

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

Definisi persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin,2001). Sedangkan menurut APN (2004) persalinan adalah proses alamiah dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu.

Memasuki masa persalinan merupakan suatu periode yang kritis bagi para ibu hamil karena segala kemungkinan dapat terjadi sebelum berakhir dengan selamat atau dengan kematian. Sejumlah faktor memandirikan peranan dalam proses ini, mulai dari ada tidaknya faktor resiko kesehatan ibu, pemilihan penolong persalinan, keterjangkauan dan ketersediaan pelayanan kesehatan, kemampuan penolong persalinan sampai sikap keluarga dalam menghadapi keadaan gawat.

Di daerah pedesaan, kebanyakan ibu hamil masih mempercayai dukun beranak untuk menolong persalinan yang biasanya dilakukan di rumah. Data Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1992 menunjukkan bahwa 65% persalinan ditolong oleh dukun beranak. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengungkapkan bahwa masih terdapat praktek-praktek persalinan oleh dukun yang dapat membahayakan si ibu. Penelitian Iskandar, dkk (1996)

menunjukkan beberapa tindakan/praktek yang membawa resiko infeksi seperti "ngolesi" (membasahi vagina dengan minyak kelapa untuk memperlancar persalinan), "kodok" (memasukkan tangan ke dalam vagina dan uterus untuk mengeluarkan placenta) atau "nyanda" (setelah persalinan, ibu duduk dengan posisi bersandar dan kaki diluruskan ke depan selama berjam-jam yang dapat menyebabkan perdarahan dan pembengkakan).

Pemilihan dukun beranak sebagai penolong persalinan pada dasarnya disebabkan karena beberapa alasan antara lain dikenal secara dekat, biaya murah, mengerti dan dapat membantu dalam upacara adat yang berkaitan dengan kelahiran anak serta merawat ibu dan bayi sampai 40 hari. Disamping itu juga masih adanya keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan yang ada. Walaupun sudah banyak dukun beranak yang dilatih, namun praktek-praktek tradisional tertentu masih dilakukan.

Interaksi antara kondisi kesehatan ibu hamil dengan kemampuan penolong persalinan sangat menentukan hasil persalinan yaitu kematian atau bertahan hidup. Secara medis, penyebab klasik kematian ibu akibat melahirkan adalah perdarahan, infeksi dan eklamsia (keracunan kehamilan). Kondisi-kondisi tersebut bila tidak ditangani secara tepat dan profesional dapat berakibat fatal bagi ibu dalam proses persalinan. Namun, kefatalan ini sering terjadi tidak hanya karena penanganan yang kurang baik tetapi juga karena ada faktor keterlambatan pengambilan keputusan dalam keluarga.

Umumnya, terutama di daerah pedesaan, keputusan terhadap perawatan medis apa yang akan dipilih harus dengan persetujuan kerabat yang lebih tua; atau

keputusan berada di tangan suami yang seringkali menjadi panik melihat keadaan krisis yang terjadi.

Kepanikan dan ketidaktahuan akan gejala-gejala tertentu saat persalinan dapat menghambat tindakan yang seharusnya dilakukan dengan cepat. Tidak jarang pula nasehat-nasehat yang diberikan oleh teman atau tetangga mempengaruhi keputusan yang diambil. Keadaan ini seringkali pula diperberat oleh faktor geografis, dimana jarak rumah si ibu dengan tempat pelayanan kesehatan cukup jauh, tidak tersedianya transportasi, atau oleh faktor kendala ekonomi dimana ada anggapan bahwa membawa si ibu ke rumah sakit akan memakan biaya yang mahal. Selain dari faktor keterlambatan dalam pengambilan keputusan, faktor geografis dan kendala ekonomi, keterlambatan mencari pertolongan disebabkan juga oleh adanya suatu keyakinan dan sikap pasrah dari masyarakat bahwa segala sesuatu yang terjadi merupakan takdir yang tak dapat.

2.2 Tenaga Penolong Persalinan

Dalam Kesehatan Ibu dan Anak (Depkes,1997), tenaga penolong persalinan dibedakan dalam dua tipe, yaitu :

1. Tenaga profesional meliputi : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat kebidanan.

a. Dokter spesialis kebidanan, berperan dalam memberikan pelayanan kebidanan spesialistik, juga berperan sebagai pembina terhadap jaminan kualitas pelayanan dan tenaga pelatih, karena keahliannya dibidang kebidanan dan kandungan, mereka juga berperan sebagai tenaga advokasi kepada sektor terkait di daerahnya. (Depkes RI, 2002). Keberadaan dokter

spesialis sangat diharapkan, karena tanpa mereka rumah sakit sulit untuk dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal secara komprehensif (PONEK), sehingga perlu upaya pemerataan penempatannya di rumah sakit kabupaten/kota, juga diharapkan lebih berperan dalam pembinaan kualitas pelayanan dan tenaga advokasi. (Depkes RI,2002).

b. Jumlah dokter umum cukup banyak, rata rata setiap puskesmas mempunyai lebih dari satu dokter umum (Tidak merata). Dokter umum di puskesmas mempunyai peran dalam memberikan pelayanan kebidanan dan juga sebagai pembina peningkatan kualitas pelayanan (Depkes RI, 2002). Selain masalah penempatan dokter umum tidak merata, masalah lainnya adalah belum semua dokter umum di puskesmas mempunyai keterampilan untuk memberikan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal, sehingga puskesmas yang semula diharapkan dapat berfungsi sebagai fasilitas kesehatan yang mampu PONEK tidak tercapai (Depkes RI,2002).

c. Bidan dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 900 Tahun 2002, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku (Depkes,2002). Bidan merupakan tenaga andalan dalam upaya menurunkan AKI di Indonesia, untuk mempercepat penurunan AKI maka ditempatkan 54.120 bidan di desa, sehingga diharapkan semua desa mempunyai seorang bidan, untuk menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya secara baik, dalam menjalankan tugasnya, bidan diberikan kewenangan yang cukup

besar untuk memberikan pelayanan KIA, termasuk pertolongan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (Depkes RI, 2002). Dalam menjalankan tugasnya bidan di desa sering mendapatkan hambatan baik berupa hambatan teknis ataupun bukan teknis, yang diakibatkan kurangnya pengalaman dalam memberikan pelayanan KIA dan kurangnya kemampuan dalam memberikan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) terhadap dukun, untuk hambatan bukan dari sisi teknis adalah dikarenakan usia bidan desa yang relatif muda (19-21 tahun) yang secara psikologis belum matang yang terkadang dianggap kurang mampu oleh masyarakat. Selain itu citra bidan di desa dianggap komersial karena tarif bidan lebih tinggi dan datang ke rumah ibu bila di panggil, dengan cara pendekatan hanya sesaat. Ini merupakan kendala yang cukup besar terhadap pemanfaatan pertolongan oleh tenaga kesehatan. (Buletin Bidan 1995).

