

612.63

HAF

h er

**HUBUNGAN PERAN SUAMI, ORANGTUA
DENGAN PRAKTIK IBU HAMIL DALAM PELAYANAN
ANTENATAL DAN PERSALINAN
DI WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN SEDAN
KABUPATEN REMBANG
TAHUN 2002**



THESIS

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-2**

EFFI MOHAMMAD HAFIDZ

E4A000012

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2003

UPT-PUSTAKA UNIP

TESIS

**HUBUNGAN PERAN SUAMI, ORANGTUA
DENGAN PRAKTIK IBU HAMIL DALAM PELAYANAN ANTENATAL DAN
PERSALINAN DI WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN SEDAN
KABUPATEN REMBANG TAHUN 2002**

Dipersiapkan dan disusun oleh
Effi Mohammad Hafidz
E4A000012

Promosi Kesehatan

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji
Pada Tanggal 16 Juni 2003

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Utama

Dra. VG. Tinuk Istiarti, M.Kes

Pembimbing Kedua

dr. Harbandinah Pietoyo, SKM

Anggota Dewan Penguji lain

dr. Lilien Eka Chandra, MrepSc, SpOG

Anggota Dewan Penguji lain

Dra. Atik Mawarni, M.Kes

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

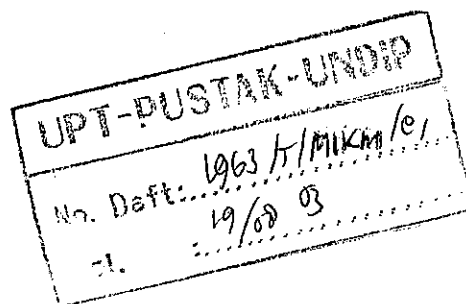


PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dari daftar pustaka.

Semarang, Juni 2003

Effi Mohammad Hafidz



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : EFFI MOHAMMAD HAFIDZ

Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 20 Desember 1958

A l a m a t : Jalan Kalicari II
Perumahan Kalicari Indah Blok A Nomor 4 Semarang

A g a m a : Islam

Riwayat Pendidikan :

- Lulus SD Negeri Bluntas 03 Jakarta, Tahun 1971
- Lulus SMP Negeri 62 Jakarta, Tahun 1974
- Lulus SMA Negeri 22 Jakarta, Tahun 1977
- Lulus Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi Jakarta, Tahun 1982
- Lulus FKM pada Universitas Airlangga, Surabaya, Tahun 1989

Riwayat Pekerjaan :

- Staf Dinas Kesehatan Propinsi Timor Timur di Dili Tahun 1983 sampai dengan Tahun 1997
- Tugas belajar di FKM Universitas Airlangga Tahun 1987
- Staf Kanwil Departemen Kesehatan Propinsi Jateng di Semarang dari Tahun 1997 sampai dengan 2000
- Staf Dinas Kesehatan Propinsi Jateng di Semarang dari Tahun 2000 sampai dengan sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah yang Maha Kuasa atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro dengan judul : “ Hubungan peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan di Wilayah Puskesmas Kecamatan Sedan Kabupaten Rembang Tahun 2002 “ dengan harapan dapat memberikan masukan untuk membantu mengatasi masalah kematian ibu khususnya di Kecamatan Sedan.

Penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan kemampuan dalam menyusun tesis ini, oleh karena itu tanpa bantuan dari berbagai pihak tidak mungkin tesis ini dapat penulis selesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih kepada : Ibu Dra VG. Tinuk Istiarti, Mkes selaku Pembimbing Utama dan Ibu dr. Harbandinah Pietoyo, SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini. Ucapan terima kasih penulis sampaikan juga kepada :

1. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr. PH selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
2. Ibu dr. Harbandinah Pietoyo, SKM selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.

3. Ibu Dra Atik Mawarni, M.Kes selaku Penguji tesis.
4. Ibu dr. Lilien Eka Chandra, MRepSc,SpOG selaku Penguji tesis.
5. Bapak dr Agus Setyo Hadi, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang beserta staf.
6. Bapak dr. Rohmat Isnaini selaku Kepala Puskesmas Sedan , Kabupaten Rembang beserta staf
7. Bapak Camat Sedan beserta staf
8. Isteri tercinta Ir. Ani Diah Alfiani dan anak-anak tercinta Fitri Wulandari dan Ahmad Nauval serta semua anggota keluarga yang selalu memberikan dorongan dan semangat belajar.
9. Teman-teman se kampus maupun se kantor yang telah membantu dan memberikan semangat yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Dalam menyusun tesis ini tentunya masih ada kekurangan-kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya saran dan kritik membangun dari pembaca untuk perbaikan dan kesempurnaan tesis ini. Hzarapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Semarang, Juni 2003

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiiiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	8
1.3. Keaslian Penelitian	8
1.4. Manfaat Penelitian	10
1.5. Tujuan Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Pengertian keluarga	12
2.2. Peran keluarga dalam pelayanan antenatal	13
2.3. Peran keluarga dalam pelayanan persalinan	14
2.4. Pengertian kematian ibu	14
2.5. Penyebab kematian ibu	15
2.6. Pengertian perilaku	27
2.7. Pembentukan dan perubahan perilaku	28
2.8. Perilaku kesehatan	31
2.9. Pelayanan/pemeriksaan kehamilan (ANC).....	35
3.0. Pelayanan/perawatan persalinan	37
3.1. Praktik ibu dalam ANC dan persalinan	40
4.0. Kerangka Teori.....	40
5.0. Kerangka Konsep	43
6.0. Hipotesa	44
BAB III METODA PENELITIAN	
3. 1. Bahan/Materi Penelitian	45
3. 1. 1. Rancangan Penelitian.....	45
3. 1. 2. Lokasi, Populasi dan Sampel	45
3..2. Alat Penelitian	48
3. 3. Prosedur Penelitian	48
3..3..1. Persiapan	49

	3.3.2. Uji Coba Kuesioner	49
	3.3.3 Pengumpulan Data	60
3.4.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	61
	3.4.1. Variabel	61
	3.4.2. Definisi Operasional	61
3.5.	Pengolahan dan Analisa Data	63
	3.5.1. Pengolahan data.....	63
	3.5.2. Analisa data.....	65
BAB IV	HASIL PENELITIAN	
	4.1. Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	68
	4.2. Karakteristik responden	70
	4.3. Analisa Bivariat	79
BAB V	PEMBAHASAN	
	5.1. Hasil Analisa Bivariat.....	87
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1. Kesimpulan.....	92
	6.2. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. : Penyebaran sample	47
Tabel 3.2.a. : Hasil uji validitas variabel peran suami test I.....	50
Tabel 3.2.b. : Hasil uji validitas variabel peran suami test II.....	51
Tabel 3.2.c : Skor total tiap responden pengukuran I & II peran suami.....	52
Tabel 3.2.d. : Hasil uji reliabilitas peran suami.....	53
Tabel 3.3.a. : Hasil uji validitas variabel peran orangtua test I	54
Tabel 3.3.b. : Hasil uji validitas variabel peran orangtua test II	54
Tabel 3.3.c. : Skor total tiap responden pengukuran I & II peran ortu.....	55
Tabel 3.3.d. : Hasil uji reliabilitas peran orangtua.....	56
Tabel 3.4.a. : Hasil uji validitas variabel praktik ibu hamil test I.....	57
Tabel 3.4.b. : Hasil uji validitas variabel praktik ibu hamil test II	57
Tabel 3.4.c. : Skor total tiap responden pengukuran I & II praktik bumil.....	58
Tabel 3.4.d. : Hasil uji reliabilitas praktik bumil	59
Tabel 4.1. : Distribusi pegawai di Puskesmas Sedan	69
Tabel 4.2. : Distribusi cakupan ibu hamil di Puskesmas Sedan	70
Tabel 4.3. : Distribusi kasus kematian ibu dan penyebabnya.....	70
Tabel 4.4. : Distribusi responden berdasarkan kasus umur	70
Tabel 4.5. : Distribusi responden berdasarkan lama pendidikan	71
Tabel 4.6. : Distribusi suami responden berdasarkan lama pendidikan.....	71

Tabel 4.7.	: Distribusi responden berdasarkan kelompok pekerjaan	72
Tabel 4.8.	: Distribusi suami responden berdasarkan kelompok pekerjaan	72
Tabel 4.9.	: Distribusi responden berdasarkan nomor anak yang dihasilkan ..	73
Tabel 4.10.	: Distribusi responden berdasarkan anak yang dilahirkan hidup....	73
Tabel 4.11.	: Distribusi responden berdasarkan anak yang dilahirkan mati.....	74
Tabel 4.12.	: Distribusi responden berdasarkan riwayat Anc. dan Persalinan ..	74
Tabel 4.13.	: Distribusi responden berdasarkan tindakan saat persalinan	75
Tabel 4.14.	: Distribusi responden tentang praktik bumil dalam Anc.....	75
Tabel 4.15.	: Distribusi responden tentang praktik bumil dalam pelayanan persalinan	76
Tabel 4.16.	: Distribusi peran suami terhadap praktik bumil dalam pelayanan antenatal	77
Tabel 4.17.	: Distribusi peran suami terhadap praktik bumil dalam pelayanan persalinan	77
Tabel 4.18.	: Distribusi peran orangtua terhadap praktik bumil dalam pelayanan antenatal	78
Tabel 4.19.	: Distribusi peran orangtua terhadap praktik bumil dalam pelayanan persalinan	79
Tabel 4.20.	: Hubungan antara peran suami terhadap praktik bumil dalam pelayanan antenatal	80
Tabel 4.21	: Hubungan antara peran suami terhadap praktik bumil dalam pelayanan persalinan	82

Tabel 4.22.	: Hubungan antara peran orangtua terhadap praktik bumil dalam pelayanan antenatal	83
Tabel 4.23.	: Hubungan antara peran orangtua terhadap praktik bumil dalam pelayanan persalinan	85

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Skema proses terbentuknya perilaku	29
Gambar 2 : Kerangka the PRECEDE PROCEED model for health promotion planning and evaluation.....	33
Gambar 3 : Skema penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku.....	34
Gambar 4 : Kerangka terori.....	43
Gambar 5 : Kerangka konsep	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner penelitian
- Lampiran 2. Rekapitulasi hasil pengumpulan data penelitian
- Lampiran 3. Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel peran suami
- Lampiran 4. Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel peran ortu
- Lampiran 5. Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel praktik ibu
- Lampiran 6. Hasil uji Bivariat
- Lampiran 7. Peta Wilayah Kecamatan Sedan
- Lampiran 8. Struktur Organisasi Puskesmas Sedan
- Lampiran 9. Surat Rekomendasi Penelitian
- Lampiran 10. Surat Keterangan Penelitian

EFFI MOHAMMAD HAFIDZ

**HUBUNGAN PERAN SUAMI, ORANGTUA DENGAN PRAKTIK IBU HAMIL
DALAM PELAYANAN ANTENATAL DAN PERSALINAN DI WILAYAH
PUSKESMAS KECAMATAN SEDAN KABUPATEN REMBANG TAHUN 2002**

xiv + 94 halaman + 39 tabel + 5 gambar + 10 lampiran

Angka kematian ibu (AKI) di Jawa Tengah tahun 2000 menunjukkan sekitar 250 - 300 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Sedangkan di Kabupaten Rembang, AKI sebesar 230 per 100.000 KH. Adapun kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, infeksi, eklampsi dan penyakit yang sudah diderita oleh ibu sejak sebelum hamil atau pada masa kehamilan. AKI di Puskesmas Sedan sebesar 296 per 100.000 KH. Angka tersebut kemungkinan bisa ditekan, apabila didorong dengan keikutsertaan masyarakat khususnya suami, orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan. Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Cross Sectional*. Sampel kuantitatif diambil sebanyak 87 bumil. Sebagai alat pengumpul data digunakan kuesioner untuk data serta pedoman wawancara untuk diskusi kelompok terarah. Uji hipotesis dilakukan dengan uji statistik Chi Square. Signifikansi ditentukan dengan nilai $p < 0.05$. Analisis data dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat. Sedangkan analisis data kualitatif dilakukan dengan cara menyimpulkan hasil wawancara mendalam dengan metode analisis isi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara peran suami dengan : 1) praktik ibu dalam pelayanan antenatal (p value 0.000), 2).pelayanan persalinan (p value 0.000), peran orangtua dengan 1) praktik ibu dalam antenatal (p value 0.000) dan 2). dalam persalinan (p value 0.000). Dari variabel peran suami dan peran orangtua yang dianggap berhubungan paling erat adalah peran suami dalam pelayanan antenatal yang ditunjukkan nilai kontingensi sebesar 0,611 dengan derajat hubungan yang terjadi sangat kuat dibandingkan dengan peran orangtua nilai kontingensi (C) 0,573. Demikian pula peran suami dalam pelayanan persalinan, nilai C = 0,553 dan hubungan yang terjadi kuat, dibandingkan dengan peran orangtua nilai C = 0,519 dan hubungan yang terjadi kuat.

Disarankan membuat kebijakan pendampingan dukun dengan bidan, memberikan penyuluhan kepada bumil : frekuensi antenatal sesuai standar 5 T, mensosialisasikan peran suami, orangtua untuk SIAGA, dan meningkatkan mitra kerja yang baik antara bides dengan dukun bersalin dalam pelayanan kehamilan maupun persalinan.

Kata kunci : Peran suami, orangtua, praktik dalam pelayanan antenatal dan persalinan
Kepustakaan : 41 (1983 - 2002)

ABSTRACT

Effi Mohammad Hafidz

The Relationship between the Husband and the Parent's Role to the Practice of the Pregnant Woman in the Antenatal and Childbirth Services at Sedan Sub District, Rembang District in 2002

xiv + 94 pages + 39 tables + 5 pictures + 10 enclosures

Maternal Mortality Rate in Central Java in 2000 was around 250 – 300 per 100.000 life childbirths. In Rembang District, Maternal Mortality Rate was 230 per 100.000 life childbirths. The maternal mortality was caused by bleeding, infection, eklamsia, and disease that had already been suffered by mother before and while pregnancy. Maternal Mortality Rate in Sedan Health Center was 296 per 100.000 life childbirths. That number can be minimized by participation of husband and parent in the antenatal and childbirth services.

The aim of this research was to identify the relationship between the husband and the parent's role to the practice of pregnant woman in the antenatal and childbirth services. This was *Cross Sectional* research. The number of samples was 87 pregnant women. To collect the data, it used questioners and interview guideline. Statistical analysis used *Chi Square* with significant level on 0.05. The quantitative data was analyzed by univariat and bivariat. The qualitative data was analyzed by *Content Analysis*.

The result of research showed that the husband's role has significant relationship with the practice of pregnant women in the antenatal services (p value = 0.000), and the childbirth services (p value = 0.000). The parent's role has significant relationship with the practice of pregnant women in the antenatal services (p value = 0.000), and childbirth process (p value = 0.000). The husband's role has very significant relationship with the practice of pregnant women in the antenatal services. It is showed by the value of coefficient correlation for 0.611 with degree of relationship that is very strong. The parent's role has the value of coefficient correlation for 0.519. The husband's role has very significant relationship with the childbirth services, with the coefficient correlation is 0.553. The parent's role has the coefficient correlation for 0.519.

It was suggested to make the policy about involving of midwife, to give elucidation to the pregnant women about the check frequency of pregnancy based on standard of 5 T, to socialize the husband and the parent role to be SIAGA, and to increase the good relationship between the midwife and the traditional midwife in the pregnancy and the childbirth services.

Key Words: The Husband's Role, The Parent's Role,
and The Practice in Antenatal and Childbirth Services

Bibliography: 41 (1983-2002)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Salah satu sasaran pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatnya secara bermakna umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi dan ibu. Untuk tercapainya tujuan pembangunan kesehatan tersebut dibutuhkan antara lain tersedianya sumber daya manusia yang tangguh, mandiri serta berkualitas. (Dep.Kes R.I, 1999)

Kualitas sumber daya manusia Indonesia dimasa mendatang bergantung kepada kualitas ibu dimasa sekarang, karena sejak masa kehamilan, masa lahir maupun masa setelah melahirkan bagi seorang ibu adalah masa yang penting, mengingat masa-masa tersebut umumnya ibu dalam kondisi yang rentan terhadap gangguan fisik dan psikis. Buruknya kondisi tersebut disebabkan ketidak tahuan dan ketidak berdayaan ibu dalam perawatan kehamilan maupun persalinan yang akibatnya dapat meningkatkan angka kematian ibu. (Sriatmi, dkk, 1997).

Salah satu program untuk mencapai Indonesia Sehat 2010 adalah program kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Dimana program ini merupakan prioritas yang tinggi. Karena di Indonesia masih ditandai oleh penurunan angka kematian ibu (AKI) yang sangat lambat, yaitu menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 (SKRT). Sementara target sampai tahun

2000 atau akhir Pelita VI adalah 225 / 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2010 ditargetkan 150 / 100.000 kelahiran hidup (Azrul Azwar,2001). Faktor yang berpengaruh terhadap tingginya angka kematian ibu tersebut adalah saling kait mengkait dan kompleks sehingga tidak mudah untuk menanggulangnya.

Tingginya angka kematian ibu berkaitan dengan masih belum memadainya cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan antenatal dan pasca partum, status kesehatan dan gizi ibu hamil yang masih rendah, kepercayaan dan tradisi yang tidak menunjang persalinan yang bersih serta sangat berkaitan erat dengan peran suami. Ciri-ciri ibu yang mati karena kehamilan , persalinan dan masa nifas antara lain : 1) kurang disayang suami / mertua / keluarga. (Studi kasus di Jawa Tengah, 1985), 2) pendidikan kurang dari 9 tahun, 3) rumah berjarak tempuh lebih dari 2 jam ke pelayanan kesehatan modern, 4) hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun dengan jumlah anak > 3 atau jarak kehamilan < 3 tahun, 5) riwayat kehamilan dan persalinan buruk dan 6) mengidap anemia dan kurang energi kronis. (Kantor Menperta, 1999). Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia 1994 menunjukkan bahwa sekitar 13 % ibu hamil belum pernah mendapat pelayanan antenatal, 71 % persalinan terjadi di rumah dan 60 % persalinan masih ditolong dukun bayi.

Lebih dari 90 % kematian ibu bersalin adalah disebabkan oleh penyebab langsung, yaitu perdarahan, infeksi dan eklamsia. Ketiga penyebab langsung kematian ibu tersebut disebut komplikasi kebidanan (komplikasi obstetri). Selain itu, persalinan lama (lebih dari 12 jam) dan pengguguran kandungan (abortus terinfeksi) dapat berakibat perdarahan dan/atau infeksi. Kurang dari 10 % kematian ibu disebabkan oleh penyebab tidak langsung, misalnya penyakit yang sudah diderita ibu sejak

sebelum hamil atau penyakit lain yang diderita pada masa kehamilan. Keadaan gizi sejak sebelum hamil, kehamilan yang terlalu sering, kehamilan pada usia terlalu muda atau tua dapat menambah risiko timbulnya gangguan. Kematian ibu juga diwarnai oleh penyebab yang mendasar, yaitu rendahnya tingkat pendidikan dan status gender wanita di pedesaan.

