

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMERIKSAAN
NIFAS DI WILAYAH PERKOTAAN DAN PERDESAAN
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

MARTINA JUMADIL

K11115065



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN BIostatistik/KKB
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMERIKSAAN
NIFAS DI WILAYAH PERKOTAAN DAN PERDESAAN
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

MARTINA JUMADIL

K11115065



**DEPARTEMEN BIostatistik/KKB
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



Optimization Software:
www.balesio.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

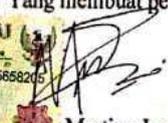
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Martina Jumadil
Nim : K111 15 065
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 085256124102
Email : Marinajumadil@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi "Faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan nifas di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan" benar bebas dari plagiat. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 25 Mei 2019
Yang membuat pernyataan

METERAI
TEMPEL
FE5E6AFF815658205
6000
ENAM RIBURUPAH

Martina Jumadil



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari/tanggal Selasa, 21 Mei 2019.

Ketua : dr. Mukhsen Sarake, MS. (.....)

Sekretaris : Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si (.....)

Anggota :

1. dr. Muhammad Ikhsan, MS., PKK (.....)

2. Muhammad Rachmat, S.KM., M.Kes (.....)



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

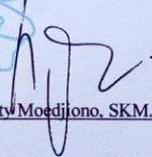
Makassar, 21 Mei 2019

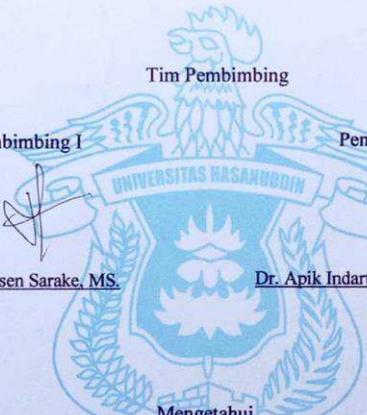
Tim Pembimbing

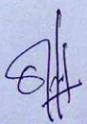
Pembimbing I

Pembimbing II


dr. Mukhsen Sarake, MS.


Dr. Apik Indart Moedijono, SKM., M.Si


Mengetahui,
Ketua Departemen Biostatistik/KKB
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Prof. Dr. Stang, M.Kes.



RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
BIOSTATISTIK/KKB
SKRIPSI, MEI 2019

MARTINA JUMADIL

**“FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMERIKSAAN NIFAS DI
WILAYAH PERKOTAAN DAN PERDESAAN PROVINSI SULAWESI
SELATAN”**

(xiii + 126 halaman + 5 gambar + 24 tabel + 6 lampiran)

Masa nifas merupakan salah satu bagian penting dari proses kelahiran dimana wanita memasuki peran baru sebagai ibu sekaligus merupakan masa kritis baik bagi ibu dan bayi. Diperkirakan 60% kematian terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Beberapa penyebab kematian ibu, seperti komplikasi nifas dan perdarahan pasca bersalin dapat dicegah melalui program pelayanan nifas.

Penelitian bertujuan mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan nifas di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan. Penelitian ini menggunakan data sekunder data SDKI 2017. Variabel yang diteliti adalah umur, pendidikan, pekerjaan, urutan kelahiran, kunjungan ANC, tempat persalinan, kuintil kekayaan, jarak ke fasilitas kesehatan, dan komplikasi persalinan. Penelitian ini berdesain *cross sectional study* dengan sampel sebanyak 393 Pasutri 15-49 tahun yang dipilih secara acak bertingkat dua tahap. Pengujian hipotesis dengan uji *chi square* ($p < 0,05$).

Hasil penelitian di wilayah perkotaan menunjukkan ada hubungan antara umur, pendidikan, pekerjaan, urutan kelahiran, tempat persalinan, kuintil kekayaan, dan komplikasi persalinan, dengan pemeriksaan nifas, dan tidak ada hubungan antara kunjungan ANC, dan jarak ke fasilitas kesehatan dengan pemeriksaan nifas. Selanjutnya, di wilayah perdesaan menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan, tempat persalinan, kuintil kekayaan, jarak ke fasilitas kesehatan, dan komplikasi persalinan, dengan pemeriksaan nifas, dan tidak ada hubungan antara umur, pekerjaan, urutan kelahiran, dan kunjungan ANC dengan pemeriksaan nifas.

Berdasarkan hasil penelitian disarankan bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan promosi kesehatan tentang pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal, dan ibu nifas diharapkan selalu patuh melakukan kunjungan masa nifas untuk memperoleh informasi tentang kesehatan masa nifas dan dideteksi secara dini komplikasi yang terjadi dalam masa nifas.



ustaka : 54 (1995-2018)
nci : Masa nifas, pemeriksaan, perkotaan, pedesaan

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT. atas berkat Rahmat, Hikmat dan Karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Faktor yang Berhubungan dengan Pemeriksaan Nifas di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan”**.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan doa dari berbagai pihak. Penghargaan dan ucapan terima kasih yang teristimewa penulis ucapkan kepada kedua orang tua yakni Bapak Jumadil dan Ibu Hadasia yang memberikan doa dan dukungan tanpa henti serta kasih sayang yang sangat berarti bagi penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Dengan segala hormat penulis ucapkan terima kasih atas segala bantuan baik secara materil maupun moril kepada berbagai pihak:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med. Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak dr. Mukhsen Sarake, MS dan Ibu Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM, M.Si sebagai pembimbing I dan Pembimbing II yang sentiasa meluangkan waktunya yang sangat berharga untuk memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak dr. Muhammad Ikhsan, MS., PKK, selaku Penasihat Akademik

gus penguji yang mengayomi penulis selama menempuh pendidikan di Unhas.



5. Bapak Muhammad Rachmat, S.KM., M.Kes selaku penguji yang telah meluangkan waktunya dalam memberi kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
6. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan berbagi pengalaman yang sangat berharga selama penulis menempuh pendidikan di FKM Unhas.
7. Seluruh Staf FKM atas segala bantuan yang diberikan, terkhusus kepada Ibu Yuli sebagai staf Departemen Biostatistik/KKB dan Ibu Feny yang telah memberikan banyak bantuan kepada penulis.
8. Kakak tercinta Ardi Jumadil, saudara ipar tercinta Hasniar dan adik-adik tercinta (Alm) Muhammad Arfan, Nur Aniza, Muh. Saiful, Muh. Fahmy, dan Munifa Amatullah yang senantiasa memberikan doa dan dukungan kepada penulis.
9. Teman-teman yang selalu setia menemani Nur, Ukh.Jum, Hasniar.
10. Si Manis Rupa (Hardyanti Subair) yang selalu menemani dan mendoakan penulis.
11. Teman-teman terajin (Ira, Dewi dan Lia) yang selalu memberikan semangat dan perhatian dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Teman-teman seperjuangan di Jurusan Biostatistik/KKB (Irma, Nabil, Ade, Heri, Ira, Dewi, Lia, Suci, Fathia, Sholihin) yang telah menemani dan banyak membantu selama penulis menempuh pendidikan di FKM.

n-teman Lambe (Ana Nyong, Nia) yang selalu setia menemani, motivasi, dan memberikan semangat kepada penulis.



14. Teman-teman PBL Posko 19 Desa Garassikang, Kec. Bangkala Barat, Kab. Jeneponto (Ani, Widya, Inna, Indah, Fia, Diana, dan Jericho) senantiasa bersama untuk mengabdikan diri kepada masyarakat Desa Garassikang.
15. Teman-teman KKN PPM Polman Desa Patampanua (Nunuk, Nadia, Ika, Irma, Ira, Lia, Kani, Kak Kipli, Tamar, dan Wahyu) yang selama sebulan menjadi teman hidup di lokasi KKN.
16. Kakak-Kakak yang tidak bisa penulis ketik satu per satu namanya yang senantiasa memberikan informasi yang sangat berharga kepada penulis.
17. Serta semua pihak yang tidak sempat penulis lisankan maupun tuliskan yang telah memberikan bantuannya selama ini.

Saya menyadari skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca yang sifatnya membangun. Penulis berharap tulisan ini dapat menjadi bahan bacaan yang baik dan memberi manfaat. Amin.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Makassar, Maret 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	I
LEMBAR PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DATAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Pelayanan Kesehatan.....	10
B. Tinjauan Umum Tentang Masa Nifas.....	12
C. Tinjauan Umum Tentang Pemanfaatan Pelayanan Nifas.....	26
D. Tinjauan Tentang Wilayah Perkotaan dan Pedesaan.....	29
E. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017.....	31
F. Tinjauan Umum Tentang Faktor yang Berhubungan Dengan Pemeriksaan Nifas.....	41
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	58
B. Definisi Oprasional dan Kriteria Objektif.....	63
C. Hipotesis Penelitian.....	69
BAB IV METODE PENELITIAN	
Metode Penelitian dan Desain Penelitian.....	75
Lokasi dan Waktu Penelitian.....	75
Populasi dan Sampel.....	76



D. Pengolahan dan Penyajian Data.....	78
E. Analisis Data.....	80
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	82
B. Pembahasan.....	106
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	126
B. Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nilai/Skor Kriteria Wilayah Perkotaan dan Pedesaan	31
Tabel 3.1 Daftar Variabel dan Kuisisioner SDKI 2017.....	63
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Pemeriksaan Nifas di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	83
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Umur di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	84
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	85
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	86
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	86
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Urutan Kelahiran di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	87
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Kunjungan ANC di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	88
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Tempat Persalinan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	89
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Tempat Persalinan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	89
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Kuintil Kekayaan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	90
Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Jarak ke Fasilitas Kesehatan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan.....	91



Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Jenis Komplikasi Persalinan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	91
Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Pasangan Suami Istri Berdasarkan Komplikasi Persalinan di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	92
Tabel 5.14 Hubungan antara Umur dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	93
Tabel 5.15 Hubungan antara Pendidikan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	94
Tabel 5.16 Hubungan antara Pekerjaan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	96
Tabel 5.17 Hubungan antara Urutan Kelahiran dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	97
Tabel 5.18 Hubungan antara Kunjungan ANC dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	99
Tabel 5.19 Hubungan antara Tempat Persalinan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	100
Tabel 5.20 Hubungan antara Kuintil Kekayaan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	102
Tabel 5.21 Hubungan antara Jarak ke Fasilitas Kesehatan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	103
Tabel 5.22 Hubungan antara Komplikasi Persalinan dengan Pemeriksaan Nifas Pada Pasutri di Wilayah Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Selatan	105



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	42
Gambar 2.2 Determinan Individu dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	43
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	57
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	62
Gambar 4.1 Alur Pengambilan Sampel.....	77



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner Rumah Tangga SDKI 2017

Lampiran 2 : Kuesioner Wanita Usia Subur SDKI 2017

Lampiran 3 : Persetujuan Penggunaan Data SDKI 2017

Lampiran 4 : Hasil Analisis

Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data *World Health Organization* (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Kematian Ibu menurut definisi WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera (Kemenkes RI, 2014). Permasalahan utama yang saat ini masih dihadapi berkaitan dengan kesehatan ibu di Indonesia adalah masih tingginya angka kematian ibu yang berhubungan dengan persalinan. Berdasarkan data tahun 2012 menunjukkan 359 kematian per 100 000 kelahiran hidup. AKI tersebut meningkat dibanding tahun 2007 yakni 228 kematian per 100 000 kelahiran hidup (SDKI, 2012).

tahun 2015 AKI di Indonesia sebanyak 305 kematian per 100 000 kelahiran hidup, dan untuk 2 Tahun terakhir AKI di Indonesia telah



mengalami penurunan, pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 4.912 kasus dan 2017 sebanyak 1.712 kasus, namun masih jauh dari target (RPJMN) 2015-2019 dari 305/100.000 menjadi 276/100.000 kelahiran hidup dan target Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2017)

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka upaya percepatan penurunan AKI yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan (Kemenkes RI, 2017).

Penyebab utama kematian ibu di dunia adalah perdarahan (kebanyakan perdarahan postpartum), infeksi (sebagian besar setelah melahirkan), gangguan hipertensi pada kehamilan (eklamsia), dan gangguan pada saat persalinan (WHO, 2008). Menurut hasil analisis lanjut sensus penduduk tahun 2010, tiga penyebab kematian ibu terbanyak di Indonesia, yaitu hipertensi

kehamilan, komplikasi nifas, dan perdarahan pasca persalinan (Kemenkes RI, 2013).



Penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan selama masa nifas adalah infeksi nifas, sehingga diperlukan adanya pemantauan selama masa nifas. Adanya permasalahan pada masa nifas akan berimbas pada kesejahteraan bayi yang dilahirkannya, karena bayi tidak akan mendapatkan perawatan maksimal dari ibunya. Akibatnya, angka kesakitan dan kematian bayi pun akan meningkat (Saleha, 2014).

Periode pasca persalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan sosial, baik di Negara maju maupun Negara berkembang perhatian utama bagi ibu dan bayi terlalu banyak tertuju pada masa kehamilan dan persalinan, sementara keadaan yang sebenarnya justru merupakan kebalikannya, oleh karena risiko kesakitan dan kematian ibu serta bayi sering terjadi pada masa pasca persalinan (Heryani, 2012). Asuhan masa nifas haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama nifas. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik bagi ibu maupun bagi bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan (Heryani, 2012).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) ,dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Ari,2015). Masa

merupakan masa yang cukup penting selain masa kehamilan dan persalinan ibu nifas karena bila tidak dilakukan pemantauan, ibu nifas dapat



mengalami berbagai masalah seperti *sepsis puerperalis*, infeksi dan perdarahan (Saifuddin, 2012).

Berdasarkan data SDKI 2017 sebanyak 87% ibu menerima pelayanan nifas pada dua hari pertama setelah persalinan, hanya 61% ibu yang menerima pelayanan nifas dalam kurun waktu 4 jam pertama, 18% yang menerima pelayanan nifas dalam kurun waktu 4-23 jam pertama, dan 10% yang menerima pelayanan nifas dalam kurun waktu 1-3 hari. Sedangkan ibu yang tidak pernah memerikasakan diri dalam 42 hari masa nifas sebanyak 9%.

Berdasarkan wilayahnya, peningkatan pemeriksaan cakupan nifas di daerah perdesaan lebih rendah daripada daerah perkotaan. Berdasarkan data SDKI 2012 pemeriksaan pelayanan nifas pada 2 hari pertama pasca persalinan didaerah perkotaan 86% dan naik menjadi 92% berdasarkan SDKI 2017. Sedangkan pemeriksaan pelayanan nifas pada 2 hari pertama pasca persalinan didaerah perdesaan sebesar 74% dan naik menjadi 83%.

Perbedaan daerah perdesaan dan perkotaan juga terlihat dari besarnya persentase ibu yang tidak pernah mendapatkan pelayanan nifas. Berdasarkan data SDKI 2012, ibu yang tidak pernah mendapatkan pelayanan nifas di daerah perkotaan sebesar 6% dan menurun sedikit menjadi 5% berdasarkan SDKI 2017. Berdasarkan SDKI 2012, ibu yang tidak pernah mendapatkan pelayanan nifas di daerah perdesaan sebesar 15,7% dan menurun menjadi 11% berdasarkan SDKI 2017.

WHO menganjurkan agar pelayanan kesehatan masa nifas (*Posnatal care*) Ibu mulai diberikan dalam kurun waktu 24 jam setelah melahirkan oleh



tenaga kesehatan yang kompeten, misalnya dokter, bidan dan perawat. Dalam hal ini Ibu nifas dianjurkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan postnatal minimal 3 kali, meliputi 6 jam sampai 3 hari setelah melahirkan (KF 1), 4 sampai 28 hari setelah melahirkan (KF 2), dan 29 sampai 42 hari setelah melahirkan (KF 3) (Kemenkes RI, 2013). Cakupan pelayanan ibu nifas 2 hari pertama setelah melahirkan (KF 1) di Sulawesi Selatan tahun 2017 belum mencapai target nasional yaitu sebesar 89,8% (SDKI, 2017).

Cakupan pelayanan kesehatan masa nifas tahun 2017 periode 2 hari pertama setelah melahirkan bervariasi yaitu 81,2%, adapun kabupaten/ kota yaitu tertinggi di Sidenreng Rappang (97,1%) dan terendah di Tana Toraja (57,1%), KF2 (7-28 hari) yaitu 26,9%, KF 3 (29 - 49 hari) yaitu 29,4% dan KF lengkap yaitu 15,5% (Dinkes Sulsel, 2018). Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Periode masa nifas yang berisiko terhadap komplikasi pasca persalinan terutama terjadi pada periode tiga hari pertama setelah melahirkan.

Sejumlah penelitian menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara daerah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan nifas. Penelitian di Kamboja menunjukkan bahwa pelayanan nifas saat 24 jam pertama setelah persalinan lebih tinggi terjadi di daerah urban dibandingkan di daerah rural (Kim, dkk., 2013). Berdasarkan hasil penelitian (Luthfiyah, 2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan, kunjungan ANC, kuintil kekayaan, tempat persalinan, penolong persalinan, dan jarak ke fasilitas

atan dengan pemanfaatan pelayanan nifas pada wanita usia subur di h rural Indonesia.



Pemanfaatan pelayanan nifas oleh ibu pasca persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hasil penelitian Susanti (2017), ditemukan bahwa sikap, pendidikan, jarak kehamilan, memengaruhi ibu dalam memanfaatkan pelayanan nifas. Hasil penelitian lainnya juga secara signifikan menunjukkan bahwa pendidikan dan pengetahuan ibu postpartum memengaruhi pelaksanaan kunjungan masa nifas (Gustrini, 2016). Menurut Abota (2018) bahwa usia ibu selama kehamilan pertama menunjukkan hubungan yang signifikan dimana para ibu dalam kisaran usia 20-24 lebih besar kemungkinannya untuk melakukan pemeriksaan nifas dibandingkan dengan ibu dalam kelompok umur 15-19 tahun selama kehamilan pertama mereka, sedangkan dari hasil penelitian Khanal (2014) menemukan bahwa tingginya pemanfaatan pelayanan nifas terjadi pada kelahiran anak pertama (61,8%) dan kedua atau ketiga (41,2%).

Penelitian tentang pemanfaatan pelayanan nifas di Indonesia masih jarang dilakukan, khususnya di Sulawesi Selatan. Padahal pemanfaatan pelayanan nifas masih rendah. Disisi lain, target cakupan pelayanan nifas dikabupaten/kota pada tahun 2015 sebesar 90% (Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008). Pelayanan nifas penting diberikan karena masa nifas masih beresiko mengalami perdarahan atau infeksi yang dapat mengakibatkan kematian ibu. Mengacu pada persoalan diatas maka perlu upaya penanganan masalah rendahnya pemanfaatan pelayanan nifas.

Asarkan data population base diharapkan hasil peneltian ini dapat kontribusi dengan pemanfaatan pelayanan nifas. Oleh karena itu, penulis



bermaksud melakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan nifas di Wilayah Perkotaan dan Perdesaan Sulawesi Selatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian yaitu bagaimana hubungan pemeriksaan nifas pada pasangan suami istri (Pasutri) di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, urutan kelahiran, kunjungan ANC, tempat persalinan, kuintil kekayaan, jarak ke fasilitas kesehatan, dan komplikasi persalinan.

