

© 2006 Henri Peranginangin
Makalah Pengantar Falsafah Sains (PPS702)
Program Pasca Sarjana / S3, Institut Pertanian Bogor
Sem 1, 2006/07

Posted 23 Sept. 06

Dosen:
Prof. Dr. Ir. Rudy C. Tarumingkeng
Prof. Dr. Ir. Sjafri Manuwoto

TELAAH FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN *ANTENATAL CARE* PADA SARANA KESEHATAN: PEMELIHARAAN KESEHATAN IBU HAMIL DALAM UPAYA PENGELOLAAN SUMBER DAYA ALAM DAN LINGKUNGAN HIDUP

Oleh:

Henri Peranginangin

E-mail: henriptanjung@yahoo.co.id

P062054694

Abstrak

Pemanfaatan pelayanan *antenatal care* oleh sejumlah Ibu hamil di Indonesia belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman yang ditetapkan. Hal ini cenderung menyulitkan tenaga kesehatan dalam melakukan pembinaan pemeliharaan kesehatan Ibu hamil secara teratur dan menyeluruh, termasuk deteksi dini terhadap faktor risiko kehamilan yang penting segera ditangani. Kurangnya pemanfaatan *antenatal care* oleh Ibu hamil ini berhubungan dengan faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pendidikan, jumlah anak, pendidikan suami, sikap, umur, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan Ibu hamil dan sebagainya, faktor-faktor pemungkin/pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam jarak fisik lokasi, biaya *antenatal care*, fasilitas pelayanan *antenatal care*, waktu tunggu dan sebagainya; serta faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam perilaku petugas pelayanan *antenatal care*, sikap petugas pelayanan *antenatal care*, sikap tokoh masyarakat. Dampak dari kurangnya pembinaan pemeliharaan kesehatan Ibu hamil akan menimbulkan kerugian tidak saja pada Ibu hamil itu sendiri tetapi juga berpengaruh buruk bagi anak yang akan dilahirkan kemudian. Angka Kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2005 adalah 290,8 per seratus ribu kelahiran hidup. Penyebab kematian Ibu di Indonesia antara lain adalah perdarahan, infeksi dan eklampsia, anaemia, kurang energi kronis dan keadaan “4 terlalu” (terlalu muda/tua, sering dan banyak).

Kata kunci : *Pelayanan antenatal care, Ibu hamil, Angka Kematian Ibu*

I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Lingkungan prenatal ialah lingkungan manusia sebelum lahir ataupun lingkungan embrio/janin yang ada di dalam kandungan ibu. Hal ini penting dibahas dalam rangka pembinaan sumber daya manusia. Berbagai alasan bagi pembahasan lingkungan prenatal adalah sebagai berikut: (1) Anak-anak yang akan dilahirkan merupakan generasi penerus bangsa, oleh karenanya perlu ditingkatkan kualitasnya, (2) kesehatan anak sangat dipengaruhi oleh kesehatan embrio/janin sewaktu masih di dalam kandungan, (3) kesehatan embrio/janin sangat dipengaruhi oleh kesehatan ibu serta lingkungan ibunya, (4) investasi yang ditaruh pada janin cukup besar, sehingga perlu dipelihara kesehatannya. Bayi yang dilahirkan diharapkan dapat menjadi orang yang produktif sehingga mampu mengembalikan investasi yang ditaruh padanya, (5) kesehatan merupakan syarat utama bagi peningkatan produktivitas, dan produktivitas merupakan prasyarat utama bagi tercapainya tujuan pembangunan (Slamet, 1996 :40). Sehubungan dengan itu penting kiranya Ibu hamil selalu menjaga dan memeriksakan kesehatannya agar bayi yang dikandung dan dilahirkan kemudian sehat. Di Indonesia, tingkat pemanfaatan *antenatal care* oleh Ibu hamil di sarana kesehatan yang disediakan Pemerintah dan swasta masih belum sepenuhnya mencapai hasil atau target yang diharapkan. Hal ini tergambar dari jumlah kunjungan Ibu hamil untuk pelayanan *antenatal* di beberapa daerah di Indonesia. Dari hasil Survei Kesehatan Ibu Pendekatan Kemitraan dan Keluarga di 10 Kabupaten Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur berkaitan dengan penggunaan fasilitas pelayanan untuk pemeriksaan kesehatan selama kehamilan, ditemukan lebih dari 83 persen wanita memeriksakan kesehatan selama kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah ataupun swasta. Angka ini masih lebih rendah dari target cakupan *antenatal care (ANC)* yang diharapkan menjadi 90 persen pada tahun 2004. Pemeriksaan *ANC K1* yang dilakukan oleh responden di 10 kabupaten ini berkisar antara 50 persen hingga 90 persen dan umumnya dilakukan pada trimester pertama.

Sementara K4 atau kontak dengan petugas kesehatan keempat kalinya atau lebih berkisar antara 46 persen - 90 persen (Peneliti: Dra. Flourisa Julian Sudrajat, M.Kes, Puslitbang KB-KR, BKKBN, Tahun :2003, www.bkkbn.go.id/ditfor/research_detail.php?rchid=17 - 45k – Dikunjungi pada tanggal 18 September 2006 jam 18.45 WIB). Di Kalimantan Tengah, pada tahun 2002, kunjungan Ibu hamil untuk akses pertama kali dalam rangka *antenatal care* dalam usia kehamilan kurang dari 12 minggu (K1) adalah 95,41% dari total Ibu hamil; dan kunjungan Ibu hamil dalam rangka antenatal care di usia kehamilan di atas 28 minggu atau 7 bulan (K4) adalah 79,19%; sedangkan target adalah lebih dari 90%. (www.kalteng.go.id/INDO/Kesehatan2003.htm - 21k - Dikunjungi tanggal 19 September 2006, jam 18.45 WIB). Di Jawa Tengah, pada tahun 2002, kunjungan Ibu hamil (K1) adalah 89,62% dari total Ibu hamil; dan kunjungan Ibu hamil (K4) adalah 78,07%; sedangkan target adalah lebih dari 90%. Pada tahun 2003 kunjungan Ibu hamil (K4) adalah 79,79% juga masih di bawah 90%. (www.jawatengah.go.id/dinkes/new/Profile2003/bab5.htm - 35k - Dikunjungi tanggal 19 September 2006, jam 18.45 WIB).

