

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PEMANFAATAN PERTOLONGAN  
PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS CAMBA  
KABUPATEN MAROS  
TAHUN 2013**

**MAIVA**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PEMANFAATAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH  
TENAGA KESEHATAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS CAMBA KABUPATEN MAROS  
TAHUN 2013**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**MAIVA**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Maiva  
Nomor Pokok : P1804211401  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

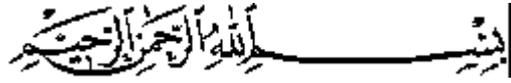
Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2013

Yang menyatakan

**Maiva**

## PRAKATA



Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas Rahmat dan Hidayah-Nya serta izin-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Salawat dan salam semoga selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta keluarga Beliau, para sahabat dan pengikut setia Beliau hingga akhir zaman.

Penyelesaian tulisan ini tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari banyak pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada mereka yang telah membantu penulis menyelesaikan karya ini.

Penghargaan dan ucapan terima kasih yang tak terhingga, penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Ida Leida Maria SKM. MKM, M.Sc.PH selaku ketua Komisi Penasehat dan Bapak Prof. DR. dr. H. Muh. Syafar, MS selaku anggota penasehat penelitian yang telah berkenan meluangkan waktu dan pikiran untuk memberi bimbingan, motivasi dan arahan yang tiada putus-putusnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Pada kesempatan ini tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada Dewan Penguji, Bapak Prof. Dr. Nur Nasry Noor, M.PH, Bapak Prof. DR. H. Ridwan A., SKM, M.Kes, Ms.Sc.PH dan Bapak Dr. Darmawansyah, SE, MS yang dengan

pendalaman kritis beliau-beliau, sehingga penulis dapat mempertajam pengkajian ini.

Selain itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar- besarnya kepada:

1. Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes selaku Ketua Konsentrasi Epidemiologi serta bapak dan ibu dosen pengajar, pegawai di lingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin, khususnya konsentrasi Epidemiologi yang telah memberikan dan meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan epidemiologi kepada penulis.
2. Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Prof. Dr.dr. H. Alimin Maidin, MPH, Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan stafnya yang telah membantu penulis selama masa pendidikan.
4. Prof. Dr. Ir. H. Mursalim selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam waktu yang telah ditentukan.
5. Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, Sp.BO, selaku rektor Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

6. Kepala Puskesmas Kecamatan Camba beserta staf yang telah memberikan bantuan dan izin bagi penulis melakukan penelitian.
7. Para Bidan desa kecamatan Camba yang telah banyak membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian ini dan semua responden dan pihak yang telah membantu meluangkan waktu untuk ikut dalam penelitian ini.
8. Rekan-rekan seperjuangan epidemiologi Angk.2011, terkhusus Sapriana, SKM, Maryam Latif, SKM, Ratih Ramadani, SKM dan Achriani, SKM, Cece Suriani SKM dan Dina Mariana, SKM terima kasih atas kebersamaan, kekompakan, bantuan serta motivasi yang diberikan mulai dari awal kuliah hingga akhir, yang memberi warna tersendiri dalam kehidupan hidup penulis yang akan dikenang selamanya.

Melalui kesempatan ini, dengan tulus dan khusus penulis persembahkan ucapan terima kasih tak terhingga kepada kedua orang tua tercinta ayahanda *M. Amir* dan ibunda *A. Suriati Siame* dan Mertua tercinta ayahanda *Drs. Muh. Dahlan Yusuf* dan ibunda *Dra. Muliati Daud* yang dengan penuh kasih sayang telah mendidik, memberikan dorongan, dan bantuan moril dan materil. Sujud dan bakti penulis haturkan dengan tulus hati.

Kepada saudaraku *Muthamainnah, S,Hut, Dara Uleng S.Pd* dan *M.Yusuf Amir* terima kasih atas harapan, bantuan dan doanya. Dan teruntuk suamiku tercinta *Mubasysyir M. dahlan Yusuf Lc* dan ketiga buah

dan cinta kami *Nailah Nur fadhilah, Ahmad Rifqi Suhail dan Ahmad Fadlul Rasyid* yang begitu luar biasa dan tabah mendampingi, memberikan dorongan, semangat, pengorbanan dan doa yang tidak ada putusnya selama penulis menjalani pendidikan. Maafkan Ibu yang telah banyak melewatkan momen-momen berharga dalam tumbuh kembang kalian.

Akhirnya, ijinkan penulis menyampaikan permohonan maaf yang sebesar-besarnya, sekiranya selama proses penyusunan tulisan ini terdapat hal-hal yang kurang berkenan. Semuanya itu terjadi atas khilaf dan kealpaan serta kesalahan sendiri penulis. Semoga pengalaman ini menjadi pelajaran yang berharga bagi penulis dalam melangkah di masa mendatang.

Penulis sangat menyadari bahwa penulisan tesis ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan koreksi, saran dan kritikan yang tentunya mempunyai sifat yang membangun guna kesempurnaan tesis ini.

Akhirnya penulis berharap semoga semua bantuan yang telah diberikan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT dan semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan terutama bagi penulis sendiri. Amin Ya Rabbal Alamin.

Makassar, Agustus 2013

**MAIVA**

## ABSTRAK

**Maiva Faktor– Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros Tahun 2013 (Dibimbing oleh Ida Leida Maria dan Muh. syafar)**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara umur, pendidikan, paritas, jumlah anak hidup, persepsi kepuasan terhadap ANC (Antenatal Care), pendapatan keluarga, waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan bidan desa dan dukungan suami dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros.

Desain Penelitian ini adalah *Crosssectional study* dengan unit observasi yakni 140 ibu yang memiliki anak usia 0 – 24 bulan yang diambil secara *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisis dengan menggunakan uji statistik univariat, bivariat dengan uji *chi square* dan multivariat dengan regresi logistik dengan  $p = 0,05$ .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan umur ( $p=0,027$ ), tingkat pendidikan ( $0,009$ ), waktu tempuh ke pelayanan kesehatan ( $p=0,000$ ), keberadaan bidan desa ( $0,000$ ) dan dukungan suami ( $0,000$ ) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan paritas ( $p=0,752$ ), jumlah anak ( $p=0,231$ ), persepsi kepuasan terhadap ANC ( $p=0,733$ ) dan pendapatan keluarga ( $p = 0,211$ ) tidak ada hubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Hasil uji regresi logistik menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah umur ibu ( $0,008$ ), dukungan suami ( $0,001$ ) dan keberadaan bidan desa ( $p=0,000$ ). Variabel yang paling berpengaruh adalah keberadaan bidan desa dengan nilai wald 13.493 sehingga perlu penempatan bidan di setiap desa.

Kata Kunci : Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

## ABSTRACT

**MAIVA.** *Factors Related to Partum Assistance Utilization by Health officials in Working Area of Public Health Centre, Camba, Maros Regency in 2013.* supervised by **Ida Leida Maria** and **Muh. Syafar**)

The research aimed at investigating the relationship between age, education, parity, number of living children, satisfaction perception of ANC (Antenatal Care), family's income, travel time to health service facility, village midwives' existence, husbands' support and the partum assistance utilization by the health officials in the working area of Camba Public Health centre, Maros Regency.

This was a cross sectional study research with 140 samples of mothers who had the children of 0- 24 months old. They were taken by the purposive sampling technique. Data collection was conducted through an interview by using a questionnaire. The Data were analysis by the univariate and bivariate with the Chi-square test and the multivariate analysis with the logistic regression test ( $p = 0,05$ ).

The research result indicates that there is the relationship between the age, ( $p=0,027$ ), education level ( $0.009$ ), travel time to the health service ( $p=0.000$ ), village midwives existence ( $0.000$ ), husbands' support ( $0.000$ ) and the partum assistance utilization by the health officials. Whereas the parity ( $p=0.752$ ), number of children ( $p=0.231$ ), satisfaction perception on ANC ( $p=0.733$ ), families' income ( $0.211$ ) do not have any relationship with the partum assistance utilization by the health officials. The result of the logistic regression test indicates that the variables which have the relationship with the partum assistance utilization by the health officials are, mothers age ( $p=0,008$ ), husband support ( $p=0.001$ ) and existence of village midwives ( $p = 0.000$ ), and multivariate analysis showed existence of village midwives ( $p = 0.000$ ) have more correlation than another variable ( $W= 13,493$ ) so that it is necessary to midwives every villages.

Key word: Delivery assistance by health Officials

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN</b>	<b>JUDUL</b>
<b>i</b>	
<b>HALAMAN PENGAJUAN TESIS</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TESIS</b>	<b>iv</b>
<b>PRAKATA</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>13</b>
A. Tinjauan Umum Tentang persalinan	13
B. Tinjauan Umum Tentang tenaga penolong persalinan	16
C. Tinjauan umum tentang pemanfaatan Pelayanan kesehatan	21
D. Tinjauan umum tentang variabel Penelitian	28
E. Kerangka teoritis penelitian	55
F. Kerangka konsep	58
G. Defenisi operasional dan kriteria objektif	64
H. Hipotesis penelitian	68

<b>BAB III. METODE PENELITIAN</b>	<b>70</b>
A. Rancangan Penelitian	70
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	71
C. Populasi dan Sampel	71
D. Cara Pengambilan sampel	71
E. Cara pengumpulan Data	73
F. Analisis Data	74
F. Kontrol Kualitas	75
I. Etika penelitian	76
<b>BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	<b>77</b>
A. Hasil Penelitian	77
B. Pembahasan	100
C. Keterbatasan Penelitian	124
<b>BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>123</b>
A. Kesimpulan	125
B. Saran-saran	126
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Sintesa Penelitian	50
2	Distribusi responden berdasarkan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba tahun 2013	79
3	Distribusi frekuensi karakteristik responden di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013	80
4	Distribusi responden berdasarkan Faktor Predisposisi di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Tahun 2013	83
5	Distribusi berdasarkan persepsi kepuasan terhadap ANC (antenatal care) Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kab Maros Tahun 2013	85
6	Distribusi responden berdasarkan Faktor Pendukung (Enabling) di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kab Maros Tahun 2013	86
7	Distribusi Distribusi responden Berdasarkan Dukungan Suami di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kab Maros Tahun 2013	87
8	Distribusi frekuensi gambaran dukungan suami pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kab Maros Tahun 2013	88
9	Hubungan Faktor Predisposisi dengan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di iWilayah Kerja Puskesmas Camba Tahun 2013	89
10	Hubungan Faktor Pendukung (Enabling) Dengan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Tahun 2013	92

11	Hubungan Faktor Penguat (reinforcing) dengan Pemanfaatan Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas CambaTahun 2013	96
12	Variabel kandidat uji multivariate	96
15	Hasil uji Multivariat	97

## DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1	Teori Andersen	24
2	Teori green	27
3	Kerangka teori	57
4	Kerangka konsep	63
4	Desain Penelitian Cross Sectional Study	70

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Naskah penjelasan Informed consent	134
2. Formulir persetujuan mengikuti penelitian	135
3. Kuesioner penelitian	136
4. Hasil uji validitas dan realibilitas kusioner	140
5. Output analisis data	144
6. Master tabel penelitian	156
7. Surat Izin Penelitian dari PPS FKM Unhas	159
8. Surat Izin Penelitian dari Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan	160
9. Dokumentasi kegiatan penelitian	161

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau Plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba, 2010).

Masa persalinan merupakan suatu periode kritis bagi ibu hamil karena segala kemungkinan dapat terjadi sebelum berakhir dengan selamat atau dengan kematian. Menurut WHO seperempat dari wanita usia reproduktif di Negara Berkembang mengalami kesakitan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas (Sugiharti, 2004).