2. Tenaga bukan Profesional penolong persalinan tradisional

Menurut WHO (1992), tenaga penolong persalinan tradisional yang dikenal dengan dukun bayi, adalah seorang wanita yang membantu kelahiran, yang keterampilannya didapat secara turun-temurun dari ibu ke anak atau dari keluarga dekat lainnya, cara mendapatkan keterampilan melalui magang atau pengalaman sendiri saat melahirkan. (Bangsu 1995 : 16).

Oleh masyarakat dukun bayi dipercaya memiliki keterampilan secara turun-temurun dalam menolong persalinan. Dukun bayi memiliki kelebihan-kelebihan yang sering kali tidak dimiliki oleh bidan, misalnya mengerjakan rumah tangga seperti memasak, mencuci pakaian, memijat, mengurus ibu hamil dan bersalin,

sebagai warga setempat yang sudah “dianggap tokoh “ dukun bayi lebih komunikatif, berwibawa, telaten, sabar dan biayanya relatif murah. Dari segi pendekatan kemanusiaan (*human approach*), dukun bayi bersedia merawat ibu hamil sebelum melahirkan sampai dengan 35 hari setelah melahirkan (Buletin bidan edisi 23, 1995 : 6).

Keuntungan lain ditolong oleh dukun bayi yaitu pasien bersalin di rumahnya sendiri dalam suasana yang sudah di kenal dengan biaya yang sangat murah . Pada umumnya upah yang diberikan kepada dukun bayi tergantung pada kemampuan melahirkan, di kota upah itu dapat lebih tinggi daripada di desa, dimana kemampuan orang lebih rendah, maka dukun rela diberikan apa saja, kadang-kadang hanya untuk membeli kapur sirih, kalau pasiennya tidak mampu sama sekali, dan membutuhkan pertolongan, maka dukun rela memberikan kainnya sendiri. (Sapoerna,dkk, 1997).

Di Indonesia setiap daerah memiliki dukun bayi, persamaan antara masing-masing dukun bayi terletak pada anggapan bahwa menolong persalinan bukan merupakan profesi secara ekonomi, namun lebih merupakan kegiatan kemanusiaan. dukun selain memberikan perawatan sesudah persalinan kadang-kadang membantu pekerjaan rumah tangga selama ibu tersebut belum dapat melakukan tugasnya karena persalinan (Bangsu 1995 : 19).

Menurut penelitian Jakir, dkk (2006) di Sinjai sebagian besar responden yang memilih tenaga bukan kesehatan dalam menolong persalinannya mengakui bahwa dukun memiliki kelebihan dibandingkan tenaga medis lainnya dalam menangani persalinan antara lain siap diminta pertolongannya kapan saja

dibutuhkan, mudah dijangkau mengingat jumlah dukun yang tersebar di Kecamatan Sinjai Borong sebanyak 32 orang, biaya persalinan lebih murah, imbalan dapat diganti dengan barang, serta adanya hubungan yang akrab dan bersifat kekeluargaan dengan ibu-ibu yang ditolongnya. Di samping itu, dukun bayi bersedia membantu pelaksanaan upacara tradisional yang berkenaan dengan kehamilan dan persalinan yang masih dianut masyarakat.

2.3 Kematian Ibu

Kematian Ibu menurut *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Edition (ICD-X)*, adalah kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilan atau penanganan persalinan (WHO, et al, 2000).

Penyebab kematian ibu secara umum dibagi menjadi dua kelompok (Depkes RI, 2003), yaitu:

1. Penyebab langsung

Kematian yang terjadi akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh intervensi, kegagalan, penanganan yang tidak tepat atau rangkaian semua peristiwa tersebut.

2. Penyebab tidak langsung

Kematian yang terjadi oleh karena penyakit yang timbul sebelum atau selama kehamilan dan tidak disebabkan langsung oleh penyebab kebidanan, akan tetapi diperburuk oleh kehamilan yang fisiologis.

Seringnya terjadi kematian pada saat persalinan, lebih banyak disebabkan karena perdarahan, selain itu penyebab lain yang bisa menimbulkan kematian pada ibu hamil yaitu terjadinya empat terlalu (4T) yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering (dekat) dan terlalu banyak. Kondisi ini kemudian didukung oleh adanya tiga Terlamabat (3T) yaitu terlambat mengenali tanda-tanda, terlambat mencapai tempat pelayanan dan terlambat mendapat pertolongan.. Faktor tersebut (4T dan 3T) merupakan masalah social yang turut menentukan kesehatan dan keselamatan proses persalinan.

Untuk menekan angka kematian ibu saat persalinan perlu seorang penolong persalinan yang mampu mengenal dan menangani secara cepat dan tepat komplikasi persalinan. Pemerintah mengupayakan dengan memberikan penekanan semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Pencapaian ini tidak dapat terealisasi dengan baik karena sebagian besar masyarakat di beberapa daerah berpendapat bahwa kematian ibu saat persalinan bukanlah menjadi suatu masalah, karena kematian ibu pada saat persalinan merupakan takdir yang harus bisa diterima dengan ikhlas, bukan disebabkan karena penolong persalinan, sikap inilah yang menjadi suatu tantangan dalam menurunkan angka kematian ibu di Indonesia sehingga AKI masih tetap tinggi.