Hasil audit-maternal-perinatal Departemen Kesehatan R.I. 1997 menunjukkan bahwa ibu yang meninggal mempunyai karakteristik pendidikan yang rendah, kemampuan membayar biaya persalinan yang rendah, memeriksakan kehamilan sangat terlambat (pada trimester ketiga atau menjelang persalinan), dan melahirkan di rumah. Menurut SKRT 1992, sekitar 60% ibu hamil menderita anemia (Hb kurang dari 11 gr%), yang akan meningkatkan risiko terjadinya kematian ibu jika dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia (700 per 100.000 dibandingkan dengan 190 per 100.000).

Keadaan di atas menuntut peningkatan pelayanan KIA, baik dari segi jangkauan maupun mutu. Belum meratanya jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, antara lain keterjangkauan lokasi tempat pelayanan yang lokasinya sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai juga menjadi penyebab rendahnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan berkualitas. Selain itu keterjangkauan terhadap informasi yang kurang menyebabkan juga rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia. (WHO, 1998)

Program KIA yang perlu dilakukan lebih terarah adalah pelayanan antenatal dan persalinan. Hal ini dimaksudkan selain untuk meningkatkan kesehatan ibu sejak kehamilan sampai persalinan, juga untuk kesehatan anak yang dilahirkan.

Telah diketahui bahwa inti program obstetri adalah perawatan dan pelayanan antenatal, karena akan memberikan dampak yang cukup berarti pada hasil akhir dari suatu kehamilan. Data yang didapatkan dari beberapa pemantauan menunjukkan bahwa pelayanan antenatal yang teratur akan mempunyai keuntungan yang nyata, dan bukan sekedar ciri-ciri ibu yang berpendidikan. Pelayanan antenatal yang teratur memberikan kesempatan untuk dapat mendiagnosa masalah yang dapat menyulitkan kehamilan maupun persalinan sehingga dapat dilakukan rujukan dini (Ariawan Soejoenoes, 1992

Ada beberapa indikator untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu yaitu ; 1) jumlah kematian ibu dan penyebabnya, 2) Cakupan akses kunjungan (K1) dan cakupan pelayanan antenatal (K4), 3) Cakupan persalinan yang ditolong/didampingi oleh bidan, 4) Rumah Sakit Kabupaten berfungsi sebagai fasilitas pelayanan obstetri-neonatal emergensi komprehensif (PONEK) 24 jam dan puskesmas dengan ruang rawat inap di wilayah Kabupaten berfungsi sebagai fasilitas pelayanan obstetri-neonatal emergensi dasar (PONEK), 5). Proporsi kasus komplikasi/risiko tinggi obstetri yang ditangani di wilayah Kabupaten, 6) Angka kasus kematian dari kasus komplikasi/risiko tinggi obstetri yang ditangani di wilayah Kabupaten, 7) Dan persentase tindakan bedah cesar terhadap seluruh persalinan.(Depkes,R.I,1999)

Kejadian komplikasi obstetri terdapat pada sekitar 20% dari seluruh ibu hamil, namun dewasa ini kasus komplikasi obstetri yang tertangani masih kurang dari 10%. Padahal target penanganan kasus komplikasi obstetri tahun 2005 minimal 12% dari seluruh ibu hamil atau 60% dari total kasus komplikasi obstetri. (Azrul Azwar, 2001)

Komplikasi ibu saat melahirkan meningkat karena pelayanan antenatal yang tidak teratur, masalah jarak, pembiayaan, kekurangan akan pengetahuan, motivasi dan disiplin, adat istiadat atau tradisi, peralatan dan perlengkapan persalinan yang belum optimal. (Busisa Gultom, 1998). Jika pelayanan obstetri yang memadai telah tersedia, belumlah menjadi jaminan pemanfaatannya. Pengetahuan dan kesadaran ibu hamil dalam pengenalan tanda bahaya dan pencarian pertolongan profesional seringkali belum memadai. Di banyak negara berkembang masih sering ditemukan hambatan lain berupa ketidak berdayaan wanita dalam pengambilan keputusan, sementara peran suami dan orangtua sangat dominan. Hasil penelitian Sriatmi, dkk, 1997 menunjukkan bahwa sebagian besar suami (55,60%) bersikap sangat mendukung, sedangkan untuk dukungan orangtua berpendapat sebagian besar biasa saja (59,30%) dalam mengupayakan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan. Menurut Istiarti, 1999 dalam penelitiannya mengenai, Pengetahuan, sikap dan praktik ibu hamil terhadap pelayanan antenatal dan hubungannya dengan bayi berat lahir rendah (BBLR). Didapatkan praktik ibu hamil yang kurang baik dalam pelayanan antenatal akan berisiko 8,62 kali lebih tinggi untuk melahirkan BBLR. Sedangkan menurut S. Nugraheni, dkk, 1997 dalam penelitiannya mengenai, Pengetahuan, sikap dan praktik ibu hamil hubungannya dengan anemia, menemukan bahwa praktek ibu hamil yang

kurang baik akan meningkatkan risiko terjadinya anemia enam kali lebih tinggi dibandingkan dengan praktik ibu hamil yang baik dalam mencegah anemia.

Hasil Assesment Safe Motherhood di Indonesia pada tahun 1990/1991, menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian ibu antara lain adalah pemeriksaan antenatal yang kurang baik dari segi kualitas maupun frekuensinya. Hal ini disebabkan karena cakupan K1 dibawah 70% menunjukkan keterjangkauan pelayanan antenatal yang rendah, Cakupan K4 di bawah 60% menunjukkan kualitas pelayanan antenatal yang belum memadai, Cakupan persalinan oleh atau didampingi tenaga kesehatan di bawah 60% menunjukkan tingkat keamanan persalinan di wilayah tersebut masih rendah, apabila persentase kasus yang ditangani di wilayah Kabupaten kurang dari 50%, berarti upaya deteksinya masih bersifat pasif dan keterampilan penanganannya masih rendah. Kemudian apabila persentase tindakan bedah cesar dalam persalinan selama setahun kurang dari 5% berarti masih banyak kasus yang seharusnya dirujuk, tetapi tidak pernah mencapai Rumah Sakit Kabupaten (Anonim, 1999) Dengan kontak yang cukup antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan profesional, diharapkan kondisi risiko tinggi dapat terdeteksi secara dini yang selanjutnya dapat menekan lajunya angka kematian ibu.

Menurut Depkes, data yang dilaporkan bahwa di Indonesia pada akhir Pelita VII, target K1 adalah 90% dan K4 adalah 85%, sedangkan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah 80%. Sedangkan persentase kasus risiko tinggi obstetri yang ditangani bidan desa, Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten adalah mencapai 60% yang terselamatkan. Dan persentase tindakan bedah cesar adalah 5-7% dapat dirujuk ke Rumah Sakit Kabupaten. (Anonim, 1999).

Sedangkan angka kematian ibu di Jawa Tengah sekitar 250 - 300 / 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000 (Dinkes Prop. Jateng,2002). Kemudian pada K1 , K4 dan persalinan nakes selama tiga tahun terakhir sejak 1998 sampai dengan 2000, dilaporkan bahwa, persentase cakupan K1, K4 dan persalinan oleh nakes masih menunjukkan angka di bawah target Pelita VII, akan tetapi K1 ada kenaikan yang stabil dari tahun 1998 hingga tahun 2000, hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil mulai terdorong untuk memeriksakan kehamilannya.

Di Kabupaten Rembang, angka kematian ibu 230 / 100.000 kelahirn hidup pada tahun 2000 dan kunjungan kehamilan dan persalinan nakes yang diperoleh pada dua tahun terakhir mengalami kenaikan dari tahun 1999 sampai dengan 2000 dan mengalami penurunan dari tahun 2000 sampai dengan 2001. Sedangkan penyebab kematian ibu di Kabupaten Rembang lebih banyak disebabkan oleh perdarahan dan lain-lain.(DinKes Kabupaten Rembang, 2002)

Sedangkan angka cakupan K1, dan K4 di Kabupaten Rembang sejak tiga tahun terakhir mengalami penurunan, walaupun masih diatas angka Propinsi. Hal ini menunjukkan bahwa keterjangkauan pelayanan antenatal belum baik, demikian pula untuk K4 dapat dikatakan bahwa kesempatan untuk mendeteksi dan menangani risiko tinggi di Kabupaten Rembang belum baik.

Dalam penelitian ini, penulis memilih Puskesmas Sedan dengan alasan bahwa menurut data di DKK Kab. Rembang pada bulan April 2002, diwilayah Puskesmas Sedan setiap tahunnya ada kematian ibu bersalin. Selain itu sejak tahun 1999 sampai dengan 2001 kasus kematian ibu mengalami kenaikan yang berarti , demikian pula cakupan K1, K4 dan persalinan nakes sejak tiga tahun terakhir mengalami penurunan.

Turunnya angka cakupan K1 dan K4 di Puskesmas Sedan dimungkinkan sangat terkait dengan kematian ibu yang disebabkan oleh jangkauan pelayanan antenatal maupun pelayanan persalinan yang masih rendah. Hal ini disebabkan karena pemeriksaan kehamilannya tidak teratur yang kemungkinan sebagai akibat dari keluarga yang belum banyak berperan. Untuk mencegah terjadinya kematian ibu, maka ibu hamil selain harus selalu memeriksakan kehamilannya secara teratur juga perlu adanya dukungan dari pihak keluarga (suami dan orangtua/mertua).

Berdasarkan hal tersebut diatas, peneliti ingin melakukan permasalahan penelitian mengenai hubungan peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan di Puskesmas Sedan, Kabupaten Rembang.

B. Perumusan Masalah

Dari uraian diatas maka perumusan masalahnya adalah apakah ada hubungan antara peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan ?

C. Keaslian Penelitian

Penelitian-penelitian yang pernah dilakukan dalam kaitannya dengan masalah ibu hamil adalah :

1. Penelitian Hendrosampurno,1998 , mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ibu hamil dan ibu menyusui ke pelayanan kesehatan di Polindes dengan desain penelitian kualitatif, menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Polindes disebabkan

oleh tarip dan tempat Polindes yang dekat dengan rumah ibu. Sedangkan pengambilan keputusan ibu untuk pergi ke Polindes biasanya muncul dari ibu-ibu sendiri dengan beberapa dipengaruhi suami atau orang tuanya.

2. Penelitian Rodhiyah, dkk,1999, mengenai peran suami dan anggota keluarga lain dalam keputusan perujukan persalinan dilakukan dengan metoda cross sectional menunjukkan bahwa : sebagian responden dirujuk di rumah sakit karena alasan pendarahan, ketuban pecah dini dan tekanan darah tinggi. Adapun pengambil keputusan yang paling banyak untuk membawa ke rumah sakit adalah dari petugas kesehatan (bidan). Sedangkan suami dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk merujuk ke pelayanan kesehatan yang lebih baik belum banyak yang berperan.
3. Penelitian Agustina,2000, mengenai pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan di polindes Kabupaten Purworejo dengan rancangan penelitian cross sectional menunjukkan bahwa : komponen yang mempengaruhi total kunjungan pemeriksaan kehamilan di Polindes : a). sikap terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan dan b). biaya yang dikeluarkan satu kali pemeriksaan kehamilan di Polindes. Sedangkan variabel penentu yang mempengaruhi adekuasi pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan adalah waktu yang dibutuhkan untuk satu kali periksa hamil di Polindes. Juga kualitas pemeriksaan kehamilan 5 T yang meliputi : a) umur ibu, b) paritas dan c) biaya yang dikeluarkan untuk satu kali pemeriksaan kehamilan di Polindes.
4. Penelitian Susilowati , 2001, mengenai pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke rumah sakit,

menunjukkan bahwa dalam pengambilan keputusan hidup sehari-hari suami adalah dominan, tetapi dalam penentuan memilih penolong persalinan dan tempat bersalin ada yang turut campur yaitu dari pihak keluarga yang terdiri dari orangtua, mertua, dan dari penolong persalinan yaitu bidan. Pada saat menghadapi masalah medis dalam persalinan masih diperlukan adanya musyawarah keluarga dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

5. Penelitian yang akan kami lakukan itu berharap dapat melihat adanya peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan di Kecamatan Sedan Kabupaten Rembang.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Sebagai bahan informasi agar diperoleh gambaran tentang hubungan peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan. Informasi tersebut penting artinya untuk melaksanakan intervensi terutama yang terkait dengan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat , meningkatkan angka cakupan K1 dan K4 dan menurunkan angka kematian ibu di Kabupaten Rembang, khususnya di Puskesmas Sedan.
2. Sebagai bahan masukan dalam rangka mengembangkan program KIA di wilayah Puskesmas Sedan.
3. Sebagai khasanah dalam menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman berharga di bidang penelitian, sekaligus lebih memahami tentang hubungan peran

suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan di Puskesmas Sedan, Kabupaten Rembang.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan peran suami, orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan karakteristik ibu hamil yang berhubungan dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- b. Mendiskripsikan peran suami dan peran orangtua terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- c. Mendiskripsikan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- d. Mengetahui hubungan peran suami dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- e. Mengetahui hubungan peran orangtua dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- f. Mengetahui hubungan yang paling dominan terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

A.1. Pengertian Keluarga.

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami, isteri atau suami isteri dan anaknya, atau ayah dan anak, atau ibu dan anaknya. (Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera-UU RI No.10/1992). Definisi keluarga tersebut merupakan keluarga inti (nuclear family), sedangkan ada sebagian keluarga yang hidup dalam keluarga besar yang terdiri dari orangtua/mertua (bapak, ibu, anak, menantu dan cucu-cucunya) disebut extended family. (Depdikbud, 1989)

Peran seseorang dalam lingkungan tergantung kepada efektifitas sendiri, kecakapan teknis dan pengalaman dari bagaimana peran yang ia pegang dalam lingkungannya direncanakan (Udai Pareek, 1984) Demikian juga peran keluarga dalam pelayanan antenatal dan persalinan karena kemantapan peran merupakan faktor psikologis yang mendasari efektifitas peran (Udai Pareek, 1984)

Yang dimaksud dengan peran dalam bidang kesehatan adalah proses dimana individu dan keluarga dalam hal : a) mengambil tanggung jawab atas kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarga. b) mengembangkan kemampuan untuk berkontribusi dalam pengembangan kesehatan mereka sendiri sehingga termotivasi untuk memecahkan berbagai masalah kesehatan yang dihadapinya. c). menjadi perintis kesehatan

Untuk dapat mewujudkan peran, ada beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain : a) perilaku individu, yang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, sikap mental, tingkat kebutuhan, tingkat keterikatan dalam kelompok dan tingkat kemampuan sumber daya yang ada. b) perilaku masyarakat dipengaruhi terutama oleh keadaan politik, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan agama.

Peran dapat terjadi dalam berbagai tingkatan, yaitu : a) tingkat karena imbalan, b) tingkat karena perintah/paksaan c) tingkat karena identifikasi d) tingkat karena kesadaran e) tingkat karena tuntutan akan hak dan tanggung jawab f) tingkat karena kreasi dan daya cipta.

Untuk mewujudkan peran, digunakan pendekatan ekologi manusia melalui rekayasa manusia dan rekayasa sosial. Rekayasa manusia ditujukan kepada perorangan/keluarga sehingga terjadi perubahan perilaku individu/keluarga kearah yang positif terhadap kesehatan. Sedangkan rekayasa sosial ditujukan pada berbagai sistem sosial karena dalam sistem sosial ditemukan individu yang mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi individu lain dalam setiap mengambil suatu tindakan yang akan mempengaruhi orang banyak. (Dit. PSM,1984)

A.2. Peran keluarga dalam pelayanan antenatal.

Telah disebutkan diatas bahwa peran keluarga adalah keterlibatan ayah/suami, dan orangtua / mertua. Sedangkan peran keluarga dalam pelayanan antenatal adalah bagaimana peran suami, orangtua dalam upayanya agar ibu hamil dapat lebih terdorong untuk memeriksakan kehamilannya. Mengingat peran suami, orangtua merupakan salah satu penyebab dari tingginya angka kematian ibu, maka pelayanan antenatal adalah salah satu tujuan untuk memantau kemajuan masa kehamilan serta

memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi. Mengingat beban yang diderita ibu hamil cukup berat dan lemah, oleh karena itulah diperlukan peran suami, orangtua dalam mendukung, menganjurkan dan mendorong baik moril maupun materil kepada ibu hamil untuk mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal secara teratur. (JNPKKR-POGI, 2000)

A.3. Peran keluarga dalam pelayanan persalinan.

Kematian akibat persalinan merupakan sinyal terakhir dari status sosial ekonomi wanita yang rendah. Hal ini ditandai bahwa, seorang ibu tidak dapat langsung mengunjungi sarana pelayanan kesehatan sebelum diizinkan oleh suami atau mertuanya, jika si suami sedang pergi tak ada yang dapat mengambil keputusan, meskipun si isteri mengalami masalah dalam persalinannya. (Roystone, dkk, 1989). Salah satu keberhasilan proses persalinan sangat ditentukan oleh pengertian dan peran serta ibu maupun keluarganya dalam hal memotivasi ibu hamil untuk melahirkan di sarana pelayanan kesehatan dan di tolong oleh petugas kesehatan. (Depkes. R.I, 1995).

A.4. Pengertian kematian ibu.

Menurut International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Edition X (ICD-X), kematian ibu bersalin adalah : Kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan.

Selanjutnya pernyataan WHO yang dikutip oleh Hutabarat, 1981, bahwa kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil, atau dalam 90 hari sesudah berakhirnya kehamilan, oleh sebab apa pun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan.

Sedangkan menurut Tadjuddin, kematian ibu ialah setiap kematian ibu yang disebabkan oleh apa pun selama hamil, persalinan, dan nifas, dengan ketentuan bahwa kehamilan telah mencapai umur 28 minggu atau lebih, dihitung sejak hari pertama dari haid terakhir, atau janin telah mencapai berat badan 1.000 gram atau lebih pada saat dilahirkan.

A.5. Penyebab kematian ibu.

Penyebab kematian ibu bersalin dibagi menjadi tiga kelompok besar (Kantor Menteri Negara Peranan Wanita R.I , 1998) yaitu :

1. Penyebab langsung.

Penyebab langsung kematian ibu bersalin adalah komplikasi obstetri yang meliputi perdarahan, eklampsia dan infeksi. (Anonim, 1998). Lebih dari satu wanita meninggal setiap menitnya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, atau 585.000 kematian ibu per tahunnya (WHO, 1996).

Penyebab langsung kematian ibu merupakan faktor risiko tinggi dengan kriteria antara lain : pendarahan selama kehamilan, panas tinggi atau infeksi, eklamsi atau keracunan kehamilan, penggul sempit, serta kelainan letak bayi dalam kandungan. Kasus perdarahan merupakan penyebab utama (40% - 60%), yang sebenarnya dapat dicegah dengan memberikan pertolongan persalinan yang tepat dan cepat serta berkualitas baik.(Anonim, 1999). Kasus perdarahan tidak harus dibawa ke tingkat

pelayanan pusat, karena di tingkat pelayanan dasar juga dapat diatasi apabila penanganannya tidak terlambat.

2. Penyebab tidak langsung

Kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan terjadi atau selama kehamilan berlangsung (bukan akibat langsung dari kehamilan) dimana penyakit tersebut bertambah berat oleh karena efek fisiologik kehamilan dan kemudian mengakibatkan kematian.