Persalinan terlantar dan terlambat disamping mengakibatkan trias komplikasi pada ibu yakni perdarahan, infeksi dan trauma persalinan yang merupakan penyebab utama kematian ibu juga menjadi penyebab kematian perinatal. Kematian perinatal akibat persalinan terlantar dan terlambat dapat disebabkan oleh afiksia neonatorum, trauma persalinan, infeksi neonatorum dan kematian janin dalam rahim (Manuaba, 2012).

Kematian ibu merupakan masalah kompleks yang tidak hanya memberikan pengaruh pada para wanita saja tetapi juga berpengaruh terhadap keluarga bahkan masyarakat sekitar serta meningkatkan risiko

terjadinya kematian bayi. Kematian wanita pada usia reproduktif mengakibatkan kerugian ekonomi yang signifikan dan dapat menyebabkan kemunduran perkembangan masyarakat karena wanita merupakan pilar utama dalam keluarga yang berperan penting dalam mendidik anak, memberikan perawatan kesehatan dalam keluarga dan membantu perekonomian keluarga.

Seorang ibu mempunyai peran yang sangat besar dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu yang sedang hamil dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungannya hingga kelahiran dan masa pertumbuhan anaknya. Risiko kematian ibu paling banyak terjadi pada periode kelahiran atau persalinan.

Periode persalinan berkontribusi besar terhadap angka kematian ibu di Indonesia. Menurut Lancet dalam Nurrahmiati (2012) menyatakan bahwa kematian saat bersalin dan satu minggu pertama setelah persalinan diperkirakan 60% dari seluruh kematian Ibu.

Pada tahun 2008 angka kematian ibu di dunia adalah 260 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan ada 358.000 wanita di dunia meninggal sebagai akibat komplikasi yang timbul dari kehamilan dan persalinan dengan 355.000 kematian ibu tersebut (99%) terjadi di Negara Berkembang. Di Asia Tenggara pada tahun 2010 diperkirakan terjadi 17.000 kematian ibu atau terdapat 150 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2012).

Target *Millenium Development Goals (MDGs)* di Indonesia adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI) sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dimana Target yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2010 adalah angka kematian ibu menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian ibu di Indonesia dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992 kemudian menurun menjadi 248 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (Dinkes Sulsel, 2009).

Tahun 2008 angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tahun adalah 240 per 100.000 kelahiran hidup atau terdapat 10.000 kematian ibu dan pada tahun 2010 menurun menjadi 220 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2012).

Penyebab langsung kematian ibu 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan yaitu perdarahan (28%), *eklamsia* (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (8%), abortus (5%), trauma obstetrik (5%), emboli (5%), partus lama/macet (5%) dan lain-lain (11%). Kematian ibu juga diakibatkan beberapa faktor risiko keterlambatan (tiga terlambat) diantaranya terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan emergensi (Kemenkes RI, 2011).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator derajat kesehatan karena menggambarkan bagaimana tingkat kesadaran perilaku hidup, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama ibu hamil dan pelayanan kesehatan waktu ibu melahirkan dan masa nifas (Dinkes Sulsel, 2009).

Pada tahun 2000 Departemen Kesehatan telah menyusun rencana Strategis (Renstra) jangka panjang dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi baru lahir. Dalam Renstra ini difokuskan pada kegiatan yang dibangun atas dasar sistem kesehatan yang mantap untuk menjamin pelaksanaan intervensi dengan biaya yang efektif berdasarkan bukti ilmiah yang dikenal dengan sebutan *Making Pregnancy Safer (MPS)* yang pada dasarnya menekankan seluruh persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan. Sebagai wujud dari pelaksanaan MPS Departemen Kesehatan telah berupaya secara maksimal dengan beberapa terobosan utama berupa penyediaan pelayanan kesehatan gratis bagi semua penduduk miskin, termasuk untuk ibu hamil, bersalin dan nifas serta penempatan tenaga bidan untuk bekerja di desa pengembangan desa siaga.

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan di fasilitas kesehatan telah dikaitkan dengan kebijakan program pelayanan kesehatan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu bahkan menjadi salah satu pesan kunci MPS dalam mempercepat penurunannya.

WHO dalam Khaeruddin (2008) berpendapat bahwa para ahli kesehatan ibu sepakat bahwa kehadiran tenaga kesehatan selama persalinan dan periode awal postpartum merupakan kunci yang penting untuk mengurangi kematian Ibu. Persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih terbukti mengurangi risiko kematian ibu.

Salah satu target MPS yang ditetapkan untuk tahun 2010 adalah meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil menjadi 90%. Adapun strategi untuk mencapai target tersebut adalah meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost – effective* dan berdasarkan bukti-bukti (Depkes RI, 2009).

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih merupakan salah satu cara paling efektif dalam upaya menurunkan kematian ibu karena itu, sasaran dari pembangunan kesehatan salah satunya adalah meningkatnya jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan (Bapenas, 2007).

Menurut WHO cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Negara Berkembang pada tahun 1990 adalah sebesar 53 % kemudian menjadi 63 % pada tahun 2008 dan pada tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 65% (WHO, 2012).

Berdasarkan data Riskesda persentase cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia pada tahun 2002 sebesar 66,7%, tahun 2009 meningkat menjadi 77,34% dan tahun 2010 meningkat lagi menjadi

82,2% dan diharapkan pada tahun 2015 proporsi persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar adalah 95% seperti yang ditetapkan dalam MDG (*Millenium Development Goals*) (Kemenkes, 2010)

Menurut Kementerian Kesehatan adapun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2011 adalah sebesar 85,38%. Hal ini menunjukkan bahwa target nasional yang ingin dicapai melalui program MPS dengan cakupan persalinan oleh nakes sebesar 90 % belum tercapai.

Pada tahun 2010 cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Sulawesi Selatan adalah sebesar 88,66% dan kabupaten Maros sebesar 90,36 % (Dinkes sulsel,2009). Data dinas Kesehatan Kabupaten Maros menunjukkan bahwa pada tahun 2012 cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di kabupaten Maros yang terdiri atas 14 kecamatan adalah sebesar 92,10 % dengan kecamatan Camba sebagai daerah dengan cakupan yang terendah (82,28%) yang berarti masih dibawah target cakupan nasional yang ingin dicapai pada tahun 2010 sesuai dengan program MPS yaitu cakupan persalinan oleh nakes sebesar 90% (Dinkes Maros, 2012).

Rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dipengaruhi oleh sikap dan perilaku ibu dalam memilih tenaga persalinan. Menurut Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen yang disebut "*Andersen's Behavioral model of Health Service Utilization*" menyatakan bahwa ada tiga komponen yang mempengaruhi keputusan

untuk menggunakan pelayanan kesehatan yaitu *predisposisi* (pemungkin), *enabling* (pendukung), dan *need* (Notoadmodjo, 2007).

Komponen predisposisi terdiri dari tiga unsur yaitu: demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga), struktur sosial (jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras dan suku) dan kepercayaan kesehatan.

Komponen *enabling* (pendukung) mempunyai dua unsur yakni sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan), dan sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, lokasi sarana kesehatan).

Komponen *need*, merupakan komponen yang paling langsung berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan. Komponen ini diukur dengan laporan tentang berbagai simptom, fungsi-fungsi yang terganggu dan persepsi terhadap status kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurianti (2012) tentang determinan pemilihan penolong persalinan pada wilayah kerja Puskesmas Binjai menyimpulkan bahwa pengetahuan, sosial budaya dan kebutuhan akan sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan penolong persalinan sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Khaeruddin (2008) menyimpulkan bahwa pendapatan keluarga, sikap terhadap pelayanan kesehatan dan persepsi kebutuhan kesehatan

berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Cijeruk Bogor.

Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi keputusan ibu dalam memilih penolong persalinan seperti yang ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Elvistran Siregar pada tahun 2012 di kabupaten Aceh Tenggara dan penelitian yang dilakukan di India oleh Aggarwald dan Thind (2011).

Paritas atau jumlah kelahiran yang dialami oleh ibu, baik kelahiran hidup atau mati dengan kehamilan cukup bulan menurut penelitian yang dilakukan oleh Kristiana adalah salah satu determinan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Warung Gunung Kabupaten Lebak Propinsi Banten (Sumintardi, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Juliwanto (2008) menunjukkan bahwa pendapatan keluarga, pengetahuan dan sikap ibu serta budaya secara signifikan berhubungan dengan keputusan terhadap pemilihan tenaga penolong persalinan di Kecamatan Babul Rahma Aceh Tenggara.

Jarak ke fasilitas kesehatan merupakan faktor determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan tenaga kesehatan pada persalinan seperti yang ditunjukkan dalam suatu penelitian yang dilakukan di Tanzania oleh Mpembeni (2007) yang menemukan bahwa wanita yang tinggal kurang dari 5 km dari fasilitas kesehatan lebih mungkin untuk merujuk ke fasilitas kesehatan daripada mereka yang tinggal lebih dari 5 km.

Selain faktor – faktor yang diuraikan sebelumnya, dukungan keluarga juga merupakan salah satu determinan dalam pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan seperti yang ditunjukkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Almicab yang membuktikan bahwa dukungan keluarga ( $p=0,002$ ) mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Muara Bulian Kabupaten Batanghari (Sumintardi, 2012).

Berdasarkan uraian sebelumnya, menimbulkan keinginan peneliti untuk meneliti tentang faktor - faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah umur, tingkat pendidikan, paritas, jumlah anak, kepuasan terhadap *Antenatal Care* (ANC), pendapatan keluarga, waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan bidan desa dan dukungan suami berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui hubungan umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- b. Mengetahui hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- c. Mengetahui hubungan paritas dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- d. Mengetahui hubungan jumlah anak dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- e. Mengetahui hubungan persepsi kepuasan ibu terhadap pelayanan ANC (*Antenatal Care*) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.

- f. Mengetahui hubungan pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- g. Mengetahui hubungan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- h. Mengetahui hubungan keberadaan bidan desa dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- i. Mengetahui hubungan dukungan suami dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
- j. Mengetahui variabel yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013.

#### **D. Manfaat penelitian**

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi dan sumbangan ilmiah bagi peneliti berikutnya.

##### **2. Manfaat Institusi**

Dengan mengetahui faktor – faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan tenaga kesehatan dalam persalinan diharapkan menjadi masukan bagi instansi terkait dalam menyusun program untuk meningkatkan cakupan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan.

### 3. Manfaat Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga dan aplikasi ilmu serta menambah wawasan mengenai faktor – faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan tenaga kesehatan pada persalinan

### 4. Manfaat Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan tentang faktor – faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan tenaga kesehatan dalam persalinan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Persalinan

##### 1. Pengertian persalinan

Menurut Manuaba (2012) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau Placenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Jenis Persalinan dibagi dalam:

1. Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir atau tanpa usaha dari luar.
2. Persalinan buatan adalah persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya: ekstraksi dengan Forceps, atau melakukan operasi *sectio caesarea*.
3. Persalinan anjuran adalah persalinan setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

##### 2. Proses terjadi persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his. Adapun teori kemungkinan terjadinya persalinan yakni:

1. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam terbatas tertentu setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

2. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori oksitoksin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitoksin dapat meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dapat mulai.

4. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi

dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

#### 5. Teori hipotalamus hipofisis dan glandula suprenalis

Teori ini menunjukkan bahwa pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.

### 3. Tanda persalinan

Menurut Manuaba (2012) tanda- tanda persalinan adalah:

- a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah).
- c. Dapat disertai ketuban pecah.
- d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, atau terjadi pembukaan serviks).

