

AKSESIBILITAS KESEHATAN MATERNAL DI KABUPATEN TANGERANG, 2006

Tris Eryando

Departemen Kependudukan dan Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

E-mail: triseryando@yahoo.com

Abstrak

Persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor penting untuk mengurangi angka kematian maternal atau ibu. Persalinan yang didampingi tenaga kesehatan terampil di Indonesia masih rendah, yaitu hanya 52,4% dari ibu hamil (bumil) yang mendapatkan pelayanan kesehatan secara lengkap. Penelitian ini mencoba mencari gambaran faktor aksesibilitas yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal. Penelitian ini menggunakan desain penelitian potong lintang, dari survey “Kinerja Pelayanan Kesehatan berdasarkan Indikator Kabupaten Tangerang Sehat 2010”, Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang-Banten tahun 2006. Pemeriksaan kehamilan (Ante Natal Care/ANC) pada kunjungan satu kali 97,6%, dengan 85,7% memeriksakan kehamilannya ke bidan. Kunjungan pertama (K1) yang benar/murni sebesar 73,3%, dan kunjungan minimal 4 kali dan lengkap (K4) sebanyak 52,5%. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 80,3%. Pemilihan tempat bersalin di pelayanan kesehatan sebesar 70,7%. Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal lengkap (utilisasi) adalah pemanfaatan pelayanan K4, dan melahirkan dengan didampingi petugas kesehatan yang terlatih, jika didistribusikan terhadap akses ekonomi, dapat diterangkan oleh variabel kemampuan membayar (ATP), sedangkan akses sosial diwakili oleh pengetahuan risiko kehamilan, risiko melahirkan, ANC dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Faktor aksesibilitas fisik tidak ada yang dapat menerangkan terjadinya perbedaan proporsi utiliasi tersebut. Uji multilevel, membuktikan ada perbedaan random intercept dari level 1 ke level 2, dengan median odds ratio (MOR)= 2,13, berarti ada perbedaan median OR variabel independen pada level 1, terhadap level 2, di tingkat kecamatan. Perbedaan dapat dijelaskan dengan faktor suplay, yaitu rasio bidan per 10.000 penduduk, meskipun nilai IOR (0,24-4,16), melalui 1, yang berarti efek variasi kecamatan relatif lebih besar dari variabel kontekstual.

Abstract

Maternal Health Accessibility in Tangerang District Banten, 2006. Indonesia has developed many programs to reduce maternal death, which is beliefs related to access to maternal care, but still only limited pregnant women have access to health facility. This research tried to show which variables that contribute the decision to utilize the maternal health care. Using secondary data from survey “Kinerja Pelayanan Kesehatan berdasarkan Indikator Kabupaten Tangerang Sehat 2010”, conducted in 2006, by the Health District Office, Kabupaten Tangerang-Banten.. Maternal health utilization was consisted of complete antenatal care (ANC) examination, and delivery attended by professional birth attendance. In term of the ante natal care (ANC), 97.6% of the respondents had at least one time ANC to the health personnel, and 85.7% to the midwife. Complete ANC and at least 4 times meet medical personnel (K4) was 52.5%. Delivery by professional health attendance was around 80.3%, and 70.7% of the delivery were obtained in the health facility. Maternal health utilization is explained by variables ATP (ability to pay) from economic accessibility, and from the social accessibility by knowledge of ANC, knowledge of risk from the pregnancy, risk of giving birth and the involvement in decision making process to choose service delivery, but there was no physical accessibility could explained the utilization difference. Multilevel analysis proved that there was a random intercept from level I to level II, with MOR=2.13. It means there was a difference in median of OR in the level I to level II. The difference can be explained by the supply factor, which is measured by midwife ratio to 10.000 population, with IOR (0.24 – 4.16). Since the variation of IOR exceeded 1, it means the variation among the sub-district is relatively bigger than the contextual variable (midwife ratio). Still this research could explain that midwives were playing the very important role in maternal health accessibility in district level.

