

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah yang Maha Esa, atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita. Berkat pertolongan-Nya, penulisan hasil penelitian ini bisa rampung tepat pada waktunya. Hasil penelitian ini disadari masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan di dalam penyajiannya. Melalui prakata ini penulis dengan kerendahan hati membuka diri terhadap saran, kritikan ilmiah dan membangun dalam rangka penyempurnaan lebih lanjut.

Terselesaikannya penelitian ini tidak lepas dari bimbingan dan petunjuk, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang seluas-luasnya kepada Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, M.Kes. selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat PPS Unhas, Dr. dr. H. Muh Syafar, MS selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan.

Saya ucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc, Ph.D selaku Ketua Komisi Penasehat, Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc sebagai Anggota Komisi Penasehat, Prof. Dr. dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH dan Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS selaku tim penguji. Terima kasih atas bimbingan dan kesabarannya selama proses perkuliahan hingga selesainya penulisan hasil penelitian ini.

Tidak lupa saya ucapkan terima kasih kepada segenap dosen dan karyawan di lingkungan Program Pascasarjana Unhas, seluruh rekan-

rekan mahasiswa angkatan 2006 yang tidak sempat penulis sebut satu persatu. Terima kasih yang tulus saya haturkan kepada Walikota Makassar, Bapak Ir. H. Ilham Arif Siradjuddin, M.M. dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar, dr. Hj. Naisyah T. Azikin, M.Kes. atas kesempatan dan izin yang diberikan sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Hasanuddin.

Kepada kedua orang tua dan saudara-saudaraku dengan penuh kesabaran memberikan motivasi kepada penulis. Terkhusus kepada suami tercinta yang begitu tulus memberi dorongan spirit dan perhatiannya dalam proses perkuliahan sampai tahap penyelesaian. Akhirnya, semoga karya ilmiah ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, agama, dan bangsa.

Makassar, Juli 2008.

Penulis

ABSTRACT

ARDIN SANI. *Pregnant Mothers' Performance during Antenatal Care in the Working Area of Barandasi and Carangki Community Health Centres, in Maros Regency* (supervised by Veni Hadju and Ridwan M. Thaha)

The study aims to investigate the factors which affect the frequency of the pregnant mothers' visit to the community health centres (visit 1 and visit 4), the health officials' role in terms of improving the antenatal care service quality, and the community's perception of and beliefs in pregnant mothers in the regency.

The study reveals that the infrequent visits are due to the mothers' different interpretations of the importance of frequent visits for antenatal care, particularly in the first trimester, not knowing the number of visit to go, the belief that pregnancy is a natural thing therefore let nature take care of it, and the assumption of similar roles between midwife and traditional healer. Other causes are the distance to the community centres for antenatal care, the misconception of the benefit of consuming iron pills, less family support, strong belief in the traditional healer, and the strong belief in 7 month pregnant ritual before visiting the antenatal care centre.

The services provided by the health care workers in the centres are in line with the standard service for antenatal care (5 T) but the service quality has not yet fulfilled the pregnant mothers' expectation (security and satisfaction). The society's common belief indicates that pregnant mothers should never examine their pregnancy in the health care centres before 'Mappassili' rituals particularly in the odd year of pregnancy, and the strong belief in traditional healer that they could fix the foetus position and predict the delivery time.

It is suggested that health promotion effort should be improved particularly on the promotion of the importance of early pregnancy care (first trimester), partnership effort between traditional healers and midwives, and family empowerment (Husband Alert Programme).

Keywords: antenatal care, pregnant mothers' behaviour, tradition.

ABSTRAK

ARDIN SANI. *Perilaku Ibu Hamil dalam Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Barandasi dan Puskesmas Carangki Kabupaten Maros (dibimbing oleh Veni Hadju dan Ridwan M. Thaha)*

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih menduduki urutan tertinggi di Negara ASEAN sebesar 307/100.000 kelahiran hidup. Ibu hamil meninggal dunia akibat masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya menjaga ibu hamil. AKI sangat erat hubungannya dengan faktor perilaku kesehatan dan pelayanan kesehatan.

Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penyebab rendahnya cakupan kunjungan ibu hamil (K1 dan K4), peran petugas kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan antenatal, dan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat pada ibu hamil di Kabupaten Maros.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan ethnografi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab rendahnya cakupan kunjungan ibu hamil adalah tidak meratanya pengetahuan akan pentingnya memeriksakan kehamilan sejak trisemester pertama, ketidaktahuan jumlah kunjungan yang seharusnya, masih adanya pemahaman bahwa kehamilan adalah sesuatu yang alami, anggapan perlakuan yang sama antara bidan dan dukun, biaya dan jarak ke tempat pelayanan antenatal, masih adanya anggapan salah tentang manfaat tablet besi, rendahnya dukungan keluarga, kepercayaan terhadap dukun beranak masih tinggi, dan masih adanya keyakinan harus melakukan ritual selamat tujuh bulanan sebelum memeriksakan diri ke bidan terutama pada kehamilan ganjil. Pelayanan petugas kesehatan sesuai standar pelayanan antenatal yaitu 5 T, akan tetapi kualitas pelayanan belum memenuhi hak-hak ibu hamil (rasa aman dan kepuasan). Nilai – nilai / tradisi yang dianut masyarakat pada ibu hamil adalah pantangan memeriksakan kehamilan sebelum "Mappassili" terutama pada kehamilan anak ganjil, kepercayaan terhadap dukun beranak bahwa bisa memperbaiki posisi janin dan memprediksi keadaan saat melahirkan. Disarankan agar upaya promosi kesehatan perlu ditingkatkan terutama sosialisæsi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan sejak dini (trisemester pertama). Upaya kemitraan antara bidan dengan dukun dan tokoh masyarakat dan pemberdayaan keluarga (program Suami SIAGA).

Kata kunci : antenatal care, perilaku ibu hamil, tradisi.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
PRAKATA	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum Perilaku	10
B. Pencarian Pelayanan Kesehatan	13
C. Aspek Sosial Budaya	18
D. Tinjauan Umum Perspektif Antropologi	23
E. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Antenatal	27
F. Penelitian-penelitian yang Telah Dilakukan Sebelumnya	34
G. Kerangka Konsep	39
H. Defenisi Konsep	42
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Desain Penelitian	43
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	43

C. Teknik Penentuan Informan	44
D. Teknik Pengumpulan Data	45
E. Analisis Data	53
F. Keabsahan Data	53
G. Tahap-tahap Pelaksanaan	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	56
A. Hasil Penelitian	56
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	56
2. Karakteristik Informan	58
3. Analisis Perilaku Ibu Hamil dalam Antenatal Care	60
B. Pembahasan	80
1. Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K1 dan K4)	80
2. Peran Petugas Kesehatan dalam Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan Antenatal	90
3. Nilai-nilai yang dianut oleh Masyarakat pada Ibu Hamil	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	105
A. Kesimpulan.....	105
B. Saran	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia merupakan permasalahan penting yang perlu mendapat perhatian serius. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan dan Demografi Indonesia (SKDI) tahun 2002 diperoleh angka kematian ibu di Indonesia 307 per 100.000 kelahiran hidup. Ibu hamil meninggal dunia akibat masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya menjaga ibu hamil. Tingginya angka kematian ibu selain menunjukkan derajat kesehatan masyarakat, juga dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat dan kualitas pelayanan kesehatan.

Penyebab langsung angka kematian ibu adalah trias perdarahan, infeksi dan keracunan kehamilan. Penyebab kematian langsung tersebut tidak dapat sepenuhnya dimengerti tanpa memperhatikan latar belakang (*underlying factor*) yang mana bersifat medik maupun non medik. Di antara faktor non medik antara lain keadaan kesejahteraan ekonomi, keluarga, pendidikan ibu, lingkungan hidup dan perilaku.