### 4. Proses persalinan

Persalinan terbagi atas 4 tahap, yaitu:

- a. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm).
- b. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.
- c. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

- d. Kala IV yaitu dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Prawirohardjo, 2002)

## **B. Tinjauan tentang Tenaga Penolong Persalinan**

Pelayanan pertolongan Persalinan adalah suatu bentuk pelayanan terhadap persalinan ibu melahirkan yang dilakukan oleh penolong persalinan baik oleh tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan atau non tenaga kesehatan seperti dukun. Tenaga penolong persalinan dibedakan menjadi dua yaitu :

### 1. Tenaga profesional yang meliputi :

#### a. Dokter spesialis kebidanan

Dokter spesialis kebidanan adalah dokter yang mengkhususkan diri dalam suatu bidang ilmu *obstetri* dan *ginekologi*. Pendidikan yang mereka jalani difokuskan untuk mendeteksi dan menangani penyakit yang terkait dengan kehamilan. Seperti halnya dokter ahli bedah, dokter spesialis kandungan dilatih untuk mendeteksi patologi. Dokter spesialis kandungan menangani wanita hamil yang sehat, demikian juga wanita hamil yang sakit dan berisiko tinggi. Di sebagian besar Negara di dunia, tugas dokter kandungan adalah untuk menangani wanita hamil yang sakit atau dalam keadaan kritis (Gaskin, 2003).

Walaupun mereka dapat menanggulangi semua kasus, tetapi hanya sebagian kecil saja masyarakat yang dapat menikmatinya. Hal ini disebabkan karena biaya yang terlalu mahal, jumlah yang terlalu

sedikit dan penyebaran yang tidak merata. Selain berperan dalam memberikan pelayanan kebidanan spesialistik, juga berperan sebagai pembina terhadap jaminan kualitas pelayanan dan tenaga pelatih, karena keahliannya dibidang kebidanan dan kandungan, mereka juga berperan sebagai tenaga advokasi kepada sektor terkait di daerahnya (Depkes RI, 2002).

b. Dokter umum

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

c. Bidan

Definisi bidan menurut Keputusan Menteri Kesehatan 2007 adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan. Bidan adalah

seorang tenaga kesehatan yang mempunyai tugas penting dalam bimbingan dan penyuluhan kepada ibu hamil, persalinan, nifas dan menolong persalinan dengan tanggung jawabnya sendiri, serta memberikan asuhan kepada bayi baru lahir (*prenatal care*) (Wiknjosastro,2005). Bidan mempunyai tugas penting dalam pendidikan dan konseling, tidak hanya untuk klien tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat. Bidan merupakan tenaga andalan dalam upaya menurunkan AKI di Indonesia. Untuk mempercepat penurunan AKI maka ditempatkan 54.120 bidan di desa, sehingga diharapkan semua desa mempunyai seorang bidan untuk menjalankan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya secara baik. Dalam menjalankan tugasnya, bidan diberikan kewenangan yang cukup besar untuk memberikan pelayanan KIA, termasuk pertolongan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (Depkes RI, 2002).

Bidan Desa dalam menjalankan tugasnya sering mendapatkan hambatan baik berupa hambatan teknis ataupun bukan teknis, yang diakibatkan kurangnya pengalaman dalam memberikan pelayanan KIA dan kurangnya kemampuan dalam memberikan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) terhadap dukun. Untuk hambatan bukan dari sisi teknis adalah dikarenakan usia bidan desa yang relatif muda (19-21 tahun) yang secara psikologis belum matang yang terkadang dianggap kurang mampu oleh masyarakat. Selain itu citra bidan di desa dianggap komersial karena tarif bidan lebih tinggi dan

datang ke rumah ibu bila di panggil dengan cara pendekatan hanya sesaat. Ini merupakan kendala yang cukup besar terhadap pemanfaatan pertolongan oleh tenaga kesehatan.

## 2. Tenaga bukan Profesional penolong persalinan tradisional

Menurut WHO tenaga penolong persalinan tradisional yang dikenal dengan dukun bayi adalah seorang wanita yang membantu kelahiran yang keterampilannya didapat secara turun-temurun dari ibu ke anak atau dari keluarga dekat lainnya, cara mendapatkan keterampilan melalui magang atau pengalaman sendiri saat melahirkan. Pengertian dukun biasanya seorang wanita sudah berumur  $\pm$  40 tahun ke atas, pekerjaan ini turun temurun dalam keluarga atau karena ia merasa mendapat panggilan tugas ini (Wiknjosastro, 2007).

Masyarakat percaya bahwa dukun bayi memiliki keterampilan secara turun-temurun yang tidak dimiliki oleh bidan misalnya memijat dan mengurut ibu. Sebagai warga setempat yang sudah “dianggap tokoh “ dukun bayi lebih komunikatif, berwibawa, telaten, sabar dan biayanya relatif murah. Dari segi pendekatan kemanusiaan (*human approach*), dukun bayi bersedia merawat ibu hamil sebelum melahirkan sampai dengan 35 hari setelah melahirkan. Keuntungan lain ditolong oleh dukun bayi yaitu pasien bersalin di rumahnya sendiri dalam suasana yang sudah di kenal dengan biaya yang sangat murah. Jika kemampuan orang lebih rendah, maka dukun rela

diberikan apa saja, kadang-kadang hanya untuk membeli kapur sirih, kalau pasiennya tidak mampu sama sekali dan membutuhkan pertolongan, maka dukun rela memberikan kainnya sendiri.

Di Indonesia setiap daerah memiliki dukun bayi, persamaan antara masing – masing dukun bayi terletak pada anggapan bahwa menolong persalinan bukan merupakan profesi secara ekonomi, namun lebih merupakan kegiatan kemanusiaan. Dukun selain memberikan perawatan sesudah persalinan kadang – kadang membantu pekerjaan rumah tangga selama ibu tersebut belum dapat melakukan tugasnya karena persalinan (Widawati, 2012)

Dukun bayi merupakan sosok yang sangat dipercaya di kalangan masyarakat. Mereka memberikan pelayanan khususnya bagi ibu hamil sampai dengan nifas secara sabar. Umumnya masyarakat merasa nyaman dan tenang bila persalinannya ditolong oleh dukun atau lebih dikenal dengan bidan kampung, akan tetapi ilmu kebidanan yang dimiliki dukun tersebut sangat terbatas.

Dalam hal pengetahuan tentang fisiologis patologis kehamilan, persalinan serta nifas sangat terbatas sehingga apabila timbul komplikasi ia tidak mampu untuk mengatasinya, bahkan tidak menyadari akibatnya. Dukun tersebut menolong hanya berdasarkan pengalaman dan kurang profesional. Berbagai kasus sering menimpa seorang ibu atau bayi sampai pada kematian ibu dan anak (Wiknjosastro, 2005).

Menurut data SUSENAS tahun 2007, persalinan menggunakan dukun masih cukup tinggi, yaitu mencapai 30,27%. Pemanfaatan dukun tersebut lebih banyak di perdesaan dari pada di perkotaan. Penelitian membuktikan bahwa selain masalah akses, preferensi pemanfaatan tenaga non-kesehatan juga disebabkan oleh faktor biaya.

### **C. Tinjauan umum tentang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses pendayafungsian layanan kesehatan oleh masyarakat. Menurut Levey dan Loomba, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara sedang berkembang sangat bervariasi (Ilyas, 2003)

Menurut Andersen dalam Notoatmodjo (2003), dalam *Behavioral Model of Health Service Use*, menjelaskan bahwa pola penggunaan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing*)

Faktor pendorong seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor ini menggambarkan karakteristik perorangan yang sudah ada sebelum seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor ini menjadi dasar atau motivasi bagi seseorang untuk berperilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Anderson membagi faktor predisposing berdasarkan karakteristik individu ke dalam 3 komponen yaitu:

1. Faktor demografi: umur, jenis kelamin, status pernikahan, besar keluarga
2. Faktor struktur sosial: suku bangsa, pendidikan, pekerjaan
3. Faktor keyakinan / kepercayaan : pengetahuan, sikap, persepsi

Variabel- variabel *predisposisi* tidak serta merta berpengaruh langsung terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan akan tetapi sebagai faktor pendorong untuk menimbulkan hasrat guna memanfaatkan pelayanan kesehatan. Andersen mengemukakan bahwa pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh individu dari berbagai kelompok usia yang berbeda jenis dan frekuensi kejadian penyakit oleh keluarga yang berbeda menurut struktur dan gaya hidup, fisik, lingkungan sosial dan pola perilaku dan oleh

kepercayaan mengenai keberhasilan pelayanan medis (Muzaham,2007)

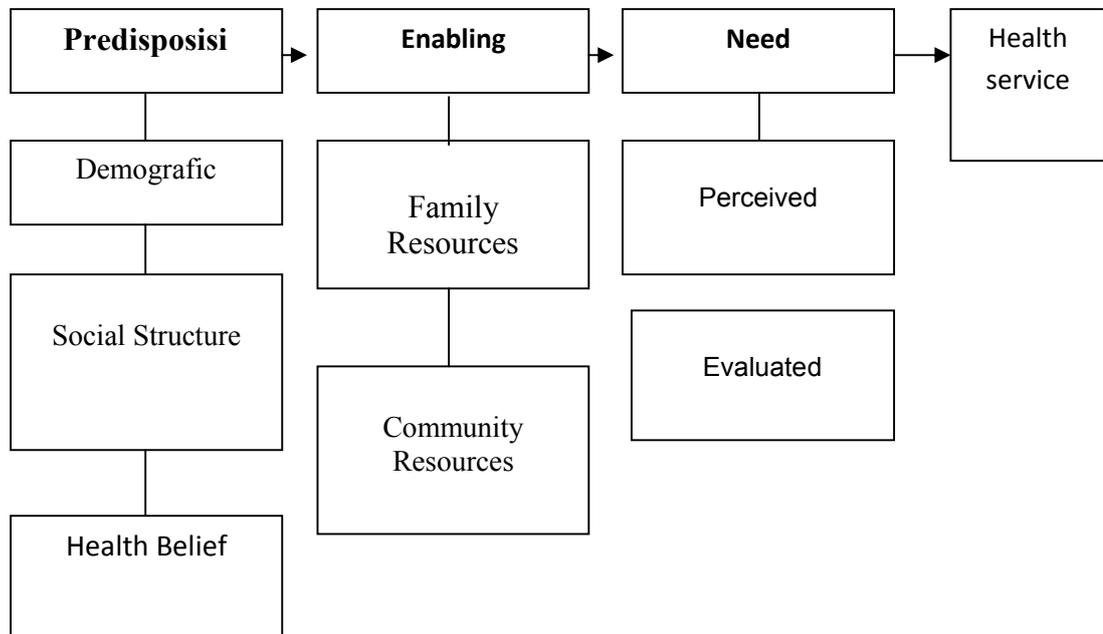
b. Faktor Pendukung (*Enabling* )

Faktor pendukung adalah Kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Termasuk dalam komponen ini adalah sumber daya yang dimiliki keluarga maupun masyarakat, misalnya tingkat pendapatan (status ekonomi), keikutsertaan dalam program asuransi kesehatan yang ada, ketersediaan petugas yang dapat memberikan pelayanan. Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

Komponen kedua dari model ini adalah suatu kondisi yang memungkinkan orang memanfaatkan pelayanan kesehatan atau setidak-tidaknya mereka siap memanfaatkannya (Muzaham,2007).

c. Faktor Kebutuhan (*Need*)

Faktor predisposisi dan faktor pemungkin untuk mencari pengobatan dapat terwujud dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan ini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau *perceived (subject assesment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*



Gambar 1. Teori Andersen

Sumber: Notoatmodjo (2007)

Andersen dan Newman dalam Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa model penggunaan pelayanan kesehatan ini dapat membantu/memenuhi satu atau lebih tujuan berikut:

1. Untuk menggambarkan pengaruh kedua belah pihak antara faktor-faktor penentu dari penggunaan pelayanan kesehatan.
2. Untuk meringankan peramalan kebutuhan-kebutuhan masa depan pelayanan kesehatan.
3. Untuk menentukan ada atau tidak adanya pelayanan dari pemakaian pelayanan kesehatan yang tidak seimbang.