Derajat kesehatan ibu dan status gizi ibu yang buruk merupakan penyebab tidak langsung kematian ibu. Pada ibu hamil dengan gizi buruk sering dijumpai kasus anemia. Tingkat kematian ibu dengan anemia adalah kira-kira 7 per 1000 kasus persalinan. Pada penelitian diberbagai rumah sakit di Indonesia bahwa wanita anemia mempunyai risiko kematian maternal empat kali lebih tinggi dibanding wanita tidak anemia. (Chi, dkk,1981), sedangkan pada ibu yang tidak anemia adalah 1,9 per 1000 kasus persalinan. Pada ibu hamil dengan kasus kekurangan energi kronik dijumpai sebanyak 30% dan dengan kasus anemia sebanyak 51% (SDKI, 1994) Penyakit seperti malaria, hepatitis, anemia dan gangguan gizi memperburuk kondisi kehamilan dan memperberat komplikasi kehamilan. (Royston dkk,1989:107-136)

3. Penyebab mendasar.

Disebabkan adanya keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan yang dikarenakan kondisi geografis, derajat penyebaran penduduk. Selain itu status sosial wanita, status pendidikan, dan status sosial ekonomi wanita yang masih rendah merupakan penyebab mendasar kematian ibu. Faktor-faktor tersebut mempunyai hubungan dengan perawatan yang dilakukan ibu selama kehamilan.

Menurut penelitian Mc Carthy dan Maine, 1992 yang menjadi penyebab kematian ibu adalah :

1. Status wanita dalam keluarga dan masyarakat.

a. Pendidikan

Pendidikan ibu akan sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan perilaku ibu dalam memelihara kesehatan diri dan keluarganya karena ibu yang berpendidikan lebih tinggi cenderung memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya. Demikian pula dengan pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Menurut penelitian Sriatmi dkk, 1998 dapat diketahui bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu hamil maka upaya untuk melakukan periksa kehamilan juga semakin baik. Dengan demikian tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi diharapkan dapat mengurangi angka kematian ibu.

b. Pekerjaan.

Ibu yang bekerja terlalu berat serta kurang memperhatikan pola makan akan cenderung memperburuk kondisi ibu dari risiko kematian. Di pedesaan Jawa, ibu bekerja rata – rata 11 jam dan 8,5 jam (Royston,dkk,1989). Walaupun para ibu menerima dengan pasrah beban kerja yang berat, namun tidak dapat dihindari bahwa keadaan tersebut berpengaruh terhadap kesehatan mereka. Suatu penelitian menemukan bahwa pekerjaan yang paling berat, kadang-kadang ibu terlalu letih untuk menyiapkan makanan pada akhir hari kerja.

c. Keberdayaan ibu.

Mengambil keputusan yang tepat dan cepat untuk segera merujuk kasus risiko tinggi/komplikasi merupakan hal yang penting dalam upaya penurunan kejadian kematian ibu. Pemberdayaan ibu secara umum berarti bahwa mereka mau dan mampu

untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri. Proses pemberdayaan pada umumnya melalui urutan pentahapan *1). Tahu 2). Mau dan 3). Mampu* seperti uraian berikut ini (Dep.Kes R.I., 1998)

1. Kesempatan untuk mendapatkan informasi yang jelas harus diberikan pada ibu terutama tentang tanda-tanda risiko tinggi/komplikasi dan kemungkinan terjadinya risiko pada ibu dan anak yang akan dilahirkannya termasuk informasi tentang tempat pelayanan kesehatan, terutama pelayanan kegawatan kebidanan.
 2. Kejelasan informasi tentang perkiraan jumlah biaya yang harus dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan, terutama pertolongan persalinan dan pelayanan kegawat daruratan.
 3. Mengurangi atau meniadakan kebiasaan atau adat istiadat yang tidak sejalan dengan upaya penurunan AKI (spesifik daerah) dan mendukung kebiasaan dan adat yang baik.
 4. Menggerakkan masyarakat dalam menghimpun dana untuk biaya pelayanan dan transport melalui Dana Sehat.
 5. Mendorong masyarakat dalam penyediaan alat transportasi untuk rujukan.
2. Status keluarga dalam masyarakat.
- a. Penghasilan keluarga.
Pendapatan keluarga akan mempengaruhi kesehatan keluarga termasuk ibu.
 - b. Kekayaan keluarga.
Kekayaan yang dimiliki oleh keluarga juga sangat mempengaruhi pendapatan keluarga yang akhirnya berpengaruh terhadap pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.

c. Tingkat pendidikan anggota keluarga.

Semakin tinggi tingkat pendidikan anggota keluarga maka akan semakin tinggi pula pengetahuan anggota keluarga. Dengan demikian akan berpengaruh terhadap pencegahan risiko tinggi terjadinya kematian ibu.

d. Status pekerjaan anggota keluarga.

Pekerjaan suami, anak dan anggota keluarga lainnya cenderung memiliki akses informasi termasuk kesehatan, disamping mempengaruhi pola makan anggota keluarga. Dengan sendirinya akan berpengaruh terhadap gizi dan pemeliharaan kesehatan ketika hamil.

3. Status masyarakat.

a. Tingkat kesejahteraan.

Majunya kesejahteraan suatu daerah, cenderung pemerintah/aparat peduli terhadap masalah kesehatan. Hal ini akan sangat berpengaruh terhadap penurunan risiko kematian ibu.

b. Ketersediaan sumber daya (jumlah dokter dan pelayanan kesehatan)

Ketersediaan sumber daya sangat berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu. Hal yang sering terjadi antara lain tidak adanya tenaga kesehatan (dokter spesialis) yang dibutuhkan, tidak lengkapnya peralatan yang dibutuhkan, tidak tersedianya darah, dan berbelitnya prosedur administratif. Ketersediaan tenaga yang memadai, kelengkapan peralatan, tersedia transfusi darah dan mudahnya prosedur administrasi akan memperkecil terjadinya kematian ibu.

c. Ketersediaan dan kemudahan transportasi.

Ada dan mudahnya transportasi sangat berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu. Hal ini sangat dipengaruhi oleh geografis dan infra struktur, semakin jauh dari sarana pelayanan kesehatan semakin sulit mendapat pengangkutan yang sangat cepat sehingga ibu meninggal dalam perjalanan. Lebih sulit lagi bagi ibu bersalin yang tinggal didaerah terisolasi. Masalah ini dapat diatasi dengan semangat gotong royong, yang memang masih cukup kental di tengah-tengah masyarakat.

d. Sosial budaya.

Budaya menolong persalinan oleh dukun sangat berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu. Sebagian besar ibu memilih melahirkan di rumah dengan pertolongan tenaga nonmedis 63 % (SDKI 1994). Hal ini didukung oleh Ariawan Soejoenoes, 1992 bahwa di Jawa Tengah 95 % persalinan dilaksanakan di rumah dan 87 % dari persalinan tersebut ditolong oleh dukun. Karena banyak dukun dalam menolong persalinan tidak bersih sehingga ibu bersalin meninggal. Namun kenyataannya pertolongan dukun masih tetap dibutuhkan karena murah, persentasenya mengalami kenaikan yang cukup tinggi, yaitu dari 2,6% tahun 1997 menjadi 6,8% tahun 1998, tidak harus dibayar dengan uang, mampu memberikan ketenangan, bersedia membantu melaksanakan tugas-tugas domestik ibu sementara si ibu masih belum sehat sehabis bersalin. Bagi masyarakat kita, tempat praktek dukun masih merupakan salah satu pilihan untuk berobat, meskipun fasilitas modern sudah banyak dibangun di hampir semua wilayah. Namun sebagian masyarakat masih banyak yang percaya bahwa tidak semua penyakit dapat disembuhkan dengan cara medis dan

peralatan modern, tetapi ada juga penyakit yang memang bisa disembuhkan lewat dukun tersebut.

4. Status kesehatan.

a. Gizi :

Status kesehatan dan gizi ibu yang sedang hamil atau bersalin sangat berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu. Ibu yang mendapat anemia, akan terjadi peningkatan risiko perdarahan pada saat persalinan, memudahkan infeksi dan sering mengakibatkan hasil kehamilan yang kurang baik. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga 1986 didapati 73,7 % ibu hamil menderita anemia. Menurut penelitian Saimawar Djaja, dkk. adalah bahwa, Risiko untuk menderita anemi berat pada ibu hamil dengan pemeriksaan antenatal 1 – 3 kali adalah 2,04 kali dibandingkan ibu hamil dengan pemeriksaan antenatal lengkap.

b. Infeksi.

Persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam yang terlalu sering, peralatan yang kurang steril dan lingkungan persalinan yang tidak higienis, akan meningkatkan risiko infeksi. (Budi Utomo, 1997). Apabila ibu hamil terinfeksi penyakit cacing tambang dan malaria, maka akan mengakibatkan persalinan lama karena kontraksi rahim tidak cukup kuat dan terjadi perdarahan setelah melahirkan.

c. Penyakit kronik.

Penyakit kronik seperti penyakit TBC, sangat berpengaruh terhadap terjadinya kematian ibu. Penyakit tersebut dapat berakibat berat badan ibu tidak naik pada akhir bulan keempat atau kurang dari 45 kg pada akhir bulan keenam, pertumbuhan janin mungkin terganggu serta ibu kekurangan gizi.

d. Riwayat komplikasi.

Bilamana ibu pernah mengalami kehamilan dan persalinan yang bermasalah sebelumnya, seperti perdarahan, kejang-kejang, demam tinggi, persalinan lama (lebih dari 12 jam), melahirkan dengan cara operasi dan bayi lahir mati, maka ibu perlu diperhatikan., sehingga tidak terjadi kematian ibu.

5. Status reproduksi.

a. Umur ibu.

Menurut F.A. Moeloek, 1988 disebutkan bahwa, hamil dibawah usia 20 tahun akan mengalami risiko kematian maternal 1,6 kali lebih besar. Sedangkan hamil diatas usia 35 tahun akan mengalami risiko kematian maternal 3,5 kali lebih besar. Dan umur 20 - 35 tahun yang merupakan usia optimal bagi ibu untuk melahirkan. Pertimbangannya bahwa usia kurang 20 tahun karena rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mungkin mengalami persalinan lama/macet, atau gangguan lainnya karena ketidaksiapan ibu untuk menerima tugas dan tanggung jawabnya sebagai orangtua. Pada umur 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun, akibatnya ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan. (Anonim, 1999) Hasil survai BKS, PENFIN, 1989, didapatkan wanita yang melahirkan di Jawa Tengah adalah 10,0% berumur kurang dari 20 tahun dan 11,4% berumur 35 tahun atau lebih.

b. Paritas.

Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Ibu yang melahirkan 4 anak atau lebih, maka

perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Makin banyak anak dan makin sering hamil, rahim ibu menjadi semakin lemah. (Anonim, 1999).

6. Status perkawinan.

Seorang calon ibu sebaiknya menikah pada usia 20 tahun atau lebih, karena pada usia tersebut keadaan jasmani, perasaan dan pikiran telah siap untuk menjadi ibu. Ada beberapa risiko melakukan perkawinan pada usia muda, antara lain : a) Dengan pertumbuhan tubuh, seorang wanita memang sudah mampu untuk melakukan hubungan seksual, tetapi biasanya jiwa belum siap untuk menghadapi kehamilan atau mempunyai anak. b). Memang Undang-undang Perkawinan menyebutkan bahwa seorang wanita pada usia 16 tahun, tetapi menurut Ilmu Kesehatan Reproduksi, masih terdapat bahaya-bahaya tertentu bagi wanita dan bayinya, kalau ia hamil dan melahirkan belum usia 20 tahun. c) Secara ekonomis mereka belum mampu sehingga menyebabkan ketergantungan pada orangtua. (Depkes R.I, 1991) .Wanita dengan status tidak menikah pada umumnya cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, yang menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi.(WHO, 1998)

7. Akses ke pelayanan kesehatan.

a. Lokasi pelayanan kesehatan (KB, pelayanan anc dan obstetri).

Tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis/sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan masih banyak kehamilan risiko tinggi yang tidak terdeteksi.

Sedangkan yang terdeteksi belum semuanya ditangani secara tepat waktu dan memadai. (Anonim, 1994).

b. Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia.

Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tersedianya fasilitas pelayanan bagi ibu bersalin yang dilengkapi dengan tenaga ahli, teknologi serta obat-obatan yang memadai merupakan prasyarat utama. Namun demikian, prasyarat tersebut belum menjamin utilisasi pelayanan apabila pelayanan yang diberikan tidak terjangkau serta dinilai rendah kesesuaian dan akseptabilitasnya dalam konteks kultural. (Adi Utarini, 1995) Pada dasarnya kematian maternal dapat terjadi karena ada dua kondisi : (1) komplikasi maternal, dan (2) kegagalan mendapatkan pelayanan medis yang memadai sewaktu komplikasi terjadi. (Budi Utomo, 1997) Sebagai contoh, apabila wanita dengan persalinan macet tidak segera mendapatkan pelayanan medis, misalnya operasi cesar, kemungkinan besar akan meninggal, tanpa memandang apakah yang bersangkutan berstatus gizi kurang atau tidak (Maina dan Allman, 1990:33 yang dikutip dari Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, 1997)

c. Keterjangkauan terhadap informasi.

Informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia. Pada banyak daerah, utamanya pedesaan, fasilitas pelayanan obstetrik yang memadai tidak mudah terjangkau ibu hamil dan bersalin, tidak hanya jarak fisik, tetapi juga kendala keuangan, sosial, dan psikologis. Sebagian besar wanita, utamanya di pedesaan, lebih suka memanfaatkan pelayanan tradisional dibanding pelayanan kesehatan modern. (Goodbum et al., 1995; Utomo et al., 1992; Iskandar et

al., 1996, Vos, 1996 yang dicuplik dari Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, 1997) Hal ini didukung penelitian Utomo, 1996 bahwa 80% persalinan ditolong dukun bayi bersama dengan bidan atau tenaga kesehatan lain, dan kurang dari 5% ditolong bidan atau perawat.

8. Perilaku sehat.

a. Penggunaan Keluarga Berencana (KB.)

Ibu yang ber. KB akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber-KB. Pelayanan KB yang baik dapat mengurangi jumlah kehamilan pada wanita yang tergolong risiko, tetapi tidak dapat mengubah risiko pada mereka yang terlanjur hamil. Pelayanan kontrasepsi ini merupakan cara pertama dalam menurunkan kematian maternal. Chi, Agoestina dan Harbin, 1981, dalam survainya menyatakan bahwa 36% kematian maternal dapat dihindarkan bila para ibu dengan risiko memakai kontrasepsi. Pada SDKI 1997 disebutkan bahwa perempuan berstatus kawin yang tidak ingin punya anak lagi atau ingin mejarangkan kelahiran berikutnya tetapi tidak menggunakan cara kontrasepsi masih cukup tinggi yaitu 9 % terdiri dari 4 % untuk menjarangkan kelahiran dan 5 % untuk membatasi kelahiran. (Azrul Azwar , 2001) Hal ini didukung dari survai yang dilakukan oleh BKKBN- Biro Pusat Statistik, 1989 menunjukkan bahwa 41% wanita yang menikah membutuhkan KB. (Anonim, 1989)

b. Pemeriksaan antenatal.

Pemeriksaan antenatal yang teratur memberikan kesempatan untuk dapat mendiagnosa masalah yang dapat menyulitkan kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat dilakukan rujukan dini. Data BKS PENFIN yang dianalisa oleh Chi dan Agoestina menyatakan bahwa bila semua persalinan mendapat pemeriksaan antenatal

yang baik maka angka kematian maternal dapat diturunkan dari 37,4 menjadi 23,8 per 100.000 persalinan hidup. Hal ini didukung oleh F.A. Moeloek, 1988, bahwa kehamilan tanpa pemeriksaan antenatal akan mengalami risiko kematian maternal 5,3 kali lebih besar. Kasus-kasus toxemia yang meninggal tidak pernah menjalani pemeriksaan antenatal. Jika ditinjau dari golongan umur, maka 48% yang meninggal adalah dari golongan umur 31 – 40 tahun, dan jika ditinjau dari paritasnya 40% yang meninggal adalah dari golongan paritas 6 – 10 (H. Hutabarat, 1981)

c. Penolong persalinan.

Ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan dengan ibu yang melahirkan oleh tenaga kesehatan. Menurut SKRT 1986 oleh Ratna Budiarto, didapatkan hasil bahwa 84,7 % melahirkan di rumah, dan di antaranya 69,2 % ditolong oleh dukun atau keluarga. Dari persalinan yang ditolong dukun/keluarga, 1,5 % dirujuk kepada dokter dan bidan. Pada tahun 1992 pertolongan persalinan di Indonesia kebanyakan dilakukan oleh dukun sebanyak 58,54 % disusul oleh bidan sebanyak 30,89 % sedangkan pertolongan oleh dokter hanya 5,88 %. Namun pada tahun 1996, pertolongan persalinan oleh tenaga profesional meningkat menjadi 50,01 %. Pertolongan persalinan oleh tenaga profesional di pedesaan hanya 35,91 % dan di perkotaan sebesar 78,82 % (Busisa Gultom, 1998)

d. Perilaku menggugurkan kandungan.

Ibu yang berusaha menggugurkan kandungannya berisiko lebih besar untuk mengalami komplikasi. Komplikasi akibat tindakan aborsi dapat berakhir dengan kematian. Tindakan aborsi ilegal sering berkaitan dengan kejadian infeksi. Penelitian

di Manado oleh Rattu (1973) melaporkan bahwa 0,74% semua aborsi atau 3,3% aborsi ilegal berakhir dengan kematian.

9. Faktor-faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga.

Selain hal-hal diatas, terdapat keadaan yang mungkin terjadi secara tiba-tiba dan tak terduga yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi selama hamil atau melahirkan. Beberapa keadaan tersebut terjadi pada saat melahirkan, misalnya kontraksi uterus yang tidak adekuat, ketuban pecah dini dan persalinan kasep.

A.6. Pengertian perilaku.

Menurut Solita, dkk (1984) perilaku manusia merupakan refleksi daripada berbagai gejala kejiwaan seperti : keinginan, minat, kehendak, pengetahuan, emosi, berpikir, sikap, motivasi, reaksi dan sebagainya yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan sarana dan sosial budaya masyarakat. Robert Y. Kwick seperti yang dikutip Notoatmodjo dan Solita, mengatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Menurut Notoatmodjo, pada dasarnya bentuk perilaku dapat diamati, melalui sikap dan tindakan. Namun demikian tak berarti bahwa bentuk perilaku hanya dapat dilihat dari sikap dan tindakan saja. Perilaku dapat saja bersifat potensial, yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi, dan persepsi. Secara operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme/seseorang terhadap rangsangan dari luar subjek. Respon ini berbentuk pasif (tanpa tindakan) adalah respons internal, yaitu terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dilihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan/sikap batin. Bentuk perilaku ini masih terselubung. (Covert behavior) belum dilakukan secara konkret. Sedangkan bentuk perilaku aktif yaitu apabila perilaku

tersebut jelas dapat diobservasi secara langsung , dimana perilaku sudah nampak dalam bentuk tindakan nyata (Overt behavior). (Notoatmodjo dan Solita, 1984-36)

Menurut Theory of Reasoned Action (Smet, 1994), praktik dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.

Sedangkan Notoatmodjo (1993) suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkannya dalam suatu perbuatan nyata diperlukan serangkaian faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan tindakan tersebut terwujud. Misal : sikap ibu yang sudah positif dan mendukung dalam pelayanan antental perlu mendapat konfirmasi dari suami/keluarga serta ada fasilitas pelayanan yang dapat dan mudah dipergunakan. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (recall). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

A.7. Pembentukan dan Perubahan perilaku.

Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor baik yang berasal dari dalam maupun dari luar diri individu, oleh karena perilaku tersebut terbentuk dan dapat mengalami perubahan melalui suatu proses interaksi manusia dengan lingkungannya.

Menurut Notoatmodjo S. (1997;124), dua faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku tersebut adalah :

- a. Faktor intern meliputi : pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dsb, yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
- b. Faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti : iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Proses terbentuknya perilaku tersebut menurut Notoatmodjo S, dkk (1989;33) dapat diilustrasikan sebagai berikut :

Gambar 1 : Skema Proses Terbentuknya Perilaku



Sumber : Soekidjo Notoatmodjo, Pendidikan Kesehatan Masyarakat, hal. 33

Dengan demikian pembentukan dan perubahan perilaku seseorang dapat diupayakan dari perilaku negatif diubah atau dibentuk menjadi perilaku yang positif, seperti halnya dengan perilaku memeriksakan kehamilan apabila faktor intern dan ekstern yang dialami oleh seseorang individu diupayakan untuk mendukung perilaku

positif terhadap pemeriksaan kehamilan, maka individu tersebut akan dapat berubah perilakunya menjadi berperilaku untuk memeriksakan kehamilannya

Mengenai perubahan perilaku itu sendiri dapat terjadi dalam berbagai macam antara lain :

a. Perubahan alamiah (natural change)

Perubahan perilaku disini terjadi karena kejadian alamiah. Apabila di masyarakat sekitar kita terjadi perubahan, maka kita sering mengikuti perubahan tersebut tanpa banyak pikir.

b. Perubahan terencana (planned change)

Perubahan ini terjadi, karena memang direncanakan sendiri oleh yang bersangkutan.

c. Kesiapan untuk berubah (readiness to change).

Setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah, meski kesiapan tersebut berbeda-beda untuk tiap orang. Perubahan disini memang diinginkan dan ada kesiapan dari yang bersangkutan untuk berubah. (Notoatmodjo S (1985; 36)

Menurut WHO, dikutip dari Notoatmodjo S (1997: 144 – 145) untuk memperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif sebagai berikut :

a. Menggunakan kekuasaan/kekuatan atau dorongan.

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan peraturan-peraturan/perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh masyarakat.

b. Pemberian informasi.

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara-cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu.

c. Diskusi dan partisipasi.

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua tersebut di atas. Dimana dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Dalam hal ini penerima informasi tidak hanya sebagai obyek tapi juga sebagai subyek, berarti penerima informasi tidak pasif tetapi juga harus aktif berpartisipasi dan diikuti sertakan dalam diskusi-diskusi tentang informasi yang akan disampaikan.

Dari hal-hal tersebut jelas bahwa perilaku tersebut dapat terbentuk dan dapat diubah untuk diarahkan kepada perilaku yang diinginkan yang sesuai dengan norma-norma kesehatan.

A.8. Perilaku kesehatan.

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. (Notoatmodjo, 1993) Sedangkan perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit adalah bagaimana manusia berespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi tentang suatu penyakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya) maupun secara aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.

Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, menurut Sarwono S (1993; 32), dibedakan dalam dua bentuk perilaku yaitu perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu-individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat.

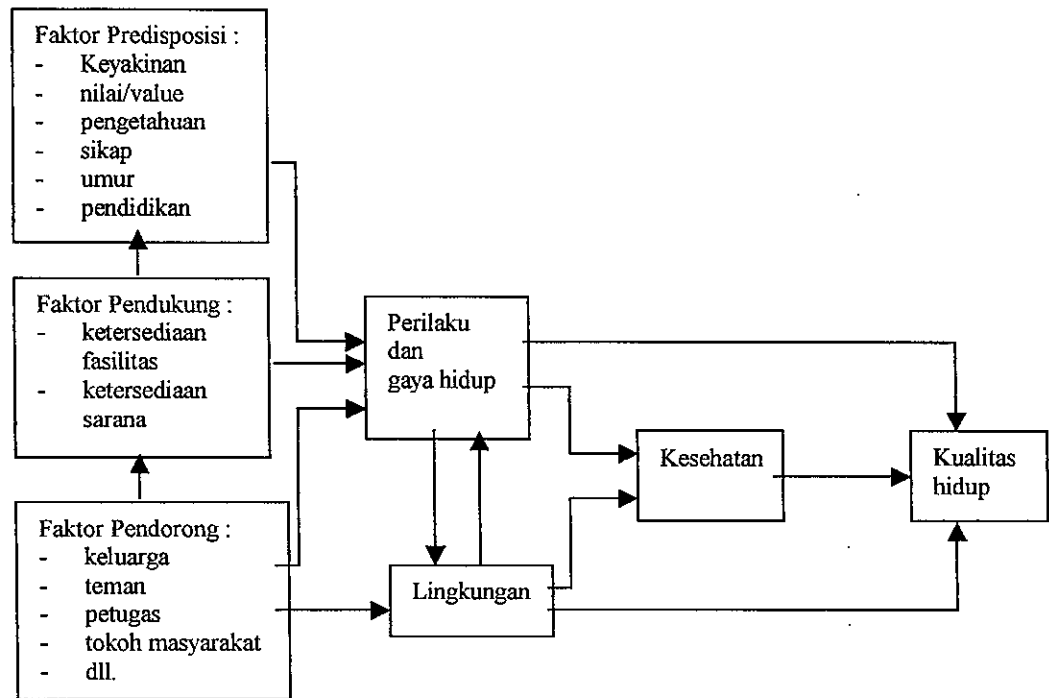
Perilaku kesehatan ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Lawrence Green (1991), terdapat tiga macam faktor yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan yakni :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), meliputi : pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), meliputi : lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya : Puskesmas, obat-obatan dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*), meliputi : sikap dan perilaku petugas kesehatan, keluarga atau teman yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat atau seseorang.

Konsep Lawrence Green ini dikenal dengan PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling causes in educational diagnosis and evaluation*). Dengan pola PRECEDE ini akan dapat diamati secara seksama dan sekaligus dapat mengadakan evaluasi masalah kesehatan.

Secara skematis dapat dilihat dalam kerangka sebagai berikut

Gambar 2 : Kerangka the PRECEDE-PROCEED model for health promotion planning and evaluation



Sumber : " Green, Lawrence W. Health promotion planning : an Educational and environmental approach / Lawrence W. Green Institute of Health Promotion Research, University Of Texas Health Science Center at Houston, 1991

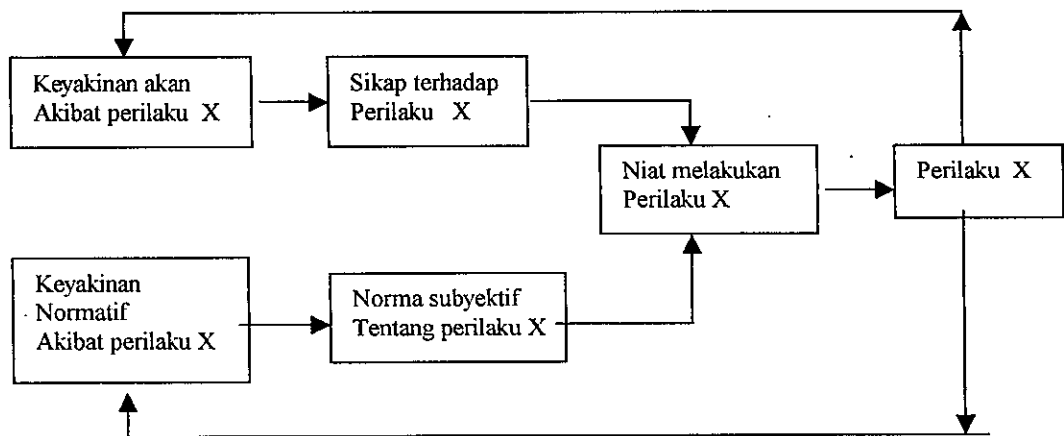
Dalam hubungannya dengan penelitian ini, adanya peran suami dan orangtua yang mendorong ibu hamil untuk periksa kehamilan dan kelahiran akan dapat memperkuat praktik ibu hamil sehingga ibu hamil menjadi paham atas manfaat pemeliharaan masa kehamilan dan kelahiran untuk kesehatan ibu dan anak. Ini semua diarahkan untuk mencapai perilaku positif, yaitu ibu hamil mau memeriksakan kehamilan dan kelahirannya di tempat pelayanan kesehatan.

Perilaku seseorang ada 4 hal (menurut Azrul Azwar, 1983) , apabila dihubungkan dengan pelayanan antenatal dan persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Latarbelakang., dapat berupa keadaan sosial budaya yang mempengaruhi pelayanan antenatal dan persalinan.
2. Kepercayaan, perilaku ibu hamil yang dipengaruhi oleh kepercayaan, misalnya manfaat yang akan diperoleh apabila memeriksakan kehamilan dan persalinannya.
3. Sarana, tersedianya Puskesmas, Posyandu, Polindes yang akan membantu ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan dan persalinannya.
4. Cetusan. misalnya apabila suatu saat ibu hamil mengalami kesulitan dalam proses persalinan, akan menimbulkan kesadaran bahwa akan fatal bilamana tidak memeriksakan kehamilannya secara teratur.

Djamaluddin Ancok (1987:3-5) mengemukakan penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku seperti yang dikembangkan oleh Fishbien dan Ajzen (1975), dimana penelitian hubungan antara pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dapat digambarkan hubungannya dengan skema sebagai berikut :

Gambar 3 : Skema penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku



Sumber : Djamaluddin Ancok, 1987.

Fishben dan Ajzen (Cit Ancok, 1987) menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya. Sebagai contoh keikutsertaan ibu hamil dalam pemeriksaan antenatal dan persalinan, karena adanya pengetahuan terhadap manfaat pelayanan antenatal dan persalinan akan menyebabkan orang mempunyai "sikap" yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi "niat" untuk melakukan kegiatan yang berkaitan dengan pemeriksaan antenatal dan persalinan. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan.. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

A.9. Pelayanan / pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal.

Di tingkat pelayanan dasar, pemeriksaan antenatal, hendaknya memenuhi tiga aspek pokok, yaitu : 1) *Aspek medik*, yang meliputi : diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini dan pemberian terapi sesuai dengan diagnosis. 2) *Penyuluhan, komunikasi dan motivasi ibu hamil*, antara lain, mengenai : penjagaan kesehatan dirinya dan janinnya, pengenalan tanda-tanda bahaya dan faktor risiko yang dimilikinya serta pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu. 3). *Rujukan* yakni ibu hamil dengan risiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan yang mempunyai fasilitas lebih lengkap.

Adapun standar pelayanan antenatal terdiri dari kegiatan a) anamnesis yang meliputi : identitas, riwayat kehamilan dan persalinan terdahulu, riwayat kehamilan

sekarang, b) pemeriksaan fisik diagnostik meliputi : berat badan, lingkar lengan atas dan tinggi badan tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan dan suhu tubuh, adanya cacat tubuh misalnya cacat tulang belakang yang berpengaruh terhadap kehamilan/persalinan. c). pemeriksaan obstetrik meliputi : pemeriksaan luar dengan perabaan perut dengan maksud untuk memperkirakan umur kehamilan, taksiran berat janin terhadap umur kehamilan, letak janin dan detak jantung janin., d) pemeriksaan pinggul dalam jika diperlukan, e) pemeriksaan diagnostik penunjang meliputi : pemeriksaan Hb, urine dan lain-lain yang diperlukan. f) pemberian imunisasi TT, tablet Fe, calsium, dan vitamin g) penyuluhan tentang gizi, kebersihan, senam hamil, pekerjaan dan perilaku sehar-hari, pentingnya perawatan payudara, pemberian dan manfaat dari ASI, tanda-tanda risiko tinggi ibu hamil, pentingnya pemeriksaan kehamilan selanjutnya, pentingnya meminta pertolongan persalinan pada tenaga terlatih, perawatan bayi baru lahir dan pentingnya pemakaian kontrasepsi setelah melahirkan.(Depkes R.I, 1995)

Tujuan pelayanan antenatal adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu selama hamil sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menyelesaikan kehamilannya dengan baik dan melahirkan bayi yang sehat.. Oleh karena itu pada pelayanan antenatal diusahakan a) mendeteksi ibu hamil dengan faktor risiko dan menanggulangi sedini mungkin. b) merujuk kasus risiko tinggi ke tingkat pelayanan kesehatan yang sesuai. c) memberi penyuluhan dalam bentuk komunikasi informasi dan edukasi (KIE) sehingga terjadi peningkatan cakupan. d) merencanakan dan mempersiapkan persalinan sesuai dengan faktor risiko yang dihadapinya

Pelayanan antenatal dalam penerapan operasionalnya dikenal standar minimal “5 T” yang terdiri atas : a) timbang berat badan ukur tinggi badan, b) Ukur tekanan darah, c) pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) lengkap d). ukur tinggi fundus uteri, e) pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Pelayanan antenatal hanya dapat diberikan oleh tenaga profesional , sedangkan frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan : a) minimal 1 kali pada triwulan pertama, b) minimal 1 kali pada triwulan kedua, c) minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Selama pelayanan antenatal diharapkan ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara berkala dan teratur a) pada usia kehamilan 0 – 28 minggu (triwulan I) 4 minggu sekali periksa kehamilannya, b) pada usia kehamilan 28 –36 minggu (triwulan 2) 2 minggu sekali periksa kehamilannya, c) pada usia kehamilan 36 – 40 minggu (triwulan 3) 1 minggu sekali periksa kehamilannya (Depkes R.I, 1995)

Tempat pelayanan antenatal pada ibu hamil dapat diperoleh di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu, Pondok Bersalin, Rumah Bersalin dan Praktik Swasta.

A.10. Pelayanan / perawatan persalinan.

Persalinan merupakan proses keluarnya bayi dari rahim ibu, yang walaupun bersifat alamiah namun untuk mendapatkan persalinan yang aman dibutuhkan pertolongan orang yang dididik dalam hal tersebut. Salah satu keberhasilan proses persalinan sangat ditentukan oleh pengertian dan peran serta ibu maupun keluarganya. (Depkes. R.I, 1995)

Persalinan normal dapat dilakukan di 1) Puskesmas rawat inap. 2) Puskesmas yang ada ruangan untuk persalinan. 3) Pondok bersalin dan 4) Rumah ibu sendiri. Persalinan dapat ditolong oleh : dokter umum, bidan, PKE (pembantu bidan) dan PK (perawat kesehatan).

Pemeriksaan persalinan, awalnya dilakukan dengan anamnesa yang dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan obstetri. Pemeriksaan fisik meliputi : kesadaran, anemi/tidak, nadi, suhu badan, pernafasan, oedem kaki/tidak. Pemeriksaan obstetri meliputi : tinggi fundus uteri dengan menggunakan centimeter, letak janin, his, denyut jantung janin, cairan yang keluar pervaginaan (air ketuban, darah, lendir), pemeriksaan dalam yaitu keadaan vagina, tebal cervix, pembukaan, ketuban, presentasi kepala, posisi kepala, turunnya presentasi kepala, lain-lain (bagian-bagian kecil janin)(Depkes.R.I, 1991)

Sekitar 90 % kematian ibu hamil terjadi pada saat-saat persalinan. (Kantor Meneg.UPW,1998). Usia yang terlalu muda meningkatkan secara bermakna risiko persalinan di seluruh dunia. (Royston,dkk,1994).

Jenis persalinan ada 2 macam yaitu 1) *persalinan normal* dengan waktu : Kala Pertama Phase Laten : berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 Cm., Kala Pertama Phase Aktif dibagi dalam 3 phase lagi yaitu : *phase akselerasi*. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 Cm tadi menjadi 4 Cm, *phase dilatasi maksimal*. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 Cm menjadi 9 Cm, *phase deselerasi*. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 Cm menjadi lengkap. Kala Kedua (Kala Pengeluaran) dengan gejala pasien mulai mengejan, Kala Ketiga (Kala Uri) :

pelepasan plasenta. dan Kala Keempat (pengamatan lanjutan satu jam setelah plasenta keluar). (Depkes. R.I, 1991) Pada persalinan normal yang perlu diawasi antara lain adalah keadaan kandung kencing dan rectum, dan usaha menghilangkan atau mengurangi rasa sakit yang terlalu hebat. Selama kala dua, pasien diinstruksikan agar berusaha sendiri untuk mengeluarkan anak, dari denyut jantung janin sebenar-sebentar didengar dengan stetoskop. (Hutabarat,1981). Pada persalinan normal, biasanya sikap kita menunggu karena persalinan yang normal akan berjalan dengan sendirinya tanpa memerlukan banyak tindakan aktif dari si penolong. (P.Sarwono, 1976 Cit. Hutabarat, 1981). 2) *persalinan karena komplikasi* dengan kemungkinan : Partus lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Tali pusat menubung, Pre-eklampsia berat, Eklampsia, Perdarahan Post Partum, Retensio placenta dan Ruptura Uteri.(Dit.Bina Kes.Kel.,1991). Persalinan komplikasi ini merupakan sesuatu yang mengandung risiko, disamping adanya beberapa ciri epidemiologik seperti usia muda 20 tahun, usia tua 35 tahun, paritas lebih dari 4, jarak kehamilan kurang dari dua tahun, tinggi badan kurang dari 145 Cm, berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 Cm, riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.(Depkes. R.I, 1993)

Hal yang perlu dianjurkan kepada ibu dalam menghadapi persalinan adalah bahwa sejak awal kehamilan ibu perlu mempersiapkan biaya, transport pada saat persalinan atau bila timbul tanda bahaya, dan persiapan lainnya. Demikian pula, pendamping ibu harus selalu siap mengantar, kapanpun dibutuhkan (pagi/siang/malam).

Pada kehamilan normal, persalinan dapat ditolong di rumah oleh petugas kesehatan, asal dipenuhi pertolongan persalinan yang steril/bebas hama, tidak terdapat beberapa ciri epidemiologik serta bukan yang pertama kali persalinan. Sebaliknya persalinan normal dapat dilakukan di Puskesmas atau Rumah Sakit bagi persalinan yang pertama dan ibu mempunyai ciri epidemiologik, karena kemungkinan terjadinya kematian maternal pada ibu yang baru untuk pertama kalinya melahirkan agak lebih tinggi daripada ibu-ibu yang sudah mempunyai 2-3 orang anak.

A.11. Praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

Bentuk operasional praktek ibu yang dikaitkan dengan pelayanan antenatal dan persalinan sebagai berikut :

Praktik atau tindakan yang sudah konkrit, yang berupa perbuatan (action) terhadap situasi dan atau rangsang dari luar. Praktik tersebut tercermin dari mau tidaknya ibu memeriksakan kehamilan dan persalinannya. Dan mau tidaknya ibu memeriksakan kehamilan dan persalinan di sarana pelayanan kesehatan. Semua jenis pemeriksaan kehamilan maupun persalinan tersebut sangat tergantung pada kualitas pelayanan yang ada di masyarakat

B. Kerangka Teori

Fishbein dan Ajzen tentang perilaku keikutsertaan ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan dapat diterangkan sebagai berikut : Orang harus tahu yang dinamakan pelayanan antenatal dan persalinan serta kegunaannya bagi kesehatan ibu hamil. Bila orang sudah mengetahui hal tersebut, selanjutnya harus ada pemikiran tentang segi positif dan negatif dari pelayanan antenatal dan persalinan. Misalnya :

anak yang lahir akan lebih sehat, selama kehamilan kondisi ibu lebih sehat dan ketika bersalin ibu akan selamat.