Berdasarkan hasil study Geelhoed, dkk, tahun 2006 di Scandinavia, menunjukkan bahwa ANC < 4 kali merupakan faktor risiko kejadian anemia dengan OR = 1,9.

Peningkatan kesehatan ibu dan bayi di Indonesia adalah salah satu komitmen Departemen Kesehatan melalui penerapan rencana penurunan angka kematian dan angka kesakitan ibu dan bayi. Target untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dari 307/100.000 kelahiran hidup menjadi 225/100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) dari 35/1000 kelahiran hidup menjadi 20/1000 kelahiran hidup. Adapun target Internasional Angka Kematian Ibu di bawah 125/100.000 kelahiran hidup tahun 2005 dan 75/100.000 kelahiran hidup tahun 2015, dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 15/1000 kelahiran hidup (www.who.or.id, 2004).

Program kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program pokok di puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap kesakitan dan kematian. Dalam mengayomi kelompok rentan ini banyak kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas dalam upaya penurunan angka kesakitan dan kematian. Salah satunya melalui kegiatan pelayanan antenatal (ANC) yang adekuat (Depkes RI, 1992).

Masalah kematian ibu dan anak merupakan salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat. Penelitian menunjukkan bahwa IMR (*Infant Mortality Rate*) sangat erat kaitannya dengan lingkungan hidup dan sanitasi lingkungan dan keadaan gizi masyarakat. Angka kematian bayi (IMR) sangat berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keadaan gizi masyarakat. Jika IMR tinggi, artinya pelayanan kesehatan dan keadaan

gizi masyarakat masih rendah. Adapun *Maternal Mortality Rate* (MMR) atau angka kematian ibu sangat erat hubungannya dengan faktor perilaku kesehatan dan pelayanan kesehatan.

Tiga faktor utama penyebab kematian ibu adalah faktor medik (langsung dan tidak langsung), faktor sistem pelayanan (sistem pelayanan antenatal, sistem pelayanan persalinan dan sistem pelayanan pasca persalinan dan pelayanan kesehatan anak), faktor ekonomi, sosial budaya dan peran serta masyarakat/kurangnya pengenalan masalah, terlambatnya proses pengambilan keputusan, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan, pengaruh utama gender, dan peran masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak (Ardiansyah, dkk, 2006).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan setiap tahunnya sekitar 4.500.000 wanita melahirkan di Indonesia dan sekitar 15.000 mengalami komplikasi yang menyebabkan kematian (www.who.or.id, 2004).

Di Negara kita Angka Kematian Ibu (AKI) masih menduduki urutan tertinggi di Negara ASEAN, sebesar 307/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 35/1000 kelahiran hidup. AKB yang terendah adalah Singapura yaitu 3/1000 kelahiran hidup (www.pikiran rakyat cyber media, 2004).

Menurut portal promosi kesehatan tahun 2001 angka kematian ibu di Indonesia sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup dan angka

kematian ibu yang diharapkan pada tahun 2010 adalah sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup.

Di tahun 2004 persentasi cakupan K1 secara nasional sebesar 88,09% dan K4 sebesar 77 % sedangkan di Sulawesi Selatan cakupan K1 88,09% dan cakupan K4 sekisar 65% (hasil pemutakhiran data tingkat pusat, data indikator SPM kabupaten/kota, subdit. Kebidanan & Kandungan Dit. Kesehatan Keluarga) sedangkan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Depkes RI 2003 cakupan kunjungan ibu hamil K1 80,7% dan cakupan kunjungan ibu kamil K4 95%.

Berdasarkan laporan yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Maros pada tahun 2004 cakupan K1 75,23% dan K4 sebesar 73,89%, pada tahun 2005 K4 sebesar 71,24 % dan pada tahun 2006 K4 sebesar 75,32% (Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan).

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan antenatal, telah dilakukan pengukuran kualitas pelayanan antenatal dengan metode *COPE (Client Oriented Priver Efficent)* di Kabupaten Kediri menunjukkan bahwa pemenuhan hak ibu hamil masih kurang dalam hal Informasi tentang kehamilan, akses terhadap layanan, informasi tentang pelayanan, keamanan, *privacy and confidentiality, dignity, comfort and expression of opinion* (Astuti, 2006).

Di Tulung Agung sebanyak 61,1% ibu hamil merasa kurang aman, serta sebanyak 62,8% kurang terjaga *privacy*-nya. Komitmen *provider* atau petugas kesehatan masih rendah sebesar 70,2%. Kebutuhan

provider untuk mendapatkan informasi terkini dan pelatihan masih kurang (Arifin, 2006).

Rawannya kesehatan ibu memberi dampak yang bukan terbatas pada kesehatan ibu saja, tetapi dapat berpengaruh terhadap kesehatan janin/bayi. Dengan demikian upaya peningkatan kunjungan ibu hamil sangat tergantung pada persepsi ibu terhadap pemeriksaan kehamilan (perilaku/kebiasaan) dengan melakukan pemeriksaan kehamilan sedini mungkin secara teratur dapat mendeteksi risiko tinggi sedari awal (Budiarso, 1998).

Masa kehamilan merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada ibu hamil dan kematian saat persalinan. Selain itu untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan janin.

Antenatal Care (ANC) adalah penting untuk mengetahui dampak kesehatan bayi dan ibu sendiri. Fakta berbagai kalangan masyarakat di Indonesia menunjukkan masih banyak ibu-ibu yang menganggap kehamilan sebagai hal yang biasa, alamiah dan kodrati sehingga mereka merasa tidak perlu memeriksakan dirinya secara rutin ke bidan ataupun ke dokter.

Berdasarkan hasil penelitian-penelitian tersebut maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang *antenatal care* untuk mengetahui penyebab rendahnya cakupan K1 dan K4 agar pemeriksaan kehamilan

dimanfaatkan sedini dan semaksimal mungkin oleh masyarakat setempat sebagai upaya penurunan angka kematian ibu.

B. Rumusan Masalah

Penyelamatan ibu hamil di Indonesia merupakan masalah yang kompleks, bahkan melampaui sektor kesehatan. *Mortalitas* dan *morbilitas* masih tetap tinggi. Perawatan dan pelayanan selama masa kehamilan dan persalinan masih belum memadai. Faktor kontekstual termasuk status yang rendah dari wanita, keyakinan masyarakat, dan perilaku merupakan penyebab yang kompleks.

Komitmen *provider* kesehatan untuk menangani kematian ibu hamil masih kuat walaupun komitmen tersebut belum diterjemahkan dengan tepat kedalam pelayanan dan tingkat pengetahuan masyarakat masih rendah.

Menurut Ladipo, 2000, secara global 35% ibu hamil di negara berkembang tidak melakukan pelayanan antenatal sedangkan di Indonesia 72% ibu hamil di perkotaan melakukan pelayanan antenatal dan 57% di pedesaan.

Hasil pemutakhiran data tingkat pusat, data indikator SPM kabupaten/kota tahun 2004 menunjukkan K1 secara Nasional 88,09% dan K4 sebesar 77%. Adapun di Sulawesi Selatan K1 88,09% dan K4 sebesar 65% dan khusus Kabupaten Maros K1 75,23% dan K4 73,89%. Melihat

data tersebut masih jauh dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimana K1 80,7% dan K4 95%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Amiruddin, dkk, di Kabupaten Maros tahun 2004 menunjukkan bahwa akses ANC (K1) masih sangat rendah (33,7%) sedangkan pemanfaatan antenatal sesuai standar (K4) sebanyak 30,2% dan pelayanan antenatal lebih banyak dimanfaatkan oleh paritas beresiko (34,2%).