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. Mengetahui hubungan umur dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.



- b. Mengetahui hubungan pendidikan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- c. Mengetahui hubungan pekerjaan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- d. Mengetahui hubungan urutan kelahiran dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- e. Mengetahui hubungan kunjungan ANC dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- f. Mengetahui hubungan tempat persalinan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- g. Mengetahui hubungan kuintil kekayaan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.
- h. Mengetahui hubungan jarak ke fasilitas kesehatan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.



- i. Mengetahui hubungan komplikasi persalinan dengan pemeriksaan nifas pada Pasangan Suami Istri (Pasutri) yang pernah melahirkan di wilayah perkotaan dan perdesaan Provinsi Sulawesi Selatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Program kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab instansi kesehatan saja. Namun, perlu adanya peran pemerintah daerah untuk berkontribusi dalam menyuksekkannya. Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberi informasi, masukan atau pertimbangan bagi penentu kebijakan program pelayanan nifas, dapat menjadi bahan evaluasi pelaksanaan program maupun perencanaan program, serta dapat meningkatkan pelayanan nifas khususnya di Sulawesi Selatan.

2. Manfaat Teknis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam memperkaya wawasan mengenai factor yang berhubungan dengan pelayanan *nifas* yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan acuan bagi peneliti selanjutnya.

3. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini merupakan pengalaman yang berharga bagi peneliti sendiri dalam mengembangkan pengetahuan dan penyelesaian studi pada jurusan Biostatistik/KKB Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas

asanuddin.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Kesehatan

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Kebutuhan akan layanan kesehatan membutuhkan 5 elemen yakni :

a. *Accesbility*

Definisi dan aspek konsep akses ke perawatan medis yang ditinjau dan diintegrasikan ke dalam kerangka kerja yang memandang kebijakan kesehatan seperti yang dirancang untuk mempengaruhi karakteristik sistem penyedia layanan kesehatan dan populasi berisiko dalam rangka membawa perubahan dalam pemanfaatan kesehatan pelayanan perawatan dan kepuasan konsumen dengan pelayanan tersebut. Akses dapat berupa ketersediaan finansial dan sumber pelayanan kesehatan di dalam suatu daerah. Baik rural maupun urban, harus memiliki akses yang seimbang untuk pelayanan kesehatan.

b. *Availability*

Ketersediaan dalam pelayanan kesehatan. Namun, tidak semua pelayanan kesehatan dapat tersedia untuk beberapa populasi yang



berbeda, atau para dokter mungkin memiliki kecenderungan yang berbeda untuk menawarkan pengobatan bagi para pasien dengan kebutuhan yang sama dari kelompok populasi yang berbeda.

c. *Knowledge*

Pengetahuan dalam pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan. Terutama mengenai perawatan atau pengobatan. Pengetahuan diperlukan sebagai titik puncak untuk mencapai sikap dan perilaku.

d. *Attitude*

Sikap atau perilaku kesehatan adalah suatu respons (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit, penyakit dan sistem pelayanan kesehatan. Pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang pelayanan kesehatan akan merasakan kemampuan secara lebih dalam hal meningkatkan kewaspadaan mereka dalam menjaga kesehatan.

e. *Beliefs*

Kadang-kadang disuatu daerah atau tempat, penduduk di dalamnya memiliki berbagai macam kepercayaan yang berkaitan dengan layanan kesehatan, yang tentu saja memberikan dampak pada status kesehatan penduduk tersebut. Misalnya, di daerah Jawa Tengah, ada kepercayaan bahwa ibu hamil pantang makan telur karena akan mempersulit persalinan dan pantang makan daging karena akan menyebabkan pendarahan yang banyak. Ternyata hal ini sangat mempengaruhi daya tahan dan kesehatan bayi. Selain itu, larangan untuk memakan buah-



buah-buahan seperti pisang, nenas, ketimun dan lain-lain bagi wanita hamil juga masih dianut oleh beberapa kalangan terutama masyarakat di daerah perdesaan.

B. Tinjauan Umum Tentang Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau *puerperium* berasal dari bahasa latin, yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan (Bahiyatun, 2008). Menurut Rukiyah (2014) bahwa masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira enam minggu. *Puerperium* adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode *intrapartum*) hingga kembalinya reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2014).

Nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan masa nifas adalah masa pasca persalinan. Selama masa nifas, vagina akan terus-menerus mengeluarkan darah yang mengandung trombosit, sel-sel

a, sel-sel mati (*nekrosis*), serta sel-sel dinding rahim (*endometrium*) yang disebut *lochia* (Dinkes Sulsel, 2018).



Wanita yang melalui periode *puerperium* disebut *puerpura*. Batasan waktu nifas yang paling singkat tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu yang relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari. Jadi masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2014).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Rukiyah (2014) selama bidan memberikan asuhan sebaiknya bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada ibu nifas. Tujuan diberikannya asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik secara fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan *skrining* yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
- c. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.



- d. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilaksanakan.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

3. Tahapan Masa nifas

Secara umum, masa nifas dibagi menjadi tiga tahap/periode yaitu :

- f. *Puerperium* dini, yaitu suatu masa kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- g. *Puerperium* intermedial, yaitu kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang enam minggu.
- h. *Remote Puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun (Heryani, 2012).

4. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Setelah Proses Persalinan terdapat perubahan fisiologi yang terjadipada ibu selama masa nifas. Beberapa perubahan fisiologi yang terjadi pada persalinan normal adalah sebagai berikut:



a. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Mitayani (2014) perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

1) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) *Iskemia Miometrium* : hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) *Atrofi jaringan* : *atrofi* jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) *Autolysis* : merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot *uterus*. *Enzim proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek Oksitosin: oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke



uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

2) Lhokia

Akibat *involutio uteri*, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan *lochia*. *Lochia* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa atau alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochia* mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochia* mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochia dapat dibagi menjadi *lochia rubra*, *sanguilenta*, *serosa* dan *alba*.

Umumnya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270ml.

3) Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat



sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau pun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

b. Perubahan sistem pencernaan

Sistem *gastrointestinal* selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal (Wheeler, 2013). Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu Makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.



2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan algesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid atau pun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain:

- a) Pemberian diet atau makanan yang mengandung serat.
- b) Pemberian cairan yang cukup.
- c) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

c. Perubahan Tanda-Tanda Vital

- 1) Suhu badan : setelah melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, setelah dua jam pertama melahirkan suhu badan akan kembali normal.



- 2) Nadi dan pernafasan : nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah melahirkan, dan dapat terjadi *bradikardia*. Bila terdapat *takikardia* dan suhu tubuh tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebihan pada penderita, sedangkan pernafasan akan sedikit lebih meningkat setelah melahirkan kemudian kembali seperti keadaan seperti semula.
- 3) Tekanan darah : setelah melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Bila terjadi *hipertensi post partum* akan menghilang dengan sendirinya bila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan.

5. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Menurut Yanti dan Sundawati, (2014). Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain :

- a. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologi selama masa nifas.
- b. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- c. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.



- d. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- e. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- f. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarga mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
- g. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- h. Memberikan asuhan secara professional.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk: menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi; melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan banyinya; mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas; menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. Adapun asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan nifa antara lain (Yanti dan

Indawati, 2014).



- a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam *postpartum*) : mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*; mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan *atonia uteri*; pemberian ASI awal; mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi basetelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik. Menurut Varney (2014), selama *puerperium* awal bidan sebaiknya menemui wanita sedikitnya satu hari sekali. Setiap kunjungan meliputi aspek sebagai berikut:

1) Tinjauan Catatan Klien

Sebelum bidan memulai kunjungan, bidan meninjau setiap bagian perawatan kelahiran dan *antepartum* yang belum diketahuinya sehingga dapat memiliki pengetahuan ketika berbicara dengan ibu baru tersebut. Hal ini meliputi kewaspadaan terhadap adanya komplikasi pada status kesehatan bayi baru lahir. Peninjauan catatan sejak kelahiran juga membantu bidan mengetahui catatan tanda-tanda vital ibu, hasil laboratorium, penggunaan obat-obatan, dan setiap komentar dari perawat. Catatan perkembangan dan program sebelumnya juga ditinjau.



Waktu yang sudah berlalu sejak kelahiran, dalam jam atau hari, dipastikan untuk mengidentifikasi temuan fisik yang diharapkan.

2) Riwayat

Saat bidan memulai kunjungannya, topic pertamanya adalah kelahiran. Saat wanita membagi pengalamannya, memberi informasi yang dapat divalidasi atau diperbaiki, dan memberi petunjuk topic mana yang merupakan masalah besar baginya. Informasi tambah anda pat ditanyakan untuk mengkaji pemulihan fisik dan kemajuan ibu dalam belajar menjadi orang tua bagi anaknya yang baru lahir.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan selama periode *pasca partum* awal meliputi sebagai berikut:

- a) Pengkajian tanda - tanda vital termasuk kecenderungan selama periode setelah kelahiran.
- b) Pemeriksaan payudara termasuk menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui.
- c) *Auskultasi* jantung dan paru-paru, sesuai indikasi keluhan ibu, atau perubahan nyata pada penampilan atau tanda-tanda vital.
- d) Evaluasi bagian perut ibu terhadap *involutio uterus* dan kandung kemih.