Keywords: utilization in maternal health services, physical, economy and social accessibility

1. Pendahuluan

Sehat adalah bagian dari hak asasi manusia, dan menjadi sehat adalah keinginan setiap individu yang merupakan investasi agar dapat hidup secara produktif¹. Mendapatkan atau menjaga kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan mengakses ke pelayanan kesehatan. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi dan lingkungan, selain sistem pelayanan kesehatannya². Terkait dengan hak masyarakat dan kewajiban penyelenggara negara terhadap hak sehat, *the Thirtieth World Health Assembly*, pada tahun 1977, mencanangkan "Health for All by The Year 2000"³.

The Millenium Development Goal for Health (MDG) merumuskan 8 tujuan utama komitmen bersama di bidang kesehatan, dan salah satu diantaranya adalah komitmen dalam menurunkan angka kematian ibu⁴. Salah satu indikator yang digunakan adalah penolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Sudah banyak kebijakan yang dibuat untuk menurunkan kematian maternal⁵, namun pada tahun 1999-2000 di 49 negara sedang berkembang, termasuk Indonesia, hanya 56.3% ibu yang memiliki akses ke pelayanan kesehatan maternal, hanya 43.9% bumil yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih⁴. Indonesia merupakan negara ketiga terendah, yaitu hanya sebesar 52.4% ibu yang memiliki akses ke pelayanan kesehatan maternal⁴.

Akses ke fasilitas untuk pemeriksaan kehamilan di Indonesia sudah cukup tinggi, yaitu sebesar 91,5%, namun pemeriksaan dengan kategori kunjungan *ante natal care* (ANC) dengan kunjungan minimal 4 kali lengkap (K4) sebesar 63,7%. Angka tersebut bervariasi menurut tingkat pendidikan, usia dan tempat tinggal⁶. Kesenjangan ini menunjukkan kurang maksimalnya pemanfaatan pelayanan kesehatan⁷, selain rendahnya rujukan yang dilaksanakan dengan benar⁸, serta rendahnya pengetahuan tentang risiko kehamilan dan melahirkan⁹.

Kajian tentang aksesibilitas pelayanan kesehatan, perlu dilakukan pada tingkat kabupaten/kota, agar dapat memberikan gambaran yang operasional untuk dapat ditindaklanjuti. Pada kajian ini daerah yang dijadikan tempat penelitian adalah Kabupaten Tangerang-Banten. Meskipun kondisi Kabupaten Tangerang secara spesifik tidak dapat mewakili, namun metode analisis aksesibilitas pelayanan kesehatan maternal ini dapat menjadi gambaran untuk kabupaten/kota lain di Indonesia. Pemanfaatan pelayanan maternal, dapat menjadi cerminan akses ke pelayanan kesehatan per-satuan wilayah secara standar, karena tuntutan atau kebutuhan pelayanannya adalah bersifat universal. Pelayanan kesehatan maternal adalah pemeriksaan kehamilan lengkap, pertolongan persalinan yang komprehensif, yang tertuang dalam target "Making Pregnancy Safer/MPS"⁵.

Kabupaten Tangerang sejak tahun 2002 masuk dalam administrasi Propinsi Banten. Kabupaten Tangerang mempunyai kondisi geografi datar, luas wilayahnya sebesar 1.110 km², terdiri atas 26 kecamatan dan 328 desa. Jumlah penduduk dari data terakhir berjumlah 3.317.331 jiwa, dengan kepadatan sekitar 2.886 jiwa per km². Persebaran penduduk tidak merata, dengan kepadatan tertinggi di Kecamatan Pamulang, Pondok Aren dan Ciputat, wilayah yang berbatasan langsung dengan propinsi DKI Jakarta¹⁰.

Tujuan penelitian ini untuk memperlihatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, yang dihitung dari utilisasi kesehatan maternal berdasarkan aksesibilitas fisik, ekonomi dan sosial.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan disain penelitian potong lintang (*cross sectional*) dengan memanfaatkan data sekunder, dari survey "Kinerja Pelayanan Kesehatan berdasarkan Indikator Kabupaten Tangerang Sehat 2010", yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang-Banten tahun 2006.