Menurut Irwan, 2003, di Majene pencarian pelayanan kesehatan khususnya pemeriksaan kehamilan masih dipengaruhi oleh kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak sehingga mempengaruhi pemeriksaan kehamilan pada sektor profesional dan tenaga kesehatan yang lain.

Berangkat dari permasalahan tersebut di atas maka perlu dilakukan analisis mengenai perilaku ibu hamil yang berkunjung atau menggunakan tempat pelayanan kesehatan dalam hal ini *Antenatal Care* (ANC), sehingga yang menjadi permasalahan bagi peneliti adalah sebagai berikut:

1. Mengapa ibu hamil jarang memeriksakan kehamilannya sedini mungkin ke petugas kesehatan.
2. Mengapa ibu hamil tidak menggunakan fasilitas kesehatan.
3. Mengapa ibu hamil lebih senang ke dukun.
4. Mengapa masyarakat tidak mendukung tenaga kesehatan untuk mengurangi angka kematian ibu.

5. Bagaimana nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat pada ibu hamil di Kabupaten Maros.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Adalah untuk memperoleh gambaran perilaku ibu hamil dalam *antenatal care* (ANC) di wilayah kerja Puskesmas Barandasi dan Puskesmas Carangki Kabupaten Maros.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk melakukan analisis secara kualitatif faktor penyebab rendahnya cakupan kunjungan ibu hamil (K1 dan K4) di wilayah kerja Puskesmas Barandasi dan Puskesmas Carangki Kabupaten Maros.
- b. Untuk melakukan analisis secara kualitatif peran petugas kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan antenatal di wilayah kerja Puskesmas Barandasi dan Puskesmas Carangki Kabupaten Maros.
- c. Untuk melakukan analisis secara kualitatif nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat pada ibu hamil di Kabupaten Maros.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Dengan diketahuinya perilaku ibu hamil dalam *antenatal care* maka program KIA di Puskesmas Barandasi dan Puskesmas Carangki Kabupaten Maros dapat dijadikan panduan dalam pelayanan ibu hamil sehingga memberi kontribusi pada program penurunan angka kematian ibu.

2. Manfaat Akademik

- a. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumbangan ilmiah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dalam upaya pelayanan kesehatan kepada ibu hamil serta menjadi informasi bagi peneliti selanjutnya.
- b. Dengan dilakukannya penelitian ini dapat menambah cakrawala berfikir, pengetahuan dan pengalaman penulis dalam bidang kesehatan.
- c. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan penyusunan strategi intervensi dalam meningkatkan kunjungan ibu hamil ke tempat pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhuk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku karena mereka mempunyai aktifitas masing-masing sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo S. 2003).

Skinner dalam Notoatmodjo, 2003, berpendapat bahwa perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulasi yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, respon ini dapat bersifat pasif maupun aktif.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu:

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila mana telah sembuh dari penyakit.

- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang bahkan dapat mendatangkan penyakit.

2. Perilaku Pencarian dan Penggunaan System atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan, atau sering disebut Perilaku Pencarian Pengobatan (*Health Seeking Behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini di mulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun social budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

B. Pencarian Pelayanan Kesehatan

Rendahnya utilisasi (penggunaan) fasilitas kesehatan, penyebabnya sering dilemparkan kepada jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat terlalu jauh (baik fisik maupun secara sosial), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan faktor persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit. Pada kenyataannya di masyarakat itu sendiri terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak *provider*. Perbedaan tersebut disebabkan karena persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dengan *provider* (Notoatmodjo, 1986).

Suchman (dalam Notoatmodjo, 1986) memberikan batasan perilaku sakit sebagai tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak (*discomfort*) atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu. Suchman menganalisa pola proses pencarian pengobatan atau pelayanan dari segi individu maupun petugas kesehatan. Terdapat lima macam reaksi dalam proses pencarian pengobatan / pelayanan kesehatan yaitu :

1. *Shopping* adalah proses pencarian alternatif sumber pengobatan guna menentukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa dan pengobatan sesuai dengan harapan si sakit.
2. *Fragmentation* adalah proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama. Contoh berobat ke dokter, sekaligus ke *sinshe* atau dukun.

3. *Procrastination* adalah proses penundaan pencarian pengobatan meskipun gejala penyakitnya sudah dirasakan.
4. *Self medication* adalah pengobatan sendiri dengan menggunakan berbagai ramuan atau obat-obatan yang dinilai tepat baginya.
5. *Discontinuity* adalah penghentian proses pengobatan.

Upaya dalam menentukan reaksi atau tindakannya sehubungan dengan gejala penyakit yang dirasakannya menurut Suchman, individu berproses melalui tahap-tahap :

1. Tahap pengenalan gejala. Pada tahap ini individu memutuskan bahwa dirinya dalam keadaan sakit yang ditandai dengan rasa tidak enak dan keadaan itu dianggapnya dapat membahayakan dirinya.
2. Tahap asumsi peran sakit. Karena merasa sakit dan memerlukan pengobatan. Individu mulai mencari pengakuan dari kelompok acuannya tentang sikap sakit itu.
3. Tahap kontak dengan pelayanan. Disini individu mulai menghubungi sarana kesehatan sesuai dengan pengalamannya atau informasi yang diperoleh dari orang lain tentang terjadinya jenis-jenis pelayanan kesehatan.
4. Tahap ketergantungan si sakit. Individu memusatkan bahwa dirinya, sebagai orang yang sakit dan ingin disembuhkan, harus menggantungkan diri dan pasrah kepada prosedur pengobatan. Dia harus mematuhi perintah orang yang akan menyembuhkan agar kesembuhan itu cepat tercapai.

5. Tahap penyembuhan atau rehabilitasi. Pada saat ini si sakit memutuskan untuk melepaskan diri dari peranan sebagai orang sakit. Hal ini terjadi karena dia sudah sehat kembali dan berfungsi seperti sedia kala.

Froidson menyatakan bahwa seluruh proses dalam mencari penentuan pelayanan kesehatan mencakup perangkat konsultan potensial, mulai pada batas-batas keluarga yang informal dan dekat melalui orang awam yang lebih terseleksi, lebih jauh dan lebih mempunyai otoritas sampai pada tingkat profesional. Hal ini disebut sebagai sistem rujukan awam yang meliputi 3 faktor :

1. Faktor Awam

Pada sektor inilah pertama kali kesakitan dikenali dan ditentukan. Hal ini melibatkan keluarga, teman dan tetangga. Perangkat informal inilah yang mungkin bisa membantu menafsirkan (memberi label) sebuah gejala, memberi nasehat bagaimana cara mencari bantuan medis.

Menurut Taylor (1991), ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi gejala Yaitu :

- a. Faktor perbedaan individual. Perbedaan-perbedaan individual dibedakan atas perbedaan perhatian, stress dan suasana hati (*mood*). Orang yang memusatkan perhatian pada diri sendiri lebih cepat memperhatikan adanya gejala dari pada orang yang memusatkan perhatian pada lingkungan serta kegiatan mereka. Bila orang berada di bawah tekanan stres mereka mungkin

percaya bahwa akan lebih mudah terserang kesakitan sehingga akan lebih memperhatikan tubuhnya.

- b. Faktor situasi. Situasi yang membosankan menyebabkan orang lebih memperhatikan terhadap adanya gejala dari pada situasi yang menarik. Suatu gejala cenderung lebih dirasakan pada saat sedang beristirahat daripada sibuk. Fokus perhatian adalah semua faktor situasional yang menimbulkan kesakitan atau gejala menonjol, membuat kesakitan atau gejala tersebut lebih mudah diketahui.
- c. Faktor perbedaan budaya. Studi antarbudaya menekankan perbedaan-perbedaan kultural dalam pengalaman serta penafsiran gejala. Contoh budaya-budaya dimana bantuan psikologis profesional jarang ada, masalah kesehatan mental tidak hanya ditafsirkan tapi juga dirasakan serta dilaporkan sebagai keluhan fisik.