Dampak dari kurangnya pemeliharaan kesehatan ibu hamil tidak saja menimbulkan kerugian terhadap ibu hamil itu sendiri tetapi juga berpengaruh buruk bagi anak yang akan dilahirkan kemudian. Menurut Saifuddin, dkk., (2000) Mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin, sekitar 25 – 50% kematian wanita subur usia disebabkan hal berkaitan dengan kehamilan. Menteri Kesehatan Republik Indonesia menyatakan: “Angka kematian ibu di Indonesia masih yang paling tinggi di Asia Tenggara yakni 307 per seratus ribu kelahiran hidup yang berarti 50 ibu meninggal setiap hari karena komplikasi persalinan dan saat melahirkan, itu menurut data tahun 2003”. Angka tersebut, menurut Direktur Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, telah turun menjadi 290,8 per seratus ribu kelahiran hidup pada 2005, namun demikian kondisi itu belum merubah status Indonesia sebagai negara dengan angka kematian ibu tertinggi di Asia Tenggara karena angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara lainnya masih jauh lebih rendah dibandingkan Indonesia. Laporan Pembangunan Manusia tahun 2000 menyebutkan, ketika angka kematian

ibu di Indonesia masih 450 per seratus ribu kelahiran hidup, angka kematian ibu di Filipina, Thailand, Brunei dan Singapura masing-masing sudah mencapai 170, 44, 39, 0 dan 6 per seratus ribu kelahiran hidup (Jakarta, 23 Januari 2006 17:08 Berdiskusi dg Santun & Elegan, dg Semangat Persahabatan. Menuju Indonesia yg Lebih baik, in Commonality & Shared Destiny. <http://groups.yahoo.com/group/ppiindia> www.freelists.org/archives/ppi/01-2006/msg00626.html - 13k, Dikunjungi pada tanggal 13 September 2006 jam 14.00 WIB).

Gambaran Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sejak tahun 1992 relatif tidak banyak berbeda sampai menjelang tahun 2003. Menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992, Angka Kematian Ibu tersebut adalah 421 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 1997). Angka Kematian Ibu di Indonesia menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 1994 yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup sementara Angka Kematian Perinatal adalah 40 per 1.000 kelahiran hidup (Saifuddin, dkk., 2000 : iii). Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001 menyebutkan Angka Kematian Ibu di Indonesia 396 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah itu meningkat dibandingkan dengan hasil survei 1995, yaitu 373 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu di negara Vietnam tahun 2003 tercatat 95 per 100.000 kelahiran hidup. Negara anggota ASEAN lainnya, Malaysia tercatat 30 per 100.000 dan Singapura 9 per 100.000. (Sumber: <http://www.suarapembaruan.com/News/2003/09/02/index.html>, Kematian Ibu, Indonesia Tertinggi di ASEAN Gizi.net Rabu, 3 September, 2003 oleh: Siswono. Dikunjungi tanggal 13 September 2006, jam 14.30 WIB)

Penyebab kurangnya pencapaian target kunjungan Ibu hamil dalam rangka *antenatal care* ini tentu saja sangat kompleks, namun pada dasarnya dominan berkaitan dengan faktor penyedia pelayanan *antenatal care* di satu pihak dan ibu hamil di lain pihak. Telaahan secara umum dalam tulisan ini adalah dalam rangka membantu memperoleh kejelasan bagaimana gambaran hubungan pemanfaatan pelayanan *antenatal* dengan faktor-faktor karakteristik Ibu hamil, dengan faktor-faktor sarana dan prasarana pelayanan *antenatal*, serta faktor-faktor lain yang bersifat penguat seperti sikap tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, aturan dan sebagainya.

B. Permasalahan

1. Belum diketahuinya gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia;
2. Belum diketahuinya hubungan antara faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh Ibu-ibu hamil.
3. Belum diketahuinya hubungan antara faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh Ibu-ibu hamil.
4. Belum diketahuinya hubungan antara faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) masyarakat dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh Ibu-ibu hamil.

C. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan ini ialah untuk mengetahui gambaran faktor-faktor yang dominan yang mempengaruhi ibu hamil di Indonesia dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan ibu hamil atau *antenatal care* di sarana kesehatan yang telah ada meliputi :

1. hubungan antara faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh ibu hamil.
2. hubungan antara faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh ibu hamil.
3. hubungan antara faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh ibu hamil.

D. Manfaat Penulisan

Dengan diketahuinya gambaran faktor-faktor yang dominan yang mempengaruhi ibu hamil di Indonesia dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan yang telah ada akan memperjelas

arah tindak lanjut perbaikan atau prioritas pengembangan dalam hal peningkatan pelayanan *antenatal care*. Penyuluhan atau penerangan kepada ibu hamil akan lebih terarah jika diketahui faktor-faktor penyebab ibu hamil kurang/ belum pernah memanfaatkan pelayanan *antenatal care* di sarana pelayanan: karena faktor –faktor predisposisi (*predisposing factors*) atau faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) atau faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) atau gabungan faktor satu dengan yang lain. Demikian pula jika ternyata kinerja pelayan *antenatal care* di sarana kesehatan masih kurang baik maka dapat dijadikan masukan bagi pimpinan setempat dalam rangka pengambilan keputusan. Usaha penyempurnaan pada kedua belah pihak dapat diperkirakan akan memperbaiki jumlah dan kualitas kunjungan ke pelayanan ibu hamil di sarana kesehatan dan hal ini selanjutnya akan mendukung pencegahan kematian ibu hamil. Diharapkan dengan keberhasilan pencegahan kematian ibu hamil secara bermakna terus menerus akan berdampak positif terhadap pengelolaan lingkungan.

E. Ruang Lingkup Penulisan

Tulisan ini adalah tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ibu hamil di Indonesia dalam hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan yang telah ada.

II. Pokok-Pokok Pengertian

A. Kehamilan Normal

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 (enam) bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, dkk., 2000 : 89).

