dan Tempat Persalinan, SDKI 2007.....	71
Tabel 4.7	Distibusi persentase Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga, SDKI 2007.....	72
Tabel 4.8	Distibusi jumlah dan persentase Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Sosio Ekonomi Demografi, SDKI 2007.....	74
Tabel 5.1	Estimasi Parameter, statistik uji dan Rasio Kecenderungan Model Regresi Logistik Biner untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu, SDKI 2007.....	79
Tabel 5.2	Estimasi Parameter, statistik uji dan Rasio Kecenderungan Model logistik Multinomial untuk pemilihan perawatan klinik modern dan <i>modern home</i> dibanding perawatan <i>traditional home</i> , SDKI 2007.....	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Print out Hasil Pengolahan Model Regresi Logostik Biner-Pemanfaatan Pelayanan Ibu.....</i>	100
Lampiran 2	<i>Print out Hasil Pengolahan Model Regresi Logostik Multinomial-Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan.....</i>	112



BAB I

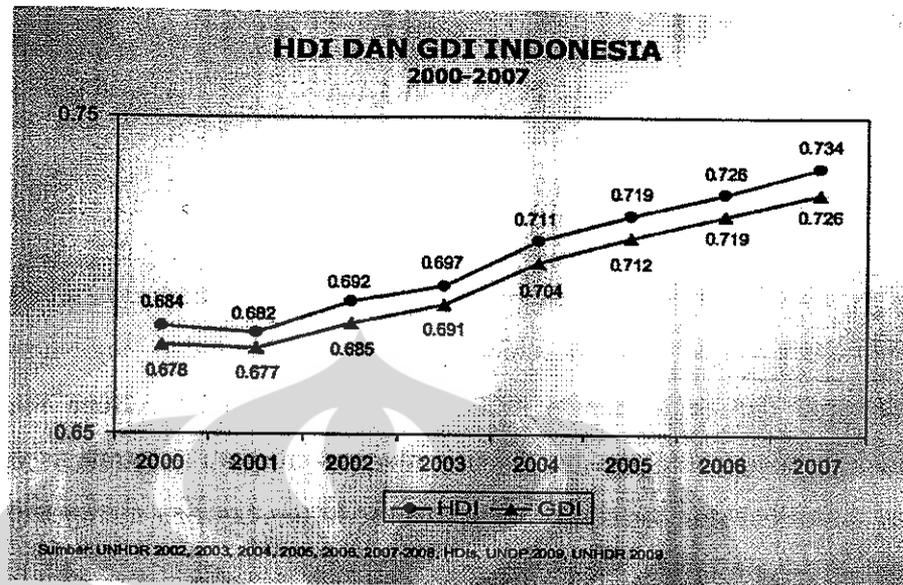
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kependudukan adalah suatu isu sosial yang kompleks karena berhubungan dengan seluruh kehidupan sosial, struktur dan lingkungan dimana kita tinggal dan juga sebagai modal sumber daya. Oleh karena itu, kualitas penduduk sebagai sumber daya manusia merupakan suatu isu strategis yang mana peran seluruh sektor harus senantiasa memperhitungkan dan mempertimbangkan kebijakan dan program kependudukan.

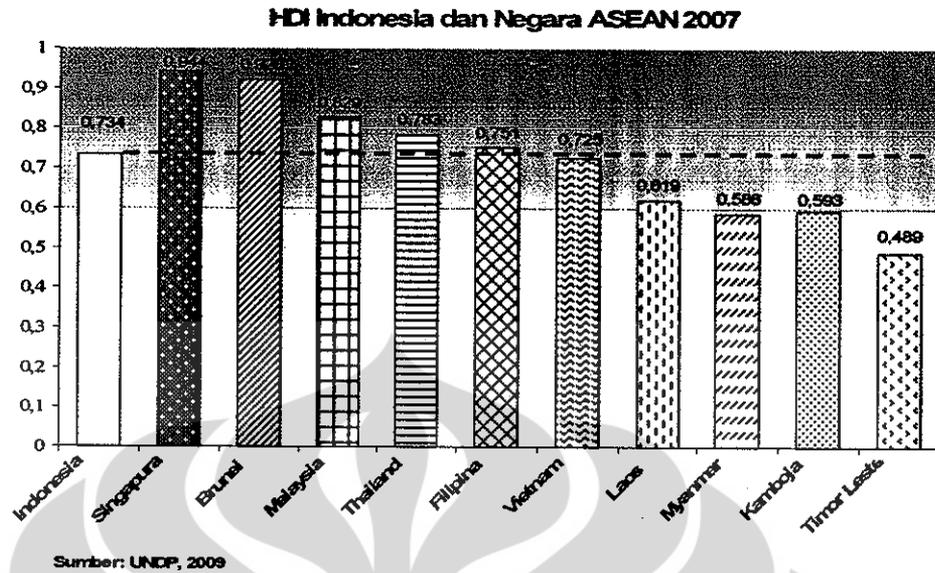
Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) bulan September 2000, sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan menyepakati tujuan pembangunan milenium (*millennium development goals/MDG*). Dalam *MDGs*, masalah kependudukan menjadi penting dalam pencapaian tujuan dan sasarannya. Tujuan tersebut bermaksud untuk menstimulasi kemajuan yang nyata pada tahun 2015 dalam mencapai isu yang paling mendesak yang dihadapi negara berkembang - kemiskinan, kelaparan, pendidikan yang rendah, ketidaksetaraan gender, kematian ibu dan anak, HIV/AIDS dan degradasi lingkungan. Program pembangunan PBB (*United Nations Development Programme /UNDP*) membantu negara-negara untuk merumuskan rencana pembangunan nasional yang dipusatkan pada *MDGs* dan kemajuan rencana nasional ke arah pencapaian.

Kualitas penduduk Indonesia sebagai sumber daya manusia dapat dilihat melalui ukuran Indeks Pembangunan Manusia (*IPM-Human Development Index-HDI*). *IPM* merupakan indeks komposit dari angka harapan hidup, melek huruf, pendidikan, dan pendapatan per kapita. Indeks yang memakai skala 0 sampai 1 ini digunakan untuk mengklasifikasikan negara maju, berkembang, atau terbelakang. Angka *IPM* Indonesia terus meningkat selama periode 1980 sampai 2007 (Gambar 1.1). Rata-rata peningkatannya 1,26% per tahun dari 0,522 pada tahun 1980 menjadi 0,734 pada tahun 2007. Akan tetapi, angka *IPM* yang tercatat sebesar 0,734 masih berada pada garis batas antara negara berkembang dan terbelakang [Majalah *Gatra* Nomor 50 Beredar Kamis, 15 Oktober 2009].



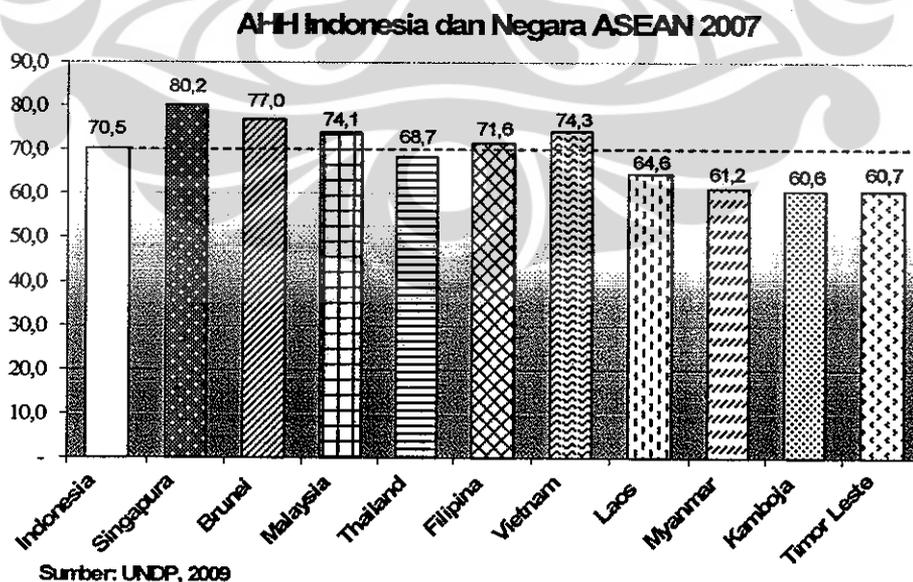
Gambar 1.1 HDI dan GDI Indonesia

Berdasarkan *Human Development Report* dari UNDP yang dirilis pada Oktober 2009 peringkat IPM Indonesia menurun dari posisi ke-107 pada 2006 menjadi peringkat ke-111 pada tahun 2007. Padahal banyak negara yang disurvei tahun 2008 (berdasarkan data tahun 2006) berjumlah 177 negara, berbeda dengan jumlah negara yang disurvei tahun 2009 (berdasarkan data tahun 2007) sejumlah 182 negara. Hal ini bisa dikatakan bahwa negara-negara yang menggeser peringkat Indonesia dalam laporan UNDP tersebut merupakan negara-negara yang lebih baik angka IPMnya dibandingkan Indonesia. Bahkan jika dibandingkan dengan kawasan ASEAN pun, Indonesia hanya unggul dari Vietnam, Laos, Myanmar, Kamboja, dan Timor Leste (Gambar 1.2). Indonesia tertinggal dibandingkan dengan Singapura yang menduduki peringkat ke-23, Brunei Darussalam (30), Malaysia (66), Thailand (86), dan Filipina (105).



Gambar 1.2. HDI negara-negara ASEAN 2007

Dibanding negara ASEAN lainnya, rendahnya peringkat ini disebabkan oleh angka harapan hidup waktu lahir (AHH) sebagai salah satu komposisi pengukuran IPM. AHH Indonesia hanya 70,5 tahun lebih rendah dibanding Singapura, Brunei Darussalam, Malaysia, Filipina, dan Vietnam (Gambar 1.3). Meskipun IPM vietnam lebih rendah daripada Indonesia, namun AHHnya sudah cukup tinggi sebesar 74,3 tahun kurang lebih menyamai AHH Malaysia (74,1 tahun).



Gambar 1.3. AHH negara-negara ASEAN 2007

Peningkatan AHH dari suatu negara merupakan bentuk dari keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan sosial ekonomi. Keberhasilan dari meningkatnya perawatan kesehatan melalui fasilitas kesehatan, meningkatnya daya beli masyarakat akan meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan, mampu memenuhi kebutuhan gizi dan kalori, mampu mencapai pendidikan yang lebih baik kemudian memperoleh pekerjaan dengan penghasilan yang memadai. Sehingga keberhasilan tersebut pada gilirannya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memperpanjang usia harapan hidupnya.

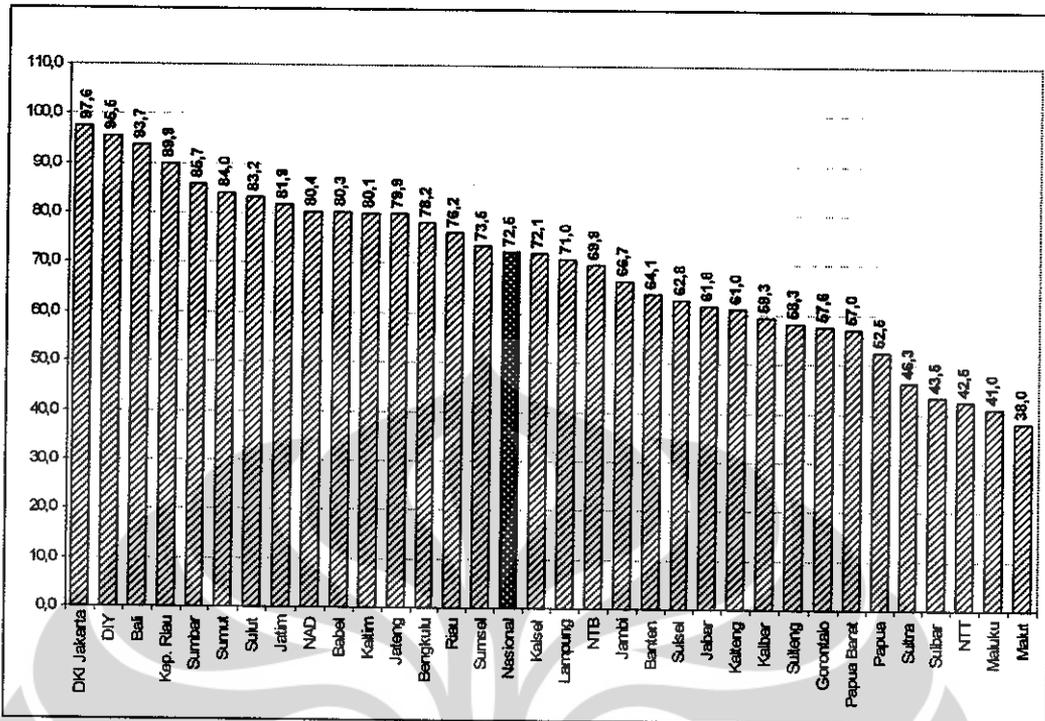
Lebh rendahnya AHH Indonesia yang telah dipaparkan menunjukkan bahwa perlunya penanganan yang serius terhadap permasalahan kesehatan penduduk. Di Indonesia program kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan sumber daya manusia tercantum dalam Bab 28 Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2004-2009, yang memuat masalah kesehatan yang dihadapi dan sasaran pembangunan kesehatan, kebijakan yang akan ditempuh, serta program-program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan dalam kurun waktu lima tahun sampai dengan tahun 2009 (BPS,2008). Program pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RPJMN juga mencakup tentang kesehatan ibu dan anak, antara lain program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dan program upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk kesehatan ibu dan anak. Hal ini mengandung pengertian bahwa dari seorang ibu akan lahir calon-calon penerus bangsa, yaitu anak. Untuk mendapatkan calon penerus bangsa yang akan memberikan manfaat bagi bangsa maka ibu dan anak harus diupayakan kondisinya selalu sehat.

Kesehatan ibu dan anak juga merupakan salah satu tujuan pembangunan milenium (MDGs), tepatnya pada tujuan keempat dan kelima, yaitu menurunkan Angka Kematian Anak dan meningkatkan kesehatan ibu. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu upaya pencegahan, pemeliharaan, dan pengobatan atas penyakit yang mungkin menyerang ibu dan anak. Bagi seorang ibu hendaknya selalu terpenuhi kebutuhan kesehatannya, seperti mendapatkan pemeriksaan saat hamil, tercukupi kebutuhan gizinya, mendapatkan pengobatan ketika sakit, mendapatkan pertolongan yang terbaik saat menjalani persalinan, dan penggunaan KB untuk mencegah kehamilan.

Tolok ukur keberhasilan kesehatan ibu dan anak, salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetri dan ginekologi di suatu wilayah adalah angka kematian anak (AKA), angka kematian balita (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI). Di Indonesia berdasarkan perhitungan oleh BPS diperoleh AKI tahun 2007 sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan AKI tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target MDGs 2015 (102 per 100.000 kelahiran hidup) sehingga masih memerlukan kerja keras dari semua komponen untuk mencapai target tersebut.

Penyebab utama masih tingginya kematian ibu adalah rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu. Hal ini ditandai dengan rendahnya kepatuhan ibu (*compliance*) dalam menjaga kesehatan dan rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, rendahnya status gizi ibu hamil, serta terbatasnya sarana Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), pos bersalin desa (Polindes) dan unit transfusi darah. Selain itu, ibu yang melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan baru mencapai sekitar 46 persen akibat kendala jarak dan biaya dan karena masalah budaya masyarakat (Bappenas, 2010).

Rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di Indonesia terlihat pada Gambar 1.4. Pada tahun 2007 terdapat 18 dari 33 propinsi (54,5%) di Indonesia yang persentase persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan berada dibawah angka nasional (72,5%). DKI Jakarta sebagai ibukota negara memiliki persentase tertinggi (97,6 %) sedangkan yang terendah adalah propinsi Maluku Utara sebesar 38 persen.



Sumber: Susenas 2007 (BPS, 2008)

Gambar 1.4. Persentase Persalinan yang ditolong oleh Tenaga Kesehatan Per Provinsi Tahun 2007

Penggunaan pelayanan kesehatan adalah suatu fenomena yang kompleks. Hal tersebut dihubungkan dengan organisasi dari sistem pelayanan kesehatan dan dipengaruhi oleh ketersediaan, mutu, biaya-biaya, kelengkapan/keluasan dan kesinambungan dari pelayanan. Selain itu, keyakinan terhadap kesehatan dan struktur sosial mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan (Andersen 1968; Fiedler 1981; Kroeger 1983 dalam Becker dkk, 1993). Banyak penelitian yang memfokuskan pada ketersediaan dan faktor geografis terhadap pelayanan kesehatan, namun sedikit yang melihat pada faktor sosial budaya, seperti peran kesetaraan gender dan posisi perempuan dalam rumah tangga yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.

Ketidaksetaraan gender dalam kekuasaan, peran, hak, dan penghargaan (*entitlement*) mempengaruhi kesehatan pria dan perempuan, kelangsungan hidup, nutrisi, dan pengendalian fertilitas, sebab mereka menterjemahkannya ke dalam perbedaan dari macam pekerjaan yang melibatkan laki-laki dan perempuan, dan

sehubungan dengan pria, kendali perempuan yang lebih rendah atas jasmani dan seksualitas; pembatasan yang lebih besar dalam mengakses sumber daya material dan nonmaterial seperti informasi dan pengetahuan, dan batasan yang lebih besar antara lainnya dalam mengakses pelayanan kesehatan yang diperlukan (ORC Macro, 2005).

1.2 Perumusan Masalah

Tujuan ketiga MDGs adalah memajukan kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan. Target yang ingin dicapai adalah menghapus ketimpangan gender pada tingkat pendidikan sekolah dasar dan menengah pada tahun 2005 dan pada semua tingkat pendidikan pada tahun 2015. Munculnya tujuan kesetaraan gender dalam MDGs merupakan hasil dari advokasi puluhan tahun, penelitian dan pembentukan koalisi dari pergerakan perempuan internasional. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat global telah menerima secara luas maksud dari kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan dalam pengembangan paradigma – paling tidak pada tingkatan retorik/tidak perlu dipertanyakan.

Akan tetapi, perbedaan antara retorik dan kenyataan tetap berlaku. Pada tahun 2005 target kesetaraan pada tingkat sekolah dasar dan pertama akan mungkin menjadi luput/kehilangan. Sekalipun hal tersebut tercapai akan sangat tidak cukup untuk memastikan partisipasi perempuan dalam bidang politik dan ekonomi di masing-masing negaranya. Oleh karena itu, yang lebih dibutuhkan adalah hak reproduksi dan akses pelayanan kesehatan yang penuh, jaminan persamaan hak milik dan akses pekerjaan, tindakan persetujuan untuk meningkatkan representasi politik, dan mengakhiri tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan. Demi merealisasikan MDGs, pemerintah dan mitranya harus serius dan secara sistematis ‘menciptakan’ usaha untuk mencapai semua tujuan (UNDP).

Penelitian di Asia Selatan telah mengusulkan banyak cara mengenai peran dan relasi gender yang mungkin berhubungan dengan pembatasan akses perempuan pada pelayanan kesehatan selama masa kehamilan dan saat melahirkan. Hal ini termasuk pembatasan yang besar pada gerak perempuan

karena status hamil dianggap “memalukan”, dan ketiadaan kemampuan berbicara dalam keluarga bagi perempuan muda. Fakta bahwa kehamilan yang berhubungan dengan otoritas dalam pengambilan keputusan dan pengetahuan biasanya diberikan hak pada perempuan yang lebih tua, begitupula ketiadaan pengaruh bagi perempuan muda terhadap sumber materi dan pengeluaran dari orang-orang yang sering sebagai pembuat keputusan utama dalam penggunaan dari sumber materi, dari “polusi” peristiwa dari kelahiran bayi (Jeffery, 1989 dalam Furuta dan Salway, 2006). Sedikit penelitian yang meneliti apakah dan bagaimana dimensi posisi perempuan yang berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan ibu.

Program aksi yang diadopsi tahun 1994 pada Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan menyatakan bahwa “peningkatan dari status perempuan juga mempertinggi kapasitas pengambilan keputusan pada seluruh level segala bidang kehidupan, terutama pada wilayah seksualitas dan reproduksi (UNFPA, 1994). Berdasarkan asumsi bahwa kesetaraan yang lebih besar dalam rumah tangga akan mengarahkan pada penggunaan pelayanan kesehatan ibu yang lebih tinggi, maka dalam penelitian ini akan dieksplorasi faktor-faktor tersebut di Indonesia. Dari latar belakang masalah tersebut di atas, secara konkret permasalahan penelitian dirumuskan sebagai berikut .

1. Bagaimana pengaruh dari otonomi perempuan dalam rumah tangga terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu?
2. Bagaimana pengaruh dari faktor sosial, ekonomi dan demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu?
3. Bagaimana pengaruh dari otonomi perempuan dalam rumah tangga terhadap pemilihan fasilitas perawatan persalinan?
4. Bagaimana pengaruh dari faktor sosial, ekonomi dan demografi terhadap pemilihan fasilitas perawatan persalinan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian secara umum bertujuan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh otonomi perempuan dalam rumah tangga dan karakteristik sosio

ekonomi demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di Indonesia.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pengaruh otonomi perempuan dalam rumah tangga terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.
2. Mengkaji pengaruh hubungan dari faktor sosial, ekonomi dan demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.
3. Mengkaji pengaruh otonomi perempuan dalam rumah tangga terhadap pemilihan pelayanan kesehatan persalinan.
4. Mengkaji pengaruh faktor sosial, ekonomi dan demografi terhadap pemilihan pelayanan kesehatan persalinan.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberi masukan yang cukup berarti kepada para pemerhati masalah kesehatan ibu dan anak dan pengambil kebijakan dapat mempertimbangkan intervensi dalam upaya menekan angka kematian ibu di Indonesia yang masih cukup tinggi agar dapat mencapai target MDGs tahun 2015. Serta diharapkan dapat memperkaya kajian literatur tentang peran dan relasi gender dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

1.5 Sistematika Penulisan

Tesis ini terdiri dari enam bab. Bab I menyajikan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang dilakukannya penelitian mengenai pengaruh otonomi dan karakteristik ibu terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Selain itu, juga disajikan permasalahan yang akan dijadikan acuan analisis serta tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, baik secara umum maupun secara khusus.

Bab II menyajikan tinjauan teoritis yang memberikan gambaran adanya keterkaitan antara otonomi perempuan dan karakteristik ibu dalam rumah tangga terhadap pelayanan kesehatan maternal. Bab ini juga memuat temuan-temuan dari penelitian sebelumnya mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.

Bab III menyajikan metode penelitian, yang memuat sumber data,

definisi operasional dari variabel-variabel yang dianalisis, serta metode analisis yang digunakan untuk mendapatkan gambaran dari permasalahan sekaligus untuk menguji hipotesis yang sebelumnya telah dirumuskan.

Bab IV menyajikan hasil analisis dan pembahasan secara deskriptif. Pada bab ini disajikan pola dan perbedaan pelayanan kesehatan maternal menurut karakteristik ibu berdasarkan otonomi ibu dalam rumah tangga dan sosio-ekonomi demografi berupa distribusi jumlah dan persentase.

Bab V menyajikan hasil analisis dan pembahasan secara inferensial mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Pembahasan hasil analisis secara inferensial ini juga menyajikan analisis mengenai pemilihan pelayanan kesehatan persalinan.

Bab VI berisi kesimpulan, saran dan implikasi kebijakan yang berkaitan dengan temuan penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Mengacu pada Indonesia Sehat 2010, pemerintah Indonesia telah mencanangkan strategi *making pregnancy safer* (MPS) atau Kehamilan yang aman sebagai kelanjutan dari program *safe motherhood*. Tujuannya adalah untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Strategi ini memfokuskan pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan antara institusi pemerintah; lembaga donor dan peminjam; swasta; masyarakat dan keluarga. Perhatian yang khusus diberikan pada penyediaan pelayanan yang memadai dan berkelanjutan dengan penekanan pada ketersediaan penolong persalinan terlatih. Aktifitas masyarakat ditekankan pada upaya menjamin bahwa perempuan dan bayi baru lahir memperoleh akses terhadap pelayanan.

Kunci strategi MPS ada tiga pesan, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang memadai, dan setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. Empat strategi MPS adalah

1. peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan ibu, bayi dan balita pada tingkat dasar dan rujukan;
2. membangun kemitraan yang efektif;
3. mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat;
4. meningkatkan sistem surveilans, pembiayaan, monitoring dan informasi.

Kesehatan ibu sejak kehamilan sampai melahirkan, umur ibu saat melahirkan, jarak persalinan antara anak yang dilahirkan, jumlah anak yang telah dilahirkan, serta penolong kelahiran merupakan sebagian faktor yang mempengaruhi kesehatan anak saat lahir. Kesehatan ibu sejak kehamilan dapat dipantau melalui pemeriksaan kehamilan ke fasilitas kesehatan, untuk mendapat pelayanan antenatal. Penolong persalinan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap tingginya angka kematian bayi. Hal ini berarti bahwa

semakin besar persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga medis maka semakin kecil angka kematian bayi (Siregar, 2001).

2.1 Pelayanan Kesehatan Maternal (Depkes, 2009)

2.1.1 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**, yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya pelayanan ini terdiri dari:

1. timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. ukur tekanan darah.
3. nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. ukur tinggi fundus uteri.
5. menentukan keberadaan (presentasi) janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi *tetanus toksoid (TT)* bila diperlukan.
7. pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. test laboratorium (rutin dan khusus).
9. tatalaksana kasus
10. temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pascapersalinan.

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok berisiko. Pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan dan thalasemia.

Dengan demikian maka pelayanan antenatal secara operasional disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar di atas. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal empat kali

selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut.

- Minimal 1 kali pada triwulan pertama.
- Minimal 1 kali pada triwulan kedua.
- Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

2.1.2 Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut.

1. Pencegahan infeksi.
2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
3. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
4. Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD).
5. Memberikan injeksi Vitamin K 1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.

2.1.3 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk

deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 (tiga) kali dengan ketentuan waktu :

- Kunjungan nifas pertama pada masa enam jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan;
- Kunjungan nifas ke dua dalam waktu dua minggu setelah persalinan (8–14 hari).
- Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu enam minggu setelah persalinan (36 – 42 hari).

Pelayanan yang diberikan adalah sebagai berikut

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (*invovusi uterus*).
3. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, yang kedua diberikan 24 jam setelah pemberian kapsul vitamin A pertama.
6. Pelayanan KB pasca bersalin

Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

2.2 Definisi Otonomi perempuan

Otonomi perempuan secara luas telah digunakan dalam banyak penelitian, khususnya pada isu kesehatan dan status reproduktif, namun konsepnya tetap tidak jelas dan hubungannya terhadap proses demografis belum dapat didefinisikan dengan jelas, baik secara teoritis maupun empiris (Presser and Sen, 2000). Tidak ada satupun definisi yang diterima dalam menjelaskannya atau menangkap berbagai dimensi dari posisi perempuan (Mason, 1995). Terminologi alternatif, seperti status perempuan, posisi atau peran perempuan, pertalian yang lebih dekat pada pendekatan yang berhubungan kelahiran, kendali atas sumber daya, dan gengsi merupakan hal yang sering digunakan pada banyak literatur dengan saling menggantikan dalam menggambarkan status perempuan (Mason,

1986; Bloom dkk., 2001). Balk (1994) berpendapat bahwa status atau otonomi tidak bisa diwakili oleh satu ukuran langsung atau pendekatan tidak langsung secara sendirian, dan bahwa aspek yang berbeda dari otonomi perempuan mempengaruhi fertilitas dengan cara yang berbeda, dalam hal besaran dan arahnya.

Pada kebanyakan studi, otonomi didefinisikan sebagai kapasitas (kemampuan) untuk memanipulasi lingkungan pribadi seseorang melalui kendali atas informasi dan sumber daya dengan tujuan membuat keputusan tentang masalah diri pribadi atau anggota keluarga terdekat (Basu, 1992; Dyson dan Moore 1983). Hal ini melibatkan suatu kebebasan dan kapasitas individual untuk bertindak bebas terhadap otoritas orang lain. Sebagai contoh, kemampuan meninggalkan rumah tanpa meminta ijin orang lain, dan membuat keputusan pribadi mengenai penggunaan kontrasepsi atau memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan demikian, otonomi perempuan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk membuat dan melaksanakan keputusan mandiri yang bersinggungan dengan berbagai hal penting dalam kehidupan pribadi atau keluarganya, meskipun suami dan orang lain mungkin mempertentangkan keinginan dari perempuan tersebut (Mason, 1995).