Subyek penelitian adalah ibu yang memiliki bayi (anak usia 0-11 bulan), yang berdomisili di wilayah Kabupaten Tangerang-Banten pada saat penelitian. Metode pengumpulan data dengan PPS (*probability proporsionate to size*) dengan perhitungan *design effect=2*¹¹. Setiap kecamatan diwakili oleh 30 kelompok sub-wilayah penelitian (klaster) yang dipilih secara acak. Setiap klaster diwawancara 2 ibu yang memiliki bayi.

Menggunakan Estimasi proporsi ibu melahirkan di tempat pelayanan kesehatan, sebanyak 39,7%⁶, selang kepercayaan 95%, presisi 5%⁷, besar sampel yang diperlukan sekitar 368 responden, dan data survey 1.586 responden ibu yang memiliki bayi. Pengumpulan data menggunakan PPS dua tahap, maka dilakukan pembobotan, dengan rumus; $W_{ij} = N_i/n_j$, dimana; W adalah nilai bobot per-satuan wilayah; N_j adalah populasi target per-wilayah; dan n_j adalah jumlah sampel dalam wilayah. Perhitungan bobot menggunakan jumlah wanita usia subur (WUS), yaitu perempuan usia 15-49 tahun.

Variabel dependen utama adalah utilisasi pelayanan kesehatan maternal yang dibangun dari variabel ANC K4 dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan. Analisis menggunakan regresi logistik multilevel, level I adalah individu di dalam kabupaten, dan level II adalah individu pada kelompok kecamatan, dengan variabel kontekstual rasio bidan per 10.000 penduduk per-kecamatan.

3. Hasil dan Pembahasan

Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, telah dijadikan salah satu indikator penting dalam kesehatan reproduksi, serta program "Making Pregnancy Safer"⁵, dan indikator Indonesia Sehat¹². Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, merupakan fungsi dari akses ke pelayanan kesehatan. Aksesibilitas tersebut dilihat dari sisi pelaksana pelayanan dan pengguna¹³. Sisi pengguna dipengaruhi; a) faktor pemungkin (*enabling*), yaitu usia, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, besar keluarga, keberadaan pelayanan; b) faktor pendukung (*predisposing*), yaitu; sikap dan pengetahuan, kemampuan untuk mencapai (membayar); dan c) faktor kebutuhan (*need*) akan pelayanan^{14,15}. Aksesibilitas dari sisi pelayanan kesehatan dilihat dari fungsi jarak ke pengguna pelayanan, waktu tempuh, kesesuaian dengan kebutuhan, faktor lingkungan secara fisik dan politik wilayah¹⁶. Pengertian tersebut secara garis besar mengelompokkan faktor aksesibilitas ke dalam; a) aksesibilitas fisik; b) aksesibilitas ekonomi; dan c) aksesibilitas sosial, baik dari sisi pengguna maupun pelaksana pelayanan.

Utilisasi Pelayanan Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di Kabupaten Tangerang-Banten pada saat penelitian, yaitu pada tahun 2006, memperlihatkan pola yang dinamis, antara ANC minimal satu kali kunjungan (K1), ANC K4, persalinan oleh tenaga kesehatan dan tempat melahirkan (Tabel 1).

Akses ke pemeriksaan kehamilan (ANC K1) sudah cukup baik, yaitu 97,6%, dan sesuai harapan dalam indikator Indonesia Sehat¹⁷. Namun kedatangan ibu hamil ke pelayanan kesehatan masih terlambat, kebanyakan melakukan ANC pada trimester II (usia kehamilan 4-6 bulan), dan bahkan trimester III (usia kehamilan di atas 6 bulan). Pemeriksaan kehamilan yang lengkap⁵, menunjukkan penurunan dari K1. Pemeriksaan kehamilan (ANC) terbanyak dilaksanakan oleh bidan, yaitu sebesar 85,7%.