- e) Evaluasi nyeri tekan sudut *costo-vertebral angle* (CVA) jika di indikasikan oleh keluhan maternal atau tanda-tanda klinis.
 - f) Pengkajian perineum terhadap memar, edema, hematoma dan penyembuhan setiap jahitan. Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau *lokhia* Pemeriksaan anus terhadap adanya *haemoroid*
 - g) Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya edema, nyeri tekan atau panas pada betis dan refleks.
- b. Kunjungan ke-2 (6 hari *postpartum*) : memastikan *involution uteri* berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan *abnormal*; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan; memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui; memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c. Kunjungan ke-3 (2 minggu *postpartum*) : Asuhan pada 2 minggu *post partum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *post partum*.
- d. Kunjungan ke-4 (6 minggu *post partum*) : Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa *nifas*; memberikan konseling KB secara dini.



7. Komplikasi Masa Nifas

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas, antara lain :

a. Perdarahan

Perdarahan pada masa nifas ada dua macam , yaitu (Ferrer, 2001);

- 1) Perdarahan primer, yaitu perdarahan berlebihan (600 ml atau lebih) dari saluran genitalia yang terjadi dalam waktu 12-24 jam setelah melahirkan. Penyebabnya adalah kegagalan uterus untuk mencapai atau mempertahankan status kontraksi.
- 2) Perdarahan sekunder, yaitu perdarahan yang terjadi sejak 24 jam sesudah melahirkan dan umumnya disebabkan oleh infeksi akibat retensi produk pembuahan didalam uterus.

b. Infeksi Masa Nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Ibu beresiko terjadi infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, leserasi pada saluran genital termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina dan serviks, infeksi post SC kemungkinan yang terjadi (Heryani, 2012).

c. *Postpartum blues*

Postpartum blues adalah periode emosional stress yang terjadi antara hari ke-3 dan hari ke-10 setelah persalinan yang terjadi 80% pada ibu nifas dengan gejala iritabilitas yang meningkat, perubahan mood, cemas, pusing, serta perasaan sedih dan sendiri (Bahiyatun, 2008).



8. Program Tindak Lanjut Asuhan masa nifas di Rumah

Suatu kunjungan rumah akan mendapat lebih banyak kemajuan apabila direncanakan dan diorganisasikan dengan baik. Bidan perlu meninjau kembali catatan kesehatan ibu, rencana pengajaran dan catatan lain yang bisa digunakan sebagai dasar wawancara dan pemeriksaan serta pemberian perawatan lanjutan yang diberikan. Setelah kunjungan tersebut direncanakan, bidan harus mempersiapkan semua peralatan yang diperlukan, materi instruksi dan keterangan yang dapat di berikan kepada keluarga yang akan dikunjungi (Saleha, 2015).

Setelah melahirkan ibu memasuki masa nifas dimana sebelum pulang dari tempat bidan, ibu harus diberikan beberapa petunjuk untuk melakukan perawatan baik terhadap dirinya maupun terhadap bayinya, hal ini dapat dilakukan ibu dan dibantu oleh suami, maupun keluarganya agar ibu dapat mempelajari semua yang harus dilakukan maka ibu diberikan buku pegangan agar jika ibu lupa melakukannya ibu dapat melihat ulang apa yang harus dilakukan (Saleha, 2015).

Kunjungan rumah *postpartum* memiliki keuntungan yang sangat jelas karena membuat bidan dapat melihat dan berinteraksi dengan anggota keluarga didalam lingkungan yang alami dan aman. Bidan mampu mengkaji kecukupan sumber yang ada dirumah, demikian pula keamanan dirumah dan lingkungan sekitar. Kedua data tersebut bermanfaat untuk

erencanakan pengajaran atau konseling kesehatan. Kunjungan rumah
lebih mudah dilakukan untuk mengidentifikasi penyesuaian fisik dan



psikologis yang rumit (Saleha,2015). Menurut Saleha (2015) selain keuntungan, kunjungan rumah *postpartum* juga memiliki keterbatasan yang masih sering dijumpai, yaitu sebagai berikut:

- a. Besarnya biaya untuk mengunjungi pasien yang jaraknya jauh.
- b. Terbatasnya jumlah bidan dalam memberi pelayanan kebidanan.
- c. Kekhawatiran tentang keamanan untuk mendatangi pasien di daerah tertentu.

C. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Nifas.

Pelayanan nifas adalah pelayanan/ praktek perawatan pencegahan dan penilaian rutin untuk mengidentifikasi dan menangani atau merujuk komplikasi pada ibu dan bayi guna memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayinya (Warren, dkk., 2006). Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan (Kemenkes RI, 2017).

1. Tujuan Umum Pelayanan Nifas.

Tujuan umum dari pelayanan dan perawatan ibu masa nifas yaitu (Bahiyatun, 2008):

Memulihkan kesehatan umum penderita

- 1) Menyediakan makanan sesuai kebutuhan



- 2) Mengatasi anemia
 - 3) Mencegah infeksi dan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi
 - 4) Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah.
- b. Mempertahankan psikologis
 - c. Mencegah infeksi dan komplikasi
 - d. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)
 - e. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan normal.

2. Tatalaksana pelayanan nifas.

Pelayanan kesehatan ibu nifas sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu (Kemenkes RI,2017):

- a. Pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan
- b. Pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pascapersalinan, dan
- c. Pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Adapun jenis pelayanan masa nifas yang diberikan terdiri dari (Kemenkes RI, 2017):

- a. Pelayanan pada ibu nifas
 - 1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu
 - 2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - 3) Pemeriksaan lochia dan perdarahan



- 4) Pemeriksaan jalan lahir
 - 5) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
Pemberian kapsul vitamin A Pelayanan KB PP
 - 6) Konseling, dan
 - 7) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas
- b. Pelayanan pada bayi baru lahir
- 1) Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
 - 2) Manajemen Terpadu Bayi Muda yang merupakan bagian dari
Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
 - 3) Skrining Bayi Baru Lahir
 - 4) Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi kepada ibu dan
keluarganya.

Menurut WHO (Kemenkes RI, 2017) Pelayanan pasca persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) yang kompeten dan memiliki STR. Pelayanan nifas juga tidak berarti ibu nifas yang mendatangi tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan. Namun, didefinisikan sebagai kontak ibu nifas dengan tenaga kesehatan baik dalam gedung maupun luar gedung fasilitas kesehatan (termasuk bidan di desa/polindes/poskesdes dan kunjungan rumah) (Buku PWS-KIA, Depkes, 2003 dalam Riskesdes, 2010).



D. Tinjauan Umum tentang Wilayah Perkotaan dan Perdesaan

1. Pengertian Wilayah Perkotaan (*Urban*)

Wilayah Perkotaan (*Urban*) adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan.

2. Pengertian Wilayah Perdesaan (*Rural*)

Wilayah Perdesaan (*Rural*) adalah status suatu wilayah administrasi setingkat desa/kelurahan yang belum memenuhi kriteria klasifikasi wilayah perkotaan.

3. Kriteria Wilayah Perkotaan dan Perdesaan

Kriteria wilayah perkotaan adalah persyaratan tertentu dalam hal kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/asks pada fasilitas perkotaan yang dimiliki suatu desa/kelurahan untuk menentukan status perkotaan suatu desa/kelurahan.

Ada beberapa fasilitas perkotaan, yaitu:

- a. Sekolah Taman Kanak-Kanak (TK)
- b. Sekolah Menengah Pertama
- c. Sekolah Menengah Umum
- d. Pasar
- e. Pertokoan
- f. Bioskop

Rumah Sakit

Hotel/Bilyar/Diskotek/Panti Pijat/Salon



- i. Persentase Rumah Tangga yang menggunakan Telepon
- j. Persentase Rumah Tangga yang menggunakan Listrik

Penentuan nilai/skor untuk menetapkan sebagai wilayah perkotaan dan perdesaan atas desa/kelurahan adalah:

- a. Wilayah perkotaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor sepuluh atau lebih.
- b. Wilayah perdesaan, apabila dari kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki mempunyai total nilai/skor di bawah.

Nilai/skor kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan yang dimiliki ditetapkan sebagai berikut:



Tabel 2.1 Nilai/Skor Kriteria Wilayah Perkotaan dan Perdesaan

Kriteria				Keberadaan/akses pada fasilitas perkotaan		
Kepadatan penduduk per Km ²	Nilai/Skor	Persentase Rumah Tangga Pertanian	Nilai/Skor	Fasilitas Perkotaan	Kriteria	Nilai/Skor
< 500	1	> 70,00	1	a. Sekolah Taman Kanak – Kanak	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau ≤ 2,5 km*) • > 2,5 km*) 	1
500 – 1249	2	50,00 – 69,99	2	b. Sekolah Menengah Pertama		0
1250 – 2499	3	30,00 – 49,99	3	c. Sekolah Menengah Umum		
2500 – 3999	4	20,00 – 29,99	4	d. Pasar	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau ≤ 2 km*) • > 2 km*) 	1
4000 – 5999	5	15,00 – 19,99	5	e. Pertokoan		0
6000 – 7499	6	10,00 – 14,99	6	f. Bioskop	<ul style="list-style-type: none"> • Ada atau ≤ 5 km*) • > 5 km*) 	1
7500 – 8499	7	5,00 – 9,99	7	g. Rumah Sakit		0
> 8500	8	<5,00	8	h. Hotel/Bilyar/Dis kotek/Pantai Pijat/Salon	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak Ada 	1 0
				i. Persentase RT Telepon	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 8,00 • < 8,00 	1 0
				j. Persentase RT Listrik	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 9,00 • < 9,00 	1 0

Catatan: *) Jarak tempuh diukur dari Kantor Desa/Kelurahan

Sumber: BPS, 2010

E. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan salah satu data nasional survey rumah tangga yang dilakukan sebagai bagian dari proyek internasional ‘*demographic and Health Survey*’ atau DHS. Survei sebelumnya

diaksanakan pada tahun 1987, 1991, 1994, 2002-2003, 2007, 2012 dan yang

terakhir adalah 2017.



Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilaksanakan bersama oleh Badan Pusat Statistika (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Pengumpulan data berlangsung dari tanggal 24 Juli hingga 30 September 2017. Pendanaan survey disediakan oleh Pemerintah Indonesia. Dalam teknis pelaksanaannya, Pemerintah Indonesia dibantu oleh *ICF* melalui proyek *Demographic and Health Survey (DHS) Program*, yaitu program *United States Agency for International Development (USAID)* yang menyediakan dana dan bantuan teknis dalam pelaksanaan survey kependudukan dan kesehatan di banyak Negara.

1. Tujuan Survei

Tujuan utama SDKI 2017 adalah menyediakan estimasi terbaru indikator dasar demografi dan kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Adapun SDKI 2017 dirancang khusus untuk mencapai beberapa tujuan sebagai berikut:

- a. Menyediakan data mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, serta pengetahuan tentang HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) untuk pengelola program, pengambilan kebijakan, dan peneliti guna membantu mereka dalam mengevaluasi dan meningkatkan program yang ada;
- b. Mengukur tren angka fertilitas dan pemakaian KB, serta mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi perubahannya, seperti pola dan status perkawinan, daerah tempat tinggal,



- pendidikan, kebiasaan menyusui,serta pengetahuan,penggunaan, dan ketersediaan alat/cara kontrasepsi;
- c. Mengukur pencapaian sasaran yang dibuat oleh program kesehatan nasional, khususnya kesehatan ibu dan anak;
 - d. Menilai partisipasi dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh pria serta keluarganya;
 - e. Menyediakan data dasar yang secara internasional dapat dibandingkan dengan Negara-negara lain dan dapat digunakan oleh para pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti dalam bidang KB,fertilitas dan kesehatan.

2. Rancangan Sampel

Desain *sampling* SDKI 2017 dirancang untuk dapat menyajikan estimasi level nasional dan provinsi. Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus yang meliputi daerah perkotaan dan perdesaan. Jumlah blok sensus tersebut diharapkan diharapkan akan dapat diperoleh jumlah sampel rumah tangga sebanyak 49.250 rumah tangga. Dari seluruh sampel rumah tangga tersebut diharapkan akan dapat diperoleh sekitar 59.100 responden wanita usia subur umur 15-49 tahun. 24.625 responden remaja pria belum kawin umur 15-24 tahun, dan 14.193 responden pria kawin umur 15-54 tahun. Kerangka sampel SDKI 2017 menggunakan Master Sampel Blok Sensus dari hasil Sensus Penduduk 2010 (SP2010). Sedangkan kerangka sampel pemilihan rumah tangga menggunakan daftar rumah tangga biasa hasil



pemutakhiran rumah tangga dari blok sensus terpilih. Daftar rumah tangga biasa ini termasuk rumah tangga khusus seperti panti asuhan, barak polisi/militer, penjara, dan indekos dimana di dalamnya terdapat minimal 10 orang yang kos dengan makan.

Desain *Sampling* yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah sampling dua tahap berstrata, yaitu:

- a. Tahap 1: memilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) sistematis dengan *size* jumlah rumah tangga hasil *listing* SP2010. Dalam hal ini, sistematis dilakukan dengan proses implisit stratifikasi menurut perkotaan dan perdesaan serta dengan menggunakan blok sensus berdasarkan kategori *Wealth Index* dari hasil SP2010.
- b. Tahap 2: memilih 25 rumah tangga biasa di setiap blok sensus terpilih secara sistematis dari hasil pemutakhiran rumah tangga secara sistematis dari 25 rumah tangga tersebut.

3. Kuesioner

Pelaksanaan SDKI 2017 menggunakan 4 (empat) jenis kuesioner yaitu kuesioner rumah tangga, wanita usia subur (WUS), pria kawin (PK), dan remaja pria (RP). Terkait perubahan cakupan sampel individu wanita dari wanita pernah kawin (WPK) umur 15-49 tahun dalam SDKI 2017 menjadi WUS umur 15-49 tahun, maka kuesioner WUS ditambahkan pertanyaan-pertanyaan untuk wanita belum kawin umur 15-24 tahun. Tambahan pertanyaan ini merupakan bagian dari



kuesioner Kesehatan Reproduksi Remaja tahun 2007. Kuesioner rumah tangga dan wanita umur 15-49 tahun mengacu pada kuesioner DHS (*Demographic Health Surveys*) Phase 7 tahun 2015 yang sudah mengakomodasi beberapa isu terbaru sesuai keterbandingan internasional. Namun demikian, ada beberapa pertanyaan yang tidak diadopsi oleh SDKI 2017 karena kurang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Selain itu, penambahan pertanyaan disesuaikan dengan muatan lokal/spesifik Indonesia terkait program di bidang kesehatan dan keluarga berencana di Indonesia dan penyesuaian kategori jawaban.

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk mencatat seluruh anggota rumah tangga dan tamu yang menginap semalam sebelum wawancara di rumah tangga terpilih, serta mencatat keadaan tempat tinggal rumah tangga terpilih. Pertanyaan dasar anggota rumah tangga antara lain umur, jenis kelamin, status perkawinan, sumber air minum, jenis kakus, jenis lantai, jenis atap, jenis dinding, dan kepemilikan aset rumah tangga. Informasi mengenai kepemilikan aset menggambarkan status sosial-ekonomi rumah tangga tersebut. Kegunaan utama kuesioner rumah tangga adalah menentukan responden wanita dan pria yang memenuhi syarat untuk diwawancarai perseorangan (*eligible responden*).

Kuesioner WUS digunakan untuk mengumpulkan informasi dari wanita umur 15-49 tahun. Topik yang ditanyakan kepada wanita tersebut adalah:



- a. Latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media)
- b. Riwayat kelahiran
- c. Kontrasepsi
- d. Kehamilan dan pemeriksaan sesudah melahirkan
- e. Imunisasi anak (kelahiran terakhir dan kelahiran sebelum anak terakhir)
- f. Kesehatan dan gizi anak
- g. Perkawinan dan kegiatan seksual
- h. Preferensi fertilitas
- i. Latar belakang suami/pasangan dan pekerjaan responden
- j. HIV-AIDS
- k. Isu kesehatan lainnya

Khusus untuk wanita umur 15-24 tahun yang belum pernah kawin, ditanyakan:

- a. Latar belakang tambahan responden
- b. Pengetahuan dan pengalaman mengenai sistem reproduksi manusia
- c. Perkawinan dan anak
- d. Peran keluarga, sekolah, masyarakat, dan media
- e. Rokok, minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang
- f. Pacaran dan perilaku seksual

Kuesioner PK digunakan untuk mengumpulkan informasi dari pria berstatus kawin umur 15-54 tahun pada 8 dari 25 sampel rumah tangga



SDKI 2017 di setiap blok sensus terpilih. Informasi yang dikumpulkan mencakup:

- a. Latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media)
- b. Riwayat kelahiran
- c. Kontrasepsi
- d. Perkawinan dan kegiatan seksual
- e. Preferensi fertilitas
- f. Pekerjaan dan isu gender
- g. HIV AIDS
- h. Isu kesehatan lainnya

Kuesioner RP mencakup pertanyaan yang sama dengan pertanyaan yang diajukan pada remaja wanita belum pernah kawin umur 15-24 tahun dalam kuesioner WUS.

4. Uji Coba

Sebelum memulai kegiatan pengumpulan data dilapangan, kuesioner diujucobakan terlebih dahulu pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2016. Tujuan uji coba adalah menguji apakah semua pertanyaan sudah jelas dan dapat dimengerti dengan mudah oleh responden. Semua materi survey dan prosedur pelaksanaan survey juga diuji.

Uji coba dilaksanakan di Kabupaten Pidie dan Kota Banda Aceh di Provinsi Aceh; Kabupaten gunung Kidul, dan Sleman di Provinsi DI



Yogyakarta; serta di Kabupaten Maluku Tengah dan Ambon di Provinsi Maluku. Di setiap kabupaten dipilih satu blok sensus perkotaan atau perdesaan. Setiap kabupaten dibentuk satu tim untuk pencacahan lapangan. Berdasarkan temuan hasil uji coba, dilakukan penyempurnaan terhadap kuesioner rumah tangga dan kuesioner individu.

5. Pelatihan Petugas

Pelatihan petugas merupakan salah satu kegiatan penting dalam pelaksanaan SDKI 2017. Pelatihan petugas bertujuan menyamakan persepsi petugas terhadap konsep dan definisi operasional dari variabel - variabel yang ditanyakan dalam SDKI 2017. Pelatihan SDKI 2017 dimulai dengan pelatihan instruktur Utama (Intama), pelatihan Koordinator Lapangan (Korlap), pelatihan Instruktur Nasional (Innas), dan pelatihan petugas lapangan. Tiga hal penting yang harus dicapai pada setiap proses pelatihan meliputi:

- a. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami isi kuesioner yang akan digunakan
- b. Setiap peserta pelatihan harus membaca dan memahami konsep definisi yang terdapat dalam buku pedoman
- c. Setiap peserta pelatihan harus memahami cara wawancara dan cara mengisikan hasil wawancara kedalam kuesioner.

Sejumlah 1.160 orang berpartisipasi dalam pelatihan sebagai pewawancara, pemeriksa (editor), dan pengawas. Pelatihan



berlangsung pada awal Juli 2017 di Sembilan pusat pelatihan yaitu Sumatra Utara, Sumatra Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Papua, dan Papua Barat. Pelatihan dilaksanakan dalam bentuk diskusi untuk memudahkan proses belajar mengajar. Materi pelatihan meliputi konsep dan definisi, pengetahuan, pengalaman, alur pertanyaan, dan konsistensi antar pertanyaan terkait dengan rumah tangga. WUS, PK, RP, pengawasan, dan editor lapangan. Selain itu juga dilakukan latihan wawancara dengan mendatangkan responden (*role playing*) dan uji coba di lapangan (*try out*). Hal ini dilakukan agar seluruh petugas dapat melakukan wawancara dengan baik dan dapat mengisi kuesioner dengan benar sesuai buku pedoman.