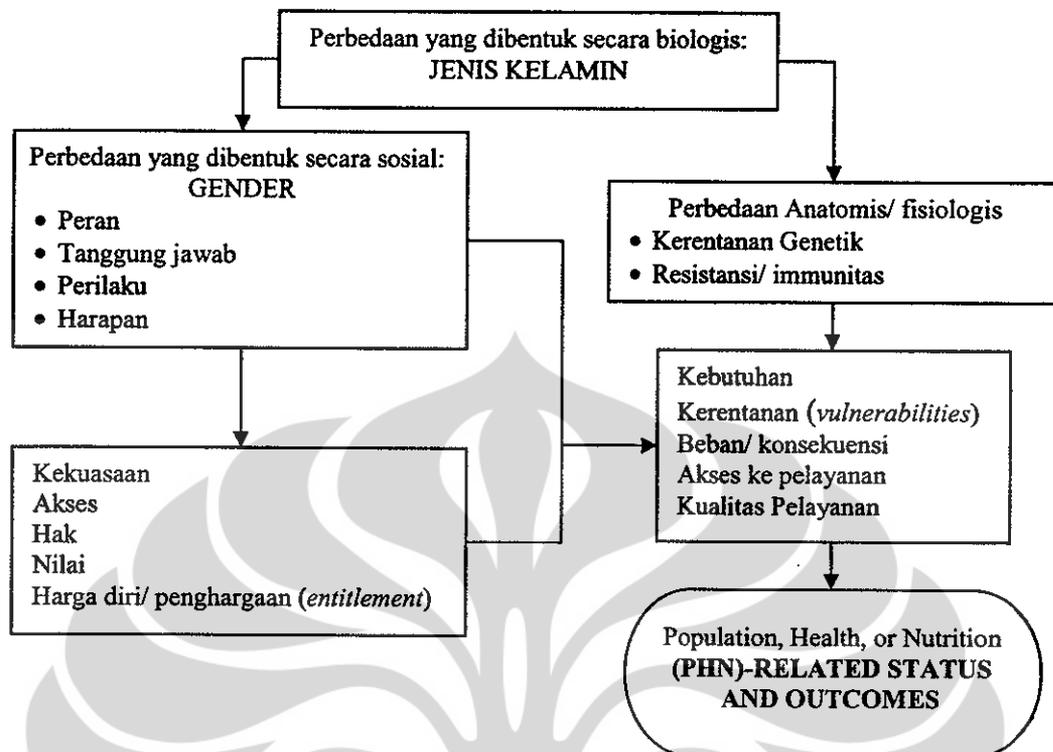
2.3 Gender Dalam Demographic And Health Surveys (DHS/Survei Demografi dan Kesehatan) (ORC Macro, 2005)

Demographic and Health Surveys (DHS/ Survei Demografi dan Kesehatan) telah secara khusus menyajikan informasi fertilitas, mortalitas, keluarga berencana, dan aspek penting tentang kesehatan, ilmu gizi, dan pelayanan kesehatan untuk perempuan, laki-laki dan anak-anak di beberapa negara. Sejak tahun 1984, survei DHS diselenggarakan pada 70 negara berkembang. Program DHS menggunakan sampling ilmiah dalam pengumpulan data dari individu terpilih di rumah tangga sampel, suatu informasi yang dapat diperbandingkan antar negara mengenai masalah populasi, ilmu gizi, dan kesehatan. Data perbandingan antar budaya yang diperoleh dengan menerapkan suatu pertanyaan inti yang cukup identik antar lintas negara; penambahan informasi sesuai kebutuhan spesifik negara akan diperoleh dalam pertanyaan

spesifik negara dan/atau modul khusus DHS. Tiga daftar pertanyaan inti yang biasanya digunakan oleh DHS adalah: kuesioner rumah tangga, kuesioner perempuan, dan kuesioner laki-laki.

Data biasanya diperoleh dari kuesioner inti DHS yang dapat digunakan untuk pengembangan sejumlah besar indikator yang secara tidak langsung menerangkan relasi gender dan umumnya digunakan untuk mengukur status dan pemberdayaan (*empowerment*) perempuan (Kishor dan Nietzel, 1996). Bagaimanapun, sampai akhir tahun 1990an, hampir tidak ada pertanyaan yang secara langsung mengeksplorasi konteks gender dalam hasil dari survei kesehatan dan demografi terdahulu. Seperti yang telah disebut di awal, tahap yang pertama adalah program *MEASURE DHS+* (putaran keempat dari DHS), sehingga dibentuk sekelompok penasehat untuk memandu pengintegrasian pertanyaan gender ke dalam kuesioner DHS. Identifikasi pertanyaan gender yang tercakup di daftar pertanyaan inti harus lebih dulu memenuhi beberapa batasan spesifik DHS, batasan yang paling kuat adalah survei DHS merupakan survei rumah tangga dan fokus utamanya secara umum perempuan usia reproduktif. Karenanya, apapun investigasi dari gender harus didasarkan pada informasi yang menyinggung dan berarti yang dikumpulkan dari individu dalam rumah tangga. Batasannya termasuk: a) semua pertanyaan yang diperlukan dapat dilaksanakan pada semua negara-negara DHS dengan sedikit atau tidak ada perubahan, b) pertanyaan yang diperlukan harus relevan untuk memahami hasil dan perubahan pada populasi, kesehatan, atau nutrisi (*population, health, or nutrition/ PHN*) dari waktu ke waktu, dan c) memberikan jarak kuesioner DHS dan beberapa prioritas bersaing untuk keterbatasan ruang lingkup di survei, hanya sedikit pertanyaan inti yang secara rinci menunjukan isu gender yang bisa digambarkan.

Penggunaan pertanyaan spesifik gender dalam kuesioner DHS berpedoman kepada suatu pemahaman umum dari apa itu gender, bagaimana hubungannya dengan jenis kelamin, dan bagaimana jenis kelamin dan gender bersama-sama dan secara terpisah mempunyai potensi untuk mempengaruhi hasil PHN. Gambar 2.1 di bawah meringkas hubungan ini.



Sumber: ORC Macro, 2005

Gambar 2.1 Jenis kelamin, Gender dan Population/ Health/ Nutrition (PHN)

Jenis kelamin secara biologis ditentukan dari suatu individu mempengaruhi hasil PHN oleh karena perbedaan anatomis dan fisiologis serta imunitas dan kerentanan genetik yang dihubungkan secara biologis menjadi perempuan atau pria. Secara kontras, gender adalah pembentukan secara sosial melalui derivatif dari jenis kelamin dan cakupan perbedaan peran, hak, kewajiban dan harapan dari masyarakat dan budaya yang mengikat individu menurut karakteristik pembawaan sejak lahir mereka apakah berjenis kelamin perempuan atau laki-laki. Perbedaan peran, hak, kewajiban dan harapan diterjemahkan pada perbedaan kekuasaan relatif, kendali dan akses pada sumber daya, nilai yang ditempatkan pada kesehatan dan kelangsungan hidup, dan pengertian dari penghargaan (*entitlement*) dan harga diri dari pria dan perempuan. Sementara jenis kelamin menunjuk ke perbedaan antara laki-laki dan perempuan, gender menjadikan laki-laki dan perempuan tidak hanya berbeda, tetapi juga tidak setara dalam hak, peran, dan kewajiban dari perempuan yang cenderung menjadi subordinasi bagi pria. Pada banyak kejadian, gender didasarkan perbedaan

kekuasaan memberi pria tidak hanya kekuasaan absolut yang lebih besar dibanding perempuan, tetapi juga kekuasaan atas diri perempuan. Perbedaan gender seperti ini dalam kekuasaan, peran, hak, dan penghargaan (*entitlement*) mempengaruhi kesehatan pria dan perempuan, kelangsungan hidup, nutrisi, dan pengendalian fertilitas, sebab mereka menterjemahkannya ke dalam perbedaan dari macam pekerjaan yang melibatkan laki-laki dan perempuan, dan sehubungan dengan pria, kendali perempuan yang lebih rendah atas jasmani dan seksualitas, pembatasan yang lebih besar dalam mengakses sumber daya material dan nonmaterial seperti informasi dan pengetahuan, dan batasan yang lebih besar antara lainnya dalam mengakses pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Sehubungan dengan konseptualisasi dari gender, DHS memperkenalkan empat set pertanyaan yang relasi gender ke dalam kuesioner inti perempuan pada tahun 1999: pertanyaan partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga, pertanyaan rintangan relasi gender dalam mengakses pelayanan kesehatan, dan dua set pertanyaan penerimaan perempuan terhadap norma peran-gender yang membenarkan kendali pria atas perempuan. Pertanyaan ini sebagai tambahan terhadap pertanyaan yang sudah tercakup dalam DHS yang menghasilkan beberapa indikator secara luas digunakan dari status perempuan seperti indikator pendidikan, terbuka terhadap media, ketenagakerjaan dan kontrol penghasilan, serta umur perkawinan dan kelahiran anak pertama. Semua pertanyaan baru dapat digunakan untuk memonitor pemberdayaan perempuan dalam konteks spesifik gender. Suatu fokus pemberdayaan perempuan yaitu pemberian justifikasi pada perbedaan gender dalam kekuasaan antara pria dan perempuan. Masing-Masing dari pertanyaan baru yang relasi gender dibahas di bawah ini.

a. Partisipasi perempuan di pengambilan keputusan rumah tangga.

Pengambilan keputusan dalam rumah tangga, berkenaan dengan siapa yang mengambil bagian dan yang mempunyai kendali atas proses, merupakan suatu aspek relasi gender yang mempunyai keterkaitan antar budaya dan tingkatan rumah tangga. Pilihan dari keputusan yang ditanyakan pada kuesioner inti perempuan berpedoman pada relevansi area keputusan bagi semua perempuan, apakah mereka sekarang ini kawin atau bukan dan telah memiliki anak atau tidak.

Sementara itu, pertanyaan juga mencakup aspek yang berbeda tentang fungsi individu dan rumah tangga. Maka, berikut pertanyaan yang ditanyakan kepada semua perempuan:

Siapa dalam keluarga ibu yang biasanya memutuskan mengenai:

Pemeriksaan kesehatan ibu?

Pembelian kebutuhan barang tahan lama?

Pembelian kebutuhan sehari-hari?

Mengunjungi famili atau keluarga?

Jenis makanan yang akan dimasak setiap hari?

Jawaban adalah dikodekan dengan " Responden"; "Suami/pasangan"; Responden dan Suami/pasangan bersama-sama"; "Orang lain"; "Responden & orang lain bersama-sama"; dan "Keputusan bukan tidak dibuat / tidak diterapkan."

Kebanyakan budaya menganggap bahwa peran domestik, seperti memasak dan membersihkan, adalah untuk perempuan. Maka, keputusan tentang makanan yang tercakup dalam daftar diharapkan kebanyakan perempuan akan membuat keputusan ini. Perempuan akan tidak lazim dalam tidak membuat keputusan ini, dibanding yang memutuskannya. Keputusan tentang dua hal yang berbeda dari jenis pembelian (pembelian barang tahan lama dan kebutuhan sehari-hari) dimaksud untuk menempatkan dalam pengambilan keputusan ekonomi rumah tangga, sementara pertimbangan variasi partisipasi menurut sejumlah relatif uang untuk dibelanjakan dan menurut apakah keputusan itu rutin atau tidak (membeli kebutuhan sehari-hari lebih rutin dibanding pembelian barang tahan lama). Partisipasi keputusan tentang mengunjungi teman dan keluarga diharapkan lebih spesifik budaya; pengambilan keputusan jenis ini lebih dimungkinkan melibatkan perempuan dalam budaya di mana kebebasan gerak perempuan terbatas dan interaksi mereka dengan anggota keluarga sendiri lebih lekat dimonitor oleh anggota kerabat besan dan suami dibanding di budaya lainnya. Akhirnya, keputusan tentang pelayanan kesehatan ibu diperhatikan untuk menjadi fundamental minat diri mereka dan keterkaitan langsung untuk menyempurnakan perubahan relasi-PHN.

b. Rintangan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Perempuan dapat menghadapi beberapa batasan relasi-gender dalam mengakses pelayanan kesehatan, batasan yang menggambarkan perilaku apa yang sesuai untuk perempuan. Pengukuran tingkatan dari jenis batasan ini, DHS menanyakan semua perempuan mengenai:

Ada beberapa masalah yang dapat menghalangi perempuan untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan. Apakah hal-hal berikut ini merupakan masalah atau tidak?

Mendapatkan uang untuk berobat?

Tahu kemana harus berobat?

Jarak ke tempat berobat?

Angkutan ke tempat berobat?

Tidak berani pergi sendiri?

Mendapatkan ijin untuk berobat?

Risau yang memeriksa bukan perempuan?

Ketiga permasalahan terakhir dalam daftar dengan jelas sensitif gender. Peran gender tidak selalu mengizinkan perempuan untuk pergi sendirian ke suatu tempat, atau membutuhkan ijin untuk pergi, atau untuk memeriksa ke tenaga kesehatan pria. Beberapa pembatasan seperti itu diberlakukan pria. Empat dari daftar permasalahan yang pertama nampaknya tidak hanya permasalahan untuk perempuan tetapi juga pria. Meskipun demikian, dengan pria mempunyai kontrol yang lebih besar atas sumber daya dibanding perempuan, dapat diargumentasikan bahwa permasalahan seperti mendapatkan uang berobat akan juga menjadi sensitif gender dan menghadirkan suatu rintangan yang lebih besar untuk perempuan dibanding untuk pria.

c. Norma peran Gender yang menjustifikasi kendali pria atas perempuan.

Keterkaitan tertentu pada program demografi dan kesehatan adalah pentingnya menentukan pada tingkatan mana perempuan yang mempunyai kendali atas perilaku, badan sendiri, dan seksualitasnya yang sering menjadi target dari program tersebut. Maka, berikut dua set pertanyaan tercakup di DHS yang mengeksplorasi penerimaan perempuan terhadap norma-norma mengenai

subordinasi perempuan dari segi integritas jasmani dan seksualitas kepada pria adalah:

Kadang-Kadang seorang suami merasa kesal atau marah dengan tingkah laku istrinya. Menurut ibu, apakah seorang suami berhak untuk memukul istrinya jika:

Istri pergi tanpa memberi tahu suaminya?

Istri mengabaikan anak-anak?

Istri bertengkar dengan suaminya?

Istri menolak untuk berhubungan seks dengan suaminya?

Istri masak makanan yang tidak bisa dimakan?

Suami dan istri tidak selalu sepakat mengenai beberapa hal. Menurut ibu, apakah seorang istri berhak menolak untuk berhubungan seksual dengan suaminya jika:

Ia tahu bahwa suaminya terkena infeksi menular seksual (IMS)?

Ia tahu bahwa suaminya berhubungan seksual dengan wanita lain?

Ia baru melahirkan/ sedang haid?

Ia lelah atau tidak ingin melakukannya?

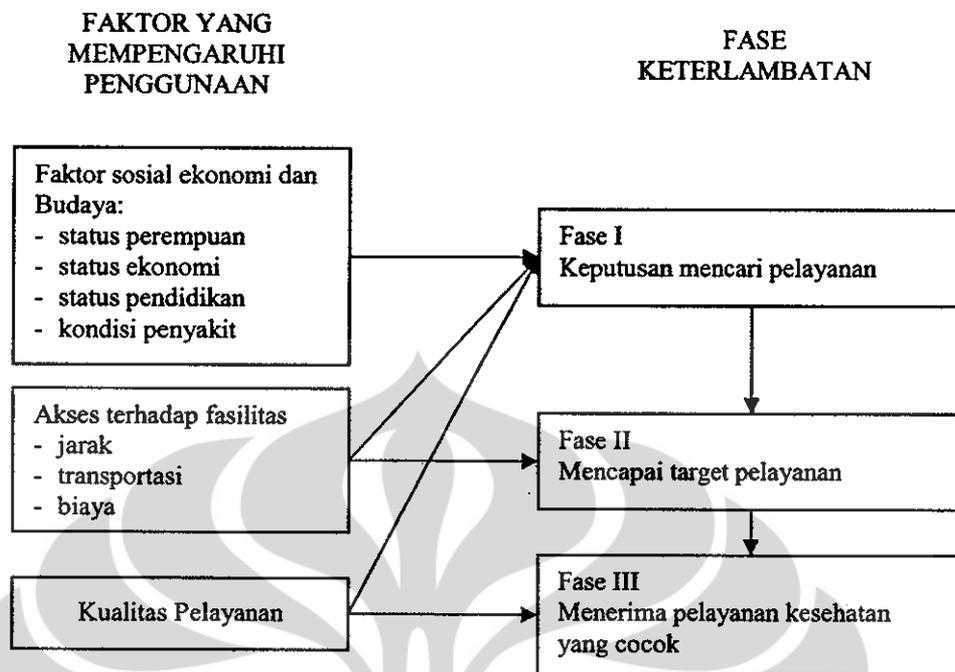
Kedua hal diatas adalah pertanyaan mengenai sikap dibanding pertanyaan yang mempertanyakan perempuan tentang pengalamannya. Persetujuan mereka sendiri dengan pembelaan untuk seorang suami memukul isterinya atau untuk seorang isteri yang menolak berhubungan seks dengan suaminya menegaskan sosialisasi perempuan pada norma peran gender tradisional yang memberi para suami hak atas jasmani dan perilaku dari isterinya. Anggapan dibalik pertanyaan ini adalah bahwa kewenangan sesungguhnya perempuan tidak akan menerima ketidaksetaraan gender yang nyata seperti itu dalam hal kekuasaan; perempuan tersebut tidak akan setuju dengan pertimbangan apapun untuk seorang suami memukul isterinya dan akan percaya bahwa seorang isteri seharusnya mempunyai hak untuk memutuskan kapan dan apakah dia ingin berhubungan seks dengan suami. Meskipun demikian, justifikasi yang diperkenalkan kepada responden pada kedua pertanyaan secara hati-hati dipilih untuk menyediakan variasi perasaan hati sesungguhnya dari pelanggaran norma perilaku. Sebagai contoh, bahkan diantar perempuan yang menerima norma

bahwa suatu tugas perempuan untuk mempunyai berhubungan seks dengan suami ketika ia ingin, seorang isteri yang menolak berhubungan seks dengan suami disebabkan dia baru melahirkan nampaknya akan lebih sedikit pelanggaran peran gender yang serius dibanding menolak berhubungan seks disebabkan "Ia lelah atau tidak ingin melakukannya." Hal yang sama pada tidak memasak makanan yang baik atau membakar makanan seharusnya lebih sedikit menjadi pertimbangan untuk memukul isteri dibanding melalaikan anak-anak meskipun diantara wanita yang membenarkan memukul isteri.

2.4 Tinjauan teoritis

2.4.1. Thaddeus dan Maine (1990;1994)

Thaddeus dan Maine (1990;1994) dalam Hartono (1999) mengembangkan kerangka pelayanan kesehatan yang diberi nama 'tiga fase keterlambatan' (*three phases of delay*), yaitu (1) lambat dalam memutuskan untuk mencari pelayanan kesehatan, (2) lambat dalam menuju ke fasilitas kesehatan, dan (3) lambat dalam menerima pelayanan kesehatan. Dasar dari kerangka kerja ini adalah waktu antara komplikasi pada saat menjelang melahirkan dan kelahiran bayi merupakan faktor yang sangat penting dalam penelitian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang. Kunci dari kerangka ini adalah mengidentifikasi hambatan terhadap penerimaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh perempuan. Tiga aspek seperti struktur sistem kesehatan, perilaku petugas kesehatan, dan karakteristik penduduk yang mencari pelayanan kesehatan dipergunakan untuk mengembangkan kerangka ini dimana hambatan yang paling umum adalah faktor sosial-budaya, jarak, serta biaya dan kualitas pelayanan. Semua faktor tersebut mempengaruhi perempuan dan keluarganya dalam memutuskan penggunaan pelayanan kesehatan untuk perempuan yang digambarkan pada diagram berikut ini.



Sumber: Thaddeus dan Maine , 1990 dalam Hartono, 1999.

Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran untuk studi akses terhadap pelayanan kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan (fase I) dikategorikan sebagai hambatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor sosial-ekonomi dan budaya yang mempengaruhi fase I dijelaskan oleh status perempuan, status ekonomi, status pendidikan dan kondisi penyakit. Status perempuan terhadap pengaruh akses pelayanan kesehatan biasanya diukur dari variabel pendidikan, ekonomi, budaya, kegiatan politik dan posisi perempuan dalam masyarakat. Perempuan yang secara ekonomi tergantung pada anggota keluarga lain, atau perempuan dengan tingkat pendidikan rendah pada umumnya mempunyai keterbatasan otonomi, antara lain karena subordinasi terhadap suami atau anggota keluarga lain yang lebih tua. Thaddeus dan Maine (1990) menemukan bahwa perempuan Nigeria, Etiopia, Tunisia, India dan Korea ditentukan oleh suami atau anggota keluarga lain yang dituakan. Dalam sejumlah kasus, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh perempuan yang berkondisi sosial-ekonomi rendah dipengaruhi oleh faktor budaya.

Thaddeus dan Maine (1990) berpendapat bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh derajat kesakitan yang dirasakan individu yang

menderita sakit. Persepsi sakit didefinisikan sebagai padangan pasien yang nyata-nyata sakit, namun sering ditemukan penyakit yang dikategorikan parah oleh tenaga kesehatan justru dipandang kejadian biasa oleh pasien. Kehamilan dan kelahiran umumnya dianggap peristiwa alami oleh sebagian besar perempuan sehingga tentunya merupakan faktor penghambat dalam mencari pelayanan kesehatan yang tepat waktu.

Aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan seperti akses fisik dan finansial meliputi jarak, transportasi, dan biaya pelayanan mempengaruhi keputusan untuk mencari pertolongan kesehatan (fase I) dan juga keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan (fase II). Kurangnya transportasi termasuk kondisi jalan yang rusak mempengaruhi rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pada dasarnya hal tersebut disebabkan oleh bertambahnya waktu perjalanan dan biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapat pelayanan tersebut. Biaya perjalanan dan jarak sering berkaian sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan. Keterlambatan pada fase II terutama terjadi di daerah pedesaan dimana ada pendapat umum bahwa pendistribusian pelayanan kesehatan yang tidak baik serta kurangnya transportasi merupakan kendala utama bagi masyarakat pedesaan termasuk perempuan dalam mencapai fasilitas pelayanan.

Faktor lain dari keterlambatan fase I adalah kualitas pelayanan yang sebagian besar tergantung kondisi pelayanan kesehatan. Kurangnya kemauan perempuan dalam mencari pelayanan kesehatan dapat diakibatkan oleh kurangnya sarana termasuk minimnya peralatan dan obat, kurangnya persediaan transfusi darah, sedikitnya tenaga kesehatan terlatih, sulitnya komunikasi interpersonal serta tindakan pengobatan yang kurang cermat. Faktor kualitas pelayanan ini juga menyebabkan keterlambatan menerima pelayanan yang tepat (fase III), walaupun keterlambatan fase ini juga dipengaruhi fase I dan II. Sekalipun keputusan sudah diambil, dan halangan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan diatasi, keputusan untuk menggunakan fasilitas kesehatan hanya tergantung pada kualitas pelayanan.

2.4.2. Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan

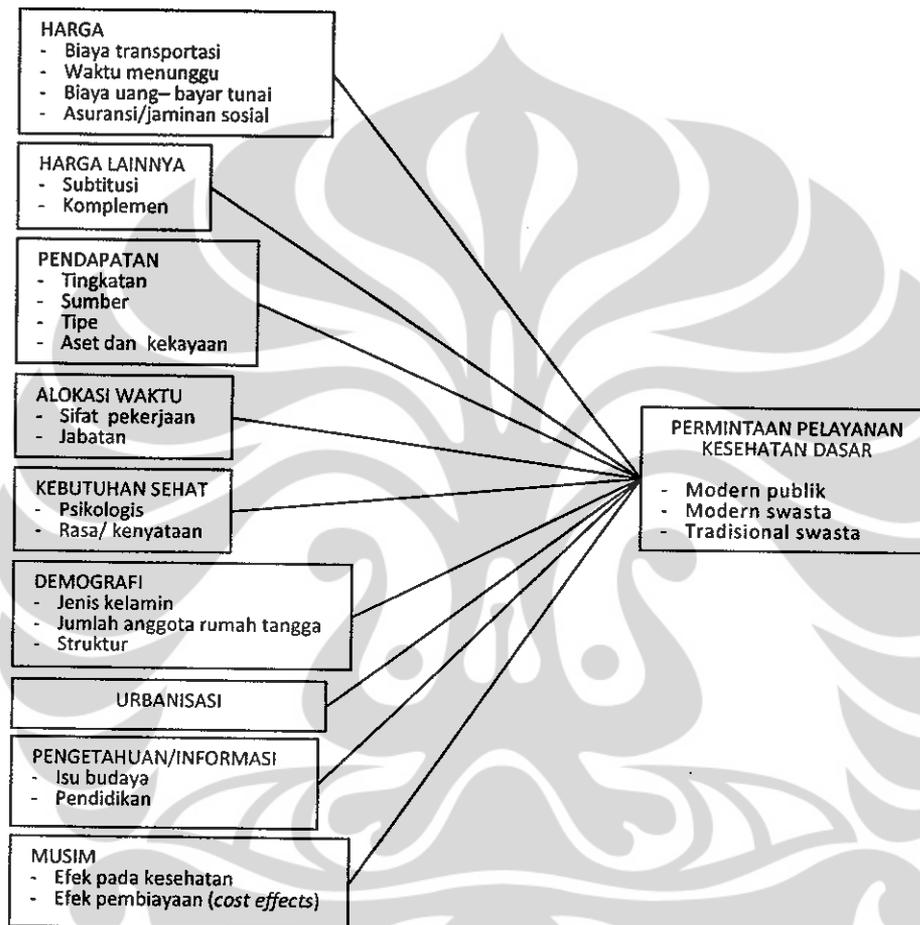
Akin dkk (1985) menyajikan suatu kerangka untuk mempelajari faktor ekonomi, sosial dan perilaku yang menjelaskan penggunaan pelayanan kesehatan dasar dan pilihan terhadap praktisi kesehatan di negara-negara dunia ketiga. Kerangka ini merupakan kerangka permintaan terhadap pelayanan kesehatan dasar yaitu pelayanan publik modern, pelayanan swasta modern dan pelayanan tradisional khusus. Kerangka permintaan ini tergantung pada beberapa hal sebagai berikut.

Harga (*price*) menurut teori ekonomi merupakan determinan yang fundamental bagi konsumen dalam mengalokasikan pendapatan rumah tangga di antara kegunaan yang penting dari suatu barang yang berbeda. Hal ini dijelaskan dengan biaya transportasi (*transportation cost*) yaitu biaya perjalanan baik dari segi materi dan biaya waktu (jarak) untuk mencapai layanan kesehatan, waktu menunggu (*waiting time*) dimana *opportunity cost* dalam menunggu layanan dari klinik publik atau praktek swasta, Pembiayaan (*money cost*) adalah pembayaran tunai untuk penggunaan layanan kesehatan, dan asuransi/ jaminan sosial (*coinsurance/social security*) yaitu suatu sistem yang memberikan layanan kesehatan gratis dari institusi jaminan sosial atau skema asuransi untuk kelompok pekerja tertentu.

Harga lainnya (*other prices*) dapat dilihat dari biaya *substitutes* (*alternative*) dan biaya *compliments*. *Substitutes* bisa terjadi diantara layanan tradisional, publik modern dan swasta modern dimana pengguna layanan mencari substitusi yang dimampui dengan harga tidak mahal, layanan kualitas rendah diantara yang mahal atau layanan berkualitas tinggi dengan kondisi tertentu. Biaya *compliments* difokuskan pada biaya obat termasuk biaya transportasi dan biaya waktu bila resep obat tidak tersedia pada praktisi kesehatan.