2. Sektor Tradisional

Sektor ini menempati posisi tengah antara sektor awam dengan sektor profesional. Di Indonesia dukun termasuk dalam kelompok tradisional. Pencarian pertolongan perawatan kesehatan ibu hamil kepada pengobatan tradisional ini dilakukan oleh dukun beranak. Salah satu tujuan perawatan kehamilan adalah untuk memperoleh keselamatan. Salah satu contoh dapat dilihat pada masyarakat yang kepercayaannya begitu besar terhadap peraji.

3. Sektor Profesional

Para profesional kesehatan dari organisasi-organisasi profesi di bidang penyembuhan yang resmi dan ada sangsinya seperti dokter, perawat, bidan dan psikolog. Hubungan dari ketiganya sangat kompleks. Jenis bantuan yang diperlukan oleh seseorang sangatlah tergantung pada adanya pelayanan kesehatan, faktor finansial, keyakinan parahnya gejala dan sebagainya. Dengan kata lain orang sangatlah pragmatis, bahkan jika mereka terkena suatu penyakit yang disebabkan oleh hal-hal supranatural mungkin mereka masih pergi ke dokter untuk penyembuhan gejalanya, sedang penyebabnya mereka minta bantuan pada dukun (Kalangie, 1984).

Foster dan Anderson menyebutkan lima tahap di dalam proses menuju pemanfaatan pelayanan medis yaitu :

- a. Keputusan bahwa ada sesuatu yang tidak beres.
- b. Keputusan bahwa seseorang sakit dan membutuhkan perawatan profesional.
- c. Keputusan untuk mencari perawatan medis.
- d. Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang tetap.
- e. Keputusan untuk mengakhiri peran pasien.

Tahapan model di atas, semata-mata menekankan aspek proses pengambilan keputusan. Model ini mempunyai kelemahan sebab tahap-tahap tersebut jarang diikuti dengan cara linier. Model ini juga nampaknya

mengabaikan sektor awam atau sektor populer dan interaksinya dengan para ahli profesional. Oleh sebab itu, berdasarkan studi antarabudaya yang dilakukan oleh Zola, memberikan jawaban yang lebih jelas dengan mengidentifikasi adanya empat pemicu non fisiologis dalam memutuskan untuk mencari bantuan medis yaitu :

1. Tingkat kekawatiran seseorang terhadap gejala.
2. Hakikat dan kualitas gejala.
3. Krisis interpersonal.
4. Sanksi sosial.

C. Aspek Sosial Budaya

1. Aspek Sosial Budaya yang Berhubungan dengan Kesehatan Ibu

Faktor sosial-budaya mempunyai peran penting dalam memahami sikap dan perilaku menanggapi kehamilan, kelahiran serta perawatan bayi dan ibunya. Sebagian pandangan budaya mengenai hal-hal tersebut telah diwariskan secara turun-temurun dalam kebudayaan masyarakat yang bersangkutan. Oleh karena itu, meskipun petugas mungkin menemukan suatu bentuk perilaku atau sikap yang terbukti kurang menguntungkan bagi kesehatan, seringkali mudah bagi mereka untuk mengadakan perubahan terhadapnya, akibat telah tertanamnya keyakinan yang melandasi sikap dan perilaku itu secara mendalam pada kebudayaan warga komunitas tersebut (Meutia F., dkk, 1998).

Tingkah laku, kebiasaan adat istiadat, kepercayaan, pandangan hidup dan nilai-nilai berupa :

- a. Tabu adalah suatu tradisi, kepercayaan dan budaya masyarakat yang sudah mendarah daging dan sangat melekat pada masyarakat di wilayah setempat.
- b. Pamali adalah larangan-larangan ringan yang mempunyai sangsi di dunia dan lebih merupakan petunjuk di dunia berkaitan dengan kehamilan dan keselamatan bayi diantaranya :

Wanita hamil tidak boleh disentuh kehamilannya selain dukun sebelum kehamilannya 7 bulan. Pandangan ini berkaitan dengan istilah *Pasang Ri Kajang (Bahasa Konjo)* artinya suatu pesan petuah bagi masyarakat yang wajib ditaati secara turun temurun. Bila hal ini tidak ditaati yang bersangkutan akan terkena hukum *pasang*.

Masyarakat dimana pun di dunia ini mempunyai kategori tentang makanan yang didefenisikan secara budaya. Pada berbagai kebudayaan, kondisi hamil dianggap sebagai suatu kondisi khusus, yang bisa mendatangkan bahaya bagi dirinya atau bagi bayi dalam kandungan. Bahaya bisa dianggap datang dari berbagai lingkungan, baik alam nyata maupun alam gaib, dan terjadi pada berbagai macam situasi. Hal inilah yang mendorong timbulnya kepercayaan untuk memantau jenis-jenis makanan yang membahayakan kondisi ibu dan janinnya.

Pada masyarakat tertentu ada suatu keyakinan tentang dikotomi panas-dingin, yang menganggap bahwa kehamilan berada dalam keadaan panas sehingga ibu hamil dipantang untuk makan makanan yang dikategorikan bersifat panas. Sebaliknya ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang dipantang untuk dikonsumsi oleh ibu hamil seperti nanas muda (dianggap dapat menyebabkan keguguran), cumi-cumi besar dan gurita (dianggap menjadi penyebab kelaianan pada jari-jari kaki dan tangan si bayi), sayur terong, sayuran yang bergetah (dipercayai akan menyebabkan kesulitan melahirkan) sebaliknya sayuran yang berlendir diharuskan untuk dikonsumsi untuk memperlancar kelahiran (Anggorodi, 1998).

Berpantang makanan akan menghambat intake bahan makanan kaya gizi pada ibu hamil. Hal inilah yang dapat menimbulkan risiko berkembangnya masalah gizi pada periode dimana ibu hamil membutuhkan zat gizi tinggi. Studi yang dilakukan Irwan (2003) menemukan bahwa ibu hamil yang berpantang makanan untuk golongan hewani memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya kejadian anemi pada ibu hamil.

2. Aspek Budaya yang Mempengaruhi Status Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.

Faktor sosial-budaya mempunyai peran penting dalam memahami sikap dan perilaku menanggapi kehamilan, kelahiran serta perawatan bayi dan ibunya. Pandangan budaya mengenai hal-hal tersebut telah diwariskan turun-temurun dalam kebudayaan masyarakat

yang bersangkutan. Oleh karena itu, meskipun petugas kesehatan mungkin menemukan suatu bentuk perilaku atau sikap yang terbukti kurang menguntungkan bagi kesehatan, seringkali tidak mudah bagi mereka untuk mengadakan perubahan terhadapnya, akibat telah tertanamnya keyakinan yang melandasi sikap dan perilaku itu secara mendalam pada kebudayaan warga komunitas tersebut (Meutia F., dkk, 1998).

Beberapa alasan dasar mengapa pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat sangat berkenaan dengan persepsi dan kepercayaan terhadap penyakit, antara lain: (1) Masalah pemahaman, sikap positif, penerimaan dan adopsi masyarakat terhadap sistem medis barat yang disampaikan melalui teknologi pelayanan kesehatan primer tidak terjadi dalam waktu singkat seperti yang diharapkan. Kalau terjadi, maka dibutuhkan proses pengambilan keputusan dalam waktu yang panjang oleh penduduk. (2) Teknik komunikasi yang dipergunakan oleh penyampai (*provider*) belum berwawasan budaya masyarakat sasaran sehingga tidak jarang inovasi ditolak oleh masyarakat atau menimbulkan konflik kepercayaan walaupun perencanaan dan proses pelaksanaannya didasarkan atas kesimpulan penelitian mengenai kendala lapangan yang mungkin terjadi, khususnya yang berhubungan dengan perubahan perilaku (Ridwan Thaha, 2001).