Akses ke pemeriksaan kehamilan (ANC K1) sudah cukup baik, yaitu 97,6%, dan sesuai harapan dalam indikator Indonesia Sehat¹⁷. Namun kedatangan ibu hamil ke pelayanan kesehatan masih terlambat, kebanyakan melakukan ANC pada trimester II (usia kehamilan 4-6 bulan), dan bahkan trimester III (usia kehamilan di atas 6 bulan). Pemeriksaan kehamilan yang lengkap⁵, menunjukkan penurunan dari K1. Pemeriksaan kehamilan (ANC) terbanyak dilaksanakan oleh bidan, yaitu sebesar 85,7%.

Penolong persalinan dikelompokkan dalam 2 kelompok, yaitu kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan

Tabel 1. Prosentasi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal Kabupaten Tangerang Tahun 2006

Variabel	%
K1 (n = 1.586)	
– Akses	97,61
– Murni	73,32
K4 (n = 1.438)	52,52
Pemeriksa ANC (n=1.522)	
– Dokter	11,85

- Bidan	85,70
- Lainnya	2,45
Penolong Persalinan (n = 1.569)	
- Tenaga Kesehatan	80,30
- Non-Kesehatan	19,70
Tempat Melahirkan (n = 1.551)	
- Fasilitas Kesehatan	70,70
- Rumah	29,30
Utilisasi (ANC K4 & Persalinan dengan Tenaga Kesehatan)	42,20

bukan kesehatan. Secara umum kebanyakan persalinan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, yaitu sebesar 80,3%. Secara statistik terdapat perbedaan bermakna distribusi proporsi pemilihan pertolongan persalinan, di antara 4 kuadran di Kabupaten Tangerang. Pada Tabel 1 juga memperlihatkan terdapat perbedaan bermakna antara 4 kuadran di Kabupaten Tangerang dalam memilih tempat persalinan. Tempat melahirkan menyebar mulai dari Rumah Sakit atau Rumah Bersalin, praktek dokter swasta, praktek bidan swasta, Puskesmas, Polindes, Rumah dukun, serta di rumah sendiri.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang optimum atau utilisasi optimum ternyata masih sangat rendah, yaitu hanya sebesar 42,2%. Proporsi ini juga secara konsisten berbeda untuk setiap kuadran. Artinya pada wilayah yang mempunyai kondisi ekonomi dan IPM yang baik, yaitu kuadran-IV, cenderung lebih baik dari pada kuadran lainnya.

Kejadian *Drop out* masih tinggi (17%-55%), terbesar adalah antara ANC K1 akses dengan utilisasi optimum, yaitu sebesar 55,41%. *Drop out* tersebut menunjukkan inkonsistensi dalam pengelolaan pelayanan kesehatan maternal, sehingga hilangnya kesempatan untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan dan keamanan dalam kehamilan dan persalinannya, seperti *Making Pregnancy Safer*⁵. ANC pertama sebaiknya digunakan untuk memberikan informasi pentingnya ANC, risiko kehamilan dan persalinan, serta agar melahirkan dengan didampingi tenaga kesehatan terlatih, karena pengetahuan ibu masih sangat rendah tentang risiko kehamilan dan melahirkan¹⁹.

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Maternal di Kabupaten Tangerang

Aksesibilitas Fisik. Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka^{16,20}.

Secara bivariat aksesibilitas fisik secara dapat menjelaskan ANC K1, persalinan oleh tenaga kesehatan, serta pemilihan tempat persalinan. Variabel akses fisik tersebut adalah persepsi jarak dan waktu tempuh. Hal ini menjelaskan bahwa jarak fisik dapat menjadi alasan untuk mendapatkan tempat pertolongan persalinan (Tabel 2 dan 3).

Tabel 2. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Fisik, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Fisik	ANC K4				ANC K1			
	%	p	OR	95%CI	%	p	OR	95%CI
1. Persepsi jarak ke fasilitas kesehatan								
Dekat	50.7	0.65	1.1	0.61 - 2.22	98.6	0.001	3.94	1.70 - 9.13
Sedang	43.4	0.66	0.8	0.52 - 1.52	97.5	0.031	2.47	1.09 - 5.61
Jauh	47.0				94.7			
2. Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan								
<= 15 menit	50.1	0.36	1.3	0.71 - 2.51	99.2	0.026	4.98	1.22 - 20.4