Dalam kegiatan uji coba dilapangan, setiap pewawancara mencari responden yang memenuhi syarat untuk diwawancarai. Setelah wawancara selesai, kuesioner diserahkan kepada editor untuk diperiksa.

6. Pelaksanaan Lapangan

Dalam pelaksanaannya, SDKI 2017 melibatkan 145 tim pada kegiatan lapangan. Satu tim terdiri dari delapan orang yaitu; 1 orang pengawas, 1 orang editor untuk WUS dan PK, 4 orang wanita pewawancara WUS, 1 orang pria pewawancara PK (yang merangkap sebagai editor RP), dan 1 orang pria pewawancara RP. Kegiatan lapangan berlangsung dari tanggal 24 Juli sampai 30 September 2017.



7. Pengolahan Data

Seluruh kuesioner SDKI 2017 yang sudah diisi termasuk lembar pengesahan dikirim ke BPS Pusat di Jakarta untuk diolah. Pengolahan terdiri dari pemeriksaan isian, pemberian kode pada jawaban pertanyaan terbuka, perekaman data, verifikasi, dan pengecekan kesalahan di komputer. Tim pengolahan terdiri dari 34 orang editor, 112 orang perekam data, 33 petugas *compare*, 19 orang *secondary editor*, dan 2 orang pengawas perekaman data. Perekaman data dilakukan sebanyak dua kali (*double entry*) oleh dua orang perekam data yang berbeda untuk menjaga kualitas data. Selanjutnya kedua hasil perekaman data dibandingkan oleh petugas *compare*, kemudian dilakukan perbaikan data pada hasil perekaman yang tidak konsisten. Perekaman dan pemeriksaan data dilakukan menggunakan program komputer *Census and Survey Processing system* (CSPRO) yang khusus dirancang untuk mengolah data semacam SDKI.

8. Hasil Kunjungan

Hasil SDKI 2017 disajikan dalam dua laporan yang terpisah. Laporan pertama diperoleh dari hasil wawancara dengan wanita umur 15-59 tahun dan semua pria kawin umur 15-54 tahun. Hasil wawancara dengan pria belum pernah kawin umur 15-24 tahun disajikan dalam laporan khusus mengenai kesehatan reproduksi remaja (KRR) bagian dari SDKI.



F. Tinjauan Umum Tentang Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Nifas

Perilaku seseorang ketika diserang penyakit dan merasakan sakit bermacam-macam. Perilaku ataupun respon seseorang ketika sakit menurut Natoatmodjo (2012), yaitu :

- a. Tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa
- b. Tindakan mengobati sendiri
- c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*tradisional remedy*)
- d. Mencari pengobatan dengan membeli obat di warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya
- e. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta
- f. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicene*)

Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan (Natoatmodjo, 2012).

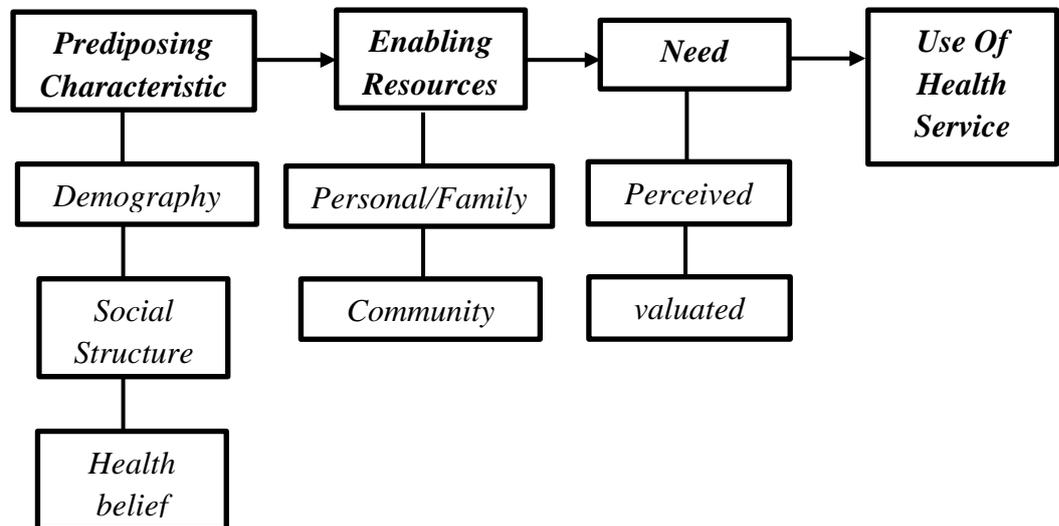
Anderson (1960-an) menggambarkan model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu karakteristik

disposisi, sumber daya pendukung dan kebutuhan (Anderson, 1995).

Model Anderson diilustrasikan pada bagan 2.1



Gambar 2.1
Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

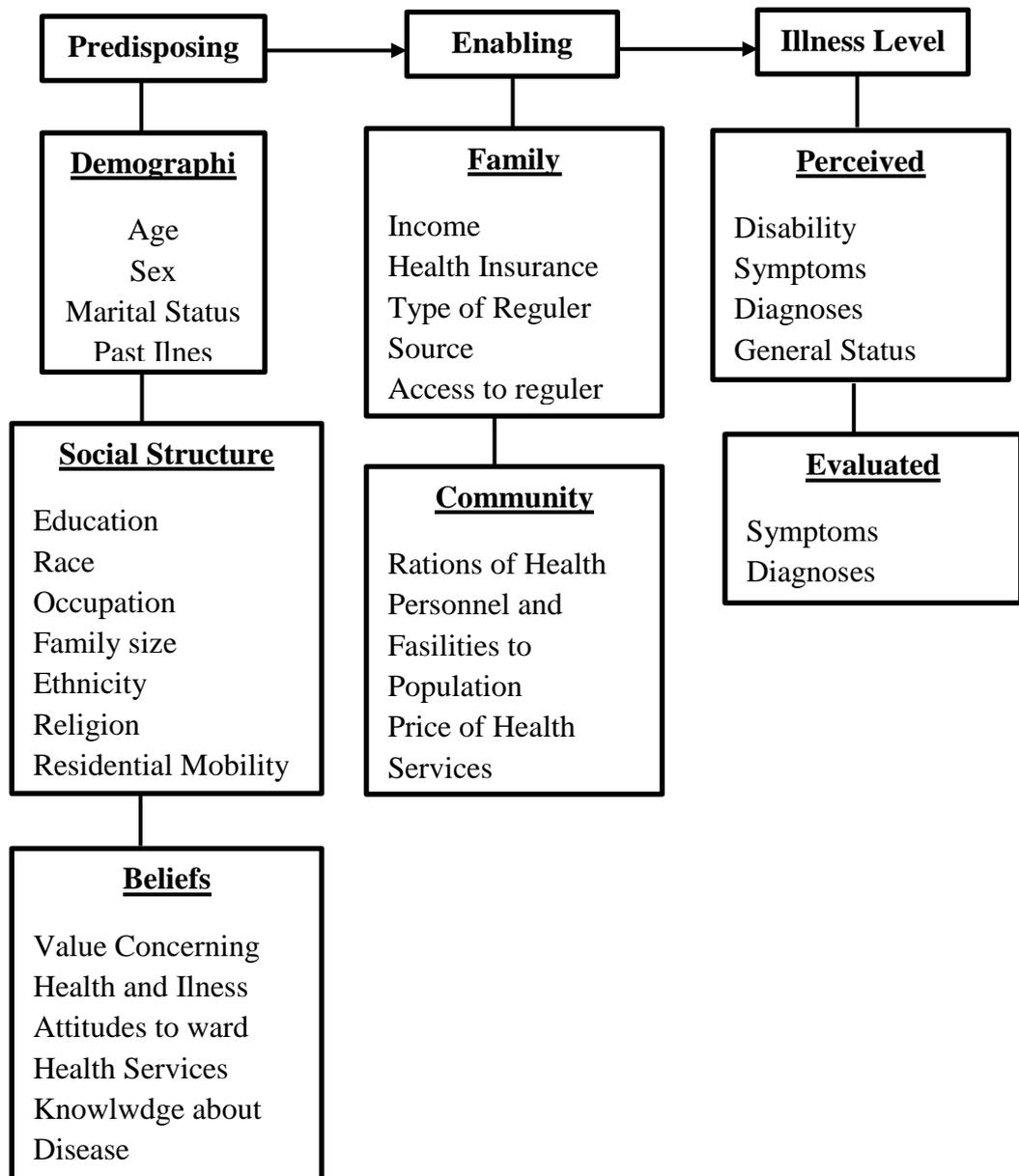


Sumber: Anderson (1995)

Berdasarkan bagan tersebut, faktor Predisposisi meliputi tiga hal, yaitu demografi, struktur sosial, dan kepercayaan kesehatan. Sedangkan faktor pendukung meliputi dukungan pada keluarga dan komunitas serta faktor kebutuhan meliputi kebutuhan yang dirasakan dan yang dinilai.



