

KESEHATAN IBU DAN ANAK PADA AKSES LAYANAN TERBATAS

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes.
Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp.OG(K), M.A.R.S.
Nurgahayu, S.K.M., M.M.



**Kesehatan Ibu dan Anak
pada Akses Layanan Terbatas**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kesehatan Ibu dan Anak pada Akses Layanan Terbatas

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes.

Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp.OG(K)., M.A.R.S.

Nurgahayu, S.K.M., M.M.



KESEHATAN IBU DAN ANAK PADA AKSES LAYANAN TERBATAS

Nurmiati Muchlis, Nasrudin Andi Mappaware & Nurgahayu

Desain Cover :
Dwi Novidiantoko

Sumber :
www.shutterstock.com

Tata Letak :
Titis Yuliyanti

Proofreader :
Avinda Yuda Wati

Ukuran :
viii, 107 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :
978-623-02-2538-3

Cetakan Pertama :
Maret 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa, dosen dan praktisi di bidang kesehatan dan bidang ilmu lain yang terkait. Buku ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber referensi dalam ilmu Kesehatan, khususnya tentang kajian kesehatan ibu dan anak pada wilayah dengan akses layanan terbatas. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi sehingga buku ini dapat tersusun seperti saat ini. Penulis juga tidak lupa untuk mengucapkan terima kasih kepada RISTEK-BRIN sebagai penyedia hibah penelitian. Hasil riset yang dihasilkan dari bantuan hibah penelitian menjadi salah satu bahan penyusunan buku ini. Buku ini tentunya masih jauh dari kesempurnaan, kritik yang membangun sangat diharapkan dalam penyempurnaan buku ini. Semoga informasi dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Makassar, Desember 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I Kesehatan Ibu dan Anak.....	1
A. Pengertian Program KIA.....	1
B. Tujuan Program KIA.....	2
C. Prinsip Pengelolaan Program KIA	2
D. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	3
BAB II Akses Layanan Terbatas	4
BAB III Potensi Masalah Kesehatan Ibu dan Anak pada Wilayah dengan Akses Terbatas	8
Isu Publik	9
BAB IV Kebijakan pada Wilayah dengan Akses Layanan Terbatas.....	14
A. Isu kebijakan	15
B. Opsi Kebijakan.....	17
BAB V Strategi Upaya Peningkatan KIA pada Akses Layanan Terbatas	19
A. Kondisi Pelayanan Kesehatan	19
B. Upaya yang Perlu di Lakukan	20

BAB VI Hasil Penelitian Alasan Pemilihan Penolong Persalinan oleh Ibu Bersalin di Pulau Papandangan Kel. Mattiroujung Kec. Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep Tahun 2018.....	24
A. Penolong Persalinan.....	25
B. Persalinan.....	26
C. Ibu Bersalin.....	27
D. Variabel Penelitian.....	29
E. Hasil Penelitian	34
F. Pembahasan Penelitian	39
 BAB VII Hasil Penelitian untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan <i>Sectio Caesarea</i> di Rumah Sakit Ibu dan Anak ST Khadijah I Kota Makassar Tahun 2016.....	 47
A. <i>Sectio Caesarea</i>	49
B. Rumah Sakit Ibu dan Anak.....	51
C. Variabel Penelitian.....	54
D. Hasil Penelitian	60
E. Pembahasan Penelitian	65
 BAB VIII Hasil Penelitian Faktor yang Berhubungan dengan Akseptor dalam Memilih Jenis Kontrasepsi dan Efek Samping yang Dirasakan Akseptor di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar Tahun 2019	 75
A. Kontrasepsi	75
B. Variabel Penelitian.....	80
C. Hasil Penelitian	84
D. Pembahasan Penelitian	90
 DAFTAR PUSTAKA.....	102
BIODATA PENULIS.....	106

BAB I

Kesehatan Ibu dan Anak

A. Pengertian Program KIA

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah program untuk mengurangi AKI dan AKB. Program tersebut antara lain *Safe Motherhood*. Program ini di Indonesia dituangkan dalam bentuk program Keluarga Berencana (KB), pelayanan pemeriksaan dan perawatan kehamilan, persalinan sehat dan aman, serta pelayanan obstetri esensial di pusat layanan kesehatan masyarakat (Zahtamal, 2011).

Pengertian keluarga berarti *nuclear family* yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah dan ibu dalam melaksanakan tanggung jawab sebagai orang tua dan mampu memenuhi tugas sebagai pendidik. Oleh sebab itu keluarga mempunyai peranan yang besar dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap kritisnya, dan yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Peran seorang ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi sehingga dewasa, karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya (Asfryati, 2013).

Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung jawabnya atau menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

B. Tujuan Program KIA

Tujuan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta dapat meningkatkan derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya. Sedangkan tujuan khusus program KIA adalah:

1. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, perkumpulan 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, perkumpulan 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
4. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya

C. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta kualitas pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok, sebagai berikut:

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan kualitas yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik dari tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan kualitas yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya

D. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

1. Kesehatan Maternal/Ibu
2. Kesehatan Perinatal dan Neonatal
3. Kesehatan Bayi dan Anak
4. Kesehatan Reproduksi:
 - a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
 - b. Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
 - c. Pemantauan tumbuh kembang balita.
 - d. Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT 3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
 - e. Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
 - f. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
 - g. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari).
 - h. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan.

BAB II

Akses Layanan Terbatas

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”* Namun, pemerataan upaya kesehatan di Indonesia belum dapat dilaksanakan secara optimal karena kendala geografis dan sosial, yaitu mereka yang tinggal di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

Di satu sisi, sebagai negara kepulauan dengan wilayah yang luas masih ditemukan keterbatasan sarana prasarana pelayanan kesehatan khususnya di DTPK sehingga akses masyarakat ke sarana pelayanan kesehatan rendah. Di sisi lain, kurangnya minat tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di wilayah DTPK turut menyumbang status kesehatan masyarakat yang tergolong rendah. Akses ke pelayanan kesehatan dilihat dari jarak dan waktu tempuh serta biaya yang dikeluarkan untuk mencapai pelayanan kesehatan (Sartika, 2010). Tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan yang rendah di pedesaan selain karena jaraknya yang jauh juga berkaitan dengan kunjungan petugas kesehatan ke rumah masyarakat.

Permasalahan ketidakmerataan upaya kesehatan ini juga disebabkan permasalahan sosial yaitu tingkat kemiskinan masyarakat setempat sehingga tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan.

Terkait hal tersebut, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan kesehatan di DTPK yang merupakan bagian tak terpisahkan dari kebijakan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat. Beberapa program khusus yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dalam mendukung pelayanan kesehatan di DTPK, antara lain: a. pendayagunaan tenaga kesehatan berupa peningkatan ketersediaan,

pemerataan, dan kualitas SDM; b. peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di DTPK misal: rumah sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, pelayanan perairan; c. dukungan pembiayaan kesehatan seperti Jamkesmas, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Dana Alokasi Khusus (DAK), Jampersal, dan bantuan sosial; d. dukungan peningkatan akses pelayanan berupa pengadaan perbekalan, obat dan alat kesehatan; e. pemberdayaan masyarakat di DTPK melalui kegiatan Posyandu, Desa Siaga, Tanaman Obat Keluarga serta kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); f. Kerja sama antar-Kementerian Kesehatan dengan kementerian lainnya; g. dan berbagai program lainnya.

Beberapa tahun terakhir, pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia mengalami banyak kemajuan, tetapi perbaikan yang terjadi tidak merata. Di banyak provinsi dan kabupaten, perbaikan pelayanan kesehatan dasar masih terlihat lamban dan sangat bervariasi antardaerah satu dengan yang lain (BPS, 2020). Hal ini antara lain terjadi akibat distribusi tenaga dan sarana kesehatan lain yang tidak merata terutama antara daerah perkotaan dan pedesaan. Hal tersebut pada gilirannya akan berdampak pada perbedaan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Di sisi lain, kondisi kemiskinan yang meluas, status gizi yang buruk, kondisi geografi yang terisolasi, air bersih yang sulit, dan kebersihan lingkungan yang tidak terpelihara juga turut berperan. Semua keadaan tersebut bersenyawa dengan kondisi social ekonomi di Indonesia dan pada akhirnya berkontribusi meningkatkan angka kesakitan dan kematian terutama bayi dan ibu di berbagai provinsi. Untuk menjembatani kesenjangan mutu pelayanan kesehatan tersebut diperlukan informasi/data yang memadai dan terkini, yang diperlukan sebagai dasar penyusunan program dan perencanaan pembangunan kesehatan di daerah perkotaan dan pedesaan terutama daerah terpencil. Dengan data dan informasi tersebut, upaya perbaikan dapat dilakukan melalui pengembangan sistem kesehatan masyarakat pada tingkat kabupaten dan kecamatan (BPS, 2007). Untuk itu, diperlukan suatu survei yang mampu mengungkapkan kesenjangan pelayanan kesehatan di daerah perkotaan dan pedesaan terutama di daerah terpencil.

Pembangunan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang harus di berikan kepada masyarakat di Indonesia belum maksimal (Zahtamal, 2011). Di mana perbedaan status social ekonomi akan berdampak pada akses masyarakat ke layanan kesehatan bermutu. Kemampuan suatu rumah tangga untuk mengakses pelayanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan serta kemampuan ekonomi untuk membayar biaya pelayanan (Sartika, 2010). Masyarakat di pedesaan memiliki akses ke pelayanan kesehatan lebih rendah karena terbatasnya fasilitas kesehatan, rendahnya pengetahuan kesehatan, dan pendapatan yang rendah. Hal senada juga dinyatakan oleh Schur dan Franco, bahwa masalah kesehatan pada masyarakat di pedesaan berkaitan dengan pendapatan yang rendah, pemanfaatan fasilitas kesehatan yang rendah, dan kepemilikan asuransi kesehatan yang tidak memadai.

Masyarakat pesisir atau pedesaan merupakan wilayah yang tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan secara maksimal, karena berada di wilayah terbatas. Masyarakat pesisir adalah sekelompok warga yang tinggal di wilayah pesisir yang hidup bersama dan memenuhi kebutuhan hidupnya dari sumber daya di wilayah pesisir. Demikian pula jenis mata pencaharian yang memanfaatkan sumber daya alam atau jasa-jasa lingkungan yang ada di wilayah pesisir seperti nelayan, petani ikan, dan pemilik atau pekerja industri maritim. Masyarakat pesisir yang di dominasi oleh usaha perikanan pada umumnya masih berada pada garis kemiskinan, mereka tidak mempunyai pilihan mata pencaharian, memiliki tingkat pendidikan yang rendah, tidak mengetahui dan menyadari kelestarian sumber daya alam dan lingkungan (Lewaherilla, 2002).

Kondisi lingkungan pada masyarakat pesisir terkadang menjadi penyebab utama akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi sulit sehingga derajat kesehatan masyarakat di wilayah pesisir cukup rendah. Banyak faktor yang menjadi indikator dalam pengukuran derajat kesehatan masyarakat.

Derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari berbagai indikator, yang meliputi indikator angka harapan hidup, angka kematian, angka kesakitan, status gizi masyarakat sehingga banyak program-program kesehatan yang dilakukan pemerintah terutama pada penduduk usia rentan, seperti Program *Safe Motherhood Initiative*, Program Kesehatan Ibu dan

Anak (KIA), program *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE), dan program Pemberantasan Penyakit Menular.

Masyarakat pesisir memiliki risiko kesehatan yang tinggi sehingga perlu diberikan perhatian khusus dalam upaya pembangunan kesehatan. Saat ini kondisi pelayanan kesehatan masyarakat khususnya yang berada di pulau-pulau kecil khususnya yang berada di Indonesia Timur sangat memprihatinkan.

BAB III

Potensi Masalah Kesehatan Ibu dan Anak pada Wilayah dengan Akses Terbatas

Dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Puskesmas Terpencil dan sangat Terpencil di DTPK, dikemukakan bahwa dengan keterbatasan tenaga di DTPK, maka upaya pelayanan wajib yang ditetapkan yaitu: 1) Promosi kesehatan; 2) Kesehatan lingkungan; 3) Kesehatan Ibu dan Anak serta KB; 4) Perbaikan gizi masyarakat; 5) Pencegahan penyakit; 6) Pengobatan, kesiapsiagaan dan kegawatdaruratan. Terdapat tiga kelompok sasaran yaitu bayi, balita dan ibu hamil/nifas/menyusui.

Masalah atau isu publik yang timbul adalah daerah perbatasan merupakan etalase negara, di samping itu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem. Oleh karena itu peran infrastruktur menjadi salah satu komponen fisik yang penting bagi wilayah perbatasan karena pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan. Isu publik yang lain yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya masih rendah karena persebarannya kurang merata, terpusat di kota-kota besar.

Masalah atau isu publik yang timbul adalah daerah perbatasan merupakan etalase negara, di samping itu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem. Oleh karena itu peran infrastruktur menjadi salah satu komponen fisik yang penting bagi wilayah perbatasan karena pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan. Isu publik yang lain yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya masih rendah karena persebarannya kurang merata, terpusat di kota-kota besar.

Isu Publik

1. Pelayanan kesehatan primer di daerah perbatasan masih rendah

Puskesmas sebagai pemberi pelayanan primer yang menjadi andalan utama pelayanan bagi masyarakat, belum mampu memberikan pelayanan bagi daerah terpencil perbatasan dan kepulauan khususnya di daerah perbatasan. Wilayah kerja puskesmas cukup luas, secara geografis sebagian sulit dijangkau, jumlah penduduk sedikit, tersebar dalam kelompok-kelompok kecil yang saling berjauhan.

2. Sarana transportasi sangat terbatas dengan biaya mahal baik darat, sungai, laut maupun udara

Salah satu penyebabnya adalah karena kondisi geografi yang sulit serta iklim/cuaca yang sering berubah Status kesehatan masyarakat dan cakupan pelayanan kesehatan di daerah terpencil perbatasan masih rendah. Masyarakat secara umum belum mempunyai pengetahuan dan perilaku hidup sehat dan kondisi lingkungan yang kurang baik. Penggunaan puskesmas di daerah terpencil perbatasan antara lain dipengaruhi oleh keterjangkauan (akses) pelayanan.

3. Akses terhadap pelayanan masih rendah

Akses pelayanan tidak hanya disebabkan masalah jarak, tetapi terdapat dua faktor penentu (determinan) yaitu determinan penyediaan merupakan faktor-faktor pelayanan dan determinan permintaan merupakan faktor-faktor pengguna (Timyan Yudith, *et al.*, 1997). Determinan penyediaan terdiri atas organisasi pelayanan dan infrastruktur fisik, tempat pelayanan, ketersediaan, pemanfaatan dan distribusi petugas, biaya pelayanan serta mutu pelayanan. Sedangkan determinan permintaan yang merupakan faktor pengguna meliputi rendahnya pendidikan dan kondisi sosial budaya masyarakat serta tingkat pendapatan masyarakat yang rendah atau miskin. Kebutuhan primer agar memperoleh akses pelayanan yang efektif: adalah tersedianya fasilitas dan petugas, jarak dan finansial terjangkau serta masalah social budaya yang dapat diterima oleh pengguna.

4. Status dokter PNS dan PTT menjadi masalah terkait dengan *reward*

Dokter PNS sebagai kepala puskesmas yang mempunyai tugas dan tanggung jawab yang lebih besar tetapi memperoleh *reward* yang lebih sedikit dibanding dengan dokter PTT dengan tanggung jawab serta pengalaman yang lebih sedikit. Keberlangsungan dokter PTT yang sering berganti akan memengaruhi manajemen puskesmas. Dokter PTT dengan masa kontrak selama 1 tahun ternyata terlalu singkat untuk bisa mengelola puskesmas dengan baik karena dengan kurun waktu tersebut belum menguasai program puskesmas. Di samping itu dokter perlu adaptasi terhadap lingkungan serta dibutuhkan waktu agar masyarakat bisa mengenalnya.

5. Jumlah perawat dan bidan cukup bila dilihat dari kebutuhan wilayah terutama untuk pelayanan pengobatan di dalam gedung, tetapi sifatnya hanya menunggu kedatangan pasien

Rendahnya kunjungan pasien ke puskesmas membuktikan bahwa puskesmas induk sulit dijangkau oleh masyarakat hal ini terkait dengan letak geografis, kurangnya sarana transportasi serta rendahnya kemampuan masyarakat untuk membayar biaya transportasi. Masyarakat mengharapkan tenaga kesehatan puskesmas melakukan pelayanan pengobatan di rumah atau di tempat yang dekat dengan tempat tinggal mereka.

Oleh karena itu masyarakat cenderung untuk memanggil tenaga kesehatan ke rumah dengan pertimbangan biaya yang sama bila mereka harus mendatangi ke puskesmas serta dipermudah dengan adanya telepon seluler. Keadaan ini menunjukkan tingginya waktu yang tidak efektif digunakan oleh perawat dan bidan dalam melaksanakan tugasnya di puskesmas.

6. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di puskesmas belum mampu menyelesaikan seluruh upaya kesehatan wajib yang dilaksanakan di puskesmas terutama pelayanan di luar gedung

Hal tersebut disebabkan karena luas wilayah puskesmas dan kesulitan untuk menjangkau sasaran. Oleh karena itu beberapa kegiatan dikurangi jumlah kunjungannya yang seharusnya sebulan sekali menjadi 3

bulan sekali terutama untuk desa yang sulit. Sebagai akibatnya cakupan pelayanan di luar gedung menjadi lebih rendah dibanding dengan desa yang lebih mudah dijangkau. Sebagai contoh gizi buruk di wilayah Puskesmas Sajingan, hal ini kemungkinan disebabkan kurangnya pelaksanaan upaya perbaikan gizi masyarakat yang merupakan upaya kesehatan wajib seperti tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 128/MENKES/SK/II/2004 (Depkes RI, 2004).

7. Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas di wilayah terpencil dan perbatasan perlu mempertimbangkan situasi dan kondisi puskesmas setempat

Perencanaan kebutuhan tenaga di puskesmas seharusnya dilakukan dengan analisis tingkat makro pengaruh jangka panjang beragam strategi pelatihan dan perekrutan pegawai. Selanjutnya juga dilakukan analisis mikro mengenai profil kegiatan tenaga kesehatan. Dengan analisis makro akan diketahui jumlah personil untuk direncanakan sedangkan analisis mikro akan menentukan jenis tenaga kesehatan yang seharusnya direkrut. Menurut Rienke, Wiliam A, 1994 tentang analisis personil, disebutkan bahwa penyebaran tenaga dimulai dengan penilaian kebutuhan pelayanan setempat setelah melalui analisis fungsional.

Pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) di daerah terpencil bukan merupakan prioritas. Mengingat *reward* berupa insentif finansial untuk daerah terpencil sudah tidak ada lagi maka akan menyulitkan dalam merekrut Pegawai Negeri Sipil (PNS) agar mau menetap di daerah terpencil. Sumber daya puskesmas khususnya di daerah terpencil perbatasan masih perlu dibenahi terutama tentang keseimbangan masa kerja, beban kerja dan *reward* bagi tenaga kesehatan PNS dan PTT.

8. Perolehan obat pada umumnya tidak sesuai dengan permintaan

Banyak keluhan petugas kesehatan tentang ketidaksesuaian antara jenis dan jumlah obat dengan kasus penyakit yang ditangani merupakan hal yang perlu diperhatikan. Seharusnya di dalam pemenuhan kebutuhan obat perlu disesuaikan dengan epidemiologi yang ada di wilayah puskesmas (Baker, TD, William A. Reinke, 1994). Epidemiologi penyakit sangat penting dalam menetapkan prioritas dan populasi yang menjadi

sasaran. Dengan mempelajari penyebaran penyakit yang ada di wilayah puskesmas dapat dipakai untuk menentukan titik fokus pelayanan yang terkait dengan jenis dan jumlah obat serta jenis peralatan kesehatan.

9. Peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas kurang mencukupi

Kurangnya peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas sering mengecewakan masyarakat yang harus menempuh perjalanan yang jauh dan sulit. Keadaan ini semakin menguatkan minat masyarakat untuk tidak berobat ke puskesmas. Ketersediaan alat kesehatan, bahan habis pakai, obat perlu ditambah disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing puskesmas. Alat komunikasi dan transportasi harus dipenuhi untuk mengefektifkan keterjangkauan puskesmas ke masyarakat. Oleh karena itu perlu kelengkapan alat kesehatan dan bahan habis pakai yang menunjang pelayanan kesehatan khususnya untuk kasus penyakit yang banyak terjadi di puskesmas. Kekurangan peralatan ini dipenuhi dengan dibeli sendiri oleh bidan desa. Mengingat puskesmas dan jaringannya (pustu, polindes) adalah sasaran pertama untuk menangani kasus darurat maka penyediaan peralatan gawat darurat perlu tersedia di semua jaringan puskesmas dan perlu pemberian keterampilan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab di fasilitas kesehatan tersebut.

10. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya

Bila dilihat dari determinan penyediaan, persoalan penting di daerah terpencil perbatasan adalah masalah transportasi di samping masalah sumber daya puskesmas. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan alat transportasi direncanakan dengan baik. Estimasi mengenai kebutuhan alat transportasi tergantung kepada beberapa faktor antara lain kondisi wilayah, jumlah dan penyebaran sasaran pelayanan serta jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan (Baker, TD, William A. Reinke, 1994). Berkaitan dengan hal tersebut di atas pihak Kementerian Kesehatan perlu memberikan perhatian khusus kepada daerah-daerah terpencil perbatasan dengan memperhatikan kondisi wilayah, jumlah, penyebaran sasaran pelayanan serta jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan.

Bila dilihat dari determinan permintaan yaitu dari faktor pengguna, kendala yang ada adalah jarak tempat tinggal pengguna dari tempat pelayanan, sulitnya akses menuju tempat pelayanan kesehatan, kekurangan dana untuk biaya transportasi serta kekurangan dana untuk biaya pengobatan karena keadaan ekonomi masyarakat. Diperlukan perhatian khusus dari Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan pemerintah daerah untuk mengatasi masalah tersebut. Menurut Adi Utarini (2011), Pelayanan kesehatan yang benar-benar bermutu di Indonesia saat ini harus diakui hanya dapat diperoleh oleh masyarakat yang memiliki akses ke sarana pelayanan kesehatan bermutu, yaitu akses geografis (hanya di kota-kota besar yang memiliki sarana dan klinis yang lengkap dan kompeten), akses pembiayaan (hanya kalangan menengah atas yang dapat membayar *out-of-pocket* yang dapat mendapatkan pelayanan bermutu), akses hubungan baik (hanya sejawat dokter atau keluarga dokter yang mendapatkan pelayanan “seperti keluarga sendiri”) atau akses informasi (hanya orang-orang tertentu yang dapat memperoleh informasi mutu sarana pelayanan kesehatan tertentu) dan berbagai akses khusus lainnya.

BAB IV

Kebijakan pada Wilayah dengan Akses Layanan Terbatas

Salah satu fokus prioritas pembangunan pemerintah adalah upaya percepatan dan/atau perlakuan khusus antara lain untuk pembangunan kesehatan Daerah Terpencil Perbatasan (DTP), terutama diarahkan pada wilayah Indonesia bagian timur. Hal ini tertuang secara eksplisit dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 331/MENKES/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2005–2009, serta 7 (tujuh) kegiatan unggulan dari Kementerian Kesehatan tahun 2011 antara lain tentang keberpihakan pada daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (www.depkes.go.id, 2011).