4. Untuk menyarankan cara-cara memanipulasi kebijaksanaan yang berpengaruh dengan variabel-variabel agar memberikan perubahan.
5. Untuk menilai pengaruh pembentukan program atau proyek-proyek pemeliharaan atau perawatan kesehatan yang baru.

Menurut Lawrence Green dalam Notoadmodjo (2007) menyatakan bahwa perilaku termasuk perilaku dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor :

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi timbulnya perilaku dalam diri seorang individu atau masyarakat. Faktor-faktor yang dimasukkan ke dalam kelompok faktor predisposisi diantaranya adalah status seseorang, jenis kelamin, ras, pendidikan, tingkat sosial ekonomi, pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial. Seorang ibu memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan karena tahu dan sadar akan manfaat pemeriksaan tersebut.

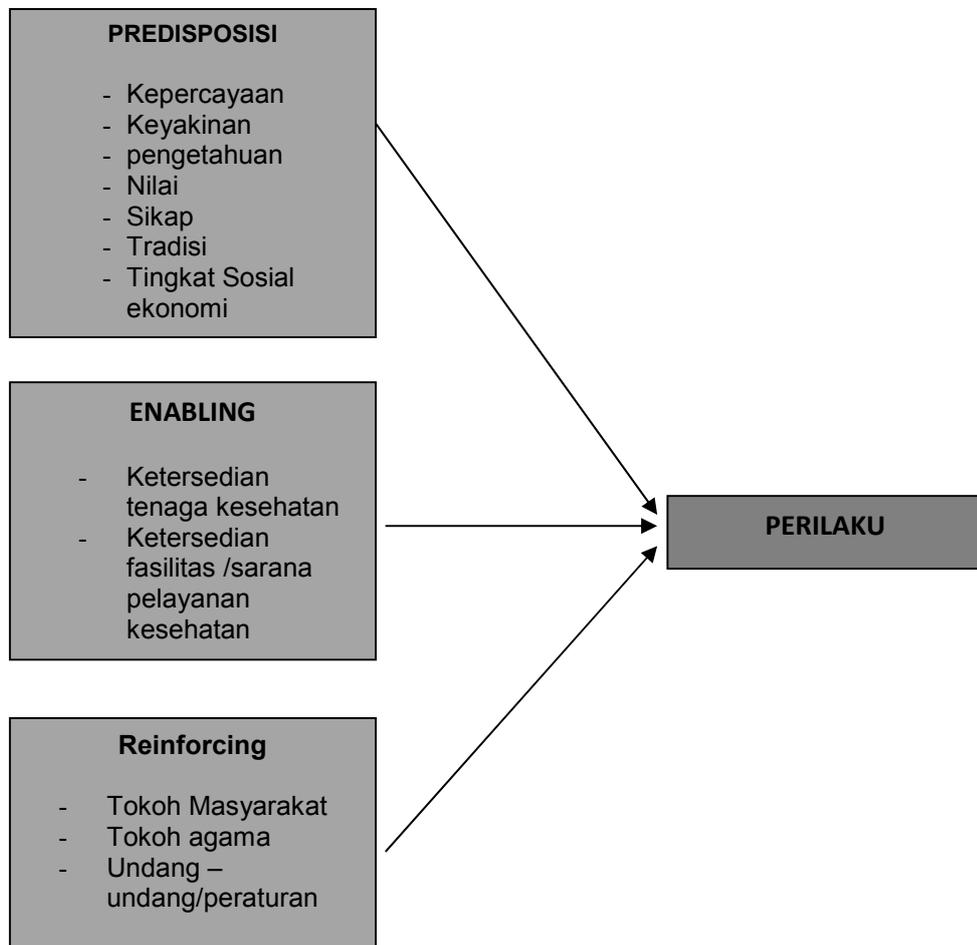
Tanpa adanya pengetahuan, ibu tersebut mungkin tidak akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam pemeriksaan kehamilannya. Di samping itu terkadang kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat menghambat ibu untuk memeriksakan kehamilannya. Faktor ini mempermudah terwujudnya perilaku sehingga sering disebut faktor pemudah.

b. Faktor pendukung (*enabling factors*)

Faktor pendukung perilaku adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan individu atau masyarakat. Faktor ini meliputi tersedianya sarana dan prasarana kesehatan dan kemudahan atau fasilitas untuk terjadinya perilaku. Contohnya tersedianya puskesmas, rumah sakit, bidan atau dokter. Ibu hamil yang ingin memeriksakan kehamilannya bukan hanya karena tahu dan sadar akan manfaat pemeriksaan kehamilan tetapi karena ibu tersebut juga mudah untuk menjangkau fasilitas kesehatan yang ada.

c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang memperkuat terjadinya suatu tindakan untuk berperilaku faktor ini menentukan apakah tindakan kesehatan mendapat dukungan atau tidak. Sumber penguat bergantung kepada tujuan dan jenis kegiatan program, sumber-sumber tersebut antara lain perilaku petugas kesehatan dan dari tokoh masyarakat seperti lurah, tokoh agama dan dukungan keluarga. Selain hal tersebut juga diperlukan ada tersedianya peraturan dan perundang-undangan.



Gambar 2. Teori Green  
(sumber: Notoadmodjo, 2007)

## **D. Tinjauan Umum tentang Variabel Penelitian**

### **1. Tinjauan umum tentang pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan**

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan dapat menurunkan risiko kematian ibu pada saat bersalin karena di tempat tersebut persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan tersedia sarana kesehatan yang memadai sehingga dapat menangani komplikasi yang mungkin terjadi saat persalinan. Data riskesda 2010 menggambarkan persentase ibu melahirkan di fasilitas kesehatan sebesar 55,4% sedangkan 43,2 % melahirkan di rumah atau di tempat lain. Diantara ibu yang melahirkan di rumah sebesar 42 % ditolong oleh tenaga non kesehatan terutama oleh dukun (Nurrahmiati, 2012).

Definisi yang disetujui oleh UNPFA bahwa tenaga kesehatan yang berkompoten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan. Terkait dengan pelayanan kesehatan maternal, petugas yang terampil adalah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat yang telah didik dan dilatih sehingga mempunyai kemampuan dan keterampilan untuk penegelolaan keadaan normal persalinan dan periode langsung pasca kelahiran serta

mengidentifikasi pengelolaan ruukan bagi ibu dan bayi baru lahir yang mengalami komplikasi.

## **2. Tinjauan tentang umur**

Umur merupakan variabel penting yang berhubungan dengan timbulnya penyakit. Semakin bertambahnya umur seseorang akan bertambah dewasa, dan semakin matang dalam berpikir, semakin banyak menyerap pengetahuan dan hal-hal yang mempengaruhi keputusan (Utomo,1996). Dalam teori *Behavioral Model of Health Service Use*, Anderson menjelaskan bahwa umur adalah merupakan salah satu komponen dari faktor Predisposisi (*Predisposing*) atau faktor pendorong seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor ini menjadi dasar atau motivasi bagi seseorang untuk berperilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Terdapat asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, kesakitan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan sedikit banyak berhubungan dengan umur. Setiap individu dengan umur yang berbeda mempunyai kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Umur mempunyai hubungan yang signifikan dalam keputusan memilih tenaga pelayanan kesehatan professional sebagai penolong persalinan. Wanita yang berusia 20 - 34 tahun mempunyai peluang 1,65 kali memilih persalinan oleh tenaga kesehatan dari pada kelompok umur 15 – 19 tahun. Begitu pula dengan wanita usia 35 – 49 tahun sebesar 3,21 kali lebih mungkin untuk melahirkan pada tenaga kesehatan (Kristiani, 2009).

Umur ibu bersalin adalah umur pada saat melahirkan, umur Ibu bersalin yang berisiko tinggi yaitu kurang dari 19 tahun lebih dari 35 tahun dan perkawinan diatas 5 tahun (Manuaba, 2012).

Umur adalah indeks yang menempatkan individu-individu dalam urutan perkembangan. Usia yang baik untuk usia kehamilan dan persalinan antara umur 20-35 tahun, ini disebut juga dengan usia reproduksi sehat. Wanita yang melahirkan di bawah usia 20 tahun atau lebih dari 35 tahun akan mempunyai resiko yang tinggi baik pada ibu maupun bayi (Rustam Mochtar, 2008)

Menurut para ahli, usia dan fisik wanita berpengaruh terhadap proses kehamilan pertama, pada kesehatan janin dan proses persalinan. WHO memberikan rekomendasi usia yang aman untuk menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20 sampai 30 tahun, tapi mengingat kemajuan teknologi saat ini sampai usia 35 tahun masih dibolehkan untuk hamil. Menurut Tobing (2010) adapun pembagian umur ibu menurut risiko pada kehamilan adalah:

a. Umur kurang dari 20 tahun

Kehamilan di usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah karena kondisi fisik ibu belum 100 % siap. Kehamilan dan persalinan pada usia tersebut meningkatkan angka kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibandingkan wanita yang hamil dan bersalin di usia 20-30 tahun. Secara fisik alat reproduksi pada wanita usia < dari 20 tahun belum terbentuk sempurna, pada umumnya rahim masih terlalu kecil karena

pembentukan yang belum sempurna dan pertumbuhan tulang panggul yang belum cukup lebar. Karena rahim merupakan tempat pertumbuhan janin, rahim yang terlalu kecil akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

Beberapa risiko yang biasa terjadi pada kehamilan di usia kurang dari 20 tahun adalah kecenderungan naiknya tekanan darah dan pertumbuhan janin terhambat. Secara psikologi, mental wanita di usia kurang dari 20 tahun belum siap. Ini menyebabkan kesadaran untuk memeriksakan diri dan kandungannya rendah. Diluar urusan kehamilan dan persalinan, risiko kanker leher rahim pun meningkat akibat hubungan sex dan melahirkan sebelum usia 20 tahun. Risiko yang tinggi pada kehamilan harus diikuti dengan kebijakan untuk memilih tenaga penolong persalinan karena jika ibu memiliki risiko dalam menghadapi persalinan, hendaknya lebih bijak dalam menentukan penolong tenaga persalinan.

b. Usia 20 sampai 35 tahun

Usia 20-30 tahun dianggap ideal untuk hamil dan melahirkan. Dientang usia ini, kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Rahim sudah mampu memberi perlindungan atau kondisi yang maksimal untuk kehamilan. Secara fisik mental pun siap, yang berdampak perilaku merawat dan menjaga kehamilan secara berhati – hati. Usia 30 – 35 tahun sebenarnya merupakan masa transisi, kehamilan pada usia ini masih

bisa diterima asal kondisi tubuh dan kesehatan wanita yang bersangkutan termasuk gizinya dalam keadaan baik

c. Usia diatas 35 tahun

Wanita yang hamil pada usia ini sudah dianggap sebagai kehamilan yang berisiko tinggi. Pada usia ini, wanita biasanya sudah dihinggapi penyakit seperti kanker mulut rahim, kencing manis, darah tinggi dan jantung. Keadaan jalan lahir sudah kurang elastis dibanding sebelumnya, sehingga persalinan menjadi sulit dan lama. Hal ini ditambah dengan penurunan kekuatan ibu untuk mengeluarkan bayi karena faktor umur dan faktor penyakit yang dideritanya. Di kurun usia ini, angka kematian ibu dan bayi meningkat. Itu sebabnya tidak dianjurkan menjalani kehamilan diatas usia 35 tahun (Naek L Tobing, 2010).

Penelitian yang dilakukan Roudlotun (2005), membuktikan bahwa umur ibu memiliki hubungan dengan perilaku pemilihan penolong persalinan di daerah pantai Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara dengan  $p=0,044$ .