Berdasarkan penelitian Akin dkk (1985), pendapatan (*income*) secara statistik tidak signifikan mempengaruhi memilih fasilitas kesehatan. Sumber pendapatan sebagai proksi dari posisi dalam komunitas, pemilik tanah dan kelas bisnis mungkin lebih berorientasi terhadap fasilitas swasta modern, memiliki pengetahuan tentang gejala penyakit dan ketersediaan layanan, memiliki pendidikan yang lebih baik dan mempunyai pilihan yang lebih baik terhadap

mencari layanan kesehatan. Pendapatan diharapkan mempunyai korelasi yang tinggi dengan kekayaan (*wealth*). Permintaan terhadap pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh level kekayaan rumah tangga dengan beberapa kepemilikan aset, seperti kondisi tempat tinggal, ketersediaan air minum, metode pembuangan limbah yang sehat dan adanya beberapa alat-alat rumah tangga.



Sumber: Akin dkk (1985)

Gambar 2.3. Determinan Permintaan Pelayanan Kesehatan di Dunia Ketiga

Alokasi waktu (*time allocation*) adalah sejumlah waktu yang tersedia untuk konsumsi layanan kesehatan dibandingkan dengan sejumlah waktu yang dihabiskan pada aktivitas lainnya, seperti bekerja, memasak, bertani, mengambil air dan berbelanja.

Kebutuhan sehat (*health needs*) merupakan reaksi rasa keinginan dari orang mencari layanan medis, secara psikologis disebabkan oleh gejala-gejala fisik

yang dapat dilihat dan secara objektif diidentifikasi. Rasa keinginan ini dihubungkan dengan status sosial ekonomi, etnis dan kemungkinan juga dihubungkan dengan variabel pendidikan.

Faktor demografi dapat dilihat melalui perbedaan jenis kelamin, umur, jumlah anggota rumah tangga dan struktur rumah tangga. Struktur rumah tangga berhubungan dengan cara pengaturan dalam rumah tangga antara otoritas yang dimiliki ibu dan ayah. Posisi ibu di rumah dapat dijelaskan berdasarkan pendidikan ibu relatif terhadap pendidikan suami, bekerja di luar rumah, pendapatan, jumlah istri yang dimiliki suami, ketidakadaan suami, dan bermacam nilai budaya yang tidak nyata.

Urbanisasi berhubungan dengan ketersediaan akses fasilitas layanan di kota dibandingkan dengan pedesaan seperti pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, rumah sakit khusus, sumber air yang lebih baik, sistem pembuangan limbah publik, dan pemusnahan sampah regular.

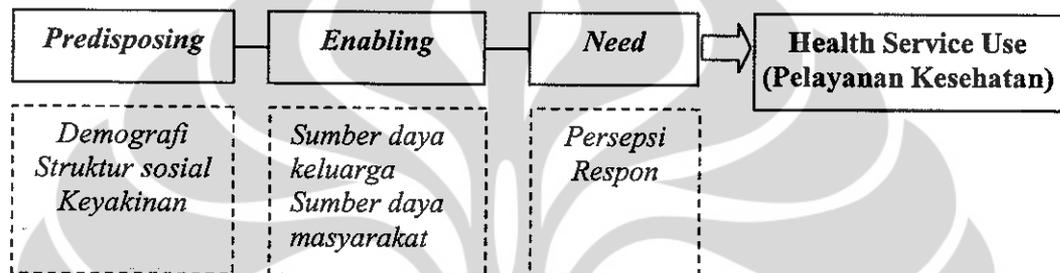
Pengetahuan dan keyakinan (*knowledge and beliefs*) mengenai penyebab sakit, kebiasaan hidup sehat, kondisi kehidupan, dan praktisi medikal merupakan determinan pokok dari permintaan pelayanan kesehatan. Pengetahuan berhubungan dengan pendidikan yang berdampak pada praktek yang spesifik seperti memasak sumber air minum rumah tangga, kebersihan peralatan memasak dan limbah manusia. Semakin tinggi pendidikan rumah tangga akan semakin sehat dan juga lebih banyak waktu dan keinginan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pendidikan tidak hanya dari sumber formal tetapi diperoleh dari siaran radio, televisi, koran dan majalah yang dapat menanamkan pengetahuan terhadap praktek medikal modern, barang higienis, dan mendapatkan pelayanan kesehatan melalui mendengar dan membaca. Determinan pendidikan-pengetahuan-informasi berinteraksi dengan suatu ide diklasifikasikan sebagai secara kultural menentukan keinginan sehat. Pengetahuan dan informasi memodifikasi keyakinan dan mengubah selera, yang mengarah pada suatu bentuk perilaku.

Perubahan *seasonal* (pengaruh musim) memiliki pengaruh pada suplai makanan, morbiditas, dan nutrisi terutama di daerah pedesaan. Hal ini juga berdampak terhadap variabel ekonomi seperti harga makanan, pendapatan

bulanan, kepemilikan uang tunai dan konstrain waktu sehingga penggunaan layanan kesehatan akan bervariasi tiap tahunnya..

2.4.3. Model Andersen dkk (1975)

Andersen dkk (1975) mengemukakan suatu model bahwa keputusan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada karakteristik *Predisposing* (kecenderungan), karakteristik *Enabling* (pendukung) dan karakteristik *need* (kebutuhan).



Sumber: Andersen dkk (1975)

Gambar 2.4 Kerangka pemanfaatan pelayanan kesehatan

Karakteristik kecenderungan (*predisposisi*) menggunakan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang dibedakan dalam 3 (tiga) kelompok; faktor demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), faktor struktur social (pendidikan, pekerjaan, suku atau ras), dan faktor keyakinan (pengetahuan tentang penyakit dan kesehatan, kepercayaan serta persepsi).

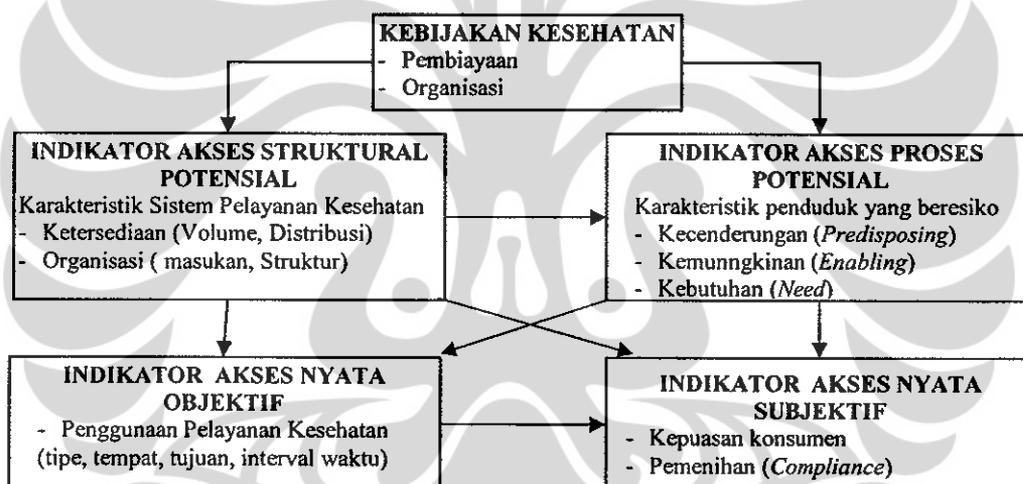
Karakteristik pendukung (*enabling*) mencerminkan bahwa meskipun mempunyai faktor predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan tergantung kepada kemampuan konsumen untuk memperoleh layanan. Karakteristik ini terdiri dari sumber daya keluarga (pendapatan, asuransi, daya beli, pengetahuan pelayanan kesehatan) dan sumber

daya masyarakat (jumlah sarana, jarak tempat pelayanan, ketersediaan petugas, ketersediaan obat, kemudahan rujukan).

Karakteristik kebutuhan dasar (*need*) dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan bila faktor *predisposing* dan *enabling* ada. Komponen *need* terbagi jadi 2, yaitu *perceived* (persepsi terhadap kesehatan diri) dan *evaluated* (gejala dan diagnosis penyakit).

2.4.4. Model Aday dkk (1980)

Aday dkk (1980) membentuk model akses pelayanan kesehatan yang menggambarkan hubungan beberapa komponen yang saling mempengaruhi. Studi akses ini dikenal dengan teori akses Aday. Kerangka dari model akses pelayanan kesehatan disajikan dalam gambar di bawah ini.



Sumber: Aday dkk (1980)

Gambar 2.5 Kerangka studi akses terhadap pelayanan kesehatan

Indikator akses struktural potensial mempengaruhi indikator akses proses potensial, mempengaruhi indikator akses nyata objektif dan juga mempengaruhi akses nyata indikator subjektif. Indikator akses proses potensial digambarkan mempengaruhi indikator akses nyata objektif dan indikator akses nyata subjektif sedangkan indikator akses nyata objektif sendiri mempengaruhi indikator akses nyata subjektif.

Indikator akses struktural potensial menggambarkan karakteristik sistem pelayanan kesehatan yang dilihat dari dua aspek yaitu aspek ketersediaan dan aspek organisasi. Ketersediaan system pelayanan kesehatan dapat diukur dari volume atau jumlah dan distribusinya. Volume dapat dilihat dari jumlah dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lainnya, rumah sakit, pukesmas dan jumlah tempat tidur rawat inap. Sementara itu, distribusinya lebih dilihat dari sudut rasio, misalnya rasio dokter per 1000 penduduk, rasio sarana pelayanan kesehatan per 1000 penduduk. Organisasi pelayanan kesehatan dapat diukur dari masukan dan struktur. Untuk mengukur masukan dapat dilihat dari ketersediaan pelayanan malam hari, akhir pekan, emergensi; transpostasi; waktu perjalanan; biaya perjalanan untuk transportasi; sistem perjanjian dan waktu menunggu; waktu yang disediakan dokter untuk setiap pasien; alasan memilih sarana kesehatan; alasan berubah tempat pelayanan kesehatan; alasan tidak ada pelayanan kesehatan; tempat tinggal tanpa ada sarana pelayanan kesehatan. Untuk mengukur struktur dapat dilihat dari tipe petugas kesehatan; praktek petugas kesehatan, praktek swasta; lokasi sarana pelayanan/tenaga kesehatan; tipe asuransi kesehatan.

Indikator akses proses potensial menggambarkan karakteristik masyarakat yang dilihat dari tiga aspek. Pertama, aspek kecenderungan (*predisposing*) dapat diukur dari karakteristik masyarakat, seperti umur, jenis kelamin, suku, lama tinggal di wilayah tersebut; pekerjaan; pendidikan; pengetahuan kesehatan; sikap; manfaat umum pelayanan kesehatan. Kedua, aspek kemungkinan (*enabling*) dapat diukur melalui variabel pendapatan keluarga; kepesertaan asuransi kesehatan; tempat tinggal; kota atau desa; wilayah administrasi. Ketiga, Aspek kebutuhan (*need*) menurut Aday, secara operasional dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu kebutuhan sebagai persepsi kebutuhan (*perceived need*) dan evaluasi kebutuhan (*evaluated need*). Persepsi kebutuhan diukur dari presepsi konsumen, khususnya tentang status kesehatan berdasarkan pendapat secara umum, jumlah keluhan sakit atau status kesehatan dibandingkan dengan orang lain. Pengukuran dapat berupa gejala penyakit selama kurun waktu tertentu (misalnya setahun ini); jumlah hari tidak produktif; jumlah episode penyakit yang mungkin menyebabkan tiga hari atau lebih waktu tidak produktif dalam setahun. Evaluasi kebutuhan dapat diukur dengan cara pengukuran tingkat

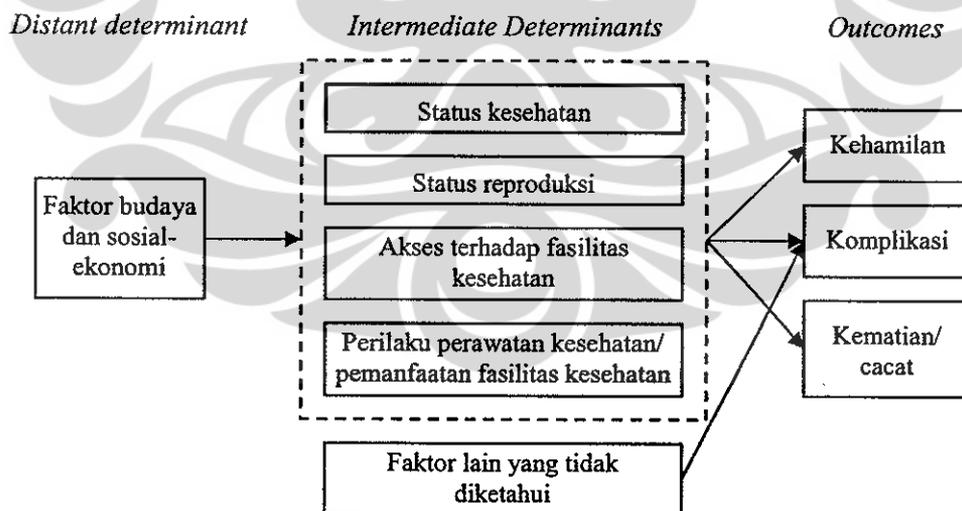
kesakitan oleh profesional medis selama episode dua minggu waktu tidak produktif; pengukuran tingkat kesakitan oleh profesional medis untuk gejala penyakit selama setahun.

Indikator akses nyata objektif dilihat dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang terdiri dari beberapa indikator, yaitu tipe pelayanan kesehatan, lokasi pelayanan kesehatan; jenis pelayanan; proporsi kunjungan ke sarana pelayanan kesehatan; jumlah kunjungan petugas kesehatan.

Indikator akses nyata subjektif dilihat dari kepuasan konsumen yang dapat diukur melalui sikap umum berdasarkan harapan penderita dan harapan keluarga penderita; sikap spesifik berdasarkan frekuensi kunjungan penderita ke sarana pelayanan kesehatan atau ke petugas kesehatan; kepatuhan.

2.4.5. McCharty dan Maine (1992)

McCharty dan Maine (1992) menyajikan kerangka pikir untuk menganalisa determinan dari mortalitas dan morbiditas ibu (Gambar 2.6). Perilaku perawatan kesehatan/pemanfaatan fasilitas kesehatan dan akses terhadap fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor dari *intermediate determinants* yang dipengaruhi oleh faktor budaya dan sosial-ekonomi sebagai *distant determinants*.



Sumber: McCharty dan Maine (1992:25)

Gambar 2.6. Kerangka Determinan Mortalitas dan Morbiditas Ibu

Pemanfaatan perawatan prenatal (untuk mendiagnosa apakah ada masalah kesehatan sebelumnya atau mendeteksi komplikasi tertentu) dan pemanfaatan perawatan selama persalinan dan setelah melahirkan (untuk merawat komplikasi yang mungkin muncul kemudian) merupakan hal yang penting pada masalah kematian ibu. Perilaku perawatan kesehatan lainnya juga mungkin mempunyai pengaruh penting dari hasil (*outcome*) kehamilan ibu, seperti penggunaan aborsi gelap dan berbahaya pada praktek tradisional selama kehamilan dan kelahiran bayi. Praktek tradisional tersebut antara lain penggunaan obat yang tidak benar, mendorong daerah perut untuk mempercepat kelahiran, dan bahkan penggunaan cara pembedahan tertentu. Contohnya, di Nigeria Utara, dukun tradisional melakukan " *Gishiri cuts*" (menggores vagina) pada ibu yang lambat dalam proses persalinan.

Akses merupakan suatu konsep yang lebih luas dibanding jarak secara fisik. Hal ini termasuk akses pembiayaan dan akses perawatan yang memadai. Terdapat bukti yang besar bahwa kendala pembiayaan, kekurangan tenaga kesehatan terlatih terutama di daerah pedesaan, dan pencapaian yang rendah dalam pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih mempunyai peran yang tinggi dalam kematian ibu di negara-negara berkembang (Ekwempu dkk., 1990; Omu, 1981; WHO, 1985).

Status sosial ekonomi merupakan suatu konsep yang kompleks yang berhubungan dengan individu, keluarga dan tingkatan masyarakat. Beberapa indikator status sosial ekonomi untuk perempuan adalah status dalam keluarga dan masyarakat yang dapat dihubungkan dengan tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan atau kekayaan, dan otonomi (kemampuan berpegangan atas kemauan sendiri atau membuat keputusan sendiri untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan). Pada tingkat keluarga, status dapat dihubungkan dengan pendapatan keluarga seperti pendidikan dan pekerjaan dari anggota keluarga serta kepemilikan tanah. Selanjutnya, sumber daya dan kekayaan kolektif dari masyarakat lokal (contohnya keberadaan dokter, klinik, ambulans) juga merupakan dimensi penting dari status sosial ekonomi yang mungkin berpengaruh pada kesehatan dari anggota masyarakat tersebut.

Diantara faktor *intermediate determinants*, akses ke fasilitas kesehatan dan perilaku perawatan kesehatan dari perempuan mempengaruhi status kesehatannya. Sementara itu, akses ke fasilitas kesehatan juga mempengaruhi perilaku perawatan kesehatan terutama pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Mosley (1990) dalam McCharty dan Maine (1992) berpendapat bahwa tiga tahap dari kehamilan dan persalinan adalah tahap awal kehamilan, sekitar periode menjelang kelahiran dan persalinan, dan periode *postpartum*. Komplikasi dapat terjadi pada setiap tahap tersebut, dimana pada banyak kasus cenderung terbatas pada tahap tertentu. Aborsi paling mungkin berhubungan dengan komplikasi dini pada kehamilan, sedangkan akses ke perawatan obstetrik darurat akan berhubungan dengan komplikasi pada sekitar waktu melahirkan dan persalinan serta periode *postpartum*.

2.5 Beberapa hasil empiris studi sebelumnya

Woldemicael dan Tengkorang (2009) melakukan studi tentang efek neto dari otonomi perempuan dalam perilaku memilih pelayanan kesehatan (*health seeking behaviour*) di Etopia berdasarkan analisis kuantitatif data *Ethiopia Demographic and Health Survey (EDHS) 2005*. Metode *sampling* EDHS 2005 adalah metode kluster dua tahap meliputi 14.500 sampel rumah tangga yang mewakili 540 kluster (145 kluster wilayah kota dan 395 kluster wilayah desa). Sampel perempuan yang diwawancarai dalam survei sebanyak 14.070 perempuan usia 15-49 tahun. Unit analisis dalam studi dibatasi yang ada 5.560 perempuan kawin yang telah melahirkan anak terakhirnya dalam 5 (lima) tahun sebelum survei dengan asumsi bahwa informasi otonomi perempuan dibatasi pada perempuan yang berada pada kondisi perkawinan stabil dan yang tinggal dengan pasangannya. Dengan memakai *exploratory factor analysis (EFA)* dibentuk variabel tidak bebas perilaku pemilihan pelayanan kesehatan maternal dan membentuk dua kategori yaitu rendah dan tinggi. Variabel ini dibentuk dari tiga pertanyaan yaitu apakah menerima perawatan antenatal, menerima suntikan tetanus dan kelahiran anak terakhir pada institusi medikal. Begitupula dengan variabel bebas otonomi perempuan dengan skala numerik dibentuk dari tiga pertanyaan yang mengidikasikan status ekonomi dalam rumah tangga yaitu siapa

yang memutuskan dalam pembelian barang-barang tahan lama, pembelian barang kebutuhan sehari-hari dan perawatan kesehatan ibu serta satu pertanyaan mengenai kebebasan bergerak yaitu keputusan terakhir dalam berkunjung ke keluarga atau kerabat. Studi tersebut menggunakan *hierarchical logit model* untuk mengoreksi masalah metodologi kluster data yang secara alami terjadi dengan membagi menjadi level individu dan level rumah tangga.

Hasil dari penelitian adalah otonomi perempuan mempunyai hubungan yang kuat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu bahkan setelah dikontrol dengan variabel untuk individu dan rumah tangga. Temuan ini bisa berarti bahwa usaha dalam peningkatan otonomi perempuan tidak hanya menjembatani perbedaan gender, tetapi juga menghasilkan peningkatan kesehatan ibu dan anak, temuan yang lain yang penting adalah variabel sosio-ekonomi dan budaya (pendidikan, pekerjaan, agama, dan indeks kekayaan rumah tangga). Pada level individu, tingkat pendidikan menunjukkan pengaruh yang sangat kuat pada perilaku mencari kesehatan maternal dimana pada perempuan berpendidikan tinggi lebih mengakses perawatan profesional daripada perempuan berpendidikan rendah. Ibu muda usia 20 tahun ke bawah memiliki kecenderungan yang lebih rendah dalam mencari perawatan kesehatan dibanding ibu yang lebih tua. Ibu dengan jumlah anak banyak (lebih dari tiga anak) cenderung lebih rendah mencari perawatan kesehatan dibanding ibu yang jumlah anaknya lebih sedikit.

Indikator otonomi perempuan yang digunakan di atas juga dipakai oleh Kumar (2009) untuk menjelaskan indikator posisi perempuan dalam rumah tangga dan penggunaan pelayanan kesehatan maternal di Uttar Pradesh (India). Keempat variabel pengambilan keputusan yang digunakan kemudian dibentuk menjadi kategori dikotomis “terlibat dalam keputusan akhir (keputusan terakhir sendirian atau bersama-sama)” dan “tidak terlibat dalam keputusan akhir (individu lain penentu keputusan terakhir)”.

Analisis chi-square digunakan untuk melihat hubungan bivariat dari variabel sosial demografi dan persepsi aksesibilitas kesehatan perempuan terhadap empat indikator posisi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan juga terhadap penggunaan perawatan kehamilan dan tempat melahirkan. Demikian juga pada asosiasi bivariat antara indikator posisi perempuan dalam

pengambilan keputusan rumah tangga dengan kedua penggunaan pelayanan kesehatan.

Model regresi logistik dikembangkan untuk mengidentifikasi indikator asosiasi antara posisi perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan penggunaan perawatan kesehatan ibu. Indeks komposit otonomi pengambilan keputusan perempuan dibangun dan dikategorikan sebagai otonomi rendah dan tinggi. Selanjutnya, indeks komposit ini digunakan untuk membuat variabel baru bernama pendidikan-otonomi pengambilan keputusan. Temuan dari studi ini menunjukkan bahwa hanya 27 persen perempuan di Uttar Pradesh memutuskan sendiri perawatan kesehatannya. Beberapa perempuan dilaporkan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan hanya 32 persen mempunyai kontrol atas pendapatan sendiri. Perempuan *literate* - otonomi rendah cenderung lebih tinggi menggunakan *antenatal care* dan *institutional delivery* dibanding perempuan *illiterate*-otonomi tinggi. Kecenderungan perempuan yang datang ke *antenatal care* minimal satu kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak sama sekali dalam menggunakan *institutional delivery*. Meskipun asosiasi yang tidak konsisten pada semua indikator, pekerjaan dan pengaruh terhadap pendapatan berkaitan dengan kecenderungan peningkatan dalam menerima perawatan kehamilan dan kelahiran modern. Asosiasi yang kuat pendidikan perempuan dengan penggunaan layanan kesehatan menarik perhatian sehingga perlu upaya untuk meningkatkan pendidikan perempuan.

Pada penelitian Furuta dan Salway (2006) berdasarkan data *Nepal Demographic and Health Survey (NDHS)* 2001 diteliti posisi perempuan dalam rumah tangga sebagai determinan dari pelayanan kesehatan maternal. Posisi perempuan dalam rumah tangga dijelaskan oleh empat indikator yaitu keterlibatan dalam pengambilan keputusan pada kesehatan ibu, keputusan pembelian barang tahan lama, pekerjaan ibu dan kontrol terhadap penghasilannya, dan berdiskusi mengenai KB dengan suami. Model regresi logistik digunakan untuk melihat pengaruh variabel tersebut terhadap perawatan kehamilan dan perawatan persalinan yang terlatih. Unit analisisnya adalah perempuan kawin dan pernah melahirkan anak selama tiga tahun sebelum survei (4.695 responden).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sedikit sekali keikutsertaan perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga, dan bahkan lebih sedikit dalam kontrol atas nafkah mereka sendiri. Sementara itu, lebih dari separuh dilaporkan mendiskusikan keluarga berencana dengan para suami, dan terdapat perbedaan signifikan antar sub-sub kelompok indikator posisi perempuan ini. Meskipun demikian terdapat asosiasi yang tidak konsisten di antara semua indikator, diskusi pasangan (*spousal*) keluarga berencana berpengaruh pada kecenderungan peningkatan penggunaan perawatan kehamilan dan perawatan kelahiran. Perempuan berpendidikan menengah ke atas juga sangat berasosiasi dengan semakin besarnya penggunaan pelayanan kesehatan.

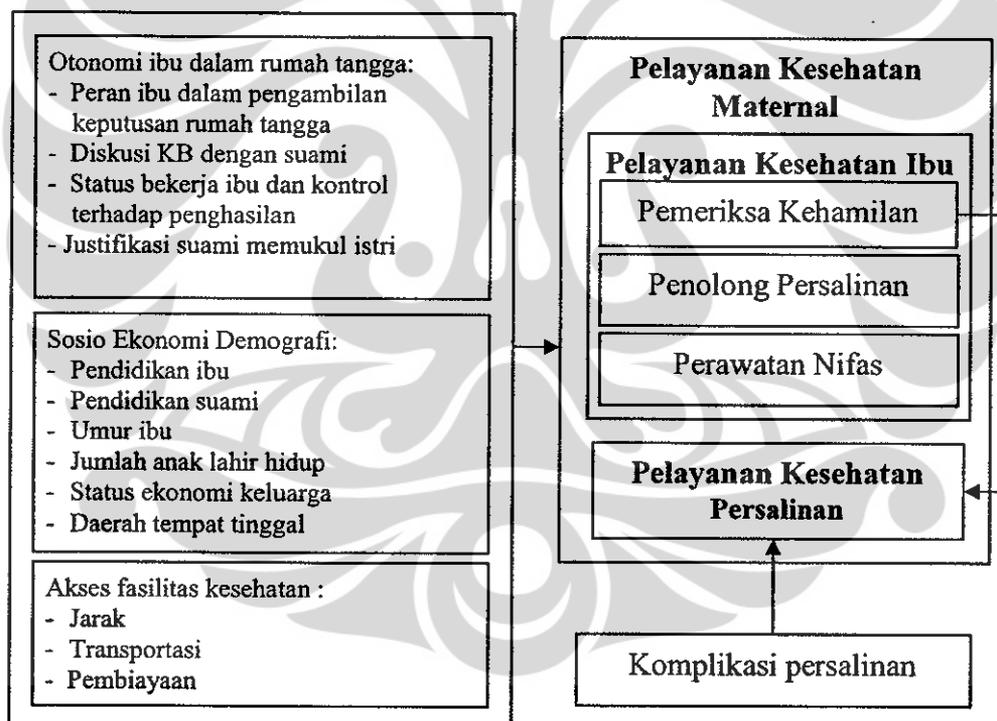
Penelitian Woldemicael (2007) lainnya menggunakan istilah otonomi yang diwakili oleh beberapa pengukuran langsung otonomi perempuan, yaitu kebebasan bergerak untuk mengunjungi keluarga atau kerabat, kekuatan pengambilan keputusan dalam rumah tangga dalam pembelian barang harian dan tahan lama, dan sikap perempuan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (pemukulan istri). Ukuran ini digunakan untuk menyelidiki hubungannya dengan penggunaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, yaitu perawatan kehamilan yang diukur dengan frekuensi kunjungan, perawatan kelahiran, dan status imunisasi anak. Penelitian ini menggunakan data dari *Demographic and Health Survey* negara Eritrea 2002 dan Ethiopia 2005 dengan secara simultan mempertimbangkan peran sosial-ekonomi (tidak langsung) terhadap indikator status perempuan.

Hasil studi menunjukkan bahwa indikator otonomi sebagian besar merupakan prediktor penting pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak meskipun kekuatan dan signifikansi statistik bervariasi pada hasil berdasarkan masing-masing pemanfaatan layanan kesehatan dan negara dan dalam beberapa kasus kehilangan makna ketika indikator sosial-ekonomi tetap konstan. Efek positif yang kuat pada peran pengambilan keputusan perempuan dalam mengunjungi keluarga atau kerabat terhadap penggunaan perawatan kehamilan dan status imunisasi anak. Di pihak lain, terjadi kehilangan signifikansi lain pada dimensi pengambilan keputusan perempuan ketika faktor sosio-ekonomi dimasukkan ke dalam model dimana menunjukkan bahwa beberapa perilaku

dalam mencari layanan kesehatan lebih tergantung pada faktor sosio-ekonomi seperti pendidikan dan pekerjaan. Hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar indikator sosial-ekonomi mempunyai pengaruh kuat baik pada otonomi pengambilan keputusan perempuan dan juga pada pemanfaatan layanan kesehatan ibu dan anak. Temuan ini menunjukkan bahwa kedua faktor yaitu otonomi perempuan dan indikator sosio-ekonomi harus dianalisis dalam rangka, untuk memperoleh pemahaman lengkap faktor-faktor penentu pemanfaatan perawatan kesehatan ibu dan anak.