>6-15 menit	50.8	0.22	1.4	0.79 - 2.67	97.2	0.204	1.42	0.83 - 2.42
>15 menit	37.0				96.4			
3. Sarana transportasi ke fasilitas kesehatan								
Ojek/motor	45.8	0.59	0.8	0.53 - 1.44	97.2		NA	
Angkot/bus	52.5	0.54	1.2	0.62 - 2.43	96.6			
Mobil pribadi	44.4	0.51	0.6	0.21 - 2.17	100.			
Jalan kaki	49.2				98.2			

Tabel 3. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Fisik, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Fisik	Bersalin di Pelayanan Kesehatan				Bersalin dengan Tenaga Kesehatan			
	%	p	OR	95%CI	%	p	OR	95%CI
1. Persepsi jarak ke fasilitas kesehatan								
Dekat	76.9	0.000	2.33	1.90 - 2.87	84.5	0.000	2.05	1.49 - 2.82
Sedang	67.9	0.381	1.18	0.81 - 1.72	79.1	0.243	1.30	0.84 - 2.00
Jauh	52.2				70.0			
2. Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan								
<= 15 menit	75.5	0.011	2.02	1.18 - 3.46	84.6	0.052	1.88	0.99 - 3.56
>6-15 menit	71.8	0.044	1.83	1.02 - 3.30	80.5	0.116	1.58	0.89 - 2.78
>15 menit	62.2				74.2			
3. Sarana transportasi ke fasilitas kesehatan								
Ojek/motor	64.6	0.013	0.65	0.47 - 0.92	75.8		NA	
Angkot/bus	77.6	0.483	0.81	0.46 - 1.45	83.2			
Mobil pribadi	96.3	0.012	3.81	1.34 - 10.8	100.0			
Jalan kaki	73.6				82.9			

Aksesibilitas Ekonomi. Akses ekonomi dapat dilihat dari sisi pelayanan serta sisi pengguna. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan, yang terkait dengan *demand* ke pelayanan kesehatan²¹. Akses ekonomi salah satunya didekati dengan kemampuan membayar, dengan menghitung "Ability to Pay (ATP)". Pada penelitian ini ATP dimodifikasi menjadi 2 jenis perhitungan, yaitu; 1) kemampuan membayar (ATP) yang dihitung dari 5% dari pengeluaran non-makanan, dan 2) kemampuan membayar yang disetarakan dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi non-esensial, seperti alkohol, tembakau dan sirih, pengeluaran untuk pesta dan upacara²².

Aksesibilitas ekonomi dapat menjelaskan perbedaan proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, terutama oleh ATP1. Berarti pada lokasi yang mempunyai kemampuan ekonomi yang rendah, seperti kecamatan yang masuk dalam kuadran I dan kuadran II²³, memerlukan penanganan khusus untuk memberikan kesempatan yang sama untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Aksesibilitas Sosial. Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan^{14,15}. Aksesibilitas sosial dikelompokkan kedalam kelompok pemungkin (*enabling*), yaitu; jenis pekerjaan, dan pendidikan, serta faktor pendukung (predisposisi) yang terkait dengan sikap dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan¹⁵. Selain itu, Departemen Kesehatan dalam strategi "Indonesia Sehat 2010", memasukkan pemberdayaan perempuan dan keluarga¹², yang salah satu manifestasinya adalah keterlibatan dalam pengambilan keputusan untuk mendapatkan pelayanan maternal yang adekuat.

Aksesibilitas sosial yang masuk ke dalam model regresi logistik multilevel pada level I adalah pengetahuan ANC, dan pengetahuan tentang risiko melahirkan, serta pengambilan keputusan yang melibatkan responden. Berarti pengetahuan

tentang ANC, risiko kehamilan dan melahirkan, serta terlibat dalam pengambilan keputusan, berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, baik ANC, penolong persalinan dan tempat melahirkan yang baik.