Menurut G.M.Foster aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang antara lain :

a. Tradisi

Ada beberapa tradisi di dalam masyarakat yang dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat.

b. Sikap fatalistis

Beberapa anggota masyarakat yang beragama Islam percaya bahwa anak adalah titipan Tuhan dan sakit atau mati adalah takdir sehingga masyarakat kurang berusaha untuk segera mencari pertolongan pengobatan bagi anaknya yang sakit, misalnya di Cianjur di kalangan ibu-ibu ke Surga sehingga ibu-ibu pasrah dan tidak mendorong mereka untuk mencari pengobatan.

c. Nilai

Nilai yang berlaku di dalam masyarakat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Nilai-nilai tersebut ada yang menunjang dan ada yang merugikan kesehatan.

d. *Ethnocentrism*

Ethnocentrism adalah sikap yang memandang kebudayaannya sendiri yang paling baik jika dibanding dengan kebudayaan pihak lain.

e. Unsur budaya dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi terhadap perilaku kesehatan.

Pada tingkat awal proses sosialisasi, seorang anak dianjurkan antara lain bagaimana cara makan, bahkan makanan apa yang dimakan dan lain-lain. Kebiasaan tersebut terus dilakukan sampai anak.

D. Tinjauan Umum Perspektif Antropologi

Kajian antropologi mengenai kehamilan, kelahiran dan perawatan pascapersalinan bagi wanita dan bayinya dengan segala konsekuensi baik dan buruknya terhadap kesehatan ini perlu dijadikan bahan pertimbangan bagi para petugas kesehatan di Indonesia dalam upaya meningkatkan keberhasilan pelayanan kesehatan yang akan diterapkan bagi ibu dan anak. Secara khusus, pemahaman yang menyeluruh dan utuh terhadap berbagai pandangan, sikap dan perilaku kehamilan, kelahiran dan perawatan bayi dan ibunya dalam konteks budaya masyarakat yang bersangkutan, sangat diperlukan bagi pembentukan strategi yang lebih tepat dalam melakukan perubahan yang diinginkan.

Menurut Achmad, 2006, ada tiga perspektif besar dalam Antropologi, yaitu :

1. Perspektif yang menekankan pada analisis masyarakat dan kebudayaan.
2. Perspektif yang menekankan faktor waktu, yang terdiri dari proses historis dari masa lampau hingga kini (*diakronik*), masa kini

(*sinkronik*), dan interaksi antara masa lampau dan masa kini (*interaksionis*).

3. Perspektif konstelasi teori-teori dan berbagai kemungkinan keterkaitan dan relevansi satu sama lain.

Masyarakat dan Kebudayaan

Suatu perspektif antropologi menurut minat luas para antropolog adalah minat mengenai masyarakat (sebagai satuan sosial) atau kebudayaan sebagai perangkat gagasan aturan-aturan, keyakinan-keyakinan yang dimiliki bersama. Pengkhususan minat ini menjadi sedikit lebih rumit daripada penyebutan "antropologi sosial" (disiplin sebagaimana dipraktikkan di Inggris dan lain - lain) dan "antropologi budaya" (sebagaimana dipraktikkan di Amerika Utara) (Adam Kuper dalam Achmad, 2006).

Penolakan dalam Masyarakat Penerima Pelayanan Kesehatan Baru

Dalam sistem-sistem nilai dan kepercayaan masyarakat, dalam struktur sosial dan dalam proses kognitif masyarakat, masyarakat rumpun dan masyarakat petani menampakkan bentuk-bentuk yang kadang-kadang menghambat penerimaan masyarakat terhadap pengobatan ilmiah. Masyarakat terikat pada cara-cara dan pengobatan tradisional, dan menganggap bahwa cara-cara itu adalah sama dengan, dan mungkin lebih baik daripada cara-cara masyarakat lainnya.

Apabila hantu, tukang sihir, dan roh-roh di hutan adalah bagian dari lingkungan supranatural pada suatu masyarakat, maka ceramah dari

seorang petugas kesehatan yang terlatih secara ilmiah tidak akan bisa menyakinkan mereka bahwa hal-hal itu bukanlah sebab-sebab dari penyakit.

Pengobatan tradisional telah memainkan peranan yang amat positif dalam hal mempertahankan kesejahteraan psikologis dan fisik dari mereka yang mempercayainya (Priyanti, dkk, 1986).

1. Model Berlawanan

Secara singkat, pandangan tiap masyarakat tentang kesehatan dan penyakit merupakan bagian pribadinya yang terdalam, yang tidak bisa begitu saja disisihkan sebelum ada bukti yang sangat nyata yang memberikan indikasi bahwa tidak ada penyelesaian lain yang lebih baik .

Dalam usaha memahami perubahan tingkah masyarakat rumpun dan masyarakat petani, dan dalam usaha membantu merubah pandangan tradisional, para ahli antropologi telah menggunakan model berlawanan, yaitu konflik antara sistem medis primitif dan sistem medis rakyat di satu pihak dengan pengobatan ilmiah di lain pihak (Polgar dalam Priyanti,1986).

2. Dikotomi Kognitif

Dikotomi kognitif pertama kali dicatat pada awal tahun 1950-an, ahli-ahli antropologi yang mempelajari program-program kesehatan masyarakat di Amerika Latin menemukan bahwa masyarakat tradisional yang memperoleh pelayanan pengobatan ilmiah merasa bahwa penyakit-penyakit dengan etiologi-etiologi tertentu dapat diobati atau dicegah oleh

dokter sehingga walaupun ada kecurigaan pada mulanya, mereka memanfaatkan pelayanan –pelayanan tersebut. Namun penyakit-penyakit yang disebabkan oleh etiologi-etologi lain dianggap lebih baik diobati dirumah karena mereka menganggap dokter tidak mengenal penyakit tersebut.

3. Penolakan Masuk Rumah Sakit

Kadang-kadang masyarakat menolak untuk dirawat di rumah sakit, bukan hanya karena secara historis rumah sakit dianggap sebagai tempat untuk mati, tetapi karena praktek di rumah sakit sering bertentangan dengan perawatan pasien secara tradisional. Banyak masyarakat rumpun membuang ari-ari setelah kelahiran secara ritual, menguburkannya di bawah abu di dapur atau menghayutkannya di air sungai yang mengalir secara simbolis mengikatkan si anak dengan rumah leluhurnya, ketika ditawarkan melahirkan di rumah sakit atau klinik sejumlah ibu menolak karena mereka khawatir mengenai soal pembuangan ari-ari (Clark dalam Achmad, 2006).

4. Persepsi Berbeda Tentang Tingkah Laku Peranan

Pada waktu pengobatan ilmiah mula-mula dapat diperoleh masyarakat yang semula tergantung pada metode-metode tradisional, salah satu penolakan yang utama bersumber dari harapan yang berbeda antara pasien dan dokter mengenai tingkah laku peranan yang tepat (Clark dalam Achmad, 2006).

5. Pengobatan, Pencegahan dan Konsep Memelihara

Menurut pandangan etiologi khusus dari penduduk tradisional, penyakit dimanifestasikan melalui rasa sakit dan ketidaknyamanan. Dalam hal ini masyarakat tradisional di negara yang sedang berkembang belum merefleksikan pandangan hidup yang lebih luas, memelihara kesehatan gaya barat masih kurang dihargai. Contoh : masyarakat tradisional di negara sedang berkembang belum memahami pencegahan melalui upaya preventif (*medical check up*).