2.6 Kerangka Pikir Analisis

Berdasarkan studi sebelumnya maka kerangka pikir analisis penelitian ini digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.7. Kerangka Pikir Analisis Pelayanan Kesehatan Maternal

Penelitian ini meneliti mengenai pelayanan kesehatan maternal yang dijelaskan dengan dua hal yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan persalinan. Pelayanan kesehatan ibu akan

melihat pemanfaatan pelayanan dalam pemeriksaan kehamilan dengan sesuai anjuran K4, penolong persalinan dan perawatan nifas, sedangkan pemilihan perawatan fasilitas persalinan melihat pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dihubungkan dengan penolong persalinan. Kesehatan ibu menjadi topik permasalahan dalam studi ini terkait dengan upaya pemerintah Indonesia dalam menekan angka kematian ibu demi mencapai target MDGs tahun 2015.

Dengan demikian, dalam Studi ini akan dipelajari dan diuji sejauh mana pengaruh dari faktor otonomi ibu dalam rumah tangga, faktor sosio-ekonomi demografi dan faktor akses ke fasilitas kesehatan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Faktor pemeriksa kehamilan dan komplikasi persalinan menjadi variabel tambahan pada pemilihan perawatan fasilitas persalinan. Kerangka pikir analisis ini dimodifikasi dari kerangka studi akses terhadap pelayanan kesehatan dari Thaddeus dan Maine (1990) dan determinan permintaan pelayanan kesehatan dasar dari Akin dkk (1985), serta studi empiris sebelumnya.

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang akan diuji dalam studi ini terdiri dari dua variabel tidak bebas, yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan pemilihan fasilitas perawatan persalinan. Berdasarkan kerangka pikir analisis di atas maka dapat diajukan hipotesis sebagai berikut.

- Ibu yang memiliki otonomi yang tinggi dalam rumah tangga lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik daripada ibu yang otonominya rendah.
- Ibu yang berpendidikan tinggi dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik.
- Ibu yang berdiskusi KB dengan suami lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik daripada ibu yang tidak berdiskusi KB dengan suaminya.

- Ibu yang tidak setuju mengenai justifikasi pemukulan suami terhadap istri lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik daripada ibu yang setuju mengenai justifikasi pemukulan suami terhadap istrinya.
- Semakin ibu bekerja dan memiliki kontrol terhadap penghasilannya maka semakin cenderung ibu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik.
- Ibu yang suaminya berpendidikan tinggi lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik dibandingkan ibu yang suaminya berpendidikan rendah.
- Semakin muda umur ibu saat melahirkan anak yang terakhir maka semakin kecil kecenderungannya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik.
- Semakin banyak anak maka semakin rendah kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang lebih baik.
- Kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik lebih tinggi pada ibu yang tidak bermasalah dalam jarak ke fasilitas kesehatan daripada pada ibu yang memiliki masalah pada jarak.
- Ibu yang tidak bermasalah dalam transportasi ke fasilitas kesehatan lebih cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik daripada ibu yang memiliki masalah pada transportasi.
- Kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik lebih tinggi pada ibu yang tidak bermasalah dalam biaya berobat daripada pada ibu yang memiliki masalah pembiayaan untuk berobat.
- Kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan serta memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik lebih rendah pada ibu yang tinggal di desa daripada pada ibu yang tinggal di kota.

- Ibu yang mengalami komplikasi saat persalinan lebih cenderung untuk memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik daripada ibu yang tidak mengalami komplikasi.
- Kecenderungan memilih fasilitas perawatan persalinan yang baik pada ibu yang diperiksa tenaga kesehatan lebih tinggi daripada pada ibu yang tidak diperiksa tenaga kesehatan selama kehamilan.



BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Sumber Data

Data yang digunakan dalam studi ini adalah hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, yang dilaksanakan pada 33 propinsi di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan pada sampel wanita usia 15-49 tahun pernah kawin dan pria usia 15-54 tahun berstatus kawin yang secara umum bertujuan untuk :

- mengestimasi parameter demografi, khususnya fertilitas dan kematian anak dibawah lima tahun;
- mengukur pengetahuan dan penggunaan alat kontrasepsi; melihat indikator kunci kesehatan anak termasuk tingkat imunisasi; prevalensi dan pengobatan diare dan penyakit lainnya; dan praktek pemberian makanan kepada anak;
- menilai cakupan pelayanan perawatan ibu;
- menggali keterlibatan pria dalam kesehatan reproduksi;
- meneliti variabel langsung dan tidak langsung yang mempengaruhi situasi kesehatan ibu dan anak

(BPS dan ORC Macro,2008).

Kerangka sampel yang digunakan untuk pemilihan blok sensus adalah daftar blok sensus (BS) terpilih Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) 2007. Pendaftaran rumah tangga telah dilakukan diseluruh BS yang tercakup dalam Sakernas 2007 sebanyak 1.694 BS. Sehingga pelaksanaan pendaftaran rumah tangga dalam SDKI 2007 ditiadakan. Dalam rancangannya ditentukan paling sedikit 40 BS untuk setiap propinsi, jumlah ini tidak dialokasikan secara proporsional terhadap jumlah penduduk propinsi atau juga tidak proporsional menurut klasifikasi daerah perkotaan dan pedesaan. Dengan demikian, penyesuaian penimbang akhir dilakukan untuk mendapatkan perkiraan seluruh variabel.

Prosedur penarikan sampel SDKI 2007 dalam memilih BS di wilayah perkotaan dan pedesaan dilakukan dengan menggunakan sampling beberapa tahap (*multi stage stratified sampling*). Di daerah perkotaan pemilihan dilakukan dua

tahap, tahap pertama BS dipilih secara sistematik sampling kemudian berikutnya disetiap BS terpilih 25 rumah tangga yang dipilih secara acak. Sementara di pedesaan pemilihan rumah tangga dilakukan dengan tiga tahap. Tahap pertama, kecamatan dipilih dengan proporsi banyaknya rumah tangga. Tahap kedua, pada setiap kecamatan terpilih, dipilih BS dengan sistematik sampling. Di tahap ketiga pada BS terpilih, dipilih 25 rumah tangga secara acak. Kemudian baik di perkotaan dan pedesaan, seluruh wanita pernah kawin umur 15-49 tahun dalam rumah tangga yang memenuhi syarat untuk diwawancara secara individu. Sampel pria kawin usia 15-54 tahun diperoleh dari 8 (delapan) rumah tangga disetiap BS yang terpilih dan terdapat sampel wanita pernah kawin 15-49 tahun.

Pengumpulan data pada rumah tangga terpilih dilakukan melalui wawancara langsung (tatap muka) antara pewawancara dengan responden. Kuesioner SDKI 2007 terdiri dari 4 (empat) modul yaitu satu modul RT dan tiga modul individu. Modul RT ditanyakan pada kepala rumah tangga, suami/isteri kepala rumah tangga, atau anggota rumah tangga lain yang paling mengetahui tentang informasi yang ditanyakan. Tiga modul individu yaitu modul wanita pernah kawin (WPK) ditanyakan kepada responden wanita pernah kawin dan berusia 15-49 tahun, modul pria kawin (PK) ditanyakan kepada responden pria berstatus kawin dan berusia 15-54 tahun dan modul Remaja (R) ditanyakan kepada responden remaja usia 15-24 tahun.

Penelitian ini menggunakan modul RT dan modul WPK pada data individu wanita pernah kawin usia 15-49 tahun terdapat informasi karakteristik responden, seperti umur, status perkawinan, pendidikan dan pemanfaatan media; pengetahuan dan penggunaan metode keluarga berencana, preferensi fertilitas; pemeriksaan kehamilan, persalinan dan masa nifas; pemberian air susu ibu dan makanan bayi; vaksinasi dan penyakit anak; perkawinan dan kegiatan seks; pekerjaan responden dan karakteristik suami responden; kematian masa kanak-kanak; pengetahuan dan perilaku mengenai AIDS dan penyakit seksual menular lainnya; kematian saudara kandung termasuk kematian ibu.

3.2. Unit Analisis

Unit analisis penelitian adalah wanita berstatus pernah kawin berumur 15-49 tahun yang telah memiliki minimal seorang anak lahir hidup sehingga data yang dipergunakan bersumber dari wawancara wanita pernah kawin 15-49 tahun. Sampel yang digunakan merupakan bagian dari sampel SDKI 2007. Sampel penelitian adalah wanita kawin umur 15-49 tahun yang memiliki satu anak atau lebih selama kurun waktu 5 tahun sebelum survei (anak terakhir mulai Januari 2002 sampai waktu survei). Dari 32.895 sampel wanita pernah kawin umur 15-49 tahun sampel SDKI 2007 di Indonesia diperoleh sampel penelitian perempuan kawin yang memiliki satu anak atau lebih selama kurun waktu lima tahun sebelum survei sebanyak 14.603 orang untuk meneliti pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan pemilihan fasilitas kesehatan perawatan persalinan.

3.3. Definisi Operasional Variabel

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari variabel tidak bebas dan variabel bebas. Dalam penelitian ini ditetapkan dua variabel tidak bebas, yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan dari seorang perempuan berstatus kawin yang pernah melahirkan (ibu) dan pemilihan pelayanan kesehatan persalinan. Variabel-variabel bebas adalah variabel otonomi perempuan (ibu) dalam rumah tangga dengan beberapa indikator yaitu peran ibu dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami, justifikasi pemukulan suami terhadap istri dan status bekerja ibu dan pengaruh terhadap penghasilannya; Serta karakteristik ibu yaitu pendidikan ibu; umur ibu; jumlah anak; pendidikan suami; jarak ke fasilitas kesehatan, transportasi ke fasilitas kesehatan; pembiayaan untuk berobat; daerah tempat tinggal dan status ekonomi keluarga. Sedangkan variabel bebas dari pemilihan pelayanan kesehatan persalinan ditambah dengan variabel komplikasi saat persalinan dan pemeriksa kehamilan.

Tabel 3.1 adalah ringkasan variabel yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1. Deskripsi variabel SDKI 2007 yang dianalisis

No	Nama Variabel	Label Variabel	Hasil Ukur	Nomor Pertanyaan
a. Variabel Bebas				
1.	Otonomi ibu dalam dalam keputusan ekonomi	<i>kptsRT</i>	1. Tinggi 2. Rendah	719
2.	Diskusi KB dengan suami	<i>diskusiKB</i>	1. Ya 2. Tidak	625
3.	Status bekerja dan kontrol terhadap penghasilan	<i>stbekerj</i>	1: bekerja, ada kontrol terhadap penghasilan 2: bekerja, tak ada kontrol terhadap penghasilan. 3: tidak bekerja/bekerja, tidak berpenghasilan	709, 716, 717
4.	Justifikasi suami memukul istri	<i>beat</i>	1. Tidak Setuju 2. Setuju	721
5.	Pendidikan ibu	<i>dikIbu</i>	1 : Tamat SMP keatas 2 : Tamat SD kebawah	107-109
6.	Pendidikan suami	<i>dikSuami</i>	1 : Tamat SD kebawah 2 : Tamat SMP keatas	703,704
7.	Umur ibu saat anak dilahirkan	<i>ageIbu</i>	1 : Kurang dari 20 tahun (<20) 2 : 20-29 tahun (20-29) 3 : 30 tahun ke atas (30+)	106, 215-217
8.	Jumlah anak lahir hidup	<i>chld</i>	1 : ≤ 2 anak 2: 3 anak lebih	208
9.	Daerah Tempat tinggal	<i>dt</i>	1: Perkotaan 2: Pedesaan	5
10.	Status ekonomi keluarga	<i>idkaya</i>	1: Kaya 2: Menengah 3: Miskin	
11.	Jarak ke fasilitas kesehatan	<i>jarak</i>	1: Bukan masalah 2: Masalah	491
12.	Transportasi ke fasilitas kesehatan	<i>transp</i>	1: Bukan masalah 2: Masalah	491
13.	Pembiayaan untuk berobat	<i>uobat</i>	1: Bukan masalah 2: Masalah	491
14.	Komplikasi saat persalinan	<i>komplhr</i>	1. Ada 2. Tidak	428A
15.	Pemeriksa kehamilan	<i>ANTE</i>	1. Modern 2. Lainnya	407
b. Variabel Tidak Bebas				
1.	Pelayanan Kesehatan ibu - Pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan sesuai anjuran K4 - Penolong persalinan dengan tenaga kesehatan yang kompeten - Perawatan nifas tenaga kesehatan profesional	-	1: Pemanfaatan pelayanan kesehatan tinggi. 2: Pemanfaatan pelayanan kesehatan rendah.	407, 410A 426 431
2.	Pemilihan fasilitas perawatan persalinan		1: Klinik modern 2: Modern home 3: Tradisional home	426, 427

3.3.1. Variabel tidak bebas

Pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu sebagai variabel tidak bebas yang didefinisikan sebagai pemanfaatan pelayanan kesehatan seorang wanita pernah kawin yang minimal telah melahirkan minimal satu anak lahir hidup sejak Januari 2002 (5 tahun sebelum survei) dan diperoleh dari beberapa variabel:

1. Pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran frekuensi pelayanan antenatal minimal 4 (empat) kali selama kehamilan (1 kali triwulan pertama, 1 kali triwulan 2 dan 2 kali triwulan 3) dengan petugas kesehatan profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat) berdasarkan anak terakhir yang dilahirkan. Pengkategorian:

1. Ya
2. Lainnya

2. Penolong persalinan dengan tenaga kesehatan profesional yang dianjurkan (dokter, dokter spesialis kebidanan, atau bidan). Jawaban tenaga penolong persalinan pada P415 dapat terisi lebih dari satu (*multiple responses*) berdasarkan anak terakhir yang dilahirkan. Jika terdapat lebih dari satu tenaga penolong persalinan pada P415 maka kategori didasarkan pada tenaga pemeriksa dengan kualifikasi tertinggi. Pengkategorian:

1. Ya
2. Lainnya

3. Perawatan nifas dengan tenaga kesehatan profesional (dokter, dokter spesialis kebidanan, bidan atau perawat) berdasarkan anak terakhir yang dilahirkan. Perawatan nifas penting baik untuk ibu maupun bayinya karena bisa mengatasi komplikasi yang timbul dalam persalinan dan untuk memberikan informasi penting kepada ibu tentang cara merawat dirinya dan bayinya (BPS dan ORC Macro, 2008). Pengkategorian:

1. Modern
2. Lainnya

Dari ketiga variabel di atas dibentuk menjadi satu indikator yang dikategorikan menjadi:

1. Pemanfaatan pelayanan kesehatan **tinggi** jika memanfaatkan seluruh pelayanan kesehatan ibu yaitu pemeriksaan kehamilan sesuai anjura K4,

penolong persalinan dengan dokter atau bidan dan perawatan nifas dengan tenaga kesehatan, berkode 1 pada ketiganya.

2. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang **rendah** apabila tidak semua dari ketiga variabel di atas berkode 1.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan persalinan sebagai variabel tidak bebas yang didefinisikan sebagai pemanfaatan fasilitas kesehatan seorang **perempuan kawin** yang telah melahirkan minimal satu anak lahir hidup sejak Januari 2002 (5 tahun sebelum survei) dengan mengkombinasikan pertanyaan penolong kelahiran (P426) dan tempat melahirkan (P427). Pengkategoriannya:

- 1 = klinik modern, apabila proses melahirkan dilakukan di klinik atau rumah sakit tanpa melihat tenaga kesehatan yang menangani;
- 2 = *modern home*, apabila proses melahirkan dilakukan di praktek dokter/ bidan atau di rumah dengan dokter/ bidan;
- 3 = *traditional home*, apabila proses melahirkan dibantu oleh perawat atau selain tenaga kesehatan dilakukan baik di praktek pribadi atau rumah.

3.3.2. Variabel Bebas

Variabel bebas yang telah ditentukan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah sebagai berikut:

1. Keputusan ekonomi dalam rumah tangga

Keputusan ekonomi dalam rumah tangga diperoleh dari 4 (empat) pertanyaan siapa yang biasa mengambil keputusan mengenai pemeriksaan kesehatan ibu, pembelian kebutuhan barang tahan lama, pembelian kebutuhan sehari-hari dan mengunjungi famili atau keluarga. Asumsi dari variabel ini adalah apabila **tiga dari empat** pertanyaan memberi jawaban yang sama berdasarkan kategori yang telah ditentukan maka kategori tersebut telah mewakili individu. Variabel ini dikelompokkan menjadi 2 kategori:

1. Tinggi (keputusan responden sendiri atau bersama)
2. Rendah (keputusan suami/orang lain atau tidak dibuat/ diterapkan)

2. Diskusi KB dengan suami

Diskusi KB dengan suami diperoleh dari pertanyaan mengenai pembicaraan KB dengan suami dalam satu tahun yang lalu, maka pengelompokkan menjadi 2 kategori:

1 = Ya

2 = Tidak

3. Status bekerja dan kontrol terhadap penghasilan ibu sendiri

Status kerja yang dimaksud adalah status dimana responden mempunyai pekerjaan atau tidak. Yang dimaksud seseorang dikatakan bekerja jika dalam periode seminggu sebelum wawancara berusaha untuk mendapatkan penghasilan atau keuntungan selama paling sedikit satu jam berturut-turut atau mempunyai pekerjaan tetap tetapi sedang tidak bekerja karena cuti, mogok dan sebagainya. Kemudian dikombinasi dengan pertanyaan siapa penentu penggunaan uang yang responden peroleh. Pengkategoriannya menjadi:

1 = bekerja dan ada pengaruh terhadap penghasilan sendiri

2 = bekerja dan tidak punya pengaruh terhadap penghasilan sendiri.

3 = tidak bekerja atau bekerja tidak mendapat penghasilan uang.

4. Justifikasi suami memukul istri

Justifikasi memukul istri diperoleh dari 5 (lima) pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat responden mengenai pemukulan istri oleh suami pada situasi jika istri pergi tanpa memberi tahu suami, mengabaikan anak-anak, bertengkar dengan suami, menolak untuk berhubungan seks dengan suami dan masak makanan yang tidak bisa dimakan. Jika responden menjawab "tidak" pada empat dari 5 (lima) pertanyaan diatas maka dianggap tidak setuju terhadap justifikasi suami memukul istri. Maka pengelompokkan menjadi 2 kategori:

1. Tidak setuju

2. Setuju

5. Pendidikan ibu

Pendidikan yang dimaksud adalah jenjang pendidikan tertinggi yang telah ditamatkan oleh responden atau wanita kawin, yang mana dikelompokkan

menjadi 2 kategori:

- 1 = Tamat SMP ke atas
- 2 = Tamat SD ke bawah

6. Pendidikan suami

Pendidikan yang dimaksud adalah jenjang pendidikan tertinggi yang telah ditamatkan oleh pasangan responden, yang mana dikelompokkan menjadi dua kategori:

- 1 = Tamat SMP ke atas
- 2 = Tamat SD ke bawah

7. Umur ibu

Umur ibu adalah usia ibu ketika melahirkan anak terakhir, yang diukur dengan mencari selisih umur responden saat wawancara dengan umur anak terakhir. Pengelompokan menjadi tiga kategori:

- 1 = 30 tahun keatas
- 2 = 20-29 tahun
- 3 = kurang dari 20 tahun

8. Jumlah anak lahir hidup

Jumlah anak lahir hidup merupakan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh ibu selama hidupnya sampai saat wawancara survei, yang dikelompokkan menjadi:

- 1 = kurang dari tiga anak (≤ 2 anak)
- 2 = tiga anak lebih ($3+$ anak)

9. Daerah tempat tinggal

Daerah tempat tinggal adalah wilayah tempat ibu tinggal termasuk dalam kategori:

- 1 = Perkotaan
- 2 = Pedesaan

10. Status ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga diperoleh dari data SDKI 2007, yaitu pengelompokan status ekonomi responden berdasarkan indeks kekayaan kuintil. Indeks kekayaan adalah karakteristik latar belakang yang digunakan dalam laporan sebagai pendekatan untuk mengukur standar hidup rumah

tangga dalam jangka panjang. Indeks ini didasarkan atas data karakteristik perumahan, dan kepemilikan barang, jenis sumber air minum, fasilitas toilet, dan karakteristik lain terkait dengan status sosial-ekonomi rumah tangga. Untuk menyusun indeks, setiap barang atau fasilitas rumah tangga diberi penimbang berdasarkan prinsip komponen analisis, dan jumlah skor atas aset atau fasilitas rumah tangga tersebut distandarisasi agar mengikuti distribusi normal dengan rata-rata adalah nol dan standar deviasi sama dengan satu (Gwatkin dkk.,2000). Setiap aset atau fasilitas rumah tangga kemudian ditetapkan skornya, kemudian skor-skor tersebut dijumlahkan untuk setiap rumah tangga dimana mereka tinggal. Rumah tangga sampel kemudian dibagi ke dalam kuantil mulai dari satu (paling rendah) sampai dengan lima (paling tinggi) (BPS dan Macro Internasional, 2008).

Pengkategoriannya adalah:

- 1 = kaya (*richest*)
- 2 = menengah (*middle* dan *richer*)
- 3 = miskin (*poorer* dan *poorest*)

11. Jarak ke fasilitas kesehatan

Jarak ke fasilitas kesehatan merupakan proksi keterjangkauan lokasi pelayanan kesehatan dengan tempat tinggal ibu, yang dikelompokkan menjadi

- 1 = Bukan masalah
- 2 = Masalah

12. Transportasi ke fasilitas kesehatan

Transportasi ke fasilitas kesehatan merupakan sarana transportasi yang digunakan ibu dalam mencapai fasilitas kesehatan, yang dikelompokkan menjadi

- 1 = Bukan masalah
- 2 = Masalah

13. Pembiayaan untuk berobat

Pembiayaan merupakan kondisi kemampuan ekonomi (finansial) dalam konteks utilisasi pelayanan kesehatan sebagai proksi kemampuan ibu untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang diterimanya, yang

dikelompokkan menjadi

1 = Bukan masalah

2 = Masalah

14. Komplikasi saat kelahiran

Komplikasi saat kelahiran yang dimaksud adalah pada saat responden melahirkan anak terakhir terjadi kesulitan/ komplikasi seperti dibawah ini.

428A	Pada saat Ibu melahirkan (NAMA), apakah Ibu mengalami:	YA	TDK	TT	
	Mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam?	MULES	1	2	8
	Perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari 3 kain)?	PERDARAHAN	1	2	8
	Suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau?	SUHU DAN LENDIR	1	2	8
	Kejang-kejang dan pingsan?	KEJANG & PINGSAN	1	2	8
	Keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir?	KETUBAN PECAH	1	2	8
	Apakah ada kesulitan/komplikasi lain? JIKA ADA, tuliskan.	LAINNYA	1	2	8
(TULISKAN)					

Maka jika salah satu pertanyaan diatas ada jawaban "ya" dianggap terjadi komplikasi. Pengkategorianya menjadi:

1 = Ya

2 = Tidak

15. Pemeriksa kehamilan

Pemeriksa kehamilan yang dimaksud adalah saat responden mengandung anak terakhir yang diperiksa oleh petugas kesehatan profesional. Tenaga pemeriksa kehamilan profesional terdiri dari dokter, perawat, bidan, atau bidan di desa sedangkan tenaga pemeriksa kehamilan lainnya adalah dukun bayi, lainnya, atau tidak diperiksa. Jawaban tenaga pemeriksa kehamilan pada P407 dapat terisi lebih dari satu (*multiple responses*). Jika terdapat lebih dari satu tenaga pemeriksa pada P407 maka kategori didasarkan pada tenaga pemeriksa dengan kualifikasi tertinggi. Pengkategorianya adalah:

1 = Tenaga Kesehatan

2 = lainnya

3.4. Metode Analisis

Analisis data yang dilakukan dalam studi ini meliputi analisis deskriptif dan analisis inferensial.

3.4.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif menyajikan rangkuman statistik dalam tabel dan/ atau grafik. Rangkuman deskriptif bertujuan untuk menunjukkan pola hubungan antara variabel tujuan (variabel tak bebas atau variabel akibat) dengan satu atau dua variabel penyebab /variabel bebas (Agung, 2004).

3.4.2 Analisis Inferensial

Analisis inferensial dipergunakan untuk generalisasi, meliputi estimasi dan pengujian hipotesis berdasarkan data dan atau sampel untuk mengetahui variabel otonomi perempuan dalam rumah tangga dan karakteristik sosio-ekonomi, dan demografi yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu (perawatan kehamilan, penolong persalinan, perawatan nifas) dan memilih fasilitas kesehatan perawatan persalinan. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS 13.0 (*Statistical Package for Sosial Sciences*).

Penelitian ini menggunakan analisis model regresi logistik biner untuk variabel terikat pada pemanfatan pelayanan kesehatan ibu dan model logistik multinomial pada model pemilihan fasilitas perawatan persalinan. *Multinomial logistic regression model* adalah bentuk umum dari *binary logistic regression model*. Jika dalam model logistik biner variabel terikatnya (variabel respon) mempunyai dua kategori maka dalam model logistik multinomial ini, variabel terikatnya mempunyai tiga atau lebih kategori. Sedangkan variabel bebasnya dapat berupa variabel yang kontinu ataupun kategorik (Nachrowi dan Hardius, 2002). Bentuk umum dari model multinomial logistik adalah :

$$z_j(x) = \ln \left(\frac{P(Y = j | x)}{P(Y = 0 | x)} \right) = \ln \left[\frac{\pi_j}{\pi_0} \right] = \beta_j + \sum_k^K \beta_{jk} x_k$$

dimana $j = 1, 2, \dots, J$. j adalah banyaknya kategori variabel terikat.

$k = 1, 2, 3, \dots, K$ k adalah jumlah variabel bebas

Pada analisis regresi logistik biner, pengestimasi parameter dilakukan pada bentuk rasio antara $P(Y=1|x)$ dan $P(Y=0|x)$. Lebih spesifik lagi yang diestimasi adalah

$$z(x) = \ln\left(\frac{P(Y=1|x)}{P(Y=0|x)}\right) = \ln\left[\frac{p}{1-p}\right] = \beta_0 + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \dots + \beta_{1n}x_n$$

$$p = P(Y=1|x) = \frac{e^z}{1+e^z}$$

$$1-p = P(Y=0|x) = \frac{1}{1+e^z}$$

Model ini dapat diestimasi melalui teknik *maximum likelihood*.

Dalam model regresi logistik multinomial tiga kategori analogi ini dapat juga digunakan sebagai berikut

$$\ln\left[\frac{p_1}{p_0}\right] = z_1 = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \beta_{12}x_2 + \dots + \beta_{1n}x_n$$

$$\ln\left[\frac{p_2}{p_0}\right] = z_2 = \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \beta_{22}x_2 + \dots + \beta_{2n}x_n$$

Analog dengan pembahasan pada model regresi logistik biner, untuk model regresi logistik multinomial dengan tiga kategori, maka probabilitas untuk masing-masing kategori adalah

$$p_0 = P(Y=0|x) = \frac{1}{1+e^{z_1}+e^{z_2}}$$

$$p_1 = P(Y=1|x) = \frac{e^{z_1}}{1+e^{z_1}+e^{z_2}}$$

$$p_2 = P(Y=2|x) = \frac{e^{z_2}}{1+e^{z_1}+e^{z_2}}$$

Ada dua pengujian yang digunakan dalam uji parameter, yaitu uji G (*likelihood ratio test*) dan uji Wald. Tingkat signifikansi yang digunakan dalam kedua uji ini adalah sebesar 5 persen ($\alpha = 0,05$).