Tabel 4. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Ekonomi, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Ekonomi	ANC K4				ANC K1			
	%	p	OR	95%CI	%	P	OR	95%CI
1. ATP1								
>=median	53.8	0.137	1.58	0.86 - 2.87	99.5	0.002	4.76	1.76 - 12.89
<median	41.3				95.8			
2. ATP2								
>=median	52.1	0.001	1.44	1.16 - 1.78	98.7	0.001	2.82	1.50 - 5.29
<median	43.8				96.7			
Total	47.5				97.6			

Tabel 5. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Ekonomi, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Ekonomi	Bersalin di Pelayanan Kesehatan				Bersalin dengan Tenaga Kesehatan			
	%	p	OR	95%CI	%	p	OR	95%CI
1. ATP1								
>=median	84.2	0.000	2.80	1.65 - 4.78	92.6	0.000	4.28	2.29 - 7.99
<median	57.9				68.1			
2. ATP2								
>=median	69.6	0.4157	0.87	0.63 - 1.21	79.7	0.647	0.91	0.61 - 1.35
<median	71.6				80.7			
Total	70.7				80.3			

Tabel 6. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Sosial, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Sosial	ANC K4				ANC K1			
	%	p	OR	95%CI	%	p	OR	95%CI
1. Pengetahuan tanda bahaya kehamilan								
Baik	56.5	0.014	2.27	1.18 - 2.36	98.8	0.227	2.29	0.60 - 8.78
Sedang	46.6	0.111	1.52	0.91 - 2.53	97.1	0.083	1.85	0.92 - 3.72
Rendah	35.0				96.2			
2. Pengetahuan tanda bahaya persalinan								
Baik	61.5	0.031	3.01	1.10 - 8.23	98.7	0.462	1.82	0.37 - 8.90
Sedang	54.5	0.020	2.20	1.13 - 4.29	97.4	0.770	1.15	0.44 - 3.00
Rendah	32.3				97.3			

3. Pengetahuan ANC								
Baik	52.0	0.00	3.3	1.94 - 5.79	99.2	0.000	11.36	6.93 - 18.6
Kurang	23.9	0	5		89.4			
4. Tingkat pendidikan								
>=SLTP	49.6	0.74	1.0	0.68 - 1.72	99.3	0.000	5.60	2.34 - 13.4
<SLTP	44.8	8	8		95.4			
5. Pengambil Keputusan								
Sendiri	48.7	0.14	1.3	0.89 - 2.17	97.5	0.974	1.01	0.44 - 2.31
Orang lain	44.4	2	9		97.8			
Total	47.5				97.6			

Tabel 7. Pemanfaatan Pelayanan dengan Akses Sosial, Kabupaten Tangerang, 2006

Aksesibilitas Sosial	Bersalin di Pelayanan Kesehatan				Bersalin dengan Tenaga Kesehatan			
	%	P	OR	95%CI	%	p	OR	95%CI
1 Pengetahuan tanda bahaya kehamilan								
Baik	78.4	0.01	1.96	1.15 - 3.34	86.3	0.06	1.8	0.97 - 3.63
Sedang	68.5	0.00	2.08	1.39 - 3.12	78.8	0.00	1.8	1.18 - 2.75
Rendah	61.7	0			73.2	7	0	
2 Pengetahuan tanda bahaya persalinan								
Baik	78.5	0.30	1.53	0.68 - 3.43	89.3	0.02	2.8	1.12 - 7.48
Sedang	74.2	0.06	1.82	0.96 - 3.44	82.6	0.00	1.9	1.24 - 3.17
Rendah	62.7	8			72.9	4	9	
3 Pengetahuan ANC								
Baik	75.5	0.00	2.96	2.00 - 4.39	84.9	0.00	3.4	2.44 - 4.89
Kurang	46.2	0			56.1	0	6	
4 Tingkat pendidikan								
>=SLTP	86.4	0.00	5.09	3.45 - 7.51	92.9	0.00	5.1	3.39 - 7.90
<SLTP	50.7	0			63.9	0	8	
5 Status bekerja								
Bekerja	78.6	0.00	1.59	1.14 - 2.22	92.5	0.00	3.3	2.08 - 5.48
Tidak	69.4	7			78.1	0	7	
6 Pengambil Keputusan								
Sendiri	73.7	0.00	2.66	1.48 - 4.81	82.3	0.00	2.2	1.38 - 3.68
Orang lain	63.1	1			75.1	1	5	
Total	70.7				80.3			