B. Kematian Ibu (Maternal)

Kematian maternal adalah kematian wanita sewaktu hamil, melahirkan, atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan

lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi tidak secara kebetulan atau oleh penyebab tambahan lainnya (Wiknjosastro, dkk., 1994 : 22). Selanjutnya dikemukakan bahwa berdasarkan definisi tersebut kematian maternal dapat digolongkan pada: (1) kematian obstetrik langsung (*direct obstetric death*), (2) kematian obstetrik tidak langsung (*indirect obstetric death*), dan (3) kematian yang terjadi bersamaan tetapi tidak berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, misalnya kecelakaan. Kematian obstetrik langsung disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, nifas, atau penanganannya. Di negara-negara sedang berkembang sebagian besar penyebab ini adalah perdarahan, infeksi, gestosis, dan abortus. Kematian tidak langsung disebabkan oleh penyakit atau komplikasi lain yang sudah ada sebelum kehamilan atau persalinan, misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria dan lain-lain.

C. Pelayanan *Antenatal Care*

1. Pengertian Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan *antenatal* ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk., 2000 : 6).

Pelayanan *antenatal* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan *antenatal* seperti yang ditetapkan dalam buku Pedoman Pelayanan *Antenatal* bagi Petugas Puskesmas (Depkes R.I., 1997).

2. Tujuan *Antenatal Care*

Baru dalam setengah abad ini diadakan pengawasan wanita hamil secara teratur dan tertentu. Dengan usaha itu ternyata angka mortalitas serta morbiditas ibu dan bayi jelas menurun. Tujuan pengawasan wanita hamil ialah menyiapkan ia sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka *postpartum* sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Ini berarti dalam ante natal care harus diusahakan agar : (1) wanita hamil sampai akhir kehamilan sekurang-

kurangnya harus sama sehatnya atau lebih sehat; (2) adanya kelainan fisik atau psikologik harus ditemukan dini dan diobati, (3) wanita melahirkan tanpa kesulitan dan bayi yang dilahirkan sehat pula fisik dan mental (Wiknjosastro, 1994 : 154).

Tujuan asuhan antenatal yaitu : (1) memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi, (2) meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial Ibu dan bayi, (3) mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, (4) mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, (5) mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, dkk., 2000 : 90). Tujuan utama asuhan *antenatal* adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan jalan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kehamilan berjalan normal dan tetap demikian seterusnya. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini sudah umum diterima bahwa setiap kehamilan membawa risiko bagi ibu. WHO memperkirakan bahwa sekitar 15% dari seluruh wanita yang hamil akan mengembangkan komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya serta dapat mengancam jiwanya. Dari seluruh 5.600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah besar akan mengalami suatu komplikasi atau masalah yang bisa meningkat menjadi fatal. Survei demografi dan Kesehatan yang dilaksanakan pada tahun 1997 menyatakan bahwa dari tahun 1992 sampai 1997, ada 26% wanita dengan kelahiran hidup mengalami komplikasi (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO, 2001).

3. Cakupan Pelayanan *Antenatal*

Cakupan pelayanan *antenatal* dapat dipantau melalui kunjungan baru ibu hamil (K1) atau disebut juga akses dan pelayanan ibu hamil sesuai standar paling

sedikit empat kali dengan distribusi sekali pada triwulan pertama, sekali pada triwulan dua dan dua kali pada triwulan ketiga (K4) untuk melihat kualitas.

Pelayanan K1 adalah pelayanan/pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil sesuai standar pada masa kehamilan oleh tenaga kesehatan terampil (Dokter, Bidan, dan Perawat). Ibu hamil (K4) adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal* sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.

Cakupan Kunjungan ibu hamil K4 adalah cakupan Ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal 4 kali sesuai dengan standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Cakupan kunjungan Ibu Hamil K4	=	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Ibu Hamil K4}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}}$	x 100 %
-----------------------------------	---	---	---------

(PROFIL KESEHATAN PROPINSI JAMBI, PENCAPAIAN PEMBANGUNAN KESEHATAN, www.dinkesjambi.com/profilkesehatan5d.php - 44k Dikunjungi tgl 18 September 2006 jam 17.15 WIB)

D. Kebijaksanaan Program

Kunjungan *antenatal* sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan: satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan/asuhan standar minimal “7T” : (T**imbang**) berat badan, Ukur (T**ekanan**) darah, Ukur (T**inggi**) fundus uteri, Pemberian Imunisasi (Tetanus Toksoid) **TT** lengkap, pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan, **T**es terhadap Penyakit Menular Seksual, dan **T**emu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin, dkk., 2000 : 90).

Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan Ibu hamil telah dikembangkan Strategi Menyelamatkan Persalinan Sehat (*Making Pregnancy Safe*) yakni sebuah inisiatif yang dicanangkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2000. Ini merupakan komitmen untuk mengurangi beban global akibat kematian, kesakitan, dan kecacatan yang tidak perlu terjadi, yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan selama nifas. *Making Pregnancy Safer*

(MPS) mengharapkan agar ibu hamil, melahirkan dan dalam masa setelah persalinan (*post natal*) mempunyai akses terhadap tenaga kesehatan yang terlatih, yaitu profesi kesehatan yang terakreditasi (seperti bidan, dokter, atau perawat) yang telah menempuh pendidikan dan dilatih untuk menguasai ketrampilan-ketrampilan yang dibutuhkan dalam mengelola kehamilan normal (tanpa komplikasi), persalinan dan periode segera setelah melahirkan dan dalam pengidentifikasian, pengelolaan dan rujukan atas komplikasi yang diderita oleh ibu dan anak.