2.4. Program “*Making Pregnancy safer*” di Indonesia

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Indonesia dengan bantuan negara donor, pada Oktober Tahun 2000 Departemen Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) jangka panjang dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi baru lahir. Dalam Renstra ini difokuskan pada

kegiatan yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap untuk menjamin pelaksanaan intervensi dengan biaya yang efektif berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan sebutan "*Making Pregnancy Safer (MPS)*" yang pada dasarnya menekankan seluruh persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan.(Depkes RI.2005).

Making Pragnancy Safer (MPS) adalah strategi sektor kesehatan yang merupakan kelanjutan dari program "*Safe Motherhood*" dengan tiga pesan kuncinya yaitu, setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat dan setiap Wanita Usia Subur (WUS) mempunyai akses terhadap pencegahan akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran. Visi MPS adalah setiap perempuan di Indonesia dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman, dan bayi dilahirkan hidup dan sehat. Sedangkan misi adalah menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir melalui pemantapan sistem kesehatan untuk menjamin akses terhadap intervensi yang *cost-efektive* berdasarkan bukti ilmiah yang berkualitas, memberdayakan wanita, keluarga dan masyarakat dan mempromosikan kesehatan ibu dan bayi baru lahir sebagai suatu prioritas dalam pembangunan nasional.

Target dan dampak MPS adalah menurunkan angka kematian ibu menjadi 125 per kelahiran hidup, angka kematian neonatal menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup. Untuk mencapai target tersebut maka ditetapkan empat strategi utama meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehtan ibu dan bayi baru lahir berkualitas, membangun kemitraan yang efektif, mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku

sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2001).

2.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dan *provider*, yang dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, organisasi, faktor yang berkaitan dengan konsumen dan faktor yang berkaitan dengan *provider*, mencakup :

1. Faktor sosial budaya menentukan pada pemanfaatan pelayanan kesehatan, Penggunaan pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh budaya, etnik atau ras tertentu, dan *social network* yaitu dimana keluarga, sanak famili, teman ikut menentukan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan.
2. Faktor organisasi yang didalamnya terkait dengan Interaksi pengguna jasa dengan *provider* yang berkaitan dengan jumlah dan jenis sumber daya dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.
3. Lokasi fasilitas kesehatan dengan tempat tinggal konsumen berkaitan dengan jarak, waktu tempuh, biaya transportasi dan keterbatasan waktu yang berkaitan dengan akomodasi dan jam buka pelayanan kesehatan.
4. Faktor *social accessibility* berhubungan dengan karakteristik *non spasial* dan *non-temporal* suatu sumber daya yang dapat mendukung dan menghambat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh :

- a. Penerimaan pasien terhadap pelayanan kesehatan, yang dipengaruhi oleh faktor psikologi, sosial budaya dan sikap pasien terhadap pemberi pelayanan atau sebaliknya.
- b. Cara memberikan pelayanan yang berdampak terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan misalnya bentuk pelayanan.
- c. Faktor konsumennya sendiri, yaitu :
 5. Faktor sosial demografi meliputi umur, sex, ras dan suku bangsa (etnik), status perkawinan dan status sosial ekonomi yang meliputi pendidikan, pekerjaan dan penghasilan
 6. Faktor sosial psikologi yaitu persepsi seseorang terhadap sakit dan sikap perilaku terhadap pelayanan medis dan penyakit yang mempengaruhinya.
 7. Persepsi perilaku dan kepercayaan berpengaruh terhadap pencarian pengobatan pertama pada seseorang.

2.4.1. Menurut Anderson (1968)

Menurut Anderson, (1968), faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang menggambarkan model sistem kesehatan berupa model kepercayaan kesehatan, (Widyawati,1998) yaitu :

1. Karakteristik predisposing (*predisposing characteristic*). Karakteristik ini menggambarkan bahwa setiap individu cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda disebabkan karena adanya perbedaan ciri demografi (Umur, jenis kelamin, status perkawinan), serta keyakinan bahwa pelayanan kesehatan tersebut dapat menolong menyembuhkan penyakit

termasuk didalamnya nilai-nilai terhadap kesehatan dan sakit, serta terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang penyakit.

2. Karakteristik pendukung (*enabling characteristic*). Faktor ini menggambarkan kemampuan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan termasuk didalamnya sumber daya keluarga (tingkat pendapatan asuransi kesehatan, dst) serta sumber daya masyarakat (ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan).
3. Karakteristik kebutuhan (*need characteristic*). Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan bila faktor *predisposing* dan *enabling* ada. Komponen *need* dibagi menjadi dua kategori yaitu *Perciev* (persepsi seseorang terhadap kesehatan) dan *evaluated* (gejala dan diagnosa penyakit).

2.4.2. Model Marsall H Becker (1974)

Pemanfaatan pelayanan kesehatan model Marsall H Becker (1974), mengembangkan suatu model yang menggambarkan persepsi seseorang tentang keadaan kesehatannya, faktor yang mempengaruhi persepsinya dan kemungkinan diambilnya tindakan-tindakan. Faktor-faktor tersebut adalah : demografis (umur, jenis kelamin, bangsa, kelompok, etnis), Sosial psikologi (persepsi seseorang terhadap sakit dan pengalaman sakit) dan struktural (kelas sosial, akses ke pelayanan kesehatan) serta perilaku kesehatan dan pemanfaatan tenaga penolong persalinan.

2.5. Perilaku Kesehatan dan Pemanfaatan Tenaga Penolong Persalinan

Menurut Blum (1994), perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Perilaku merupakan tindakan dan kegiatan yang dilakukan seseorang dan sekelompok orang untuk kepentingan atau pemenuhan kebutuhan tertentu berdasarkan pengetahuan, kepercayaan, nilai dan norma kelompok yang bersangkutan, tidak dapat disangkal bahwa faktor-faktor perilaku sangat besar mempengaruhi kesehatan perorangan dan masyarakat (Kalangi, 1994).

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungannya. Respon reaksi manusia baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, sikap) maupun bersifat aktif (tindakan nyata). Secara lebih terinci perilaku kesehatan mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia berespon secara pasif (mengetahui, bersikap mempersepsikan penyakit dan rasa sakit pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif sehubungan dengan penyakit dan sakit yang meliputi :
 - a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.
 - b. Perilaku sehubungan dengan pencegahan penyakit.
 - c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan
 - d. Perilaku sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik modern maupun tradisional. Perilaku ini

menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan.