Gambar 2.2
Determinan Individu dalam Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan



Sumber: Anderson dan Newman (2005)

Bagan 2.2 memperlihatkan determinan individu dalam pemanfaatan layanan kesehatan sebagai salah satu komponen teori perilaku pemanfaatan layanan kesehatan yang kembali dipublikasikan oleh Anderson dan



Newman 1973 (Anderson dan Newman, 2005). Mereka menekankan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu karakteristik sistem pelayanan kesehatan, perubahan teknologi, norma sosial, dan perawatan penyakit, dan determinan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Anderson dan Newman, 2005). Pada sub bab ini penulis hanya membahas determinan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai acuan kerangka teori penelitian dapat dilihat pada bagan 2.2

Menurut Anderson (1974) yang dikutip Notoatmojo (2012), menjelaskan bahwa ada beberapa model kepercayaan kesehatan dimana ketika setiap individu memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung tiga kategori utama diantaranya :

1. Karakteristik Presdisposisi (*Presdisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Karakteristik presdisposisi meliputi faktor demografi, struktur social dan sikap atau keyakinan tentang kesehatan.

Faktor demografi seperti usia, dan jenis kelamin merupakan variabel yang sangat erat berkaitan dengan kesehaan dan penyakit. Perawatan medis yang diterima antara kelompok usia akan berbeda karena memiliki jenis dan jumlah penyakit yang berbeda. Riwayat penyakit pada masa lalu juga menjadi variabel demografi karena terdapat bukti yang menemukan

ahwa orang yang mengalami masalah kesehatan dimasa lalu adalah yang



paling mungkin untuk membuat keputusan dalam perawatan medis di masa depan.

Faktor struktur sosial mencerminkan penentu status seseorang dalam masyarakat, kemampuannya dalam mengatasi masalah yang ada dan keadaan sehat tidaknya lingkungan fisik tempat dia berada, pendidikan, pekerjaan, dan etnis merupakan contoh faktor struktur sosial yang mungkin berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pelayanan kesehatan.

Selain demografi dan struktur sosial, keyakinan terhadap kesehatan juga menjadi variabel dari predisposisi. Keyakinan terhadap kesehatan adalah sikap, nilai dan pengetahuan seseorang tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan yang memengaruhi persepsi kebutuhan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Keyakinan terhadap kesehatan merupakan suatu hal yang dapat menjelaskan bagaimana struktur sosial dapat memengaruhi sumber daya pendukung, kebutuhan dan selanjutnya memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Dalam pengaplikasiannya, karakteristik predisposisi merupakan komponen yang memengaruhi ibu dalam pemanfaatan pelayanan nifas. Faktor-faktor predisposisi yang memengaruhi adalah sebagai berikut.

a. Umur

Umur merupakan usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat



kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Husnah, 2011).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), umur adalah lamanya waktu yang dijalani seseorang untuk hidup yang ditentukan sampai ulang tahun terakhir orang tersebut yang diukur dalam tahun berjalan. Umur dapat diartikan sebagai waktu yang dilalui oleh manusia untuk melakukan suatu proses tumbuh dan berkembang sejak dilahirkannya baik secara fisik, psikologi, sosial dan reproduksi. Berdasarkan usia subur atau masa reproduksi wanita, Siswosudarmo, dkk membagi usia wanita dalam tiga periode, yaitu (Sumaila, 2011):

1) Usia < 20 Tahun (Usia Reproduksi Muda)

Pada periode ini wanita dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai sekurang-kurangnya berusia 20 tahun karena pada periode ini wanita belum mempunyai kemampuan mental dan sosial yang cukup untuk mengurus anak.

2) Usia 20-35 Tahun (Usia Reproduksi Sehat)

Periode ini merupakan usia ideal untuk hamil dan melahirkan, namun pada periode ini diharapkan wanita dapat menjarangkan kehamilan dengan jarak dua kehamilan antara empat sampai lima tahun.

3) Usia > 35 Tahun (Usia Reproduksi Tua)

Kehamilan dan persalinan pada periode usia ini tidak hanya berisiko tinggi terhadap anak tetapi juga ibunya. Morbiditas dan



mortalitas ibu dan anak meningkat dengan tajam pada periode usia ini sehingga diharapkan menggunakan kontrasepsi mantap.

Menurut penelitian yang dilakukan Abota (2018), bahwa usia ibu selama kehamilan pertama menunjukkan hubungan yang signifikan dimana para ibu dalam kisaran usia 20-24 lebih besar kemungkinannya untuk melakukan pemeriksaan nifas dibandingkan dengan ibu dalam kelompok umur 15-19 tahun selama kehamilan pertama mereka.

b. Pendidikan

Pendidikan didefinisikan sebagai usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan Negara (UU RI No. 12 tahun 2012). Pendidikan formal merupakan jalur pendidikan terstruktur dan berjenjang yang meliputi pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi (UU RI No. 9 tahun 2009).

Berdasarkan Tap.MPR No.II/MPR/1993, tentang GBHN dijelaskan bahwa tujuan pendidikan nasional adalah untuk meningkatkan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, kecerdasan, keterampilan, mempertinggi budi pekerti, memperkuat kepribadian, dan mempertinggi semangat kebangsaan agar tumbuh manusia-manusia



pembangunan yang dapat membangun dirinya serta bersama-sama bertanggung jawab atas pembangunan bangsa.

Pendidikan berperan terhadap perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2012). Pendidikan pada umumnya menyebabkan tingginya pemanfaatan pelayanan kesehatan (Morerealle dalam Luthfiah, 2014). Penelitian Susanti (2017) dan Wolio (2017) menemukan bahwa terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kunjungan masa nifas.

c. Pekerjaan

Perkejaan yang sering disebut sebagai profesi adalah sesuatu yang dilakukan manusia yang dilakukan dengan cara yang baik dan benar dengan tujuan mendapatkan imbalan berbentuk uang untuk memenuhi kebutuhan hidup (Sofianty, dkk., 2007). Alasan bekerja selain untuk mendapatkan uang adalah untuk mengembangkan potensi atau kemampuan diri. Namun, terdapat juga pekerjaan yang dilakukan untuk kepentingan bersama dan tidak menghasilkan uang seperti seorang ibu rumah tangga yang bekerja untuk mengurus rumah dan mengatur keperluan keluarga (Sofianty, dkk., 2007).

Pada saat ini banyak para ibu yang bekerja diluar rumah karena tuntutan ekonomi dan keluarga. Beberapa penelitian menemukan bahwa pekerjaan wanita berhubungan dengan pemanfaatna pelayanan nifas. Menurut Sharma, dkk. (2014), pekerjaan ibu berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatn pelayanan nifas. Selain itu Abota dan Atenafu, (2018) menemukan bahwa pekerjaan wanita secara signifikan



berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan nifas, ibu wiraswasta lebih mungkin melakukan pemeriksaan pascanatal dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki pekerjaan.

d. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian yang dilakukan Gustirini (2016) di Palembang menemukan bahwa sebagian besar yang memiliki pengetahuan baik melakukan kunjungan nifas dengan lengkap sebesar 83,4%. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan Rahayu, dkk (2017) menemukan bahwa pengetahuan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kunjungan ibu nifas dalam pemeriksaan pasca bersalin.

e. Urutan Kelahiran

Ibu yang melahirkan bayi dengan urutan kelahiran tinggi lebih kecil kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan nifas dibandingkan ibu yang melahirkan bayi pertama kali atau dengan urutan kelahiran rendah. Pengalaman dan pengetahuan yang telah mereka dapatkan dari kelahiran anak sebelumnya memengaruhi



persepsi mereka tentang kebutuhan akan pemeriksaan kesehatan pasca persalinan, yaitu pelayanan nifas.

f. Kunjungan Pelayanan Antenatal (ANC)

Pelayanan *Antenatal Care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan. pelayanan antenatal merupakan upaya untuk menjaga kesehatan ibu pada masa kehamilan, sekaligus upaya menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi serta intervensi dasar dan khusus (Depkes RI, 2009). Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga (Kemenkes RI, 2010).

2. Sumber Daya Pendukung (Anderson, 1995)

Setiap orang memiliki kecenderungan masing-masing dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan karakteristik predisposisinya. Namun, untuk bisa memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut, mereka harus memiliki berbagai sumber daya pendukung. Sumber daya pendukung didefinisikan sebagai suatu kondisi yang

memungkinkan seseorang atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sumber daya pendukung meliputi



sumber daya individu/keluarga dan sumber daya komunitas. Pendapatan, asuransi kesehatan, sumber rutin perawatan, aksesibilitas merupakan contoh sumber daya pendukung.

Ketersediaan fasilitas ke pelayanan kesehatan merupakan contoh sumber daya pendukung komunitas. Jika jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan dalam komunitas cukup banyak dan dapat digunakan tanpa antri, maka kemungkinan penduduk disana akan lebih sering memanfaatkannya.

Selain itu, wilayah Negara, sifat daerah urban-rural dari masyarakat dimana keluarga tinggal juga menjadi sumber daya pendukung komunitas. Hal-hal tersebut kemungkinan terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan karena adanya norma-norma local atau masyarakat yang memengaruhi perilaku hidup dalam masyarakat.

Adapun sumber daya pendukung yang memengaruhi ibu dalam pemanfaatan pelayanan nifas adalah sebagai berikut.

a. Kuintil Kekayaan

Status atau kuintil kekayaan diyakini berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan nifas. Ibu dengan status keluarga kaya lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan nifas (Khanal, dkk., 2014). Hal ini karena adanya sumber dana yang mereka miliki untuk memperoleh layanan berikutnya pasca persalinan, seperti pelayanan nifas.