### **3. Tinjauan tentang pendidikan**

Pendidikan adalah suatu usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin tinggi pula kesadarannya tentang hak yang dimilikinya, kondisi ini akan meningkatkan tuntutan terhadap hak untuk memperoleh

informasi, hak untuk menolak/menerima pengobatan yang ditawarkan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Kuncoroningrat (1997) makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah seseorang tersebut menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Jadi dapat dikatakan bahwa pendidikan itu menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan.

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan, khususnya dalam pembentukan perilaku semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi kesadaran seseorang tentang sesuatu hal dan semakin matang pertimbangan seseorang dalam mengambil keputusan (Notoatmodjo, 2005)

Menurut Depkes pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat berperan dalam pengembangan diri. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Tingkat pendidikan khususnya tingkat pendidikan wanita mempunyai pengaruh terhadap derajat kesehatan (Widawati, 2008). Hasil penelitian Susilawati (2009), membuktikan

pendidikan mempunyai hubungan dengan perilaku ibu dalam memilih penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Sirnagalih Kecamatan Tamansari Kabupaten Bogor ( $p < 0,005$ ). Penelitian lain yang dilakukan Maisya dan Tjandrarini (2006) juga membuktikan bahwa pendidikan ibu ada hubungan dengan perilaku pemilihan persalinan di Kabupaten Sukabumi ( $p < 0,005$ ).

Penelitian Siregar di Asahan menunjukkan bahwa pendidikan ibu ( $p = 0.016$ ) berhubungan dengan pemilihan tenaga penolong persalinan mengingat bahwa pendidikan dapat mempengaruhi daya intelektual seseorang dalam memutuskan suatu hal, termasuk penentuan penolong persalinan. Pendidikan ibu yang kurang menyebabkan daya intelektualnya juga masih terbatas sehingga perilakunya masih sangat dipengaruhi oleh keadaan sekitarnya ataupun perilaku kerabat lainnya atau orang yang mereka tuakan (Siregar, 2012).

#### 4. Tinjauan tentang pendapatan keluarga

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

Penelitian yang dilakukan di kab Aceh Tenggara menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan pemilihan Penolong persalinan ( $p=0.032$ ;  $OR=3,966$ ), sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Khaeruddin di Puskesmas Cijeruk pada tahun 2012 yang menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan nilai  $p=0.034$

## **5. Tinjauan tentang Paritas**

Paritas adalah jumlah kelahiran hidup dan mati dari suatu kehamilan yang pernah dialami seorang ibu. Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan, termasuk yang meninggal dengan usia kehamilan  $\leq 36$  minggu (Wikjhosastro, 2007).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas  $\leq 1$  (belum pernah melahirkan/baru melahirkan pertama kali) dan paritas  $> 4$  memiliki angka kematian maternal lebih tinggi (Saifudin, 1994). Paritas  $\leq 1$  dan usia muda berisiko karena ibu belum siap secara medis maupun secara mental, sedangkan paritas di atas 4 dan usia tua, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan (Kemenkes RI, 2004). Risiko kematian bayi dan ibu tinggi pada paritas pertama dan menurun pada paritas ke 2 dan ke 3, paritas 4 dan 6 meningkat lagi 1,5 kali dibanding dengan paritas 2 dan 3 (Depkes RI, 2007).

Paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal, paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas 1 dapat di tangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat di kurangi atau di cegah dengan keluarga berencana (Wikjhosastro, 2007).

Pada daerah pedesaan ibu dengan paritas yang tinggi cenderung menggunakan tenaga non kesehatan untuk menolong persalinan mereka dibandingkan ibu-ibu yang berparitas rendah (Depkes RI, 2007). Kategori paritas menurut Sarwono (2007):

1. Paritas tinggi : Apabila ibu melahirkan lebih dari 3 kali
2. Paritas rendah: Apabila ibu meelahirkan kurang atau sama dengan 3 kali

Penelitian yang dilakukan dan oleh Kristiana pada tahun 2007 membuktikan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Warung Gunung Kabupaten Lebak Propinsi Banten dengan nilai  $p=0,040$  (Sumintardi,2012).

## **6. Tinjauan tentang jumlah anak hidup**

Jumlah anak yang hidup dari seluruh persalinan ibu terkait dengan risiko yang mungkin timbul bila dikaitkan dengan jumlah kehamilan dan persalinan, dijumpai di daerah pedesaan. masih adanya preferensi terhadap jenis kelamin anak khususnya pada beberapa suku, yang

menyebabkan istri mengalami kehamilan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang relatif pendek, menyebabkan ibu mempunyai resiko tinggi pada saat melahirkan. Di daerah tertentu budaya harus mempunyai anak laki-laki atau perempuan menyebabkan seorang wanita terlalu dekat kehamilannya dan terlalu banyak persalinannya, bila anak yang akan dilahirkan tidak memenuhi keinginannya maka menjadi tidak istimewa atau tidak dikehendaki, ini berdampak terhadap pemilihan tenaga penolong persalinan (Widawati, 2008).

## **7. Tinjauan tentang Persepsi Kepuasan terhadap ANC (Antenatal Care)**

### **A. Antenatal Care (ANC)**

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu serta indikasi dasar dan khusus (Pohan, 2006). Selain itu aspek yang lain yaitu penyuluhan, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), motivasi ibu hamil dan rujukan.

Tujuan asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum,

kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat (ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin), mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal serta optimalisasi kembalinya kesehatan reproduksi ibu secara wajar.

Keuntungan layanan antenatal sangat besar karena dapat mengetahui risiko dan komplikasi sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Layanan antenatal dilakukan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang lebih intensif, pengobatan agar risiko dapat dikendalikan, serta melakukan rujukan untuk mendapat tindakan yang adekuat (Manuaba, 2012).

## B. Persepsi

Persepsi ialah interpretasi tentang apa yang diinderakan atau dirasakan individu. Persepsi merupakan suatu proses pengenalan maupun proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh individu (tjiptono, 2000). Persepsi adalah pengamatan yang merupakan kombinasi penglihatan, penciuman, pendengaran serta pengalaman masa lalu. Persepsi dinyatakan sebagai proses menapsir sensasi-sensasi dan memberikan arti kepada stimuli. Persepsi merupakan penafsiran realitas dan masing-masing orang memandang realitas dari sudut perspektif yang berbeda (Supranto, 1997).

Terdapat sejumlah faktor yang dapat berpengaruh untuk memperbaiki dan mendistorsi persepsi kita yang berbeda dalam melihat suatu objek yang sama, hal ini dipengaruhi oleh:

- a) Tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang
- b) Faktor pada pemersepsi/pihak pelaku persepsi dipengaruhi oleh karakteristik pribadi seperti sikap, motivasi, kepentingan atau minat, pengalaman dan pengharapan.

Persepsi setiap orang terhadap suatu objek dapat berbeda-beda, oleh karena itu persepsi mempunyai sifat subjektif, yang dipengaruhi oleh isi memorinya. Semua apa yang telah memasuki indra dan mendapatkan perhatiannya, akan disimpan dalam memorinya dan akan digunakan sebagai referensi untuk menghadapi stimuli baru. Dengan demikian proses persepsi dipengaruhi oleh pengalaman masa lalunya yang tersimpan dalam memori (Supranto,2007).

Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan atas suatu jasa adalah :

- (1) Harga, harga yang rendah menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi pembeli tidak percaya kepada penjual. Sebaliknya, harga yang tinggi menimbulkan persepsi produk tersebut berkualitas. Harga yang terlalu tinggi menimbulkan persepsi penjual tidak percaya kepada pembeli.
- (2) Citra, citra yang buruk menimbulkan persepsi produk tidak berkualitas, sehingga pelanggan mudah marah untuk kesalahan kecil sekalipun.

Citra yang baik menimbulkan persepsi produk berkualitas, sehingga pelanggan memaafkan suatu kesalahan, meskipun tidak untuk kesalahan selanjutnya.

- (3) Tahap pelayanan, kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama ia menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya, sehingga pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan secara keseluruhan.
- (4) Momen pelayanan, kinerja pelayanan ditentukan oleh pelayan, proses pelayanan dan lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan.

### C. Kepuasan

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkan (Sari, 2008).

Menurut Kolter dalam Hermanto (2010) kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang sebagai hasil dari perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dan yang diharapkan.

Kepuasan konsumen adalah tingkat perasaan konsumen setelah membandingkan dengan harapannya. Seorang pelanggan jika merasa puas dengan nilai yang diberikan oleh jasa pelayanan sangat besar kemungkinannya untuk menjadi pelanggan dalam waktu yang lama (Hendriani, 2006). Manfaat kepuasan yaitu :

- a. Kepuasan pelanggan merupakan sarana untuk menghadapi kompetisi dimasa yang akan datang.
- b. Kepuasan pelanggan merupakan promosi terbaik.
- c. Kepuasan pelanggan merupakan asset perusahaan terpenting.
- d. Kepuasan pelanggan menjamin pertumbuhan dan perkembangan perusahaan.
- e. Pelanggan semakin kritis dalam memilih produk.
- f. Pelanggan puas akan kembali.
- g. Pelanggan yang puas mudah memberikan referensi.

Kepuasan konsumen sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan. Menurut Zaithaml dan M.T. Bitner dan juga Adrian Palmer dalam Hermanto (2010) ada lima dimensi mutu pelayanan yang perlu diperhatikan yaitu:

- a. *Reliability* (keandalan) yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya, misalnya; pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang cepat dan tepat, jadwal pelayanan dijalankan secara tepat, prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.
- b. *Responsiveness* (ketanggapan) yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau tanggap, misalnya; kemampuan dokter, bidan/perawat untuk tanggap menyelesaikan keluhan pasien, petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti, tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

- c. *Assurance* (jaminan) yaitu pengetahuan atau kesopanan petugas serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, misalnya; pengetahuan dan kemampuan medis menetapkan diagnosa, keterampilan petugas dalam bekerja, pelayanan yang sopan dan ramah, jaminan keamanan, kepercayaan status sosial dan lain-lain.
- d. *Empaty* (empati) yaitu rasa peduli, memberikan perhatian pribadi kepada pasien, misalnya; memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien, kepedulian terhadap keluhan pasien, pelayanan kepada semua pasien tanpa membedakan status.
- e. *Tangibles* (Bukti langsung) yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan media komunikasi, misalnya; kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan, penataan interior dan eksterior ruangan, kelengkapan, persiapan dan kebersihan alat, penampilan, kebersihan penampilan petugas.

## **8. Tinjauan tentang pendapatan keluarga**

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

Penelitian yang dilakukan di salah satu kecamatan di kab Aceh Tenggara menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan pemilihan penolong persalinan ( $P=0.032$ ;  $OR=3,966$ ), sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Khaeruddin di puskesmas cijeruk pada tahun 2012 menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan persalinan oleh nakes dengan nilai  $p=0.034$

### **9. Tinjauan tentang waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan**

Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2007 menyatakan bahwa kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan faktor penentu antara lain jarak dan waktu tempuh. Masyarakat akan semakin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan jika lokasi tempat tinggal mereka mempunyai jarak yang tempuh yang jauh untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan (Nurrahmiati, 2012). Jarak dan waktu tempuh yang panjang akan memerlukan transportasi dan dana untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Bila tersedia transportasi dan dana yang memadai maka jarak dan waktu tempuh bukan lagi menjadi penghambat utama dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Faktor Geografis dan keberadaan sarana pelayanan kesehatan akan sangat mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau baik dari segi pembiayaan

maupun dari segi jarak akan lebih banyak dikunjungi oleh masyarakat khususnya masyarakat ekonomi lemah/miskin.