Statistik uji-G digunakan untuk mengetahui pengaruh seluruh variabel penjelas di dalam model secara bersama-sama (Nachrowi dan Hardius, 2002), dengan menetapkan hipotesis

$$H_0 : \beta_{11} = \beta_{12} = \dots = \beta_{21} = \beta_{22} = \dots = \beta_{jk} = 0$$

$$H_1 : \text{sekurang-kurangnya ada satu } \beta_{jk} \neq 0$$

dengan statistik uji $G = -2 \ln \left[\frac{\text{likelihood}(\text{Model B})}{\text{likelihood}(\text{Model A})} \right]$

dimana Model B = model hanya terdiri dari konstanta

Model A = model terdiri dari seluruh variabel

Statistik G ini mengikuti distribusi *Chi-Square* dengan derajat bebas $J(K-1)$. Tolak

H_0 jika signifikansinya kurang dari $\alpha = 0,05$ atau nilai $G > \chi_{\alpha,df}^2$, yang berarti dapat disimpulkan bahwa variabel penjelas X secara keseluruhan mempengaruhi variabel respon Y. H_0 ditolak berarti paling sedikit ada satu $\beta_{jk} \neq 0$ atau model A signifikan pada tingkat signifikansi α . Untuk melihat β_{jk} mana yang nol (tidak signifikan), dapat digunakan uji koefisien parameter β secara parsial.

Pengujian keberartian parameter (koefisien β) secara parsial menggunakan uji *Wald* dengan menggunakan hipotesis sebagai berikut.

$H_0 : \beta_{jk} = 0$

$H_1 : \beta_{jk} \neq 0$ (ada pengaruh antara variabel penjelas ke-jk dengan variabel respon)

dengan statistik uji Wald-nya adalah $W_{jk} = \left[\frac{\hat{\beta}_{jk}}{se(\hat{\beta}_{jk})} \right]^2$

$\hat{\beta}_{jk}$ merupakan penduga β_{jk} , $se(\hat{\beta}_{jk})$ adalah penduga galat baku dari β_{jk} .

W_{jk} diasumsikan mengikuti distribusi *Chi-Square*. Hipotesis akan ditolak jika nilai $W_{jk} > \chi_{\alpha,1}^2$ atau nilai dari *p-value* kurang dari $\alpha = 0,05$. Jika H_0 ditolak, berarti β_{jk} signifikan, dan dapat disimpulkan bahwa variabel penjelas X secara parsial atau berdiri sendiri memang berpengaruh pada variabel respon Y.

Model-model statistik untuk penelitian ini adalah sebagai berikut

Model 1: Regresi logistik biner untuk penggunaan pelayanan kesehatan

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 \text{kptsRT_dikIbu}(1) + \beta_2 \text{kptsRT_dikIbu}(2) + \beta_3 \text{kptsRT_dikIbu}(3) \\ + \beta_4 \text{diskusiKB} + \beta_5 \text{beat} + \beta_6 \text{stbekerj}(1) + \beta_7 \text{stbekerj}(2) + \beta_8 \text{ageIbu}(1) \\ + \beta_9 \text{ageIbu}(2) + \beta_{10} \text{chld} + \beta_{11} \text{dikSuami} + \beta_{12} \text{idkaya}(1) + \beta_{13} \text{idkaya}(2) \\ + \beta_{14} \text{dtt} + \beta_{15} \text{jarak} + \beta_{16} \text{transp} + \beta_{17} \text{uobat}$$

Model 2: Regresi logistik multinomial untuk pemilihan fasilitas perawatan persalinan

$$\ln\left(\frac{p_1}{p_0}\right) = \beta_0 + \beta_1 kptsRT_dik\ Ibu(1) + \beta_2 kptsRT_dik\ Ibu(2) + \beta_3 kptsRT_dik\ Ibu(3) \\ + \beta_4 diskusiKB + \beta_5 beat + \beta_6 stbkrj(1) + \beta_7 stbkrj(2) + \beta_8 ageIbu(1) \\ + \beta_9 ageIbu(2) + \beta_{10} chld + \beta_{11} dikSuami + \beta_{12} idkaya(1) + \beta_{13} idkaya(2) \\ + \beta_{14} dtt + \beta_{15} jarak + \beta_{16} transp + \beta_{17} uobat + \beta_{18} komplhr + \beta_{19} ANTE$$

$$\ln\left(\frac{p_2}{p_0}\right) = \beta_0 + \beta_1 kptsRT_dik\ Ibu(1) + \beta_2 kptsRT_dik\ Ibu(2) + \beta_3 kptsRT_dik\ Ibu(3) \\ + \beta_4 diskusiKB + \beta_5 beat + \beta_6 stbkrj(1) + \beta_7 stbkrj(2) + \beta_8 ageIbu(1) \\ + \beta_9 ageIbu(2) + \beta_{10} chld + \beta_{11} dikSuami + \beta_{12} idkaya(1) + \beta_{13} idkaya(2) \\ + \beta_{14} dtt + \beta_{15} jark + \beta_{16} trans + \beta_{17} uobat + \beta_{18} komplhr + \beta_{19} ANTE$$

Setelah persamaan model terbentuk, langkah selanjutnya adalah menganalisis tanda dan besaran koefisien-koefisien parameter regresi yang terdapat dalam persamaan. Interpretasi koefisien parameter dalam model regresi logistik dilakukan dalam bentuk *odds ratio* (rasio kecenderungan).

Odds ratio atau rasio kecenderungan adalah suatu ukuran yang menunjukkan rasio untuk mengalami suatu kejadian tertentu antara suatu bagian populasi dengan ciri tertentu dan bagian populasi yang lain yang tidak memiliki ciri tertentu tersebut (Hosmer and Lemeshow, 1989). *Odds ratio* digunakan untuk mengetahui seberapa besar kecenderungan suatu observasi dengan karakteristik tertentu ($X=1$) untuk mengalami suatu kejadian sukses ($Y=1$) yaitu berapa kali lipat jika dibandingkan dengan observasi yang memiliki karakteristik lainnya ($X=0$).

$$Odds\ Ratio_j(x, x_0) = \frac{P(Y = j | x) / P(Y = 0 | x)}{P(Y = j | x_0) / P(Y = 0 | x_0)}, j = 1, 2$$

Atau untuk mudahnya *odds ratio* dilihat dari : $OR = \exp(\beta_j)$

- **Untuk variabel kategorik**, jika OR positif berarti kecenderungan variabel A dengan kategori 1 untuk terjadinya peristiwa $Y=1$ lebih tinggi OR kali daripada variabel A dengan kategori pembanding.
- **Untuk variabel kontinu**, jika OR positif berarti dibanding dengan satu satuan di bawahnya, setiap penambahan satu satuan variabel akan menaikkan kecenderungan terjadinya peristiwa $Y=1$ sebesar OR.



BAB IV

POLA DAN PERBEDAAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL

Hasil pengolahan data SDKI 2007 dalam penelitian ini menggambarkan pola dan perbedaan pelayanan kesehatan maternal yang ditinjau dari segi otonomi perempuan dalam rumah tangga (peran dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami, justifikasi suami memukul istri, status bekerja serta kontrol terhadap penghasilan ibu sendiri), dan karakteristik sosio-ekonomi dan demografi yang melekat pada ibu. Pada SDKI 2007 dari 32.895 perempuan pernah kawin umur 15-49 dengan menggunakan program komputer SPSS (*Statistical Package for Sosial Sciences*) diperoleh sampel sebanyak 14.603 sampel perempuan kawin umur 15-49 tahun yang memiliki anak lahir hidup sejak Januari tahun 2002 (satu wanita dengan satu anak terakhirnya) yang dimungkinkan untuk diolah lebih lanjut.

4.1 Gambaran Umum Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi

Gambaran umum karakteristik sosio-ekonomi dan demografi pada sampel perempuan kawin usia 15-49 tahun ditinjau dari umur ibu, jumlah anak, pendidikan ibu, pendidikan suami, jarak ke fasilitas kesehatan, transportasi ke fasilitas kesehatan, pembiayaan untuk berobat, daerah tempat tinggal, status ekonomi keluarga, komplikasi persalinan dan pemeriksaan kehamilan. Tabel 4.1 adalah tabulasi sampel perempuan kawin usia 15-49 tahun SDKI 2007 berdasarkan latar belakang sosial, demografi, dan ekonomi.

Ditinjau dari tingkat pendidikan, dari sampel ditemukan 17,59 persen ibu tidak bersekolah atau tidak tamat SD, sementara persentase terbesar terdapat pada ibu yang berpendidikan tamat SD (29,50 %) disusul tamat SLTA (25,17 %), tamat SLTP (20,67 %) dan persentase terkecil adalah ibu dengan pendidikan perguruan tinggi (7,07 %). Berbeda dengan pendidikan suami, persentase terbanyak adalah yang berpendidikan tamat SLTA (29,95 %), kemudian tamat SD (26,31%), tamat SLTP (19,55 %), tidak pernah sekolah/tamat SD (16,25 %), dan persentase suami yang berpendidikan perguruan tinggi masih rendah sebesar 7,91 persen.

Tabel 4.1 Distribusi jumlah dan persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi, SDKI 2007

Karakteristik	Total		
	n	%	
Pendidikan Ibu			
Tidak pernah Sekolah/ Tidak tamat SD	2.569	17,59	
Tamat SD	4.308	29,50	
Tamat SLTP	3.018	20,67	
Tamat SLTA	3.676	25,17	
Universitas	1.032	7,07	
Pendidikan Suami			
Tidak Pernah Sekolah/ Tidak tamat SD	2.373	16,25	
Tamat SD	3.847	26,34	
Tamat SLTP	2.855	19,55	
Tamat SLTA	4.373	29,95	
Universitas	1.155	7,91	
umur ibu saat melahirkan anak terakhir			
< 20 tahun	1.081	7,40	
20-24 tahun	3.802	26,04	
25-29 tahun	4.033	27,62	
30-34 tahun	3.252	22,27	
35-39 tahun	1.764	12,08	
40-44 tahun	603	4,13	
45-49 tahun	68	0,47	
jumlah anak lahir hidup			
kurang dari tiga anak	8.693	59,53	
tiga anak atau lebih	5.910	40,47	
status ekonomi keluarga (indeks kekayaan)			
Kaya → Sangat kaya	2.416	16,54	
Menengah {	Kaya	2.493	17,07
	Menengah	2.602	17,82
Miskin {	Miskin	2.944	20,16
	Sangat miskin	4.148	28,41
Daerah tempat tinggal			
Kota	5.659	38,75	
Desa	8.944	61,25	
jarak ke tempat berobat			
Bukan masalah besar	11.723	80,28	
Masalah besar	2.880	19,72	
Angkutan ke tempat berobat			
Bukan masalah besar	11.973	81,99	
Masalah besar	2.630	18,01	
Pembiayaan untuk berobat			
Bukan masalah besar	10.129	69,36	
Masalah besar	4.474	30,64	
komplikasi saat melahirkan			
Ada	7.830	53,62	
Tidak	6.773	46,38	
Pemeriksa kehamilan anak terakhir			
Tenaga kesehatan	13.373	91,58	
Lainnya	1.230	8,42	
Total	14.603	100,00	

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Ditinjau dari distribusi umur ibu ketika melahirkan anak terakhirnya terlihat bahwa umur rata-rata adalah 27,97 tahun dengan median 27 tahun. Sementara itu dengan modus 25 tahun dapat menunjukkan bahwa persentase sampel terbesar terdapat pada kelompok umur 25 – 29 tahun (27,47 %) dalam pengelompokan 5 tahunan (lampiran 1). Selanjutnya diikuti oleh kelompok umur 20-24 tahun dan 30-34 tahun yaitu sebesar 26,04 persen dan 22,27 persen, sedangkan kelompok umur lainnya dibawah 12,2 persen.

Berdasarkan Tabel 4.2 pada kelompok umur 20-29 tahun masih banyak ibu muda yang memiliki satu anak dengan persentase tertinggi, sedangkan ibu yang memiliki tiga anak atau lebih persentase terbesar pada kelompok 30 tahun ke atas. Jika memperhatikan tingkat pendidikan ibu masih cukup besar pada tamatan SD ke bawah dengan persentase jumlah ibu dengan satu anak yang cukup besar pada kelompok umur kurang dari 20 tahun akan dimungkinkan menyebabkan kurangnya pengetahuan dan pengalaman ibu mengenai pelayanan kesehatan yang baik.

Tabel 4.2 Distribusi Kelompok umur menurut jumlah anak lahir hidup, SDKI 2007

umur ibu saat melahirkan anak terakhir	1 anak	2 anak	3 anak lebih	Total
< 20	6,37	0,89	0,14	7,40
20-29	22,09	19,90	11,66	53,65
30+	2,70	7,57	28,67	38,94
Jumlah	31,16	28,36	40,47	100,00

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa menurut status ekonomi keluarga sebanyak 48,57 persen ibu berasal dari keluarga dengan status bawah (20,16% miskin dan 28,41% sangat miskin). Hal ini akan secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Begitupula jika ditinjau dari daerah tempat tinggal ibu yang 61,25 persen berada di pedesaan, dimana fasilitas kesehatan lebih banyak terdapat di daerah perkotaan dibanding di

pedesaan, sehingga hal ini berarti juga akan berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu.

Terkait gambaran akses ke fasilitas kesehatan dalam *three phases of delay* ada tiga faktor, yaitu jarak, transportasi dan biaya. Dari sampel yang diolah dalam penelitian ini 80,28 persen yang menyatakan bahwa aspek jarak tempuh dari tempat tinggal ke sarana pelayanan kesehatan terdekat bukan merupakan kendala yang besar, sementara 19,72 persen diantaranya menyebutkan sebagai masalah besar bagi ibu. Hal ini menggambarkan faktor yang memungkinkan terlaksananya kehendak seorang ibu untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan.

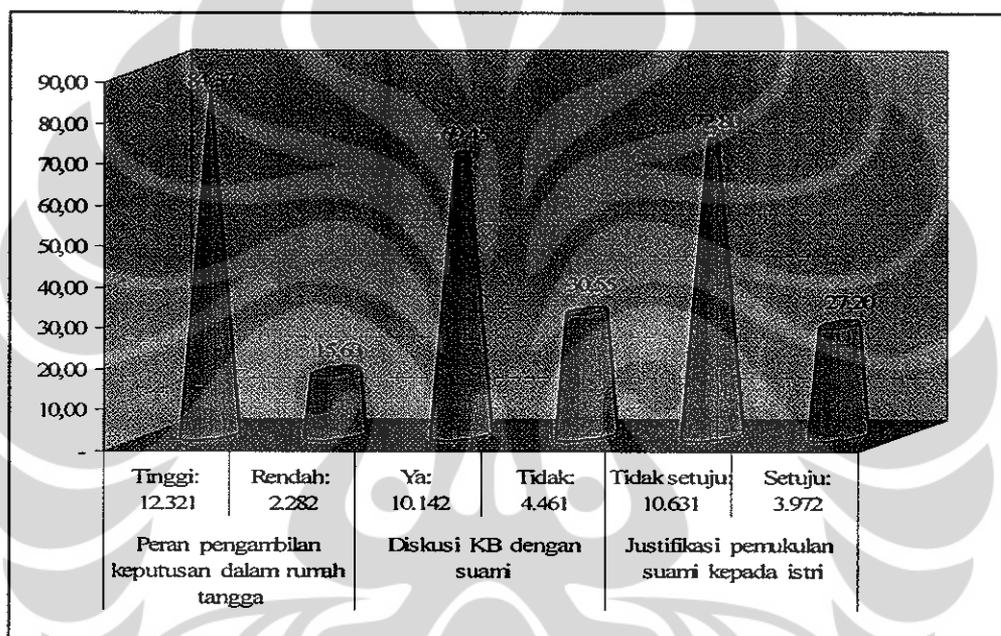
Ditinjau pada aspek transportasi, persentase ibu yang menyatakan bahwa transportasi merupakan kendala besar adalah 18,15 persen, yang akan menghambat ibu untuk mengakses pelayanan kesehatan. Sementara berdasarkan dari pengolahan data diperoleh 30,64 persen menyatakan bahwa aspek pembiayaan merupakan masalah bagi ibu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, sedangkan sebagian besar (68,89 %) menyatakan bahwa aspek pembiayaan tidak menjadi masalah bagi ibu.

Berdasarkan hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa sebagian besar sampel perempuan kawin usia 15-49 tahun mengalami komplikasi saat persalinan. Persentase yang sangat besar jika ditinjau dari pemeriksa kehamilan dimana hampir 92 persen ibu telah memeriksakan kehamilannya dengan tenaga kesehatan tanpa memperhatikan jumlah kunjungannya.

4.2 Gambaran Umum Karakteristik Otonomi ibu dalam Rumah Tangga

Berdasarkan hasil SDKI 2007 pada sebagian besar keputusan yang diambil dalam rumah tangga terdapat keterlibatan ibu yang tinggi didalamnya sebesar 84,37 persen (baik keputusan ibu sendiri maupun bersama). Peran perempuan dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga dijelaskan oleh empat hal yaitu keputusan pemeriksaan kesehatan ibu, pembelian kebutuhan barang tahan lama, pembelian kebutuhan sehari-hari dan mengunjungi kerabat keluarga. Partisipasi dalam pengambilan keputusan pemeriksaan kesehatan ibu dimaksudkan untuk melihat keleluasaan ibu dalam mencari pelayanan kesehatan

yang baik bagi dirinya dan kesehatan anaknya. Keputusan mengenai dua hal dalam pembelian kebutuhan barang tahan lama dan kebutuhan sehari-hari dimaksudkan untuk melihat keterlibatan ibu dalam bermacam masalah ekonomi dalam keluarga dengan menentukan jumlah uang yang dihabiskan untuk kebutuhan harian atau lainnya. Partisipasi dalam keputusan mengunjungi kerabat keluarga atau teman diharapkan akan meningkatkan kemampuan perempuan untuk mencari dan memperoleh pengetahuan yang akan berpengaruh terhadap dirinya serta kesehatan dan kelangsungan hidup anaknya (Woldemicael, 2007).



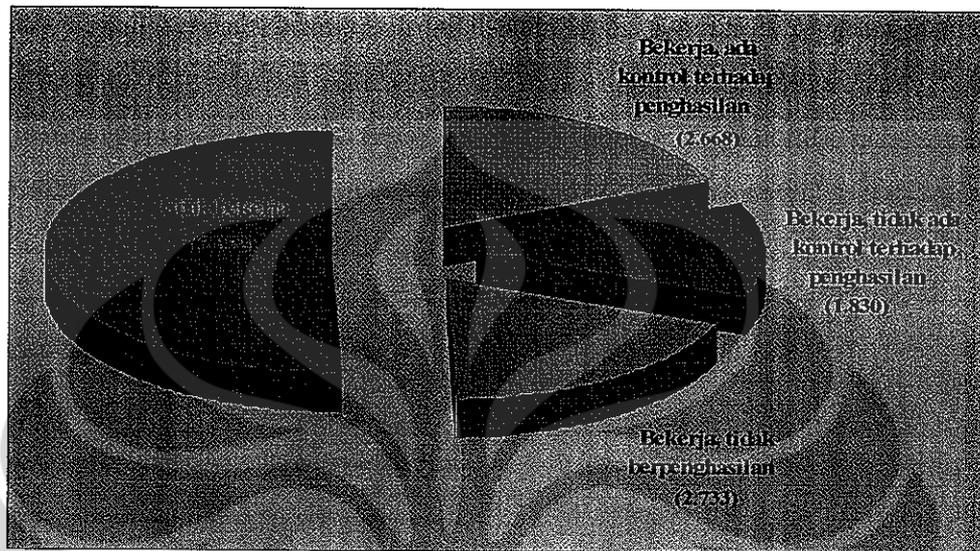
Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Gambar 4.1 Persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan Peran pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami dan justifikasi pemukulan suami kepada istri, SDKI 2007

Selanjutnya, terdapat 69,45 persen ibu yang berdiskusi KB dengan suami. Indikator otonomi perempuan ditinjau dari diskusi KB dengan suami dimaksudkan untuk menjelaskan bahwa individu yang berdiskusi tentang KB akan lebih terbuka terhadap ide-ide modern sehingga akan lebih memilih pelayanan kesehatan maternal yang lebih baik (Furuta and Salway 2006)..

Indikator persepsi perempuan mengenai pemukulan suami terhadap istri yang tidak setuju adalah sebesar 72,80 persen. Hal ini dapat diasumsikan bahwa

perempuan dengan otonomi tinggi tidak akan menerima ketidaksetaraan gender terhadap kekuasaan dan tidak akan menyetujui dengan justifikasi apapun terhadap pemukulan suami kepada istrinya (Woldemicael, 2007).



Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Gambar 4.2 Persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan status bekerja dan kontrol terhadap penghasilan, SDKI 2007

Menurut status bekerja ibu menunjukkan bahwa 50,48 persen tidak bekerja, sedangkan sisanya bekerja. Dari 49,52 persen yang bekerja terdapat 18,27 persen bekerja dengan memiliki kontrol terhadap penggunaan penghasilannya, selanjutnya 18,27 persen bekerja tapi tidak berpenghasilan uang dan selebihnya bekerja tapi tidak memiliki kontrol terhadap penghasilan.

4.3 Otonomi ibu dan status ekonomi keluarga

Kemiskinan mempengaruhi perempuan, laki-laki dan anak-anak, namun dampaknya akan berbeda berdasarkan umur, ras, suku, kemampuan membaca, pendidikan, keahlian dan kecacatan tubuh. Perbedaan antara perempuan dan laki-laki serta anak perempuan dan anak laki-laki cenderung terjadi di negara miskin, diantara orang miskin/lemah terutama dalam akses kesempatan dan sumber daya. Ketidaksetaraan gender saling bersinggungan dengan faktor ekonomi, sosial, budaya dan politik yang sering menimbulkan bentuk kemiskinan yang lebih besar

pada perempuan dan anak perempuan dari pada laki-laki dan anak laki-laki (NZAID, 2007).

Gender menjadikan laki-laki dan perempuan tidak hanya berbeda, namun juga tidak setara dalam hak, peran, dan kewajiban dari perempuan yang cenderung menjadi subordinasi bagi pria. Sehingga jika perempuan mampu menggunakan hak dan perannya maka hal tersebut akan membuatnya lebih memiliki otonomi untuk mengakses kesempatan dan sumber daya.

Tabel 4.3. Distribusi jumlah dan persentase perempuan kawin usia 15-49 tahun berdasarkan indikator otonomi dan status ekonomi keluarga, SDKI 2007

Indikator Otonomi ibu	status ekonomi keluarga (indeks kekayaan)						Total	
	kaya		menengah		miskin		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga								
Tinggi	2.089	16,95	4.327	35,12	5.905	47,93	12.321	100,00
Rendah	327	14,33	768	33,65	1.187	52,02	2.282	100,00
justifikasi pemukulan suami terhadap istri								
Tidak setuju	2.049	19,27	3.859	36,30	4.723	44,43	10.427	100,00
Setuju	367	9,24	1.236	31,12	2.369	59,64	5.450	100,00
Diskusi KB dengan suami								
Ya	1.885	18,59	3.700	36,48	4.557	44,93	10.102	100,00
Tidak	531	11,90	1.395	31,27	2.535	56,83	5.775	100,00
Status bekerja ibu dan kontrol terhadap penghasilan								
Bekerja, ada kontrol terhadap penghasilan	657	24,63	1.084	40,63	927	34,75	3.856	100,00
Bekerja, tidak ada kontrol terhadap penghasilan	383	20,93	647	35,36	800	43,72	3.292	100,00
Tidak bekerja/bekerja, tidak berpenghasilan	1.376	13,62	3.364	33,29	5.365	53,09	10.574	100,00

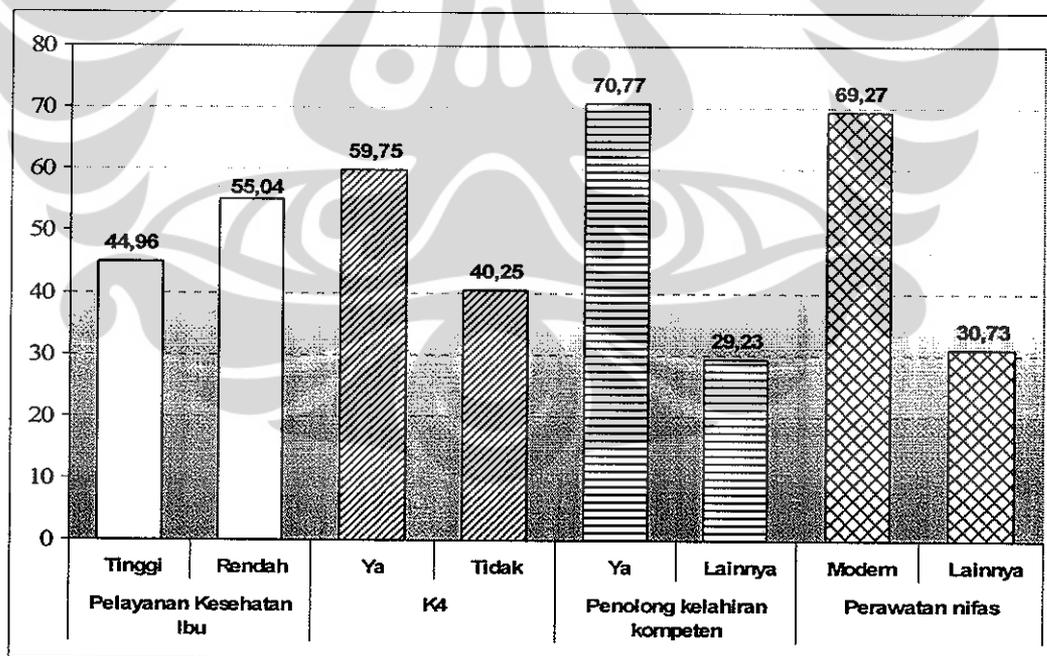
Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Berdasarkan Tabel 4.3, persentase terbesar terdapat pada ibu yang mempunyai peran tinggi dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, menyatakan tidak setuju mengenai justifikasi pemukulan suami terhadap istri dan melakukan diskusi KB dengan suami, jika ibu tersebut berstatus ekonomi kaya dan menengah. Sedangkan terjadi sebaliknya jika ibu memiliki status ekonomi miskin.

Jika ditinjau dari status bekerja dan kontrol atas penghasilan, status ekonomi kaya dan menengah lebih tinggi persentasenya pada ibu yang bekerja dan memiliki kontrol atas penghasilan. Sedangkan ibu yang berstatus miskin persentasenya lebih tinggi pada ibu yang tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan.

4.4 Pola dan Perbedaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga Dan Sosio Ekonomi Demografi

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu masih rendah (55,04%) seperti yang disajikan dalam Gambar 4.3 (hal 65). Hal ini terjadi jika didasarkan pada kondisi pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali sesuai anjuran (K4), penolong kelahiran yang berkompeten (dokter dan bidan), dan perawatan nifas (*postnatal care*) dengan tenaga dimana dimungkinkan salah satu dari ketiga kondisi tidak dilakukan.



Sumber: Diolah dari Data SDKI 2007

Gambar 4.3. Distribusi Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, SDKI 2007

Jika meninjau ketiga kondisi secara terpisah terlihat persentase penolong kelahiran dan perawatan dengan tenaga kesehatan sudah mencapai kurang lebih 70 persen. Akan tetapi, pada pemeriksaan minimal 4 kali sesuai anjuran (K4) masih sekitar 40 persen yang tidak melakukan pemeriksaan sesuai anjuran, yang berarti dimungkinkan kurang patuhnya ibu dalam memperhatikan kondisi kehamilannya secara teratur. Sjofiatun (2002) dalam tesisnya juga menunjukkan hasil yang baik dalam perawatan kehamilan meskipun tidak memperhatikan anjuran kunjungan yang diperlukan ibu hamil. Hasil pada penolong persalinan oleh dokter/bidan masih 42,8 persen jika dibandingkan pada Gambar di atas tampaknya terjadi peningkatan yang cukup berarti.

4.4.1 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga

Persentase terendah pada ibu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tinggi terdapat pada ibu yang peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikannya rendah, tidak melakukan diskusi KB dengan suami, justifikasi pemukulan suami terhadap istri rendah dan tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan. Hal tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.4 (Hal. 66).