Strategi MPS meliputi tiga pesan kunci, yakni setiap persalinan harus ditolong tenaga medis, setiap komplikasi persalinan harus ditangani tenaga adekuat (dokter ahli) dan setiap wanita usia subur harus mempunyai akses pencegahan kehamilan dan penanganan komplikasi keguguran. Pada pelaksanaannya, strategi ini terbentur pada keterbatasan jumlah tenaga yang berkualitas dan berbagai kendala lainnya (Kontribusi Penting Menyelamatkan Persalinan Sehat dan Buku KIA, Elsi Dwi Hapsari, Afiliasi Departement of Maternity ...io.ppi jepang.org/article.php?id=47 - 27k –Dikunjungi pada tgl 18 September 2006 jam 19.00)

E. Kebidanan dan Pelaksana Pelayanan *Antenatal Care*

Ilmu kebidanan atau obstetri ialah bagian dari Ilmu Kedokteran yang khusus mempelajari segala soal yang bersangkutan dengan lahirnya bayi. Dengan demikian yang menjadi obyek ilmu ini ialah kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi yang baru dilahirkan. Pelayanan kebidanan dalam arti yang terbatas terdiri atas: (1) pengawasan serta penanganan wanita dalam masa hamil dan pada waktu persalinan; (2) perawatan dan pemeriksaan wanita sesudah persalinan; (3) perawatan bayi yang baru lahir; dan (4) pemeliharaan laktasi (Wiknjosastro, dkk., 1994 : 3-4).

Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Pusdiknakes) menetapkan bahwa untuk bisa membantu seorang ibu melalui kehamilan dan persalinan yang sehat bidan harus :

1. membantu ibu dan keluarganya untuk mempersiapkan kelahiran dan mungkin juga keadaan darurat;
2. bekerja sama dengan ibu, keluarganya serta masyarakat untuk mempersiapkan suatu rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi seorang penolong dan

tempat bersalin, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan;

3. bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat dalam mempersiapkan suatu rencana bila terjadi komplikasi, meliputi:
 - a. identifikasi kemana harus pergi dan bentuk transportasi untuk mencapai tempat tersebut;
 - b. membuat rencana penyediaan donor darah;
 - c. mengadakan rencana persiapan finansial;
 - d. mengidentifikasi seorang pembuat keputusan kedua bila pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat.
4. Mendeteksi dan mengobati komplikasi-komplikasi yang timbul selama kehamilan, apakah itu bersifat medis, bedah atau obstetrik.
5. Meningkatkan dan memantapkan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu serta bayi dengan menyediakan pendidikan, suplementasi serta imunisasi.
6. Membantu mempersiapkan ibu untuk pemberian Air Susu Ibu yang lancar, menjalani masa nifas yang normal, serta menjaga kesehatan anak secara fisik, psikologis dan sosial.

Informasi penting yang diberikan dalam kunjungan ibu hamil pada trimester pertama, atau sebelum minggu ke 14, yakni (a) membangun hubungan saling percaya antara bidan dan ibu agar supaya hubungan penyelamatan jiwa bisa dibina bilamana perlu, (b) mendeteksi masalah yang bisa diobati sebelum menjadi bersifat mengancam jiwa, (c) mencegah masalah seperti neonatal tetanus, anaemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan, (d) memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi, dan (e) mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya) (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO)

Informasi penting yang diberikan dalam kunjungan ibu hamil pada trimester kedua, atau sebelum minggu ke 28, yakni sama seperti dalam kunjungan pada trimester pertama, ditambah kewaspadaan khusus mengenai PIH (*Pregnancy Induced Hypertension*) (tanya ibu tentang gejala PIH, pantau tekanan darahnya,

evaluasi edemanya, periksa untuk mengetahui protein/urine) (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO)

Informasi penting yang diberikan dalam kunjungan ibu hamil pada trimester ketiga, atau antara minggu ke 28 dengan 36, yakni sama seperti dalam kunjungan pada trimester sebelumnya, ditambah palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO). Informasi penting yang diberikan dalam kunjungan ibu hamil pada trimester keempat, atau setelah 36 minggu, yakni sama seperti dalam kunjungan pada trimester sebelumnya, ditambah pendeteksian letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit (Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO).

F. Determinan Perilaku

Green (1980), mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*) (Notoatmodjo, 1993: 102-103). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor, yakni :

1. Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Ikhwal ini dapat dijelaskan sebagai berikut: untuk berperilaku kesehatan, misalnya pemeriksaan kehamilan bagi ibu hamil diperlukan pengetahuan dan kesadaran ibu tersebut tentang manfaat periksa hamil, baik bagi kesehatan ibu sendiri dan janinnya. Di samping itu, kadang-kadang kepercayaan, tradisi, sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk periksa hamil, misalnya orang hamil tidak boleh disuntik (periksa hamil termasuk memperoleh suntikan anti tetanus), karena suntik bisa menyebabkan anak cacat. Karena faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku, maka sering disebut faktor pemudah.

2. Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya: air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya. Termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Poliklinik, Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Dokter atau Bidan Praktek Swasta, dan sebagainya. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut: untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya perilaku pemeriksaan kehamilan tersebut di atas, ibu hamil yang mau periksa hamil tidak hanya karena ia tahu dan sadar manfaat periksa hamil saja, melainkan ibu tersebut dengan mudah harus dapat memperoleh fasilitas atau tempat periksa hamil; misalnya Puskesmas, Polindes, Bidan Praktek, ataupun Rumah Sakit. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung.

3. Faktor-faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga di sini Undang-Undang, peraturan-peraturan baik dari Pusat maupun Pemerintah Daerah yang terkait dengan kesehatan. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut: untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Di samping itu Undang-Undang, peraturan-peraturan, dan sebagainya diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut. Seperti contoh perilaku periksa hamil tersebut di atas; di samping pengetahuan dan kesadaran pentingnya periksa hamil, serta kemudahan memperoleh fasilitas periksa hamil, juga diperlukan perilaku contoh dari tokoh masyarakat setempat. Demikian juga diperlukan peraturan atau perundangan-undangan yang mengharuskan ibu hamil melakukan periksa hamil.