Arah tujuan pembangunan kesehatan antara lain untuk meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di daerah terpencil perbatasan dan kepulauan khususnya di puskesmas prioritas nasional DTP. Dalam rangka meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan tersebut, telah disusun rencana aksi dan rencana pengembangan. Terdapat 6 (enam) strategi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI, 2010 yaitu: 1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat di DTPK, 2) Meningkatkan akses masyarakat DTPK terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, 3) Meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan di DTPK, 4) Meningkatkan pemberdayaan SDM Kesehatan di DTPK, 5) Meningkatkan ketersediaan obat dan perbekalan serta strategi, 6) Meningkatkan manajemen Puskesmas di DTPK, termasuk sistem *surveilans*, *monitoring* dan evaluasi, serta Sistem Informasi Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Kementerian Kesehatan RI mengembangkan rencana aksi dan rencana pengembangan secara operasional untuk penerapan di lapangan meliputi pemberdayaan masyarakat berupa Desa Siaga, Poskesdes, Posyandu, peningkatan pelayanan Program Kesehatan Ibu dan Anak

(KIA), Gizi, Pencegahan Penyakit Menular, Dokter Terbang, Dokter Plus, Rumah Sakit Bergerak, peningkatan pembiayaan kesehatan berupa Dana Alokasi Khusus (DAK), Tugas Pembantuan (TP), dana dekonsentrasi, Program Bansos, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Persalinan (Jampersal), peningkatan SDM khususnya SDM Kesehatan berupa Pegawai Tidak Tetap (PTT), Penugasan Khusus, Tugas Belajar, peningkatan pemenuhan obat dan peralatan kesehatan, peningkatan manajemen kesehatan (termasuk pelatihan manajemen Puskesmas, program Surveillance); pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar (PONED) di Puskesmas dan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) dan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit; peningkatan penampilan dan Kinerja Puskesmas di daerah perbatasan antar negara; serta pengembangan *Flying Health Care*; dan Pendukung transpor antarpulau dengan Puskesmas Keliling Perairan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

A. Isu kebijakan

1. Daerah Perbatasan merupakan Etalase Negara

Daerah perbatasan selayaknya Etalase Negara atau bagian terdepan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) seharusnya terlihat bagus karena terletak di bagian depan (beranda), tetapi selama ini di daerah perbatasan masih terjadi disparitas antara daerah kita dengan negara tetangga. Daerah perbatasan bagi Indonesia masih layaknya halaman belakang, perbatasan identik dengan kemiskinan dan keterbelakangan. Infrastruktur perbatasan sangat minim, di samping itu kondisi warga kita juga masih terbelit dengan pelbagai keterbatasan. Mereka masih sulit mengakses kebutuhan dasar, semacam pendidikan, kesehatan, kecukupan gizi dan lapangan kerja. Kondisi mereka serba papa, tidak demikian dengan negeri tetangga. Sarana dan prasarana patroli bagi TNI di perbatasan Kalimantan Barat, sangat minim. Adapun militer Malaysia amat modern dan baik. Warga Kabupaten Karimun lebih memilih bekerja di Malaysia atau Singapura sebab menjanjikan pendapatan lebih baik, selain juga bisa mereka tempuh dalam waktu singkat. Oleh karena itu daerah perbatasan harus menjadi ruang antar muka sosial di mana

kosmopolitanisme masyarakat perbatasan dilihat sebagai kekuatan untuk membangun halaman muka NKRI yang sejahtera.

2. Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem

Topografi berbukit-bukit terdapat di sepanjang perbatasan di wilayah perbatasan wilayah Republik Indonesia dengan Malaysia khususnya di Pulau Kalimantan. Di samping itu kondisi geografis yang masih terisolir karena keterbatasan prasarana jalan, transportasi darat, sungai serta fasilitas publik lainnya. Kondisi ini berdampak pada kondisi kesejahteraan sosial, ekonomi, pendidikan dan *skill* masyarakat daerah perbatasan yang masih tertinggal dibanding dengan masyarakat daerah Serawak. Oleh karena itu daerah perbatasan harus menjadi prioritas utama untuk pembangunan infrastruktur karena jika tidak diperhatikan tidak menutup kemungkinan masyarakat di daerah perbatasan akan berpindah kewarganegaraan negara tetangga (<http://shanteukie.wordpress.com/2011/04>).

3. Peran infrastruktur

Peran infrastruktur menjadi salah satu komponen fisik yang penting bagi wilayah perbatasan. Sebab, terdapat korelasi yang signifikan antara kondisi infrastruktur dengan denyut kegiatan sosial ekonomi masyarakat, dan juga kesejahteraan masyarakat di perbatasan. Pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan.

4. Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya

Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih rendah. Jika dilihat dari sumber daya yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan, baik yang bergerak di bidang promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative masih banyak yang terpusat di kota-kota besar saja. Meskipun jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi, namun persebarannya kurang merata. Penyebaran tenaga-tenaga kesehatan lokal harus dioptimalkan, khususnya ke daerah-daerah terpencil. Optimalisasi

tenaga kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas tenaga kesehatan, terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK).

B. Opsi Kebijakan

1. Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar di DTP sesuai topografi

Opsi ini sangat mendasar, karena kita dihadapkan pada harga diri sebagai bangsa di hadapan bangsa lain (sebagai etalase untuk wilayah perbatasan). Kewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan seharusnya menjadi alasan paling utama, sedang alasan ekonomi (efisiensi) seharusnya menjadi nomor sekian. Bila opsi ini tidak dilakukan, ancaman disintegrasi atau beralihnya masyarakat di wilayah perbatasan ke negara seberang akan mencederai nasionalisme dan rasa kebangsaan.

2. Pemenuhan ketersediaan transportasi untuk rujukan di DTP sesuai topografi

Opsi ini lebih sebagai opsi pendukung bagi opsi pertama. Opsi ini untuk menjamin bahwa di mana pun rakyat berada di wilayah NKRI, pemerintah tetap berusaha menyediakan akses untuk pelayanan kesehatan sampai tingkat lanjut. Opsi ini menjadi strategis untuk mencegah menyeberangnya penduduk perbatasan, khususnya di wilayah perbatasan darat dengan Malaysia, yang pelayanan kesehatannya relatif lebih baik.

3. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan yang sudah tersedia di DTP

Opsi ini sangat strategis, terutama untuk mengatasi dampak akibat kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di DTP. Bila opsi ini tidak dilakukan dampak kurangnya tenaga kesehatan akan semakin dirasakan penduduk di DTP.

4. Perlu kajian kebijakan sistem *reward* yang tersendiri untuk tenaga kesehatan di DTP

Opsi ini strategis untuk menarik tenaga baru agar mau bekerja di wilayah DTP, juga strategis untuk mempertahankan tenaga yang sudah

tersedia. Sistem *reward* tidak hanya berupa gaji atau imbalan uang yang lebih tinggi, tetapi bisa berupa jenjang karier yang lebih menarik atau fasilitas pendukung yang lebih manusiawi. Bila opsi ini tidak dilakukan, ketersediaan tenaga kesehatan di wilayah DTP tetap saja akan selalu menjadi masalah. Merekrut tenaga-tenaga baru hanya akan berdampak sesaat, sustainabilitas tidak akan terjamin.

BAB V

Strategi Upaya Peningkatan KIA pada Akses Layanan Terbatas

A. Kondisi Pelayanan Kesehatan

Isu prioritas yang harus segera ditangani di DTPK di antaranya adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, pemenuhan SDM Kesehatan yang diikuti dengan distribusi SDM tersebut secara merata, serta sistem rujukan di instalasi kesehatan. Permasalahan utama sistem rujukan terletak pada pelayanan kesehatan tambahan seperti puskesmas pembantu (pustu) dan puskesmas dengan rumah sakit terdekat seperti yang ditemui di salah satu kabupaten, yaitu Kabupaten Raja Ampat, sebagai salah satu daerah tertinggal dan minim fasilitas kesehatan.

Kondisi sarana pelayanan kesehatan masih terbatas pada puskesmas (ada di setiap distrik), pustu, poliklinik desa/kampung (polindes), pos malaria desa (posmalades) dan puskesmas keliling (baru dimiliki 4 unit) yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang kesulitan untuk pergi ke puskesmas di ibukota distrik. Sedangkan untuk rumah sakit, baru dimiliki sebuah Rumah Sakit bergerak (Tipe D) di Waisai.

Keberadaan dokter umum juga masih jauh dari yang diharapkan (pada tahun 2009 rasio dokter per 100.000 penduduk adalah 0,03 yang idealnya 40) dan sebagian besar yang bekerja di puskesmas adalah dokter PTT, sedangkan dokter gigi dan dokter spesialis belum ada. Jumlah bidan yang ada di Puskesmas, RS, dan Sarana Kesehatan sangat terbatas dengan tingkat pendidikan D3 Kebidanan dan lulusan D1 Kebidanan. Sedangkan Jumlah tenaga perawat kesehatan baik di Puskesmas, RS, dan Sarana Kesehatan Lain sebanyak 85 orang yang terdiri dari D3 keperawatan sejumlah 63 dan SPK sejumlah 22 orang. Padahal, idealnya di setiap Puskesmas tersedia dokter dan di setiap kampung tersedia bidan.

Keterbatasan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut menyebabkan kualitas kesehatan masyarakat di wilayah perbatasan masih

tergolong rendah, selain dikarenakan kondisi lingkungan permukiman dan cara hidup masyarakat yang kurang sehat. Contoh, penyakit yang umum diderita penduduk Raja Ampat adalah malaria klinis, infeksi saluran pernapasan akut, dan penyakit kulit. Selain itu, juga masih ditemukan kasus kematian ibu waktu melahirkan, dan kematian neonatal. Pada tahun 2009 jumlah kematian ibu waktu melahirkan sebanyak 4 per 100.000 kelahiran hidup. Kasus kematian bayi waktu dan pasca dilahirkan tercatat 33,8 per 1000 kelahiran hidup. Kematian bayi di bawah 1 bulan ini masih didominasi oleh berat bayi yang lahir rendah (< 2500 gram), keadaan bayi yang sesak nafas (*aspeksia*), dan infeksi akibat pemotongan tali pusar bayi dengan menggunakan peralatan yang tidak bersih.

B. Upaya yang Perlu di Lakukan

Arah kebijakan Pembangunan Kesehatan Tahun 2010-2014 adalah peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi kelompok miskin dan daerah tertinggal. Ada 8 fokus prioritas reformasi kesehatan di daerah perbatasan yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Pelayanan Kesehatan, Ketersediaan Obat, Saintifikasi Jamu, Reformasi Birokrasi, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Penanganan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), dan Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia (*World Class Hospital*). Tahun 2014, kebijakan ini berakhir dan diharapkan sudah membuahkan hasil yang positif.

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan intinya meliputi: a. Perencanaan yang difokuskan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang mampu berperan sebagai “*gate keeper*”. Rujukan kesehatan dan *show window* pelayanan kesehatan dengan pembangunan unit pelayanan kesehatan yang responsif dan kompetitif terhadap pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan; b. Membangun kerja sama dengan negara tetangga dalam rujukan gawat darurat; c. Adanya koordinasi pelayanan kesehatan antara Pemda/Dinas Kesehatan dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan; d. Tersedia radio medik.

Selain itu juga ada kebijakan khusus di DTPK, yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat; meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas; meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan; meningkatkan pemberdayaan SDM Kesehatan;

meningkatkan ketersediaan obat dan alkes; meningkatkan sistem *surveillance*, monev dan Sistem Informasi Kesehatan (SIK); dan meningkatkan manajemen kesehatan.

Dalam pelaksanaan manajemen kesehatan masyarakat ke depan, perlu diawali dengan pemetaan masalah dan potensi kesehatan yang tersedia. Selain itu, keberpihakan pemerintah kabupaten melalui penyelenggaraan pembangunan daerah yang berorientasi pada kesehatan dan peningkatan dukungan biaya dari pemerintah pusat yang lebih berorientasi pada kebutuhan dan kondisi khusus daerah (tidak bersifat *top down*) juga sangat diperlukan.

Melalui program-program kerjanya, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2011 telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di DTPK, di antaranya melalui peningkatan ketersediaan kualitas serta pemerataan tenaga kesehatan di DTPK, peningkatan sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit di DTPK, peningkatan pembiayaan kesehatan, pengadaan perbekalan, obat dan alkes. Selain itu, dilakukan pula upaya inovatif lewat penyediaan Rumah Sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, penyediaan puskesmas keliling untuk wilayah daratan dan perairan, serta pengembangan dokter dengan kewenangan tambahan. Serta anggaran bidang kesehatan yang dialokasikan minimal sebesar 10% dari APBD diluar gaji dan 50% di antaranya untuk program promotif dan preventif.

Untuk mengatasi disparitas tenaga kesehatan yang lebih terkonsentrasi di perkotaan, sehingga masih ada daerah-daerah yang kekurangan tenaga kesehatan, terutama di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan terluar (DTPK), Dewan pada saat Rapat Dengar Pendapat Umum (RDPU) Panja Uji Kompetensi dan Penempatan Tenaga Dokter tanggal 17 Januari 2011, telah meminta Kementerian Kesehatan (Kemenkes) untuk membuat program terobosan guna pemerataan dokter, tenaga kesehatan (bidan dan perawat), sarana pelayanan kesehatan di DTPK. Selain itu pada saat Rapat Kerja (Raker) dengan Kemenkes pada tanggal 18 Januari 2012, Dewan juga telah mendorong Kemenkes RI agar melakukan upaya terobosan guna meningkatkan jumlah, mutu, distribusi, retensi dan pendayagunaan SDM Kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan di DTPK.

Terkait kebijakan tersebut, kini banyak pemerintah daerah dengan DTPK berupaya meningkatkan pelayanan kesehatan. Misal, kebijakan kesehatan di Kabupaten Sorong dan Raja Ampat pada tahun terakhir difokuskan dalam rangka pengembangan sarana dan prasarana kesehatan yaitu peningkatan status rumah sakit, dan pelayanan kesehatan masyarakat terpadu. Selain pengadaan tenaga kesehatan, pemerintah daerah juga menyediakan insentif bagi dokter dan paramedis serta pemberian pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Bentuk dukungan lain dari Pemerintah Daerah Raja Ampat adalah program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya. Untuk memenuhi kebutuhan bidan desa, Pemerintah Daerah Morotai Maluku Utara juga memberikan beasiswa bagi 15 orang putra daerah berjenis kelamin perempuan lulusan SMA/SLTA yang sudah menikah, berumur tidak lebih dari 30 tahun, mendapat restu dari keluarga dan suaminya, bersedia mengabdikan diri di desa sebagai bidan desa (tiap desa 2 orang), dan lulus seleksi. Dalam hal ini, Pemerintah daerah bekerja sama dengan salah satu akademi kebidanan swasta di Tobelo. Para peserta didik D3 Kebidanan tersebut mendapatkan beasiswa penuh dari APBD.

Selain pemberian beasiswa, pemerintah daerah juga bekerja sama dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Ternate, membuka kelas khusus (Sabtu–Minggu) yang diselenggarakan di Universitas Muhammadiyah Ternate. Program pendidikan ini ditujukan untuk karyawan tetap maupun honorer yang bekerja di sarana kesehatan (baik lulusan SMA, SPK, atau D3) yang ingin melanjutkan pendidikan ke jenjang D3 atau S1 dan biaya selama pendidikan ditanggung sendiri dan mereka hanya mendapatkan izin belajar, namun setelah lulus harus kembali mengabdikan dirinya di Morotai.

Contoh lain, Pemerintah Kalimantan Timur mengarahkan lembaga-lembaga kesehatan yang ada di Kaltim untuk menempatkan tenaga medisnya di daerah perbatasan, pedalaman dan daerah terluar Kaltim sehingga menyentuh ke masyarakat yang terisolasi. Dalam hal ini, pemerintah menyediakan anggaran pemberian insentif kepada para tenaga medis, dan juga anggaran subsidi obat-obatan, perbaikan atau melengkapi fasilitas seperti puskesmas dengan layanan rawat inap yang perlu ditingkatkan.

Terkait upaya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di DTPK guna meningkatkan status kesehatan masyarakat, Pemerintah daerah Nusa Tenggara Timur melalui Dinas Kesehatan (Diskes) Provinsi pada 10–14 Juni 2013 mengadakan kunjungan ke Diskes Kalimantan Barat untuk melihat perbandingan antara pelayanan kesehatan di perbatasan Indonesia dengan pelayanan kesehatan perbatasan Malaysia.

BAB VI

Hasil Penelitian Alasan Pemilihan Penolong Persalinan oleh Ibu Bersalin di Pulau Papandangan Kel. Mattiroujung Kec. Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep Tahun 2018

Data Badan Pusat Statistik (BPS) pada 2011 menunjukkan bahwa di Indonesia terdapat sekitar 8.090 desa pesisir yang tersebar di 300 kabupaten/kota pesisir. Dari 234,2 juta jiwa penduduk Indonesia, ada 67,87 juta jiwa yang bekerja di sektor informal, dan sekitar 30 persen di antaranya adalah nelayan.

Berdasarkan pengukuran pencapaian Sasaran Strategis Provinsi Sulawesi Selatan yaitu “Capaian Jumlah Kematian Ibu sebanyak 142 kasus atau sebanyak 74,65 % hal ini disebabkan karena mobilitas tenaga kesehatan cukup tinggi (termasuk mobilisasi petugas/bidan yang sangat tinggi dengan proses mutasi yang sering terjadi di puskesmas dan Kabupaten/kota), adanya tugas rangkap bagi petugas kesehatan sehingga tidak maksimal dalam menjalankan profesinya dan masa kerja petugas yang terbatas khususnya bidan PTT. Perlu adanya Penegasan melalui regulasi penempatan tenaga kesehatan secara merata sesuai dengan kompetensinya. Capaian indikator kinerja jumlah kematian bayi sebesar 1.1067 kasus yaitu sebesar 87,92%, masih belum mencapai target, hal ini disebabkan karena perlunya pelatihan yang optimal bagi tenaga pengelola program dalam hal pencatatan dan pelaporan kegiatan, masih adanya penanganan komplikasi obstetri dan neonatal belum terlaksana optimal baik dalam penanganan maupun pencatatan dan pelaporan, tingkat pengetahuan keluarga terhadap KIA dan inisiatif keluarga mencari pertolongan kesehatan masih rendah, peran aktif lintas sektor masih terbatas dan terbatasnya jangkauan pelayanan terutama pada daerah-daerah terpencil dan kepulauan (DTPK).

Angka Kematian Ibu (AKI) sebagai salah satu indikator kesehatan ibu, dewasa ini masih tinggi di Indonesia dibandingkan di negara-negara ASEAN lainnya. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, AKI di Indonesia 228/100.000 Kelahiran Hidup (KH) artinya di Indonesia terjadi kematian ibu 9.774 per tahun atau 1 orang ibu meninggal per jam dan Angka Kematian Bayi (AKI) adalah 34 per 1000 kelahiran hidup berarti terdapat 17 bayi meninggal per jam. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia juga masih cukup tinggi. Salah satu faktor yang menyebabkan tingginya AKI dan AKB adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Selain itu juga karena komplikasi-komplikasi yang terjadi pada saat persalinan. Menurut hasil penelitian dari 97 negara, terdapat korelasi yang signifikan antara pertolongan persalinan dengan kematian ibu. Saat ini di wilayah Indonesia masih banyak pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga tidak terampil atau dukun yang masih menggunakan cara-cara tradisional. Persalinan oleh dukun dapat berakibat tidak tertanganinya dengan segera komplikasi yang terjadi selama persalinan seperti retensio plasenta dan perdarahan sehingga berakibat pada kematian ibu.

A. Penolong Persalinan

Yang dimaksud dengan tenaga penolong persalinan adalah orang-orang yang biasa memeriksa wanita hamil atau memberikan pertolongan selama persalinan dan nifas. Tenaga yang dapat memberikan pertolongan selama persalinan dapat dibedakan menjadi dua yaitu tenaga kesehatan (mereka yang mendapatkan pendidikan formal seperti dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat bidan) dan bukan tenaga kesehatan, yaitu dukun bayi yang terlatih dan tidak terlatih (Prawirihardjo, 2009).

1. Tenaga Kesehatan

Komplikasi dan kematian ibu serta neonatal sering terjadi pada masa sekitar masa persalinan. Oleh sebab itu intervensi ditekankan pada kegiatan pertolongan persalinan yang aman yaitu oleh tenaga kesehatan (Depkes RI, 2001). Persalinan oleh tenaga kesehatan dianggap memenuhi persyaratan sterilitas, selain itu bila mendadak terjadi risiko tinggi atau mengalami keadaan gawat darurat maka penanganan atau pertolongan pertama serta rujukan dapat segera dilakukan. Dalam menolong persalinan,

teknik pertolongan persalinan dan prinsip sterilisasi alat kesehatan diterapkan oleh tenaga kesehatan sehingga diharapkan persalinan aman dapat diperoleh. Keterbatasan dari penolong persalinan ini adalah pelayanan hanya terbatas pada pelayanan medis, tanpa terjangkau oleh faktor budaya sehingga rasa aman secara psikologis kurang terpenuhi. Kadang-kadang pelayanan tidak terjangkau dari segi keberadaan dan jarak. Umumnya imbalan jasa berupa uang sehingga menyulitkan masyarakat miskin (Manuaba, 2006).

2. Bukan Tenaga Kesehatan (Dukun Beranak)

Mereka sudah dikenal lama karena berasal dari daerah sekitarnya dan pembayaran biaya persalinan dapat diberikan dalam bentuk barang (Zalbawi, 2006).

B. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2007).

2. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda bahwa persalinan mulai berlangsung adalah:

- a. Kekuatan kontraksi: semakin lama semakin kuat. Saat mulas dinding perut terasa keras.
- b. Jarak antar kontraksi: akan bertambah sering, permulaan 10 menit sekali, kemudian semakin sering.
- c. Keluarnya bercak darah bukan petunjuk akurat ibu akan segera melahirkan. Namun ibu perlu waspada terhadap hal tersebut, jika perdarahan banyak, ibu perlu segera ke polindes atau puskesmas tanpa perlu menunggu hingga kontraksi yang terjadi mulai teratur dan bertambah kekuatannya.
- d. Pecahnya ketuban

3. Hal-Hal yang Dilakukan Ibu ketika Proses Persalinan Berlangsung, meliputi:
 - a. Proses persalinan berlangsung 12 jam sejak terasa mulas. Jadi ibu masih dapat makan, minum, buang air kecil, dan jalan-jalan selama proses persalinan sesuai nasehat tenaga kesehatan.
 - b. Jika mulas bertambah, tarik nafas panjang melalui hidung dan keluarkan melalui mulut. Jika ibu ingin buang air besar segera beritahu bidan atau dokter.
 - c. Ikuti anjuran bidan atau dokter kapan ibu harus mengejan waktu bayi akan lahir.

4. Tanda Bahaya Persalinan

Proses persalinan diduga mengalami gangguan jika terdapat kondisi sebagai berikut

- a. Perdarahan dari jalan lahir
- b. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir
- c. Ibu tidak kuat mengejan
- d. Ibu mengalami kejang
- e. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- f. Air ketuban keruh dan berbau
- g. Ketuban pecah dini.