2.6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Penolong Persalinan

Mengacu pada teori-teori diatas beberapa hal yang mungkin berhubungan dengan perilaku pemilihan penolong persalinan adalah

1.6.1. Umur

Umur merupakan variabel penting yang berhubungan dengan timbulnya penyakit. Semakin bertambahnya umur seseorang akan bertambah dewasa, dan semakin matang dalam berpikir, semakin banyak menyerap pengetahuan dan hal-hal yang mempengaruhi keputusan (Utomo,1996).

Umur menurut Marta Adisoebroto, sangat mempengaruhi kesehatan seorang wanita pada saat kehamilan dan persalinan yang berkaitan dengan kondisi seorang wanita selama kehamilan dan proses persalinan. Seorang wanita hamil dan melahirkan di usia kurang dari 20 tahun mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi kehamilan sehubungan dengan belum matangnya organ reproduksi dan secara mental wanita tersebut. Demikian juga dengan seorang wanita yang hamil atau melahirkan di atas usia 35 tahun mempunyai risiko. Umur yang aman untuk seorang wanita hamil atau melahirkan yaitu usia 20 sampai dengan 35 tahun (Depkes RI,1995).

Sebaiknya seorang wanita hamil pada rentang usia 20 tahun sampai dengan 35 tahun, karena dalam kondisi ini seorang wanita sehat untuk hamil dan melahirkan, namun bukan berarti di usia ini tidak mempunyai peluang untuk terjadinya komplikasi saat persalinan, karena karena komplikasi persalinan tidak

terfokus pada ibu dengan risiko tinggi, semua persalinan dianggap mempunyai peluang untuk terjadinya komplikasi, Persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih akan membantu dalam diagnosa dini dan penanganan dini terhadap komplikasi persalinan.

2.6.2. Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat berperan dalam pengembangan diri. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Tingkat pendidikan khususnya tingkat pendidikan wanita mempunyai pengaruh terhadap derajat kesehatan (Depkes RI,2004).

Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk mengembangkan diri, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi (Sugiharti, et al,2004).

Penelitian Jakir (2006) di Sinjai didapat bahwa Pendidikan ibu berhubungan dengan pemilihan tenaga penolong persalinan mengingat bahwa pendidikan dapat mempengaruhi daya intelektual seseorang dalam memutuskan suatu hal, termasuk penentuan penolong persalinan. Pendidikan ibu yang kurang menyebabkan daya intelektualnya juga masih terbatas sehingga perilakunya masih sangat dipengaruhi oleh keadaan sekitarnya ataupun perilaku kerabat lainnya atau orang yang mereka tuakan.

1.6.2. **Pendapatan Keluarga**

Penghasilan rata-rata keluarga tiap bulan merupakan variabel yang sangat berperan dalam mengambil keputusan suatu masalah. Keluarga dengan penghasilan yang cukup akan mempunyai kesempatan lebih banyak untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk memelihara dan mengobati sakit, dalam menentukan pemilihan persalinan memanfaatkan pelayanan persalinan akan lebih besar, karena mampu membiayai persalinan di pelayanan kesehatan dan biaya transportasi (Suprpto 1999).

1.6.3. **Pengetahuan Ibu**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). (Notoatmodjo,2005).

Pengetahuan merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan dalam rangka perubahan pola pikir dan perilaku suatu kelompok dan masyarakat. Pengetahuan ini terkait dengan lingkungan di mana responden menetap. Keadaan lingkungan sekitar sedikit banyaknya akan mempengaruhi pengetahuan, dalam hal ini pengetahuan mengenai kehamilan dan persalinan. Di samping itu, keterpaparan dengan media komunikasi akan mempengaruhi kadar pengetahuannya

Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang

terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan misalnya : apa tanda-tanda penyakit demam berdarah, bagaimana cara melakukan PSN (pemberantasan sarang nyamuk) dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu obyek bukan sekedar tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut, misalnya tetapi harus dapat menjelaskan mengapa harus mengubur, menutup, dan menguras tempat-tempat penampungan air tersebut.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain. Misalnya : seseorang yang telah paham tentang proses perencanaan, ia harus dapat membuat perencanaan program kesehatan ditempat ia bekerja atau dimana saja.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas obyek tersebut, misalnya : dapat membedakan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan, dapat membuat diagram (flow chart), dan lain sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya dapat membuat atau meringkas dengan kata-kata atau kalimat sendiri tentang hal-hal yang telah dibaca atau didengar.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat. Misalnya seorang ibu dapat menilai atau menentukan seorang anak menderita malnutrisi atau tidak, seseorang dapat menilai manfaat ikut KB, dan lain sebagainya.

Salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan adalah pengetahuan tentang sakit dan penyakit (penyebab penyakit, gejala atau tanda-tanda penyakit, bagaimana cara penularannya, bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya (Notoatmodjo,2000).

Menurut Anderson (1968), pengetahuan sangat mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan, konsekuensi dari pelayanan yang memuaskan adalah adanya keinginan kembali berobat dan bila tidak memuaskan akan beralih ke tempat lain.

Iskandar dkk, dalam penelitiannya di Jawa Barat menemukan bahwa semua kejadian yang terjadi saat kehamilan dan persalinan para ibu, adalah sebagai kondisi yang tidak berisiko pada awalnya, kematian yang terjadi akibat langsung persalinan dianggap sebagai takdir dan dianggap sebagai mati dijalan Tuhan, bukan karena kesalahan penolong persalinan. Sikap inilah yang menjadikan suatu tantangan bagi program "safemotherhood" karena mereka tidak menyadari bahwa kematian ibu adalah akibat penolong yang tidak terampil dalam menangani persalinan, sikap ini dikarenakan karena pengetahuan ibu atau keluarga yang kurang.

1.6.4. Riwayat Obstetri

1.6.4.1. Gravida (Riwayat Kehamilan Terdahulu)

Gravida adalah wanita adalah jumlah pengalaman hamil seorang wanita selama hidupnya, yang terdiri dari *Primigravida* yaitu wanita pertama kali hamil atau 1 kali mengalami kehamilan, *secondigravida* yaitu seorang wanita yang

sudah 2 kali hamil, *multigravida* yaitu seorang wanita yang sudah beberapa kali hamil.