Tabel 8. Variabel yang Masuk dalam Model Regresi Logistik Multilevel Level II

Utilisasi	B	SE	P	OR	95%CI
Intersep	-0,4203	0,2716	0,122		
Pengetahuan Risiko Bersalin					
Sedang	0,8334	0,3356	0,013	2,30	1,19 – 4,44
Baik	1,1396	0,4608	0,013	3,13	1,27 – 7,71
Pengetahuan ANC					
Baik	1,0448	0,2661	0,000	2,84	1,68 – 4,78
Pengambilan Keputusan					
Tinggi	0,4673	0,2575	0,070	1,59	0,96 – 2,64
Model Level II					
Intesep	0,7921	0,1412	0,000		
Rasio Bidan	-0,00808	0,0037	0,033		0,24 – 4,16 (IOR)
MOR = 2,13					

Utilisasi Optimal

Analisis Multilevel untuk utilisasi optimal, diterangkan oleh Akses ekonomi (ATP1), akses sosial, yaitu pengetahuan ANC, pengetahuan risiko melahirkan, pengambilan keputusan. Akses fisik tidak dapat menjelaskan secara statistik. Model statistik regresi logistik multilevel dengan memasukkan variasi kecamatan untuk level II adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Logit (Utilisasi)} = & -2,79 + 0,79 \text{ Peng. Risiko Bersalin (sedang)} & + 1,08 \text{ Peng. Risiko Bersalin (baik)} \\ & + 1,002 \text{ Peng. ANC (tahu)} \\ & + 0,434 \text{ Pengambilan Kept. (terlibat)} \\ & + 0,444 \text{ ATP1 (tinggi)} \\ & + e \end{aligned}$$

*)Keterangan: Peng = Pengetahuan
Kept = Keputusan

Analisis multilevel pada level II, yaitu kecamatan, hanya ditemui random intersep, dengan besar MOR (median OR) = 2,13.

Variabel kontekstual yang masuk ke dalam level II adalah rasio bidan per 10.000 penduduk, dengan nilai IOR dengan interval antara 0,24 – 4,16, artinya ada perbedaan interval *odds ratio* (OR) antara ibu yang terpajan faktor suplay yang lebih baik, dibandingkan dengan ibu yang terpajan dengan faktor suplay yang kurang baik, untuk melakukan utilisasi ke pelayanan kesehatan maternal. Namun jika ternyata nilai IOR mencakup nilai 1, berarti efek variasi antar kecamatan relatif lebih besar dibandingkan dengan efek dari rasio bidan (variabel kontekstual).

4. Kesimpulan dan Saran

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di kabupaten Tangerang, memperlihatkan bahwa;

- Pemanfaatan pelayanan untuk pemeriksaan kehamilan (ANC K1), sudah mencapai 97,6%. Proporsi yang melaksanakan ANC K4 sebanyak 52,5%, persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 80,3%, dan 70,7% dari responden melahirkan di fasilitas kesehatan. Indikator utilisasi, yaitu ANC K4 dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih sebesar 42,2%, sehingga masih perlu upaya agar ibu hamil dan melahirkan dapat melakukan pemanfaatan pelayanan secara optimal, dan melahirkan dibantu oleh tenaga persalinan terlatih. Tingkat *drop out* dari ANC K1 ke ANC K4 dan utilisasi pelayanan kesehatan maternal masih tinggi.
- Aksesibilitas fisik dari sisi responden tidak dapat menerangkan secara bermakna kaitannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal di Kabupaten Tangerang.