C. Ibu Bersalin

Ibu adalah orang tua perempuan seorang anak, baik melalui hubungan biologis maupun sosial. Umumnya, ibu memiliki peranan yang sangat penting dalam membesarkan anak, dan panggilan ibu dapat diberikan untuk perempuan yang bukan orang tua kandung (biologis) dari seseorang yang mengisi peranan ini. Contohnya adalah pada orang tua angkat (karena adopsi) atau ibu tiri (istri ayah biologis anak).

Bersalin adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

Persalinan spontan adalah bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri. Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar. Persalinan anjuran adalah yaitu hubungan

dengan tuanya umur kehamilan dan berat badan bayi yang dilahirkan dikenal beberapa istilah.

1. Abortus: Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.
2. Partus immaturus: Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gr dan 1000 gr.
3. Partus prematurus: Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gr dan 2500 gr.
4. Partus maturus atau partus aterm: Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gr dan lebih.
5. Partus postmaturus atau partus serotinus: Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

Sebab-Sebab yang Menimbulkan Persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks, antara lain:

1. Teori penurunan hormon: selama kehamilan terdapat keseimbangan antara progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi 1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar, hormon estrogen, dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun,
2. Teori plasenta menjadi tua: Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.
3. Teori distensi rahim: Semakin tuanya kehamilan, rahim akan menjadi besar dan merenggang sehingga menyebabkan istemia otot-otot rahim yang mengganggu sirkulasi utero plasenta.
4. Teori iritasi mekanik: Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus franker houses*). Bila ganglion ini di geser dan di tekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

5. Teori prostagladin: Kadar prostagladin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga ter meningkat, lebih-lebih sewaktu partus.
6. Induksi partus: Partus dapat pula di timbulkan dengan jalan
7. Ganglion laminaria: Beberapa laminaria di masukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang Fleksus Frankemhauser.
8. Amniotomi: Pemecahan ketuban.
9. Oksitosin drip: Pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

Dalam pengadakan induksi persalinan perlu di perhatikan bahwa serviks sudah matang (serviks sudah pendek dan lembek) dan kanalis servikalis terbuka untuk satu jari.

D. Variabel Penelitian

1. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses, serta membantu keperluan orang lain. Pengertian pelayanan Kesehatan menurut WHO 1974 adalah suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap, meliputi: kesejahteraan fisik, mental dan social. Bukan semata-mata bebas dari penyakit dan/atau kelemahan.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Pengertian Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan menurut Hodgetts dan Cascio (1983): 1. Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian secara bersama-sama dalam suatu organisasi dengan tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, dan sasarannya adalah kelompok dan masyarakat. 2. Pelayanan kedokteran ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*)

atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya adalah perseorangan dan keluarga.

Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan: a) Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*), b) Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*), c) Mudah dicapai (*accessible*), d) Mudah dijangkau (*affordable*), e) Bermutu (*quality*).

Pelayanan Kesehatan Dasar Umumnya dilaksanakan di puskesmas, pukesmas pembantu, puskesmas keliling, dan pelayanan lainnya di wilayah kerja puskesmas selain rumah sakit. 2. Pelayanan Kesehatan Rujukan Umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi rujukan yang berupa:

- Sistem Rujukan (*Referral System*) di Indonesia

Sistem rujukan telah dirumuskan dalam SK Menteri Kesehatan RI No.32 tahun 1972, yaitu sistem penyelenggaraan yankes yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab terhadap suatu masalah kesehatan. Secara vertikal dari unit berkemampuan kurang ke unit yang lebih mampu secara horizontal antara unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Rujukan kesehatan rujukan medis berlaku untuk yankes masyarakat (*public health*) pelayanan kedokteran (*medical services*) dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan upaya penyembuhan penyakit macamnya rujukan teknologi, rujukan sarana, dan rujukan operasional Rujukan penderita, rujukan pengetahuan, rujukan bahan-bahan pemeriksaan

Manfaat sistem rujukan dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan (*policy maker*): 1. Membantu penghematan dana, 2. Memperjelas yankes, 3. Memudahkan pekerja administrasi. Manfaat sistem rujukan dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara yankes (*health provider*): 1. Memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan, 2. Membantu peningkatan kemampuan keterampilan, 3. Meringankan beban tugas. Manfaat sistem rujukan dari sudut masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan (*health consumer*): 1. Meringankan biaya pengobatan, 2. Mempermudah dalam mendapat pelayanan.

Sesuai dengan tujuan bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam pembukaan UUD 1945 alinea ke-4 Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan program Pembangunan Nasional secara berkelanjutan, terencana dan terarah. Tujuan diselenggarakan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Puspita, dkk., 2014).

2. Penyedia Pelayanan yang Lain (Dukun)

Dukun adalah orang yang mengobati, menolong orang sakit, memberi jampi-jampi seperti mantra, guna-guna, dan lain sebagainya yang terdapat di Asia tenggara seperti di Indonesia, Malaysia, Brunei dan Singapura. Dukun juga ada yang disebut dukun bayi yaitu bidang keahliannya adalah menolong orang yang melahirkan bayi di mana mulai ada tanda-tanda bayi akan lahir si dukun bayi ini dipanggil ke rumah pasien untuk menolong kelahiran. Untuk selanjutnya adalah memandu proses kelahiran pada ibu yang sedang dalam fase pengeluaran bayi.

Setelah bayi keluar maka dukun bayi itu merawat mulai proses pemotongan tali plasenta, membersihkan dan memberi pakaian bayi (*digedong* = bahasa Jawa, istilah untuk pakaian bayi yang membungkus seluruh tubuh bayi itu. Setelah bayi bersih berganti merawat ibu bayi sampai pekerjaan selesai. Kelebihan dukun bayi yaitu tidak memerlukan pembantu sampai pekerjaannya selesai dan tidak ada cerita dukun bayi ini yang membawa pembantu, semua pekerjaannya dilakukan secara profesional, peralatan yang dipakai adalah peralatan tradisional. Untuk selanjutnya dukun bayi tiap hari mendatangi rumah orang yang telah melahirkan bayi itu untuk merawat ibu dan bayi biasanya sampai 40 hari, hal ini tergantung kemampuan keuangan si ibu bayi untuk membayar tenaganya si dukun bayi. Selain merawat juga memberi petunjuk tatacara wanita yang habis melahirkan supaya sehat dan bayinya pun sehat, juga memberi petunjuk minum ramuan jamu bersalin.

Dengan keahlian dukun bayi ini dapat memperkirakan yang keluar nanti bayi laki-laki atau perempuan dengan akurasi sangat tinggi dengan cara melihat bentuk perut, tanda-tanda dan gejala yang ada pada ibu yang sedang mengandung.

Salah satu ciri pengobatan dukun adalah penggunaan doa-doa atau bacaan-bacaan, air putih yang diisi rapalan doa-doa, dan ramuan dari tumbuh-tumbuhan (Agoes, 1996). Pada masyarakat Bugis dan Makassar, orang yang ahli mengobati penyakit secara tradisional dipanggil sanro, yang juga berarti dukun (Rahman, 2006 dan Said, 1996).

Bruce Kapferer (Alhumami, 2010) mengatakan, kepercayaan kepada dukun dan praktik perdukunan merupakan *local beliefs* yang tertanam dalam kebudayaan suatu masyarakat. Sebagai *local beliefs*, keduanya (dukun dan praktik perdukunan) tak bisa dinilai dari sudut pandang rasionalitas ilmu karena punya nalar dan logika sendiri yang disebut *rationality behind irrationality*. Orang yang kemudian mempercayai dukun dan praktik perdukunan tidak lantas digolongkan ke dalam masyarakat tradisional atau tribal, yang melambangkan keterbelakangan. Hal ini sejalan dengan pemikiran E.E. Evans Pritchard (Pals, 2001), yang menyatakan, kepercayaan terhadap kekuatan supranatural itu tidak mengenal batasan sosial, seperti yang dia teliti pada Suku Azande di Sudan. Baginya, orang berpikiran modern, termasuk dirinya sekalipun, percaya terhadap kekuatan supranatural. Pengobatan dukun masih menjadi sesuatu yang integral dan sulit terpisahkan dari kehidupan sebagian masyarakat perkotaan, termasuk di Kota Makassar. Pengobatan dukun telah membudaya dan ada yang menjadikan sebagai sebuah tradisi dalam lingkungan keluarga mereka. Meminjam istilah Ward Goodenough (Kalangie, 1994; Al-Kumayi, 2011), pengobatan dukun telah menjadi bagian sistem kognitif masyarakat, yang terdiri atas pengetahuan, kepercayaan, gagasan, dan nilai yang berada dalam pikiran anggota-anggota individual masyarakat (Syuhudi).

3. Persepsi Ibu

Persepsi adalah proses yang memungkinkan seseorang menerima dan menganalisis informasi. Menurut Sereno persepsi adalah sarana yang memungkinkan kita memperoleh kesadaran akan sekeliling dan lingkungan kita. Menurut Devito persepsi adalah proses dengan mana kita menjadi sadar akan banyaknya stimulus yang mempengaruhi indra kita. Menurut Kotler (2000), persepsi adalah proses yang dipakai seseorang untuk memilih mengorganisasikan serta menginterpretasikan informasi

guna menciptakan gambaran yang memiliki arti dan persepsi tidak tergantung pada rangsangan fisik tetapi juga tergantung pada lingkungan sekitar dan keadaan individu tersebut.

Persepsi adalah bagaimana seorang individu tersebut termotivasi untuk bertindak. Bagaimana orang tersebut bertindak akan dipengaruhi oleh persepsinya terhadap situasi tertentu. Orang dapat memiliki persepsi yang berbeda atas objek yang sama.

Tiga proses persepsi:

- a. Perhatian selektif; seorang tidak mungkin dapat menanggapi semua rangsangan karena itu rangsangan yang masuk akan disaring.
- b. Distorsi selektif; kecenderungan seseorang untuk mengubah informasi menjadi bermakna secara pribadi dan menginterpretasikan informasi itu dengan cara yang akan mendukung mereka.
- c. Ingatan/retensi selektif: orang cenderung untuk mengingat hal-hal yang baik tentang produk yang disukai (Kotler, 2000). Persepsi terbagi atas persepsi terhadap lingkungan fisik, persepsi sosial, dan persepsi budaya. Persepsi sosial terdiri atas persepsi berdasarkan pengalaman, persepsi bersifat selektif, persepsi bersifat dugaan, persepsi evaluatif, dan persepsi tentang konteks. Persepsi yang dimaksud dalam penerimaan pengguna (Mulyana, 2004).
 - 1) Menurut Bimo Walgito = pengertian persepsi adalah suatu proses yang didahului oleh penginderaan yaitu merupakan proses yang berwujud diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera atau juga disebut proses sensoris.
 - 2) Menurut Slameto (2010: 102) = persepsi adalah proses yang menyangkut masuknya pesan atau informasi kedalam otak manusia, melalui persepsi manusia terus menerus mengadakan hubungan dengan lingkungannya. Hubungan ini dilakukan lewat inderanya, yaitu indera penglihat, pendengar, peraba, perasa, dan pencium.
 - 3) Menurut Robbins (2003: 97) yang mendeskripsikan bahwa persepsi merupakan kesan yang diperoleh oleh individu melalui panca indera kemudian di analisis (diorganisir), diinterpretasi dan kemudian dievaluasi, sehingga individu tersebut memperoleh makna.

- 4) Menurut Purwodarminto (1990: 759), persepsi adalah tanggapan langsung dari suatu serapan atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui pengindraan.

Dalam kamus besar psikologi, persepsi diartikan sebagai suatu proses pengamatan seseorang terhadap lingkungan dengan menggunakan indra-indra yang dimiliki sehingga ia menjadi sadar akan segala sesuatu yang ada dilingkungannya. Persepsi mempunyai sifat subjektif, karena bergantung pada kemampuan dan keadaan dari masing-masing individu, sehingga akan ditafsirkan berbeda oleh individu yang satu dengan yang lain. Dengan demikian persepsi merupakan proses perlakuan individu yaitu pemberian tanggapan, arti, gambaran, atau penginterpretasian terhadap apa yang dilihat, didengar, atau dirasakan oleh indranya dalam bentuk sikap, pendapat, dan tingkah laku atau disebut sebagai perilaku individu.

4. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik (Azwar Azrul, 1994).

Jarak antara tempat tinggal subjek dan tempat pemeriksaan kehamilan dan faktor transportasi merupakan salah satu hal yang menjadi alasan subjek dalam memilih tenaga pemeriksa kehamilan atau persalinan. Namun beberapa subjek memilih tenaga pemeriksa kehamilan lebih karena faktor biaya yang harus dikeluarkan.

E. Hasil Penelitian

Adapun contoh hasil kegiatan riset masalah kesehatan ibu dan anak yang berada pada wilayah dengan akses terbatas yang berdasarkan pada survei awal yang dilakukan di Pulau Papangdangan Kel. Mattiroujung Kec. Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat masih mempercayai dukun di dalam melakukan

pertolongan persalinan. Ibu yang sudah percaya dengan pertolongan oleh tenaga kesehatan biasanya akan menunggu waktu persalinan di daratan terdekat seperti di Kabupaten Pangkep atau memilih menuju ke Kota Makassar, alasannya karena di pulau ini hanya memiliki satu Puskesmas Pembantu namun kondisi Pustu ini jauh dari harapan terutama dari segi ketersediaan tenaga kesehatan. Hal yang menjadi kekhawatiran warga setempat adalah apabila persalinan dalam keadaan emergensi maka ibu bersalin terpaksa memilih persalinan oleh tenaga dukun karena keaktifan dari Pustu di daerah tersebut sangat kurang, dan jika harus memilih ke fasilitas kesehatan yang lain maka ditakutkan ibu tidak cukup waktu untuk menjangkau fasilitas kesehatan seperti Puskesmas atau Rumah Sakit di daratan dengan jarak tempuh cukup jauh, sekitar 5 jam perjalanan menuju ke Kab Pangkep atau 4 jam menuju Kota Makassar.

Berdasarkan distribusi responden hasil penelitian yang di dapatkan oleh penulis Nurgahayu (2018) di Pulau Papangdangan Kel. Mattiroujung Kec. Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep, yaitu:

1. Kelompok Umur.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan kelompok umur yang paling banyak adalah pada kelompok umur 20-35 tahun sebanyak 25 orang atau sekitar 80,6% dan paling sedikit pada umur di atas 35 tahun sebanyak 1 orang atau sekitar 3,2%.

2. Jumlah Anak.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan jumlah anak yang dimiliki terbanyak pada jumlah anak 1 orang sebanyak 15 orang atau sekitar 48,4% dan paling sedikit pada jumlah anak 3 orang yaitu sebanyak 1 orang atau sekitar 3,2%.

3. Lahir Hidup.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden yang memiliki jumlah anak yang lahir hidup terbanyak pada jumlah anak lahir hidup 1 orang sebanyak 24 orang responden atau sekitar 77,4% dan terkecil yang lahir hidup pada 5 orang anak yaitu sekitar 1 orang responden atau sekitar 3,2%.

4. Lahir Mati.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden yang memiliki anak yang lahir mati terbanyak 0 anak (tidak ada) sebanyak 25 orang responden atau sekitar 80,6%. Dan yang paling sedikit pada jumlah anak yang lahir mati sebanyak 3 orang anak yaitu 1 orang responden atau sekitar 3,2%

5. Tingkat Pendidikan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden terbanyak pada tingkat pendidikan tamat SD sebanyak 25 orang responden atau sekitar 80,6% dan paling sedikit dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 2 orang atau sekitar 6,5%.

6. Pekerjaan Ibu Bersalin.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden terbanyak pada ibu bersalin yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 30 orang (96,8%) dan paling sedikit 1 orang (3,2%) sebagai wiraswasta

7. Sistem Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa sistem pelayanan kesehatan dalam penelitian ini terkait ketersediaan layanan kesehatan yang tersedia di pulau Pulau Papandangan Kelurahan Mattiroujung Kecamatan Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep sejauh mana pelayanan kesehatan yang ada mampu memenuhi semua kebutuhan masyarakat terutama terkait penolong persalinan. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa 31 orang atau 100% responden mengatakan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang ada di tempat tersebut masih kurang.

8. Penyedia Layanan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa penyedia pelayanan kesehatan yang lain (Dukun) di pulau ini 26 orang responden atau sekitar 83,9% menganggap masih kurang dan 5 orang atau 16,1 % mengatakan cukup.

9. Persepsi Ibu.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa pandangan ibu dalam memandang persalinan, mencari penolong, dan tanggapannya terkait apa yang akan dan telah dilakukan ketika membutuhkan pertolongan persalinan. Berdasarkan persepsi ibu di Pulau Papandangan Kel Mattiroujung Kec. Tupabbiring Kab. Pangkep 100% menyatakan cukup terkait persepsi mereka mengenai penolong persalinan.

10. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa seberapa mudah pelayanan kesehatan untuk dijangkau dari segi jarak, alat transportasi yang digunakan dan seberapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau pelayanan kesehatan. 100% ibu bersalin mengatakan akses terhadap pelayanan kesehatan sulit dijangkau.

11. Penolong Persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan pemilihan penolong persalinan paling banyak memilih dukun/paraji dalam melakukan persalinan yaitu sebanyak 13 orang atau sekitar 41,9%. Dan paling sedikit pada dokter yaitu 8 orang responden atau sekitar 25,8%.

12. Alasan Pemilihan Pertolongan Persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan alasan pemilihan penolong persalinan di Pulau Papandangan kel Mattiroujung kec. Tupabbiring Kab. Pangkep paling banyak memilih bersalin di dukun karena alasan tidak sempat ke dokter atau bidan sebanyak 5 orang atau sekitar 16,1%. Dan paling sedikit 1 orang (3,2%) dengan alasan berbeda masing-masing karena keluarga dengan bidan, fasilitas dokter lebih baik, dan percaya dengan kemampuan dokter.

13. Hubungan Pemilihan Penolong Persalinan dengan Kelompok Umur.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan kelompok

umur terbanyak pada umur 20-35 tahun dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun sebanyak 9 orang (29,0%). Dan paling sedikit pada umur < 20 tahun dengan pemilihan penolong persalinan, > 35 tahun dengan pemilihan penolong persalinan oleh dokter dan bidan sebanyak 0 %.

14. Hubungan Pemilihan Penolong Persalinan dengan Kelompok Pendidikan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan pendidikan terbanyak pada pendidikan tamat SD dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun sebanyak 13 orang (41,9%). Dan paling sedikit pada tamat SMP dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun, tamat SMA dengan pemilihan penolong persalinan oleh dokter dan tamat SMA dengan pemilihan penolong persalinan oleh dukun 0 %.

15. Hubungan Pemilihan Persalinan dengan Kelompok Pekerjaan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan pekerjaan terbanyak pada pekerjaan Ibu Rumah Tangga dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun sebanyak 13 orang (41,9%). Dan paling sedikit pada pekerjaan wiraswasta dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dokter, dan dukun sebesar 0 %.

16. Hubungan Pemilihan Persalinan dengan Sistem Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan sistem pelayanan kesehatan terkecil pada sistem pelayanan kesehatan kurang dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dokter sebanyak 8 orang (25,8%). Dan paling banyak pada sistem pelayanan kesehatan kurang dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun, 13 orang atau sekitar 41,9% %.

17. Hubungan Pemilihan Penolong Persalinan dengan Penyedia Pelayanan Kesehatan yang Lain (Dukun).

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan penyedia pelayanan kesehatan yang lain (dukun) terkecil pada penyedia pelayanan kesehatan yang lain (dukun) cukup dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun sebanyak 0 orang (0%). Dan paling banyak pada penyedia pelayanan kesehatan yang lain (dukun) kurang dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun, 13 orang atau sekitar 41,9%.

18. Hubungan Pemilihan Penolong Persalinan dengan Persepsi Ibu.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2018) di peroleh informasi bahwa hubungan antara pemilihan penolong persalinan dengan persepsi ibu terkecil pada persepsi cukup dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dokter sebanyak 8 orang (25,8%). Dan paling banyak pada persepsi cukup dengan pemilihan penolong persalinan oleh tenaga dukun, 13 orang atau sekitar 41,9%.

F. Pembahasan Penelitian

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang peneliti teliti terkait kelompok umur, jumlah anak, jumlah anak yang lahir hidup dan mati, pendidikan ibu bersalin dan pekerjaan ibu bersalin. Umur ibu saat melakukan persalinan sangat terpengaruh karena umur erat kaitannya dengan risiko persalinan. Umur ibu yang aman ketika melakukan persalinan adalah antara umur 20-35 tahun. Individu dengan umur yang berbeda mempunyai kecenderungan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Ibu usia 20-35 tahun dianggap ideal untuk melahirkan. Ibu melahirkan dengan usia berisiko yakni >35 tahun dan < 20 tahun sebaiknya ditolong oleh tenaga kesehatan profesional.

Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa 25 orang ibu atau sekitar 80,6% berada pada umur 25-35 tahun hal ini menunjukkan bahwa di Pulau Papandangan kesadaran ibu untuk tidak menikah muda cukup baik. Dengan kata lain 80,6 % ibu tidak berisiko ketika melakukan persalinan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizki Pratiwi (2016)

umur ibu yang melahirkan di Puskesmas Sewon II Bantul sebagian besar tidak berisiko sebesar 71 orang atau sekitar 73,2%.

Jumlah anak yang dimiliki oleh ibu di Pulau Papandangan juga sudah mengikuti anjuran pemerintah yaitu dua anak cukup, karena berdasarkan penelitian ditemukan 48,4% ibu hanya memiliki satu anak. Yang cukup menarik perhatian dalam penelitian ini adalah masih adanya bayi yang lahir dalam keadaan meninggal 19,3 % ibu melahirkan bayi dalam keadaan meninggal. Bahkan ada 3,2% ibu yang memiliki 3 orang bayi yang lahir dalam keadaan meninggal. Hal ini terkait dengan penolong persalinan yang 41,9% ditolong oleh tenaga dukun. Dan yang cukup menjadi perhatian adalah 100% ibu mengatakan akses terhadap pelayanan kesehatan sulit untuk dijangkau sehingga terjadi keterlambatan dalam menghadapi masalah persalinan. Dan berdasarkan observasi di lapangan menunjukkan tidak adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai di lokasi tersebut.

Tingkat pendidikan di Pulau Papandangan juga sangat rendah 80,6% ibu hanya berpendidikan sekolah dasar hal ini diakibatkan di pulau tersebut hanya ada TK, SD dan SMP. Hal inilah yang mengakibatkan 96,8% ibu hanya bekerja sebagai ibu tangga.