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lama kehamilan adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, yang dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke tiga dari mulai 6 bulan sampai dengan 9 bulan. (Saefudin,2001).

Kehamilan merupakan sesuatu yang membahagiakan, karena akan mendapatkan anggota baru dalam keluarga, oleh karena itu kehamilan kerap kali menjadi perhatian serius bagi anggota keluarga maupun masyarakat, ada beberapa aspek sosial yang terkait dengan masa kehamilan. Peran kehamilan dapat dimaknai sebagai peran awal perekat social dalam namun masih adanya preferensi terhadap jenis kelamin anak khususnya pada beberapa suku, yang menyebabkan istri mengalami kehamilan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang relatif pendek, menyebabkan ibu mempunyai resiko tinggi pasca saat melahirkan. (Imam Lawi).

Penelitian Sutrisno, dkk (1997) terhadap masyarakat Timor, dimana masyarakat mempunyai kebiasaan memeriksakan kehamilan sudah menjadi kegiatan rutin, terutama di posyandu, akan tetapi belum dimengerti dengan baik tujuan dari *antenatal care* sehingga yang pada saat hamil sebagian besar memeriksakan diri ke petugas kesehatan akan tetapi pada saat bersalin mereka memilih dukun. Keterikatan mereka pada adat kebiasaan sangat besar.

1.6.4.2. Paritas

Jumlah kelahiran baik yang dialami oleh ibu, baik kelahiran hidup atau mati dengan kehamilan cukup bulan secara spontan melalui jalan lahir. (Sastrawinata,1993). Riwayat persalinan terdahulu terbagi atas :

- a. *Primipara* yaitu wanita yang telah melahirkan 1kali, seorang anak yang cukup besar untuk hidup di dunia luar
- b. *Multipara* yaitu wanita yang telah melahirkan 2 kali - 4 kali , lebih dari seorang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar
- c. *Grande multipara* yaitu wanita yang telah melahirkan 5 kali atau lebih, lebih dari 5 orang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar.

Kaitan riwayat obstetri dengan pemilihan penolong persalinan adalah pengalaman persalinan dan kehamilan terdahulu sangat mempengaruhi terhadap pemilihan persalinan, ibu yang memiliki riwayat buruk saat persalinan terdahulu maka akan sangat hati-hati dalam memilih tempat persalinan, begitupun ibu yang sebelumnya persalinan ditolong oleh dukun dan tidak memiliki masalah saat proses persalinan akan mempunyai peluang lebih besar untuk memilih dukun untuk persalinan berikutnya (bangsu,1995).

1.6.4.3. Jumlah Anak Hidup

Jumlah anak yang hidup dari seluruh persalinan ibu, ini terkait dengan risiko yang mungkin timbul bila dikaitkan dengan jumlah kehamilan dan persalinan, dijumpai di daerah pedesaan. masih adanya preferensi terhadap jenis kelamin anak khususnya pada beberapa suku, yang menyebabkan istri mengalami kehamilan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang relatif pendek,

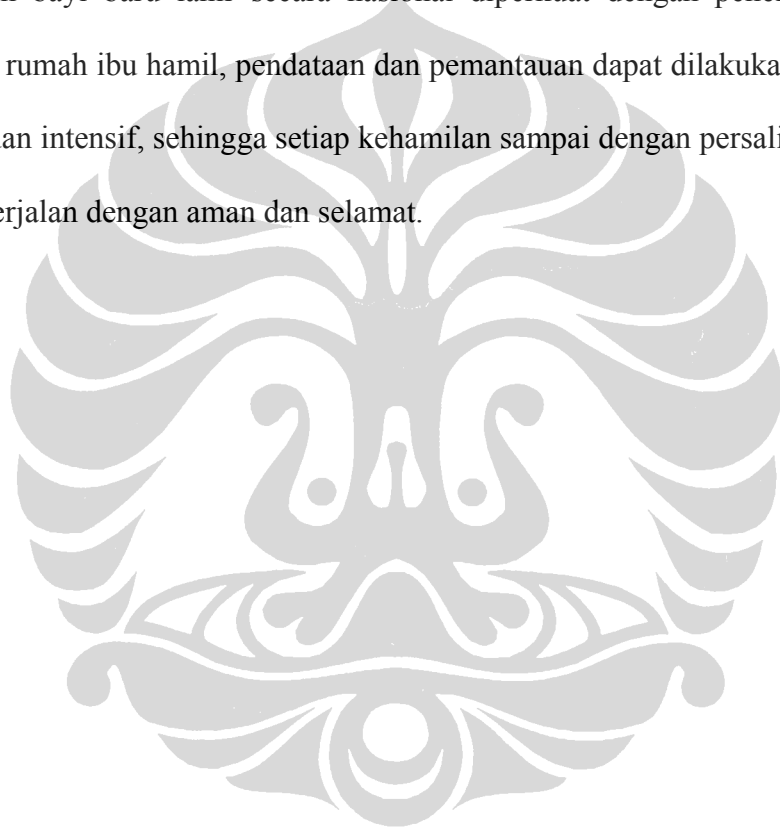
menyebabkan ibu mempunyai resiko tinggi pada saat melahirkan. Di daerah tertentu budaya harus mempunyai anak laki-laki atau perempuan menyebabkan seorang wanita terlalu dekat kehamilannya dan terlalu banyak persalinannya, bila anak yang akan dilahirkan tidak memenuhi keinginannya maka menjadi tidak istimewa atau tidak dikehendaki, ini berdampak **terhadap pemilihan persalinan.**

1.7. Terobosan baru dalam menurunkan AKI

Menteri Kesehatan Dr.dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K) mencanangkan dimulainya penempelan stiker Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) secara nasional. Dengan pencanangan ini, semua rumah yang didalamnya terdapat ibu hamil akan ditemplei stiker berisi nama, tanggal taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi dan calon pendonor darah. Dengan demikian, setiap kehamilan sampai dengan persalinan dan nifas dapat dipantau oleh masyarakat sekitar dan tenaga kesehatan sehingga persalinan ibu tersebut berjalan dengan aman dan selamat.