Temuan tersebut juga sama dengan hasil penelitian bahwa ibu yang mempunyai tingkat ekonomi menengah-tinggi lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan nifas dibandingkan ibu yang rendah tingkat ekonominya (Nugraha,2013 dalam Luthfiah, 2014). Khanal, dkk (2014) juga menjelaskan bahwa wanita dengan tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi menyadari manfaat dari mendapatkan pelayanan nifas melalui berbagai media seperti televise, surat kabar, dan teman-temannya dibandingkan wanita dengan tingkat social ekonomi rendah.

b. Tempat Persalinan

Unicef (201) melaporkan bahwa proporsi persalinan di fasilitas kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu sebesar 55% dan adanya kesenjangan yang besar dimana persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 113% di daerah urban lebih tinggi daripada di daerah rural. Selain itu, lebih dari setengah perempuan di 20 provinsi tidak mampu atau tidak mau menggunakan jenis fasilitas kesehatan apapun, sebagai penggantinya mereka melahirkan di rumah mereka sendiri.

Ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan juga dapat memperoleh informasi tentang tanda-tanda bahaya untuk kesehatan ibu dan bayi dibandingkan ibu yang melahirkan di rumah. Ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan biasanya juga akan diperiksa kesehatannya dalam beberapa jam setelah melahirkan oleh petugas kesehatan sebagai salah satu rangkaian dari pelayanan persalinan. Salah satu penelitian



mengatakan Bahwa tempat persalinan adalah salah satu prediktor terkuat pemanfaatan layanan perawatan nifas. Para ibu yang melahirkan anak terakhir mereka di institusi kesehatan adalah 1,68 kali lebih mungkin mendapatkan pemanfaatan layanan perawatan nifas bila dibandingkan dengan ibu-ibu yang melahirkan anak terakhir mereka di rumah (Limenih, dkk., 2016).

c. Penolong Persalinan

Saat proses persalinan, sebaiknya ibu ditolong oleh penolong persalinan utama. Penolong persalinan utama, misalnya dokter, obsetri, dokter anak, dokter keluarga, perawat praktisi, atau perawat bidan bersertifikat (Stright, 2005).

Beberapa penelitian menemukan bahwa penolong persalinan berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan nifas (Kim, dkk., 2013; Khanal, dkk., 2014). Ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga yang terlatih lebih besar kemungkinannya untuk memanfaatkan pelayanan nifas daripada ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga yang tidak terlatih (Kim, dkk., 2013).

Salah satu tugas bidan adalah melakukan pemantauan pada ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan serta melakukan tindakan yang diperlukan (Syarifuddin dan Hamidah, 2009). Bidan juga bertugas memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada minggu ke-2 dan minggu ke-6 setelah persalinan.



Paudel, dkk (2013) berpendapat bahwa penolong persalinan berkaitan dengan tempat persalinan. Ketika ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, maka dipastikan tenaga kesehatan tersedia. Sehingga, sebagai bagian dari perawatan persalinan, tenaga kesehatan juga akan menilai situasi ibu dalam beberapa jam setelah melahirkan.

d. Akses ke Fasilitas Kesehatan

Akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan menjadi salah satu pertimbangan bagi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan nifas. Hasil penelitian Kim, dkk. (2013) menemukan bahwa 36% wanita menyatakan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan menjadi kendala terbesar bagi mereka untuk memanfaatkan pelayanan nifas.

Titaley, dkk. (2010) menemukan bahwa di Jawa Barat, masalah jarak fasilitas kesehatan yang jauh, kondisi jalan yang buruk, terbatasnya waktu untuk pergi dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang tersedia, khususnya di daerah terpencil, menjadi kendala bagi wanita hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal, persalinan di fasilitas kesehatan sehingga pemanfaatan pelayanan nifas. Jarak ke pelayanan kesehatan terdekat dengan kondisi jalan buruk menyebabkan mereka harus berjalan selama 2 jam. Situasi menjadi lebih buruk selama musim hujan ketika jalan licin.



e. Daerah Tempat Tinggal

Sejumlah penelitian menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara daerah tempat tinggal dengan pemanfaatan pelayanan nifas. Penelitian di Kamboja menunjukkan bahwa pelayanan nifas saat 24 jam pertama setelah persalinan lebih tinggi terjadi di daerah urban dibandingkan di daerah rural (Kim, dkk., 2013). Hal serupa juga ditemukan di Nepal bahwa prevalensi kunjungan pelayanan segera setelah melahirkan lebih tinggi terjadi di daerah urban (Khanal, dkk., 2014). Hasil penelitian tersebut juga secara signifikan menunjukkan bahwa ibu di daerah urban lebih besar kemungkinannya untuk berkunjung ke pelayanan nifas dalam 42 hari setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena di daerah pegunungan dan perdesaan di Nepal kurang memiliki akses ke pelayanan umum, seperti jalan, transportasi, dan pelayanan kesehatan.

3. Kebutuhan

Faktor predisposisi dan factor pendukung untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila hal itu dirasakan sebagai kebutuhan (Anderson, 1974 dalam Natoatmodjo, 2010). Dengan kata lain, kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, jika tingkat predisposisi dan pendukung tidak ada. Bahkan menurut Anderson, kebutuhan (*need*) merupakan variabel yang memberi kontribusi sekitar 43% dan merupakan factor terkuat dalam memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan (Anies, 2006).



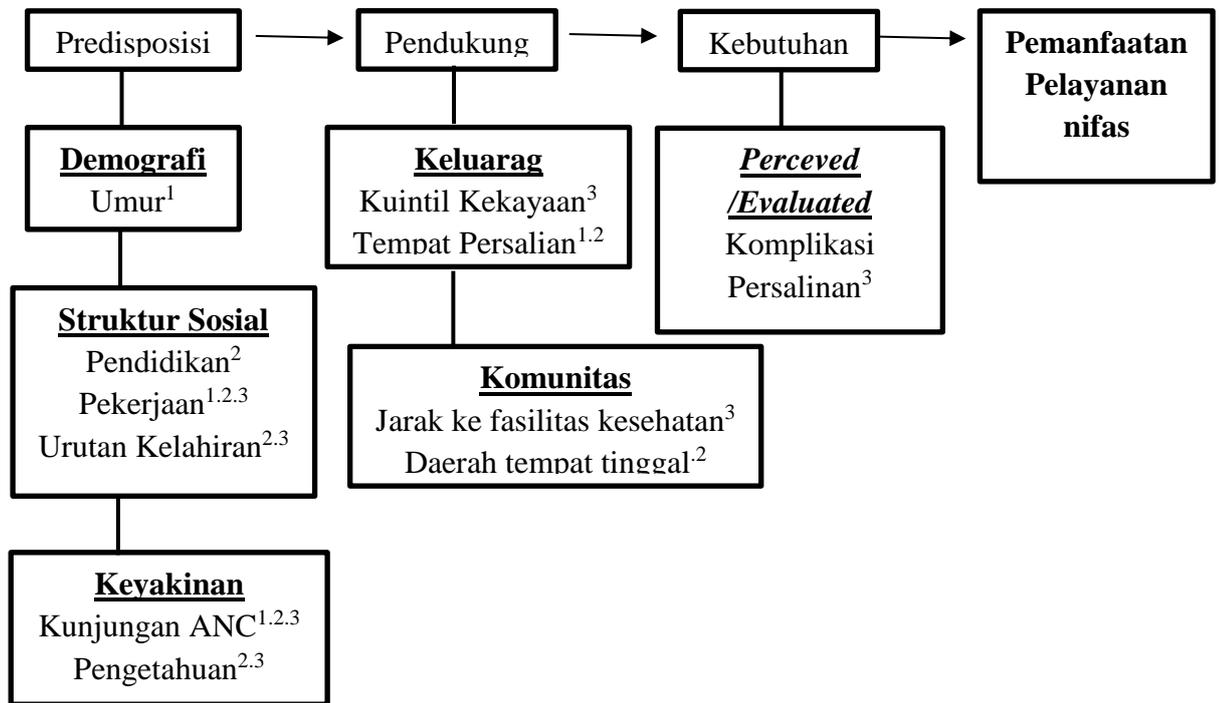
Kebutuhan disini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu kebutuhan yang dirasakan (*perceived*) dan kebutuhan yang dinilai (*evaluated*). *Perceived need* merupakan keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu sebagai manifestasi dari besarnya rasa ketakutan akan penyakitnya dan hebatnya rasa sakit yang dideritanya (Anies, 2006). Sedangkan *evaluated need* merupakan penilaian dokter yang merawat tentang beratnya penyakit sebagai hasil pemeriksaan medis dan diagnosis dokter (Anies, 2006).

Komplikasi persalinan merupakan faktor kebutuhan ibu dalam memanfaatkan pelayanan nifas. Hasil penelitian Limenih, dkk (2016) mengungkapkan bahwa penggunaan postnatal layanan perawatan telah secara signifikan dipengaruhi oleh persalinan komplikasi saat melahirkan. Ibu yang menghadapi persalinan komplikasi saat melahirkan adalah 2,58 kali lebih mungkin untuk mendapatkan layanan perawatan nifas daripada ibu yang tidak menghadapi komplikasi saat melahirkan.

G. Kerangka Teori

Berdasarkan model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan dari Anderson (1960-an) dan berbagai factor yang diketahui memengaruhi pemanfaatan pelayanan nifas oleh ibu pasca persalinan, maka dapat diilustrasikan model pemanfaatan pelayanan nifas sebagai berikut.





Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Anderson dan Newman (2005), Abota dan Atenafu (2018)¹, Khanal, dkk (2014)², Luthfyah (2014)³

Pada bagan tersebut, hubungan antar pemanfaatan pelayanan nifas dengan faktor-faktornya tidak bersifat langsung. Secara berurutan faktor predisposisi memengaruhi faktor pendukung lalu memengaruhi faktor kebutuhan yang kemudian memengaruhi pemanfaatan pelayanan nifas. Namun, Anderson (1995) menjelaskan bahwa hubungan ini dapat bersifat langsung karena perbedaan kemampuan setiap variabel dalam memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tergantung pada jenis pelayanannya.