2. Sistem Pelayanan Kesehatan

Kementerian Kesehatan mengembangkan rencana aksi dan rencana pengembangan secara operasional untuk penerapan di lapangan meliputi pemberdayaan masyarakat berupa Desa Siaga, Poskesdes, Posyandu, peningkatan pelayanan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Pencegahan Penyakit Menular, Dokter Terbang, Dokter Plus, Rumah Sakit Bergerak, peningkatan pembiayaan kesehatan berupa Dana Alokasi Khusus (DAK), Tugas Pembantuan (TP), dana dekonsentrasi, Program Bansos, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Persalinan (Jampersal), peningkatan SDM khususnya SDM Kesehatan berupa Pegawai Tidak Tetap (PTT), Penugasan Khusus, Tugas Belajar, peningkatan pemenuhan obat dan peralatan kesehatan, peningkatan manajemen kesehatan (termasuk pelatihan manajemen Puskesmas, program Surveillance); pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar (PONED) di

Puskesmas dan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) dan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit; peningkatan penampilan dan Kinerja Puskesmas di daerah perbatasan antar negara; serta pengembangan Flying Health Care; dan Pendukung transpor antarpulau dengan Puskesmas Keliling Perairan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Sistem pelayanan kesehatan dalam penelitian ini terkait ketersediaan layanan kesehatan yang tersedia di pulau Pulau Papandangan Kelurahan Mattiroujung Kecamatan Liukang Tupabbiring Kabupaten Pangkep sejauh mana pelayanan kesehatan yang ada mampu memenuhi semua kebutuhan masyarakat terutama terkait penolong persalinan. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa 31 orang atau 100% responden mengatakan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang ada di tempat tersebut masih kurang.

Setelah dihubungkan untuk melihat keterkaitan antara pemilihan penolong persalinan dengan sistem pelayanan kesehatan ternyata peneliti menemukan bahwa 41,9% ibu melaksanakan persalinan ke dukun karena menganggap sistem pelayanan kesehatan yang ada di pulau tersebut sangat kurang memadai. Bahkan berdasarkan observasi di lapangan peneliti melihat sistem pelayanan kesehatan yang ada di pulau tersebut seakan bangunan tidak berpenghuni karena selain fasilitas yang tidak memadai di tempat tersebut juga tidak tersedia dokter yang selalu ada ketika dibutuhkan.

Bahkan seluruh hasil penelitian menemukan bahwa hampir 100% ibu mengatakan di pulau tersebut fasilitas pelayanan kesehatan tidak memadai, ketika dibutuhkan puskesmas pembantu di tempat tersebut tidak ada petugas.

3. Penyedia Pelayanan Kesehatan yang Lain (Dukun)

Penyedia Pelayanan Kesehatan yang Lain (dukun) adalah penolong orang yang melahirkan Bayi di mana mulai ada tanda-tanda Bayi akan lahir. Menurut Kogers dan Salomon. hampir dua pertiga dari jumlah kelahiran di dunia ditolong oleh dukun bayi. Salah satu sebabnya jumlah dokter dan bidan yang belum sebanding dengan jumlah penduduk yang harus dilayani. Oleh karena itu dukun masih mempunyai peran penting dalam membantu masyarakat, khususnya di bidang kehamilan dan persalinan (Sianipar T, 1992).

Berdasarkan penelitian menunjukkan 83,9 % ibu merasa bahwa penyedia pelayanan lain atau dalam hal ini dukun masih kurang dipercayai. Namun banyak faktor yang menyebabkan mengapa 41,9% ibu memilih penolong persalinan oleh tenaga dukun.

Hasil observasi di lapangan menunjukkan masih adanya ibu yang lebih percaya dengan kemampuan dukun, bahkan menurut salah satu ibu mengatakan bahwa dia pernah melakukan persalinan bukan dengan dukun ternyata anaknya meninggal makanya di anak berikut dia memilih persalinan dengan tenaga dukun selain murah, dukun juga bisa membantu persalinan di rumah ibu.

Hasil penelitian menunjukkan pula bahwa ketika ditanyakan mengenai siapakah penolong yang ibu pilih ketika membutuhkan pertolongan persalinan 51,6% ibu mengatakan lebih memilih ditolong oleh dukun artinya dipulau ini kepercayaan ibu terhadap keberadaan dukun sangat besar. Bukan hanya dipengaruhi oleh sistem pelayanan kesehatan yang kurang ataupun akses terhadap pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Latifah Imelda (2010) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun bayi di Desa Banjarsari, Kecamatan Grabag, Kabupaten Magelang menunjukkan 55,6 % ibu memilih pertolongan persalinan oleh tenaga dukun.

Hal tersebut menunjukkan bahwa di beberapa daerah di Indonesia kepercayaan terhadap dukun masih cukup tinggi sehingga yang perlu menjadi perhatian adalah bagaimana pemerintah Indonesia mampu memitragkan dukun dengan tenaga kesehatan yang ada sehingga mampu mengurangi angka kematian bayi.

4. Persepsi Ibu

Bagaimana pandangan ibu dalam memandang persalinan, mencari penolong, dan tanggapannya terkait apa yang akan dan telah dilakukan ketika membutuhkan pertolongan persalinan. Pandangan atau persepsi merupakan proses kerja sama melalui perantaraan pikiran sehat yang muncul pada seseorang, mencakup dua persepsi kerja yang saling berkaitan yaitu menerima kesan melalui penglihatan penafsiran dan

penetapan arti atas kesan-kesan indrawi yang melahirkan pandangan-pandangan seseorang terhadap sesuatu objek.

Berbagai persepsi masyarakat terhadap pertolongan persalinan oleh bidan dan dukun bayi selama ini menjadi makna bagi masyarakat, banyak persepsi yang kurang positif terhadap kehadiran bidan menjadi persepsi semu dimasyarakat sehingga peran bidan dikalangan masyarakat yang masih sangat tradisional dan memegang budaya masih belum dapat diterima dengan baik. Seperti kita ketahui bersama banyak faktor yang mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap pertolongan persalinan oleh tenaga Bidan, dan lebih memilih persalinan oleh dukun bayi hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu yang masih rendah, faktor sosial-budaya yang masih kental, ekonomi keluarga dan banyak faktor lainnya.

Pandangan masyarakat terhadap Dukun dan Bidan dilihat dari kemampuan, kesabaran, pengalaman, pembiayaan, dan dari mana penolong tersebut berasal, terkait dengan faktor internal di antaranya norma, keyakinan, pengetahuan dan sikap.

Hasil penelitian menunjukkan persepsi ibu terkait penolong persalinan cukup baik 100% ibu memiliki persepsi yang sangat baik terkait mencari penolong persalinan. Namun hasil penelitian menunjukkan pengaruh orang sekitar sangat menentukan seorang ibu dalam memilih penolong persalinan. 58,1% ibu yang persepsinya cukup baik terkait penolong persalinan memilih ditolong oleh tenaga kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Latifah Imelda (2010) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun bayi di Desa Banjarsari, Kecamatan Grabag, Kabupaten Magelang menunjukkan 100% ibu memiliki persepsi baik dalam memilih penolong persalinan. Namun, setelah dilakukan uji hubungan menunjukkan tidak ada hubungan antara persepsi ibu dengan pemilihan penolong persalinan.

5. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai kemungkinan dari masyarakat di pulau kecil mendapatkan pelayanan kesehatan saat dibutuhkan. Dalam hal ini dibedakan sebagai keadaan geografi dari suatu wilayah, kemampuan keuangan dan sosial

akseptabilitas. Konsep dari akses pelayanan kesehatan adalah meliputi kemampuan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan dari suatu fasilitas kesehatan. Dalam penelitian ini peneliti membatasi akses terhadap kemudahan jangkauan pelayanan, jarak tempuh, waktu tempuh dan transportasi yang digunakan untuk menjangkau pelayanan tersebut.

Tantangan pelayanan kesehatan di Pulau Papandangan cukup berarti dikarenakan kondisi geografisnya dan iklim yang sering sangat ekstrem sehingga menyebabkan keterbatasan dari masyarakat ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih lengkap yang berlokasi di daratan menjadi kurang. Untuk menuju pulau terdekat pun cukup sulit untuk dijangkau, ditambah dengan sarana komunikasi yang hanya menggunakan roger karena belum ada sinyal telepon seluler di Pulau Papandangan. Demikian pula minat tenaga kesehatan untuk bertugas di daerah ini dan sekitarnya agak rendah. Hal ini terbukti walaupun ada fasilitas kesehatan berupa puskesmas pembantu namun tidak berfungsi dikarenakan tenaga kesehatan tidak berminat untuk bermukim. Keadaan lain adalah peralatan medis yang tersedia untuk pelayanan kesehatan belum lengkap.

Akses terhadap pelayanan kesehatan. Seberapa mudah pelayanan kesehatan untuk dijangkau dari segi jarak, alat transportasi yang digunakan dan seberapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian ditemukan 100% ibu mengatakan akses terhadap pelayanan kesehatan sulit untuk dijangkau. Untuk menemukan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat harus ditempuh lebih dari 1 jam menggunakan kapal atau perahu.

Berdasarkan pengalaman selama penelitian peneliti menemukan bahwa daerah tersebut tidak dapat dijangkau jika kondisi atau cuaca sedang tidak baik. Bahkan terkadang kapal atau perahu tidak selamanya tersedia setiap hari. Masyarakat kadang menumpang pada perahu nelayan jika ada tangkapan ikan. Jika hasil tangkapan sedikit biasanya para nelayan tidak melakukan penyeberangan. Untuk menyeberang ke Pulau Papandangan dari Kabupaten Maros ditempuh 4-5 jam perjalanan menggunakan kapal atau perahu sehingga apabila ibu yang ingin melakukan persalinan dan berniat untuk melakukan persalinan ke fasilitas kesehatan harus menyeberang 1 bulan sebelum perkiraan persalinan, jika tidak maka dengan terpaksa ditolong oleh dukun atau bidan. Namun banyak juga ibu yang memang berniat untuk melahirkan di pulau tersebut

Penelitian tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Latifah Imelda (2010) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun bayi di Desa Banjarsari, Kecamatan Grabag, Kabupaten Magelang. Penelitian Imelda menunjukkan bahwa akses menuju sarana kesehatan dari 20 orang (55,6%) terjangkau dan akses menuju sarana kesehatan dari 16 orang (44,4%) tidak terjangkau.

Penelitian ini pula berbeda dengan hasil penelitian Indrawati (2013) mengenai Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Penolong Persalinan di Desa Gema Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Kiri Hulu I Kabupaten Kampar Tahun 2013. Hasil penelitian Indrawati menunjukkan dari 43 responden, 25 responden berada pada kategori jauh dari pelayanan kesehatan, dengan sebaran 3 responden (12%) memilih nakes sebagai penolong persalinan dan 22 responden (88%) memilih nonnakes sebagai penolong persalinan.

6. Pemilihan Penolong Persalinan

Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi. Tenaga yang dapat memberikan pertolongan persalinan dapat dibedakan menjadi 2, yaitu tenaga profesional dan dukun bayi.² Berdasarkan indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pertolongan persalinan sebaiknya oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan, dan perawat bidan) tidak termasuk oleh dukun bayi.

Berdasarkan data yang ditemukan 41,9% ibu memilih melakukan persalinan dibantu oleh dukun. Alasan ibu memilih dibantu oleh dukun sangat bervariasi di antaranya ketika tidak dibantu dukun pada anak pertamanya meninggal sehingga dia lebih memilih kembali ke dukun, jarak rumah ibu dengan dukun cukup dekat sehingga tidak membutuhkan banyak biaya dan dukun juga tidak menentukan tarif dalam memberikan pelayanan, apabila dibantu dukun ibu bisa melakukan persalinan di rumah sendiri, namun banyak juga yang mengatakan memilih dukun karena tidak

sempat lagi ke fasilitas kesehatan dengan jarak tempuh lebih dari 5 jam penyeberangan laut.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Masita dkk. (2010). Mengenai pemilihan penolong persalinan 50,4% persalinan ditolong oleh Dukun sedangkan oleh tenaga kesehatan hanya 49,6%. Tingginya angka kepercayaan ibu terhadap dukun dalam melakukan persalinan dipengaruhi oleh beberapa hal di antaranya akses terhadap pelayanan kesehatan, kepercayaan ibu terhadap dukun juga cukup tinggi, berdasarkan observasi meskipun ibu dibantu oleh tenaga kesehatan ibu masih membutuhkan dukun untuk memijat perut ibu ketika usia persalinan sudah cukup tua atau sudah masuk trisemester 3. Hal ini diakibatkan karena ketika hamil banyak mitos yang masih melekat di masyarakat terkait beberapa hal salah satunya masih dibutuhkannya tenaga dukun sebagai tempat konsultasi kehamilan.

Namun yang perlu menjadi perhatian adalah masih adanya bayi yang lahir mati penyebabnya selain kesiapan dari sarana pelayanan kesehatan yang tidak ada, lambatnya pertolongan persalinan ketika terjadi komplikasi pasca persalinan yang ditolong oleh dukun.

BAB VII

Hasil Penelitian untuk Mengetahui Faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Ibu dan Anak ST Khadijah I Kota Makassar Tahun 2016

Kesehatan merupakan salah satu aspek yang menentukan tinggi rendahnya standar hidup seseorang. Status kesehatan yang baik dibutuhkan oleh manusia untuk menopang semua aktivitas hidup. Setiap individu akan berusaha mencapai status kesehatan tersebut dengan menginvestasikan dan atau mengkonsumsi sejumlah barang dan jasa kesehatan. Maka untuk mencapai kondisi kesehatan yang baik tersebut dibutuhkan sarana kesehatan yang baik pula.

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim. (Depkes RI, 2004). Ada dua cara persalinan, yaitu persalinan lewat vagina, lebih dikenal dengan persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi *caesar*, yaitu bayi dikeluarkan lewat pembedahan perut (Kasdu, 2003).

Salah satu jenis pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah *Sectio Caesaria* (SC), di mana SC adalah suatu persalinan buatan di mana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin di atas 500 gram (Prawiroharjo, 2000).

Banyak faktor yang menyebabkan seorang ibu memutuskan untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea*, ada yang diakibatkan karena adanya indikasi medis dan indikasi non medis. Menurut penelitian (Sitorus, 2007) tentang persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah lebih fokus dengan indikasi medis di mana *demand* pelayanan lebih mengandalkan jaminan pelayanan kesehatan melalui Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), sedang di rumah sakit swasta ditetapkan oleh wewenang penuh dokter yang melakukan persalinan *sectio*

caesarea. Di rumah sakit pemerintah lebih banyak melakukan tindakan preventif sedangkan rumah sakit swasta cenderung tidak melakukan Analisis Indikasi dilakukan persalinan *sectio caesarea*.

Angka bedah *sectio caesarea* secara global menunjukkan kenaikan. 30 tahun yang lalu 1 dari 12 persalinan diakhiri dengan *sectio caesarea* sekarang perbandingan dengan ini adalah 1 dari 3 persalinan. Kelayakan kenaikan angka bedah masih diperdebatkan, World Health Organisation (WHO) mematok angka 15% (Rasjidi, 2009). Sedangkan di Indonesia rumah sakit pemerintah rata-rata 11% dan di rumah sakit swasta sendiri bisa lebih dari 30% (Judhita, 2009).

Jumlah persalinan *sectio caesarea* di Indonesia, terutama di rumah sakit pemerintah adalah sekitar 20-25% dari total jumlah persalinan, sedangkan di rumah sakit swasta jumlahnya lebih tinggi yaitu sekitar 30-80% dari total jumlah persalinan (Mulyawati, dkk., 2011). Peningkatan persalinan dengan *sectio caesarea* dilakukan dengan berbagai alasan. Survei Majalah Kartini edisi ibu dan anak (2008) menunjukkan bahwa sebanyak 83,5% responden melakukan persalinan *sectio caesarea* karena keputusan dokter berdasarkan komplikasi medis, 10% responden lainnya beralasan memilih persalinan *sectio caesarea* karena kehamilan sebelumnya juga melalui cara yang sama, sementara sisanya sebanyak 6,5% responden memilih melahirkan secara *sectio caesarea* karena tidak ingin merasakan nyeri hebat, merasakan persalinan dengan proses yang relatif cepat, faktor estetika (tidak ingin elastisitas vagina berubah), bisa menentukan tanggal kelahiran bayi, dan adanya rekomendasi kerabat (Sari, 2009).

Data yang didapatkan dari dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009 ditemukan 4305 kasus *sectio caesarea* dan meningkat pada Tahun 2010 menjadi 8366 kasus. Adapun data untuk wilayah Makassar, Sulawesi Selatan yang tercatat di RSIA Siti Fatima Makassar terjadi peningkatan dari 5,5% pada tahun 2000 menjadi 8,4% pada tahun 2001, kemudian sebesar 10% dari seluruh persalinan pada tahun 2002 dan 17% pada tahun 2003 (Ahmad, 2004). Kemudian pada tahun 2008 di RSB Pertiwi Makassar tercatat 620 (38,3%) persalinan dilakukan melalui bedah Caesar dari total 1619 persalinan (Data Sekunder RSB Pertiwi, 2008). Tingginya prevalensi ini tentu dipengaruhi banyak faktor termasuk

indikasi medis yang mewajibkan sang ibu menjalani persalinan dengan bedah *caesar*.

Data yang ada di Rumah Sakit Ibu dan Anak ST Khadijah I pada Tahun 2015 6,801 pasien melakukan persalinan di RSB Siti Khadijah I. Namun rasio yang melakukan persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit ini prevalensinya terus meningkat. Di rumah sakit ini melayani kurang lebih sekitar 40% pelayanan *sectio caesarea*. Hal ini membuktikan bahwa banyaknya prevalensi ibu hamil yang melakukan pelayanan *sectio caesarea* di rumah sakit tersebut.

A. *Sectio Caesarea*

Indikasi persalinan *sectio caesarea* yang dibenarkan dapat terjadi secara tunggal atau secara kombinasi, prevalensi persalinan *sectio caesarea* mengalami peningkatan yang sangat pesat hal ini disebabkan oleh keputusan dalam menegakkan indikasi semakin longgar dan indikasi persalinan *sectio caesarea* semakin berkembang, selain indikasi medis ada pula indikasi non medis. Sebelum dilakukan persalinan SC hal yang harus selalu diperhatikan adalah mengetahui indikasi apa saja perlu tindakan tersebut, cara apa yang dikerjakan dan bagaimana penyembuhan luka tersebut. Ada beberapa hal yang perlu di perhatikan dalam persalinan SC (Rasjidi, 2009):

1. Indikasi Persalinan *Sectio Caesarea* Indikasi Mutlak Faktor mutlak untuk dilakukan SC dapat dibagi menjadi dua indikasi, yang pertama adalah indikasi ibu, antara lain: panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang kuatnya stimulasi, adanya tumor jalan lahir, stenosis serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, dan ruptur uteri. Indikasi yang kedua adalah indikasi janin, antara lain: kelainan otak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, dan mencegah hipoksia janin karena preeklamsia. Indikasi Relatif Yang termasuk faktor dilakukan persalinan SC secara relatif, antara lain: riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia fetal distress, preeklamsia berat, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu atau gemeli.
2. Indikasi sosial permintaan ibu untuk melakukan *sectio caesarea* sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan *sectio*

caesarea. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan didiskusikan. Beberapa Analisis Indikasi dilakukan Persalinan *Sectio Caesarea* Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten alasan ibu meminta dilakukan persalinan *sectio caesarea*, antara lain: ibu yang melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ibu yang ingin *sectio caesarea* secara elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan, namun keputusan pasien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya.

Pelaksanaan persalinan SC tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali telah melalui konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan SC, bila pasien dengan sadar dan tanpa tekanan memutuskan untuk dilakukan persalinan SC, surat permintaan tindakan medis harus ditandatangani oleh pasien, saksi dari keluarga pasien, dokter, dan saksi dari kalangan medis Kontra Indikasi *Sectio Caesarea* Kontraindikasi dilakukan *sectio caesarea* adalah tidak adanya indikasi yang tepat untuk melakukan *sectio caesarea*. Analisis Indikasi dilakukan persalinan *sectio caesarea* di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Adapun secara lebih rinci dari kontraindikasi *sectio caesarea* adalah: Janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi progenik pada dinding abdomen, minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea*. Sebaiknya sebelum dilakukan persalinan SC perlu dilakukan pemeriksaan: Kadar Hb, pemeriksaan *ultra sound* pada usia 12 sampai 20 minggu, pemeriksaan Doppler untuk mengetahui kondisi jantung janin, pemeriksaan hormon Hcg untuk mengetahui umur kehamilan, amniosentesis untuk mengetahui fungsi paru janin.

Jenis *Sectio Caesarea* Jenis *sectio caesarea* berdasarkan irisannya ada 2 macam:

1. SC segmen analisis indikasi dilakukan persalinan *sectio caesarea* di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bawah, untuk indikasi: janin letak memanjang, masih ingin anak, tidak ada kesulitan mencapai segmen bawah rahim (SBR).
2. Untuk indikasi: kesulitan mencapai SBR, letak lintang dengan janin besar, gawat janin, plasenta previa dengan insersi di depan, sterilisa.

Sedangkan menurut waktu pelaksanaan SC ada 2 macam:

1. *Emergency* adalah apabila persalinan tidak segera dikerjakan bisa mengancam keselamatan ibu dan atau janinnya.
2. *Elective* adalah persalinan yang bisa direncanakan waktunya.

B. Rumah Sakit Ibu dan Anak

Menurut World Health Organization, Pengertian Rumah Sakit adalah suatu bagian dari organisasi medis dan sosial yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun preventif pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan penelitian biologi, psikologi, sosial ekonomi dan budaya.

Rumah sakit ibu dan anak adalah rumah sakit yang dilengkapi dengan fasilitas untuk melahirkan pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan ibu dan anak serta berada di bawah pengawasan dokter dan atau bidan senior.

Organisasi rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks dan Unik. Kompleks karena terdapat permasalahan yang sangat rumit. Unik karena di rumah sakit terdapat suatu proses yang menghasilkan jasa perhotelan sekaligus jasa medis dan perawatan dalam bentuk pelayanan kepada pasien yang rawat inap maupun berobat jalan. Rumah sakit merupakan suatu organisasi padat karya dengan latar belakang pendidikan berbeda-beda. Dalam rumah sakit terdapat berbagai macam fasilitas pengobatan dan berbagai macam peralatan. Orang yang dihadapi di rumah sakit adalah orang-orang beremosi labil dan emosional karena sedang dalam keadaan sakit, termasuk keluarga pasien. Oleh karena itu, pelayanan rumah sakit jauh lebih kompleks dari pada hotel.

Rumah sakit merupakan industri pada modal dan padat karya (padat sumber daya) serta padat teknologi. Sumber daya manusia merupakan komponen utama proses pelayanan dalam rumah sakit. Jenis produk atau jasa rumah sakit dapat berupa *private goods* (pelayanan dokter, keperawatan farmasi, gizi), *public goods* (layanan parkir, *front office*, *cleaning service*, *house keeping*, *laundry*) dan *externality* (imunisasi).

Tujuan Rumah Sakit adalah untuk menghasilkan produk, jasa atau pelayanan kesehatan yang benar-benar menyentuh kebutuhan dan harapan

pasien dari berbagai aspek, yang menyangkut medis dan non medis, jenis pelayanan, prosedur pelayanan, harga dan informasi yang dibutuhkan.