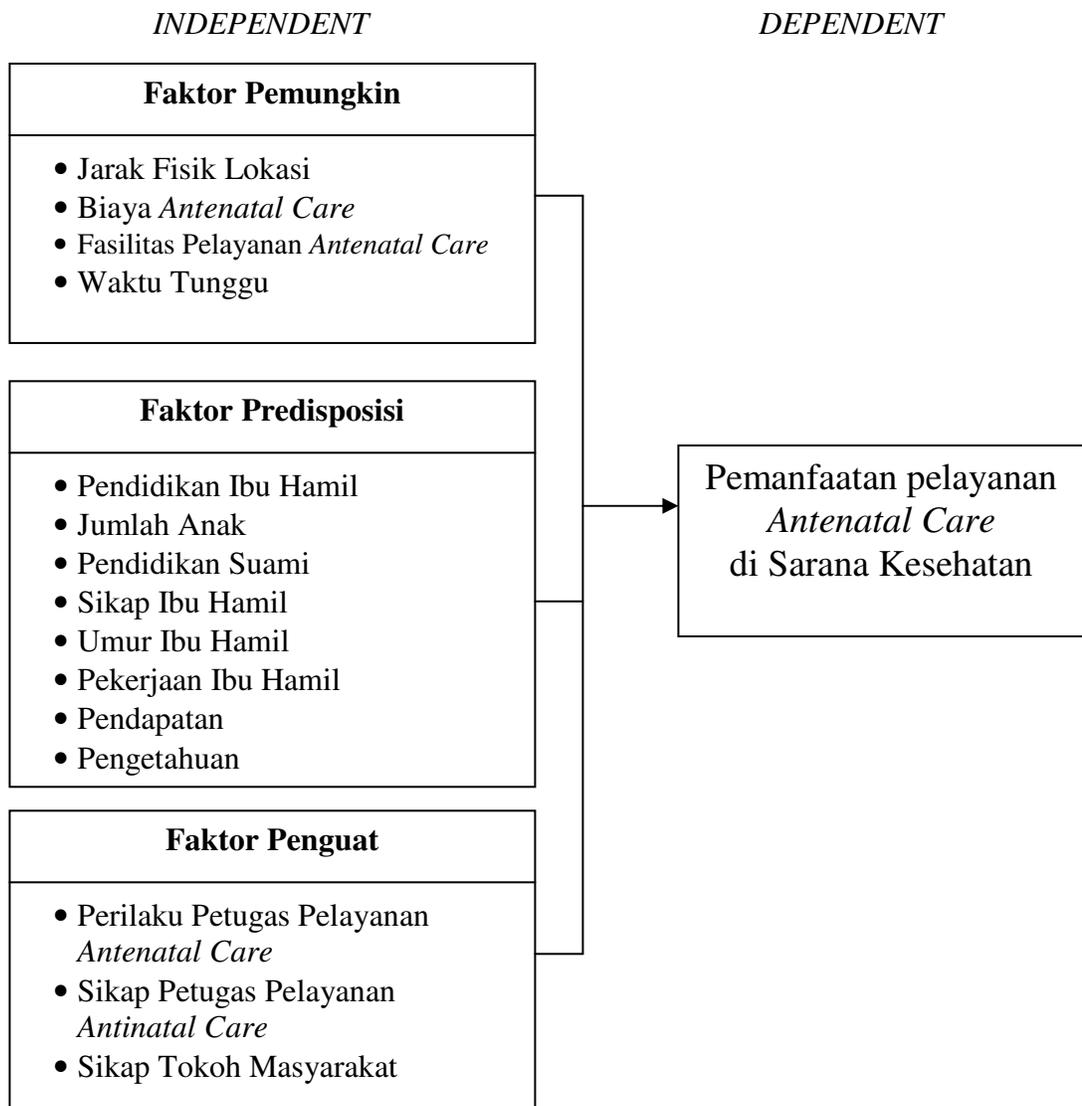
Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari

orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, dan sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

III. Kerangka Konsep dan Hipotesis

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan konsep menurut Green (1980) yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku.



Bagan 1. Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Dari teori dan/atau pendapat para ahli serta beberapa hasil penelitian mengenai pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh ibu hamil, penulis mengajukan hipotesis berikut ini:

1. Ada hubungan antara faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam Pendidikan, Jumlah Anak, Pendidikan Suami, Sikap, Umur, Pekerjaan, Pendapatan, Pengetahuan Ibu hamil dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan..
2. Ada hubungan antara faktor-faktor pemungkin/pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam Jarak Fisik Lokasi, Biaya *Antenatal Care*, Fasilitas Pelayanan *Antenatal Care*, Waktu Tunggu dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan.
3. Ada hubungan antara faktor-faktor penguat/pendukung (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam Perilaku Petugas Pelayanan Antenatal Care, Sikap Petugas Pelayanan Antenatal Care, Sikap Tokoh Masyarakat, dengan pemanfaatan *antenatal care* di sarana kesehatan.

C. Definisi operasional

Untuk lebih menjelaskan dan menghindari kesalahan penafsiran beberapa kata/istilah dalam tulisan ini, penulis merumuskan definisi operasional kata/istilah tersebut berikut ini.

1. Pemanfaatan pelayanan *antenatal care* adalah kedatangan Ibu hamil untuk pemeriksaan kehamilannya ke petugas kesehatan di sarana kesehatan.
2. Hasil pemanfaatan pelayanan *antenatal care* baik yaitu pemeriksaan kehamilan pertama kali pada trimester pertama dan total kunjungan selama kehamilan tidak kurang dari empat kali.
3. Hasil pemanfaatan pelayanan *antenatal care* sedang yaitu ada pemeriksaan kehamilan pertama kali pada trimester pertama dan total kunjungan selama kehamilan kurang dari empat kali; atau pemeriksanaan kehamilan pertama kali pada trimester kedua atau ketiga, dan total kunjungan empat kali atau lebih.