Penelitian yang dilakukan di tiga kabupaten di Singada menunjukkan bahwa hambatan yang paling sering ditemukan dalam merujuk pasien ke fasilitas kesehatan adalah kurangnya biaya dan jarak yang terlalu jauh ke rumah sakit terdekat (Cham et al, 2008). Studi lain mencatat bahwa 84 % wanita di pedesaan Tanzania memutuskan untuk melahirkan di rumah karena masalah transportasi dan jarak (Mrisho et al, 2007). penelitian yang dilakukan oleh Mpembeni et al (2007) menunjukkan bahwa wanita yang tinggal kurang dari 5 km dari fasilitas kesehatan lebih mungkin untuk merujuk ke fasilitas kesehatan daripada mereka yang tinggal lebih dari 5 km.

Berdasarkan Balitbang depkes pada Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 kriteria penentuan jarak sarana pelayanan kesehatan diukur dari waktu tempuh yaitu dekat jika kurang dari 30 menit dan jauh jika waktu tempuh ke sarana pelayanan lebih atau sama dengan 30 menit.

Penelitian Amilda pada tahun 2010<sup>1</sup> membuktikan jarak tempuh ada hubungan yang signifikan dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Gerabag Kabupaten Magelang dengan  $p=0,000$  (Sumintardi, 2012). Demikian penelitian yang dilakukan oleh Nurahmiati (2012) menunjukkan bahwa jarak tempuh Jarak tempuh ( $p =0.007$ ) ke puskesmas merupakan faktor yang berhubungan dengan peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

## **10. Tinjauan tentang keberadaan bidan desa**

Tenaga kesehatan merupakan pelaku pembangunan kesehatan yang mempunyai peran yang strategis dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi yang penting dan strategis terutama dalam menurunkan AKI dan AKB (angka kematian bayi). Menurut data susenas 2009 pertolongan persalinan di Indonesia lebih banyak dilakukan oleh bidan dibandingkan tenaga kesehatan lainnya yakni 61,24% (Nurrahmiati, 2012).

Ikatan bidan Indonesia menetapkan bahwa bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di wilayah RI serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (Depkes, 2008).

Bidan Desa adalah bidan yang ditempatkan dan diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat dalam pencapaian target derajat kesehatan di wilayah kerjanya yang meliputi satu sampai dua desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Puskesmas setempat dan bekerjasama dengan perangkat desa. Maksud dilaksanakannya penempatan bidan di desa menurut Depkes RI adalah sebagai berikut :

- a. Mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)

- b. Menurunkan tingkat fertilitas, sehingga menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan meneruskan penurunan angka kematian bayi yang pada lima tahun terakhir sudah mengalami penurunan cukup besar
- c. Merupakan upaya untuk memperluas jangkauan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak di samping untuk mendekatkan pelayanan kesehatan lainnya.

Adapun fungsi bidan desa adalah:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di rumah-rumah, menangani persalinan, pelayanan keluarga berencana dan pengayoman medis kontrasepsi.
- b. Menggerakkan dan membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan sesuai permasalahan di tempat.
- c. Membina dan memberikan bimbingan teknis kepada kader dan dukun bayi.
- d. Membina kelompok dasawisma di bidang kesehatan.
- e. Membina kerja sama lintas program, lintas sektoral dan lembaga swadaya masyarakat.
- f. Melakukan rujukan medis maupun rujukan kesehatan ke Puskesmas kecuali dalam keadaan darurat harus dirujuk ke fasilitas kesehatan lainnya.

- g. Mendeteksi secara dini adanya efek samping dan komplikasi pemakaian kontrasepsi serta adanya penyakit-penyakit lain dan berusaha mengatasi sesuai dengan kemampuan.

Kebijakan pemerintah untuk menempatkan bidan pada tiap desa merupakan langkah strategis dalam mempromosikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil akan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan namun ketersediaan yang dimaksud bukan sekadar ada tetapi apakah memang ketersediaan tersebut juga berfungsi sesuai kewenangan tugasnya di wilayah kerjanya.

Studi kualitatif yang dilakukan oleh Christiana dkk di Jawa Barat pada tahun 2009 menggambarkan berbagai permasalahan dalam memanfaatkan tenaga bidan desa. Ketika persalinan di malam hari sulit untuk mencari bidan desa karena terkadang bidan tidak berada di rumah atau tidak menetap di desa tersebut sehingga masyarakat lebih nyaman menghubungi dukun dibanding bidan (Nurrahmiati, 2012).

### **11. Tinjauan tentang dukungan suami**

Suami dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil dalam memilih pelayanan, dukungan ini bisa berupa anjuran, membantu ibu hamil berupa dana, sarana dan tindakan lainnya. Di masyarakat Indonesia masih menganut paham paternalistik, yaitu peran suami sangat menentukan dalam memilih pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1998).

Keputusan memilih penolong persalinan kebanyakan masih ditentukan secara sepihak oleh suami. Hal ini terutama terjadi pada masyarakat yang masih menganut budaya patriarki. Masyarakat yang menganut budaya patriarki bahwa posisi laki-laki/ suami lebih dominan sehingga keputusan dalam memilih pelayanan kesehatan termasuk dalam hal ini saat memilih penolong persalinan kebanyakan masih ditentukan oleh suami (Sodikin dkk, 2009)

Partisipasi suami merupakan strategi untuk mengurangi beban masalah kesehatan reproduksi yang paling mendesak saat ini. Beberapa upaya yang ditujukan pada pria sebelum ini masih terlalu lemah atau terlalu singkat, sehingga pemahaman kurang lengkap menyebabkan motivasi, interaksi pasangan dalam program kesehatan reproduksi masih sangat minim. Keterlibatan suami pada masa kehamilan istrinya masih memiliki tingkatan yang berbeda-beda. Pada program keselamatan ibu, suami menjadi sasaran program kesehatan reproduksi.

Suami seringkali menjadi satu-satunya yang memiliki peran sangat penting terutama sebagai pengambil keputusan krusial ketika kondisi istri cukup serius untuk mencari pertolongan, serta memutuskan bagaimana istri hamil akan dibawa ke klinik dan dapat mengatasi keterlambatan jika mengetahui gejala-gejala yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan dan persalinan, sehingga suami perlu diberi motivasi tentang kesehatan reproduksi.

Penelitian yang dilakukan oleh Almicab pada tahun 2003 membuktikan bahwa dukungan keluarga ( $p=0,002$ ) mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemilihan penolong persalinan diwilyah kerja Puskesmas Muara Bulian Kabupaten Batanghari (Sumintardi 2012). Hasil penelitian Sutrisno (1997) dalam penelitiannya di Kabupaten Purworejo menyebutkan bahwa suami, orang tua dan mertua adalah anggota kelompok referensi yang paling sering memberikan anjuran memilih tenaga penolong Persalinan (Nurianti,2012).

Menurut Juliwanto (2009) yang mengutip pendapat Soejoenoes (1991) Masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah, tinggal didaerah pedesaan dan dengan status sosial ekonomi rendah, lebih banyak yang cenderung menerima konsep peranan pria / wanita secara tradisional dimana dalam pembuatan keputusan- keputusan keluarga, suami yang paling banyak berbicara dan sebagai pembuat keputusan terakhir.

Tabel 1. Sintesa Penelitian

	PENELITI DAN JUDUL (TAHUN)	MASALAH UTAMA	KARAKTERISTIK			TEMUAN
			SUBJEK	INSTRUMEN	METODE	
1.	Cucu Sumintardi  <b>Determinan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Kalibunder Kabupaten Sukabumi Tahun 2011-2012</b> (Tesis UI/2012)	Cakupan persalinan puskesmas Kalibunder (77,1%) belum mencapai target SPM yakni 95%	ibu yang melahirkan pada bulan Meret 2011 sampai dengan bulan Februari 2012	Kuesioner	Cross sectional	Sikap ibu dan dukungan keluarga berhubungan dengan pemilihan penolong persalinan
2.	Irma Nurianti  <b>Pengaruh Faktor Predisposisi, Pendukung Dan Kebutuhan Terhadap Pemanfaatan Penolong Persalinan Pada Ibu Di Wilayah Kerja Puskesmas Binjai</b> (tesis USU/2012)	Untuk melihat pengaruh faktor predisposisi, pendukung dan kebutuhan terhadap pemanfaatan penolong persalinan pada ibu	157 ibu bersalin.	Kuesioner	<i>survey eksplanatory</i>	pengetahuan ( $p = 0,009$ ), sosial budaya ( $p = 0,016$ ), dan kebutuhan akan sarana pelayanan kesehatan ( $p = 0,001$ ) berhubungan dengan pemanfaatan penolong persalinan,
3.	Khaerudin  <b>Determinan Pemanfaatan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Cijeruk Kab Bogor Tahun 2012</b> (tesis UI/2008)	Untuk mengetahui hubungan umur, pendidikan, pekerjaan, jarak dan waktu tempuh, pendapatan keluarga, sikap ibu terhadap pelayanan kesehatan dan persepsi kebutuhan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh nakes	203 ibu yang memiliki bayi usia 0 – 12 bulan	Kuesioner	<i>Cross sectional</i>	Ada hubungan antara pendapatan keluarga, sikap terhadap pelayanan kesehatan, dan persepsi kebutuhan kesehatan yang dirasakan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

Lanjutan tabel 1

	PENELITI DAN JUDUL (TAHUN)	MASALAH UTAMA	KARAKTERISTIK			TEMUAN
			SUBJEK	INSTRUMEN	METODE	
4.	Nurrahmiati <b>Faktor –faktor yang berhubungan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Banten tahun 2010</b> (Tesis UI/2012)	Cakupan persalinan oleh nakes di Banten menurut data Susenas tahun 2009 yakni 68,9%	Seluruh puskesmas di provinsi Banten	Kuesioner	Cross sectional	Jarak tempuh ke pelayanan kesehatan dan pelayanan persalinan di puskesmas berhubungan dengan cakupan persalinan oleh nakes
5.	Elvistron juliwanto <b>Faktor – faktor yang mempengaruhi keputusan memilih penolong persalinan ibu hamil di Kec Babul rahmah Kab. Aceh Tenggara tahun 2008</b> (tesis USU/2008)	Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh bidan di masyarakat masih rendah di kec Babul rahmah	87 ibu bersalin	kuesioner	<i>survey eksplanatory</i>	ada hubungan antara pendapatan keluarga ( $p=0.032$ ;OR=3.966),pengetahuan ( $p=0,020$ ;)OR=0.304),sikap ( $0,002$ ;OR=5,111) dan budaya ( $p=0.000$ ;OR=24) dengan pemilihan penolong persalinan ibu
6.	Eva s. Bazant and Michael A Koenig D <b>Women’s Satisfaction With Delivery Care In Nairobi’s Informal Settlements</b> (International Journal For Quality In Health Care 2009 Volume 21)	Kepuasan pasien merupakan hal yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan.WHO merekomendasikan untuk meningkatkan kualitas dan keefektifan pelayanan kesehatan	1266 ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan pada tahun 2004-2005	kuesioner	Survai rumah tangga	Kepuasan ibu terhadap pelayanan persalinan berhubungan dengan empati pelayanan kebidanan(OR 3.68, 95% CI 2.27, 5.97); kehamilan yang diinginkan (OR 2.75, 95% CI 1.82, 4.14)