Berikut merupakan tugas sekaligus fungsi dari rumah sakit, yaitu:

1. Melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis,
2. Melaksanakan pelayanan medis tambahan, pelayanan penunjang medis tambahan,
3. Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman,
4. Melaksanakan pelayanan medis khusus,
5. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan,
6. Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi,
7. Melaksanakan pelayanan kedokteran sosial,
8. Melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan,
9. Melaksanakan pelayanan rawat jalan atau rawat darurat dan rawat tinggal (observasi),
10. Melaksanakan pelayanan rawat inap,
11. Melaksanakan pelayanan administratif,
12. Melaksanakan pendidikan para medis,
13. Membantu pendidikan tenaga medis umum,
14. Membantu pendidikan tenaga medis spesialis,
15. Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan,
16. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

Tugas dan fungsi ini berhubungan dengan kelas dan tipe rumah sakit yang di Indonesia terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, kelas a, b, c, d. berbentuk badan dan sebagai unit pelaksana teknis daerah. perubahan kelas rumah sakit dapat saja terjadi sehubungan dengan turunnya kinerja rumah sakit yang ditetapkan oleh menteri kesehatan indonesia melalui keputusan dirjen yang medik.

Jenis-Jenis Rumah Sakit

1. Rumah sakit umum

Melayani hampir seluruh penyakit umum, dan biasanya memiliki institusi perawatan darurat yang siaga 24 jam (ruang gawat darurat) untuk mengatasi bahaya dalam waktu secepatnya dan memberikan pertolongan pertama.

Rumah sakit umum biasanya merupakan fasilitas yang mudah ditemui di suatu negara, dengan kapasitas rawat inap sangat besar untuk perawatan intensif ataupun jangka panjang. Rumah sakit jenis ini juga dilengkapi dengan fasilitas bedah, bedah plastik, ruang bersalin, laboratorium, dan sebagainya. Tetapi kelengkapan fasilitas ini bisa saja bervariasi sesuai kemampuan penyelenggaranya.

Rumah sakit yang sangat besar sering disebut *Medical Center* (pusat kesehatan), biasanya melayani seluruh pengobatan modern.

2. Rumah sakit terspesialisasi

Jenis ini mencakup *trauma center*, rumah sakit anak, rumah sakit manula, atau rumah sakit yang melayani kepentingan khusus seperti *psychiatric (psychiatric hospital)*, penyakit pernapasan, dan lain-lain. Rumah sakit bisa terdiri atas gabungan atau pun hanya satu bangunan.

3. Rumah sakit penelitian/pendidikan

Rumah sakit penelitian/pendidikan adalah rumah sakit umum yang terkait dengan kegiatan penelitian dan pendidikan di fakultas kedokteran pada suatu universitas/lembaga pendidikan tinggi. Biasanya rumah sakit ini dipakai untuk pelatihan dokter-dokter muda, uji coba berbagai macam obat baru atau teknik pengobatan baru. Rumah sakit ini diselenggarakan oleh pihak universitas/ perguruan tinggi sebagai salah satu wujud pengabdian masyarakat/Tri Dharma Perguruan Tinggi.

4. Rumah sakit lembaga/perusahaan

Rumah sakit yang didirikan oleh suatu lembaga/perusahaan untuk melayani pasien-pasien yang merupakan anggota lembaga tersebut/karyawan perusahaan tersebut. Alasan pendirian bisa karena penyakit yang berkaitan dengan kegiatan lembaga tersebut (misalnya rumah sakit militer, lapangan udara), bentuk jaminan sosial/pengobatan gratis bagi karyawan, atau karena letak/lokasi perusahaan yang terpencil/jauh dari rumah sakit umum. Biasanya rumah sakit lembaga/perusahaan di Indonesia juga menerima pasien umum dan menyediakan ruang gawat darurat untuk masyarakat umum.

5. Klinik

Fasilitas medis yang lebih kecil yang hanya melayani keluhan tertentu. Biasanya dijalankan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat atau dokter-dokter yang ingin menjalankan praktik pribadi. Klinik biasanya hanya menerima rawat jalan. Bentuknya bisa pula berupa kumpulan klinik yang disebut poliklinik.

C. Variabel Penelitian

1. Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah uang yang diterima oleh suatu perusahaan dari suatu aktivitas yang dilakukannya, dan kebanyakan aktivitas tersebut adalah aktivitas penjualan produk dan atau penjualan jasa kepada konsumen. Kata pendapatan dalam dunia bisnis bukanlah hal yang asing. Bagi investor, pendapatan tidak terlalu penting jika dibandingkan dengan keuntungan, yang merupakan jumlah uang yang akan diterima setelah dikurangi dengan pengeluaran.

Tingkat Pendapatan Keluarga:

- a. Data Ekonomi Keluarga Data ekonomi keluarga meliputi: 1. Pekerjaan (pekerjaan utama, misalnya pekerjaan pertanian, dan pekerjaan tambahan, misalnya pekerjaan musiman). 2. Pendapatan keluarga (gaji, upah, imbalan, industri rumah tangga, pertanian pangan/non pangan, dan hutang). 3. Kekayaan yang terlihat seperti tanah, jumlah ternak, mobil, motor, dan lain-lain). 4. Pengeluaran/ anggaran (pengeluaran untuk makanan, pakaian, listrik, pendidikan, minyak/bahan bakar, transportasi, rekreasi, dan lain-lain). 5. Harga makanan yang tergantung pada pasar dan variasi musim (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2012).

b. Sumber Pendapatan Keluarga

Pendapatan Keluarga adalah jumlah pendapatan tetap dan sampingan dari kepala keluarga, ibu, dan anggota keluarga lain dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh anggota keluarga yang dinyatakan dalam rupiah per kapita per bulan (Ernawati, 2006). Sumber-sumber pendapatan keluarga didapatkan dari upah, gaji, imbalan, industri rumah tangga, dan pertanian pangan/non pangan. kekayaan berbeda dengan Pendapatan, karena kekayaan

menandakan kepemilikan saham aset, sedangkan pendapatan merupakan aliran daya beli. Kekayaan mewakili kapasitas yang lebih permanen dalam jangka panjang, sedangkan pendapatan mewakili kapasitas dalam jangka pendek. Kekayaan dan pendapatan berkorelasi positif, karena pendapatan yang disimpan dan/atau diinvestasikan dapat menjadi kekayaan, dan kekayaan dapat menjadi sumber penghasilan, keluarga dengan berpenghasilan lebih dapat menambah kekayaan, dan keluarga dengan kekayaan lebih dapat memperoleh tambahan pendapatan (Raffalovich, Monnat, & Tsao, 2009).

2. Pengetahuan

Pengertian Pengetahuan Menurut Notoatmodjo

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pengetahuan Menurut Notoatmodjo. Menurut Notoatmodjo (2010) Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekadar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

3. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) yaitu proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau sekelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Di dalam Undang-Undang Republik Indonesia pasal 1 Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional, pengertian pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Sisdiknas, 2003).

Pendidikan sering diartikan sebagai usaha manusia untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai di dalam masyarakat dan kebudayaan. Selanjutnya, pendidikan diartikan sebagai usaha yang dijalankan oleh seseorang atau kelompok orang lain agar menjadi dewasa atau mencapai tingkat hidup atau penghidupan yang lebih tinggi dalam arti mental (Hasbullah, 2008).

Menurut Basrowi (2010) pendidikan mempunyai tugas menyiapkan sumber daya manusia untuk pembangunan. Derap langkah pembangunan selalu diupayakan seirama dengan tuntutan zaman. Sementara menurut Muliani (2009) perkembangan zaman selalu memunculkan persoalan-persoalan baru yang tidak pernah terpikirkan sebelumnya.

Tingginya rata-rata tingkat pendidikan masyarakat sangat penting bagi kesiapan bangsa menghadapi tantangan global di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Tingkat pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Suhardjo, 2007).

Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Suhardjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2003) tingkat pendidikan dapat dibedakan berdasarkan tingkatan-tingkatan tertentu seperti:

- a. Pendidikan dasar awal selama 9 tahun meliputi SD/ sederajat, SLTP/ sederajat.
- b. Pendidikan lanjut
 - 1) Pendidikan menengah minimal 3 tahun meliputi SMA atau sederajat dan;
 - 2) Pendidikan tinggi meliputi diploma, sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

4. Umur

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di pandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama (Nuswantari, 1998). Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Hoetomo, 2005). Sedangkan usia ibu hamil adalah usia ibu yang diperoleh melalui pengisian kuesioner.

Penyebab kematian maternal dari faktor reproduksi di antaranya adalah *maternal age*/usia ibu. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal

bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun (Sarwono, 2008).

Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial dan ekonomi (Ruswana, 2006).

Usia ibu kurang dari 20 tahun Remaja adalah individu antara umur 10-19 tahun. Penyebab utama kematian pada perempuan berumur 15-19 tahun adalah komplikasi kehamilan, persalinan, dan komplikasi keguguran. Kehamilan dini mungkin akan menyebabkan para remaja muda yang sudah menikah merupakan keharusan sosial (karena mereka diharapkan untuk membuktikan kesuburan mereka), tetapi remaja tetap menghadapi risiko-risiko kesehatan sehubungan dengan kehamilan dini dengan tidak memandang status perkawinan mereka. Kehamilan yang terjadi pada sebelum remaja berkembang secara penuh, juga dapat memberikan risiko bermakna pada bayi termasuk cedera pada saat persalinan, berat badan lahir rendah, dan kemungkinan bertahan hidup yang lebih rendah untuk bayi tersebut. Wanita hamil kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil.

Manuaba (2007), menambahkan bahwa kehamilan remaja dengan usia di bawah 20 tahun mempunyai risiko:

- a. Sering mengalami anemia.
- b. Gangguan tumbuh kembang janin.
- c. Keguguran, prematuritas, atau BBLR.
- d. Gangguan persalinan.
- e. Preeklamsia.
- f. Perdarahan antepartum. Para remaja yang hamil di negara-negara berkembang seringkali mencari cara untuk melakukan aborsi. Di negara-negara di mana aborsi adalah ilegal atau dibatasi oleh ketentuan usia, para remaja ini mungkin akan mencari penolong

ilegal yang mungkin tidak terampil atau berpraktik di bawah kondisi-kondisi yang tidak bersih. Aborsi yang tidak aman menempati proporsi tinggi dalam kematian ibu di antara para remaja.

Usia ibu lebih dari 35 tahun Risiko keguguran spontan tampak meningkat dengan bertambahnya usia terutama setelah usia 30 tahun, baik kromosom janin itu normal atau tidak, wanita dengan usia lebih tua, lebih besar kemungkinan keguguran baik janinnya normal atau abnormal (Murphy, 2000). Semakin lanjut usia wanita, semakin tipis cadangan telur yang ada, indung telur juga semakin kurang peka terhadap rangsangan gonadotropin. Makin lanjut usia wanita, maka risiko terjadi abortus, makin meningkat karena menurunnya kualitas sel telur atau ovum dan meningkatnya risiko kejadian kelainan kromosom (Samsulhadi, 2003).

5. Dukungan Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan adalah seseorang yang dihargai, dihormati dimata klien karena mereka berstatus tinggi sesuai dengan pendidikannya. Perannya dalam kesehatan sangat dibutuhkan, untuk itu petugas kesehatan harus mampu memberikan kondisi yang dapat mempengaruhi perilaku positif terhadap kesehatan. Tenaga kesehatan akan berupaya meningkatkan kesehatan klien dengan mempengaruhi perilaku mereka. Pengaruh tersebut tergantung pada komunikasi persuasif yang ditujukan pada klien meliputi perhatian, pemahaman, ingatan penerima dan perubahan perilaku. Dengan adanya komunikasi tersebut akan diciptakan dan dipertahankan suatu hubungan yang akan membantu hal positif untuk mendorong klien dalam melakukan tindakan yang bermanfaat bagi kesehatan diri dan keluarganya. Dukungan sosial dari petugas kesehatan terlihat saat petugas melaksanakan pelayanan kesehatan, yaitu dengan menjelaskan, mengajak, memberi simpati dan memberikan contoh untuk berperilaku sehat (Widdefrita, Mohanis, 2015)

6. Sikap

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap objek tertentu. Sikap meliputi faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan untuk mengungkapkan dari objek tertentu. Menurut Newcomb dalam

Notoatmodjo (2012) sikap merupakan kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Menurut Alport dalam Soekidjo Notoatmodjo (2012) sikap terdiri dari tiga komponen, yaitu:

- a. Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Komponen-komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam menentukan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi merupakan hal yang sangat penting. Menurut Notoatmodjo (2012) sikap mempunyai 4 tingkat dalam intensitasnya, yaitu:

- a. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa seseorang mau menerima stimulus yang diberikan.
- b. Menanggapi (*responding*) diartikan memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuing*) diartikan seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*) adalah bertanggung jawab apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

D. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang di dapatkan oleh penulis Nurgahayu (2016) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Khadijah I Muhammadiyah Makassar, yaitu:

1. Fasilitas ruang perawatan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa di RSIA ST Khadijah I memiliki 53 ruangan dengan fasilitas terbanyak 24 fasilitas ruangnya untuk pasien kelas III, dan paling sedikit 1 ruang VVIP.

2. Tenaga pendukung

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa di RSIA Siti Khadijah I memiliki 49 tenaga medis dan non medis,

namun berdasarkan tabel tersebut menunjukkan bahwa pegawai terbanyak adalah pegawai non kesehatan sebanyak 35 orang.

3. Tingkat gravida. Tingkat gravida adalah istilah medis yang sering digunakan untuk wanita hamil yang menunjukkan jumlah kehamilan. Dalam penelitian ini peneliti melihat responden hamil anak ke berapa.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan gravida menunjukkan bahwa yang paling banyak melakukan persalinan adalah 35 orang (35%) melahirkan anak pertama (gravida ke-1), sedangkan yang paling sedikit adalah 4 orang (4%) adalah melahirkan anak ke lima atau gravida ke-5.

4. Usia kehamilan pada saat melakukan persalinan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden pada saat melakukan persalinan usia kehamilan tepat 9 bulan merupakan responden terbanyak sebesar 75 orang (75%), sedangkan paling sedikit yang usia kehamilannya kurang dari 9 bulan (<9 bulan) pada saat persalinan yaitu sebesar 12 orang (12%).

5. Kelas perawatan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden kelas perawatan yang dipilih oleh pasien paling banyak adalah Kelas II sebanyak 36 orang (36%) sedangkan paling sedikit pada VIP sebanyak 16 orang (16%).

6. Pendapatan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan pendapatan keluarga terbanyak adalah berpendapatan sedang sebanyak 74 orang atau sekitar 74%, dan paling sedikit yang pendapatan keluarganya rendah sebanyak 12 orang atau sekitar 12%.

7. Tingkat pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden 42 orang atau sekitar 42 % responden tingkat

pengetahuannya kurang terkait pengetahuan mengenai *sectio caesarea*, dan 58 orang atau sekitar 58% pengetahuannya cukup.

8. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan 9 orang responden atau sekitar 9% tingkat pendidikannya rendah, dan 91 orang atau sekitar 91% tingkat pendidikannya tinggi.

9. Umur

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan umur, 31 orang responden atau sekitar 31% pada kategori umur berisiko, dan 69 orang atau sekitar 69% tidak berisiko ketika hamil.

10. Dukungan petugas

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa distribusi responden berdasarkan dukungan petugas yaitu 57 orang responden atau sekitar 57% petugas kesehatan mendukung pasien melakukan persalinan secara *sectio caesarea*, dan 43 orang atau sekitar 43% petugas tidak mendukung.

11. Sikap

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa 6 orang responden atau sekitar 6% sikap negatif untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea*, dan 94 orang atau sekitar 94% bersedia melakukan persalinan secara *sectio caesarea*.

12. Pelayanan *sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa 75 orang responden atau sekitar 75% yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea*, dan 25 orang atau sekitar 25% melakukan persalinan secara normal.

13. Hubungan pendapatan keluarga dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling banyak responden yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan status pendapatan sedang sebanyak 55 orang atau sekitar 74,3 % dari responden yang memiliki pendapatan sedang. Sedangkan paling sedikit adalah yang memiliki pendapatan rendah dengan melakukan persalinan secara normal sebanyak 2 orang atau sekitar 16,7 % dari responden yang berpendapatan rendah.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,757 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pelayanan *sectio caesarea*.

14. Hubungan tingkat pengetahuan dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling banyak responden yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan tingkat pengetahuan cukup sebanyak 49 orang atau sekitar 84,5 % dari responden yang memiliki tingkat pengetahuan cukup. Sedangkan paling sedikit adalah yang melakukan persalinan secara normal dan tingkat pengetahuannya cukup sebanyak 9 orang atau sekitar 15,5% dari 58 responden yang memiliki pengetahuan cukup.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *continuity correction* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,019 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pelayanan *sectio caesarea*.

15. Hubungan tingkat pendidikan dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling banyak responden yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 66 orang atau sekitar 72,5 % dari responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Sedangkan paling sedikit adalah yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dan tingkat pendidikan rendah sebanyak 9 orang atau sekitar 100% dari responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Dan tidak satu pun responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah melakukan persalinan secara normal.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Fisher's Exact Test* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,107 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelayanan *sectio caesarea*.

16. Hubungan umur dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling sedikit responden yang melakukan persalinan secara normal dengan kategori umur berisiko sebanyak 7 orang atau sekitar 22,6 % dari responden yang memiliki kategori umur berisiko. Sedangkan paling banyak adalah yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan kategori umur tidak berisiko sebanyak 51 orang atau sekitar 73,9% dari responden yang kategori umurnya tidak berisiko.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *continuity correction* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,901 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan pelayanan *sectio caesarea*

17. Hubungan dukungan petugas dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling sedikit responden yang melakukan persalinan secara normal dengan kategori mendapatkan dukungan dari petugas sebanyak 2 orang atau sekitar 3,5 % dari responden yang mendapatkan dukungan dari petugas. Sedangkan paling banyak adalah yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan kategori mendapatkan dukungan dari petugas sebanyak 55 orang atau sekitar 96,5% dari responden yang mendapatkan dukungan dari petugas.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *continuity correction* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara dukungan petugas dengan pelayanan *sectio caesarea*

18. Hubungan sikap dengan pelayanan *sectio caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), di peroleh informasi bahwa yang paling sedikit responden yang melakukan persalinan secara

sectio caesarea dengan kategori sikap negatif sebanyak 6 orang atau sekitar 100 % dari responden yang bersikap negatif terhadap pelayanan *sectio caesarea*. Sedangkan paling banyak adalah yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan kategori sikap positif sebanyak 69 orang atau sekitar 73,4% dari responden yang bersikap positif dengan pelayanan *sectio caesarea*. Dan tidak satu pun responden yang melakukan persalinan normal bersikap negatif terhadap pelayanan *sectio caesarea*.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *continuity correction* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara dukungan petugas dengan pelayanan *sectio caesarea*

E. Pembahasan Penelitian

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan tingkat gravida menunjukkan bahwa pada umumnya yang melakukan persalinan secara *sectio caesarea* 35% pasien baru melahirkan pertama kali atau persalinan anak pertama atau biasa disebut sebagai primigravida. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohaya dan Suprida 2009 mengenai hubungan umur, kehamilan dan gravida dengan kejadian preeklamsia pada ibu bersalin di instalasi rawat inap kebidanan dan penyakit kandungan di RSUP DR. Moh Hoesin Palembang Tahun 2009. Menunjukkan bahwa dari 123 ibu bersalin yang primigravida, sebanyak 79 orang (64,2%) yang mengalami preeklamsia. Sedangkan dari 229 ibu bersalin yang multigravida, sebanyak 57 orang (24,9%) yang mengalami preeklamsia. Hasil uji chi-square diperoleh $P\text{-Value} = 0,000$ lebih kecil dari $I = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara gravida dengan kejadian preeklamsia pada ibu bersalin. Dengan demikian hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara gravida dengan kejadian preeklamsia pada ibu bersalin terbukti secara statistik.

Penelitian ini tidak melihat kejadian preeklamsia dan eklampsia pada ibu hamil, namun secara tidak langsung menunjukkan bahwa penyebab ibu melakukan persalinan secara *sectio caesarea*, salah satunya adalah karena akibat preeklamsia. Dan preeklamsia banyak terjadi pada ibu-ibu yang primigravida.

Bagi ibu primigravida belum mempunyai pengalaman melahirkan dibandingkan ibu multigravida. Ibu yang pertama kali melahirkan akan merasa stres atau takut dalam menghadapi persalinan. Ibu multigravida sudah pernah melahirkan sehingga sudah punya pengalaman nyeri saat melahirkan. Ibu yang sudah mempunyai pengalaman melahirkan akan mampu merespons rasa nyeri tersebut. Hal inilah yang menyebabkan ibu memilih melahirkan secara *sectio caesarea*. Primigravida sangat berhubungan dengan pelayanan *sectio caesarea*.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Salfarani mengenai Faktor Pemilihan Persalinan *Sectio Caesarea* Tanpa Indikasi Medis di Rumah Sakit Umum Bunda Thamrin Medan menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah ibu primigravida. Sesuai dengan teori bahwa seseorang wanita yang belum pernah mengalami atau baru akan terjadi lebih sering dan banyak mengalami rasa khawatir dan kecemasan untuk melahirkan dengan spontan sehingga mereka lebih memilih persalinan secara *sectio caesarea*.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan usia kehamilan menunjukkan bahwa 75% ibu bersalin melahirkan pada usia kandungan 9 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa prediksi persalinan sudah tepat, hanya saja di dalam penelitian ini tidak memperlihatkan kaitan antara usia kehamilan dengan persalinan secara *sectio caesarea*. Penyebab seorang ibu melakukan persalinan secara *sectio caesarea* lebih banyak dipengaruhi oleh indikasi medis.

2. Hubungan Pendapatan dengan Pelayanan *Sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan pendapatan keluarga dengan pelayanan *sectio caesarea* di RS di peroleh Nilai $p = 0,757$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pelayanan *sectio caesarea*. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Salfarani, hasil penelitian didapatkan bahwa hanya sebagian kecil responden yang menyetujui bahwa faktor ekonomi dapat mempengaruhi pemilihan persalinan *sectio caesarea* tanpa indikasi medis (Salfarani, 2012). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian. Sarmana (2004) bahwa pendapatan tidak ditemukan sebagai alasan untuk melakukan persalinan *sectio caesarea*.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sarmana (2004) mengenai determinan nonmedis dalam permintaan persalinan *sectio caesarea* di RS ST. Elisabeth Medan menunjukkan tidak ada hubungan antara pendapatan dengan pelayanan *sectio caesarea*. Hal ini diakibatkan karena terkadang dalam melakukan persalinan secara *sectio caesarea* seorang ibu tidak memiliki pilihan lain apabila persalinan secara *sectio caesarea* merupakan pilihan terbaik untuk menyelamatkan seorang ibu apabila ada indikasi medis yang mengharuskan ibu melakukan persalinan secara *sectio caesarea*.

Untuk menentukan persalinan secara *sectio caesarea* perlu adanya pertimbangan keuangan apalagi persalinan dengan operasi akan mengeluarkan biaya yang sangat besar bahkan biaya 3-5 kali dari biaya persalinan secara normal. Sehingga pendapatan menjadi pertimbangan yang sangat penting dalam melakukan persalinan secara *sectio caesarea*.

Berdasarkan data yang ditemukan di lapangan juga menunjukkan bahwa 65% ibu bersalin memiliki pendapatan di atas Upah Minimum Regional (UMR) yaitu di atas Rp. 2.200.000, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pasien yang memanfaatkan pelayanan di Rumah Sakit Ibu dan anak ST. Khadijah I status ekonominya menengah ke atas. Hal ini juga dikuatkan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa 95 % ibu merasa bahwa pendapatan keluarga yang mereka miliki sudah sangat mencukupi kebutuhan mereka sehari-hari, sehingga biaya yang dikeluarkan pada saat melakukan persalinan secara *sectio caesarea* tidak terlalu memberatkan.

3. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Pelayanan *Sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan dengan pelayanan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa 84,5% ibu yang memiliki pengetahuan cukup baik memilih persalinan secara *sectio caesarea*, berdasarkan hasil uji *chi square test* menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pelayanan *sectio caesarea* dengan nilai $p=0,019$.

Hasil pendataan menunjukkan bahwa 58% tingkat pengetahuan ibu cukup baik terkait dengan *sectio caesarea*. Hanya saja ada banyak hal yang belum diketahui oleh ibu terkait dengan *sectio caesarea* di antaranya

adalah 79% ibu tidak mengetahui factor penyebab seseorang dianjurkan untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea*. Pengetahuan yang cukup baik ini diakibatkan karena 91% ibu tingkat pendidikannya tinggi atau minimal pendidikan terakhirnya adalah Sekolah Menengah Atas (SMA).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Isti Marfuah (2012) mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap ibu dalam mobilisasi dini pasca *sectio caesarea* di RSUD Daerah Moewardi. Berdasarkan hasil perhitungan dengan uji Pearson Product Moment yang menggunakan bantuan program SPSS 17.00 for Windows diperoleh nilai $r = 0,385$ dengan nilai signifikansi $p = 0,000$ nilai ini lebih kecil dari *level of significance* (α) sebesar 0,05. Hasil tersebut disimpulkan ada hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap ibu dalam mobilisasi dini pada ibu pasca *Sectio Caesarea* di RSUD Dr. Moewardi. Arah hubungan yang positif memiliki arti bahwa pengetahuan responden menjadikan yang tinggi akan diikuti dengan sikap yang baik mengenai mobilisasi dini pasca *sectio caesarea*. Namun nilai koefisien sebesar 0,385 menurut Sugiyono (2010) nilai 0,385 masuk dalam kategori hubungan yang lemah atau rendah, artinya bahwa sikap ibu dalam mobilisasi tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang mobilisasi saja, terdapat faktor lain yang ikut mempengaruhi sikap responden dalam mobilisasi dini *post sectio caesarea*.

Berdasarkan penelitian menunjukkan meskipun 64% ibu mengetahui komplikasi yang dapat terjadi ketika melakukan persalinan *sectio caesarea*. Namun 75 % ibu tetap memilih persalinan secara *sectio caesarea* diakibatkan karena kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan secara normal di antaranya adalah bayi sungsang, riwayat kehamilan sebelumnya, bayi terlilit tali pusar, *disproporsi cepalopelvic* dan masih banyak alasan medis lainnya.

Hal ini menunjukkan bahwa meskipun seorang ibu mengetahui dampak atau komplikasi yang dapat terjadi setelah *sectio caesarea* namun tidak ada pilihan lain untuk tetap melakukan persalinan secara SC akibat adanya indikasi medis.

Semakin seseorang mengetahui dampak SC maka akan menimbulkan kecemasan yang tinggi bagi seorang ibu untuk melakukan

persalinan secara SC, sehingga persalinan secara SC adalah pilihan terakhir bagi mereka. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hastutu, dkk. (2012) terkait hubungan pengetahuan tentang *Seccio caesarea* dengan kecemasan ibu preoperasi di ruang Catleya RS Panti Waluyo Surakarta, menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan pengetahuan ibu tentang SC dengan kecemasan ibu pasca SC.

4. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pelayanan *Seccio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dengan pelayanan *seccio caesarea* menunjukkan 91% ibu yang memiliki pendidikan tinggi 72,5% memutuskan untuk melakukan persalinan secara *seccio caesarea*. Berdasarkan uji *chi square test* menunjukkan tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelayanan *seccio caesarea*.

Meskipun hasil ini menunjukkan perbedaan antara pendidikan dengan hasil pada pengetahuan yang memiliki hubungan dengan pelayanan SC, hal ini dapat menunjukkan bahwa pengetahuan yang ibu dapat terkait dengan SC bukan melalui pendidikan formal yang mereka terima. Pengetahuan yang cukup terkait dengan SC bias berasal dari mana saja, terutama pada zaman sekarang ini sumber informasi bias berasal dari mana saja sehingga pengetahuan seseorang bisa diperoleh meskipun tanpa melalui pendidikan formal.

Idealnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuan yang dimiliki. Hasil penelitian ini juga menunjukkan hal yang sama 91% pendidikan ibu tinggi (di atas SMA) dan 58% cukup baik, namun tidak signifikan diakibatkan karena masih cukup tinggi persentase ibu yang memiliki pengetahuan kurang terkait SC yaitu 42%. Hal ini diakibatkan karena pengetahuan terkait SC tidak diperoleh di bangku pendidikan akibat latar belakang pendidikan bukan dari kesehatan.

5. Hubungan Umur dengan Pelayanan *Seccio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan hubungan umur dengan pelayanan *seccio caesarea* menunjukkan bahwa umur ibu dalam kategori tidak berisiko sebanyak 69% ibu, dan 31% ibu dalam kategori umur berisiko ketika melakukan

persalinan yaitu berumur < 20 tahun dan > 35 tahun. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Pillitteri (2002) yang mengatakan bahwa ibu yang memerlukan perhatian khusus ketika hamil karena dianggap berisiko adalah umur yang kurang dari 20 tahun dan wanita matur yang berumur di atas 35 tahun. Pada usia ini wanita dalam kondisi yang tidak prima. Pada usia kurang dari 20 tahun kondisi rahim belum mampu memberikan perlindungan terhadap kehamilan, sedangkan pada usia di atas 35 tahun kondisi rahim sudah mengalami penurunan kualitas sehingga sangat berisiko ketika hamil. Dan berdasarkan hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada alasan melakukan *sectio caesarea* akibat usia yang sudah tua sehingga disarankan untuk melakukan persalinan secara SC. Apabila seorang wanita hamil pada umur di bawah 20 tahun, ia akan menghadapi risiko-risiko (komplikasi) kehamilan yang cukup besar, di antaranya persalinan yang tidak maju, persalinan lama, *plasenta previa*, *solusio plasenta*, *disproporsi sefalopelvik*, faktor janin dan jalan lahir.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Dari hasil penelitian didapat sebagian besar ibu yang melahirkan di RSUD Cibabat dengan tindakan operasi Caesar adalah pada umur ibu antara 20-35 tahun yaitu sebanyak 58 orang (73,41%). Pada umur ibu >35 tahun yang melahirkan sebanyak 18 orang (22,78%). Sedangkan ibu-ibu yang berumur <20 tahun yang melahirkan sebanyak 3 orang (3,79%). Kemudian didapatkan data pula ibu yang melahirkan dengan *Sectio Caesarea* seluruhnya dari mulai umur <20 tahun, 20-35 tahun dan >35 tahun adalah sebanyak 21 orang (26,58%). Sedangkan persalinan yang tidak dilakukan *Sectio Caesarea* adalah sebanyak 58 orang (73,41%). Dapat disimpulkan bahwa persalinan tanpa dilakukan *Sectio Caesarea* lebih banyak dibandingkan dengan persalinan dengan *Sectio Caesarea*. Sedangkan umur ibu <20 tahun yang melahirkan SC sebanyak 0 orang (0%) dan yang tidak SC sebanyak 3 orang (3,8%), umur ibu 20-35 tahun yang melahirkan SC sebanyak 15 orang (19%) dan yang tidak SC sebanyak 43 orang (53,4%), umur ibu >35 tahun yang melahirkan SC sebanyak 6 orang (7,6%) dan yang tidak SC sebanyak 12 orang (15,2%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa persalinan di RSUD Cibabat dengan tindakan SC paling banyak adalah pada umur ibu antara 20-35 tahun (19%) sedangkan paling sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali adalah pada umur ibu <20 (0%), khususnya pada Bulan Januari

sampai dengan Bulan Maret 2009. Didapatkan data pula bahwa ibu-ibu yang dilakukan operasi Caesar dengan indikasi Plasenta Previa Totalis (PPT) pada umur ibu <20 tahun dan pada umur >35 tahun tidak ada seorang pun (0%) yang dilakukan operasi Caesar dengan indikasi PPT, sedangkan pada umur 20-35 tahun terdapat 3 orang (100%) yang dilakukan operasi Caesar dengan indikasi tersebut. (Yanti 2009)

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusuma, berdasarkan hasil *uji chi square test* yang dilakukan oleh Kusuma (2012) mengenai hubungan umur dan paritas ibu bersalin dengan kejadian persalinan *Sectio Caesarea* di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan pelayanan *Sectio Caesarea*. Tingginya persentase ibu melahirkan di umur yang tidak berisiko menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat tinggi untuk melakukan persalinan di umur tidak berisiko, hal inilah yang mengakibatkan data yang kami peroleh menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan pelayanan *sectio caesare*.

6. Hubungan Dukungan Petugas dengan Pelayanan *Sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016, Menunjukkan bahwa 57% ibu mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea*. Berdasarkan hasil *uji chi square test* menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan petugas dengan pelayanan *sectio caesarea* dengan nilai $p=0,000$.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meiyetrian, dkk. (2012). Mengenai peran ahli kebidanan dan kandungan, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan dokter ahli kebidanan dan kandungan dengan pelayanan *sectio caesarea*. Hal ini menunjukkan bahwa apabila ibu memeriksakan kehamilannya pada dokter ahli kebidanan maka cenderung ibu akan melahirkan secara *sectio caesarea*.

Terdapat beberapa alasan yang mendasarinya. Pertama adalah kemajuan teknologi dalam bidang obstetri seperti USG atau *fetal monitoring* oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan dapat dideteksi lebih awal jika terjadi kelainan atau masalah yang dapat menghambat proses persalinan. Namun, kecenderungan yang terjadi saat ini adalah

proses persalinan normal lebih digiring ke ranah medikalisasi sehingga mendorong ke arah persalinan patologis. Selain itu, terdapat kesenjangan informasi antara dokter dan pasien. Hal ini dapat dimanfaatkan oleh penyedia layanan kesehatan untuk melakukan *moral hazard* dengan motif mencari keuntungan, terutama jika sistem pembiayaan bersumber dari pasien. Saat ini, sebagian besar masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *out of pocket*. Pasien atau keluarga membayar langsung pada penyedia layanan kesehatan/dokter.

Berdasarkan laporan WHO Tahun 2006, sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *out of pocket* dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem pembayaran prabayar/asuransi.¹³ Kelemahan sistem *out of pocket* adalah terbukanya peluang bagi pihak penyedia layanan kesehatan untuk memanfaatkan hubungan *agency relationship* antara dokter-pasien. Dokter mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien yang besarnya ditentukan dari negosiasi antara dokter dan manajemen rumah sakit. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medis yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung dokter didorong meningkatkan volume pelayanan pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. Hal ini adalah *moral hazard* yang menggoda kalangan dokter untuk mengeksploitasi posisi dokter yang kuat terhadap pasien.

Perbedaan jasa persalinan normal dan *sectio caesarea* sangat besar. Dokter cenderung menawarkan *sectio caesarea* agar biaya jasa yang dikeluarkan pasien lebih besar dan memenuhi kepentingan rumah sakit untuk meningkatkan pendapatan, terutama pasien yang tidak menggunakan BPJS (Meiyetriani, 2012).

Berdasarkan data yang ditemukan di lapangan persalinan *sectio caesarea* yang dilakukan oleh ibu 75% merupakan saran yang diberikan oleh petugas kesehatan, dengan alasan berbagai hal di antaranya akibat penyakit yang diderita oleh si ibu, jarak persalinan yang terlalu dekat, kondisi atau posisi janin yang tidak memungkinkan lahir normal, panggul ibu yang kecil, Rahim tipis, riwayat persalinan, usia ibu. Bahkan ada alasan dari pasien yang melakukan *sectio caesarea* bukan karena indikasi medis yaitu tidak ingin merasakan sakit, trauma melahirkan normal.

Pada saat penelitian peneliti juga menanyakan mengenai apakah sebelum melakukan persalinan secara *sectio caesarea* si ibu pernah mencoba melakukan percobaan persalinan secara normal, ternyata data yang ditemukan bahwa 27% dari 75% ibu tidak pernah mencoba melakukan persalinan normal, hal ini menunjukkan angka persalinan secara *sectio caesarea* di Rumah Sakit Ibu dan anak ST. Khadijah I Makassar memang sangat tinggi.

7. Hubungan Sikap dengan Pelayanan *Sectio Caesarea*.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2016), distribusi responden berdasarkan hubungan sikap dengan pelayanan *sectio caesarea* menunjukkan 94% ibu bersikap positif terhadap pelayanan *sectio caesarea*. Dari 75% ibu yang bersalin secara *sectio caesarea* 51,75% yang bersikap positif terhadap *sectio caesarea*. Berdasarkan uji *chi square test* didapatkan nilai $p=0,332$ yang menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap dengan pelayanan *sectio caesarea*.

Penelitian berbeda terkait dengan sikap dilakukan oleh Marfuah (2012), dalam penelitian Marfuah peneliti melihat bahwa di dalam sikap ibu terkait mobilisasi dini pasca *Sectio caesarea* sangat berhubungan erat dengan pengetahuan yang dimiliki oleh ibu tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan bahwa 17% ibu sejak awal kehamilan memang telah berencana untuk melakukan persalinan secara *sectio caesarea* dengan alasan takut, jarak kehamilan yang terlalu dekat, sekalian ingin melakukan KB permanen, tidak ingin merasakan sakit saat melahirkan, trauma melahirkan secara normal, dan usia yang sudah tua. Bahkan ada 6% ibu yang menyatakan sangat takut dengan persalinan secara normal sehingga memilih bersalin secara *sectio caesarea*, 46 % ibu mengatakan bahwa sudah mengetahui risiko yang akan terjadi ketika melakukan persalinan secara SC namun tetap melakukan persalinan dengan cara SC karena beberapa alasan tadi.

Data yang didapatkan juga menunjukkan bahwa ternyata petugas kesehatan juga menjadi penentu utama seorang ibu bersikap positif terhadap pelayanan *sectio caesarea*, 98% menyatakan bahwa ketika sudah memutuskan untuk melakukan persalinan SC petugas kesehatan sudah tidak menyarankan lagi untuk mencoba persalinan secara normal, dengan

kata lain sikap mereka banyak dipengaruhi oleh petugas kesehatan. Karena ibu adalah masyarakat awam yang tidak mengetahui secara persis apa yang terjadi terhadap dirinya, ibu hanya menerima semua apa yang disarankan oleh petugas kesehatan. Bahkan ada sekitar 16% ibu mengatakan bahwa ketika hamil lagi maka dia berencana untuk melahirkan secara *sectio caesarea*, hal ini menunjukkan bahwa alasan adanya indikasi medis sudah tidak menjadi pertimbangan utama untuk memilih persalinan secara *sectio caesarea*.

BAB VIII

Hasil Penelitian Faktor yang Berhubungan dengan Akseptor dalam Memilih Jenis Kontrasepsi dan Efek Samping yang Dirasakan Akseptor di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar Tahun 2019

Keluarga berencana menurut Undang-Undang no 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Arum, 2008).

A. Kontrasepsi

Secara garis besar metode kontrasepsi dikelompokkan menjadi 2 bagian yaitu kontrasepsi hormonal dan kontrasepsi nonhormonal. Namun penggunaan metode kontrasepsi ini hanya bersifat sementara karena jika alat atau obat tidak digunakan lagi maka pengguna dapat hamil kembali jika masih dalam keadaan produktif. Kontrasepsi hormonal terdiri dari jenis suntikan, pil, dan implan. Sedangkan metode kontrasepsi non hormonal terdiri dari Metode Amenore Laktasi (MAL), sanggama terputus, metode *barrier*, alat kontrasepsi metode *barrier*, alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) dan kontrasepsi mantap (BKKBN, 2008).

Berdasarkan lama efektivitasnya, kontrasepsi dapat dibagi menjadi 2 metode yaitu:

1. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP): implan, IUD, MOP dan MOW.
2. Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP): kondom, pil, suntik dan metode lain selain MKJP.

1. Pil Oral Kombinasi

a. Pengertian

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron.

b. Jenis

- 1) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- 2) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.
- 3) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin, dengan tiga dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.

a. Amenorrhoe

Penanganan:

Periksa dalam atau tes kehamilan, bila tidak hamil dan minum pil dengan benar, tenanglah. Berilah konseling bahwa tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus, coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 ig, atau dosis estrogen tetap, tetapi dosis progestin dikurangi.

Bila klien hamil intra uterin, hentikan pil, dan yakinkan pasien, bahwa pil yang diminumnya tidak punya efek pada janin.

b. Mual, pusing atau muntah

Penanganan:

Lakukan tes kehamilan, atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam, atau sebelum tidur.

c. Perdarahan pervaginam

Penanganan:

Tes kehamilan, atau pemeriksaan ginekologik. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa perdarahan/*spotting* hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama. Bila perdarahan/*spotting*

tetap terjadi, ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 ig) sampai perdarahan teratasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan timbul lagi, lanjutkan lagi dengan dosis 50 ig, atau ganti dengan metode kontrasepsi yang lain.

2. Pil Progestin

a. Pengertian

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesteron.

b. Jenis

Kemasan dengan isi 35 pil : 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron.

Kemasan dengan isi 28 pil : 75 ig norgestrel.

c. Cara Kerja

- 1) Menghambat ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Memperlambat transpor gamet/ovum
- 4) Luteolysis
- 5) Mengentalkan lendir serviks

d. Efektifitas

Sangat efektif 98,5% pengguna jangan sampai lupa 1 atau 2 pil, jangan sampai muntah, diare, karena kemungkinan terjadinya kehamilan sangat besar.

e. Keuntungan

1) Keuntungan kontraseptif

- a) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- c) Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI.
- d) Segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan.
- e) Tidak mengganggu estrogen.

2) Keuntungan non kontraseptif

- a) Bisa mengurangi kram haid.
- b) Bisa mengurangi perdarahan haid.
- c) Bisa memperbaiki kondisi anemia.
- d) Memberi perlindungan terhadap kanker endometrial.

- e) Mengurangi keganasan penyakit payudara.
- f) Mengurangi kehamilan ektopik.
- g) Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID.
- f. Kerugian/kekurangan
 - 1) Menyebabkan perdarahan dalam pola perdarahan haid.
 - 2) Sedikit pertambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi.
 - 3) Bergantung pada pemakai (memerlukan motivasi terus menerus dan pemakaian setiap hari).
 - 4) Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari.
 - 5) Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode.
 - 6) Pasokan ulang harus selalu tersedia.
 - 7) Berinteraksi dengan obat lain, contoh: obat-obatan epilepsi dan tuberkulosis.
- g. Indikasi
 - 1) Tekanan darah tinggi < 180/110, masalah pembekuan darah atau penyakit sel silikel.
 - 2) Dengan nyeri haid tingkat sedang sampai berat.
 - 3) Perokok (semua usia, seberapa pun).
 - 4) Yang lebih menyukai tidak atau tidak boleh menggunakan estrogen.
 - 5) Yang menginginkan kontrasepsi *progestin-only*, tetapi tidak mau injeksi atau susuk.
- h. Kontra indikasi
 - 1) Hamil diduga hamil.
 - 2) Perdarahan pervaginam.
 - 3) Menggunakan obat tuberkulosis dan obat epilepsi.
 - 4) Kanker payudara.
 - 5) Miom uterus.
 - 6) Riwayat stroke.
- i. Cara Penggunaan
 - 1) Minumlah pil pertama pada hari yang pertama masa haid.
 - 2) Jika anda memulai minum pil oral progestin setelah hari pertama masa haid, tetapi sebelum hari ke-7, gunakan metode penunjang untuk 48 jam berikutnya.

- 3) Habiskanlah semua pil dalam kemasan tersebut. Mulai dengan kemasan baru lagi pada hari setelah minum pil terakhir dari kemasan terdahulu.
- 4) Apabila muntah dalam waktu 30 menit setelah minum pil, minumlah satu lagi atau gunakan metode penunjang jika akan berhubungan seks selama 48 jam berikutnya.
- 5) Jika lupa minum 1 pil atau lebih, maka harus segera minum pil berikutnya bila ingat. Gunakan metode penunjang apabila akan berhubungan seks selama 48 jam.
- 6) Apabila tidak mengalami haid sebanyak dua kali atau lebih, maka harus pergi ke klinik untuk memeriksakan apakah hamil. Jangan berhenti minum pil kecuali jika sudah tahu bahwa anda sudah hamil.
- 7) Waktu minum pil:
 - a) Setiap saat anda merasa yakin klien tidak sedang hamil.
 - b) Hari pertama sampai hari ke-5 siklus menstruasi.
 - c) Bila menggunakan setelah hari ke-5, gunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari, atau tidak melakukan hubungan seksual selama 2 hari.
 - d) Postpartum: 6 minggu dan 6 bulan.
 - e) Pasca aborsi
 - f) Ganti cara
- j. Efek samping dan Penanganannya
 - 1) Amenorea
Singkirkan kehamilan jika hamil lakukan konseling-konseling. Bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak berkumpul dirahim.
 - 2) Spotting
Jelaskan bahwa *spotting* adalah hal yang biasa tapi juga bias berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.
 - 3) Perubahan berat badan
Informasikan bahwa perubahan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan mencolok/berlebihan hentikan pemakaian dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain.

B. Variabel Penelitian

1. Usia

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung. Oleh yang demikian, umur itu diukur dari lahir hingga semasa (masa kini).

Jenis perhitungan umur/usia

- a. Usia kronologis. Usia kronologis adalah perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia.
- b. Usia mental. Usia mental adalah perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang. Misalkan seorang anak secara kronologis berusia empat tahun akan tetapi masih merangkak dan belum dapat berbicara dengan kalimat lengkap dan menunjukkan kemampuan yang setara dengan anak berusia satu tahun, maka dinyatakan bahwa usia mental anak tersebut adalah satu tahun.
- c. Usia biologis. Usia biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang.

Kategori Umur Menurut Depkes RI (2009):

- a. Masa balita = 0-5 tahun,
- b. Masa kanak-kanak = 5-11 tahun.
- c. Masa remaja Awal = 12-16 tahun
- d. Masa remaja Akhir = 17-25 tahun.
- e. Masa dewasa Awal = 26-35 tahun.
- f. Masa dewasa Akhir = 36-45 tahun.
- g. Masa Lansia Awal = 46-55 tahun.
- h. Masa Lansia Akhir = 56-65 tahun.
- i. Masa Manula = 65-sampai atas

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu: Usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, Lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90.

Usia berperan sebagai faktor presdiposisi dalam hubungannya dengan pemakaian KB. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi fisiologis komposisi biokimiawi serta sistem hormonal seorang wanita (Indira, 2009). Perbedaan fungsi fisiologis, komposisi biokimiawi dan sistem hormonal akan mempengaruhi pemakaian kontrasepsi yang bermaksud untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

2. Jumlah Keluarga yang Diinginkan

Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga. Sehingga dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi. Semakin besar ukuran rumah tangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang pada akhirnya akan semakin berat beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Demikian pula jumlah anak yang bertanggung dalam keluarga dan anggota-anggota keluarga yang cacat maupun lanjut usia akan berdampak pada besar kecilnya pengeluaran suatu keluarga. Mereka tidak bisa menanggung biaya hidupnya sendiri sehingga mereka bergantung pada kepala keluarga dan istrinya. Anak-anak yang belum dewasa perlu di bantu biaya pendidikan, kesehatan, dan biaya hidup lainnya.