Menurut Menkes, kegiatan ini merupakan penguatan terwujudnya Desa Siaga melalui upaya mengenali dan melakukan pencatatan data kehamilan yang ada di desa, serta memberikan Stiker Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) kepada setiap ibu hamil di rumahnya agar masyarakat sekitar mengetahui keberadaan ibu hamil di wilayah mereka dan dapat dipantau bidan secara intensif. Selain itu, stiker ini juga bertujuan untuk meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, membentuk kelompok donor darah agar ada jaminan ketersediaan darah yang dapat digunakan sewaktu-waktu apabila terjadi

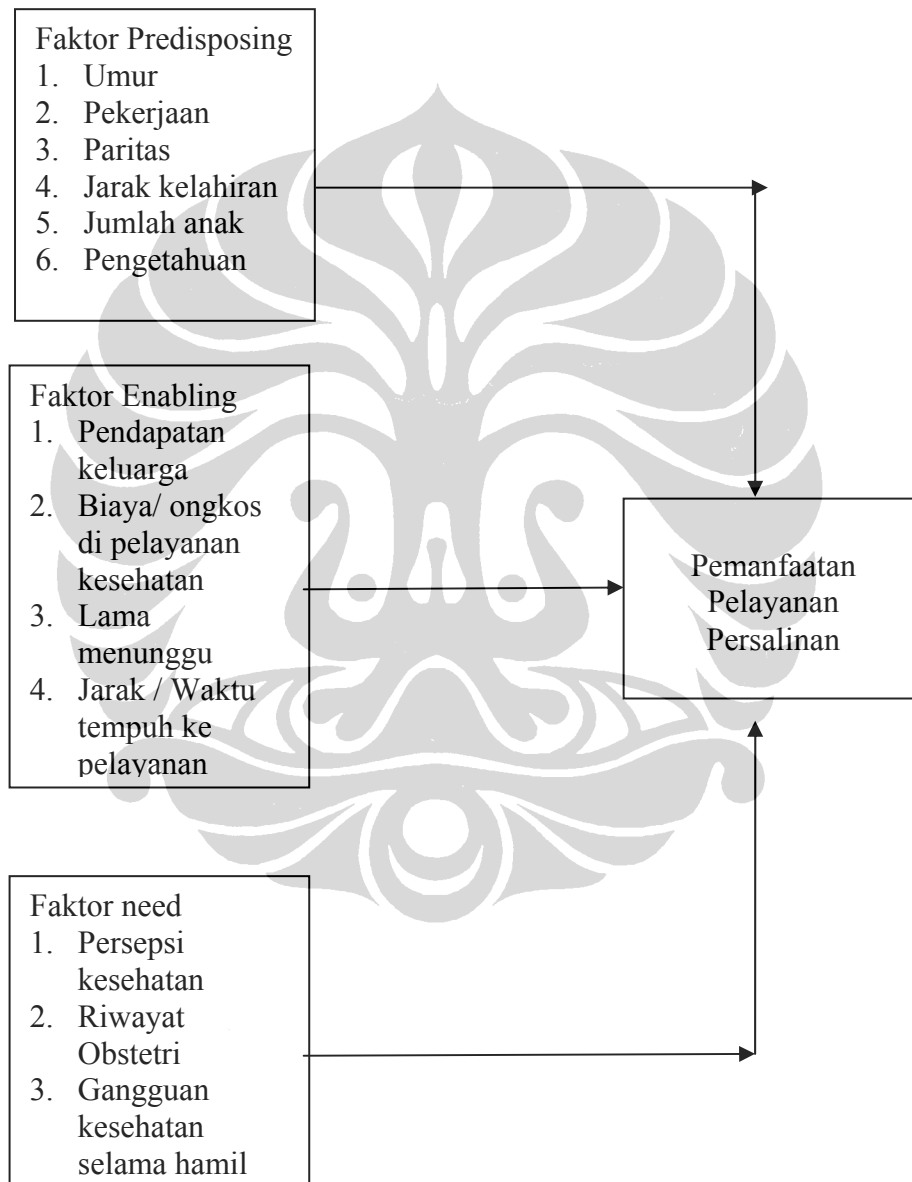
perdarahan pada ibu hamil, bersalin dan nifas, merencanakan dan menyiapkan sistem angkutan desa untuk menangani kasus darurat pada saat persalinan apabila diperlukan rujukan, serta merencanakan pengumpulan dana dan menginformasikan ketersediaan bantuan askeskin bagi yang membutuhkan. Menkes optimis, dengan pelaksanaan P4K sebagai upaya percepatan penurunan AKI dan bayi baru lahir secara nasional diperkuat dengan penempelan stiker di setiap rumah ibu hamil, pendataan dan pemantauan dapat dilakukan secara tepat, akurat dan intensif, sehingga setiap kehamilan sampai dengan persalinan dan nifas dapat berjalan dengan aman dan selamat.



1.8. Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori diatas, maka dapat disusun kerangka teori sebagai berikut :

Gambar 2.1. Kerangka Teori



(Teori Ander dan Marsall)

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dikembangkan mengacu pada kerangka teori yang dibahas dalam tinjauan pustaka, variabel terikat yaitu pemilihan penolong persalinan sedangkan untuk variabel bebas yang dihubungkan, disesuaikan dengan kondisi masalah yang menjadi pertimbangan masyarakat wilayah kerja Puskesmas Kopo dalam memilih tenaga penolong persalinan. Adapun variabel penelitian ini adalah :