- c. Akses ekonomi yang dapat menjelaskan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal adalah kemampuan membayar dengan indikator ATP.
- d. Aksesibilitas sosial yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan adalah pengetahuan responden tentang ANC, bahaya kehamilan dan melahirkan. Khusus untuk pemilihan penolong persalinan dan tempat untuk melahirkan, variabel yang masuk ke dalam model adalah variabel pendidikan dan variabel pengambilan keputusan.
- e. Uji multilevel memperlihatkan tidak terdapat perbedaan koefisien random, namun terdapat perbedaan intersep random, dengan besar *median odds ratio* (MOR) = 2,13, artinya ada perbedaan nilai median seluruh OR pada variabel independen pada level I terhadap level II.

Saran yang diajukan adalah wilayah dengan tingkat *drop out* tinggi, perlu dilakukan penguatan peran bidan di lapangan. Akses ekonomi penting, oleh karena itu harus memperhatikan wilayah yang secara financial kurang baik untuk diintervensi. Bidan berperan penting, karena itu intervensi intervensi melalui bidan sangat dianjurkan.

Daftar Acuan

1. Gani, A., 2004, *Studi Analisis Standar Pelayanan Kesehatan Puskesmas Kabupaten Tangerang*, Bapeda Kabupaten Tangerang dan PKEKK-FKMUI.
2. Joseph, A.E. & D.R. Phillips, 1984, *Accessibility and Utilization, Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, Harper & Row, Publishers New York.
3. WHO, 1981, *Global Strategy for Health for All by The Year 2000*, WHO Geneva
4. WHO, 2002, *The Millenium Development Goals for Health: A Riview of The Indicator*, WHO Indonesia.
5. Depkes RI, 2001a, *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*, Jakarta.
6. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2002/2003.
7. Dpkes RI, 2001c, *Laporan SKRT 2001: Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*, Badan Penelitian dan Pengembangan-Depkes RI, Jakarta.
8. Depkes RI, 1999b, *Maternal Morbidity and Mortality Study, CHN-III/ House Hold Survey 1995*, (eds, S Soemantri, Iwan Ariawan, Sabarinah Prasetyo).
9. WHO, 2005, Improve Access to Maternal Health Services, *World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998*, dari: <http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998>> (27 Juni 2005).
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang, 2006, *Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang, 2005*, Tangerang-Banten.
11. Ariawan, I., 1998, *Aplikasi Survey Cepat* (ed.), FKMUI, Depok.
12. Depkes RI & WHO, 2003, *Need Assessment for Obstetric and Neonatal Emergency Care Provision in Serang District*, Jakarta.
13. Carino, L.V. & J.F.X Paiva (eds), 1983, *Increasing Social Access to Basic Services*, United Nations, UNICEF-APDC, Kuala Lumpur.
14. Notoatmodjo, S., 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Penerbit Andi Offset, Yogyakarta.
15. Aday, L.A., R. Andersen, G.V. Fleming, 1980, *Health Care in The US Equitable for Whom*, Sage Publication, Beverly Hills, London
16. Phillips, D.R., 1990, *Health and Health Care in the Third World*, Longman Scientific & Technical, John Wiley & Sons, Inc., New York.
17. Depkes RI, 2003, *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003*, Jakarta.
18. Bapeda Kabupaten Tangerang, 2002, *Rencana Induk Pembangunan Bidang Kesehatan, Penanggulangan Masalah Sosial Kabupaten Tangerang, Tahun 2002-2012*, Tangerang-Banten.
19. Depkes RI, 2000, *KIE Safe Motherhood Partnership Family Approach, Bagi Bidan di Desa*, Modul-Pelatihan Pelatih, Dit Promosi Kesehatan-DitJen. Kesmas-Depkes RI, Jakarta.
20. Ricketts, T.C., L.A. Savitz, W.M. Gesler, D.N. Osborne, eds., 1984. *Geographic Methods for Health Services Research*, Department of Geography, University of North Carolina, London.
21. Ensor, T. & S. Cooper, 2004, *Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Washington, DC 20433.
22. Gani A., 1997, *Ability to Pay dan Willingness to Pay*, Makalah Presentasi Ilmiah, FKMUI, Depok, (unpublished)
23. Bapeda Kabupaten Tangerang & PKEKK-FKMUI, 2004, *Studi Analisis Standar Pelayanan Kesehatan Puskesmas, Kabupaten Tangerang*, Tangerang-Banten.