4. Hasil pemanfaatan pelayanan *antenatal care* buruk yaitu pemeriksaan kehamilan pertama kali pada trimester III dan total kunjungan selama kehamilan kurang dari empat kali; tidak pernah memanfaatkan pelayanan *antenatal care* selama kehamilannya.
5. Sarana kesehatan adalah balai pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit umum pemerintah atau swasta, rumah sakit khusus, praktik dokter umum dan spesialis swasta serta praktik bidan swasta.
6. Jarak fisik lokasi adalah jumlah dalam meter atau kilometer antara tempat tinggal Ibu hamil dengan Sarana Kesehatan tempat pelayanan *antenatal care*.
7. Biaya pelayanan *antenatal care* adalah jumlah uang dalam rupiah yang harus dikeluarkan Ibu hamil untuk keperluan ANC di Sarana Kesehatan.
8. Fasilitas pelayanan *antenatal care* adalah kelengkapan standar (medis dan non-medis) yang tersedia untuk pelayanan *antenatal care*.
9. Waktu tunggu adalah lamanya Ibu menunggu dihitung sejak ibu hamil selesai mendaftar untuk pelayanan *antenatal care* sampai dengan saat panggilan dari petugas untuk pelayanan *antenatal care*
10. Pendidikan Ibu hamil adalah tingkat sekolah formal terakhir yang diselesaikan oleh ibu hamil ditandai dengan adanya ijazah / tanda tamat belajar.
11. Jumlah anak adalah seluruh anak yang pernah dilahirkan oleh Ibu hamil
12. Pendidikan Suami adalah tingkat sekolah formal terakhir yang diselesaikan oleh Suami Ibu hamil ditandai dengan adanya ijazah / tanda tamat belajar.
13. Sikap Ibu hamil adalah respons Ibu hamil atau kesiapan/kesediaan Ibu hamil untuk memanfaatkan pelayanan *antenatal care*
14. Umur Ibu hamil adalah lama hidup Ibu hamil dalam tahun sejak kelahiran sampai ulang tahun terakhir (tahun Masehi)
15. Pekerjaan Ibu hamil adalah status responden yang berkaitan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan dan lamanya bekerja paling sedikit satu jam secara terus menerus dalam seminggu yang lalu (termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang

membantu dalam suatu usaha/ kegiatan ekonomi). (Badan Pusat Statistik Indonesia : 2002)

16. Pendapatan adalah jumlah rata-rata pendapatan uang responden selama ini per bulan dalam rupiah yang dapat digunakan untuk belanja pangan/ makanan dan bukan pangan / makanan, biaya rekening listrik/ air/ telephone, biaya pendidikan/ kesehatan dan lainnya.
17. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu.
18. Perilaku Petugas Pelayanan Kesehatan adalah wujud realisasi tindakan petugas pelayanan *antenatal care* terhadap Ibu hamil, baik fisik maupun non fisik.
19. Sikap Petugas Pelayanan Kesehatan adalah respons petugas pelayanan *antenatal care* atau kesiapan/kesediaan petugas pelayanan *antenatal care* untuk melayani ibu hamil.
20. Sikap Tokoh Masyarakat adalah respon tokoh masyarakat dalam terhadap upaya peningkatan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di daerahnya.

IV. Metodologi

Metode yang dipergunakan dalam rangka penulisan ini ialah bersifat deskriptif dengan studi kepustakaan yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* oleh Ibu hamil di sarana kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah atau swasta.

V. Pembahasan

- A. Hubungan antara faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) dengan pemanfaatan *Antenatal Care*

Dari literatur dan beberapa hasil penelitian diketahui bahwa hubungan faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam Pendidikan, Jumlah Anak, Pendidikan Suami, Sikap, Umur, Pekerjaan, Pendapatan, Pengetahuan Ibu hamil dan sebagainya dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan pada umumnya bervariasi.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengemukakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan Ibu hamil dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan; artinya semakin tinggi pendidikan Ibu hamil, semakin tinggi pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh Ibu hamil yang bersangkutan ditandai dengan jumlah kunjungan rata-rata mendekati 4 kali. Masih kurangnya kesadaran masyarakat dalam memelihara kesehatan bayi baru lahir yang harus sudah dimulai sejak janin masih dalam kandungan hingga minggu pertama kelahirannya. Hal ini terlihat dari rata-rata kunjungan antenatal ke Puskesmas masih kurang dari 4 kali, masih banyaknya persalinan yang ditolong oleh dukun bayi atau tenaga tidak terlatih lainnya, masih banyak perawatan bayi baru lahir yang tidak higienis di rumah dan kurangnya penyuluhan mengenai kesehatan bayi baru lahir kepada keluarga dan masyarakat.

Sadik (FKM-UI, 1996) mengemukakan hasil penelitiannya bahwa beberapa variabel yang berhubungan erat dengan derajat pemanfaatan pelayanan *antenatal care* yaitu umur Ibu hamil, pendidikan Ibu hamil, jumlah anak Ibu hamil, jarak anak Ibu hamil, pengetahuan Ibu hamil, sikap Ibu hamil, jarak tempat tinggal Ibu hamil dengan pusat sarana kesehatan, *social support* dan lain-lain. Ibu hamil usia di bawah 30 tahun cenderung memeriksakan kehamilannya dengan baik. Faktor ini erat kaitannya dengan jumlah anak dan jarak hamil. Ibu hamil yang mempunyai anak kurang dari 3 orang memeriksakan kehamilannya sekitar 58,9% sedangkan Ibu hamil yang mempunyai anak 3 orang atau lebih memeriksakan kehamilannya 35,6%. Jadi Ibu hamil dengan jumlah anak lebih sedikit cenderung akan lebih baik dalam memeriksakan kehamilannya daripada Ibu hamil dengan jumlah anak lebih banyak. Bahwa Ibu hamil yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kesehatan Ibu hamil dengan jarak kehamilan yang jarang serta dekatnya lokasi pusat pelayanan antenatal dan dengan mendapat dorongan dari keluarganya, terutama suami Ibu hamil, maka pemanfaatan pelayanan *antenatalnya* cenderung baik.

Sementara itu hasil penelitian Hamid (FKM-UI, 2003) mengemukakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan pendidikan dengan pemeriksaan kehamilan; namun tidak ada hubungan antara pekerjaan, umur Ibu hamil dan paritas dengan

pemeriksaan kehamilan. Dari sejumlah 52,7% responden, yang memeriksakan kehamilannya secara lengkap, sebanyak 63,6% memiliki sikap positif dan 58,2% memiliki pengetahuan tentang kesehatan kehamilan.