. Hasil interaksi antara peran perempuan dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga dengan pendidikan ibu menunjukkan bahwa secara umum baik ibu yang otonomi tinggi maupun rendah jika berpendidikan SLTP ke atas memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi lebih besar dibandingkan yang berpendidikan SD ke bawah. Sementara itu baik ibu yang berpendidikan SD kebawah dan SLTP keatas dalam persentase peran ibu dalam pengambilan keputusan tinggi lebih besar dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi dibandingkan ibu yang berotonomi rendah (keputusan suami/ orang lain/ lainnya). Dengan demikian semakin tinggi peran ibu dalam pengambilan keputusan rumah tangga ditunjang dengan pendidikan yang lebih baik akan lebih tinggi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Tabel 4.4 Distribusi jumlah dan persentase Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan ibu Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga, SDKI 2007

Karakteristik	Pelayanan Kesehatan Ibu				Total	
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%	n	%
Peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikan ibu						
Rendah * SD ke bawah	320	25,48	936	74,52	1.256	100,00
Rendah * SMP ke atas	591	57,60	435	42,40	1.026	100,00
Tinggi * SD ke bawah	1.654	29,43	3.967	70,57	5.621	100,00
Tinggi * SMP ke atas	4.000	59,70	2.700	40,30	6.700	100,00
Diskusi KB dengan suami						
Ya	4.972	49,02	5.170	50,98	10.142	100,00
Tidak	1.593	35,71	2.868	64,29	4.461	100,00
Justifikasi pemukulan suami terhadap istri						
Tidak setuju	5.102	47,99	5.529	52,01	10.631	100,00
Setuju	1.463	36,83	2.509	63,17	3.972	100,00
Status bekerja ibu dan kontrol terhadap penghasilan						
Bekerja, ada kontrol terhadap penghasilan	1.502	56,30	1.166	43,70	2.668	100,00
Bekerja, tidak ada kontrol terhadap penghasilan	941	51,42	889	48,58	1.830	100,00
Tidak bekerja/bekerja, tidak berpenghasilan	4.122	40,79	5.983	59,21	10.105	100,00

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Ditinjau menurut diskusi KB dengan suami, persentase ibu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi pada ibu yang melakukan diskusi KB dengan suami dibandingkan ibu yang tidak melakukan diskusi KB sama sekali dengan suami. Sebab dengan semakin seringnya para ibu melakukan diskusi KB dengan suami, maka akan lebih terbuka terhadap ide-ide modern karena adanya pertukaran informasi yang lebih banyak antar pasangan yang akhirnya memudahkan ibu dalam memutuskan mencari dan memilih pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Ibu yang tidak setuju mengenai pemukulan suami terhadap istri dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi menunjukkan persentase yang sangat besar daripada ibu yang setuju. Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan otonomi tinggi tidak akan menerima ketidaksetaraan gender terhadap kekuatan

dan tidak akan menyetujui dengan justifikasi apapun terhadap pemukulan suami kepada istrinya.

Ditinjau menurut status bekerja dengan melihat kontrol ibu terhadap penghasilan yang diperoleh, ibu yang bekerja dan memiliki kontrol terhadap penghasilannya lebih besar persentasenya dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi dibandingkan ibu yang bekerja tapi tidak memiliki kontrol terhadap penghasilannya dan tidak bekerja/bekerja tidak berpenghasilan. Sehingga dengan adanya tambahan penghasilan bagi keluarga dengan ibu lebih mudah mengontrolnya maka ia akan lebih leluasa mengatur bagaimana uang tersebut digunakan dan nantinya ia akan lebih memperhatikan kesehatan dirinya dan anaknya.

4.4.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu Menurut Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa persentase terendah dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi lebih terdapat pada ibu yang memiliki tiga anak atau lebih, berusia kurang dari 20 tahun, bersuami dengan pendidikan SD ke bawah, berstatus miskin, tinggal di pedesaan, serta menyatakan kesulitan dalam jarak, transportasi dan pembiayaan untuk berobat ke fasilitas kesehatan. Hal tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.5 (Hal. 68).

Tabulasi silang antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan karakteristik sosio-ekonomi demografi menyajikan bahwa berdasarkan jumlah anak lahir hidup, ibu yang memiliki anak tiga anak atau lebih dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi lebih rendah daripada ibu memiliki anak kurang dari tiga anak (satu atau dua anak). Hal ini akan menyebabkan keleluasaan ibu menjadi terbatas dan juga mungkin menjadi beban ekonomi bagi ibu dan keluarga sehingga akan mempengaruhi kebutuhannya untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan ibu.

Tabel 4.5 Distribusi jumlah dan persentase Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan ibu Menurut Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi, SDKI 2007

Karakteristik	Pelayanan Kesehatan Ibu				Total	
	Tinggi		Rendah			
	n	%	n	%	n	%
Jumlah anak lahir hidup						
≤ 2	4.492	51,67	4.201	48,33	8.693	100,00
≥ 3	2.073	35,08	3.837	64,92	5.910	100,00
Umur ibu saat melahirkan anak terakhir (tahun)						
< 20	346	32,01	735	67,99	1.081	100,00
20-29	3.617	46,16	4.218	53,84	7.835	100,00
≥ 30	2.602	45,75	3.085	54,25	5.687	100,00
Pendidikan suami						
Tamat SD ke bawah	1.795	28,86	4.425	71,14	6.220	100,00
Tamat SMP ke atas	4.770	56,90	3.613	43,10	8.383	100,00
Status ekonomi keluarga						
Miskin	1.930	27,21	5.162	72,79	7.092	100,00
Menengah	2.801	54,98	2.294	45,02	5.095	100,00
Kaya	1.834	75,91	582	24,09	2.416	100,00
Daerah tempat tinggal						
Kota	3.495	61,76	2.164	38,24	5.659	100,00
Desa	3.070	34,32	5.874	65,68	8.944	100,00
Jarak ke fasilitas kesehatan						
Bukan masalah besar	5.795	49,43	5.928	50,57	11.723	100,00
Masalah besar	770	26,74	2.110	73,26	2.880	100,00
Angkutan ke fasilitas kesehatan						
Bukan masalah besar	5.902	49,29	6.071	50,71	11.973	100,00
Masalah besar	663	25,21	1.967	74,79	2.630	100,00
Pembiayaan untuk berobat						
Bukan masalah besar	5.198	51,32	4.931	48,68	10.129	100,00
Masalah besar	1.367	30,55	3.107	69,45	4.474	100,00

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Bila dilihat tingkat pendidikan suami responden, persentase terbesar kelompok ibu yang rendah memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah mereka yang memiliki suami yang berpendidikan SD ke bawah (71,2 %). Sementara itu, ibu yang memiliki suami yang berpendidikan SMP ke atas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi menunjukkan persentase yang cukup besar (50,90%) dibandingkan ibu yang suaminya berpendidikan SD ke bawah. Hal ini berarti suami dengan pendidikan SMP ke atas lebih memperhatikan informasi-informasi pelayanan kesehatan maternal yang lebih baik demi kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anaknya.

Ditinjau menurut kelompok umur, persentase pemanfaatan pelayanan kesehatan tinggi lebih tinggi pada kelompok ibu yang ketika melahirkan anak terakhirnya berusia 25–29 tahun sebesar 46,16 persen. Sementara jika dibandingkan antara kelompok umur 20 ke bawah, 25-29 tahun dan 30 tahun keatas, maka terlihat bahwa ibu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi yang rendah adalah kelompok umur 20 tahun kebawah (32,01 %). Hal ini mungkin disebabkan oleh faktor kurang pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

Selanjutnya, pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu jika ditinjau menurut status ekonomi keluarga, ibu yang tingkat pemanfaatannya rendah berada pada ibu yang status ekonomi miskin dibandingkan dengan ibu yang status ekonomi menengah dan kaya. Perbedaan yang cukup besar terjadi pada pemanfaatan pelayanan kesehatan tinggi dimana persentase ibu yang berstatus ekonomi menengah dan kaya kurang lebih 2,5 kali lipatnya persentase yang berstatus ekonomi miskin.

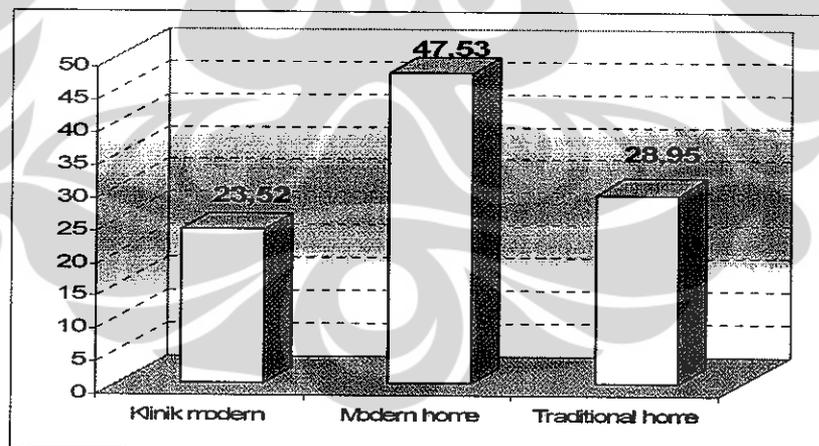
Menurut daerah tempat tinggal, terdapat persentase tertinggi dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan rendah pada ibu yang bertempat tinggal di pedesaan dibandingkan ibu yang tinggal di perkotaan. Sebaliknya, ibu yang tinggal di perkotaan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan (61,76 %) dikarenakan mudahnya mengakses fasilitas kesehatan yang lebih banyak tersedia di perkotaan.

Berdasarkan akses ke fasilitas kesehatan, salah satunya adalah akses jarak ke fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa persentase yang bermasalah pada jarak lebih besar (73,52%) sehingga pemanfaatan pelayanan kesehatannya lebih rendah dibanding ibu pemanfaatan pelayanan kesehatannya tinggi. Perbedaan yang cukup besar terjadi pada pemanfaatan pelayanan kesehatan tinggi dimana persentase ibu yang bermasalah pada jarak ke fasilitas kesehatan hampir setengah kali lipatnya persentase yang tidak bermasalah terhadap jarak. Hal ini berarti ibu yang tidak bermasalah terhadap jarak ke fasilitas kesehatan akan lebih tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu. Selanjutnya pola akses transportasi ke fasilitas kesehatan juga hampir sama dengan pola akses jarak dimana persentase terbesar yang menyebabkan ibu rendah dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan

adalah mereka yang menyatakan memiliki masalah transportasi. Akses yang terakhir adalah akses pembiayaan untuk berobat. Ibu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi menyatakan bahwa mereka tidak ada masalah dalam pembiayaan fasilitas kesehatan dengan persentase yang lebih besar dibandingkan ibu yang bermasalah dengan biaya berobat.

4.5 Pola dan Perbedaan Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga dan Sosio-Ekonomi dan Demografi

Gambaran umum mengenai data yang digunakan dalam pemilihan pelayanan kesehatan persalinan diperoleh dengan melakukan pengolahan data pada jumlah sampel perempuan kawin yang memiliki anak lahir hidup sejak Januari tahun 2002 (satu wanita dengan satu anak terakhirnya). Dalam Gambar 4.2 dipaparkan bahwa sebagian besar ibu memilih pelayanan kesehatan persalinan *modern home* (47,53%) yaitu persalinan dirumah atau praktek dengan dokter/bidan. Sementara itu persentase yang paling rendah adalah ibu yang memilih melakukan persalinan pada klinik modern (23,52%).



Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Gambar 4.4 Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Pemanfaatan Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan, SDKI 2007

Pada Tabel 4.6 terlihat bahwa sebagian besar persalinan ditolong oleh bidan atau bidan desa. Tingginya penolong persalinan bidan (56,54 %) sebagian

besar dilakukan di rumah si ibu atau orang lain. Sehingga bisa dikatakan bahwa sebagian besar ibu yang memilih pelayanan kesehatan persalinan *modern home* adalah ibu yang ditolong oleh bidan baik di tempat praktek maupun di rumah.

Tabel 4.6 Persentase Perempuan Kawin Usia 15-49 Tahun Menurut Penolong Persalinan dan Tempat Persalinan, SDKI 2007

Penolong persalinan	Rumah		Praktek		Lainnya		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dokter	36	0,25	123	0,84	1.919	13,14	2.078	14,23
Bidan	4.209	28,82	2.567	17,58	1.480	10,13	8.256	56,54
Perawat	88	0,60	10	0,07	35	0,24	133	0,91
Tradisional dan lainnya	4.092	28,02	9	0,06	35	0,24	4.136	28,32
Jumlah	8.425	57,69	2.709	18,55	3.469	23,76	14.603	100,00

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

4.5.1 Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga

Persentase pemilihan pelayanan kesehatan persalinan yang tinggi baik pada klinik modern atau *modern home* lebih rendah pada ibu yang peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikannya rendah, tidak melakukan diskusi KB dengan suami, persepsi justifikasi pemukulan suami terhadap istri rendah dan tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan. Hal tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.7 (Hal. 72).

Hasil interaksi antara peran perempuan dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga dengan pendidikan ibu menunjukkan bahwa secara umum baik peran ibu dalam rumahtangga tinggi atau rendah jika ibu berpendidikan SLTP keatas lebih tinggi dalam memilih pelayanan kesehatan persalinan *modern home* dan modern klinik dibandingkan yang berpendidikan SD kebawah. Sementara baik ibu yang berpendidikan SD kebawah dan SLTP keatas, peran ibu dalam pengambilan keputusan rumahtangga tinggi lebih rendah dalam memilih pelayanan kesehatan persalinan *traditional home* dibandingkan peran ibu dalam pengambilan keputusan rumahtangga rendah.

Tabel 4.7 Distribusi persentase Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Otonomi Ibu Dalam Rumah Tangga, SDKI 2007

Karakteristik	Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan			Total	
	Klinik modern	Modern home	Traditional home	n	%
Peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikan ibu					
Rendah, SD ke bawah	11,07	41,32	47,61	1.256	100
Rendah, SMP ke atas	32,85	52,44	14,72	1.026	100
Tinggi, SD ke bawah	12,20	42,09	45,70	5.621	100
Tinggi, SMP ke atas	33,93	52,51	13,57	6.700	100
Diskusi KB dengan suami					
Ya	25,25	49,46	25,29	10.142	100
Tidak	19,59	43,15	37,26	4.461	100
Justifikasi pemukulan istri					
Tidak setuju	25,86	48,47	25,67	10.631	100
Setuju	17,27	45,02	37,71	3.972	100
Status bekerja ibu dan kontrol terhadap penghasilan					
Bekerja, ada kontrol terhadap penghasilan	30,88	49,66	19,45	2.668	100
Bekerja, tidak ada kontrol terhadap penghasilan	28,09	46,99	24,92	1.830	100
Tidak bekerja / bekerja, tidak berpenghasilan	20,75	47,07	32,18	10.105	100

Sumber: Diolah dari SDKI 2007

Ditinjau dari diskusi KB dengan suami, persentase memilih pelayanan kesehatan persalinan *traditional home* terlihat lebih tinggi tidak melakukan diskusi KB dengan suami. Sehingga dengan sedikitnya para ibu yang berdiskusi tentang KB dengan suami, maka akan lebih tertutup terhadap ide-ide modern karena kurangnya informasi untuk memilih pelayanan kesehatan persalinan yang lebih baik. Hal yang perlu diperhatikan dalam indikator diskusi KB dengan suami bahwa tampaknya persentase terbesar yang tidak berdiskusi adalah ibu yang memilih *modern home* dibanding pelayanan kesehatan lainnya (perbandingan terhadap total dari yang tidak berdiskusi KB).

Menurut justifikasi mengenai pemukulan suami terhadap istri, persentase yang tidak setuju dalam memilih pelayanan persalinan klinik modern dan *modern home* lebih tinggi daripada yang setuju dengan pemukulan suami terhadap istri. Sementara itu, ibu yang setuju mengenai pemukulan suami terhadap istri lebih tinggi memilih pelayanan persalinan *traditional home* daripada ibu yang memiliki

tidak setuju. Dengan demikian ibu dengan otonomi tinggi tidak akan menerima ketidaksetaraan gender terhadap kekuasaan dan tidak akan menyetujui dengan justifikasi terhadap pemukulan suami kepada istrinya serta akan lebih baik dalam memilih pelayanan kesehatan persalinan.

Ditinjau menurut status bekerja ibu dengan kontrol atas penghasilan yang diperoleh, Ibu yang bekerja dengan memiliki kontrol terhadap penghasilannya memilih pelayanan kesehatan persalinan klinik modern dan *modern home* lebih tinggi dibandingkan ibu yang bekerja tidak memiliki pengaruh terhadap penghasilannya dan tidak bekerja/bekerja tidak berpenghasilan. Sementara persentase ibu yang tidak bekerja/bekerja tidak berpenghasilan lebih tinggi memilih pelayanan kesehatan persalinan *traditional home* dibandingkan ibu yang bekerja dengan kontrol terhadap penghasilannya.

4.5.2 Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Sosio-Ekonomi dan Demografi

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa persentase pemilihan pelayanan kesehatan persalinan klinik modern dan *modern home* lebih rendah pada ibu yang memiliki tiga anak atau lebih, berusia kurang dari 20 tahun, bersuami dengan pendidikan SD ke bawah, berstatus miskin, tinggal di pedesaan, serta menyatakan kesulitan dalam jarak, transportasi dan pembiayaan untuk berobat ke fasilitas kesehatan. Tabulasi silang antara pemilihan pelayanan kesehatan persalinan dengan karakteristik sosio-ekonomi dan demografi ditunjukkan pada Tabel 4.8 (hal 74).

Ditinjau menurut tingkat pendidikan suami responden, sebagian besar persentase kelompok ibu yang memiliki suami dengan pendidikan SD ke bawah memilih pelayanan kesehatan persalinan *traditional home* sebesar 45,45 persen. Sementara, Ibu yang memiliki suami berpendidikan SMP ke atas persentasenya lebih besar memilih pelayanan kesehatan persalinan klinik modern dibandingkan ibu yang suaminya berpendidikan SD ke bawah. Hal ini mungkin berarti suami dengan pendidikan SMP ke atas lebih memperhatikan informasi-informasi

pelayanan kesehatan maternal yang lebih baik demi kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anaknya.

Tabel 4.8 Distribusi jumlah dan persentase Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan Menurut Karakteristik Sosio Ekonomi Demografi, SDKI 2007

Karakteristik	Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan			Total	
	Klinik modern	Modern home	Traditional home	n	%
Jumlah anak lahir hidup					
≤ 2	26,73	49,83	23,43	8.693	100
≥ 3	18,80	44,15	37,06	5.910	100
Umur ibu saat melahirkan anak terakhir (tahun)					
< 20	15,54	44,77	39,69	1.081	100
20-29	22,26	49,43	28,31	7.835	100
≥ 30	26,78	45,44	27,78	5.687	100
Pendidikan suami					
Tamat SD ke bawah	12,09	42,46	45,45	6.220	100
Tamat SMP ke atas	32,01	51,29	16,70	8.383	100
Status ekonomi keluarga					
Miskin	10,69	42,40	46,91	7.092	100
Menengah	28,93	55,29	15,78	5.095	100
Kaya	49,79	46,23	3,97	2.416	100
Daerah tempat tinggal					
Kota	38,43	50,13	11,43	5.659	100
Desa	14,09	45,89	40,03	8.944	100
Jarak ke fasilitas kesehatan					
Bukan masalah besar	26,14	50,19	23,67	11.723	100
Masalah besar	12,88	36,70	50,42	2.880	100
Angkutan ke fasilitas kesehatan					
Bukan masalah besar	25,93	50,10	23,96	11.973	100
Masalah besar	12,55	35,82	51,63	2.630	100
Pembiayaan untuk berobat					
Bukan masalah besar	27,24	50,10	22,66	10.129	100
Masalah besar	15,11	41,71	43,18	4.474	100
Komplikasi saat melahirkan					
Ada	29,68	49,64	20,68	7.830	100
tidak	16,40	45,09	38,51	6.773	100
Pemeriksa kehamilan anak terakhir					
Tenaga Kesehatan	25,35	50,58	24,07	13.373	100
Lainnya	3,66	14,39	81,95	1.230	100

Sumber: Hasil Pengolahan Data SDKI 2007

Selanjutnya pemilihan pelayanan kesehatan persalinan jika ditinjau menurut status ekonomi keluarga, 55,29 persen ibu berstatus ekonomi menengah masih memilih *modern home* dibanding modern klinik dan *traditional home*. Sehingga bisa dikatakan mereka masih lebih memilih bidan dibandingkan dokter

mengingat pada tabel 4.4 sekitar 46,30 persen bidan membantu persalinan baik di rumah atau tempat praktek. Perbedaan yang cukup besar terjadi pada pemilihan pelayanan kesehatan *traditional home* dimana persentase ibu yang berstatus ekonomi miskin lebih dari tiga kali lipatnya persentase ibu yang berstatus ekonomi menengah, sedangkan jika dibandingkan dengan mereka yang berstatus ekonomi kaya lebih dari 15 kali lipat.

Menurut daerah tempat tinggal, persentase ibu bertempat tinggal di pedesaan memilih pelayanan kesehatan persalinan *modern home* sebesar 45,89 persen dan memilih *traditional home* sebesar 40,03 persen. Hal ini akan sangat menyulitkan dimana sebagian besar penolong persalinan ini membantu kelahiran yang terjadi di rumah bila terjadi komplikasi berat ibu akan sulit di tolong karena biasanya fasilitas kesehatan yang lebih banyak tersedia di perkotaan. Sementara itu, ibu yang tinggal di perkotaan juga lebih tinggi memilih pelayanan *modern home* (50,13 %) dibanding klinik modern.

Berdasarkan akses ke fasilitas, menunjukkan sebagian besar ibu yang memiliki masalah besar pada akses jarak ke fasilitas (50,42%) lebih tinggi memilih pelayanan persalinan *traditional home* dibanding pelayanan persalinan *modern home*. Perbedaan yang cukup besar terjadi pada pelayanan persalinan klinik modern dimana persentase ibu yang menyatakan tidak bermasalah besar terhadap jarak lebih dari dua kali lipatnya persentase yang bermasalah pada jarak ke fasilitas kesehatan. Hal ini berarti ibu yang tidak bermasalah terhadap jarak akan lebih memilih datang ke fasilitas kesehatan yang tersedia.

Selanjutnya pola akses transportasi ke fasilitas kesehatan juga hampir sama dengan pola akses jarak dimana ibu yang memiliki masalah transportasi ke fasilitas kesehatan lebih tinggi memilih pelayanan persalinan *traditional home* daripada pelayanan persalinan lainnya. Akses yang terakhir adalah akses pembiayaan dalam mendapatkan uang untuk berobat. Ibu yang memilih pelayanan persalinan *traditional home* menyatakan bahwa mereka mempunyai masalah besar dalam pembiayaan untuk berobat persentasenya lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mempunyai masalah besar. Sementara itu, ibu yang menyatakan bahwa mereka tidak mempunyai masalah besar dalam pembiayaan lebih tinggi

memilih pelayanan persalinan *modern home* daripada memilih pelayanan klinik modern.

Jika melihat masalah komplikasi saat melahirkan baik yang tidak terjadi dan terjadi komplikasi sebagian besar lebih memilih pelayanan persalinan *modern home*. Sedangkan ibu yang memilih pelayanan persalinan *traditional home* tampaknya lebih banyak yang tidak mengalami komplikasi saat melahirkan.

Dengan melihat siapa pemeriksa kehamilannya diharapkan dapat menunjukkan bagaimana ibu memilih pelayanan kesehatan untuk persalinannya. Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang memilih pelayanan *traditional home* (81,95 %) dengan pemeriksa kehamilannya adalah tenaga lainnya atau tidak diperiksa sama sekali. Perbedaan yang sangat besar terjadi pada pemilihan pelayanan kesehatan klinik modern dimana persentase ibu dengan pemeriksa kehamilan tenaga kesehatan tampaknya lebih dari 8 kali lipatnya persentase mereka yang diperiksa oleh tenaga lainnya atau tidak diperiksa. Hal ini menunjukkan bahwa dengan tenaga kesehatan sebagai pemeriksa kehamilan maka ibu akan lebih banyak mendapat informasi dan pengetahuan untuk memilih pelayanan persalinan yang lebih baik.

BAB V

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL

Analisis inferensial digunakan untuk melihat hubungan/asosiasi pada masing-masing variabel yang akan digunakan. Pembahasan analisis hasil penelitian pada bab ini terdiri dari dua pokok bahasan, yaitu mengulas faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan pemilihan pelayanan kesehatan persalinan. Pada penelitian ini digunakan dua model yaitu model regresi logistik biner dan model logit multinomial. Model regresi biner untuk menguji pengaruh variabel otonomi ibu dalam rumah tangga dan variabel karakteristik sosio-ekonomi dan demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu. Selanjutnya, model logit multinomial digunakan untuk menguji pengaruh variabel otonomi ibu dalam rumah tangga dan variabel karakteristik sosio-ekonomi dan demografi terhadap pemilihan pelayanan perawatan persalinan.

5.1 Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu

Dari hasil pengolahan, uji pertama yang dilihat adalah uji untuk mengetahui apakah semua variabel bebas dapat digunakan secara bersama-sama untuk membentuk model. Pada tabel *Model Summary* dengan melihat nilai statistik -2Log likelihood sebesar 16.903,244 menunjukkan angka yang besar, dapat disimpulkan seluruh variable bebas (kptsRT_dikIbu, diskusiKB, beat, stbkrj, agelbu, chld, dikSuami, dikaya, jarak, transp, dan uobat) dimasukkan dalam model signifikan secara statistik pada tingkat kepercayaan $\alpha = 5\%$. statistik yang signifikan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa model ini sesuai dan tepat untuk digunakan.

Untuk melihat dan menganalisis kondisi yang terjadi berdasarkan pengaruh otonomi ibu dalam rumah tangga dan karakteristik sosio ekonomi demografi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu, dapat dilihat dari estimasi parameter hasil/output pengolahan data. Sesuai metodologi yang telah

dibahas sebelumnya, berdasarkan nilai koefisien estimasi parameter model, maka persamaan model pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang terbetuk dapat ditulis sebagai berikut:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3,128 + 0,605kptsRT_dikIbu(1) + 0,151kptsRT_dikIbu(2) + 0,586kptsRT_dikIbu(3) \\ + 0,312diskusiKB + 0,175beat + 0,292stbkrj(1) + 0,244stbkrj(2) + 0,737ageIbu(1) \\ + 0,402ageIbu(2) + 0,68chld + +0,351dikSuami + 1,184idkaya(1) + 0,626idkaya(2) \\ + 0,276dtt + 0,111jarak + 0,20transp + 0,278uobat$$

Dari persamaan diatas tidak semua variabel bebas mempunyai koefisien yang signifikan secara statistik mempengaruhi variabel terikat. Tabel berikut menyajikan hasil pengolahan (output) SPSS versi 13 dengan metode regresi logistik biner peluang pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu pada tingkat tinggi dibanding rendah.

Berdasarkan Tabel 5.1 masing-masing variabel yang signifikan secara statistik pada model yang telah terbentuk diterjemahkan dengan memperhatikan nilai koefisien (B) dan nilai Exp(B) masing masing variabel hasil output model persamaan, maka dapat dijelaskan kecenderungan ibu memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu. Dengan demikian interpretasi konstanta dan masing-masing variabel bebas adalah sebagai berikut.

1. Intersep/konstanta

Angka intersep menunjukkan kondisi penduduk pada saat semua variabel bebas dalam kategori referensi atau memiliki karakteristik peran ibu dalam pengambilan keputusan rumah tangga rendah dengan pendidikan SD ke bawah, tidak berdiskusi KB dengan suami, berpersepsi rendah terhadap justifikasi pemukulan istri oleh suami, berstatus tidak bekerja /bekerja tidak berpenghasilan, berumur kurang dari 20 tahun saat melahirkan, memiliki tiga anak atau lebih, bersuami dengan pendidikan SD ke bawah, miskin, tinggal di pedesaan dan mempunyai kesulitan dalam jarak, transportasi serta pembiayaan untuk berobat. Dilihat dari statistik Wald yang paling besar di antara variabel bebas yang digunakan maka lima variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah status ekonomi keluarga, jumlah anak, umur ibu, pendidikan suami dan peran pengambilan keputusan dengan pendidikan ibu.