## Lanjutan tabel 1

	PENELITI DAN JUDUL (TAHUN)	MASALAH UTAMA	KARAKTERISTIK			TEMUAN
			SUBJEK	INSTRUMEN	METODE	
7.	Yusniar Siregar  <b>Determinan Pemilihan Penolong Persalinan Di Kecamatan Bandar Pulau Kabupaten Asahan Tahun 2012</b> (tesis USU/2012)	Di Kecamatan Bandar Pulau masih ditemukan persalinan abel 1 yang ditolong tenaga non kesehatan akibat faktor pada ibu bersalin dan faktor pelayanan.	96 ibu bersalin.	Kuesioner	<i>survey eksplanatory</i>	Hasil penelitian menunjukkan faktor pendidikan ( $p=0,016$ ), pengetahuan ( $p=0,001$ ), ketersediaan tenaga pelayanan persalinan ( $p=0,026$ ), lokasi sarana pertolongan persalinan ( $p=0,039$ ) berpengaruh signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan.
8.	Sri Yenita  <b>Faktor Determinan Pemilihan Tenaga Penolong Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Baru Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2011</b>  (tesis Universitas andalas/2011)	Masih tingginya angka persalinan oleh dukun di wilayah kerja Puskesmas Desa Baru Kabupaten Pasaman Barat yaitu 28,7%	157 responden	menggunakan kuesioner terhadap 152 orang sampel (kualitatif) dan pengumpulan data kualitatif menggunakan pedoman wawancara terhadap 5 orang subjek penelitian	<i>cross sectional</i>	Ada hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pendidikan ibu ( $p=0,001$ ) dan OR:5,648, pengetahuan ibu ( $p=0,002$ ) dan OR:3,852, persepsi ancaman ( $p=0,023$ ) dan OR:2,729, persepsi manfaat ( $p=0,001$ ) dan OR:4,128, media massa ( $p=0,022$ ) dan OR:3,399, dan anjuran petugas ( $p=0,008$ ) dan OR:3,143 dengan pemilihan tenaga penolong persalinan,
9.	Wike Diah Anjaryani <b>Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawat Di RSUD Tugurejo Semarang</b> (Tesis UNDIP, 2009)	Mengetahui hubungan umur, jenis kelamin, pendidikan, kelas perawatan, lama perawatan, jenis penyakit dengan kepuasan pasien	60 pasien rawat inap	kuesioner	metode kuantitatif-kualitatif	Ada hubungan antara lama pendidikan ( $p= 0.012$ ) dan penghasilan ( $p=0.047$ ) dengan kepuasan pasien.

Lanjutan tabel 1

	PENELITI DAN JUDUL (TAHUN)	MASALAH UTAMA	KARAKTERISTIK			TEMUAN
			SUBJEK	INSTRUMEN	METODE	
10	Sugiharti , bambang Sukana, Dwi hapsari <b>Hubungan karakteristik sosial ekonomi ibu dengan pemanfaatan tenaga kesehatan sebagai penolong Persalinan Di pulau jawa (Analisis data susenas 2001) (Jurnal ekologi kesehatan Vol 3 No 2,agustus 2004)</b>	Angka kematian Ibu di Indonesia menurut SKRT 1995 adalah 373 per 100000 kelahiran hidup (3 – 6 kali dari AKI negara – negara ASEAN dan lebih dari 50 kali AKI Negara maju.	2311 ibu yang memiliki bayi kurang dari 1 tahun yang berada dipulau jawa dari data susenas	Data sekunder (data SUSENAS 2001)	<i>survey eksplanatory</i>	66,2 % memanfaatkan tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan. Ada hubungan antara umur ibu , pendidikan ,dan stastus ekonomi dengan tenaga persalinan
11	Ernawati Lubis <b>Analisis Kualitas Pelayanan Asuhan Persalinan Normal Oleh Bidan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di Kota Tebing Tinggi Tahun 2005</b> (tesis USU, 2008)	Mengetahui hubungan ingkat pendidikan bidan,sarana lengkap,umur, biaya persalinan, pengetahuan,pengambilan keputusan klinik,asuhan sayang ibu dan sayang bayi,rencana rujukan, dan pertolongan kala I – IV dengan kepuasan pasien.	54 bidan dan 108 pasien	kuesioner	Cross sectional	Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan bidan,sarana lengkap, pengetahuan,pengambilan keputusan klinik,asuhan sayang ibu dan sayang bayi,rencana rujukan, dan pertolongan kala I – IV dengan kepuasan pasien
12	Manuela De Allegri dkk <b>Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso</b> (Health policy,2010)	tingginya AKI di Burkina faso (332 per 100000 kelahiran hidup)	435 wanita yang telah hamil maksimal 12 bulan sebelum penelitian dilakukan.	kuesioner	survey	Ibu yang melakukan pemeriksaan ANC paling kurang sebanyak 3 kali (76%) dan 72% melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan. variabel suku, jarak tempat tinggal < 5km dari fasilitas kesehatan dan pemeriksaan ANC ≤ 3 kali berhubungan dengan persalinan di fasilitas kesehatan

Lanjutan Tabel 1

	PENELITI DAN JUDUL (TAHUN)	MASALAH UTAMA	KARAKTERISTIK			TEMUAN
			SUBJEK	INSTRUMEN	METODE	
13	Rose NM Mpembeni dkk <b>Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets</b> (BMC Pregnancy and Childbirth 2007)	masih rendahnya cakupan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan di tanzania	974 Wanita yang telah melahirkan maksimal setahun yang lalu saat survey dilakukan	Kuesioner	Cross sectional	Jarak tempuh ke pelayanan kesehatan (OR = 4.09 (2.72–6.16)), diskusi tentang tempat melahirkan dgn teman pria (OR = 2.37(1.75–3.22)), anjuran agar melahirkan di fasilitas kesehatan saat pemeriksaan kehamilan (ANC)(OR = 1.43 (1.25–2.63))dan pengetahuan tentang faktor risiko kehamilan (OR 2.95 (1.65–5.25)) berhubungan dengan pemanfaatan enaga kesehatan dalam persalinan.
14	Zelalem Birhanu Mengesha dkk <b>Determinants of skilled attendance for delivery in Northwest Ethiopia: a community based nested case control study</b> (BMC Public Health,2013)	hanya 10% ibu di ethiopia yang memanfaatkan tenaga kesehatan dalam persalinan mereka.	1065 ibu bersalin	kuesioner	case control study	Tingkat pendidikan ([AOR (95%CI) = 2.8 (1.29, 3.68)] and lokasi tempat tinggal [AOR (95%CI) = 8.8 (5.32, 14.46)] ada hubungan dengan pemanfaatan Nakes dalam persalinan
15	Martin Palamuleni <b>Determinan of non institional deliveries in malawi</b> (Malawi Medical Journal, 2011)	Malawi adalah salah satu Negara dengan AKI tertinggi di dunia yang salah satu penyebabnya adalah masih rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan selama hamil dan melahirkan	7215 ibu yang memiliki anak umur 1 – 5 tahun	kuesioner	analisis data survey demografi dan kesehatan Malawi tahun 2004	58% ibu melahirkan di fasilitas kesehatan , 29.4% melahirkan di rumah 12.6% melahirkan dirumah dukun. hasil analisis multivariate menunjukkan bahwa tempat tinggal wealth statu, tingkat pendidikan berhubunga dengan pemanfaatan dukun dalam persalinan.

### E. Kerangka Teoritis penelitian

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori Andersen dan Green. Faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Andersen adalah , *predisposing factors*, *enabling factors* dan *need factors*, sedangkan menurut Green yaitu *predisposing factors*, *enabling factors* dan *reinforcing factors*.

Menurut Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen yang biasa disebut "*Andersen's Behavioral model of Health Service Utilization*". ada tiga komponen yang mempengaruhi keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yaitu: *predisposisi* (pemungkin), *enabling* (pendukung), dan *need*.

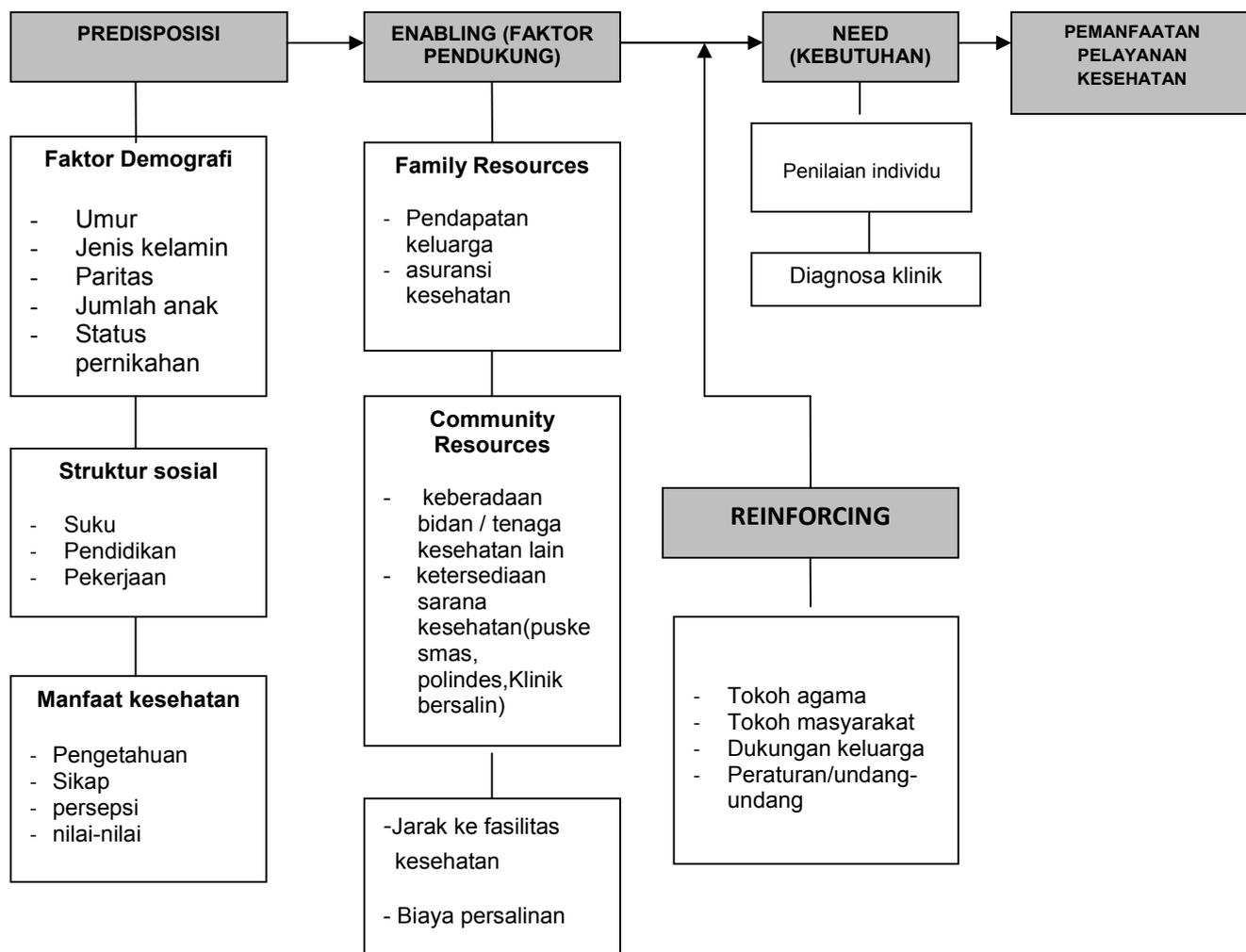
Komponen predisposisi terdiri dari tiga unsur yaitu: demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga), struktur sosial (jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras, dan kesukuan), dan kepercayaan kesehatan.

Komponen *enabling* (pendukung) mempunyai dua unsur yakni sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan), dan sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, lokasi sarana kesehatan).

Komponen *need*, merupakan komponen yang paling langsung berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan. Komponen ini diukur dengan laporan tentang berbagai simptom, fungsi-fungsi yang terganggu, dan persepsi terhadap status kesehatan.

Sedangkan Menurut Green ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku termasuk perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing faktor*), yang terwujud dalam lingkungan pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai kehidupan dan sebagai dimana selain mempengaruhi perilaku faktor ini juga mempunyai hubungan timbal balik dengan faktor penguat.
2. Faktor pendukung (*enabling faktor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan.
3. Faktor penguat (*reinforcing faktor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan dan dari tokoh masyarakat seperti lurah, tokoh agama dan dukungan keluarga. Selain hal tersebut juga diperlukan ada tersedianya peraturan dan perundang-undangan.