Tingkat sosial ekonomi masyarakat secara tidak langsung dapat menyebabkan timbulnya faktor risiko terhadap kelangsungan hidup Ibu dan bayi yang baru lahir. Biasanya golongan masyarakat seperti ini sulit terjangkau oleh pelayanan maupun informasi kesehatan. Demikian pula halnya dengan tingkat kemandirian dan partisipasi dalam menyelenggarakan upaya pembinaan kesehatan perinatal masih belum memuaskan, yang umumnya terjadi pada golongan masyarakat berpenghasilan rendah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia).

B. Hubungan antara faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) dengan pemanfaatan *Antenatal Care* khususnya Tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan.

Bahwa hubungan faktor-faktor pemungkin/pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam Jarak Fisik Lokasi, Biaya *Antenatal Care*, Fasilitas Pelayanan *Antenatal Care*, Waktu Tunggu dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan menurut hasil beberapa peneliti pada umumnya bervariasi. Sadik (FKM-UI, 1996) mengemukakan hasil penelitiannya bahwa variabel jarak tempat tinggal dengan sarana kesehatan, penghasilan keluarga dan lama waktu tunggu berpengaruh terhadap pemanfaatan sarana pelayanan antenatal. Masalah yang berkaitan dengan ketenagaan dan fasilitas pelayanan *antenatal care*, menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, adalah (1) terbatasnya kemampuan dan ketrampilan petugas dalam pelayanan kesehatan perinatal termasuk penatalaksanaan kegawat-daruratan, (2) masih kurangnya jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan perinatal yang menyebabkan belum terjaminnya keselamatan bayi baru lahir serta pelaksanaan perawatan pada bayi baru lahir masih belum seperti yang diharapkan, (3) mekanisme rujukan medis pada saat ini masih belum mendukung upaya menurunkan kematian perinatal di suatu wilayah oleh karena banyaknya faktor teknis dan non teknis yang berada di luar batas kemampuan petugas kesehatan.

C. Hubungan antara faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) dengan pemanfaatan *Antenatal Care*

Bahwa hubungan antara faktor-faktor penguat/pendukung (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam Perilaku Petugas Pelayanan *Antenatal Care*, Sikap Petugas Pelayanan *Antenatal Care*, Sikap Tokoh Masyarakat, dengan pemanfaatan *antenatal care* di sarana kesehatan menurut hasil beberapa peneliti pada umumnya bervariasi.

Sadik (FKM-UI, 1996) mengemukakan hasil penelitiannya bahwa sikap petugas kesehatan berhubungan dengan derajat pemanfaatan pelayanan antenatal. Sikap petugas kesehatan menjadi unsur penarik bagi Ibu hamil untuk datang ke sarana kesehatan. Faktor pendukung yang penting lainnya adalah partisipasi masyarakat secara keseluruhan. Partisipasi aktif masyarakat, terutama Tokoh Masyarakat (TOMA) dan Tokoh Agama (TOGA), yaitu mencakup semua tahap : perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi program.

Hal penting lain yang diduga berhubungan yakni sikap dan perilaku petugas. Hapsari mengemukakan maraknya kasus dugaan **malpraktek belakangan ini**, khususnya di bidang perawatan ibu dan anak, menjadi peringatan dan sekaligus sebagai dorongan untuk lebih memperbaiki kualitas pelayanan. Melaksanakan tugas dengan berpegang pada janji profesi dan tekad untuk selalu meningkatkan kualitas diri perlu untuk selalu dipelihara. Kerja sama yang melibatkan segenap tim pelayanan kesehatan perlu dieratkan dengan kejelasan dalam wewenang dan fungsinya. Pemahaman terhadap keanekaragaman suku dan budaya di Indonesia juga harus dikuasai agar dapat memberikan pelayanan yang lintas budaya (Kontribusi Penting Menyelamatkan Persalinan Sehat dan Buku KIA, Elsi Dwi Hapsari, Afiliasi Departement of Maternity ...io.ppi jepang.org/ article.php?id=47 - 27k –Dikunjungi pada tgl 18 September 2006 jam 19.00 WIB).

D. Strategi dan Alternatif Pemecahan Masalah

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan Ibu hamil, tingkat pengetahuan Ibu hamil tentang kesehatan Ibu hamil yang baik, jarak kehamilan anak yang satu dan yang lainnya, kemampuan keuangan yang dapat digunakan untuk membiayai keperluan pemeriksaan/pemeliharaan kehamilan,

jarak tempat tinggal Ibu hamil dengan sarana kesehatan atau tempat pelayanan berhubungan dan/atau berpengaruh terhadap kemungkinan Ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kesehatan kehamilannya. Dengan demikian kebijaksanaan operasional yang telah ditetapkan oleh Pemerintah sejak awal pembangunan sangat penting untuk dikembangkan termasuk strategi lainnya. Sejak tahun 1994 diterapkan strategi antara lain dengan pembinaan secara intensif agar: (1) Bidan mampu memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan obstetri neonatal penerapannya dan Puskesmas sanggup memberikan pelayanan obstetri-neonatal esensial dasar, yang didukung Rumah Sakit Daerah Tingkat II sebagai fasilitas rujukan utama yang mampu menyediakan pelayanan obstetri- neonatal esensial komprehensif 24 jam, sehingga tercipta jaringan pelayanan obstetri yang mantap dengan bidan desa sebagai ujung tombaknya, (2) penerapan kendali mutu layanan kesehatan Ibu, antara melalui penetapan standar pelayanan, prosedur tetap, penilaian kinerja, pelatihan klinis dan kegiatan audit maternal-perinatal, (3) meningkatkan komunikasi , informasi dan edukasi (KIE) untuk mendukung upaya percepatan penurunan AKI, (4) pemantapan keikutsertaan masyarakat dalam berbagai kegiatan pendukung untuk mempercepat penurunan AKI.

Strategi lain yang dikembangkan dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir menjadi 125/100.000 kelahiran hidup dan 16/1000 pada tahun 2010, digunakan strategi *Making Pregnancy Safer* yang pada dasarnya menekankan pada penyediaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal berkualitas yang *cost-effective*.