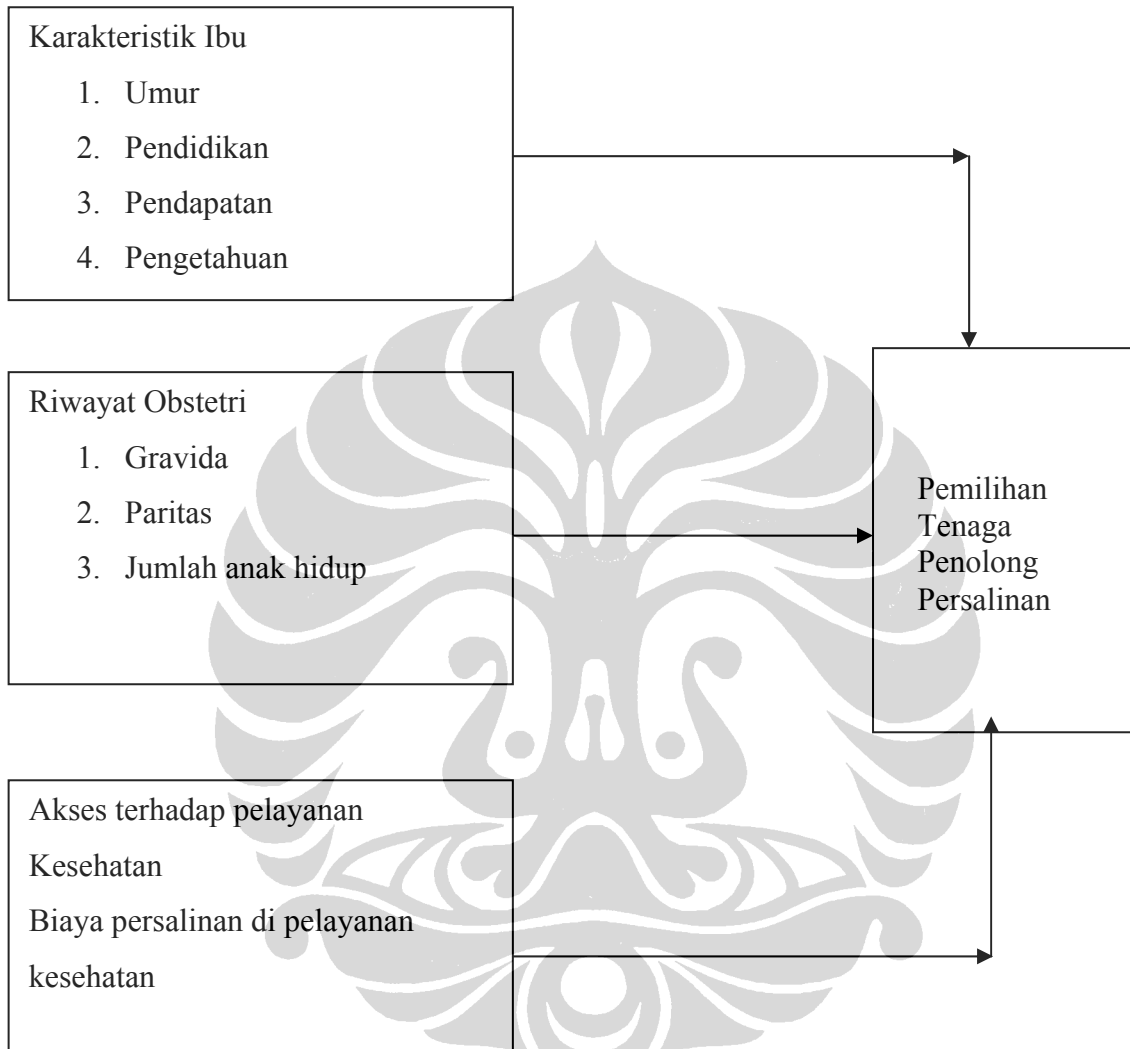
a. Variabel Independen

- Karakteristik ibu meliputi : umur, pendidikan, pendapatan keluarga dan pengetahuan
- Riwayat obstetrik : gravida, paritas dan jumlah anak hidup.
- Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan meliputi : biaya persalinan.

b. Variabel Dependen.

- Pemilihan tenaga penolong persalinan

Gambar 2.2. Kerangka Konsep



Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
1.	Pemilihan penolong persalinan	Tenaga yang dipilih oleh ibu/keluarga dalam memberikan pertolongan persalinan yang dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan) dan tenaga non kesehatan yaitu dukun bayi	Wawancara dan observasi data sekunder	Lembar Kuesioner	1. Non Nakes 2. Nakes	Nominal
2.	Umur	Usia responden saat lahir sampai dengan tanggal melahirkan terakhir pada periode Januari s/d Desember 2007.	Wawancara	Lembar Kuesioner	1. Kelompok umur < 20 tahun dan umur > 35 tahun 2. Kelompok umur 20 tahun s/d 35 tahun.	Ordinal

3.	Pendidikan	<p>Jenjang pendidikan yang ditempuh oleh responden melalui pendidikan formal yang tercatat sejak lahir sampai dilakukannya wawancara.</p> <p>Pendidikan rendah yaitu pendidikan yang dicapai tamat SD-SMP.</p> <p>Pendidikan tinggi yaitu pendidikan yang dicapai sampai tamat SMA-Akademi atau Perguruan Tinggi.</p>	Wawancara	Lembar kuesioner	<p>1. Rendah</p> <p>2. Tinggi</p>	Ordinal
4.	Pendapatan keluarga	<p>Uang yang didapat keluarga dalam setiap bulannya untuk memenuhi kebutuhan keluarga.</p> <p>Pengelompokan pendapatan keluarga disesuaikan dengan Standart UMK (Upah Minimal Kota Bandung) sebesar Rp. 973.000.</p>	Wawancara	Lembar kuesioner	<p>1. < Rp.973.000</p> <p>2. \geq Rp. 973.000</p>	Ordinal

5	Pengetahuan	Hal-hal yang diketahui responden berkaitan dengan kemampuan ibu menjawab pertanyaan yang diajukan tentang pengetahuan kehamilan dan persalinan: Pengetahuan baik, jika ibu dapat menjawab ≥ 4 pertanyaan dengan benar, pengetahuan kurang, jika ibu hanya menjawab < 4 dengan benar dari 8 pertanyaan yang diajukan.	Wawancara	Lembar kuesioner	1. Kurang 2. Baik	Nominal
6	Gravida	Jumlah kehamilan seorang wanita hamil selama hidupnya	Wawancara dan observasi	Kuesioner dan buku pemeriksaan Kehamilan	1. ≥ 4 kali 2. 1-3 kali	Ordinal