Pengetahuan tentang segi positif dari pelayanan antenatal dan persalinan tersebut akan menentukan “sikap” orang terhadap pelayanan antenatal dan persalinan. Secara teoritik apabila segi positif pelayanan antenatal dan persalinan lebih banyak dari segi negatif maka sikap yang positiflah yang akan muncul. Sebaliknya apabila segi negatif dari pelayanan antenatal dan persalinan lebih banyak dari segi positifnya, maka sikap yang negatiflah yang akan muncul. Apabila sikap positif terhadap pelayanan antenatal dan persalinan telah tumbuh maka besar kemungkinan bahwa seseorang akan mempunyai “niat” untuk mengikuti pelayanan antenatal dan persalinan.

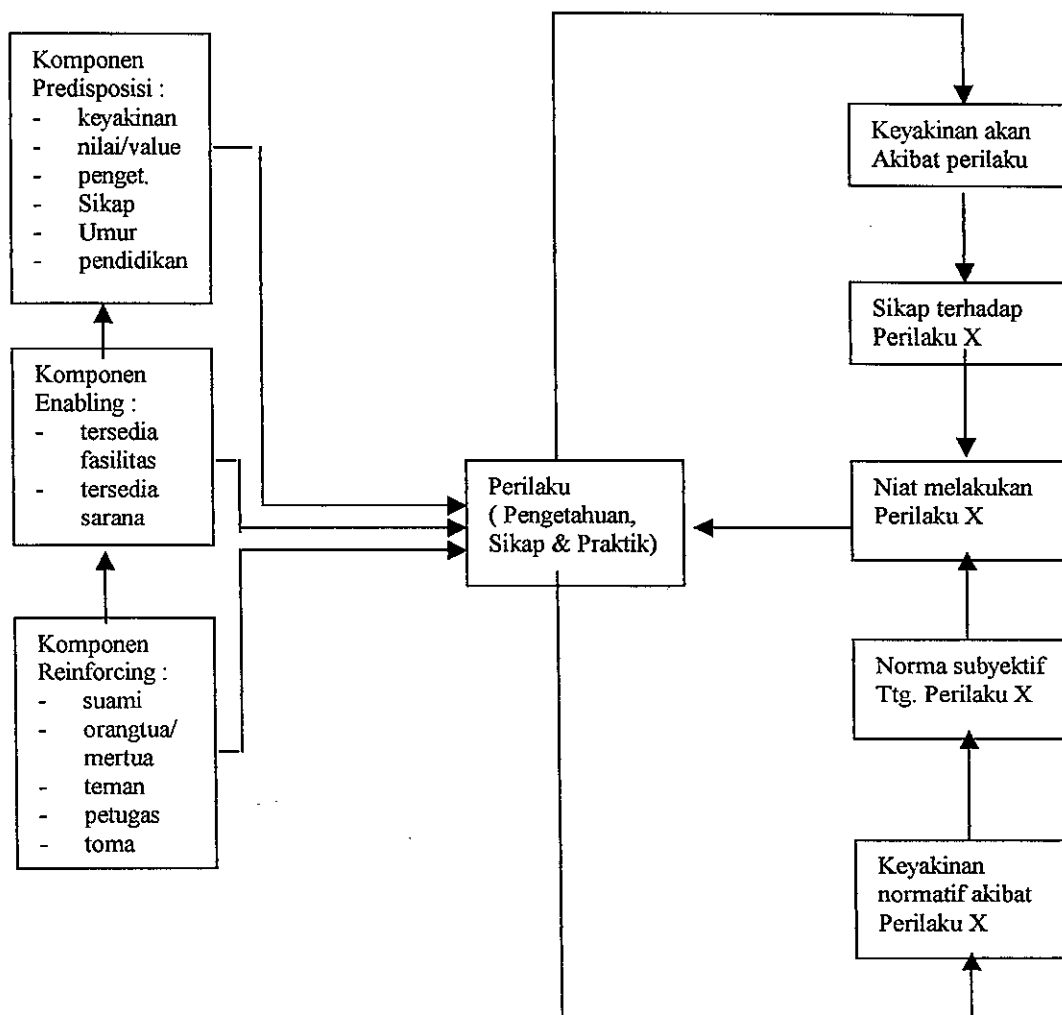
Kebalikannya dapat terjadi, apabila sikap negatif yang tumbuh maka akan kecil kemungkinan seseorang memiliki “niat” untuk ikut pelayanan antenatal dan persalinan. Apakah niat ini selanjutnya akan menjadi kenyataan sangat tergantung pada beberapa faktor lain misalnya : apakah orang yang sudah berminat ikut pelayanan antenatal dan persalinan betul-betul akan ikut memeriksakan diri selama kehamilan dan persalinannya, akan ditentukan oleh tersedia atau tidak tersedianya pelayanan dari petugas kesehatan. Juga mudah atau tidaknya mendapatkan pelayanan antenatal dan persalinan. Apabila seseorang sudah memiliki niat yang besar untuk ikut pelayanan antenatal dan persalinan, tetapi dia mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan antenatal dan persalinan, maka besar kemungkinan “niat” untuk ikut ke pelayanan tersebut tidak terwujud dalam kenyataan.

Menurut Green, perilaku ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan berhubungan dengan : 1) Faktor dasar (*predisposing*) yaitu pengetahuan ibu, sikap ibu,

tingkat pendidikan ibu, umur, pekerjaan dan jumlah anak. 2) Faktor pendukung (*enabling*) yaitu ketersediaan fasilitas dan sarana. 3). Faktor pendorong (*reinforcing*) yaitu perilaku suami, orangtua / mertua dan petugas kesehatan.

Dari kajian pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, penulis membuat kerangka teori berdasarkan teori perilaku kesehatan yang dikenal dengan PRECEDE dari Laurence W. Green dan Teori penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku dari Fishbien dan Ajzen, yang keduanya teori tersebut digabung :

Gambar 4 : Kerangka Teori.

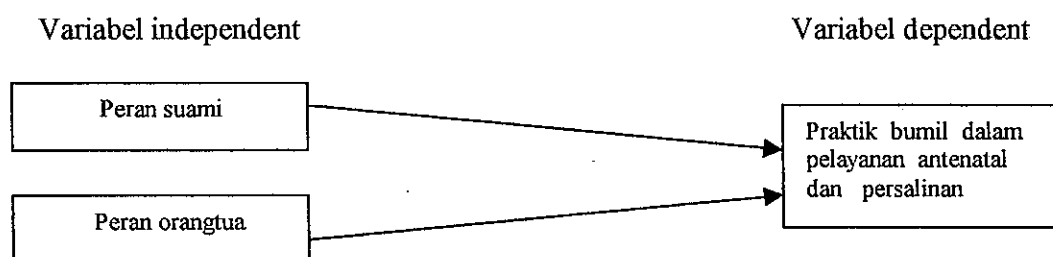


Kerangka Konsep

Agar penelitian sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, perlu dituangkan dalam kerangka konsep penelitian. Mengingat keterbatasan dan sesuai dengan minat peneliti, maka tidak semua komponen reinforcing yang berkaitan dengan praktik kesehatan dalam teori PRECEDE diteliti. Menurut asumsi peneliti, bahwa peran suami, orangtua

merupakan komponen intern keluarga yang sangat erat dengan ibu hamil dalam kontak komunikasi menyangkut pelayanan antenatal dan persalinan. Sedangkan komponen reinforcing lainnya berupa tetangga/teman sebaya, petugas kesehatan dan tokoh masyarakat, tidak diteliti. Dengan demikian yang akan diteliti adalah komponen reinforcing berupa peran suami, orangtua sebagai variabel independent, sedangkan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan sebagai variabel dependent. Adapun kerangka konsep penelitian digambarkan dalam bentuk skema tersebut dibawah ini :

Gambar 5 : Kerangka Konsep.



D. Hypotesa

1. Ada hubungan antara peran suami dengan praktik bumil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
2. Ada hubungan peran orangtua dengan praktik bumil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
3. Secara bersama-sama ada hubungan peran suami dan orangtua dengan praktik bumil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

BAB III

METODA PENELITIAN

A. Bahan / materi penelitian

1. Rancangan penelitian.

Penelitian ini menggunakan rancangan survei yang bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan "*Cross Sectional*". Data yang dikumpulkan merupakan gabungan dari data kuantitatif yaitu praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan juga data kualitatif pada beberapa faktor yang dianggap penting yaitu pendapat suami, orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

Adapun data dikumpulkan secara retrospektif dari tanggal 1 Januari 2001 sampai dengan 31 Desember 2001 di wilayah Puskesmas Sedan, Kabupaten Rembang.

2. Lokasi, Populasi dan Sampel :

2.1. Lokasi

Lokasi penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Sedan, Kecamatan Sedan, Kabupaten Rembang.

2.2. Populasi dan sampel

Populasi penelitian adalah ibu yang maksimal satu tahun yang lalu melahirkan sampai dengan bulan Desember 2001, dan hingga saat penelitian berlangsung berada dalam wilayah Puskesmas Sedan, Kabupaten Rembang, Jawa Tengah. Pada pengumpulan data kuantitatif, sampel diambil dari laporan kegiatan Puskesmas Sedan Tahun 2001 tercatat sejumlah 832 kelahiran yang ada. Untuk

menentukan besar sampel penelitian, menggunakan rumus Lemeshow sebagai berikut

:

$$n = \frac{Z^2 (1 - \alpha/2) P (1 - P) \cdot N}{d^2 (N - 1) + Z^2 (1 - \alpha/2) P (1 - P)}$$

Keterangan :

- Z : 1,96 koefisiensi keterandalan dengan tingkat kepercayaan 95%
- P : parameter proporsi (0,5)
- $1 - P = 1 - 0,5 = 0,5$
- d : presisi yang ingin dicapai 0,05
- N : ukuran populasi, 832
- α : 5 %

Sehingga diperoleh :

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) \cdot 832}{(0,1)^2 (831) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{3,84 \times 208}{8,31 + 0,9604}$$

$$n = \frac{798,72}{9,2704}$$

$$n = 86,158$$

Hasil perhitungan 86,158 sampel, dibulatkan menjadi 87 sampel. Maka diperoleh sampel untuk penelitian ini adalah 87 ibu yang melahirkan setahun yang lalu. Jumlah desa seluruhnya 21 desa, maka jumlah sampel tersebut dibagi secara proporsional agar dapat mewakili.

Cara perhitungan besar sample untuk masing-masing desa :

$$\text{Jumlah besar spl.} = \frac{\text{Jumlah kelahiran tiap desa}}{\text{Jumlah kelahiran seluruh desa}} \times \text{Jumlah sampel}$$

Adapun penyebarannya seperti pada tabel berikut.

Tabel 3.1
Penyebaran sampel

No.	Nama desa	Jml kelahiran	Jml spl	Jml spl (pembulatan)
1.	Ngolahan	15	1,56	2
2.	Pacing	30	3,13	3
3.	Karas	83	8,67	9
4.	Mojosari	38	3,97	4
5.	Gesikan	18	1,88	2
6.	Sambiroto	31	3,24	3
7.	Sedan	95	9,93	10
8.	Karang Asem	33	3,45	3
9.	Sidorejo	54	5,64	6
10.	Sidomulyo	31	3,24	3
11.	Candimulyo	31	3,24	3
12.	Lemah putih	21	2,19	2
13.	Umbo	32	3,34	3
14.	Sambong	29	3,03	3
15.	Gandrirojo	70	7,32	7
16.	Kedung ringan	26	2,72	3
17.	Menoro	44	4,60	5
18.	Jambean	13	1,36	1
19.	Kenongo	38	3,97	4
20.	Bogorejo	34	3,55	4
21.	Dadapan	66	6,90	7
	J u m l a h	832		87

2.4. Cara pengambilan sampel :

Untuk memilih sampel kuantitatif dari masing-masing desa, diambil menggunakan cara acak sederhana (*simple random sampling*). Jika ada sampel yang gagal karena tidak memenuhi syarat, maka dilakukan pengambilan secara acak lagi.

Sedangkan untuk data kualitatif diambil dengan wawancara, sampel terdiri dari kelompok suami : 7 orang dan orangtua : 6 orang yang diambil secara acak. Dan untuk bidan sebanyak 11 orang diambil semuanya.

B. Alat penelitian :

Dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan adalah :

1. Kuesioner

Yaitu pertanyaan-pertanyaan tertulis yang digunakan untuk menanyakan karakteristik responden, mengungkap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan, peran suami dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan serta peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

2. Pedoman wawancara

Sebagai alat dalam mengumpulkan data kualitatif dengan melakukan penggalian data serta untuk mengecek kebenaran data dilakukan wawancara triangulasi kepada kelompok suami responden, orangtua responden dan petugas kesehatan (bidan). Adapun pertanyaan yang diajukan meliputi peran suami, orangtua terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

C. Prosedur penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. Persiapan.

Kegiatannya dimulai dari pengurusan perijinan dari Universitas sampai ke tingkat Kabupaten. Observasi awal ke lapangan untuk mencari data dan pemilihan lokasi penelitian.

2. Uji coba kuesioner.

Setelah kuesioner selesai disusun, belum berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data, namun perlu diuji validitas dan reliabilitasnya.

Untuk melakukan uji coba kuesioner dipilih desa Karang Asri Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang. pada 32 responden yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel.

Uji validitas menggunakan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap butir pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Untuk mengetahui apakah nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan itu *signifikan*, maka perlu dilakukan uji korelasi *product moment*. Bila kuesioner tersebut memiliki validitas konstruk (korelasi yang bermakna), berarti semua butir (pertanyaan) yang ada didalam kuesioner itu valid. (Soekidjo Notoatmodjo, 2002).

Sedangkan uji reliabilitas dilakukan sekurang-kurangnya dua kali, sebelum kuesioner tersebut digunakan untuk penelitian. Uji coba tersebut kemudian diuji dengan menggunakan korelasi *product moment*. Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Dengan demikian harus menghitung validitas terlebih dahulu sebelum menghitung reliabilitas.

Untuk menghitung reliabilitas dengan menggunakan teknik tes-tes ulang (*Test Retest*) yaitu mencobakan instrumen beberapa kali pada responden pada waktu yang berbeda. Hasil pengukuran pertama dikorelasikan dengan hasil pengukuran (test) kedua dengan menggunakan teknik korelasi *product moment*. Bila hasilnya (angka korelasinya) sama atau lebih dari angka kritis pada derajat kemaknaan P 0,05 maka alat ukur atau kuesioner tersebut reliable.

Uji instrumen pertama dilakukan pada tanggal 28 Desember 2002 dan uji instrumen kedua pada tanggal 13 Januari 2003. Pengujian validitas dan reliabilitas dilakukan dengan mengukur korelasi tiap item pertanyaan, dengan SPSS versi 10

2.1. Validitas dan Reliabilitas Variabel Peran Suami.

2.1.1. Validitas.

Seluruh butir pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2.a. Hasil uji validitas variabel peran suami.(test I)

No	Butir Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1	0,735	0,000	Valid
2	2	0,360	0,043	Valid
3	3	0,760	0,000	Valid
4	4	0,619	0,000	Valid
5	5	0,861	0,000	Valid
6	6	0,868	0,000	Valid
7	7	0,365	0,040	Valid
8	8	0,360	0,043	Valid
9	9	0,446	0,011	Valid
10	10	0,520	0,002	Valid
11	11	0,520	0,002	Valid
12	12	0,520	0,002	Valid
13	13	-0,378	0,033	Valid
14	14	0,402	0,023	Valid

UPT-PUSTAKA INDIVID

Dari hasil perhitungan ini, ternyata keseluruhan (butir 1 – 14) semuanya dinyatakan valid.

Tabel 3.2.b. Hasil uji validitas variabel peran suami.(test II)

No	Butir	Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1		0,917	0,000	Valid
2	2		0,738	0,000	Valid
3	3		0,698	0,000	Valid
4	4		0,600	0,000	Valid
5	5		0,968	0,000	Valid
6	6		0,727	0,000	Valid
7	7		0,387	0,029	Valid
8	8		0,458	0,008	Valid
9	9		0,744	0,000	Valid
10	10		0,513	0,003	Valid
11	11		0,513	0,003	Valid
12	12		0,738	0,000	Valid
13	13		0,569	0,001	Valid
14	14		0,458	0,008	Valid

Dari hasil perhitungan ini, ternyata pertanyaan butir 1 – 14 semuanya dinyatakan valid.

2.1.2. Reliabilitas.

Hasil pengukuran pertama (skor total tiap responden) dikorelasikan dengan hasil pengukuran kedua (skor total tiap responden) sebagai berikut :

Tabel 3.2.c.
 Skor total tiap responden pengukuran I dan II
 Peran suami dalam Anc dan Nc

No	Pengukuran I	Pengukuran II
1	20	20
2	20	20
3	20	20
4	3	2
5	21	20
6	21	20
7	19	19
8	7	9
9	17	16
10	14	20
11	20	20
12	20	20
13	21	20
14	19	16
15	20	20
16	18	18
17	20	20
18	20	18
19	20	20
20	17	19
21	10	3
22	17	20
23	16	18
24	19	14
25	19	17
26	18	18
27	11	14
28	12	13
29	12	20
30	20	20
31	14	20
32	17	20

Kemudian hasil pengukuran I dan pengukuran II dikorelasikan dengan tehnik korelasi *product moment* sehingga diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2.d.
 Hasil uji reliabilitas variabel peran suami
 Melalui Uji Korelasi Product Moment

		X1 (Pengukuran I)	X2 (Pengukuran II)
X1 (Pengukuran I)	Pearson Correlation	1,000	,794**
	Sig. (2 tailed)	.	,000
	N	32	32
X2 (Pengukuran II)	Pearson Correlation	,794**	1,000
	Sig. (2 tailed)	,000	.
	N	32	32
** Correlation is significant at the 0,01 level (2 tailed)			

Pada Tabel 3.2.d., korelasi diatas besarnya korelasi antara X1 (Pengukuran I) terhadap X2 (Pengukuran II) adalah 0,794. Untuk memutuskan apakah instrumen tersebut reliabel atau tidak, besarnya korelasi (r hitung) tersebut dibandingkan dengan p value. Dengan N = 32 taraf kesalahan 1% diperoleh sbb. Jika probabilitas < 0,05 maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen peran suami reliabel dan dapat dipergunakan untuk penelitian.

Hasil analisis telah dibandingkan dengan tabel yang ditandai tanda bintang pada taraf kesalahan 1% dengan signifikansi 0.000 pada pengujian dua ekor. Pengujian dengan menggunakan signifikansi adalah apabila signifikansi dibawah atau sama dengan 0,05 maka terjadi korelasi antara instrumen I terhadap instrumen II

2.2. Validitas dan Reliabilitas Variabel Peran Orangtua

2.2.1. Validitas.

Seluruh butir pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3.a. Hasil uji validitas variabel peran orangtua. (test I)

No	Butir Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1	0,687	0,000	Valid
2	2	0,424	0,015	Valid
3	3	0,363	0,041	Valid
4	4	0,407	0,021	Valid
5	5	0,352	0,048	Valid
6	6	0,435	0,013	Valid
7	7	0,357	0,045	Valid
8	8	0,361	0,042	Valid
9	9	0,361	0,042	Valid
10	10	0,522	0,002	Valid
11	11	0,436	0,013	Valid
12	12	0,399	0,024	Valid
13	13	0,412	0,019	Valid
14	14	0,448	0,010	Valid

Hasil perhitungan ini dinyatakan bahwa kesemuanya (butir 1 – 14) valid.