Tabel 5.1 Estimasi parameter, statistik uji dan rasio kecenderungan model regresi logistik biner untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu tinggi, SDKI 2007

Kovariat (a)	Estimasi parameter (B)	Wald	Rasio kecenderungan (Exp(B))
Konstanta	-3,128 ***	691,432	
Peran pengambilan keputusan *pendidikan ibu			
Rendah * SD ke bawah	-	.	.
Rendah * SMP ke atas	0,586 ***	34,964	1,797
Tinggi * SD ke bawah	0,151 **	4,031	1,163
Tinggi * SMP ke atas	0,605 ***	61,231	1,832
Diskusi KB dengan Suami			
Ya	0,312 ***	56,406	1,367
Tidak	-	.	.
Justifikasi pemukulan istri oleh suami			
Tidak setuju	0,175 ***	16,849	1,191
Setuju	-	.	.
Status bekerja dan kontrol atas penghasilan			
Bekerja, kontrol atas penghasilan	0,292 ***	34,846	1,339
Bekerja, tidak ada kontrol atas penghasilan	0,244 ***	18,144	1,276
Tidak bekerja/bekerja tidak berpenghasilan	-	.	.
Umur saat melahirkan (tahun)			
< 20	-	.	.
20-29	0,402 ***	28,731	1,495
≥ 30	0,737 ***	76,023	2,089
Jumlah anak lahir hidup			
≤ 2	0,680 ***	201,442	1,973
≥ 3	-	.	.
Pendidikan suami			
SD ke bawah	-	.	.
SMP ke atas	0,351 ***	61,872	1,421
Status ekonomi keluarga			
Miskin	-	.	.
Menengah	0,626 ***	191,843	1,870
Kaya	1,184 ***	312,819	3,268
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	0,276 ***	39,380	1,319
Pedesaan	-	.	.
Jarak ke fasilitas kesehatan			
Bukan masalah besar	0,111	1,993	1,117
Masalah besar	-	.	.
Transportasi ke fasilitas kesehatan			
Bukan masalah besar	0,200 ***	5,954	1,221
Masalah besar	-	.	.
Pembiayaan untuk berobat			
Bukan masalah besar	0,278 ***	34,828	1,321
Masalah besar	-	.	.

Signifikan pada ** $p \leq 0,05$

*** $p \leq 0,001$

2. Peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan pendidikan ibu

Interaksi peran ibu dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikan secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang berperan tinggi dan berpendidikan SLTP ke atas 83,2 persen lebih tinggi (1,832 kali) lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SD ke bawah. Sementara itu, ibu yang berperan tinggi dan berpendidikan SD ke bawah 1,16 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SMP ke atas. Selanjutnya, ibu yang berperan rendah dan berpendidikan SD ke bawah 79,7 persen lebih tinggi (1,797 kali) lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SD ke bawah. Hal ini sesuai dengan yang diharapkan. Ibu yang memiliki otonomi yang tinggi akan lebih mampu mengatur sumber daya rumah tangga sehingga dia memiliki pemanfaatan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan maternal. Temuan tersebut juga menunjukkan bahwa seorang ibu tidak hanya cukup memiliki otonomi yang tinggi tetapi juga harus terdidik atau tidak cukup hanya terdidik namun harus memiliki otonomi yang tinggi pula.

3. Diskusi KB dengan suami

Diskusi KB dengan suami secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang melakukan diskusi KB dengan suami 1,37 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu daripada mereka yang tidak berdiskusi KB. Hal ini mungkin mengarah pada penyebab yang tidak berhubungan dengan relasi gender intra rumah tangga. Akan tetapi, dapat dikatakan bahwa wanita yang mendiskusikan keluarga berencana dengan suami juga akan berkomunikasi lebih banyak tentang berbagai hal yang lain, mencerminkan suatu hubungan yang lebih terbuka, yaitu menganut paham hubungan persamaan (semua orang sederajat). Jadi, sedikitnya bagian dari asosiasi bisa mencerminkan peningkatan relasi gender dalam rumah tangga yang diterjemahkan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi.

4. Justifikasi pemukulan suami terhadap istri

Justifikasi pemukulan suami secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang tidak setuju pada justifikasi pemukulan suami terhadap istri 1,19 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi daripada mereka yang setuju mengenai pemukulan suami terhadap istri. Hal ini merupakan pertanyaan mengenai sikap perempuan daripada mempertanyakan tentang pengalamannya. Persetujuan mereka sendiri dengan pembelaan untuk seorang suami memukul istrinya menegaskan sosialisasi perempuan pada norma peran gender tradisional yang memberi para suami hak atas jasmani dan perilaku dari isterinya. Hasil menunjukkan sesungguhnya perempuan tidak akan menerima ketidaksetaraan gender yang nyata seperti itu dalam hal kekuasaan; perempuan tersebut akan percaya bahwa seorang istri seharusnya mempunyai hak untuk memutuskan. Jadi, dengan positifnya asosiasi tersebut bisa mencerminkan kesetaraan gender dalam rumah tangga dimana ibu akan lebih tangguh dalam mencari informasi dan saling memberi dukungan dengan pasangannya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi (berkualitas).

5. Status bekerja dan kontrol atas penghasilan

Status bekerja ibu dan kontrol atas penghasilan secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang dengan memiliki kontrol atas penghasilannya 1,34 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan. Ibu yang bekerja dengan tidak memiliki kontrol atas penghasilannya 1,28 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan.

Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa kecenderungan ibu yang bekerja dan ditambah dengan memiliki kendali atas penghasilannya lebih tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu dibandingkan mereka yang tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan. Jadi, Ibu yang bekerja dan memiliki kontrol atas penghasilannya tentunya akan lebih luas wawasannya terhadap pembangunan termasuk pembangunan kesehatan maternal dan dengan adanya

kewenangan menggunakan penghasilan, maka ibu akan lebih merawat kesehatan dirinya sendiri termasuk ketika ia hamil dan melahirkan.

6. Umur ibu (saat melahirkan anak terakhir)

Umur ibu secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Probabilita ibu yang berusia 30 tahun ke atas untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal yang tinggi 2,09 kali mereka yang berusia di bawah 20 tahun. Sedangkan probabilita ibu yang berusia antara 20-29 tahun untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal yang tinggi 1,50 kali mereka yang berusia dibawah 20 tahun. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa kecenderungan ibu yang berusia lebih tua akan lebih tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan tinggi dibandingkan mereka yang berusia muda. Hal ini kemungkinan disebabkan karena wanita pada umur muda masih kurang berpengalaman sehingga belum memiliki pengetahuan mengenai pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

7. Jumlah anak lahir hidup

Jumlah anak lahir hidup secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang memiliki kurang dari tiga anak 1,97 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang mempunyai tiga anak atau lebih. Hal menunjukkan ibu akan lebih mencari pelayanan kesehatan yang baik pada kehamilan anak pertama atau kedua dibandingkan kehamilan ketiga atau selebihnya. Kemungkinan ibu telah menganggap dirinya telah berpengalaman dalam hal proses kehamilan dan kelahiran sehingga tidak terlalu memperhatikan kehamilannya lebih baik atau ibu akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan pengalaman kehamilan sebelumnya.

8. Pendidikan suami

Pendidikan suami secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang suaminya berpendidikan SLTP ke atas 1,42 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang mempunyai suami

berpendidikan SD ke bawah. Suami dengan pendidikan tinggi lebih memperhatikan informasi-informasi dan mencarikan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas demi kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anaknya.

9. Status ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Probabilita ibu yang berstatus ekonomi kaya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi 3,27 kali mereka yang berstatus ekonomi miskin. Sedangkan probabilita ibu yang berstatus ekonomi menengah untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal yang tinggi 1,87 kali mereka yang berstatus ekonomi miskin. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa kecenderungan ibu yang berstatus ekonomi lebih baik akan lebih tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu dibandingkan berstatus ekonomi rendah. Jadi, semakin baiknya tingkat ekonomi keluarga apalagi berstatus kaya akan lebih mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang tinggi.

10. Daerah tempat tinggal

Daerah tempat tinggal secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang bertempat tinggal di perkotaan 1,32 kali lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi daripada mereka yang bertempat tinggal di pedesaan. Hal ini dimungkinkan karena kemudahan mengakses fasilitas kesehatan yang lebih banyak tersedia di perkotaan.

11. Jarak ke fasilitas kesehatan

Jarak ke fasilitas kesehatan secara statistik tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Hal ini mungkin disebabkan karena program-program peningkatan kesehatan ibu, seperti *making pregnancy safer*, desa siaga, suami siaga, bidan siaga dan sebagainya cenderung menjangkau daerah yang sulit terjangkau.

12. Transportasi ke fasilitas kesehatan

Transportasi ke fasilitas kesehatan secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Kecenderungan ibu yang menyatakan tidak memiliki masalah dengan transportasi ke fasilitas kesehatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi 22,1 persen lebih tinggi (1,221 kali) dibanding mereka yang menyatakan mempunyai masalah dengan transportasi ke fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tinggi merasa adanya kemudahan dan banyaknya alternatif transportasi yang digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan. Temuan ini juga dapat berarti bahwa adanya perhatian dari suami jika rasa kemudahan transportasi ini didukung oleh suami yang mengantarnya ke fasilitas kesehatan sehingga ibu lebih merasa diperhatikan dan mendorongnya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang lebih berkualitas.

13. Pembiayaan untuk berobat

Pembiayaan untuk berobat secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi. Ibu yang menyatakan tidak memiliki masalah dengan pembiayaan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu tinggi 32,1 persen lebih tinggi (1,321 kali) dibanding mereka yang menyatakan mempunyai masalah dengan pembiayaan untuk berobat. Hal ini berarti adanya dukungan finansial dari keluarganya ataupun adanya keleluasaan ibu dalam memanfaatkan sumber daya akan mendorongnya untuk lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu yang lebih baik.

5.2 Analisis Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan

Dari hasil pengolahan, uji pertama yang dilihat adalah uji untuk mengetahui apakah semua variabel bebas dapat digunakan secara bersama-sama untuk membentuk model. Tabel *Model Fitting Information* (lampiran) menunjukkan ketika seluruh variabel bebas dimasukkan dalam model signifikan

secara statistik pada tingkat kepercayaan $\alpha = 5\%$. Nilai statistik Chi square (χ^2) sebesar 5.554,722 menunjukkan nilai statistik yang signifikan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa model ini sesuai dan tepat untuk digunakan.

Selanjutnya adalah uji yang dilakukan untuk melihat apakah tiap-tiap parameter berpengaruh secara signifikan terhadap variabel terikatnya. Sehingga perlu diuji apakah masing-masing variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini secara statistik signifikan apabila dimasukkan ke dalam model. Hasil uji parameter melalui tabel *Likelihood Ratio Test* (lampiran) terlihat bahwa seluruh variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai *p-value* $< 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel-variabel tersebut signifikan secara statistik di dalam model, kecuali variabel transportasi. Variabel ini memiliki nilai *p-value* 0,080 ($> 0,05$). Namun variabel transportasi signifikan dengan *p-value* $< 0,10$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel ini secara statistik tidak signifikan pada tingkat kepercayaan 5% tapi signifikan pada tingkat 10 % untuk dimasukkan ke dalam model.

Untuk melihat dan menganalisis kondisi yang terjadi berdasarkan pengaruh otonomi ibu dalam rumah tangga dan karakteristik sosio ekonomi demografi terhadap pemilihan perawatan persalinan, dapat dilihat dari estimasi parameter hasil/output pengolahan data. Sesuai metodologi yang telah dibahas sebelumnya, berdasarkan nilai koefisien estimasi parameter model, maka pembahasan hasil analisis dikelompokkan dalam dua model pemilihan perawatan yaitu:

1. $\text{Ln}(P_1/P_0)$ untuk melihat keadaan dan kecenderungan memilih perawatan modern klinik.
2. $\text{Ln}(P_2/P_0)$ untuk melihat keadaan dan kecenderungan memilih perawatan modern home.

Ringkasan hasil output SPSS disajikan dalam Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Estimasi Parameter, statistik uji dan Rasio Kecenderungan Model logistik Multinomial untuk pemilihan perawatan klinik modern dan *modern home* dibanding perawatan *traditional home*, SDKI 2007

Kovariat(a)	Klinik modern			Modern Home		
	B	Wald	Exp(B)	B	Wald	Exp(B)
Konstanta	-5,762 ***	623,834		-3,321 ***	530,796	
Peran pengambilan keputusan						
*pendidikan ibu						
Rendah * SD ke bawah	-	.	.	-	.	.
Rendah * SMP ke atas	0,935 ***	36,553	2,548	0,563 ***	20,986	1,756
Tinggi * SD ke bawah	0,018	0,026	1,019	-0,057	0,603	0,944
Tinggi * SMP ke atas	0,884 ***	56,682	2,421	0,536 ***	42,467	1,709
Diskusi KB dengan Suami						
Ya	0,108 *	3,100	1,114	0,142 **	8,647	1,153
Tidak	-	.	.	-	.	.
Justifikasi pemukulan istri oleh suami						
Tinggi	0,352 ***	31,156	1,422	0,246 ***	26,090	1,279
Rendah	-	.	.	-	.	.
Status bekerja dan kontrol atas penghasilan						
Bekerja, kontrol atas penghasilan	0,304 ***	16,228	1,355	0,207 **	10,184	1,229
Bekerja, tidak ada kontrol atas penghasilan	0,245 **	8,338	1,278	0,082	1,326	1,085
Tidak bekerja / bekerja tidak berpenghasilan	-	.	.	-	.	.
Umur saat melahirkan (tahun)						
< 20	-	.	.	-	.	.
20-29	0,268 *	5,848	1,307	0,255 **	9,898	1,291
≥ 30	0,939 ***	57,152	2,558	0,512 ***	29,312	1,669
Jumlah Anak lahir hidup						
1- 2 anak	0,742 ***	109,977	2,100	0,409 ***	52,448	1,506
3+ anak	-	.	.	-	.	.
Pendidikan Suami						
SD Kebawah	-	.	.	-	.	.
SMP Keatas	0,593 ***	78,646	1,810	0,373 ***	54,067	1,453
Status ekonomi keluarga						
Miskin	-	.	.	-	.	.
Menengah	0,995 ***	206,338	2,704	0,635 ***	134,679	1,887
Kaya	2,050 ***	258,296	7,772	1,263 ***	110,343	3,535
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	0,935 ***	190,174	2,548	0,465 ***	63,015	1,592
Pedesaan	-	.	.	-	.	.
Jarak ke fasilitas kesehatan						
Bukan Masalah besar	0,211 *	3,394	1,235	0,228 **	7,371	1,256
Masalah Besar	-	.	.	-	.	.
Transportasi ke fasilitas kesehatan						
Bukan Masalah besar	0,085	0,506	1,088	0,190 **	4,855	1,210
Masalah Besar	-	.	.	-	.	.
Pembiayaan untuk berobat						
Bukan Masalah besar	0,303 ***	18,945	1,353	0,195 ***	13,600	1,216
Masalah Besar	-	.	.	-	.	.
Komplikasi persalinan						
Ada	0,426 ***	53,858	1,531	0,203 ***	19,305	1,225
Tidak ada	-	.	.	-	.	.
Pemeriksa Kehamilan						
Tenaga kesehatan	1,936 ***	139,568	6,932	1,813 ***	418,154	6,131
Lainnya	-	.	.	-	.	.

Signifikan pada * p < 0,10

** p ≤ 0,05

*** p ≤ 0,001

a Kategori acuan: *Traditional Home*.

Berdasarkan hasil pengolahan data menghasilkan persamaan $\ln(P_1/P_0)$ dan $\ln(P_2/P_0)$ sebagai berikut:

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_0}\right) = -5,762 + 0,884 \text{ kptsRT_dikIbu}(1) + 0,018 \text{ kptsRT_dikIbu}(2) + 0,935 \text{ kptsRT_dikIbu}(3) \\ + 0,108 \text{ diskusiKB} + 0,352 \text{ beat} + 0,304 \text{ stbekerj}(1) + 0,245 \text{ stbekerj}(2) \\ + 0,939 \text{ ageIbu}(1) + 0,268 \text{ ageIbu}(2) + 0,742 \text{ chld} + 0,593 \text{ dikSuami} \\ + 2,050 \text{ idkaya}(1) + 0,995 \text{ idkaya}(2) + 0,935 \text{ dtt} + 0,211 \text{ jarak} \\ + 0,085 \text{ transp} + 0,303 \text{ uobat} + 0,426 \text{ komplhr} + 1,936 \text{ ANTE}$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_0}\right) = -3,321 + 0,536 \text{ kptsRT_dikIbu}(1) - 0,057 \text{ kptsRT_dikIbu}(2) + 0,563 \text{ kptsRT_dikIbu}(3) \\ + 0,142 \text{ diskusiKB} + 0,246 \text{ beat} + 0,207 \text{ stbekerj}(1) + 0,082 \text{ stbekerj}(2) \\ + 0,512 \text{ ageIbu}(1) + 0,255 \text{ ageIbu}(2) + 0,409 \text{ chld} + 0,373 \text{ dikSuami} \\ + 1,263 \text{ idkaya}(1) + 1,635 \text{ idkaya}(2) + 0,465 \text{ dtt} + 0,228 \text{ jarak} \\ + 0,19 \text{ transp} + 0,195 \text{ uobat} + 0,203 \text{ komplhr} + 1,813 \text{ ANTE}$$

Dalam hasil tersebut masing-masing variabel yang signifikan secara statistik pada model yang telah terbentuk diterjemahkan dengan memperhatikan nilai koefisien (B) dan nilai $\text{Exp}(B)$ masing-masing variabel hasil output model persamaan, maka dapat dijelaskan kecenderungan ibu memilih pelayanan kesehatan persalinan. Dengan demikian interpretasi masing-masing variabel bebas adalah sebagai berikut.

1. Intersep/konstanta

Angka intersep dari pemilihan klinik modern dan *modern home* menunjukkan kondisi penduduk pada saat semua variabel bebas dalam kategori referensi atau memiliki karakteristik peran ibu dalam pengambilan keputusan rumah tangga rendah dengan pendidikan SD ke bawah, tidak berdiskusi KB dengan suami, berpersepsi rendah terhadap justifikasi pemukulan istri oleh suami, berstatus tidak bekerja/bekerja tidak berpenghasilan, berumur kurang dari 20 tahun saat melahirkan, memiliki tiga anak atau lebih, bersuami dengan pendidikan SD ke bawah, miskin, tinggal di pedesaan dan mempunyai kesulitan dalam jarak, transportasi serta pembiayaan untuk berobat, tidak terjadi komplikasi saat persalinan, serta saat hamil tidak diperiksa oleh tenaga kesehatan. Dilihat dari statistik **Wald** yang paling besar di antara variabel bebas yang digunakan maka

enam variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap pemilihan pelayanan persalinan adalah status ekonomi keluarga, pemeriksa kehamilan dan daerah tempat tinggal, pendidikan suami, umur ibu dan interaksi antara peran pengambilan keputusan dalam rumah tangga dengan pendidikan ibu.

2. Peran dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan pendidikan ibu

Interaksi antara peran ibu dalam pengambilan keputusan rumah tangga dengan pendidikan secara statistik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peluang memilih pelayanan perawatan klinik modern dan *modern home*. Ibu yang berperan tinggi dan berpendidikan SMP ke atas untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern berpeluang 2,42 kali ibu yang berperan rendah dan berpendidikan SD ke bawah. Sementara kecenderungan untuk memilih pelayanan kesehatan *modern home* bagi ibu yang berperan tinggi dan berpendidikan SMP ke atas 70,9 persen lebih tinggi dari mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SD ke bawah. Selanjutnya, ibu yang berperan rendah dan berpendidikan SMP ke atas 2,55 kali lebih cenderung memilih pelayanan persalinan klinik modern atau 1,76 kali lebih cenderung memilih pelayanan persalinan *modern home* daripada mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SD ke bawah. Temuan ini menunjukkan semakin tinggi otonomi ibu dengan tingkat pendidikan yang semakin baik akan memberikan ibu keleluasaan untuk mencari informasi dalam memilih pelayanan kesehatan persalinan yang lebih baik dengan memilih tenaga kesehatan terlatih dan tempat persalinan yang lebih berkualitas demi dirinya dan anaknya.

Namun, ibu yang berperan tinggi dan berpendidikan SD ke bawah tidak ada perbedaan kecenderungan dari mereka yang mempunyai peran rendah dan berpendidikan SD ke bawah dalam memilih pelayanan persalinan klinik modern maupun *modern home*. Hal ini lebih memperkuat penyebab diatas bahwa ibu tidak hanya harus memiliki otonomi yang tinggi namun faktor pendidikan juga sangat berpengaruh dalam memilih pelayanan kesehatan persalinan.

3. Diskusi KB dengan suami

Diskusi KB dengan suami mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemilihan pelayanan persalinan klinik modern dan *modern home*. Ibu

yang melakukan diskusi dengan suami untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern berpeluang 1,11 kali ibu yang tidak melakukan diskusi KB. Sementara kecenderungan untuk memilih pelayanan kesehatan *modern home* bagi ibu yang berdiskusi KB dengan suami 15,1 persen lebih tinggi dari mereka yang melakukan diskusi KB. Komunikasi antar pasangan mengenai kontrasepsi bisa juga menandakan adanya keterlibatan pria yang lebih besar di berbagai hal yang biasanya dikenali sebagai hal yang menjadi bagian dari "wanita" dan berpotensi stigma bagi pria. Tampaknya komunikasi tersebut sebagian besar akan berjalan dengan terus meningkatkan kesempatan wanita (atau pasangan) untuk bertindak dengan solid meminta informasi dan saling memberi dukungan sebelum melakukan permintaan pelayanan.

4. Justifikasi pemukulan suami terhadap istri

Ibu yang tidak setuju terhadap justifikasi pemukulan suami kepada istri mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 1,42 kali ibu yang setuju terhadap justifikasi pemukulan suami kepada istri. Sementara itu, ibu yang tidak setuju tentang pemukulan suami terhadap istri juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,28 kali ibu yang setuju mengenai justifikasi pemukulan suami. Adanya asosiasi yang positif tersebut bisa mencerminkan bahwa adanya kesetaraan gender dalam rumah tangga. Kesetaraan ini menunjukkan tidak adanya dominasi suami dalam rumah tangga namun lebih pada adanya komunikasi antara suami istri yang baik sehingga ibu akan lebih tangguh dalam mencari informasi dan saling memberi dukungan dengan pasangannya untuk dapat menentukan pilihan pelayanan kesehatan persalinan yang lebih baik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

5. Status bekerja dan kontrol atas penghasilan

Ibu yang bekerja dan mempunyai kontrol terhadap penghasilannya mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 35,5 persen lebih

tinggi dari ibu yang tidak bekerja/ bekerja tapi tidak berpenghasilan. Sedangkan ibu yang bekerja dan mempunyai kontrol terhadap penghasilannya juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,23 kali ibu yang tidak bekerja/ bekerja tapi tidak berpenghasilan.

Ibu yang bekerja tapi tidak mempunyai kontrol terhadap penghasilannya mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 1,28 kali ibu yang tidak bekerja/ bekerja tapi tidak berpenghasilan. Sementara itu ibu yang bekerja dan tidak mempunyai kontrol terhadap penghasilannya juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home* namun peluangnya dengan ibu yang tidak bekerja/ bekerja tapi tidak berpenghasilan menunjukkan nilai yang tidak signifikan.

Temuan ini menunjukkan bahwa ibu yang bekerja tentunya akan lebih luas wawasannya terhadap pembangunan termasuk pembangunan kesehatan maternal dan dengan adanya kewenangan menggunakan penghasilan, maka ibu akan lebih merawat kesehatan dirinya sendiri termasuk ketika ia hamil dan melahirkan. Ketika ia mengetahui apa yang harus dilakukan saat mengalami kehamilan tentunya ia akan tahu dalam menentukan pilihan pelayanan kesehatan persalinan yang terbaik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

6. Umur ibu (saat melahirkan anak terakhir)

Umur saat melahirkan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pemilihan pelayanan persalinan klinik modern dan *modern home*. Semakin tua umur ibu melakukan persalinan, semakin tinggi kecenderungan untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern atau *modern home*. Semakin tua umur wanita saat melahirkan, semakin besar risiko kehamilan dan persalinan tersebut baik untuk ibu maupun bayi yang dikandungnya. Oleh karena itu, sangat beralasan jika semakin tua umur ibu maka mereka akan lebih berhati-hati dalam memilih pelayanan persalinan yang lebih baik.

7. Jumlah anak lahir hidup

Ibu yang memiliki kurang dari tiga anak mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 2,10 kali ibu memiliki tiga anak atau lebih. Sementara itu, ibu yang memiliki kurang dari tiga anak juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,51 kali ibu yang memiliki tiga anak atau lebih. Hal ini dimungkinkan karena pada saat kehamilan pertama dan kedua ibu akan mencoba mencari dan melakukan pilihan terhadap pelayanan kesehatan persalinan yang baik. Dan setelah itu saat kehamilan ketiganya, dirinya telah merasa berpengalaman karena kehamilan dianggap kejadian yang sudah biasa sehingga dalam menentukan pilihan pelayanan persalinan ibu bisa saja lebih tidak memperhatikan kehamilan ketiga atau selebihnya atau akan memilih pelayanan persalinan yang sesuai dengan pengalaman kehamilan sebelumnya.

8. Pendidikan Suami

Ibu yang memiliki suami berpendidikan SLTP ke atas mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 1,81 kali ibu yang memiliki suami berpendidikan SD ke bawah. Sementara itu, ibu yang memiliki suami berpendidikan SLTP ke atas juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,45 kali ibu yang memiliki suami berpendidikan SD ke bawah. Pendidikan suami sebagai kepala rumah tangga yang lebih baik akan dapat memberikan pengetahuan bagaimana menjaga kesehatan keluarga dan kesehatan kehamilan istrinya, dapat menentukan jenis penolong persalinan dan memberikan pemahaman bahwa ibu hamil membutuhkan lebih banyak makanan bergizi.

9. Status ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga sangat signifikan mempengaruhi pemilihan pelayanan persalinan klinik modern dan *modern home*. Ibu yang berstatus kaya

mempunyai kecenderungan sangat besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 7,77 kali ibu yang berstatus miskin. Sedangkan peluang ibu yang berstatus ekonomi kaya untuk memilih perawatan *modern home* 3,53 kali mereka yang berstatus ekonomi miskin dibanding dengan perawatan *traditional home*.

Sementara itu, ibu yang berstatus menengah juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 2,70 kali ibu yang berstatus miskin. Sedangkan, peluang ibu yang berstatus ekonomi menengah untuk memilih perawatan *modern home* 1,89 kali mereka yang berstatus ekonomi miskin dibanding dengan perawatan *traditional home*.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin rendah status ekonomi keluarga ibu, maka semakin rendah pula ibu memilih pelayanan kesehatan persalinan yang lebih baik. Jadi, semakin baiknya tingkat ekonomi keluarga apalagi berstatus kaya akan lebih mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan persalinan yang terbaik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

10. Daerah tempat tinggal

Ibu yang bertempat tinggal di perkotaan berkecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 2,55 kali ibu yang bertempat tinggal di pedesaan. Sementara itu, ibu yang bertempat tinggal di perkotaan juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,59 kali mereka yang tinggal di pedesaan.

Hal ini bisa dikatakan ibu yang tinggal di pedesaan lebih cenderung memilih perawatan persalinan *traditional home*. Menurut penelitian Handayani (1994) berdasarkan wawancara dengan dukun diperoleh informasi bahwa meskipun bidan ditempatkan di desa bahkan telah disediakan tempat tinggal di rumah penduduk atau menjadi satu dengan polindes, ternyata beberapa orang tidak bertempat tinggal di desa tersebut terutama bidan yang telah berkeluarga dan mempunyai anak. Mereka datang pada jam dinas dan hanya kadang-kadang

menginap di desa sehingga jika sewaktu-waktu dibutuhkan tidak ditempat. Sementara dengan dukun selalu siap jika sewaktu-waktu dibutuhkan oleh masyarakat.

. Temuan ini juga dimungkinkan penyebabnya adalah kemudahan mengakses fasilitas kesehatan yang lebih banyak tersedia di perkotaan. Cukup besarnya peluang ibu di perkotaan yang memilih pelayanan persalinan *modern home* dengan memperhatikan Tabel 4.6 pada bab sebelumnya menunjukkan banyaknya bidan yang telah membuka praktek dengan biaya persalinan yang lebih murah dibanding rumah sakit atau klinik bersalin. Selain biaya yang lebih murah, tampaknya ibu yang tinggal di perkotaan lebih nyaman menggunakan bantuan bidan dalam proses persalinan sebab ibu merasa tidak malu dan sungkan karena sama-sama perempuan.