E. Tinjauan Umum Tentang Pelayanan Antenatal

1. Pengertian Pelayanan Antenatal

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dengan petugas kesehatan yang memberi pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Pelayanan antenatal (ANC) adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya. Hal ini meliputi pemeriksaan kehamilan dan tindak lanjut terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar (misalnya pemberian imunisasi TT dan tablet Fe), serta pendidikan dan memotivasi ibu agar merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinannya. Dalam penerapan praktis sering dipakai standart minimal pelayanan antenatal "5T" yang meliputi :

- a. Timbang berat badan dan pengukuran berat badan yang diikuti dengan pemeriksaan fisik lainnya. Ibu hamil yang berat badannya

kurang dari 45 Kg pada trisemester II atau dibawah kurvei KMS besar kemungkinan ibu akan melahirkan bayi dengan berat badan rendah.

- b. Tinggi fundus uteri, mengukur tinggi fundus uteri yang menunjukkan umur kehamilan dimana dapat diukur dengan pita pengukur yang terbuat dari kain pada kehamilan 12 minggu.
- c. Tensi, mengukur tekanan darah ibu hamil, apakah terdapat keseimbangan tekanan darah dengan umur kehamilan ibu. Normalnya 110-140 mm Hg bila lebih dari 140/90 mm Hg hati-hati dengan pre-eklamsia.
- d. Tetanus Toxoid, pada ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali dengan interval waktu minimal 1 bulan, tujuan pemberian imunisasi TT dimaksudkan untuk melindungi ibu dan bayi terhadap penyakit tetanus.
- e. Tablet Besi, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, dimana pada pemeriksaan atau pada saat kunjungan sudah harus mendapat sebanyak 90 tablet Fe.

Cakupan antenatal care adalah persentase ibu hamil yang telah mendapat pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes RI, 1998).

2. Pengertian Pemanfaatan Pelayanan Antenatal

Pemanfaatan pelayanan antenatal adalah dimanfaatkannya pelayanan antenatal oleh ibu hamil selama masa kehamilannya dengan melakukan kunjungan secara rutin/teratur yaitu kunjungan K1 dan K4.

3. Tujuan Pelayanan Antenatal

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin. Mempersiapkan agar ibu semasa nipas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif.
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas dalam rangka perawatan antenatal dilakukan pemeriksaan dan pengawasan wanita selama masa kehamilan yang dikenal dengan kunjungan yaitu :

1) K1 (Kunjungan Pertama)

K1 adalah kunjungan/kontak pertama ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trisemester pertama selama kehamilan, yang dimaksud untuk diagnosa kehamilan.

- a) Anamnesis lengkap, termasuk riwayat obstetric dan ginekolog terdahulu.
- b) Pemeriksaan fisik : tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, bunyi jantung, edema dan lain-lain.
- c) Pemeriksaan obstetri : usia kehamilan, besar uterus, bunyi jantung janin dan pengukuran panggul luar.
- d) Pemeriksaan laboratorium: urine lengkap dan darah (Hb, leukosit dan gula darah).
- e) Penilaian status gizi : dilihat dari keseimbangan antara berat badan dan tinggi badan dan LILA.

2) K2 (Kunjungan Kedua)

K2 adalah kunjungan/kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trisemester kedua selama kehamilan. Pemeriksaan terutama untuk menilai risiko kehamilan dan kelainan atau cacat bawaan, kegiatannya adalah :

- a) Anamnesis lengkap, termasuk mengenai riwayat obstetrik dan ginekolog terdahulu.
- b) Anamnesis : keluhan dan perkembangan yang dirasa oleh ibu.
- c) Pemeriksaan fisik dan obstetrik.

- d) Pemeriksaan dengan USG : besar dan usia kehamilan, aktivitas janin, kelainan atau cacat bawaan, cairan ketuban dan letak plasenta.
- e) Penilaian resiko kehamilan.
- f) Pemberian imunisasi TT 1 dan pemberian tablet tambah darah.

3) K3 (Kunjungan Ketiga)

K3 adalah kunjungan /kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trisemester ketiga selama masa kehamilan. Pemeriksaan terutama risiko kehamilan, juga untuk aktivitas secara klinis, kegiatan yang dilakukan :

- a) Anamnesis : keluhan, gerakan janin
- b) Pemeriksaan fisik dan obstetrik (pemeriksaan panggul dalam, khusus pada kehamilan pertama).
- c) Penilaian resiko kehamilan
- d) Pemberian TT 2 dan pemberian tablet tambah darah (Fe).

4) K4 (Kunjungan Keempat)

K4 adalah kunjungan/kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan pada trisemester ketiga selama masa kehamilan. Pemeriksaan terutama ditujukan kepada penilaian kesejahteraan janin dan fungsi plasenta serta persiapan persalinan, kegiatannya adalah :

- a) Anamnesis : keluhan gerakan janin dan lain-lain
- b) Pengamatan gerakan janin
- c) Pemeriksaan fisik obstetrik.

d) USG ulang

4. Pelayanan Antenatal

Dalam pemeriksaan kehamilan ada beberapa hal yang dilakukan oleh bidan yaitu :

a. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri

Palpasi selalu diadakan pada tiap pemeriksaan kehamilan dan pengawasan kehamilan, serta dapat menentukan tinggi fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri dapat menunjukkan umur kehamilan, untuk menentukan tinggi fundus uteri biasanya dipakai pedoman diukur dengan jari.

Untuk mengikuti pertumbuhan anak dengan cara mengikuti pertumbuhan rahim, maka sering ukuran rahim ditentukan dalam cm. yang diukur adalah tinggi fundus uteri dan perimeter umbilicus (lingkaran perut setinggi pusat).

Hubungan antara tinggi fundus uteri dan tuanya kehamilan sebagai berikut:

$$\frac{\text{tinggi fundus uteri (cm)}}{3,5 \text{ cm}} = \text{Tuanya kehamilan (bulan)}$$

Tinggi fundus uteri (cm)	Umur kehamilan (bulan)
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

b. Pemeriksaan Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik, dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90 mm Hg. Rata-rata tekanan darah normal adalah 120/80 mm Hg.

c. Pemberian Tetanus Toxoid

Imunisasi adalah tindakan memberikan kekebalan (imunitas) tubuh terhadap penyakit tertentu. Vaksin adalah kuman atau virus yang dilemahkan atau dimatikan sehingga tidak dapat menyebabkan penyakit melainkan dapat membentuk kekebalan pada manusia. Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum.

d. Pemberian Tablet Besi

Suplementasi besi atau pemberian tablet besi merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan dan penanggulangan anemia, dan merupakan cara yang efektif karena kandungan besinya padat dan dilengkapi dengan asam folat yang sekaligus dapat mencegah dan menanggulangi anemia akibat kekurangan asam folat. Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dalam darah kurang dari normal (11 gram%).

Pada ibu hamil kekurangan besi dapat menyebabkan keguguran, lahir belum waktunya, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR),

pendarahan sebelum dan pada waktu melahirkan serta pada anemia berat dapat menimbulkan kematian ibu dan bayi.

Dosis pencegahan diberikan kepada kelompok sasaran tanpa pemeriksaan kadar Hb, ibu hamil sehari 1 tablet (60 mg elemental iron dan 0,25 mg asam folat). Berturut-turut selama minimal 90 hari masa kehamilannya, sampai 42 hari setelah melahirkan.

F. Penelitian-Penelitian yang Telah Dilakukan Sebelumnya

Pelayanan antenatal merupakan suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, yang bertujuan untuk menjaga agar ibu sehat selama kehamilan sampai persalinan, memantau kemungkinan adanya risiko-risiko kehamilan, merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan risiko tinggi, serta menurunkan morbiditas dan mortalitas (Handaya dkk, 1999).