**Gambar 3. Kerangka Teori (modifikasi teori Green dan Andersen)**

## F. Kerangka konsep

### 1. Dasar pemikiran Variabel yang diteliti

#### a. Pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan dapat menurunkan risiko kematian ibu pada saat bersalin karena di tempat tersebut persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan dan tersedia sarana kesehatan yang memadai sehingga dapat menangani komplikasi yang mungkin terjadi saat persalinan.

#### b. Umur

Umur merupakan variabel penting yang berhubungan dengan timbulnya penyakit. Semakin bertambahnya umur seseorang akan bertambah dewasa, dan semakin matang dalam berpikir, semakin banyak menyerap pengetahuan dan hal-hal yang mempengaruhi keputusan. Dalam teori *Behavioral Model of Health Service Use*, Andersen menjelaskan bahwa umur adalah merupakan salah satu komponen dari faktor Predisposisi (*Predisposing*) atau faktor pendorong seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor ini menjadi dasar atau motivasi bagi seseorang untuk berperilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin tinggi pula kesadarannya tentang hak yang dimilikinya, kondisi ini akan meningkatkan tuntutan terhadap hak untuk memperoleh informasi, hak untuk menolak/menerima pengobatan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan.

d. Pendapatan keluarga

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

e. Paritas

Paritas adalah Jumlah kelahiran yang dialami oleh ibu, baik kelahiran hidup atau mati dengan kehamilan cukup bulan secara spontan melalui jalan lahir. Menurut Susenas 2007, pada daerah perkotaan diperkirakan ada kaitannya dengan arah pencarian pertolongan persalinan dan kemungkinan pengalaman pertolongan

sebelumnya dapat mempengaruhi pemilihan tenaga penolong persalinan saat ini atau kemudian. Pada daerah pedesaan ibu dengan paritas yang tinggi cenderung menggunakan tenaga non kesehatan untuk menolong persalinan mereka dibandingkan ibu-ibu yang berparitas rendah (Depkes RI, 2007).

f. Jumlah anak hidup

Jumlah anak yang hidup dari seluruh persalinan ibu, ini terkait dengan risiko yang mungkin timbul bila dikaitkan dengan jumlah kehamilan dan persalinan. Di daerah pedesaan, masih adanya preferensi terhadap jenis kelamin anak khususnya pada beberapa suku, yang menyebabkan istri mengalami kehamilan yang berturut-turut dalam jangka waktu yang relatif pendek, menyebabkan ibu mempunyai risiko tinggi pada saat melahirkan. Di daerah tertentu budaya harus mempunyai anak laki-laki atau perempuan menyebabkan seorang wanita terlalu dekat kehamilannya dan terlalu banyak persalinannya, bila anak yang akan dilahirkan tidak memenuhi keinginannya maka menjadi tidak istimewa atau tidak dikehendaki, ini berdampak terhadap pemilihan persalinan.

g. Waktu tempuh ke fasilitas kesehatan

Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas 2007) menyatakan bahwa kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan faktor penentu antara lain jarak dan waktu

tempuh. Masyarakat akan semakin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan jika lokasi tempat tinggal mereka mempunyai jarak yang tempuh yang jauh untuk mencapai lokasi pelayanan kesehatan. Faktor Geografis dan keberadaan sarana pelayanan kesehatan akan sangat mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau baik dari segi pembiayaan maupun dari segi jarak akan lebih banyak dikunjungi oleh masyarakat khususnya masyarakat ekonomi lemah/miskin.

g. Dukungan suami

Suami dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil dalam memilih pelayanan, dukungan ini bisa berupa anjuran, membantu ibu hamil berupa dana, sarana dan tindakan lainnya. Di masyarakat Indonesia masih menganut paham paternalistik, yaitu peran suami sangat menentukan dalam memilih pelayanan kesehatan untuk isteri.

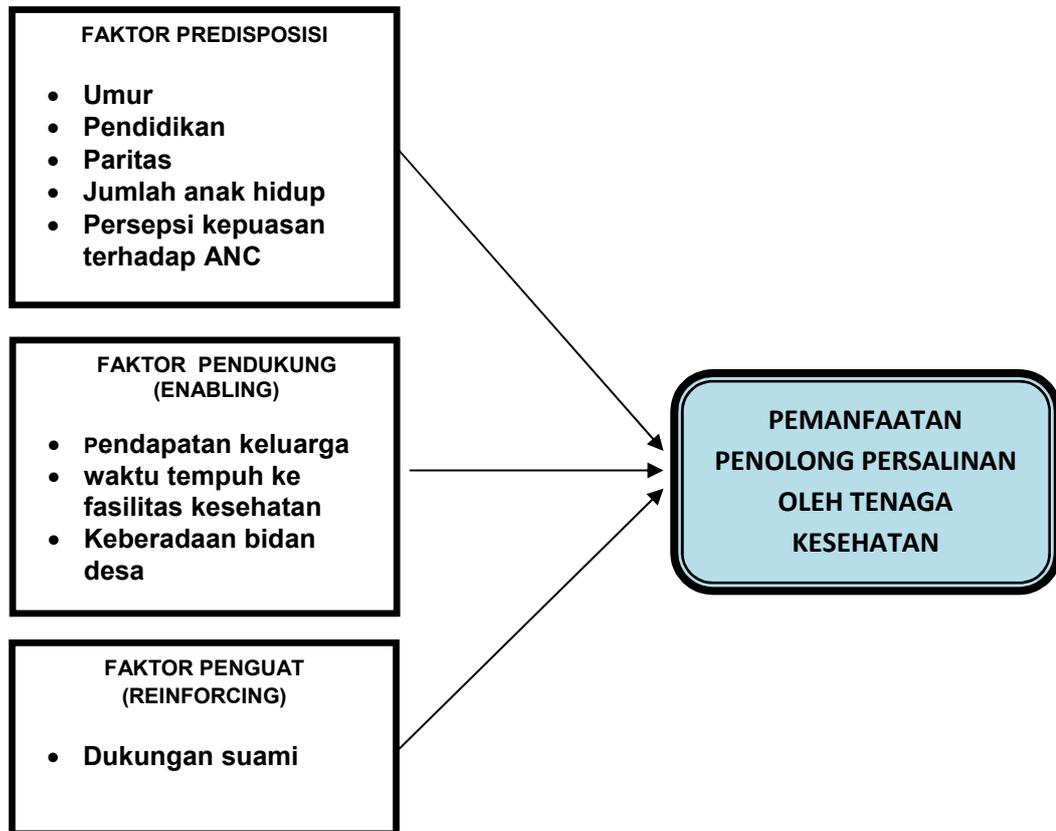
h. Keberadaan bidan desa

Tenaga kesehatan merupakan pelaku pembangunan kesehatan yang mempunyai peran yang strategis dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi yang penting dan strategis terutama dalam menurunkan AKI dan AKB (Angka Kematian Bayi). Kebijakan pemerintah untuk menempatkan bidan pada tiap

desa merupakan langkah strategis dalam mempromosikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil akan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan .

I. Persepsi kepuasan terhadap ANC (Antenatal Care).

Kepuasan konsumen adalah tingkat perasaan konsumen setelah membandingkan dengan harapannya. Seorang ibu jika merasa puas dengan nilai yang diberikan oleh jasa pelayanan ANC dapat berdampak pada keputusannya dalam pemilihan tenaga kesehatan dalam persalinannya kelak



Gambar 3. Kerangka konsep

Keterangan :

 : variabel independen

 : variabel dependen

## **G. Defenisi operasional dan kriteria objektif**

### **1. Pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan**

Pemanfaatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pemanfaatan tenaga kesehatan (dokter atau bidan) dalam proses persalinan yang terakhir saat penelitian dilakukan.

Kriteria objektif :

Memanfaatkan : jika pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan)

Tidak memanfaatkan : jika pertolongan persalinan dilakukan bukan oleh tenaga kesehatan (dukun)

### **2. Umur**

Umur adalah Usia responden sejak lahir sampai dengan tanggal melahirkan terakhir .

Kriteria objektif

Tidak berisiko : 20 – 35 tahun

Berisiko : 19 tahun dan > 35 tahun

### **3. Pendidikan**

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh responden sampai dilakukannya wawancara.

Kriteria objektif

Pendidikan rendah : pendidikan yang dicapai tamat SD-SMP

Pendidikan tinggi : pendidikan yang dicapai tamat SMA atau perguruan tinggi

#### **4. Paritas**

Paritas adalah Jumlah persalinan yang dialami oleh ibu selama hidupnya sampai dengan persalinan terakhir baik kelahiran hidup maupun kelahiran.

Kriteria objektif

Berisiko : 1 dan  $\geq 4$  kali

Tidak berisiko : 2-3 kali

#### **5. Jumlah anak hidup**

Jumlah anak adalah Jumlah anak yang hidup pada saat dilakukan wawancara, dari seluruh jumlah persalinan yang dialami oleh ibu.

Kriteria objektif

Banyak : Jumlah anak yang hidup  $\geq 4$  orang

Sedikit : Jumlah anak hidup 1-3 orang.

#### **6. Persepsi kepuasan terhadap ANC (Antenatal Care)**

Persepsi kepuasan terhadap ANC (Antenatal Care) adalah penilaian responden terhadap ANC pada saat hamil terakhir. Cara pengukuran menggunakan wawancara dengan panduan kuesioner terstruktur. Jawaban pertanyaan diberi skor 1 bila jawaban 'sangat tidak puas', 2 bila jawaban 'tidak puas', 3 bila jawaban 'puas', dan 4 bila jawaban 'sangat puas'.

Kriteria objektif:

Puas : jika jawaban responden  $\geq$  median total jawaban seluruh responden.

Tidak puas : jika jawaban responden  $<$  median total jawaban seluruh responden.

## **7. Pendapatan keluarga**

Pendapatan keluarga adalah penghasilan yang didapat oleh kepala keluarga dalam setiap bulannya untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Pengelompokan pendapatan keluarga disesuaikan dengan Standart UMK (Upah Minimal Kota) maros tahun 2012 sebesar Rp 976.950.

Kriteria objektif

Kurang : jika pendapatan per bulan responden  $<$  UMK Maros tahun 2012

Cukup : jika pendapatan per bulan responden  $\geq$  UMK Maros tahun 2012

## **8. Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan**

Waktu tempuh adalah lamanya waktu yang ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan dengan atau tanpa menggunakan sarana transportasi.

Kriteria obektif :

Dekat : jika waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan 30 menit

Jauh : jika waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan  $>$  30 menit

### **9. Keberadaan bidan desa**

Ada : jika ada bidan yang ditempatkan oleh pemerintah di desa dan menetap di desa tersebut.

Tidak ada : jika tidak memenuhi kriteria di atas.

### **10. Dukungan suami**

Dukungan suami atau keluarga adalah keterlibatan dalam mempengaruhi atau mendukung keputusan ibu untuk memanfaatkan tenaga kesehatan dalam persalinan.

Kriteria objektif :

Dukungan tinggi : jika skor jawaban responden median jawaban seluruh responden.

Dukungan rendah : jika skor jawaban responden  $<$  median jawaban seluruh responden.

## H. Hipotesis penelitian

1. Ada hubungan umur dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013
2. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013
3. Ada hubungan paritas dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013
4. Ada hubungan jumlah anak hidup dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros tahun 2013
5. Ada hubungan persepsi kepuasan ibu terhadap ANC (*Antenatal Care*) dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kecamatan Camba Kabupaten Maros tahun 2013.
6. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013.
7. Ada hubungan waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013

8. Ada hubungan keberadaan bidan desa dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013.
9. Ada hubungan dukungan suami dengan pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Camba kabupaten Maros tahun 2013