Tabel 3.3.b. Hasil uji validitas variabel peran orangtua .(test II)

No	Butir Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1	0,686	0,000	Valid
2	2	0,527	0,002	Valid
3	3	0,355	0,046	Valid
4	4	0,381	0,031	Valid
5	5	0,606	0,000	Valid
6	6	0,880	0,000	Valid
7	7	0,400	0,023	Valid
8	8	0,381	0,031	Valid
9	9	0,437	0,012	Valid
10	10	0,502	0,003	Valid
11	11	0,546	0,001	Valid
12	12	0,601	0,000	Valid
13	13	0,500	0,004	Valid
14	14	0,373	0,036	Valid

Dari hasil perhitungan ini, ternyata pertanyaan butir 1 – 14 semuanya dinyatakan valid.

2.2.2. Reliabilitas.

Hasil pengukuran pertama (skor total tiap responden) dikorelasikan dengan hasil pengukuran kedua (skor total tiap responden) dengan hasil sebagai berikut

Tabel 3.3.c.
Skor total tiap responden pengukuran I dan II
Peran orangtua dalam Anc dan Nc

No	Pengukuran I	Pengukuran II
1	12	9
2	12	18
3	15	14
4	20	20
5	12	15
6	18	8
7	17	16
8	10	13
9	6	2
10	1	0
11	0	0
12	10	13
13	15	20
14	18	14
15	19	19
16	7	7
17	13	14
18	14	14
19	9	16
20	13	16
21	0	1
22	10	5
23	12	9
24	11	13
25	16	15
26	13	16
27	9	5
28	9	13
29	13	18
30	18	15
31	17	10
32	23	20

Kemudian hasil pengukuran I dan pengukuran II dikorelasikan dengan teknik korelasi *product moment* sehingga diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3.d.
Hasil uji reliabilitas variabel peran orangtua
Uji Korelasi Product Moment

		X1 (Pengukuran I)	X2 (Pengukuran II)
X1 (Pengukuran I)	Pearson Correlation	1,000	,774**
	Sig. (2 tailed)	.	,000
	N	32	32
X2 (Pengukuran II)	Pearson Correlation	,774**	1,000
	Sig. (2 tailed)	,000	.
	N	32	32
** Correlation is significant at the 0,01 level (2 tailed)			

Pada Tabel 3.3.d. , korelasi diatas besarnya korelasi antara X1 (Pengukuran I) terhadap X2 (Pengukuran II) adalah 0,774. Untuk memutuskan apakah instrumen tersebut reliabel atau tidak, besarnya korelasi (r hitung) tersebut dibandingkan dengan (p value). Dengan N = 32 taraf kesalahan 1% diperoleh sbb. Jika probabilitas < 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen peran orangtua reliabel dan dapat dipergunakan untuk penelitian.

Hasil analisis telah dibandingkan dengan tabel yang ditandai tanda bintang pada taraf kesalahan 1% dengan signifikansi 0.000 pada pengujian dua ekor. Pengujian dengan menggunakan signifikansi adalah apabila signifikansi dibawah atau sama dengan 0,05 maka terjadi korelasi antara instrumen I terhadap instrumen II

2.3. Validitas dan Reliabilitas Variabel Praktik ibu hamil

2.3.1. Validitas.

Seluruh butir pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.4.a. Hasil uji validitas variabel praktik bumil. (test I)

No	Butir Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1	0,936	0,000	Valid
2	2	0,898	0,000	Valid
3	3	0,646	0,000	Valid
4	4	0,990	0,000	Valid
5	5	0,939	0,000	Valid
6	6	0,536	0,002	Valid
7	7	0,803	0,000	Valid
8	8	0,597	0,000	Valid
9	9	0,683	0,000	Valid
10	10	0,467	0,007	Valid
11	11	0,683	0,000	Valid
12	12	0,518	0,002	Valid
13	13	0,433	0,013	Valid
14	14	0,453	0,009	Valid
15	15	0,450	0,010	Valid

Hasil perhitungan ini dinyatakan bahwa kesemuanya (butir 1 – 14) valid.

Tabel 3.4.b. Hasil uji validitas variabel praktik bumil .(test II)

No	Butir Pertanyaan	r hasil	p value	Keterangan
1	1	0,608	0,000	Valid
2	2	0,586	0,000	Valid
3	3	0,629	0,000	Valid
4	4	0,778	0,000	Valid
5	5	0,696	0,000	Valid
6	6	0,484	0,005	Valid
7	7	1,000	0,000	Valid
8	8	0,511	0,003	Valid
9	9	0,696	0,000	Valid

10	10	0,450	0,010	Valid
11	11	0,696	0,000	Valid
12	12	0,487	0,005	Valid
13	13	0,493	0,004	Valid
14	14	0,487	0,005	Valid
15	15	0,461	0,008	Valid

Dari hasil perhitungan ini, ternyata pertanyaan butir 1 – 14 semuanya dinyatakan valid.

2.3.2. Reliabilitas.

Hasil pengukuran pertama (skor total tiap responden) dikorelasikan dengan hasil pengukuran kedua (skor total tiap responden) dengan hasil sebagai berikut

Tabel 3.4.c..
Skor total tiap responden pengukuran I dan II
Praktik responden dalam Anc dan Nc

No	Pengukuran I	Pengukuran II
1	28	22
2	26	24
3	28	31
4	29	27
5	29	27
6	28	28
7	29	27
8	28	20
9	27	29
10	30	27
11	30	28
12	30	29
13	30	27
14	29	20
15	30	27
16	16	21
17	30	28
18	30	28
19	28	27
20	31	29
21	28	26
22	27	24

23	24	26
24	30	24
25	31	27
26	32	27
27	16	24
28	30	27
29	28	28
30	30	28
31	25	20
32	31	29

Kemudian hasil pengukuran I dan pengukuran II dikorelasikan dengan tehnik korelasi *product moment* sehingga diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.4.d.
Hasil uji reliabilitas variabel praktik ibu hamil
Uji Korelasi Product Moment

		X1 (Pengukuran I)	X2 (Pengukuran II)
X1 (Pengukuran I)	Pearson Correlation	1.000	.471**
	Sig. (2 tailed)	.	.000
	N	32	32
X2 (Pengukuran II)	Pearson Correlation	.471**	1.000
	Sig. (2 tailed)	.000	.
	N	32	32
** Correlation is significant at the 0,01 level (2 tailed)			

Pada Tabel 3.4.d. , korelasi diatas besarnya korelasi antara X1(Pengukuran I) terhadap X2 (Pengukuran II) adalah 0.471. Untuk memutuskan apakah instrumen tersebut reliabel atau tidak, besarnya korelasi (r hitung) tersebut dibandingkan dengan p value. Dengan N = 32 taraf kesalahan 1% diperoleh hasil sbb. Jika probabilitas < 0,05 maka Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen praktik ibu hamil reliabel dan dapat dipergunakan untuk penelitian.

Hasil analisis telah dibandingkan dengan tabel yang ditandai tanda bintang pada taraf kesalahan 1% dengan signifikansi 0.000 pada pengujian dua ekor. Pengujian dengan menggunakan signifikansi adalah apabila signifikansi dibawah atau sama dengan 0,05 maka terjadi korelasi antara instrumen I terhadap instrumen II

3 . Pengumpulan data.

Setelah kuesioner benar-benar valid dan reliabel, maka dapat dilanjutkan dengan melakukan pengumpulan data, sesuai dengan tujuan penelitian yang sudah ditentukan. Pengumpulan data dilakukan oleh penulis dan dibantu oleh 3 orang enumerator lulusan D3 Kebidanan yang sudah dilatih terlebih dahulu oleh penulis. Penelitian dilakukan selama 6 hari kerja terhitung sejak tanggal 31 Januari sampai dengan 5 Februari 2003. Sedangkan FGD dilakukan tanggal 22 Februari 2003 dan dipandu oleh 2 orang Sarjana Kesehatan Masyarakat yang sudah berpengalaman. Pelaksanaan FGD dilakukan di Gedung PKK Kecamatan Sedan.

a. Jenis data yang dikumpulkan.

Jenis data yang dikumpulkan yaitu data primer, meliputi : karakteristik responden, praktek ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan, peran suami, peran orangtua terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan. Sedangkan data sekunder meliputi : kematian ibu, K1, K4 dan persalinan nakes, data demografi dan geografi wilayah Puskesmas.

b. Metode pengumpulan data.

1). Data kuantitatif : wawancara langsung dengan ibu-ibu responden untuk menggali praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan, peran suami, orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan. Cara yang dilakukan adalah dengan menanyakan beberapa pertanyaan yang ada pada kuesioner, dengan dipandu oleh enumerator.

2). Data kualitatif : Fokus Group Diskusi digunakan untuk menggali pertanyaan-pertanyaan terbuka guna mendapatkan jawaban yang disertai dengan penjelasan-penjelasan dari peserta. Adapun peserta FGD terdiri dari 3 kelompok yaitu kelompok suami sejumlah 7 orang, kelompok orangtua sejumlah 6 orang dan kelompok bidan sejumlah 7 orang. Dilaksanakan selama sehari dengan waktu untuk berdiskusi masing-masing kelompok selama 2 jam.

D. Variabel penelitian dan Definisi Operasional**1. Variabel :**

- a. Variabel *dependent* (terikat) adalah praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.
- b. Variabel *independent* (bebas) atau pengaruh adalah peran suami, dan peran orangtua .

2. Definisi Operasional.

- a. **Peran suami** adalah keterlibatan suami yang berkaitan dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal maupun persalinan. Keterlibatan suami disini meliputi : SIAGA (siap, antar, jaga). Siap dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan biaya, kesiapan kendaraan dan perhatian. Antar

dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan mengantar ibu periksa ke sarana pelayanan kesehatan dan kesiapan mengantar ibu ketika bersalin. Sedangkan Jaga dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan dalam menjaga ibu saat bersalin.

Skala : Nominal.

- b. **Peran orangtua** adalah keterlibatan orangtua berkaitan dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal maupun persalinan. Keterlibatan orangtua disini meliputi : SIAGA (siap, antar, jaga) Siap dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan biaya, kesiapan kendaraan dan perhatian. Antar dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan mengantar ibu periksa ke sarana pelayanan kesehatan dan kesiapan mengantar ketika ibu bersalin. Sedangkan jaga dioperasionalkan dalam bentuk kesiapan dalam menjaga ibu ketika akan bersalin.

Skala : Nominal

- c. **Praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal (ANC) dan persalinan (NC)** adalah tindakan langsung yang dilakukan ibu hamil dalam pelayanan antenatal yang dioperasionalkan melalui periksa atau tidak periksa ketika hamil, frekuensi periksa, tempat periksa kehamilan dan standard pelayanan 5 T yang terdiri atas : a) timbang berat badan ukur tinggi badan. b) Ukur tekanan darah. c) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) lengkap d) Ukur tinggi fundus uteri. e) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama

kehamilan. Sedangkan standard persalinan dioperasionalkan melalui pemilihan petugas penolong persalinan dan tempat bersalin.

Skala : Nominal.

E. Pengolahan dan Analisa data

E.1. Pengolahan data

Dalam penelitian ini unit analisis terdiri dari karakteristik responden, praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan, peran suami dan peran orangtua.

Kuesioner yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan yang dimulai dengan meneliti kuesioner, mengedit, memberi kode, memberi skor dan tabulasi data. Pengeditan dimaksudkan untuk mengecek ulang kelengkapan, kejelasan dan konseistensi data jika terjadi kesalahan dan keraguan dalam pengisian. Memberi kode pada setiap jawaban pertanyaan, dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan. Selanjutnya memberi skor pada setiap jawaban untuk menilai jawaban yang diberikan responden, kemudian skor dijumlah untuk keperluan kategori. Data yang sudah berupa kategori dimasukkan dalam tabel-tabel sesuai dengan keperluan untuk analisis diskriptif.

Pengolahan data untuk masing-masing variabel penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Peran suami terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal. Pertanyaan tertutup dengan tiga alternatif pilihan jawaban. Kemudian jawaban responden di skor. Jumlah skor tertinggi 6 dan terendah 5. Nilai peran suami dibagi dalam dua kategori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 5 peran suami kurang baik dan nilai ≥ 6 peran suami baik.

- b. Peran suami terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan. Pertanyaan tertutup dengan tiga alternatif pilihan jawaban. Kemudian jawaban responden di skor. Jumlah skor tertinggi 8 dan terendah 4 . Nilai peran suami dibagi dalam dua katagori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 6 peran suami kurang baik dan nilai ≥ 7 peran suami baik.
- c. Peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal . Pertanyaan tertutup dengan tiga alternatif pilihan jawaban. Kemudian jawaban responden di skor. Jumlah skor tertinggi 8 dan terendah 4. Nilai peran orangtua dibagi dalam dua kategori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 7 peran orangtua kurang baik dan nilai ≥ 8 peran orangtua baik.
- d. Peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan. Pertanyaan tertutup dengan tiga alternatif pilihan jawaban. Kemudian jawaban responden di skor. Jumlah skor tertinggi 5 dan terendah 1. Nilai peran orangtua dibagi dalam dua kategori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 2 peran orangtua kurang baik dan nilai ≥ 3 peran orangtua baik.
- e. Praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal
Pertanyaan tertutup dengan beberapa alternatif pilihan jawaban. Kemudian jawaban responden di skor. Lalu skor tersebut dijumlah. Adapun jumlah skor tertinggi 17 dan terendah 15. Untuk keperluan analisa data, nilai praktik ini dibagi menjadi dua kategori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 16 praktik kurang baik dan nilai ≥ 16 praktik baik.
- f. Praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan
Pertanyaan tertutup dengan beberapa alternatif pilihan jawaban.

Kemudian jawaban responden di skor. Lalu skor tersebut dijumlah. Adapun jumlah skor tertinggi 11 dan terendah 6. Untuk keperluan analisa data, nilai praktik ini dibagi menjadi dua kategori dengan menggunakan nilai mean yaitu bila nilai ≤ 8 praktik kurang baik dan nilai ≥ 9 praktik baik.

E.2. Analisis data.

Analisis data bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Selain itu analisis data juga digunakan untuk menguji hipotesa penelitian. Dalam penelitian ini tehnik analisis yang digunakan sebagai berikut :

- 1) *Univariat* digunakan untuk menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya. Data univariat ini berkaitan dengan karakteristik ibu (umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak yang pernah dilahirkan hidup, jumlah anak yang pernah dilahirkan mati, dan jarak persalinan sebelumnya dengan persalinan terakhir), variabel – variabel penelitian peran suami, orangtua dan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dan persalinan dianalisis dengan menggunakan katagori baik dan kurang baik, sesuai tujuan yang telah ditetapkan.
- 2) *Bivariat*, digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yang meliputi : peran suami dengan variabel terikat yakni praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan. Untuk mencari faktor determinan dari peran suami terhadap praktik ibu dalam memeriksakan pelayanan antenatal dan persalinan. maka dilakukan uji statistik *Chi Square*. Pengujian dilakukan

dengan program SPSS versi 10. Untuk mengetahui apakah telah terjadi hubungan yang signifikan atau tidak, maka digunakan nilai p value yang dibandingkan dengan tingkat kesalahan (alpha) yang digunakan yaitu 5% . Apabila nilai p value < 0,05 maka telah terjadi hubungan yang signifikan antara variable-variabel yang diuji tersebut. Akan tetapi apabila p value > 0,05 maka tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel-variabel yang diuji.

Untuk mengetahui kekuatan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat digunakan dalam rumus (Sugiyono,1999).

$$C = \sqrt{\frac{\frac{2}{X h}}{\frac{2}{X h} + N}} \quad \text{Nilai } C = 0 \leq C \leq \sqrt{\frac{q - 1}{q}}$$

C = Coefisien kontingensi n = Jumlah individu dalam sampel
 $\frac{2}{X h}$ = Chi Square q = Jumlah baris atau kolom yang kecil.

Kekuatan hubungan pada tabel kontingensi dua kali dua, berdasarkan koefisien kontingensi perlu mempertimbangkan nilai C maksimum.

$$C \text{ Maksimum} = \sqrt{\frac{K - 1}{K}} = \sqrt{\frac{2 - 1}{2}} = 0,707$$

Nilai C akan menunjukkan besarnya hubungan variabel bebas terhadap variabel terikat.

Nilai C berkisar antara 0 – 0,707.

Tingkat kekuatan hubungan digolongkan menjadi 5 katagori nilai C :

Interval koefisien	Kekuatan hubungan
0,000 – 0,140	Sangat lemah
0,141 – 0,280	Lemah
0,281 – 0,420	Cukup kuat
0,421 – 0,560	Kuat
0,561 – 0,707	Sangat kuat

Sumber : Sudrajad, SW, 1987.

Hipotesis : Apabila nilai X^2 hitung sama atau lebih besar harga X^2 tabel, maka H_0 ditolak dan apabila nilai X^2 hitung kurang dari harga X^2 tabel, maka H_0 diterima, dengan taraf kepercayaan 95%

- 3). Dari hasil uji analisa Bivariat, dilihat nilai koefisien kontingensi untuk melihat kuatnya hubungan (peran suami, orangtua) terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan..

Hipotesis : apabila p hitung sama atau lebih besar dari tingkat kesalahan $\alpha = 5\%$ maka H_0 ditolak, dan apabila nilai p hitung kurang dari tingkat kesalahan $\alpha = 5\%$ maka H_0 diterima.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum & Kendala Daerah Penelitian.

Puskesmas Sedan terletak 30 km di sebelah timur Kabupaten Rembang kearah Kecamatan Pancur dan Kecamatan Pamotan dengan batas administrasi sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kragan.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Sale.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Pamotan.
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sarang.

Luas wilayah Puskesmas Sedan sekitar 79.643 km², terbagi atas 21 desa. Keduapuluh satu desa tersebut adalah desa Ngolahan, Pacing, Karas, Mojosari, Gesikan, Sambiroto, Sedan, Karang Asem, Sidorejo, Sedomulyo, Candimulyo, Lemah putih, Kumbo, Sambong, Gandrirojo, Kedung ringin, Menoro, Jambean, Kenongo, Bogorejo dan Dadapan

Keadaan tanah di wilayah Puskesmas Sedan 75 % adalah tanah datar berada di 14 desa dan 25 % berbukit berada di 7 desa dengan batas antar desa yang mudah dijangkau namun ada beberapa dukuh yang masih sulit dijangkau.

Pada tahun 2001 jumlah penduduk 48.038 jiwa yang terdiri dari : laki-laki 23.868 jiwa dan perempuan 24.170 jiwa. Jumlah kepala keluarga (KK) 12.081 KK.

Pada saat penelitian, pewawancara kesulitan mendapatkan data dari para responden karena ketertutupan dalam memberi informasi. Mengingat sebagian

masyarakat masih berpola agamis. Untuk mengatasinya, peneliti dibantu bidan setempat untuk wawancara sehingga informasi tersebut dapat diperoleh.

Secara Organisatoris, Puskesmas Sedan dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas dan dibantu oleh bagian teknis dan bagian administrasi. Secara lengkap tertera pada lampiran 6.