Di Indonesia pelayanan antenatal terdiri atas beberapa pelayanan seperti pengukuran tinggi dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pemberian tablet besi, imunisasi TT, dan pemeriksaan abdomen (tinggi fundus uteri). Jumlah minimal yang direkomendasi untuk mengunjungi pelayanan antenatal yaitu satu kali pada trisemester satu, satu kali pada trisemester dua, dan dua kali pada trisemester tiga (Depkes RI, 2003).

Dalam penelitian Amiruddin, dkk, 2004 menunjukkan bahwa akses pelayanan antenatal (K1) masih sangat rendah (33,7%) begitu juga dengan pemanfaatan antenatal sesuai standar (K4) sebesar 30,2%.

Berdasarkan analisis didapatkan bahwa ANC lebih banyak dimanfaatkan oleh paritas berisiko (34,2%), tingkat pendidikan (34,4%) pendapatan keluarga yang cukup/tinggi (29,7%), ibu dengan dukungan suami/keluarga (35,3%) dan kemudahan jarak ke tempat pelayanan kesehatan (26,2%). Adapun analisis statistik menunjukkan faktor paritas, pendidikan, pendapatan, dukungan dan jarak tidak memberikan pengaruh terhadap rendahnya cakupan antenatal.

Secara global, 35% ibu hamil di Negara berkembang tidak melakukan pelayanan antenatal (Ladipo, 2000). Adapun di Indonesia 72% ibu hamil di perkotaan melakukan pelayanan antenatal secara lengkap, dan 57% ibu hamil di pedesaan (Depkes RI, 2003).

Mengenai keterkaitan antara pemanfaatan antenatal dengan kejadian anemia pada ibu hamil, telah dibuktikan oleh Adam, dkk, 2004, dalam penelitiannya di Sudan yang menemukan bahwa pemanfaatan antenatal care yang kurang berhubungan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Demikian halnya dengan studi Geelhoed, dkk, 2006, di Scandinavia, menunjukkan bahwa ANC < 4 kali merupakan faktor risiko kejadian anemia dengan OR = 1,9.

Pencarian pelayanan kesehatan khususnya pemeriksaan kehamilan masih dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap dukun beranak, sehingga turut pula mempengaruhi pemeriksaan kehamilan pada sektor profesional dan tenaga kesehatan yang lain (Irwan, 2003). Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan antenatal, telah dilakukan pengukuran

kualitas pelayanan antenatal dengan metode COPE (*Client Oriented Provider Efficient*) di Kabupaten Kediri menunjukkan bahwa pemenuhan hak ibu hamil masih kurang dalam hal Informasi tentang kehamilan, akses terhadap layanan, informasi tentang pelayanan, keamanan, *privacy and confidentiality, dignity, comfort and expression of opinion* (Astuti, 2006).

Di Tulung Agung ibu hamil sebanyak 61,1% merasa kurang aman, serta 62,8% kurang terjaga *privacy*-nya. Komitmen provider atau petugas kesehatan masih rendah sebesar (70,2%). Kebutuhan provider untuk mendapatkan informasi terkini dan pelatihan masih kurang (Arifin, 2006).

Rawannya kesehatan ibu memberi dampak yang bukan terbatas pada kesehatan ibu saja, tetapi dapat berpengaruh terhadap kesehatan janin/bayi. Dengan demikian upaya peningkatan kunjungan ibu hamil sangat tergantung pada persepsi ibu terhadap pemeriksaan kehamilan (perilaku/kebiasaan) dengan melakukan pemeriksaan kehamilan sedini mungkin secara teratur dapat mendeteksi risiko tinggi sedari awal (Budiarso dalam swasono,1998).

Tiga faktor utama penyebab kematian ibu adalah faktor medik (langsung dan tidak langsung), faktor sistem pelayanan (sistem pelayanan antenatal, sistem pelayanan persalinan dan sistem pelayanan pasca persalinan dan pelayanan kesehatan anak), faktor ekonomi, sosial budaya dan peran serta masyarakat / kurangnya pengenalan masalah, terlambatnya proses pengambilan keputusan, kurangnya akses terhadap

pelayanan kesehatan, pengaruh utama gender, dan peran masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak (Ardiansyah, dkk, 2006).

Pencarian pertolongan perawatan ibu hamil kepada pengobat tradisional dilakukan oleh dukun beranak. Salah satu contoh dapat dilihat pada masyarakat Jalan Cagar, Subang, Jawa Barat, yang mana dukun beranak disebut Peraji. Kepercayaan terhadap Peraji begitu besar dan merata di lingkungan masyarakat setempat. Pada dasarnya terhadap semua wanita hamil telah ditanamkan oleh lingkungan sosialnya bahwa mereka harus menghubungi Peraji untuk memeriksakan kehamilannya sebab sang Peraji dianggap dapat meneliti kandungan dengan seksama dan mampu membetulkan posisi bayi kepada posisi yang seharusnya sehingga memberi rasa nyaman pada sang calon ibu (Sukandi dalam Swasono, 1998).

Peraji sepakat bahwa wanita hamil harus mentaati beberapa pantangan dan kebiasaan membatasi tingkah laku calon ibu dalam kegiatan fisik dan mental. Peraji menguasai sejumlah pengetahuan tentang makanan yang dianggap mengandung kualitas dingin dan panas sehingga pada saat hamil, tidak boleh memakan makanan yang mempunyai kualitas sifat panas sebab wanita hamil sendiri dianggap dalam keadaan panas (Soedarno dalam Swasono, 1998).

Perilaku Ibu Hamil Suku Pamona Poso Sulawesi Tengah (dalam Asiah, 2006) sebagian ibu hamil pada trisemester I (tiga bulan pertama) mengalami masa emesis (ngidam), dari yang ringan sampai pada emesis

yang berat, yang membutuhkan penanganan medis. Seorang ibu yang hamil dan mengalami emesis biasanya memperlihatkan pola tingkah laku yang sulit untuk dipahami secara logis. Di Suku Pamona wanita yang emesis diperlakukan secara istimewa, semua permintaan yang diinginkan oleh ibu hamil tersebut haruslah dipenuhi, ada beberapa contoh yaitu :

1. Meminta sayur yang terbuat dari pucuk kelapa (rebung kelapa) dan harus dipenuhi dan hanya 1 jenis sayur yang akan dimakannya selama kehamilannya.
2. Permintaan menutup kamar dari segala cahaya, karena tidak dapat melihat cahaya dan menyentuh air.

Masyarakat Suku Pamona menganut kebiasaan / adat istiadat dalam hal pantangan atau larangan dalam masa kehamilan. Adapun pantangan tersebut terdiri dari beberapa perlakuan yang harus dihindari karena dianggap sebagai suatu perbuatan yang tabu misalnya :

- a. Berdiri di depan pintu masuk rumah
- b. Jangan melilitkan handuk atau sarung di leher.
- c. Tidak mencela, menghina, merendahkan orang yang cacat.
- d. Tidak boleh berjalan pada malam hari.

Ada beberapa perlakuan yang harus dilaksanakan oleh ibu hamil yaitu:

- a. Rajin mandi
- b. Rajin bersolek
- c. Memuji, mengagumi seorang tokoh yang diidolakan.

Masyarakat suku Pamona beranggapan bahwa semua permintaan dan perlakuan dari ibu hamil tersebut, adalah permintaan dari jabang bayi, bukan permintaan dari ibu hamil tersebut. Jika tidak dipenuhi bayinya akan cacat, sukar lahir bahkan meninggal dunia.