7.	Paritas	Jumlah persalinan yang dialami oleh ibu selama hidupnya sampai dengan persalinan terakhir, periode Januari-Desember 2007. baik kelahiran hidup maupun kelahiran mati.	Wawancara	Lembar kuesioner	1. ≥ 4 kali 2. 1-3 kali	Ordinal
8.	Jumlah Anak Hidup	Jumlah anak yang hidup pada saat dilakukan wawancara, dari seluruh jumlah persalinan yang dialami oleh ibu.	Wawancara	Lembar kuesioner	1. Jumlah anak yang hidup hanya ≥ 4 orang 2. Jumlah anak hidup 1-3 orang. 3. Jumlah anak hidup 0	Ordinal
9.	Biaya pelayanan kesehatan	Kemampuan responden terhadap tarif pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Persepsi tarif biaya oleh tenaga persalinan di gunakan standar tarif bidan di wilayah tersebut, karena data terbanyak di wilayah tersebut pertolongan persalinan oleh bidan.	Wawancara	Lembar kuesioner	1. Tdk Terjangkau 2. Terjangkau	Nominal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan tujuan untuk mengamati hubungan antara pemilihan tenaga persalinan dengan faktor yang mempengaruhi pemilihan penolong persalinan dalam waktu bersamaan, tanpa melihat pajanan atau penyakit yang terdahulu, desain ini cukup efektif karena pajanan dan keluaran dilihat pada waktu bersamaan.

4.2. Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian bertempat di wilayah kerja Puskesmas Kopo, mencakup enam kelurahan dan 44 RW yang masuk dalam wilayah Kecamatan Bojongloa Kidul, Kota Bandung yang dilaksanakan pada Bulan September sampai Bulan Nopember 2008.

4.3. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai anak usia 1 sampai dengan 2 tahun yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kopo Kecamatan Bojongloa Kidul.

4.4. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 1 sampai 2 tahun yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kopo yang terpilih menjadi sampel serta bersedia ikut serta dalam penelitian.

4.5. Besar sampel

Penghitungan jumlah sampel menggunakan rumus besar sampel estimasi proporsi :

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

n = Jumlah sampel minimal

P = Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Kopo tahun 2007 sebesar 77%, maka P= 0.77.

Z = nilai z pada derajat kepercayaan 1- α /2 (1.96)

d = Presisi mutlak (5%)

1 - P = 0.23

n = 273 sampel

Setelah dilakukan perhitungan, maka besar sampel minimal yang diperlukan sebanyak 273 sampel. Untuk menghindari kesalahan pengambilan data, maka besar sampel ditambah 10% dari sampel minimal, sehingga jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 300 sampel.

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan rancangan pengambilan sampel bertingkat (*multistage cluster sampling*). Langkah pertama yaitu dengan merandom 44 RW untuk diambil 6 RW, kemudian langkah kedua dari setiap RW dipilih secara random 2 RT, dan pengambilan sampel ibu yang mempunyai anak usia 1-2 tahun dilakukan secara langsung pada tiap-tiap RT yang terpilih.

4.6. Sumber Data

Data sekunder diambil dari buku “Pelaporan Pelaksanaan Kegiatan Tahunan (P2KT) Tahun 2007 dan laporan bulanan kegiatan KIA Tahun 2007 Puskesmas Kopo Bandung. Data Primer diperoleh melalui wawancara dengan petugas KIA dan pengelola program Puskesmas Kopo Bandung serta wawancara langsung dengan ibu yang mempunyai anak 1 sampai 2 tahun dengan menggunakan lembar kuesioner yang telah disusun sebelumnya.

4.7. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini berupa lembar kuesioner dimana pertanyaan tersebut sebagian bersifat tertutup dan sebagian lagi bersifat terbuka. Pertanyaan yang diajukan disusun berdasarkan variabel-variabel yang diteliti.

4.8. Cara Pengambilan Data

Dilakukan dengan menganalisis data sekunder yang ada di Puskesmas Kopo yaitu buku “Pelaporan Pelaksanaan Kegiatan Tahunan (P2KT) Tahun 2007 dan laporan bulanan kegiatan KIA tahun 2007, sedangkan data primer dengan melakukan wawancara terhadap petugas puskesmas yang berwenang dan kepada ibu yang mempunyai anak usia 1-2 tahun yang terpilih sebagai sampel.

4.9. Pengolahan Data

Data-data yang telah terkumpul akan diolah dengan bantuan komputer menggunakan program SPSS versi 13 dengan tujuan untuk memperoleh hasil yang cepat dan akurat. Adapun langkah-langkah yang akan dilakukan adalah:

1. *Coding*

Memberi kode terhadap variabel-variabel yang diperoleh sebelum pengolahan selanjutnya. Pengkodean data berdasarkan pada kuisisioner yang telah diisi.

2. *Editing*

Melakukan pengecekan ulang terhadap data yang sudah diperoleh, apakah sudah lengkap dan sesuai dengan yang diharapkan dan apakah masih terdapat kekurangan yang mungkin akan menyulitkan dalam pengolahan data berikutnya

3. *Structure*

Proses yang dilakukan untuk membuat template dalam memasukan data sesuai dengan analisis yang akan dilakukan dan jenis perangkat lunak yang digunakan.

4. *Entry*

Memasukan data-data yang telah diperoleh ke dalam komputer dengan program yang sesuai.

5. *Cleaning*

Pembersihan data dilakukan untuk melihat kesalahan yang masih terjadi dan memeriksa data pencilan yang mungkin ada. Setiap ditemukan keanehan data, perlu dilakukan pengecekan ulang ke kuesionernya.

4.10. Analisis Data

4.10.1. Analisis univariat

Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran dan distribusi karakteristik frekuensi yang dipakai untuk mendiskripsikan setiap variabel yang diteliti.

4.10.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data atau untuk menyimpulkan ada /tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Analisis ini untuk melihat hubungan antar variabel-variabel yang diteliti , untuk membuktikan apakah ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen menggunakan uji *chi-square* dengan menggunakan batas kemaknaan (α) 0.05, apabila hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} < (\alpha) 0.05$ maka dikatakan bahwa kedua variabel itu berhubungan.