Berdasarkan hal tersebut, setelah memperhatikan masalah yang dihadapi, dengan berbagai kondisi yang mempengaruhinya serta sumber daya atau potensi setempat yang dapat dikembangkan, maka alternatif yang dapat dipilih bermacam-macam model pula. Alternatif untuk terus mengembangkan lembaga atau sarana pelayanan yang telah ada dan dikenal oleh masyarakat, seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Puskesmas Pembantu, Pondok Bersalin Desa (Polindes), Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA), Posyandu dan

lainnya menjadi penting pertama. Pengembangan dimaksudkan/diarahkan sedemikian rupa hingga seluruh masyarakat, terutama Ibu hamil, dapat dengan mudah dan cepat menjangkaunya termasuk biaya yang harus dikeluarkan oleh mereka. Seiring dengan itu pengembangan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi dalam hal pelayanan Ibu hamil menjadi penting pula. Pengetahuan, sikap dan atau perilaku positif pelaksana pelayanan dan masyarakat yang dilayani sama-sama saling melengkapi.

VI. Penutup

A. Kesimpulan

1. Pemanfaatan pelayanan *antenatal care* oleh sejumlah Ibu hamil di Indonesia belum sepenuhnya sesuai dengan target yang ditetapkan.
2. Bahwa terdapat hubungan antara faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor-faktor pemungkin/ pendukung (*enabling factors*), dan faktor-faktor penguat/pendukung (*reinforcing factors*) dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di sarana kesehatan oleh Ibu hamil, namun pada umumnya beragam karena tergantung pada situasi dan kondisi faktor lainnya.
3. Bahwa faktor dominan yang berhubungan dengan kemungkinan Ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kesehatan kehamilannya yakni tingkat pendidikan Ibu hamil, tingkat pengetahuan Ibu hamil tentang kesehatan Ibu hamil yang baik, jarak kehamilan anak yang satu dan yang lainnya, kemampuan keuangan yang dapat digunakan untuk membiayai keperluan pemeriksaan/pemeliharaan kehamilan, jarak tempat tinggal Ibu hamil dengan sarana kesehatan atau tempat pelayanan.

B. Saran

Berdasarkan uraian garis besar tersebut di atas penulis menyarankan sebagai berikut :

1. Strategi yang sedang dikembangkan dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir menjadi 125/100.000 kelahiran hidup

dan 16/1000 pada tahun 2010, yakni strategi *Making Pregnancy Safer* perlu disukseskan, antara lain dengan promosi kesehatan Ibu hamil yang ditangani secara lintas program dan lintas sektoral.

2. Sebagai kosekuensi logis dari pengembangan *Making Pregnancy Safer* tersebut perlu pula penyiapan prasarana dan sarana pelayanan Ibu hamil serta tenaga pelayanan Ibu hamil sesuai dengan jumlah dan kualitas yang dibutuhkan dari tingkat Pusat sampai Daerah atau Desa/Kelurahan.
3. Penting dikembangkan usaha-usaha yang mengarah kepada peningkatan Pendidikan Ibu hamil dan Suaminya, peningkatan pengetahuan Ibu hamil dan Suaminya, pembinaan Sikap Ibu hamil dan Suaminya, peningkatan kemampuan Ibu hamil untuk membiayai pemeliharaan kehamilan. Demikian pula secara bertahap perlu ada penyempurnaan pengadaan kelengkapan atau fasilitas pelayanan *antenatal* dan waktu tunggu pasien. Pengembangan pembinaan petugas kesehatan dan Tokoh Masyarakat dengan berbagai pelatihan. Di samping itu perlu peningkatan upaya agar Pemerintah Pusat maupun Daerah mengeluarkan peraturan atau keputusan yang dapat menunjang perilaku hidup sehat bagi masyarakat, misalnya ketetapan syarat-syarat perkawinan dan lain-lain. Di masyarakat perlu terus dikembangkan upaya-upaya penggalan swadaya masyarakat seperti sistim Dana Sehat, beras perelek, pelatihan kader kesehatan dan sebagainya.

Daftar Pustaka

- Azwar, 1999,
Pengantar Epidemiologi, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Barker, 1996,
The Health Care Policy Process, SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Blum, 1983,
Expanding Health Care Horizons, Third Party Publishing Company, Oakland, California.

- Darsono, 1992,
Pengantar Ilmu Lingkungan, Edisi revisi, Penerbitan Universitas Atmajaya,
Yogyakarta, 1992.
- Departemen Kesehatan, R.I., 1994,
Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Penyuluhan Kesehatan
Masyarakat, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, R.I., 1995,
Sistem Kesehatan Nasional, cetakan keempat, Jakarta.
- Green, 1980,
Health Education Planning, A Diagnostic Approach, The John Hopkins
University, Myfield Publishing Co., 1980.
- Mitchell, dkk., 2003,
Pengelolaan Sumberdaya dan Lingkungan, Gajah Mada University Press,
Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, M.N., 2003,
Ilmu Kesehatan Masyarakat, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, M.N., 2003,
Pengantar Pendidikan Kesehatan Ilmu Perilaku Kesehatan, ANDI OFFSET,
ogakarta, 1993.
- Pemerintah Republik Indonesia,
*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1997 Tentang
Pengelolaan Lingkungan Hidup*
- Pemerintah Republik Indonesia,
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO, 2001
*Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologis Bagi Dosen Diploma III
Kebidanan*, Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO, 2001
- Ryadi, 1982,
Public Health Publications Ilmu Kesehatan Masyarakat, Usaha Nasional,
Surabaya.
- Saifuddin, dkk., 2000,
Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, JNPKKR-
POGI bekerjasama dengan Yaasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo,
Jakarta, 2000.

- Singarimbun & Effendi, 1987,
Metode Penelitian Survai, LP3ES, Jakarta : x + 336 hlm.
- Soemirat, Juli, 1996,
Kesehatan Lingkungan, Gadjah Mada University Press, Cetakan ketiga,
Yogyakarta.
- Soemirat, Juli, 2002,
Epidemiologi Lingkungan, Gadjah Mada University Press, Cetakan pertama,
Yogyakarta.
- Suriasumantri, 2000,
Filsafat Ilmu Sebuah Pengantar Populer, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2000.
- Wiknjosastro, dkk., 1994,
Ilmu Kebidanan, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 1994.