Menurut Mantra (2003) yang termasuk jumlah anggota keluarga adalah seluruh jumlah anggota keluarga rumah tangga yang tinggal dan makan dari satu dapur dengan kelompok penduduk yang sudah termasuk dalam kelompok tenaga kerja. Kelompok yang dimaksud makan dari satu dapur adalah bila pengurus kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu. Jadi, yang termasuk dalam jumlah anggota keluarga adalah mereka yang belum bisa memenuhi kebutuhan sehari hari karena belum bekerja (dalam umur non produktif) sehingga membutuhkan bantuan orang lain (dalam hal ini orang tua).

3. Pengalaman dengan Kontrasepsi yang Lalu

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2013), pengalaman adalah sesuatu yang pernah (dialami, dijalani, dirasakan, ditanggung, dan sebagainya) bisa berupa peristiwa baik maupun yang buruk. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan (Notoatmodjo, 2010).

Ada tiga aspek mendasar pengalaman manusia yang harus diperhatikan adalah apa yang mereka lakukan, apa yang mereka ketahui, benda-benda apa saja yang mereka buat dan gunakan dalam kehidupan mereka. Data pengalaman individu ialah bahan keterangan mengenai apa yang dialami individu tertentu sebagai warga dari suatu masyarakat yang sedang menjadi objek penelitian (Bungin, 2012).

4. Status Kesehatan

Status Kesehatan adalah suatu keadaan kedudukan orang dalam tingkatan sehat atau sakit. Meningkatnya status kesehatan ditinjau dari 4 faktor yaitu perilaku, lingkungan, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan Menurut WHO (1981 dalam Maulana, 2014), sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Undang-Undang No. 36 tentang Kesehatan (2009), menyatakan bahwa kesehatan adalah sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sehat dalam pengertian yang paling luas adalah suatu keadaan yang dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya. Lingkungan internal terdiri dari beberapa faktor psikologis, dimensi intelektual, spiritual, serta proses penyakit, dan lingkungan eksternal terdiri dari variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi.

5. Riwayat Menstruasi

Menstruasi adalah perdarahan periodik dari uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi secara berkala akibat terlepasnya lapisan endometrium uterus (Bobak, 2004). Menstruasi atau haid adalah

perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus, disertai pelepasan (deskuamasi) endokrin. Panjang siklus haid adalah antara tanggal mulainya haid yang lalu dan mulai haid berikutnya. Hari mulainya perdarahan disebut hari pertama siklus, karena jam mulainya haid tidak diperhitungkan dan tepatnya waktu keluar haid dari ostium uteri eksternum tidak dapat diketahui, maka panjang siklus mengandung kesalahan ± 1 hari (Hanifah, 2004). Lama haid biasanya antara 3-5 hari, ada yang 1-2 hari diikuti darah sedikit-sedikit kemudian, dan ada yang sampai 7-8 hari. Pada umumnya lamanya 4-6 hari, tetapi antara 2-8 hari masih dianggap normal. Pada setiap perempuan biasanya lama haid itu tetap. Jumlah darah yang keluar rata-rata $33,2 \pm 16$ cc. Pada perempuan yang lebih tua biasanya darah yang keluar lebih banyak. Perempuan dengan anemia defisiensi besi jumlah darah haidnya juga lebih banyak (Hanifah, 2004).

6. Dukungan Petugas

Menurut Sarafino dukungan adalah suatu bentuk kenyamanan, perhatian, penghargaan, ataupun bantuan yang diterima individu dari orang yang berarti, baik secara perorangan maupun kelompok. Dukungan dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami istri atau dukungan dan saudara kandung; atau dukungan sosial keluarga eksternal-dukanan sosial eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga inti.

Dalam UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang dimaksud tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan.

Tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari:

- a. Tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi;
- b. Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan;
- c. Tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker;

- d. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian;
- e. Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien;
- f. Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis dan terapis wicara
- g. Tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, othotik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis.

7. Biaya

Biaya merupakan pengorbanan atau pengeluaran yang dilakukan oleh suatu perusahaan atau perorangan yang bertujuan untuk memperoleh manfaat lebih dari aktivitas yang dilakukan tersebut (Raharjaputra, 2009). Dalam istilah biaya, kadang kala cukup merepotkan dalam membedakan antara *costs* dan *expenses*. Untuk membedakannya dijelaskan sebagai berikut. *Costs* adalah biaya dalam arti pengorbanan/pengeluaran yang dilakukan oleh suatu perusahaan atau individu yang berhubungan langsung dengan *output*/produk yang dihasilkan oleh perusahaan/perorangan tersebut. Misalnya: bahan baku dan pembantu, biaya tenaga kerja langsung, dan biaya umum pabrik (mandor/supervisor pabrik, GM pabrik, BBM, suplai pabrik, listrik pabrik, dan lain-lain). Dalam struktur laporan Rugi/Laba perusahaan biasanya disebut Harga Pokok Produksi.

C. Hasil Penelitian

Berdasarkan distribusi responden hasil penelitian yang di dapatkan oleh penulis Nurgahayu di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar tahun 2019, yaitu:

1. Karakteristik Responden

a. Jumlah anak

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa jumlah anak yang dimiliki di wilayah Kerja Puskesmas Kassi Kassi paling banyak 40 orang (50,6%) memiliki jumlah anak sebanyak lebih dari atau sama dengan 3 orang, dan 40 orang (49,4%) memiliki jumlah anak 1 s/d 2 orang anak.

b. Jarak kelahiran

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa jarak kelahiran anak terakhir dengan anak sebelumnya terbanyak pada jarak 3 tahun yaitu sebanyak 24 orang (29,6%). Dan paling sedikit dengan jarak 1,7 dan 9 tahun masing–masing sebanyak 1 orang atau sekitar 1,2%.

c. Tingkat pendidikan istri

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa Tingkat Pendidikan Istri paling banyak pada tingkat pendidikan Tamat SMU/ sederajat sebanyak 57 orang (70,4%) dan paling sedikit dengan tingkat pendidikan Tamat SD/ sederajat sebanyak 2 orang (2,5%).

d. Tingkat pendidikan suami

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa Tingkat Pendidikan suami paling banyak pada tingkat pendidikan Tamat SMU/ sederajat sebanyak 48 orang (59,3%) dan paling sedikit dengan tingkat pendidikan Tamat SD/ sederajat sebanyak 1 orang (1,2%).

e. Tingkat pekerjaan istri

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa pekerjaan istri paling banyak tidak bekerja atau hanya sebagai Ibu Rumah Tangga sebanyak 73 orang (90,1%) dan paling sedikit dengan pekerjaan sebagai Petani/ Buruh 1 orang (1,2%)

f. Tingkat pekerjaan suami

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa pekerjaan suami paling banyak sebagai wiraswasta dan pegawai swasta sebanyak 60 orang (74,1%) dan paling sedikit dengan pekerjaan sebagai PNS/ TNI/ POLRI 9 orang (11,1%).

2. Analisis Univariat

a. Jenis kontrasepsi

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah jenis kontrasepsi susuk sebanyak 27 orang (33,3%) dan paling sedikit menggunakan jenis kontrasepsi PIL sebanyak 7 orang (8,6%).

b. Lama menggunakan jenis kontrasepsi

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa lama menggunakan jenis kontrasepsi yang paling lama adalah 1-3 tahun (42,0%), dan yang paling sebentar adalah >3 tahun (22,2%).

c. Usia.

Perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia. Untuk dibagi berdasarkan kelompok umur yang berisiko ketika hamil. Usia yang berisiko adalah umur <21 tahun dan atau >35 Tahun, dan tidak berisiko umur 21-35 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa usia yang tidak berisiko merupakan usia terbanyak yaitu sebanyak 67 orang (82,7%) dan paling sedikit yang berisiko yaitu sebanyak 14 orang (17,3 %).

d. Jumlah keluarga yang di inginkan.

Jumlah Keluarga yang diinginkan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keinginan ibu untuk merencanakan jumlah anak yang diinginkan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa jumlah anak yang diinginkan terbanyak yaitu 3 orang anak sebanyak 45 orang (55,6%) dan paling sedikit yang berencana memiliki anak sebanyak 4 orang yaitu sebanyak 13 orang (16,0 %).

e. Pengalaman dengan kontrasepsi yang lama.

Dalam penelitian ini pengalaman dengan kontrasepsi yang dimaksudkan untuk melihat apakah akseptor adalah pengguna awal atau pengguna yang mengganti atau berhenti menggunakan kontrasepsi diakibatkan karena ada masalah dengan kontrasepsi yang pernah digunakan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak yang tidak memiliki pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu yaitu 64 orang (79,0%) dan paling sedikit yang memiliki pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu sebanyak 17 orang (21,0 %).

f. Status kesehatan.

Status kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah terkait adanya riwayat penyakit yang melatarbelakangi akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak yang tidak memiliki masalah kesehatan yaitu 78 orang (96,3%) dan paling sedikit yang memiliki masalah kesehatan sebanyak 3 orang (3,7 %).

g. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kondisi di mana akseptor rutin atau setiap bulan mengalami menstruasi yang lancar.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak akseptor yang memiliki riwayat menstruasi teratur sebanyak 44 orang (54,3%) dan paling sedikit yang riwayat menstruasinya tidak teratur sebanyak 37 orang (45,7 %)

h. Dukungan petugas

Dukungan petugas peneliti membagi dua kategori yaitu cukup apabila skor total jawaban responden $\geq 62,5\%$ dan kurang apabila skor jawaban responden $< 62,5\%$.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak akseptor mendapatkan cukup dukungan dari petugas kesehatan ketika memilih menggunakan kontrasepsi yang diinginkan sebanyak 72 orang (88,9%) dan paling sedikit yang kurang mendapatkan dukungan dari petugas kesehatan yaitu sebanyak 9 orang (11,1 %)

i. Biaya

Dalam penelitian ini peneliti membagi dua kategori yaitu ada atau tidak ada biaya yang dikeluarkan untuk menggunakan alat kontrasepsi.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak akseptor tidak mengeluarkan biaya ketika ingin menggunakan alat kontrasepsi sebanyak 56 orang (69,1%) dan paling sedikit yang mengeluarkan biaya yaitu sebanyak 25 orang (30,9 %)

j. Efek samping

Efek samping yang dimaksud dalam penelitian ini adalah terkait ada atau tidaknya dampak yang dirasakan atau dialami akseptor ketika menggunakan alat kontrasepsi yang saat ini digunakan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa paling banyak akseptor tidak merasakan adanya efek samping ketika menggunakan alat kontrasepsi sebanyak 45 orang (55,6%) dan paling sedikit yang ada efek samping yang dirasakan yaitu sebanyak 36 orang (44,4 %)

3. Analisis Bivariat

a. Hubungan Usia dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan usia yang berisiko dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 23 orang atau sekitar 34,3% dan paling sedikit hubungan antara usia berisiko dengan jenis kontrasepsi pil dengan jumlah responden 2 orang (14,3%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,862 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

b. Hubungan jumlah keluarga yang diinginkan dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan jumlah anak yang diinginkan sebanyak ≥ 3 anak dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 16 orang atau sekitar 39,0% dan paling sedikit hubungan antara jumlah anak yang diinginkan sebanyak 1-2 anak dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 3 orang (7,5%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,622 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak yang diinginkan dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

- c. Hubungan pengalaman dengan alat kontrasepsi yang lalu dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak ada pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 22 orang atau sekitar 81,5 % dan paling sedikit hubungan antara ada pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 3 orang (17,6%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,513 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

- d. Hubungan status kesehatan dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 26 orang atau sekitar 33,3% dan paling sedikit hubungan antara memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi pil dan hubungan antara memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi suntik masing-masing 0 orang (0%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,424 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara status kesehatan yang dimiliki dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

- e. Hubungan riwayat menstruasi dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan riwayat menstruasi teratur dengan jenis kontrasepsi IUD/spiral sebesar 20 orang (45,5%) dan hubungan riwayat menstruasi tidak teratur dengan jenis kontrasepsi suntik sebesar 20 orang (54,1%) dan paling sedikit hubungan antara riwayat menstruasi tidak teratur dengan jenis

kontrasepsi pil sebanyak 1 orang (2,7%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara riwayat menstruasi dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

- f. Hubungan dukungan petugas dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan dukungan petugas cukup dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 25 orang (34,7%) dan paling sedikit pada hubungan dukungan petugas kurang dengan jenis kontrasepsi IUD/Spiral sebesar 1 orang (11,1%) Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,226 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan petugas dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

- g. Hubungan biaya dengan jenis alat kontrasepsi yang dipilih akseptor

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh informasi bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak ada biaya yang dikeluarkan dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 27 orang (48,2%) dan paling sedikit pada hubungan ada biaya dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 0 orang (0%) Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara biaya dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

D. Pembahasan Penelitian

1. Karakteristik Responden

Karakteristik dalam penelitian ini ada beberapa variabel yang kami ukur yaitu berdasarkan tingkat pendidikan suami dan istri, pekerjaan suami dan istri, jumlah anak yang saat ini dimiliki, dan jarak kelahiran antara

anak terakhir dengan anak sebelumnya. Pendidikan merupakan bagian terpenting dalam kehidupan manusia. Suatu desa dikatakan maju apabila memiliki sumber daya manusia (SDM) yang baik. Pendidikan yang baik maka akan mempengaruhi sebuah keluarga terutama dalam membentuk keluarga berencana. Keluarga berencana (KB) menurut undang-undang no 10 tahun 1992 adalah upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera. (Erista:2015).

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan istri bahwa Tingkat Pendidikan Istri paling banyak pada tingkat Tamat SMU/ sederajat sebanyak 57 orang (70,4%) dan paling sedikit dengan tingkat pendidikan Tamat SD/ sederajat sebanyak 2 orang (2,5%). Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan suami bahwa menunjukkan Tingkat Pendidikan suami paling banyak pada tingkat Tamat SMU/ sederajat sebanyak 48 orang (59,3%) dan paling sedikit dengan tingkat pendidikan Tamat SD/ sederajat sebanyak 1 orang (1,2%). Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pasangan usia subur yang menggunakan alat kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi sudah tinggi di atas 50% sudah menunjukkan memiliki tingkat pendidikan minimum SMA atau sederajat.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Jurisman dkk. Tahun 2016. Hasil analisis bivariat menunjukkan tingkat pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan pemilihan kontrasepsi ($p=0,000$), Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung memilih kontrasepsi IUD (Jurisman, 2016). Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam memilih tindakan yang tepat terhadap dirinya. Karena dengan tingkat pendidikan yang baik maka akses kemudahan dalam menerima informasi juga baik. Semakin banyak informasi yang diterima maka semakin mudah seseorang dalam menentukan jenis alat kontrasepsi yang tepat digunakan berdasarkan kondisi yang dialami akseptor.

Pekerjaan akseptor juga menentukan dalam pemilihan jenis kontrasepsi dan tempat pemasangan alat kontrasepsi. Semakin baik pekerjaan seseorang maka pendapatan yang dimiliki juga cenderung baik. Karena tidak semua jenis dan tempat pemasangan alat kontrasepsi tidak mengenakan biaya.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden berdasarkan tingkat pekerjaan istri menunjukkan bahwa pekerjaan istri paling banyak tidak bekerja atau hanya sebagai Ibu Rumah Tangga sebanyak 73 orang (90,1%) dan paling sedikit dengan pekerjaan sebagai Petani/Buruh 1 orang (1,2%). Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden berdasarkan tingkat pekerjaan suami menunjukkan bahwa pekerjaan suami paling banyak sebagai wiraswasta dan pegawai swasta sebanyak 60 orang (74,1%) dan paling sedikit dengan pekerjaan sebagai PNS/TNI/POLRI 9 orang (11,1%). Jika dilihat dari segi pekerjaan maka pekerjaan suami menjadi penentu utama dalam memilih jenis kontrasepsi karena sebagian besar ibu di wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga saja.

Jumlah anak yang dimiliki juga merupakan suatu faktor yang mendorong seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Jika menurut pasangan usia subur jumlah anak yang dimiliki sudah banyak melebihi apa yang disarankan oleh BKKBN maka PUS memilih menggunakan alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau menunda kehamilan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi akseptor berdasarkan jumlah anak yang dimiliki di wilayah Kerja Puskesmas Kassi Kassi paling banyak 40 orang (50,6%) memiliki jumlah anak sebanyak lebih dari atau sama dengan 3 orang, dan 40 orang (49,4%) memiliki jumlah anak 1 s/d 2 orang anak. Hal ini menunjukkan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi sudah lebih 50% keluarga sudah menjarangkan kehamilan dilihat dari jumlah anak yang sudah sesuai anjuran pemerintah yaitu dua anak cukup atau mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia masih tinggi. Salah satu faktor yang menyebabkan tingginya risiko kematian pada ibu dan bayi adalah kelahiran terlalu dekat. Hal inilah yang menjadi salah satu yang melatarbelakangi pasangan usia subur untuk menggunakan alat kontrasepsi. Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden bahwa jarak kelahiran anak terakhir dengan anak sebelumnya terbanyak pada jarak 3 tahun yaitu sebanyak 24 orang (29,6%). Dan paling sedikit dengan jarak 1,7 dan 9 tahun masing-masing

sebanyak 1 orang atau sekitar 1,2%. Hal ini menunjukkan bahwa pasangan usia subur yang ada di Wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi sudah sadar dengan pentingnya menjaga jarak kehamilan sehingga mereka menggunakan alat kontrasepsi. Hal ini sejalan dengan penelitian Kurniawati mengenai Faktor Yang Berhubungan Dengan Jarak Antar Kelahiran Pada Wanita Multipara di Indonesia. Ada hubungan signifikan antara jarak antar kelahiran dengan pendidikan, status ekonomi, umur saat melahirkan terakhir, jumlah anak hidup, ukuran ideal keluarga, pemakaian kontrasepsi. (Kurniawati D. dan Prasetyo S., 2012)

2. Hubungan Usia dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Usia merupakan menjadi salah satu pertimbangan ketika memutuskan untuk hamil. Bagi sebagian wanita, usia mungkin tidak menjadi masalah ketika kesehatannya terjaga. Namun, pada umumnya semakin tua usia wanita saat hamil, semakin meningkat risiko pada kesehatan dirinya dan kehamilannya. Walaupun ibu hamil yang lebih tua usianya tetap bisa menjaga kesehatan dirinya dan kehamilannya, namun mereka tetap memiliki peningkatan risiko kondisi kesehatan. Ibu hamil dengan usia yang lebih tua memiliki peningkatan risiko komplikasi.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan usia yang berisiko dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 23 orang atau sekitar 34,3% dan paling sedikit hubungan antara usia berisiko dengan jenis kontrasepsi pil dengan jumlah responden 2 orang (14,3%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,862 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggriani di mana berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square* (χ^2) antara usia <20 tahun, 20-35 tahun, dan >35 tahun dengan penggunaan IUD diperoleh hasil 2.450 dengan nilai $p\text{ value}$ 0,024 ($p < 0,05$), kesimpulannya yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan penggunaan kontrasepsi IUD. Dari penelitian ini

didapatkan ibu yang menggunakan kontrasepsi IUD berusia 20-35 tahun cenderung menggunakan kontrasepsi (Anggriani, 2017).

Dari hasil uji statistik yang diperoleh menunjukkan tidak ada hubungan usia dengan jenis kontrasepsi yang dipilih hal ini diakibatkan sampel yang cukup kecil dibandingkan dengan kategori jenis kontrasepsi yang digunakan. Jumlah sampel yang kecil terjadi akibat cakupan pengguna alat kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi berdasarkan profil puskesmas hanya sekitar 8,88% dari cakupan pasangan usia subur. Rendahnya cakupan diakibatkan karena banyaknya akseptor yang menggunakan alat kontrasepsi namun tidak melakukan pemasangan di Puskesmas Kassi Kassi sehingga data pengguna di puskesmas sangat kecil. Namun satu hal yang cukup menggembirakan adalah bahwa 82,7% ibu berada pada golongan umur yang tidak berisiko ketika hamil.

3. Hubungan Jumlah Keluarga yang Diinginkan dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Keluarga dikatakan sebagai keluarga kecil, jika maksimal memiliki dua anak. Dalam penelitian ini peneliti mengkategorikan jumlah anak yang diinginkan berdasarkan dua kategori yaitu 1-2 anak dan lebih sama dengan 3 anak. Hal ini berdasarkan anjuran dari pemerintah untuk mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan jumlah anak yang diinginkan sebanyak ≥ 3 anak dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 16 orang atau sekitar 39,0% dan paling sedikit hubungan antara jumlah anak yang diinginkan sebanyak 1-2 anak dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 3 orang (7,5%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai *p-value* = 0,622 > α = 0,05 dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak yang diinginkan dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Hartoyo dkk. (2011) Variabel besar keluarga berpengaruh signifikan positif dengan jumlah anak yang diinginkan (Hartoyo, 2011).

Tidak adanya hubungan jenis kontrasepsi yang dipilih dengan jumlah anak yang diinginkan karena keakuratan jenis kontrasepsi yang digunakan tidak menentukan jumlah anak, keakuratan jenis kontrasepsi banyak dipengaruhi oleh kondisi dari ibu itu sendiri. Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa masih tingginya keinginan akseptor untuk memiliki jumlah anak 3 atau lebih dari 3 orang.

4. Hubungan Pengalaman dengan Kontrasepsi yang Lalu dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu yang dimaksud dalam penelitian ini adalah apakah akseptor pernah menggunakan jenis kontrasepsi yang lain sebelumnya dan apakah ada pengalaman menggunakan jenis kontrasepsi yang lain sebelumnya sehingga melatarbelakangi akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi yang diinginkan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak ada pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 22 orang atau sekitar 81,5 % dan paling sedikit hubungan antara ada pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 3 orang (17,6%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,513 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Maula, dkk. (2014). Menunjukkan hasil dari uji statistik korelasi *rank Spearman* dan diperoleh rho sebesar 0,306 dengan $p\text{ value} = 0,001 < 0,05$, dengan demikian hipotesis menyatakan ada hubungan antara pengalaman dalam menggunakan alat kontrasepsi dengan pemilihan alat kontrasepsi (Maula, 2014).

Hal ini diakibatkan karena sebagian besar akseptor atau sekitar 79% tidak memiliki pengalaman dengan jenis kontrasepsi yang lalu, ada dua faktor penyebabnya yaitu karena akseptor adalah pengguna baru dan

akseptor sudah cocok dengan jenis kontrasepsi yang saat ini digunakan sehingga hanya merasakan penggunaan satu jenis kontrasepsi saja.

Berdasarkan hasil wawancara dengan akseptor yang memiliki pengalaman dengan alat kontrasepsi yang lalu seperti pil, suntik dan susuk banyak yang mengatakan bahwa mereka mengganti jenis kontrasepsi karena untuk pil sering lupa untuk diminum sehingga agak repot dan mudah menyebabkan terjadinya kehamilan jika lupa dan mereka juga mengatakan dengan pil bisa menaikkan berat badan dan menimbulkan jerawat. Sedangkan untuk pengguna suntik dan susuk mengatakan dua jenis kontrasepsi ini mengakibatkan haid menjadi tidak lancar. Salah satu akseptor juga mengatakan mengganti jenis kontrasepsi yang digunakan karena berdasarkan pengalaman menggunakan suntikan 3 bulan ternyata tidak mempan karena terjadi kehamilan.