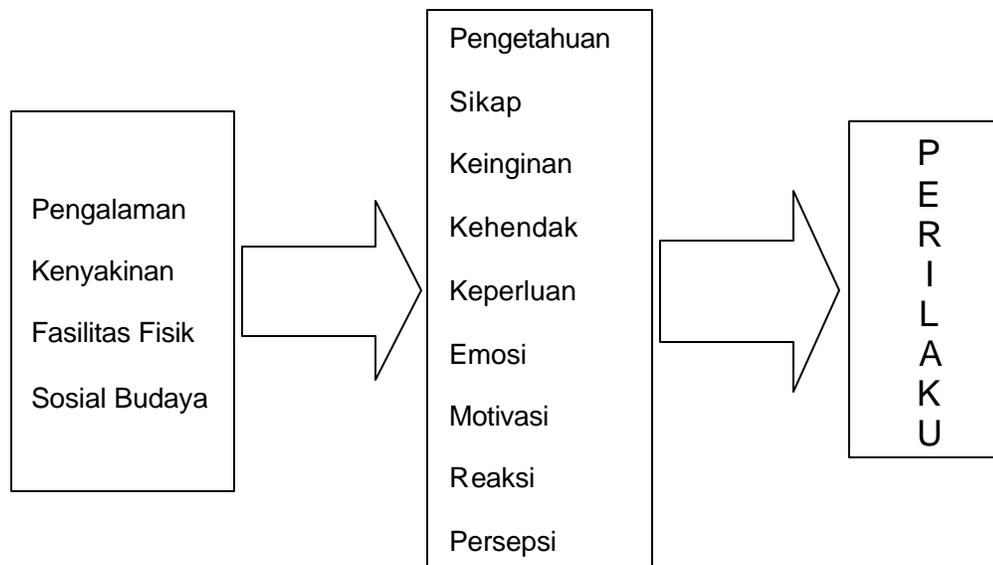
G. Kerangka Konsep

Perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti keinginan, minat, kehendak, pengetahuan, emosi, berfikir, sikap, motivasi, reaksi dan sebagainya. Namun demikian sukar dibedakan refleksi dari gejala kejiwaan yang manakah seseorang itu berperilaku tertentu (Sarwono,1997).

Sejalan dengan batasan perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti pelayanan kesehatan.

Apabila ditelusuri lebih lanjut gejala kejiwaan yang tercermin di dalam tindakan atau perilaku manusia tersebut, maka terdapat macam-macam faktor yang lain. Faktor tersebut antara lain adalah pengalaman dan keyakinan fasilitas fisik, sosial budaya masyarakat (Notoadmodjo,1997).

Gambar 1 : Faktor-Faktor di Balik Perilaku



Sumber : Spranger dalam Notoadmodjo, 1997

Pencarian pelayanan kesehatan ibu hamil didasarkan pada sistem rujukan awam (*hierarchy of resort*) yang secara berturut-turut dimulai dari sektor awam, sektor tradisional dan sektor profesional.

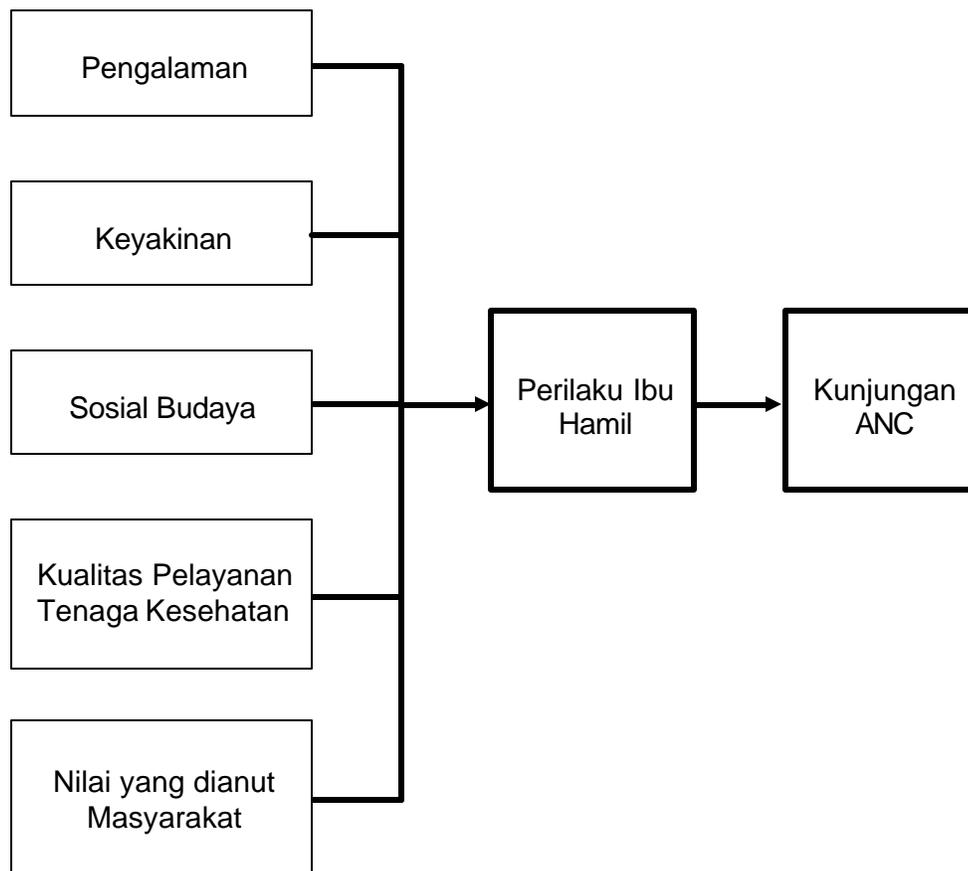
Pada sektor awam atau sektor pertama kali kesakitan yang berhubungan dengan kehamilan dikenali dan ditentukan sesuai dengan konsepsi budaya. Bila ada gangguan kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan, maka pada tahap ini gangguan tersebut ditafsirkan sesuai dengan gejala, lalu berusaha untuk mengatasinya atau mencari bantuan medis.

Sektor tradisioanal berupa pencarian pelayanan kesehatan terhadap dukun beranak dengan tujuan untuk memperoleh keselamatan. Dalam berbagai kelompok masyarakat dari berbagai budaya yang ada,

kepercayaan terhadap dukun beranak masih sangat besar. Salah satu contoh dapat dilihat pada kasus Peraji (dukun beranak di daerah Sunda, Jawa barat). Kepercayaan terhadap Peraji begitu besar dan merata di lingkungan masyarakat setempat sehingga semua wanita hamil telah ditanamkan oleh lingkungan sosialnya bahwa mereka harus menghubungi Peraji untuk memeriksakan kehamilannya.

Sektor profesional yang dilaksanakan oleh tenaga profesional (dokter dan dokter spesialis) dan tenaga kesehatan yang lain (bidan dan perawat).

Kerangka Konsep



H. Defenisi Konsep

1. Perilaku ibu hamil adalah perilaku ibu yang dipengaruhi oleh pengalaman, keyakinan dan sosial budaya masyarakat.
2. Pengalaman adalah segala sesuatu yang dialami oleh ibu hamil selama menjalani proses pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dukun beranak.
3. Keyakinan adalah segala sesuatu yang diyakini, dipercaya dan dilakukan oleh ibu hamil baik yang diperoleh secara turun temurun maupun dari pihak keluarga (suami).
4. Sosial budaya adalah adat-istiadat yang berlaku dalam masyarakat yang berkenaan dengan kehamilan yang mempengaruhi perilaku ibu hamil.
5. Kualitas pelayanan adalah sejauhmana ibu hamil merasa puas untuk memperoleh informasi tentang pemenuhan hak-hak ibu hamil (Informasi tentang kehamilan, akses terhadap layanan, informasi tentang pelayanan dan rujukan) yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang dapat mempengaruhi perilaku ibu hamil.
6. Nilai yang dianut oleh masyarakat adalah bagaimana perhatian/ perlakuan masyarakat / keluarga kepada ibu hamil yang berhubungan dengan pengambilan keputusan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke tempat pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh adat istiadat setempat.