Dalam menjalankan kegiatan sehari-hari, Puskesmas Sedan mempunyai personalia sebanyak 24 orang. Seperti tertera pada Tabel 4.1

Tabel 4.1
Distribusi pegawai menurut latar belakang pendidikan
Wilayah Puskesmas Sedan Tahun 2001

No	Latar belakang pendidikan	Jumlah
1	Dokter umum	1
2	Perawat	10
3	Bidan	1
4	Sanitarian	1
5	Administrasi	2
6	Bidan desa	9
	Jumlah	24

Sumber : Puskesmas Sedan, 2001

Keadaan sarana pelayanan kesehatan yang ada meliputi : Puskesmas : 1 buah, Puskesmas Pembantu : 5 buah, Polindes : 7 buah dan rumah bidan : 1 buah.

Kegiatan di Puskesmas Sedan antara lain adalah Kesehatan Ibu dan Anak serta penyebab kematian ibu. Data cakupan KIA dan Penyebab kematian ibu seperti tertera dalam Tabel 4.2. dan Tabel 4.3.

Tabel 4.2
Distribusi Cakupan Ibu hamil
Puskesmas Sedan, Tahun 2000 & 2001

Tahun	Cakupan		
	K1 (%)	K4 (%)	Linakes (%)
2000	96,41	78,75	61,53
2001	79,68	68,73	50,81

Sumber : Puskesmas Sedan, 2001

Tabel 4.3.
Distribusi kematian ibu bersalin & sebab kematiannya
Puskesmas Sedan, Tahun 2000 & 2001

Tahun	Jumlah kematian	Sebab – sebab kematian			
		Perdarahan	Infeksi	Eklampsi	Lain2
2000	3	1	1	0	1
2001	8	2	0	1	5

Sumber : Puskesmas Sedan,2001

4.2. Karakteristik responden

4.2.1. Umur

Depkes RI (1995) mengelompokkan umur pada ibu hamil meliputi : dibawah 20 tahun, antara 21 sampai 35 tahun dan diatas 35 tahun. Dari Tabel 4.4. dapat diketahui bahwa 73 responden (83,90%) berusia antara 25 – 30 tahun.

Tabel 4.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur

No	Kelompok Umur	Jumlah	%
1	< 20	4	4,60
2	20 – 35	73	83,90
3	> 35	10	11,50
	Jumlah total	87	100,00

4.2.2. Pendidikan.

Lamanya masa pendidikan responden beragam mulai dari 1 tahun hingga 12 tahun, yaitu dari tingkat SD sampai dengan SLTA. Dalam penelitian ini tidak ada responden yang tidak bersekolah. Pada Tabel 4.5. dapat diketahui bahwa 46 responden (53,00%) berpendidikan Sekolah Dasar.

Tabel 4.5.
Distribusi responden berdasarkan lamanya masa pendidikan.

No	Lama Pendidikan (tahun)	Jumlah	%
1	1 – 6 (SD)	46	53,00
2	7 – 9 (SLTP)	34	39,08
3	> 10 (SLTA keatas)	7	8,04
	Jumlah total	87	100,00

4.2.3. Pendidikan suami responden

Pendidikan suami responden pada umumnya adalah berpendidikan SD yaitu 56,32 % .

Tabel 4.6.
Distribusi suami responden berdasarkan lamanya masa pendidikan.

No	Lamanya Pendidikan (tahun)	Jumlah	%
1	1 – 6 (SD)	49	56,32
2	7 – 9 (SLTP)	26	29,88
3	> 10 (SLTA keatas)	12	13,79
	Jumlah total	87	100,00

4.2.4. Pekerjaan.

Pekerjaan responden beragam yaitu sebagian ada yang tidak bekerja dan sebagian lagi ada yang bekerja. Pada Tabel 4.7. diketahui bahwa 31 responden (35,63%) tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga.

Tabel 4.7.
Distribusi responden berdasarkan kelompok pekerjaan

No	Kelompok pekerjaan	Jumlah	%
1	Tidak bekerja	31	35,63
2	Petani	29	33,33
3.	Pedagang	13	14,94
4	Buruh tani	12	13,80
5	Lain-lain	2	2,30
	Jumlah total	87	100,00

4.2.5. Pekerjaan suami responden

Pekerjaan suami responden pada umumnya bekerja sebagai petani : 48,30 %

Tabel 4.8.
Distribusi suami responden berdasarkan kelompok pekerjaan

No	Kelompok pekerjaan	Jumlah	%
1	Petani	42	48,30
2	Buruh tani	16	18,40
3.	Pedagang	15	17,24
4	Tukang batu	7	8,04
5	PNS	3	3,44
6	Lain-lain	3	3,44
7	ABRI	1	1,14
	Jumlah total	87	100,00

4.2.6. Anak yang dilahirkan

Semua responden melahirkan anak dengan jumlah yang beragam. Namun pada Tabel 4.9 diketahui bahwa 30,00% responden melahirkan anak pertama.

Tabel 4.9.
Distribusi responden berdasarkan Nomer anak yang dilahirkan

No	Anak yang dilahirkan	Jumlah	%
1	ke 1	26	30,00
2	ke 2	20	23,00
3.	ke 3	14	16,09
4	ke 4	12	13,80
5	ke 5 atau >	15	17,24
	Jumlah total	87	100,00

4.2.7. Anak yang dilahirkan hidup

Anak yang dilahirkan semuanya hidup. Pada Tabel 4.10 diketahui bahwa anak yang dilahirkan hidup sebagian besar 1 orang berjumlah 27 responden (31,03%)

Tabel 4.10.
Distribusi responden berdasarkan anak yang dilahirkan hidup

No	Anak yg. dilahirkan hidup	Jumlah	%
1	1 orang	27	31,03
2	2 orang	25	28,74
3.	3 orang	12	13,80
4	4 orang	10	11,50
5	> 5 orang	13	14,94
	Jumlah total	87	100,0

4.2.8. Anak yang dilahirkan mati

Ada sebagian responden melahirkan anak mati dan ada sebagian lagi melahirkan anak hidup. Pada Tabel 4.11. diketahui bahwa 78,16 % responden melahirkan anak hidup.

Tabel 4.11.
Distribusi responden berdasarkan anak yang dilahirkan mati

No	Anak yang dilahirkan mati	Jumlah	%
1	0 orang	68	78,16
2	1 orang	11	12,64
3	2 orang	6	6,90
4	3 orang	2	2,30
	Jumlah total	87	100,0

4.2.9. Riwayat kehamilan & persalinan.

Ada sebagian responden yang mempunyai riwayat kehamilan & persalinan dan ada sebagian lagi responden yang tidak mempunyai riwayat kehamilan & persalinan. Pada Tabel 4.12 diketahui bahwa sebanyak 65 responden (74,71%) tidak ada kelainan riwayat kehamilan dan persalinan.

Tabel 4.12.
Distribusi responden berdasarkan riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya

No	Riwayat kehamilan & persalinan	Jumlah	%
1	Tidak ada kelainan	65	74,71
2	Bayi lahir mati	10	11,50
3.	Ada kelainan (persalinan lama, perdarahan, keguguran, demam tinggi, dan kejang-kejang.	12	13,80
	Jumlah total	87	100,00

4.3.0. Tindakan saat persalinan

Tidak ada responden yang melahirkan dengan operasi. Pada Tabel 4.13 diketahui bahwa semua responden mengalami persalinan secara normal.

Tabel 4.13.
Distribusi responden berdasarkan tindakan saat persalinan

No	Tindakan saat persalinan	Jumlah	%
1	Spontan (lahir normal)	87	100,00
2	Operasi	0	0
	Jumlah total	87	100,00

4.3.1. Praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal

Praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal dinyatakan baik bila skor ≥ 7 dan kurang baik bila skor ≤ 16 . Dan range yang dihasilkan adalah 15 – 17.

Tabel 4.14.
Distribusi responden tentang praktik bumil
dalam pelayanan antenatal :

No	Praktik ibu hamil	Jumlah	%
1	Baik (skor 17)	62	71,30
2	Kurang baik (skor 15 – 16)	25	28,70
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.14 diketahui bahwa sebagian besar (71,30%) praktik ibu hamil dalam melakukan pelayanan antenatal adalah baik. Sedangkan (28,70%) kurang baik dalam pelayanan antenatal. Hal ini disebabkan antara lain 1). Masih ada ibu hamil yang telah melakukan pemeriksaan kurang dari 4 kali yaitu pada trimester I : 1 kali (62,07%), trimester II : 1 kali (41,37%), dan trimester III : 1 kali. (6,90%). 2) Selama hamil masih ada ibu yang belum melakukan pemeriksaan standar 5 T. Hal ini dimungkinkan karena kurangnya pengetahuan responden tentang pemeriksaan kehamilan 5 T

UPT-PUSTAKA-INDIP

4.3.2. Praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan

Praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan dinyatakan baik bila skor ≥ 9 dan kurang baik bila skor ≤ 8 . Dan range yang dihasilkan adalah 6 - 11.

Tabel 4.15.
Distribusi responden tentang praktik bumil
dalam pelayanan persalinan :

No	Praktik ibu hamil	Jumlah	%
1	Baik (skor 9 – 11)	61	70,10
2	Kurang baik (skor 6 – 8)	26	29,90
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.15 diketahui bahwa sebagian besar (70,10%) praktik ibu hamil dalam melakukan pelayanan persalinan adalah baik. Dan sisanya (29,90%) kurang baik dalam pelayanan persalinan Hal ini disebabkan antara lain : 1) Tempat pemeriksaan persalinan yang dikunjungi ibu masih ada yang ke dukun (6,90%). 2) Masih ada ibu yang ditolong oleh dukun ketika bersalin (6,90%). Hal ini dimungkinkan karena selain jarak tempat tinggal ke tempat pemeriksaan lebih dekat juga biayanya murah dan dukun selalu siap ditempat.

4.3.3. Peran suami dalam pelayanan antenatal

Peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dinyatakan baik bila skor ≥ 6 dan kurang baik bila skor ≤ 5 . Range yang dihasilkan adalah 5 – 6.

Tabel 4.16.
Distribusi peran suami terhadap
praktik ibu dalam pelayanan antenatal

No	Peran suami	Jumlah	%
1	Baik (skor 6)	64	73,60
2	Kurang baik (skor 5)	23	26,40
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.16 diketahui bahwa sebagian besar (73,60%) peran suami terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan antenatal adalah baik. Sedangkan sisanya (26,40%) kurang baik dalam pelayanan antenatal. Hal ini disebabkan antara lain 1) Masih ada suami hanya kadang-kadang menyiapkan uang untuk periksa ibu hamil (56,32%). 2) Masih ada suami hanya kadang-kadang mengantar ibu hamil untuk periksa (60,92%). Hal ini dimungkinkan karena selain jarak rumah tinggal ke tempat periksa cukup dekat juga suami yang sibuk bekerja.

4.3.4. Peran suami dalam pelayanan persalinan.

Peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan dinyatakan baik bila skor ≥ 7 dan kurang baik bila skor ≤ 6 . Range yang dihasilkan adalah 4 - 8.

Tabel 4.17.
Distribusi peran suami terhadap
praktik ibu dalam pelayanan persalinan

No	Peran suami	Jumlah	%
1	Baik (skor ≥ 7)	61	70,10
2	Kurang baik (skor ≤ 6)	26	29,90
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.17 diketahui bahwa sebagian besar (70,10%) peran suami terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan persalinan adalah baik. Dan sisanya

(29,90%) kurang baik dalam pelayanan persalinan. Hal ini disebabkan antara lain : 1) Masih ada suami yang tidak siap mengantar untuk bersalin (25,28%). 2). Masih ada suami yang tidak menyiapkan kendaraan untuk bersalin (24,14%). Hal ini dimungkinkan karena selain suami yang sibuk bekerja juga ibu melahirkan dirumah.

4.3.5. Peran orangtua dalam pelayanan antenatal

Peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal, dinyatakan baik bila skor ≥ 8 dan kurang baik bila skor ≤ 7 . Range yang dihasilkan adalah 4 – 8.

Tabel 4.18
Distribusi peran orangtua terhadap
praktik ibu dalam pelayanan antenatal

No	Peran orangtua	Jumlah	%
1	Baik (skor 8)	66	75,90
2	Kurang baik (skor 4 – 7)	21	24,10
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.18 diketahui bahwa sebagian besar (75,90%) peran orangtua terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan antenatal adalah baik. Sedangkan (24,10%) kurang baik dalam pelayanan antenatal Hal ini disebabkan antara lain : 1). Masih ada orangtua hanya kadang-kadang mengingatkan jadwal untuk periksa ibu hamil (47,12%). 2). Masih ada orangtua hanya kadang-kadang mengantar ibu hamil untuk periksa (45,98%). Hal ini dimungkinkan karena jarak tempat tinggal dengan tempat periksa cukup dekat.

4.3.6. Peran orangtua dalam pelayanan persalinan.

Peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan dinyatakan baik bila skor ≥ 3 dan kurang baik, bila skor ≤ 2 . Range yang dihasilkan adalah 1 - 5.

Tabel 4.19.
Distribusi peran orangtua terhadap
praktik ibu dalam pelayanan persalinan

No	Peran orangtua	Jumlah	%
1	Baik (skor 3 – 5)	63	72,40
2	Kurang baik (skor 1 – 2)	24	27,60
	Jumlah total	87	100,00

Pada Tabel 4.19 diketahui bahwa sebagian besar (72,40%) peran orangtua terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan persalinan adalah baik. Dan (27,60%) kurang baik dalam pelayanan persalinan Hal ini disebabkan antara lain :
Masih ada orangtua yang tidak ikut menentukan dalam mencari pertolongan (56,32%)
2). Masih ada orangtua tidak ikut menentukan tempat dan dimana ibu bersalin (62,06%).. Hal ini dimungkinkan karena dalam penentuan mencari pertolongan untuk melahirkan, sebelumnya dilakukan rembukan keluarga yakni suami, mertua maupun orangtua.

4.4. Analisa Bivariat.

4.4.1. Hubungan peran suami terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal .

Dari tabel berikut terlihat bahwa suami berperan baik terhadap praktik ibu yang melakukan pelayanan antenatal adalah 59 (92,20%) dan 5 (7,80%) tidak melakukan pelayanan antenatal. Kemudian suami berperan kurang baik terhadap praktik ibu yang melakukan pelayanan antenatal adalah 3 (13,04%) dan 20 (86,96%) praktik ibu yang tidak melakukakan pelayanan antenatal. Analisis hubungannya dapat disajikan pada Tabel 4.20.

Tabel 4.2.0
 Hubungan antara peran suami terhadap praktik ibu
 Dalam pelayanan antenatal

No	Peran suami	Praktik ibu dlm pelayanan antenatal				Total	
		Melakukan		Tidak melakukan			
		Juml	%	Juml	%	Juml	%
1	Baik	59	92,20	5	7,80	64	100
2	Kurang baik	3	13,04	20	86,96	23	100
	Jumlah	62	71,30	25	28,70	87	100

P Value = 0,000 Koefisien C = 0,611

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran suami terhadap praktik ibu pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan p value = 0,000. Namun demikian, besar hubungan yang terjadi antara peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi sangat kuat, yang ditunjukkan dengan nilai koefisien contingensi sebesar 0,611

Kondisi tersebut didukung pula dengan hasil diskusi kelompok terarah yang ditunjukkan oleh suami responden mengenai pemeriksaan hamil dengan informasi yang diperoleh sebagai berikut :

Kotak 1

.....isteri saya pernah periksa hamil, alasannya adalah untuk mengetahui perkembangan ibu dan bayinya agar tetap sehat. Dengan mengetahui perkembangannya perasaan isteri dan saya menjadi tenang...

suami responden-3

Demikian pula dengan kajian lain tentang “peran suami dalam menentukan periksa hamil”, yang disampaikan sebagai berikut :

Kotak 2

.....yang menentukan/menganjurkan untuk periksa hamil adalah saya sendiri, hal ini dilakukan bilamana diketahui kondisi isteri berubah seperti terlambat datang bulan, timbul muntah-muntah.....

suami responden-2

Tanggapan lain mengenai peran suami dalam “mengantar periksa ibu hamil”, dituturkan sebagai berikut :

Kotak 3

.....yang mengantar isteri saya ketika hamil adalah saya sendiri, karena ingin tahu perkembangan kesehatan nya.

suami responden-2

4.4.2. Hubungan peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan.

Dari tabel berikut terlihat bahwa suami berperan baik terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan persalinan adalah 56 (90,32%) dan 6 (9,68%) tidak melakukan pelayanan persalinan. Kemudian suami berperan kurang baik terhadap praktik ibu yang melakukan pelayanan persalinan yaitu 6 (24,00%). Dan 19 (76,00%) praktik ibu yang tidak melakukan pelayanan persalinan. Analisis hubungannya dapat disajikan dalam Tabel 4.21.

Tabel 4.21
Hubungan antara peran suami terhadap praktik ibu
Dalam pelayanan persalinan

No	Peran suami	Praktik ibu dlm pelayanan persalinan				Total	
		Melakukan		Tidak melakukan			
		Juml	%	Juml	%	Juml	%
1	Baik	56	90,32	6	9,68	62	100
2	Kurang baik	6	24,00	19	76,00	25	100
	Jumlah	62	71,30	25	28,70	87	100

P Value = 0,000 Koefisien C = 0,553

Uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan p value = 0,000. Dengan besar hubungan yang terjadi kuat (0,553).

Berikut ini ilustrasi hasil diskusi kelompok terarah kepada suami responden yang mendukung dalam menentukan penolong persalinan”, yang disampaikan sebagai berikut :

Kotak 4

.....yang menentukan untuk menolong persalinan isteri saya adalah saya sendiri, ketika mau melahirkan, saya memanggil bu bidan, lalu ke dukun karena waktu hamil yang biasa memeriksa isteri saya adalah bu bidan yang dibantu oleh dukun bayi.

suami responden-3

Kemudian pada tanggapan lain mengenai, peran suami dalam menentukan penolong dan pemilihan tempat persalinan, sebagai berikut ini :

Kotak 5

.....yang menolong persalinan adalah ibu bidan dan tempat melahirkan dirumah, karena waktu itu yang memeriksa kehamilan isteri saya adalah bu bidan yang dikatakannya kemungkinan melahirkannya akan lancar.

suami responden-3

Sementara itu menurut petugas kesehatan (bidan), diperoleh informasi sebagai berikut :

Kotak 6

.....yang menentukan untuk menolong persalinan adalah bu bidan dan dibantu oleh dukun jawa dan tempat melahirkan di rumah, kecuali ada kelainan/keluhan dalam persalinan dapat dirujuk ke RS

Petugas kesehatan (bidan)-1

4.4.3. Hubungan peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal.

Dari tabel berikut terlihat bahwa orangtua berperan baik terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan antenatal adalah 59 (89,40%) dan 7 (10,60%) tidak melakukan pelayanan antenatal. Kemudian orangtua berperan kurang baik terhadap praktik ibu yang melakukan pelayanan antenatal yaitu 3 (14,29%). Dan 18 (85,71%) praktik ibu yang tidak melakukan pelayanan antenatal. Analisis hubungannya dapat disajikan dalam Tabel 4.22.

Tabel 4.22
Hubungan antara peran orangtua terhadap praktik ibu
Dalam pelayanan antenatal

No	Peran Ortu	Praktik ibu dlm pelayanan antenatal				Total	
		Melakukan		Tidak Melakukan			
		Juml	%	Juml	%	Juml	%
1	Baik	59	89,40	7	10,60	66	100
2	Kurang baik	3	14,29	18	85,71	21	100
	Jumlah	62	71,26	25	28,74	87	100

P Value = 0,000

Koefisien C = 0,579

Hasil uji *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan p value = 0,000. Namun demikian, besar hubungan yang terjadi antara peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal

menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi sangat kuat, hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,579.

Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil diskusi kelompok terarah kepada “peran orangtua mengenai pemeriksaan hamil”, yang dituturkan sebagai berikut :

<p>Kotak 7 pernah periksa, supaya kesehatan ibu tetap terjaga. Orangtua responden-1</p>
--

Penuturan lain mengenai peran orangtua dalam menentukan pemeriksaan kehamilan, diperoleh informasi sebagai berikut :

<p>Kotak 8 kalau masih bersama orangtua, tentu orangtua ikut menentukan untuk periksa..... Orangtua responden-2</p>
--

Demikian pula tentang peran orangtua dalam mengantar periksa ibu hamil, diperoleh informasi sebagai berikut :

<p>Kotak 9 yang mengantar ibu ketika hamil adalah saya sendiri, supaya tahu kesehatannya Orangtua responden-3</p>
--

4.4.4. Hubungan peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan persalinan

Dari tabel berikut terlihat bahwa orangtua berperan baik terhadap praktik ibu dalam melakukan pelayanan persalinan adalah 55 (88,70%) dan 7 (11,30%) tidak melakukan pelayanan persalinan. Kemudian orangtua berperan kurang baik terhadap praktik ibu yang melakukan pelayanan persalinan yaitu 7 (28,00%). Dan 18 (72,00%)

praktik ibu yang tidak melakukan pelayanan persalinan. Analisis hubungannya dapat disajikan dalam Tabel 4.23

Tabel 4.23
Hubungan antara peran orangtua terhadap praktik ibu
Dalam pelayanan persalinan.

No	Peran Ortu	Praktik ibu dlm pelayanan persalinan				Total	
		Melakukan		Tidak melakukan			
		Juml	%	Juml	%	Juml	%
1	Baik	55	88,70	7	11,30	62	100
2	Kurang baik	7	28,00	18	72,00	25	100
	Jumlah	62	71,26	25	28,74	87	100

P Value = 0,000

Koefisien C = 0,519

Dari hasil uji *Chi Square* diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan p value = 0,000. Dengan besar hubungan yang terjadi antara peran orangtua terhadap praktik ibu dalam pelayanan persalinan, menunjukkan hubungan yang terjadi kuat (0,519).

Berikut ini ilustrasi hasil diskusi kelompok terarah yang mengkaji tentang peran orangtua dalam menentukan penolong persalinan", yang disampaikan sebagai berikut :

Kotak 10

.....yang menentukan untuk menolong persalinan adalah saya dan suaminya...
orangtua responden-3

Hal ini sesuai dengan penuturan petugas kesehatan (bidan), sebagai berikut :

Kotak 11

.....yang menentukan untuk menolong persalinan adalah orangtua/mertuanya karena lebih berpengalaman.....

Pet.kes (bidan)-2

Kemudian mengenai, peran orangtua dalam menentukan penolong dan tempat persalinan, disampaikan sebagai berikut :

Kotak 12

.....yang menolong persalinan adalah dukun jawa dan bidan desa, tempat melahirkan dirumah, tetapi jika melahirkannya sulit, maka diadakan rembukan keluarga untuk dirujuk ke RS.....

orangtua responden-2

Dengan melihat dari analisa Bivariat, ternyata yang paling kuat hubungan antara peran suami dan peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal adalah peran suami. Hal ini ditunjukkan dengan nilai kontingensi (C) sebesar 0,611 yaitu hubungan antara variabel peran suami dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal adalah sangat kuat. Demikian pula praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan ditunjukkan dengan nilai kontingensi (C) sebesar 0,553 yaitu hubungan yang terjadi antara variabel peran suami dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan adalah kuat.

BAB V

PEMBAHASAN

5.2. Hasil Analisis Bivariat

5.2.1. Hubungan peran suami terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara peran suami terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa peran suami secara statistik mempunyai hubungan dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal. Hasil penelitian ini sependapat dengan Syamsul Arif (2001), yang menyatakan bahwa selama ibu mengandung, diperlukan dukungan dan perhatian serta kerelaan untuk melakukan kerja sama dalam mengurus rumah tangga dari sang suami. Dengan demikian ketenangan dan perlindungan yang diberikan suami akan sangat membantu sang istri untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, baik berupa sesuatu yang mengancam keselamatan fisiknya maupun jiwanya.

5.2.2. Hubungan Peran suami terhadap praktik Ibu hamil dalam pelayanan persalinan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara peran suami dengan praktik ibu dalam pelayanan persalinan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa peran suami secara statistik mempunyai hubungan dengan praktik ibu dalam pelayanan persalinan.

Penelitian ini sesuai dengan pernyataan dari Syamsul Arif (2001), bahwa pasca kelahiran merupakan periode yang berisiko tinggi bagi wanita. Ada tiga tipe problem

kejiwaan (depresi) setelah melahirkan yang sering muncul yaitu perasaan sedih sementara (transitory blues), depresi sedang (moderate depression) dan psikosis pasca kelahiran (postpartum psychosis). Sindrom ini terjadi pada taraf tertentu saat pemulihan kimia darah dan organ-organ reproduksi pada saat hamil dan melahirkan menuju kondisi normal lagi. Oleh karena itu sudah selayaknya suami peduli dan bertanggung jawab secara penuh. Suami harus mengerti akan kondisi fisik dan perasaan sang istri. Sudah sewajarnya dalam kondisi yang sangat lemah seorang istri mendapatkan perhatian yang lebih dari biasanya.

Menurut hasil penelitian Rini Susilowati (2000) bahwa dalam penentuan penolong persalinan dan tempat bersalin ada yang turut campur, dari pihak keluarga yaitu orangtua dan mertua, dan pada saat menghadapi masalah medis persalinan masih diperlukan musyawarah keluarga untuk merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

5.2.3. Hubungan Peran orangtua terhadap praktik Ibu hamil dalam pelayanan antenatal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa peran orangtua secara statistik mempunyai hubungan dengan praktik ibu dalam pelayanan antenatal.

Penelitian ini didukung dari hasil studi kasus di Jawa Tengah (1985) bahwa ciri-ciri ibu yang mati karena kehamilan, persalinan dan nifas antara lain kurang disayang suami / mertua / keluarga.

5.2.4. Hubungan peran orangtua terhadap praktik ibu hamil dalam pelayanan persalinan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan persalinan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa peran orangtua secara statistik mempunyai hubungan dengan praktik ibu dalam pelayanan persalinan

Penelitian ini didukung dari hasil penelitian Rini Susilowati(2000) bahwa dalam penentuan penolong persalinan dan tempat bersalin ada yang turut campur dari pihak keluarga yaitu orangtua dan mertua, dan pada saat menghadapi masalah medis persalinan masih diperlukan musyawarah keluarga untuk merujuk ibu bersalin ke rumah sakit.

Untuk mengetahui variable yang paling berhubungan dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal maupun persalinan maka beberapa variable diuji secara bersama-sama.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah peran suami dan peran orangtua yang akan diuji apakah ada hubungannya dengan variabel dependen praktik responden.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan keluarga (suami, orangtua) yang paling erat dengan praktik responden dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

Berdasarkan hasil uji *chi square* terhadap seluruh variabel independen Untuk menentukan variabel yang paling erat hubungannya dengan praktik responden,

diketahui ternyata variabel suami, yang paling erat berhubungan dengan praktik ibu hamil dalam pelayanan antenatal maupun persalinan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Mantan Menteri Pemberdayaan Perempuan Khofifah Indar Parawansa, dalam seminarnya tentang kematian ibu dan bayi di Pematang (Jateng) 1999, disebutkan bahwa tingginya angka kematian ibu hamil di Indonesia karena kurangnya perhatian suami. Padahal seharusnya suami yang memiliki isteri hamil harus selalu siap, antar dan jaga (siaga). Menurutnyanya bisa saja terjadi pendarahan pada saat persalinan sampai mengakibatkan kematian. Ini akibat faktor demografis, wilayahnya kurang bisa dijangkau dan aparat medis tidak ada. Tetapi faktor yang sangat penting pada saat kritis, suami harus ada di tempat. Kalau tidak ada, isteri yang sedang mengalami masalah tidak berani mengambil keputusan sendiri. Memang proses berproduksinya dilakukan sama-sama. Tetapi ketika ada implikasi dari proses itu, harus ditanggung bersama.

Pesan peran suami yang dinyatakan Depkes RI (.2000), adalah 1) Mempergunakan salah satu cara / alat kontrasepsi sebagai peserta Keluarga Berencana, 2) Memperhatikan dan menjaga kesehatan ibu dan anak. 3) Berperan dalam upaya pencegahan kematian ibu hamil dan ibu melahirkan. 4) Berperan sebagai Suami "SIAGA" (Siap Antar Jaga) yang dijabarkan dalam : Siap adalah (menentukan siapa yang melakukan pemeriksaan kehamilan dan dimana akan dilakukan, menentukan siapa yang akan melakukan pertolongan persalinan dan dimana), Antar adalah (mengantar istri ketempat pemeriksaan kehamilan / tempat persalinan), dan Jaga adalah (penuh perhatian terhadap perkembangan kehamilan.) Sedangkan peran orangtua adalah 1) menganjurkan ibu hamil memeriksakan kehamilan secara teratur ke

bidan di desa / Puskesmas. 2) Menganjurkan ibu hamil untuk merencanakan pertolongan persalinan pada petugas kesehatan. 3) Menganjurkan seluruh anggota keluarga untuk makan makanan bergizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat. 4) Menganjurkan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk pertolongan pengobatan.

BAB VI
KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan.

Berdasarkan hasil penelitian , maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- 6.1.1. 71,30% responden melakukan praktik pelayanan antenatal, sedangkan praktik responden yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Responden memeriksakan kehamilan kurang dari 4 kali yakni trimester I : 1 kali (62,07%), trimester II : 1 kali (41,38%), trimester III : 1 kali (6,90%).
 - b. Responden memeriksakan kehamilan belum sesuai standar 5 T.
- 6.1.2. 70,10% responden melakukan praktik pelayanan persalinan, sedangkan praktik responden yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Tempat pemeriksaan responden menjelang bersalin yang sering dikunjungi adalah dukun (6,90%)
 - b. Responden saat akan melahirkan ditolong oleh dukun (6,90%)
- 6.1.3. 73,60% peran suami baik dalam pelayanan antenatal, sedangkan peran suami yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Suami hanya kadang-kadang menyiapkan uang untuk responden periksa hamil (56,32%)
 - b. Suami hanya kadang-kadang mengantar responden periksa hamil (60,92%)

- 6.1.4. 70,10% peran suami baik dalam pelayanan persalinan, sedangkan peran suami yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Suami tidak menyiapkan kendaraan untuk bersalin (25,28%).
 - b. Suami tidak siap mengantar untuk periksa responden menjelang bersalin. (24,14%)
- 6.1.5. 75,90% peran orangtua baik dalam pelayanan antenatal, sedangkan peran orangtua yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Orangtua hanya kadang-kadang mengingatkan jadwal responden untuk periksa hamil. (47,12%)
 - b. Orangtua hanya kadang-kadang bersedia mengantar responden untuk periksa hamil (45,98%)
- 6.1.6. 72,40% peran orangtua baik dalam pelayanan persalinan, sedangkan peran orangtua yang kurang baik disebabkan karena :
- a. Orangtua tidak ikut menentukan dalam mencari pertolongan persalinan (56,32%)
 - b. Orangtua tidak ikut menentukan tempat dan dimana responden akan bersalin (62,06%)
- 6.1.7. Peran suami dengan praktik ibu dalam pelayanan ANC dan persalinan mempunyai hubungan yang signifikan.
- 6.1.8. Peran orangtua dengan praktik ibu dalam pelayanan ANC dan persalinan mempunyai hubungan yang signifikan.
- 6.1.8. Peran suami yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik ibu dalam pelayanan antenatal dan persalinan.

6.2. Saran

Dari kesimpulan tersebut diatas, beberapa saran yang dapat diajukan penulis adalah :

6.2.1. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten

Membuat kebijakan program mengenai pendampingan dukun dengan bidan. Hal ini dikarenakan masih adanya pemeriksaan maupun penolong persalinan yang dilakukan oleh dukun bersalin sehingga diharapkan kasus kematian ibu dapat diperkecil.

6.2.2. Kepada Puskesmas :

6.2.2.1. Dengan memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu hamil mengenai pelayanan kebidanan khususnya frekuensi pemeriksaan kehamilan sesuai standar 5 T secara berkala oleh bidan melalui wadah kelompok pengajian / arisan supaya pengetahuan responden meningkat.

6.2.2.2. Dengan mensosialisasikan program “suami SIAGA” ataupun “orangtua SIAGA” melalui selebaran poster, leaflet maupun pamflet oleh bidan maupun kader agar suami, orangtua dapat berperan untuk “SIAGA” (Siap, Antar, Jaga).

6.2.2.3. Mengadakan kunjungan bidan desa kepada dukun secara berkala. Hal ini dilakukan selain untuk mempererat tali asih juga sebagai mitra kerja dalam menangani masalah pelayanan kebidanan utamanya yang berkaitan dengan pemeriksaan kehamilan maupun pertolongan persalinan

DAFTAR PUSTAKA

- Adi Utarini, 1995, "Mengapa wanita tidak memilih di Rumah Sakit " Berita Kedokteran Masyarakat XI (2), Jurusan IKM FK / Puslit Studi Wanita UGM, Yogyakarta.
- Azwar, Azrul, 1983. *Pengantar pendidikan kesehatan*.h.33-34
- Azwar, Azrul, 2001, *Kebijaksanaan dalam kesehatan reproduksi*, Majalah Kesehatan Perkotaan, Tahun VIII, No.1 UNIKA Atmajaya, Jakarta.
- Ancok, Djamaluddin, 1997, *Teknik Penyusunan Skala Pengukuran*, Penerbit Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 30 h.
- Arif, Syamsul, 2002, *Kesehatan Reproduksi Wanita, Siapa Peduli ?* Majalah Suara Hidayatullah
- Budi Utomo, 1997,, "Kematian maternal dan berbagai faktor terkait di Indonesia", Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XXV No.1 FKM dan Puslit UI
- Busina Gultom, 1998, *Meningkatkan pelayanan obstetri dalam upaya Menurunkan angka kematian maternal dan perinatal di Indonesia*, Majalah Kedokteran FK-UKI Nomor 37, Tahun XVI
- Bart Smet, 1994, *Psikologi Kesehatan*, Penerbit PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, 343 h.
- , 1989, *Peranan pegawai negeri dalam pembangunan kesehatan*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Peran Serta Masyarakat, Jakarta.
- , 1991, "Bila ibu ingin sehat" Pedoman sehat seri ibu, Jakarta.
- , 1991, *Pedoman pelayanan antenatal di wilayah kerja Puskesmas*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- , 1995, *Pedoman pelayanan antenatal di tingkat pelayanan dasar*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- , 1995, *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat, Kesehatan Ibu & Anak (PWS KIA)*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta.

- ,1998, *Pedoman pelaksanaan*“Peringatan Hari Kesehatan sedunia ke 50” 7 April, Panitia Pusat Peringatan HKS ke 50.
- ,1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010* Departemen Kesehatan R.I, Jakarta.
- ,1999, *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*, Departemen Kesehatan R.I, Jakarta.
- ,2000, “Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah”
-,2000, *Paket KIE untuk pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak*, Kerjasama Pemerintah RI dengan UNICEF, Jakarta.
- F.A. Moeloek,1988, “*Beberapa data kematian maternal*” Kumpulan materi Simposium Nasional Kesejahteraan Ibu II, Jakarta, POGI, h.19,20.
- Green, Lawrence, W, 1991, *Health promotion planning an educational and Environmental approach*, Institute of Health Promotion Research, University of Texas Health Science Center at Houston.
- Hendrosampurno. E, 1998, “Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan Pelayanan kesehatan oleh ibu hamil dan ibu menyusui di Polindes” Tesis, Tidak diterbitkan, Program Pasca Sarjana, UGM, Yogyakarta.
- Istiarti, T, 2000, “*Menanti buah hati*” kaitan antara kemiskinan dan Kesehatan, Penerbit media pressindo, Yogyakarta, 2000.
- 1998, “*Pedoman Gerakan Sayang Ibu*”, Kantor Menteri Negara UPW dan UNFPA, Jakarta.
- 1999, “ *Bunga Rampai Gerakan Sayang Ibu di Kabupaten Uji Coba*”, Kantor Menteri Negara UPW, Jakarta.
- Lemeshow, S, Hosmer Jr., D.W., Klar, J., and Lawanga, S.K., 1997 *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, 1997, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S, dkk, 1989, *Pendidikan Kesehatan Masyarakat*, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 1993, *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S, 1997, *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip dasar*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.

UPT-PUSTAKA UNDIIP

- Notoatmodjo,S, 2002, *Metodologi penelitian kesehatan*, (Edisi revisi), PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugraheni,S.A, dkk. 1997, "*Penelitian Pengetahuan, Sikap dan Praktek Ibu hamil Hubungannya dengan anemia*", Laboratorium Penelitian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universtas Gajah Mada, Yogya.
- Rakhmathadi S,1999, "*Beragam teknologi pilihan mengurangi AKI dan Anak*" Majalah Opini, Kantor Menteri Negara Kependudukan dan KB, Nomor 2, Jakarta.
- Rhodiyah,dkk,1999, "*Peran suami dan anggota keluarga lain dalam keputusan Perujukan persalinan di Rumah Sakit*" Puslit Kesehatan, Lemlit, UNDIP, Semarang.
- Royston, E, dkk, 1994, *Preventing Maternal Deaths*, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta.
- S.W. Sudrajad, 1987, *Statistika Non Parametrik, Suatu tafsiran dari Non Parametric Statistic for Behavioral Sciences*, Amrico, Bandung.
- Susilowati, R. 2001, "*Pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong Persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke Rumah Sakit pada kasus-kasus kematian ibu bersalin*", Tesis, Tidak diterbitkan, Program Pasca Sarjana, UNDIP, Semarang.
- S. Djaja, dkk,1996, "*Faktor determinan yang mempengaruhi pilihan penlong persalinan*", *Analisa SDKI 1994*", Bulletin Penelitian Kesehatan, Volume 24, Nomor 283, Badan Litbangkes, Depkes.R.I, Jakarta.
- Soekamto,1991, "*Hubungan kehamilan risiko dengan keadaan bayi yang dilahirkan*" Majalah Kedokteran Diponegoro, Vol.26, No. 2. H.55-64
- Sumanto,2002, "*Pembahasan terpadu statistika & Metodologi riset*", Buku 2, Andi, Yogyakarta.
- Sugiyono, DR,1999,"*Statistika untuk penelitian*" Penerbit CV. Alfabeta, Cetakan kedua, 1999, Bandung.
- TMA. Chalik,1991 "*Risiko kehamilan dan persalinan anak pertama pada Remaja dan dewasa muda*" Majalah Obstetri Ginekologi Indonesia, Vol.17, Nomor 3 , h.183-192, POGI.
- Udai Pareek,1984, *Perilaku Organisasi*, PT. Pustaka Binaman Pressindo.
- , 1998, "*Modul safe moherhood*" WHO.