5. Hubungan Status Kesehatan dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Status Kesehatan adalah suatu keadaan kedudukan orang dalam tingkatan sehat atau sakit. Status kesehatan dalam menentukan jenis kontrasepsi sangat berpengaruh karena hampir semua jenis kontrasepsi memiliki efek samping dan kontra indikasi yang berbeda-beda.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 26 orang atau sekitar 33,3% dan paling sedikit hubungan antara memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi pil dan hubungan antara memiliki masalah kesehatan dengan jenis kontrasepsi suntik masing-masing 0 orang (0%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,424 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara status kesehatan yang dimiliki dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Hal ini sesuai dengan penelitian Maula dkk. (2014). Hasil dari uji statistik korelasi *rank Spearman* dan diperoleh rho sebesar 0,083 dengan $p\text{-value} = 0,375 > 0,05$, dengan demikian hipotesis menyatakan tidak ada hubungan antara riwayat kesehatan dengan pemilihan alat kontrasepsi (Maula, 2014).

Hal ini diakibatkan karena 96,3% akseptor tidak memiliki riwayat penyakit. Meskipun penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pemilihan jenis kontrasepsi dengan riwayat penyakit atau status kesehatan yang tidak baik, namun berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu akseptor dia memilih jenis kontrasepsi susuk karena memiliki masalah kesehatan yaitu adanya kista ovarium, sehingga beralih menggunakan pil.

6. Hubungan Riwayat Menstruasi dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Menstruasi adalah keadaan yang normal, yang akan dialami oleh setiap perempuan yang normal kesehatannya. Tetapi pada saat menstruasi dapat terjadi beberapa hal yang mungkin dapat mencemaskan diri kita ataupun keluarga. Walaupun tidak semua perempuan akan mengalami hal yang sama, namun beberapa gangguan atau perubahan keadaan ketika menstruasi adalah normal. Siklus menstruasi berkisar antara 27 sampai 30 hari, umumnya 28 hari, artinya masa menstruasi akan terjadi setiap 28 hari sejak masa “*menarche*” (menstruasi pertama) dan terus berlangsung sampai masa “*menopause*” (berhentinya menstruasi secara permanen) yaitu ketika seseorang sudah tidak mengalami menstruasi lagi karena alasan fisiologis terkait usia dan kesuburan sistem reproduksinya. Walaupun siklus menstruasi rata-rata antara 27-30 hari, namun seseorang yang memiliki siklus menstruasi sangat pendek misalnya 21 hari atau sangat panjang misalnya 40 hari masih dapat dianggap normal apabila memang siklus itu tetap, artinya memang dialami terus menerus selama masa menstruasi yang bersangkutan. Tetapi siklus menstruasi lebih pendek daripada 21 hari dan lebih panjang daripada 40 hari sudah dapat dikategorikan abnormal atau patologis, dan perlu dikonsultasikan kepada dokter ginekologi.

Masa menstruasi setiap periode umumnya berlangsung sekitar 3 sampai 6 hari. Namun ada juga yang mengalami menstruasi hanya 1-2 hari dan ada pula yang selama 7 hari, ini masih dianggap normal apabila setiap periode menstruasi memang terjadi seperti itu. Pada saat menstruasi akan terjadi pengeluaran fragmen fragmen endometrium, darah, dan lender (Sinaga dkk., 2017)

Riwayat menstruasi pada penelitian ini dibagi menjadi dua kategori yaitu teratur apabila setiap bulan akseptor mengalami menstruasi dengan

siklus haid teratur kurang lebih selama tujuh hari. Dan riwayat menstruasi tidak teratur apabila tidak setiap bulan mengalami menstruasi atau dalam sebulan siklus menstruasi lebih dari satu kali atau siklus haid panjang.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan riwayat menstruasi teratur dengan jenis kontrasepsi IUD/spiral sebesar 20 orang (45,5%) dan hubungan riwayat menstruasi tidak teratur dengan jenis kontrasepsi suntik sebesar 20 orang (54,1%) dan paling sedikit hubungan antara riwayat menstruasi tidak teratur dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 1 orang (2,7%). Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara riwayat menstruasi dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Muin dkk. (2015) Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti kemudian data yang diperoleh diolah dengan menggunakan SPSS 16 dan hasil uji statistik *Fisher's Exact test* diperoleh nilai $p = 0,048$ berarti riwayat menstruasi merupakan faktor yang berhubungan dengan pemilihan jenis kontrasepsi suntik pada akseptor KB.(Muin, 2015)

Penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat menstruasi menjadi salah satu faktor utama akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi karena pertanyaan yang paling sering ditanyakan oleh dokter atau bidan ketika ingin melakukan pemasangan alat kontrasepsi adalah siklus menstruasi, selain riwayat penyakit yang diderita oleh akseptor. Karena semua jenis kontrasepsi memiliki kontra indikasi yang berbeda sehingga ada beberapa jenis kontrasepsi yang tidak tepat digunakan untuk ibu dengan riwayat menstruasi yang tidak teratur, yaitu kontrasepsi dengan menggunakan hormonal seperti Pil, susuk dan suntik. Berdasarkan hasil penelitian juga menunjukkan dari ibu yang memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur 54,1 % menggunakan pil suntik.

7. Hubungan dukungan petugas dengan jenis kontrasepsi yang dipilih akseptor

Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam memberikan informasi tentang metode KB calon akseptor yang dalam hal ini khusus ibu

hamil, bersalin dan nifas. Pemberian informasi ini dilakukan melalui konseling dengan menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) ber-KB.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan dukungan petugas cukup dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 25 orang (34,7%) dan paling sedikit pada hubungan dukungan petugas kurang dengan jenis kontrasepsi IUD/Spiral sebesar 1 orang (11,1%) Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,226 > \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_a ditolak dan H_0 diterima. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan petugas dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Setasih (2013). Di mana hasil penelitiannya menunjukkan ada hubungan Dukungan Petugas KB ($p\text{ value} = 0.049$) (Setasih, 2013).

Hal ini diakibatkan 88,9% akseptor cukup mendapatkan dukungan, hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan diakibatkan karena homogenya jawaban responden dengan jumlah sampel yang cukup kecil dengan jumlah kategori pada jenis kontrasepsi yang banyak. Namun berdasarkan hasil penelitian bahwa dalam memilih jenis kontrasepsi dukungan petugas merupakan salah satu pertimbangan ibu dalam memilih jenis kontrasepsi, karena keterbatasan pengetahuan akseptor mengenai kesesuaian kondisi akseptor dengan jenis kontrasepsi yang digunakan. Hal ini dibuktikan dengan 70,4 % petugas sebelum memasang alat kontrasepsi petugas terlebih dahulu memberikan informasi mengenai kelebihan dan kekurangan jenis-jenis metode kontrasepsi, petugas menanyakan tentang riwayat menstruasi, riwayat penyakit, penggunaan KB sebelumnya dan petugas memberikan waktu konsultasi yang banyak kepada calon akseptor.

8. Hubungan Biaya dengan Jenis Kontrasepsi yang Dipilih Akseptor

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas KIA dan KB di Puskesmas Kassi Kassi mengatakan bahwa pemasangan alat kontrasepsi di puskesmas semua jenis alat kontrasepsi gratis. Dan jenis kontrasepsi yang disediakan yaitu pil, IUD/spiral, susuk dan suntik. Namun tidak semua

akseptor di wilayah kerja Puskesmas Kassi Kassi memasang alat kontrasepsi di Puskesmas hal inilah yang menjadi salah satu faktor mengapa variabel biaya perlu dilihat keterkaitannya dengan pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa hubungan terbanyak ada pada hubungan tidak ada biaya yang dikeluarkan dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 27 orang (48,2%) dan paling sedikit pada hubungan ada biaya dengan jenis kontrasepsi susuk sebesar 0 orang (0%) Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* menggunakan *Pearson chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$ dengan demikian maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara biaya dengan keputusan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi.

Meskipun tidak ada biaya yang dikeluarkan jika pelayanan pemasangan alat kontrasepsi dilakukan di puskesmas namun data menunjukkan 30,9% akseptor mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan KB yang dilakukan di bidan dan dokter praktik. Bervariasinya biaya yang dikeluarkan oleh akseptor tergantung dari jenis, bahan dan tempat pemasangan alat kontrasepsi. Adanya hubungan antara biaya yang dikeluarkan dengan jenis kontrasepsi yang digunakan menunjukkan bahwa IUD/Spiral merupakan jenis kontrasepsi yang paling banyak mengeluarkan biaya. Dan IUD/spiral merupakan salah satu alat kontrasepsi yang paling mahal di antara pil, suntik dan susuk sehingga penggunaannya hanya sekitar 28,4%. Kisaran biaya yang dikeluarkan untuk alat ini mulai dari Rp 400.000 s/d Rp 1.000.000

9. Efek Samping Penggunaan Alat Kontrasepsi

Efek samping kontrasepsi adalah suatu gejala yang ditimbulkan akibat pemakaian alat kontrasepsi. Efek samping potensial suatu metode kontrasepsi akan mempengaruhi kehidupan partisipan KB dan hal ini tentunya membuat wanita maupun pria sebagai partisipan KB harus menentukan pilihan kontrasepsi yang sesuai dan cocok untuk digunakan. Apabila efek samping dapat diatasi oleh pengguna alat kontrasepsi maka kemungkinan alat kontrasepsi tersebut tetap dipertahankan, sebaliknya apabila efek samping tersebut terasa berat dan sangat mengganggu maka pemakai cenderung untuk melepaskan alat kontrasepsi tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian Nurgahayu (2019) di peroleh data distribusi responden menunjukkan bahwa paling banyak akseptor tidak merasakan adanya efek samping ketika menggunakan alat kontrasepsi sebanyak 45 orang (55,6%) dan paling sedikit yang ada efek samping yang dirasakan yaitu sebanyak 36 orang (44,4 %). Efek samping yang dirasakan akseptor berbeda-beda, dari 44,4 % responden yang merasakan adanya efek samping setelah menggunakan KB paling banyak pada KB jenis suntik. Efek yang dirasakan antara lain haid tidak teratur, berat badan meningkat dan merasa pusing. Namun efek samping yang dirasakan masih dalam kategori aman dan masih dapat diatasi oleh akseptor. Berdasarkan penelitian Samosir (2016), alasan terbesar responden mengganti metode KB adalah efek samping (41,1%) dengan metode KB terbesar yang digunakan sebelum pergantian metode KB adalah suntik (44,6%) (Samosir, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Arum, 2008. *Panduan Lengkap Pelayanan KB*. Eprintis.uad.ad.id. Diakses tanggal 28 Juni 2018.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Abstrak Hasil Penelitian 2005. Surabaya.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 10 No. 2, April 2007. Surabaya.
- Badan Pusat Statistik dan Macro International. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002*. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 2002.
- Badan Pusat Statistik dan Macro International. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, United States of America: Badan Pusat Statistik dan Macro International; 2007.
- Baker, TD, William A. Reinke. 1994. Dasar Epidemiologi untuk Perencanaan Kesehatan. Dalam: *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- BKKBN. 2008. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. www.bkkbn.go.id. Diakses tanggal 2 Juli 2018
- Departemen Kesehatan RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Erista. 2015. *Hubungan antara tingkat pendidikan dan pemilihan alat kontrasepsi pada PUS di Desa Krakal Kec. Alian Kab. Kebumen Tahun 2015*. Semarang.<https://lib.unnes.ac.id>. Diakses tanggal 17 Januari 2019
- Hadi Suprayoga. 2009. *Program Pembangunan Kawasan Perbatasan*. Jakarta: Bappenas.

- Handayani L, Evie S, Siswanto, dkk. 2006. Upaya Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya ([http://shanteu.kie.worldpress.com/2011/04/Mempertanyakan kembali Nasionalisme Masyarakat di Kalimantan Barat \(Perbatasan RI-Malaysia\)](http://shanteu.kie.worldpress.com/2011/04/Mempertanyakan kembali Nasionalisme Masyarakat di Kalimantan Barat (Perbatasan RI-Malaysia))) diakses tanggal 1 Maret 2012)
- Hartoyo, dkk. 2011. *Studi nilai anak, jumlah anak yang diinginkan dan keikutsertaan orang tua dalam program KB*. Bogor, ikk.tema.ipb.ac.id
- Jurisman, dkk. 2016. Hubungan karakteristik ibu dengan pemilihan kontrasepsi di Puskesmas Padang Pasir Padang, Jurnal Kesehatan andalas, <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Diakses tanggal 28 Februari 2019.
- Kemenkes. 2012. *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta: Dirjen Bina Upaya Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan*. Jakarta.
- Kurniawati D. dan Prasetyo S. 2012. *Faktor yang Berhubungan dengan Jarak antar Kelahiran pada Wanita Multipara di Indonesia*. Jakarta, www.lib.ui.ac.id. Diakses tanggal 5 Maret 2019.
- Manurung Kisman, “Strategi Pembangunan Kawasan Perbatasan”. *Tabloid Demokrasi*, 16 Oktober 2011.
- Maula, dkk. 2014. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan alat Kontrasepsi pada Akseptor KB Wanita*. Tuwel.id.portalgaruda.org. Diakses tanggal 4 Januari 2019
- Mulyawati dkk. 2011. *Faktor Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesarea*. <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kesmas>, Semarang (diakses tanggal 20 Maret 2016)
- Nainggolan Poltak Partogi. Ed. 2012. *Potensi dan Masalah Pulau Perbatasan, Kabupaten Pulau Morotai dan Kabupaten Pulau Raja Ampat*. Jakarta: P3DI Setjen DPR Republik Indonesia dan Azza Grafika.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rinika Cipta.

- Peraturan Menkes RI No 59 Tahun 2014 *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*, Jakarta
- Rienke, William A. 1994. *Analisis Personil dalam Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ristrini, Sulistyowati, Siswanto, dkk. 2004. *Intervensi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penumbuhkembangan Upaya Kesehatan yang Berbasis Masyarakat Miskin di Pedesaan dalam rangka "Making Pregnancy Safer"*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian. Surabaya.
- Samosir. 2016. *Hubungan peran petugas dan pengalaman KB dengan pergantian metode KB di Kec. Tembalang Kota Semarang Triwulan II Tahun 2016*, <https://media.neliti.com>
- Sartika RAD. 2010. Analisis pemanfaatan program pelayanan kesehatan status gizi balita. Kesmas, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*; 5 (2): 76-83.
- Schur C, Franco S. Access to health care. In: Thomas C, editor. *Rural health in the United States*. Ricketts III. New York: Oxford University Press; 1999
- Setiasih. 2013. Analisis factor-faktor yang mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi Jangka Panjang pada wanita PUS di kabupaten Kendal Tahun 2013. Semarang. *Jurnal promosi kesehatan Indonesia* Vol II No 2. Diakses tanggal 8 Februari 2019.
- Sinaga, dkk. 2017. *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Universitas Nasional. Diakses tanggal 8 Maret 2019
- Timyan Yudith, et al. 1997. Akses pelayanan: Bukan Sekedar Masalah Jarak. Dalam: *Kesehatan Wanita, Sebuah Perspektif Global*. Editor: Marge Koblinsky, Judith Tinyam, Jill Gay. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Wasis B, Agus Suprpto, Ristrini. 2007. *Studi tentang Rekrutmen, Seleksi dan Alokasi Kegiatan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil di Jatim dan NTT*.

- Wasis B, Agus Suprpto, Sarwanto, dkk. 2005. *Pengembangan Model Rekrutmen dan Pendayagunaan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil*.
- Widdefrita, Mohanis, 2015. “Peran Petugas dan Status Pekerjaan Ibu dengan Pemberian Asi Eksklusif”. jurnal.fkm.unand.ac.id (diakses tanggal 1 Maret 2016)
- www.depkes.go.id. Menkes Beberkan Program Prioritas Kemenkes 2011, tanggal 23 Januari 2011. Diakses tanggal 28 Pebruari 2012.

BIODATA PENULIS



Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. lahir di Ujung Pandang pada tanggal 5 Maret 1980. Telah menyelesaikan studi S-1 Jurusan AKK (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan) di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) di Universitas Hasanuddin pada tahun 2003. Lulus S-2 Jurusan/Program Studi MARS (Magister Administrasi Rumah Sakit) IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat) di Universitas Hasanuddin tahun 2008 dan S-3 Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga, Surabaya tahun 2018. Saat ini, merupakan dosen tetap di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Muslim Indonesia dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya tentang sumber daya manusia kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), dan kebijakan kesehatan. Tahun 2020-sekarang sebagai Kepala Pusat HKI LP2S (Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya) UMI.



Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp.OG(K)., M.A.R.S. lahir di Unaaha, 30 Mei 1976. Telah menyelesaikan Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2001. Selanjutnya, pada tahun 2006 menyelesaikan Pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar. Tahun 2007, menyelesaikan Pendidikan “Bioetika, Hukum Kedokteran dan Hak Asasi Manusia” di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta dan Pendidikan “*Bioethics for Health Professionals*” di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta pada tahun

2012. Kemudian, melanjutkan pendidikan program studi S-3 di Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar dan meraih gelar Doktorat pada tahun 2013. Tahun 2017, selesai melanjutkan pendidikan Program Studi S-2 MARS (Manajemen Administrasi Rumah Sakit) di Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar. Pada tahun 2016, melanjutkan Pendidikan Konsultan OBGINSOS di Center Joglosemar (FK UGM) dan selesai pada tahun 2018. Sejak tahun 2019, sementara menempuh pendidikan S-2 Bioetika di Sekolah Pascasarjana UGM hingga saat ini. Saat ini, bertugas sebagai Dosen Tetap Fakultas Kedokteran Yayasan Wakaf UMI, Dosen Tidak Tetap Bagian OBGIN dan Bioetika di FK Unhas, dosen luar biasa pada berbagai akademi kebidanan di Makassar, Dokter Spesialis RS Ibnu Sina Yayasan Wakaf UMI Makassar, Dosen Pascasarjana S-2 Kesehatan Reproduksi UMI Makassar, Dosen Luar Biasa Program Pascasarjana S-2 Kebidanan Unhas, Asesor LAM-PTKes (Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan) Indonesia, dan saat ini bertugas sebagai Asesor RS Pendidikan (Wakil dari AIPKI).



Nurgahayu, S.K.M., M.M. menyelesaikan pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2005. Kemudian, melanjutkan pendidikan pada S-2 Magister Manajemen Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2011. Penulis pertama kali bekerja di Klinik Al Islah sejak tahun 2007 s.d. tahun 2009. Kemudian, sejak tahun 2009 hingga sekarang bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia. Sejak tahun 2018, dipercaya sebagai Kepala Laboratorium Komputer Fakultas Kesehatan Masyarakat hingga saat ini. Penulis telah mengampu mata kuliah Kesehatan Ibu dan Anak sejak tahun 2009 hingga saat ini. Penulis telah beberapa kali melakukan penelitian yang terkait Kesehatan Ibu dan Anak yang mendukung isi dari buku ini.

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa, dosen, dan praktisi di bidang kesehatan dan bidang ilmu lain yang terkait. Buku ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber referensi dalam ilmu kesehatan, khususnya tentang kajian kesehatan ibu dan anak pada wilayah dengan akses layanan terbatas. Buku ini juga dilengkapi dengan beberapa contoh penelitian tentang Kesehatan Ibu dan Anak pada daerah dengan akses layanan terbatas. Selain itu, buku ini juga menyajikan tentang hasil penelitian yang menjelaskan tentang potensi masalah Kesehatan Ibu dan Anak di masyarakat maupun di pelayanan Kesehatan. Semoga informasi dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.



Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. lahir di Ujung Pandang pada tanggal 5 Maret 1980. Telah menyelesaikan studi S-1 Jurusan AKK (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan) di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) di Universitas Hasanuddin pada tahun 2003. Lulus S-2 Jurusan/Program Studi MARS (Magister Administrasi Rumah Sakit) IKM (Ilmu Kesehatan Masyarakat) di Universitas Hasanuddin tahun 2008 dan S-3 Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga, Surabaya tahun 2018. Saat ini, merupakan dosen tetap di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Muslim Indonesia dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya tentang sumber daya manusia kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), dan kebijakan kesehatan. Tahun 2020-sekarang sebagai Kepala Pusat HKI LP2S (Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya) UMI.



Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, Sp. OG(K)., M.A.R.S. lahir di Unaaha, 30 Mei 1976. Telah menyelesaikan Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2001. Selanjutnya, pada tahun 2006 menyelesaikan Pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar. Tahun 2007, menyelesaikan Pendidikan "Bioetika, Hukum Kedokteran dan Hak Asasi Manusia" di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta dan Pendidikan "Bioethics for Health Professionals" di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta pada tahun 2012. Kemudian, melanjutkan pendidikan program studi S-3 di Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar dan meraih gelar Doktor pada tahun 2013. Tahun 2017, selesai melanjutkan pendidikan Program Studi S-2 MARS (Manajemen Administrasi Rumah Sakit) di Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar. Pada tahun 2016, melanjutkan Pendidikan Konsultan OBGINSOS di Center Joglosemar (FK UGM) dan selesai pada tahun 2018. Sejak tahun 2019, sementara menempuh pendidikan S-2 Bioetika di Sekolah Pascasarjana UGM hingga saat ini. Saat ini, bertugas sebagai Dosen Tetap Fakultas Kedokteran Yayasan Wakaf UMI, Dosen Tidak Tetap Bagian OBGIN dan Bioetika di FK Unhas, dosen luar biasa pada berbagai akademi kebidanan di Makassar, Dokter Spesialis RS Ibnu Sina Yayasan Wakaf UMI Makassar, Dosen Pascasarjana S-2 Kesehatan Reproduksi UMI Makassar, Dosen Luar Biasa Program Pascasarjana S-2 Kebidanan Unhas, Asesor LAM-PTKes (Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan) Indonesia, dan saat ini bertugas sebagai Asesor RS Pendidikan (Wakil dari AIPKI).



Nurgahayu, S.K.M., M.M. menyelesaikan pendidikan S-1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2005. Kemudian, melanjutkan pendidikan pada S-2 Magister Manajemen Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2011. Penulis pertama kali bekerja di Klinik Al Islah sejak tahun 2007 s.d. tahun 2009. Kemudian, sejak tahun 2009 hingga sekarang bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia. Sejak tahun 2018, dipercaya sebagai Kepala Laboratorium Komputer Fakultas Kesehatan Masyarakat hingga saat ini. Penulis telah mengampu mata kuliah Kesehatan Ibu dan Anak sejak tahun 2009 hingga saat ini. Penulis telah beberapa kali melakukan penelitian yang terkait Kesehatan Ibu dan Anak yang mendukung isi dari buku ini.



Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)
Jl. Rajawali, Gang Elang 6 No.3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581
Telp/Fax : (0274) 4533427
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)
cs@deepublish.co.id @penerbitbuku_deepublish
Penerbit Deepublish www.penerbitbukudeepublish.com

Kategori : Kesehatan Masyarakat

ISBN 978-623-02-2538-3



9 786230 225383