11. Jarak ke fasilitas kesehatan

Ibu yang menyatakan tidak kesulitan dengan jarak ke fasilitas kesehatan cenderung lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* dengan peluang 1,23 kali ibu kesulitan pada jarak ke fasilitas kesehatan. Sementara itu, yang menyatakan tidak kesulitan dengan jarak ke fasilitas kesehatan juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,26 kali mereka yang kesulitan pada jarak ke fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan kemudahan jarak ke fasilitas kesehatan selain baiknya infrastruktur seperti akses jalan dan dekatnya fasilitas kesehatan dengan pemukiman akan mendorong ibu untuk memanfaatkan dan memilih pelayanan kesehatan persalinan yang baik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

12. Transportasi ke fasilitas kesehatan

Ibu yang menyatakan tidak kesulitan dengan transportasi ke fasilitas kesehatan cenderung lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home* namun peluangnya dengan ibu mempunyai kesulitan transportasi menunjukkan nilai yang tidak signifikan. Sementara itu, yang menyatakan tidak kesulitan dengan transportasi ke fasilitas

kesehatan juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,21 kali mereka yang kesulitan transportasi ke fasilitas kesehatan.

Temuan ini menunjukkan bahwa ibu yang memilih pelayanan kesehatan persalinan yang baik merasa adanya kemudahan dan banyaknya alternatif transportasi yang digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan. Temuan ini juga dapat berarti bahwa adanya perhatian dari suami jika rasa kemudahan transportasi ini didukung oleh suami yang mengantarnya untuk melahirkan ke fasilitas kesehatan sehingga ibu lebih merasa diperhatikan dan mendorongnya untuk dan memilih pelayanan kesehatan persalinan yang baik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

13. Pembiayaan untuk berobat

Ibu yang menyatakan tidak kesulitan dengan pembiayaan untuk berobat cenderung lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home*, dengan peluang 1,35 kali mereka yang kesulitan dengan pembiayaan. Sementara itu, ibu yang menyatakan tidak kesulitan dengan dengan pembiayaan untuk berobat juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,22 kali mereka yang kesulitan pembiayaan untuk berobat. Hal ini disebabkan adanya dukungan finansial dari keluarganya ataupun adanya keleluasaan ibu dalam memanfaatkan sumber daya akan mendorongnya untuk lebih memilih pelayanan kesehatan persalinan yang baik dari segi tenaga kesehatan yang terlatih maupun tempat persalinan yang berkualitas.

14. Komplikasi persalinan

Ibu yang mengalami komplikasi saat persalinan cenderung lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home*, dengan peluang 1,53 kali mereka tidak mengalami komplikasi persalinan. Sementara itu, ibu yang mengalami komplikasi saat persalinan juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 1,22 kali mereka yang

tidak mengalami komplikasi persalinan. Temuan ini sesuai dengan yang harapan dimana ibu yang mengalami komplikasi saat persalinan akan lebih terdesak untuk menggunakan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.

15. Pemeriksa kehamilan

Pemeriksa saat kehamilan sangat signifikan mempengaruhi pemilihan pelayanan persalinan klinik modern dan *modern home*. Ibu yang kehamilannya diperiksa oleh tenaga kesehatan cenderung lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan klinik modern dibanding dengan *traditional home*, dengan peluang 6,93 kali mereka yang diperiksa bukan tenaga kesehatan atau tidak diperiksa pada saat kehamilan. Sementara itu, ibu yang kehamilannya diperiksa oleh tenaga kesehatan juga mempunyai kecenderungan lebih besar untuk memilih pelayanan persalinan *modern home* dibanding menggunakan *traditional home*, dengan peluang 6,13 kali mereka yang diperiksa bukan tenaga kesehatan atau tidak diperiksa pada saat kehamilan. Besarnya peluang ini menunjukkan bahwa sangat pentingnya peran tenaga kesehatan sebagai pemeriksa kehamilan. Tenaga kesehatan ini akan memberikan pengetahuan ibu mengenai informasi, pengarahan dan saran untuk melahirkan secara aman oleh tenaga kesehatan terlatih sehingga mendorong ibu untuk memilih pelayanan persalinan yang lebih baik.

BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan yang telah dikemukakan analisis deskriptif, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ditinjau dari otonomi ibu dalam rumah tangga, mayoritas wanita pernah kawin usia 15-49 tahun memiliki peran keterlibatan pengambilan keputusan dalam rumah tangga tinggi, berpendidikan rendah (SD ke bawah), tidak meakukan diskusi KB dengan suami, tidak setuju mengenai pemukulan suami terhadap istri, dan berstatus tidak bekerja atau bekerja tapi tidak berpenghasilan.
2. Ditinjau dari karakteristik sosio-ekonomi demografi, mayoritas perempuan kawin usia 15-49 tahun memiliki anak kurang dari tiga orang, berusia antara 20-29 tahun, memiliki suami yang berpendidikan SD kebawah, berstatus ekonomi bawah, bertempat tinggal di pedesaan, mengatakan bukan masalah besar untuk jarak dan transportasi ketempat berobat serta pembiayaan untuk berobat.
3. Persentase pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dengan kondisi pemeriksaan minimal 4 kali sesuai anjuran (K4), penolong kelahiran yang berkompeten (dokter dan bidan), dan perawatan nifas (*postnatal care*) dengan tenaga kesehatan pada perempuan kawin usia 15-49 tahun masih rendah.
4. Persentase tertinggi untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu tinggi terdapat pada ibu yang peran dalam pengambilan keputusan tinggi dan berpendidikan SMP ke atas, berdiskusi KB dengan suami, tidak setuju mengenai justifikasi pemukulan suami terhadap istri, berstatus bekerja dengan kontrol atas penghasilan, memiliki kurang dari anak, berusia antar 20-29 tahun, bersuami tamatan SMP ke atas, berstatus kaya, tinggal di perkotaan, menyatakan tidak kesulitan dalam jarak dan transportasi ke fasilitas kesehatan serta pembiayaan untuk berobat.
5. Ditinjau dari pemilihan perawatan persalinan, sebagian besar memilih perawatan *modern home*, dimana sebagian besar ibu yang memilih perawatan ini adalah ibu yang ditolong oleh bidan baik di tempat praktek maupun di

rumah. Masih rendahnya ibu yang memilih melakukan persalinan pada modern klinik.

6. Persentase tertinggi untuk pemilihan perawatan persalinan baik pada klinik modern atau *modern home* terdapat pada ibu yang peran dalam pengambilan keputusan tinggi dan berpendidikan SMP ke atas, berdiskusi KB dengan suami, berpersepsi tinggi mengenai justifikasi pemukulan suami terhadap istri, berstatus bekerja dengan kontrol atas penghasilan, memiliki kurang dari anak, berusia antar 20-29 tahun, bersuami tamatan SMP ke atas, tinggal di perkotaan, menyatakan tidak kesulitan dalam jarak dan transportasi ke fasilitas kesehatan serta pembiayaan untuk berobat. Sementara itu pada status ekonomi keluarga sedikit berbeda dimana persentase tertinggi dalam memilih pelayanan klinik modern pada ibu yang berstatus kaya, sedangkan persentase tertinggi dalam memilih pelayanan *modern home* terdapat pada ibu yang berstatus ekonomi menengah.

Berdasarkan hasil analisis inferensial dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Otonomi perempuan dalam rumah tangga (otonomi dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami dan justifikasi suami memukul istri), status bekerja dan pengaruh terhadap penghasilan ibu sendiri, umur ibu, jumlah anak, pendidikan ibu, pendidikan suami, daerah tempat tinggal, status ekonomi keluarga, transportasi ke fasilitas kesehatan dan pembiayaan untuk berobat berpengaruh signifikan dengan arah hubungan positif dibanding kategori acuannya terhadap kecenderungan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu tinggi, sedangkan jarak ke fasilitas kesehatan tidak signifikan secara statistik.
2. Lima variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah status ekonomi keluarga, jumlah anak, umur ibu, pendidikan suami dan peran pengambilan keputusan dengan pendidikan ibu.
3. Otonomi perempuan dalam rumah tangga (otonomi dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami dan justifikasi suami memukul istri), status bekerja dan pengaruh terhadap penghasilan ibu

sendiri, umur ibu, jumlah anak, pendidikan ibu, pendidikan suami, daerah tempat tinggal, status ekonomi keluarga, jarak ke fasilitas kesehatan dan pembiayaan untuk berobat berpengaruh signifikan dengan arah hubungan positif dibanding kategori acuannya terhadap kecenderungan pemilihan perawatan klinik modern, sedangkan transportasi ke fasilitas kesehatan dan kategori peran pengambilan keputusan tinggi dengan pendidikan SD ke bawah tidak signifikan secara statistik.

4. Pemilihan perawatan *modern home* dipengaruhi secara signifikan oleh otonomi dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga, diskusi KB dengan suami dan justifikasi suami memukul istri, status bekerja dan pengaruh terhadap penghasilan ibu sendiri, umur ibu, jumlah anak, pendidikan ibu, pendidikan suami, daerah tempat tinggal, status ekonomi keluarga, jarak ke fasilitas kesehatan dan pembiayaan untuk berobat, hanya pada kategori peran pengambilan keputusan tinggi dengan pendidikan SD ke bawah dan bekerja tapi tidak ada kontrol atas penghasilan yang tidak signifikan.
5. Lima variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap pemilihan pelayanan persalinan adalah status ekonomi keluarga, pemeriksa kehamilan, daerah tempat tinggal, jumlah anak dan pendidikan suami.

6.2. Rekomendasi

Berdasarkan temuan dalam penelitian ini, terdapat saran dan implikasi kebijakan yang diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi pemerintah dan pihak-pihak yang terkait. Beberapa ajuran masukan sebagai berikut.

1. Terkait Otonomi ibu

- Peningkatan program pemberdayaan perempuan untuk meningkatkan otonomi ibu dalam rumah tangga
- Peningkatan program pendidikan formal berupa program wajib belajar secara gratis dan secara informal berupa penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi secara rutin.

- Memasukkan materi pendidikan tentang kesetaraan gender sebagai bagian advokasi otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan melalui jalur sekolah.
- Konseling - Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan. Sehingga suami dan istri dapat saling berkomunikasi dalam merencanakan kehamilan berikutnya.
- Penyediaan lapangan kerja bagi ibu.
- Meningkatkan dan mengembangkan instrumen BCC (Behaviour Change Communication) -pengembangan dari komunikasi informasi Edukasi (KIE)- yang memberikan informasi-informasi tentang pentingnya kesehatan ibu dan masalah gender seperti hak reproduksi dan akses pelayanan kesehatan yang penuh, jaminan persamaan hak milik dan akses pekerjaan, kekerasan dalam rumah tangga dan sebagainya.

Efektifitas dari Program BCC:

- Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran atas masalah kesehatan dan solusinya.
- Menunjukkan perilaku yang sehat.
- Meningkatkan ketrampilan dan keberhasilan diri (rasa mampu berperilaku).
- Memperkuat pengetahuan kesehatan, sikap, dan perilaku.
- Menunjukkan keuntungan dari mengadopsi perilaku yang sehat.
- membantu menggeser norma sosial untuk mendorong perilaku yang lebih sehat.
- Mendukung/advokasi suatu bentuk kebijakan atau isu kesehatan.
- peningkatan permintaan pelayanan kesehatan.
- Membuktikan kesalahan mitos dan memperbaiki kesalahpahaman.
- mengubah pemahaman resiko.
- Mendorong perubahan perilaku masyarakat dan individu.

2. Terkait status sosio-ekonomi dan demografi

- mempertimbangkan penambahan dan penempatan bidan dan bidan desa terutama diprioritaskan pada daerah yang sulit dijangkau baik jarak dan transportasi, dan mengaktifkan peran bidan lebih optimal.

- Membuat kebijakan yang mengacu pada peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan ibu di daerah pedesaan seperti penambahan puskesmas, polindes, penyediaan ambulan dan mobil keliling sebagai sarana transportasi dan peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit dan puskesmas.
 - Memberikan kemudahan kelompok miskin untuk mendapatkan pelayanan rujukan rumah sakit.
3. Penelitian berikutnya diharapkan bisa menggunakan data *longitudinal* untuk memperbaiki masalah perbedaan waktu antara otonomi dan perilaku mencari pelayanan kesehatan maternal dan lebih mendapat data yang komprehensif pada masalah otonomi.
 4. Penelitian berikutnya juga diharapkan dapat meneliti tentang peran gender dengan masalah kemiskinan.

6.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan sebagai berikut.

1. Pemilihan sampel pada perempuan kawin saja dikarenakan adanya variabel bebas yang mengkhususkan hubungan suami istri sehingga untuk wanita yang berstatus cerai menurut alur kuesioner SDKI 2007 isian akan tidak terisi.
2. Sifat dari data *cross-sectional* dimana kita tidak bisa menetapkan suatu hubungan sebab akibat antara otonomi perempuan dan perilaku mencari pelayanan kesehatan ibu. Otonomi perempuan diukur pada saat wawancara tetapi beberapa ukuran variabel bebas seperti persalinan di rumah sakit mungkin telah terjadi sebelum waktu wawancara. Sehingga unit analisis yang dipilih adalah perempuan yang melahirkan anak terakhirnya di rumah sakit untuk meminimalkan jarak antara kunjungan terakhir dengan waktu wawancara.
3. Sementara suatu bentuk usaha telah dilakukan untuk menunjuk sifat multidimensional dari otonomi tetapi dapat dicatat bahwa kemungkinan terdapat dimensi dari konsep yang tidak tertangkap dengan baik dan otonomi dapat berubah sejalan dengan waktu.

DAFTAR PUSTAKA

- Aday, L.A., Andersen, R., and Fleming, G.V., 1980
Health Care in The US Equitable for Whom, Sage Publications, Beverly Hills,
London
- Andersen R, Joana K. and Odin W.A. 1975
Equity in Health Services, Empirical Analysis in Social Policy.
Cambridge Mass Ballinger Publishing Company, Cambridge Mass
- Agung, I Gusti Ngurah. 2004.
Manajemen penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi. PT. Rajagrafindo
Persada, Jakarta.
- Akin, John S., Griffin, Chales C., Guilkey, David K. and Popkin, Barry M., 1985.
The Demand for Primary Health Services in Third World. Rowman &
Allanheld Publishers (A division of Littlefield, Adam & Company),
New Jersey, United State of America.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2010. Peraturan
Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana
Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014,
Buku II BAB II.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Makro Internasional. 2008. Survei Demografi
dan Kesehatan 2007. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro
International.
- Badan Pusat Statistik. 2008. Profil Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2008. Jakarta.
- Balk, D. 1994. Individual and community aspects of women's status and fertility
in rural Bangladesh. *Population Studies*, 48(1): 21-45.

- Basu, A.M. 1992. *Culture, the Status of Women and Demographic Behaviour Illustrated with the Case of India*. Oxford: Clarendon Press.
- Becker dkk. 1993. The determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, the Philippines. *Health Transition Review* vol. 3 no. 1.
- Bloom S.S., Wypij D. and Das Gupta M. 2001. Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography* 28(1): 67-78.
- Departemen Kesehatan (Depkes). 2009. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak* Edisi Tahun 2009, di-download dari http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/index.php?view=weblink&catid=46%3Abuku&id=9%3Apedoman-pws-kia-revisi-2009&option=com_weblinks&Itemid=100 pada tanggal 17 Mei 2010.
- Dyson, T. and Moore, T. 1983. On kinship structure, female autonomy, and demographic behaviour in India. *Population and Development Review*, 9(1): 35-54.
- Ekwempu, C.C. dkk. 1990. "Structural adjustment and health in Africa." *Lancet* 366:56-57.
- Furuta, Marie dan Salway, Sarah. 2006. "Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal. *International Family Planning Perspective*, Volume 32, No. 1, March 2006, p.17-27.
- Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, dan A. Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population*. HNP/Poverty Thematic Group. Washington, D.C.: World Bank.

Hartono, Djoko, Haning Romdiati dan Erniarti Djohan. 1999. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Studi Kasus Di Kabupaten Jayawijaya, Irian Jaya / Djoko Hartono, Haning Romdiati; Erniarti Djohan - Jakarta: PPT-LIPI.

Hosmer, David W. dan Stanley Lemeshow. (1989). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). New York, USA: John Wiley & Sons.

Kishor, S. dan K. Neitzel. 1996. The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. DHS Comparatives Studies No. 21. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.

Kumar, Kaushlendra. 2009. Women's position within the household and maternal health care utilization in Uttar Pradesh, India. *International Institute for Population Sciences*. XXVI IUSSP International Population Conference 27 september-2 oktober 2009, Section 218, Morocco. Di-download dari <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91363>, pada tanggal 19 Nopember 2009, 5:47:12.

Monteith, R.S., C.w. Warren, E. Stanziolo, U.R. Lopez, and M.W. Oberle. 1987. "Use of Maternal and Child Health Service and Immunization Coverage in Panama an Guatemala." *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 21 (20: 1-15).

Mason K.O. 1986. The status of women: conceptual and methodological issues in demographic studies. *Sociological Forum*, 1(2): 284-300.

Mason K.O. 1995. Gender and Demographic Change: What do we Know? , ISBN 2-87108-052-14. *International Union for the Scientific Study of Population*. Liege.

- McCarthy, James dan Deborah Maine. (1992). A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, 23(1): 23-33.
- Mosley, W. Henry. 1990. Personal communication, December.
- Nachrowi, Nachrowi Djalal dan Hardius Usman. 2002. *Penggunaan Teknik Ekonometrika*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- New Zealand's International Aid and Development Agency (NZAID). 2007. Achieving Gender Equality and Women's Empowerment. Di-download dari <http://www.nzaid.govt.nz/library/docs/gender-doco.pdf>
- Omu, A.E. 1981. "Traditional midwives in Nigeria." *Lancet* 1: 620-621.
- ORC Macro. 2005. A Focus on Gender: Collected Papers on Gender Using DHS Data. Cleverton, Maryland. USA.
- Presser, H. and Sen, G. 2000. Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo. Oxford University Press. UK.
- Siregar, Sutji R. 2001. Situasi Kesehatan Anak Indonesia: Analisis data terakhir. *Warta Demografi*, Th-31, No. 4, 2001. Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.
- Sjofiatun, Najiroh. 2002. Pengaruh Karakteristik Wanita dan Rumah Tangga terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu di Indonesia (Analisis Data SDKI 1997). Universitas Indonesia. Jakarta.
- Woldemicael, Gebremarim. 2007. Do women with higher autonomy seek more maternal and child health care? : Evidence from Ethiopia and Eritrea. MPIDR WORKING PAPER WP 2007-035, Max Planck Institute for Demographic Research, Germany.

Woldemicael, Gebremariam dan Tengkorang, Eric Y., 2009. "Women's Autonomy and Maternal Health-Seeking Behaviour in Ethiopia". *Maternal Child Health Journal*. Springer, Published online: 31 Oktober 2009.

World Health Organization (WHO). 1985. *Prevention of Maternal Mortality: Report of a WHO Interregional Meeting*. Geneva, 11-15 November 1985. Geneva: WHO.

United Nations Development Programme(UNDP)

Why gender matters to the Millennium Development Goals. Website UNDP dengan alamat <http://www.undp.org/women/mdgs/why.shtml> pada tanggal 31 Januari 2010.

United Nations Development Programme(UNDP), 2009. Human Development Report 2009 "Overcoming barriers: Human mobility and development". New York, USA.

United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), 1994.

Ringkasan Program Aksi: Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan. ICPD'94. United Nations Population Fund.

Lampiran 1.

Print out Hasil Pengolahan Model Regresi Logostik Biner- Pemanfaatan Pelayanan Ibu

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	14603	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	14603	100,0
Unselected Cases		0	,0
	Total	14603	100,0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Rendah	0
Tinggi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
Interaksi Peran Ibu dalam pengambilan keputusan RT dan pendidikan ibu	Tinggi, SMP keatas	6700	1,000	,000	,000
	Tinggi, SD kebawah	5621	,000	1,000	,000
	Rendah, SMP keatas	1026	,000	,000	1,000
	Rendah,SD kebawah	1256	,000	,000	,000
Status bekerja ibu dan pengaruh thdp penghasilan	bekerja, ada pengaruh thdp penghasilan	2668	1,000	,000	
	bekerja, tidak ada pengaruh thdp penghasilan	1830	,000	1,000	
	tidak bekerja / bekerja, tidak berpenghasilan	10105	,000	,000	
status ekonomi keluarga (indeks kekayaan)	kaya	2416	1,000	,000	
	menengah	5095	,000	1,000	
	miskin	7092	,000	,000	
umur ibu saat melahirkan anak terakhir	lebih dari 30 tahun	5687	1,000	,000	
	20-29 tahun	7835	,000	1,000	
	kurang dari 20 tahun	1081	,000	,000	
Diskusi KB dengan suami 1 thn lalu	Ya	10142	1,000		
	Tidak	4461	,000		
justifikasi pemukulan istri absolut berkata tidak(4 dr 5 pertanyaan)	Tinggi	10631	1,000		
	rendah	3972	,000		
Pembiayaan untuk berobat	bukan masalah besar	10129	1,000		
	Masalah besar	4474	,000		
Pendidikan Suami responden	Tamat SMP keatas	8383	1,000		
	tamat SD kebawah	6220	,000		
Angkutan ke tempat berobat	bukan masalah besar	11973	1,000		
	Masalah besar	2630	,000		
jarak ke tempat berobat	bukan masalah besar	11723	1,000		
	Masalah besar	2880	,000		
Daerah tempat tinggal	kota	5659	1,000		
	desa	8944	,000		
jumlah anak lahir hidup	kurang dari tiga anak	8693	1,000		
	tiga anak atau lebih	5910	,000		

Universitas Indonesia

Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed			Predicted		
			Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu		Percentage Correct
			Rendah	Tinggi	
Step 0	Pemanfaatan Kesehatan Ibu	Rendah	8038	0	100,0
		Tinggi	6565	0	,0
Overall Percentage					55,0

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	-,202	,017	148,075	1	,000	,817

Variables not in the Equation

Step 0	Variables	Score	df	Sig.
	kptsRT_dikibu	1395,472	3	,000
	kptsRT_dikibu(1)	1087,713	1	,000
	kptsRT_dikibu(2)	890,822	1	,000
	kptsRT_dikibu(3)	71,315	1	,000
	diskusiKB(1)	221,951	1	,000
	beat(1)	145,507	1	,000
	stbkrj	240,391	2	,000
	stbkrj(1)	169,652	1	,000
	stbkrj(2)	35,330	1	,000
	agelbu	79,331	2	,000
	agelbu(1)	2,391	1	,122
	agelbu(2)	9,971	1	,002
	chld(1)	391,659	1	,000
	dikSuami(1)	1134,692	1	,000
	idkaya	2044,375	2	,000
	idkaya(1)	1120,932	1	,000
	idkaya(2)	317,426	1	,000
	dt(1)	1054,269	1	,000
	jarak(1)	481,297	1	,000
	transp(1)	505,494	1	,000
	uobat(1)	540,668	1	,000
	Overall Statistics	2959,454	17	,000

Block 1: Method = Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3191,979	17	,000
	Block	3191,979	17	,000
	Model	3191,979	17	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	16903,244(a)	,196	,263

a Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table(a)

Observed	Predicted				
	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu		Percentage Correct		
	Rendah	Tinggi			
Step 1	Penggunaan Pelayanan Kesehatan Ibu	Rendah	6166	1872	76,7
		Tinggi	2499	4066	61,9
	Overall Percentage				70,1

a The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1(a)	kptsRT_diklbu			119,338	3	,000	
	kptsRT_diklbu(1)	,605	,077	61,231	1	,000	1,832
	kptsRT_diklbu(2)	,151	,075	4,031	1	,045	1,163
	kptsRT_diklbu(3)	,586	,099	34,964	1	,000	1,797
	diskusiKB(1)	,312	,042	56,406	1	,000	1,367
	beat(1)	,175	,043	16,849	1	,000	1,191
	stbekrj			45,262	2	,000	
	stbekrj(1)	,292	,049	34,846	1	,000	1,339
	stbekrj(2)	,244	,057	18,144	1	,000	1,276
	agelbu			86,809	2	,000	
	agelbu(1)	,737	,085	76,023	1	,000	2,089
	agelbu(2)	,402	,075	28,731	1	,000	1,495
	chld(1)	,680	,048	201,442	1	,000	1,973
	dikSuami(1)	,351	,045	61,872	1	,000	1,421
	idkaya			347,170	2	,000	
	idkaya(1)	1,184	,067	312,819	1	,000	3,268
	idkaya(2)	,626	,045	191,843	1	,000	1,870
	dtl(1)	,276	,044	39,380	1	,000	1,319
	jarak(1)	,111	,078	1,993	1	,158	1,117
	transp(1)	,200	,082	5,954	1	,015	1,221
	uobat(1)	,278	,047	34,828	1	,000	1,321
	Constant	-3,128	,119	691,432	1	,000	,044

a Variable(s) entered on step 1: kptsRT_diklbu, diskusiKB, beat, stbekrj, agelbu, chld, dikSuami, idkaya, dtl, jarak, transp, uobat.

Lampiran 2. *Print out* Hasil Pengolahan Model Regresi Logistik Multinomial-
Pemilihan Pelayanan Kesehatan Persalinan

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Pemilihan Pelayanan kesehatan Persalinan	Modern klinik	3435	23,5%
	Modern home	6941	47,5%
	Tradisional home	4227	28,9%
Peran Ibu dalam pengambilan keputusan RT dan pendidikan ibu	Tinggi, SMP keatas	6700	45,9%
	Tinggi, SD kebawah	5621	38,5%
	Rendah, SMP keatas Rendah,SD kebawah	1026 1256	7,0% 8,6%
Diskusi KB dengan suami 1 thn lalu	Ya	10142	69,5%
	Tidak	4461	30,5%
	Tinggi absolut berkata tidak(4 dr 5 pertanyaan)	10631	72,8%
Status bekerja ibu dan pengaruh thdp penghasilan	rendah	3972	27,2%
	bekerja, ada pengaruh thdp penghasilan	2668	18,3%
	bekerja, tidak ada pengaruh thdp penghasilan tidak bekerja & bekerja, tidak berpenghasilan	1830 10105	12,5% 69,2%
umur ibu saat melahirkan anak terakhir	lebih dari 30 tahun	5687	38,9%
	20-29 tahun	7835	53,7%
	kurang dari 20 tahun	1081	7,4%
jumlah anak lahir hidup	kurang dari tiga anak	8693	59,5%
	tiga anak atau lebih	5910	40,5%
	Pendidikan Suami responden	Tamat SMP keatas tamam SD kebawah	8383 6220
status ekonomi keluarga (indeks kekayaan)	kaya	2416	16,5%
	menengah	5095	34,9%
	miskin	7092	48,6%
Daerah tempat tinggal	kota	5659	38,8%
	desa	8944	61,2%
jarak ke tempat berobat	bukan masalah besar	11723	80,3%
	Masalah besar	2880	19,7%
Angkutan ke tempat berobat	bukan masalah besar	11973	82,0%
	Masalah besar	2630	18,0%
Pembiayaan untuk berobat	bukan masalah besar	10129	69,4%
	Masalah besar	4474	30,6%
komplikasi saat melahirkan	ada	7830	53,6%
	tidak	6773	46,4%
Pemeriksa kehamilan anak terakhir	modern	13373	91,6%
	lainnya	1230	8,4%
Valid		14603	100,0%
Missing		0	
Total		14603	
Subpopulation		5268(a)	

a The dependent variable has only one value observed in 3796 (72,1%) subpopulations.

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	19166,563			
Final	13611,840	5554,722	38	,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,316
Nagelkerke	,360
McFadden	,181

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	13611,840 ^a	,000	0	.
kptsRT_diklbu	13800,166	188,326	6	,000
diskusiKB	13620,456	8,616	2	,013
beat	13648,364	36,524	2	,000
stbekrj	13634,492	22,651	4	,000
agelbu	13726,833	114,992	4	,000
chld	13723,905	112,065	2	,000
dikSuami	13699,342	87,502	2	,000
idkaya	14032,690	420,850	4	,000
dtl	13808,806	196,966	2	,000
jarak	13619,444	7,604	2	,022
transp	13616,889	5,048	2	,080
uobat	13632,955	21,114	2	,000
komplhr	13665,784	53,944	2	,000
ANTE	14209,917	598,077	2	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

- a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.