

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

p-ISSN: 1907-2902 (Print)

e-ISSN: 2502-8537 (Online)

DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN: KASUS KOTA MEDAN

(DETERMINANT OF MATERNAL HEALTH BEHAVIOR DURING PREGNANCY: CASE OF MEDAN CITY)

Yuly Astuti dan Widayatun

Pusat Penelitian Kependudukan – LIPI

Korespondensi penulis: yuly.astuti.19@gmail.com

Abstract

Maternal and child mortality is still considered a health issue in Indonesia. Health behavior during pregnancy is an essential factor that determines the health of mother and baby. This study aims to examine the behavior of maternal health during pregnancy in Medan City and to analyze its important social determinants. Quantitative data collection using a survey of 400 households in 20 urban villages in Medan City, North Sumatera Province. This study found that 49% of respondents had good behaviors during pregnancy, while those with moderate and poor behaviors during pregnancy were 22% and 29%, respectively. Ordinal logistic regression model indicates husband education, insurance ownership, service quality, and household financial autonomy as social determinants of maternal health behavior during pregnancy. Many factors influenced maternal health behavior during pregnancy both from supply and demand side of health services. Thus, to improve maternal health behavior during pregnancy, it is essential to develop the mother's knowledge of the importance of antenatal care. Besides that, health service providers also need to ensure the quality of their health services.

Keywords: *maternal health behaviors, pregnancy period, social determinants, Medan City.*

Abstrak

Kematian ibu dan anak masih menjadi isu kesehatan di Indonesia. Perilaku kesehatan selama kehamilan merupakan faktor penting yang menentukan kesehatan ibu dan bayi. Studi ini bertujuan untuk mengkaji perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan dan menganalisis determinan sosial yang memengaruhinya. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan menggunakan metode survei terhadap 400 rumah tangga di 20 kelurahan di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Kajian ini menemukan bahwa 49% responden memiliki perilaku baik selama masa kehamilan, sedangkan responden yang memiliki perilaku sedang dan kurang baik selama masa kehamilan, masing-masing sebesar 22% dan 29%. Model regresi logistik ordinal menghasilkan pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga sebagai determinan sosial perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Berbagai faktor memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, baik yang berasal dari sisi pengguna maupun penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, agar dapat memperbaiki perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan, peningkatan pemahaman ibu mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan penting untuk diperhatikan. Penyedia layanan kesehatan perlu pula menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang mereka sediakan.

Kata Kunci: perilaku kesehatan ibu, masa kehamilan, determinan sosial, Kota Medan.

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang masih menghadapi permasalahan terkait tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). AKI di Indonesia menduduki peringkat tertinggi dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya (The ASEAN Secretariat Jakarta, 2017).¹ Selama lebih dari satu dekade (1994-2007), Indonesia berhasil menurunkan AKI secara bermakna, dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2007. Sayangnya, data Sensus Penduduk (SP) tahun 2010 menunjukkan AKI kembali mengalami lonjakan menjadi 346 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun pada tahun 2015, yakni sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan demikian, selama beberapa kurun waktu terakhir, kondisi kesehatan ibu di Indonesia mengalami kemunduran yang signifikan. AKB sebagai indikator kesehatan penting lainnya juga menunjukkan angka yang kurang menggembirakan. Dalam 10 tahun terakhir, angka kematian bayi baru lahir (neonatus) cenderung stagnan, dari 20 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2002 menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, & USAID, 2013).

Hampir setengah juta perempuan meninggal setiap tahunnya akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan. Kasus-kasus tersebut umumnya terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia (Agus & Horiuchi, 2012; United Nations, 2009). Tingginya AKI dan AKB terkait erat dengan perilaku kesehatan ibu. Perilaku kesehatan ibu adalah tindakan yang dilakukan oleh ibu untuk mencegah penyimpangan dari kehamilan normal. Hal ini perlu dilakukan sehingga ibu dapat melalui masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan dengan baik dan selamat, serta melahirkan bayi yang sehat.

Perilaku kesehatan ibu dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu dari sisi penyedia (*supply side*) dan dari sisi pengguna layanan (*demand side*). Dari sisi penyedia layanan, faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu adalah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (sarana-prasarana, tenaga kesehatan, jaminan kesehatan) dan kualitas pelayanan (Kusuma, Cohen, McConnell, & Berman, 2016; Klawetter, 2014; Chakraborty, Islam,

Chowdhury, Bari, & Akhter, 2003; Babalola & Fatusi, 2009). Tidak mengherankan jika kualitas pelayanan kesehatan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan yang buruk menjadi salah satu faktor penyumbang kematian ibu (UNICEF Indonesia, 2012).

Apabila dilihat dari sisi pengguna layanan, perilaku kesehatan ibu sangat erat kaitannya dengan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, etnis, otonomi perempuan terhadap dirinya, kemampuan ekonomi rumah tangga, pekerjaan suami, jumlah anak, serta adat istiadat dan budaya di masyarakat merupakan faktor-faktor yang memegang peranan terkait dengan perilaku kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Dar, 2013; Målqvist, Hoa, Thi, & Thomsen, 2012; Babalola & Fatusi, 2009; Chakraborty dkk., 2003; McCarthy & Maine, 1992).

Di tingkat global, upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu mulai memperhatikan aspek di luar bidang kesehatan. Aspek di luar bidang kesehatan ditengarai turut berperan dan memengaruhi kinerja sistem pelayanan kesehatan serta perilaku kesehatan ibu itu sendiri. Kajian *Social Determinant of Health* oleh World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa kesehatan ibu tidak hanya dipengaruhi oleh faktor yang melekat dalam individu (umur, tingkat pendidikan, etnisitas), tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan fisik, sosial ekonomi, budaya, serta struktural (kebijakan pemerintah dan program kesehatan) (WHO, 2011).

Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan tingkat kematian ibu, antara lain melalui upaya akselerasi pemenuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penyediaan jaminan kesehatan (Jamkesmas). Program EMAS (*Expanding Maternal and Newborn Survival*) merupakan salah satu upaya akselerasi pemenuhan pelayanan kesehatan ibu dan anak tersebut. Pada program ini, Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan United States Agency for International Development (USAID) memberikan prioritas program selama tahun 2011 hingga 2016 untuk menurunkan AKI di enam provinsi yang memiliki tingkat kematian ibu tertinggi, yaitu Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, Banten, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan. Pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan melalui Program EMAS menitikberatkan pada perubahan perilaku ibu pada saat kehamilan, persalinan, dan

hidup di Thailand, 7 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Singapura, dan 58 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Vietnam (The ASEAN Secretariat Jakarta, 2017).

¹ AKI di beberapa negara di kawasan Asia Tenggara bervariasi, meliputi 5 kematian per 100.000 kelahiran hidup di Malaysia, 6 kematian per 100.000 kelahiran

pascapersalinan. Dengan demikian, perilaku kesehatan ibu yang baik selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan diharapkan mampu menekan risiko terjadinya komplikasi yang menyebabkan kematian ibu serta menentukan kelangsungan hidup bayi yang dilahirkan (Darega, Dida, Tafese, & Ololo, 2016; Gray, Bick, & Chang, 2014).

Sumatera Utara merupakan salah satu provinsi dengan tingkat kematian ibu yang cukup tinggi. AKI di provinsi ini tercatat sebesar 239 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2017). Meskipun begitu, Kota Medan, ibukota Provinsi Sumatera Utara, menunjukkan kecenderungan penurunan jumlah kasus kematian ibu selama empat tahun terakhir. Pada tahun 2013, jumlah kematian ibu di Kota Medan sebanyak sembilan jiwa dengan AKI sebesar 21 per 100.000 kelahiran hidup di tingkat kabupaten/kota. Angka ini menurun menjadi tiga kematian ibu dari total 47.541 kelahiran di Kota Medan atau AKI sebesar 6 per 100.000 kelahiran hidup di tingkat kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2016).

Perilaku kesehatan ibu selama masa kehamilan merupakan periode terpenting untuk deteksi dini permasalahan kehamilan serta pencegahan komplikasi akibat kehamilan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, termasuk pencegahan bayi lahir prematur dan bayi berat lahir rendah (Mugo, Dibley, & Agho, 2015; Tsegay dkk., 2013; Agus & Horiuchi, 2012; Nuraini & Parker, 2005). Pemeriksaan kehamilan secara rutin adalah elemen penting perilaku kesehatan ibu untuk mengurangi AKI melalui penyediaan informasi dan pelayanan dari petugas kesehatan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan dan tindakan yang harus dilakukan. Hal tersebut secara signifikan mampu meningkatkan kesehatan ibu hamil serta bayi yang dikandungnya (Islam & Masud, 2018; Shahjahan, Chowdhury, Al-Hadhrami, & Harun, 2017). WHO dan Kementerian Kesehatan merekomendasikan pemeriksaan masa kehamilan minimal empat kali untuk kehamilan normal, yaitu satu kali pada trimester pertama dan kedua, serta dua kali pada trimester ketiga (frekuensi 1-1-2). Pemeriksaan kehamilan juga mendorong ibu untuk melahirkan di fasilitas kesehatan dengan metode persalinan yang tepat (Agus & Horiuchi, 2012).

Berbagai studi menunjukkan bahwa kematian ibu umumnya disebabkan oleh pendarahan, eklampsia, dan infeksi yang erat kaitannya dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Wichaidit dkk., 2016; Kusuma dkk., 2016; Klawetter, 2014; Chakraborty dkk., 2003; Babalola & Fatusi, 2009). Meskipun studi terdahulu

menyebutkan bahwa kunjungan pemeriksaan kehamilan yang rutin dapat mencegah kejadian komplikasi pada saat kehamilan, studi mengenai perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan yang dilihat dari sisi pengguna dan penyedia layanan masih sangat terbatas. Selain itu, berbagai studi sebelumnya mengenai perilaku kesehatan ibu lebih banyak dilakukan di wilayah perdesaan dan umumnya disebabkan karena keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan (Shahjahan dkk., 2017; Larsen, Exavery, Philips, Tani, & Kanté, 2016; Agus & Horiuchi, 2012). Oleh karena itu, tulisan ini bertujuan untuk mengkaji perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan dan menganalisis determinan sosial yang memengaruhinya, baik yang berasal dari sisi pengguna maupun penyedia layanan.

METODOLOGI

Data yang digunakan untuk penulisan artikel ini berasal dari hasil survei “Determinan Sosial Perilaku Kesehatan Ibu dan Pola Pengasuhan Anak di Era Globalisasi di Kota Medan” yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kependudukan LIPI (P2 Kependudukan LIPI) pada tahun 2017. Survei dilakukan terhadap 400 rumah tangga di 20 kelurahan di 12 kecamatan di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Penentuan lokasi penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *Probability Proportional to Size* (PPS), sedangkan pemilihan rumah tangga yang menjadi sampel survei di setiap kelurahan dilakukan melalui teknik *purposive snowballing*. Responden adalah ibu berusia 15-49 tahun yang memiliki anak kandung berusia 0-24 bulan.

Variabel terikat dalam kajian ini adalah perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Indikator perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan meliputi (i) pemeriksaan kehamilan lengkap (K4); (ii) pemeriksaan ultrasonografi (USG); serta (iii) konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Ketiga indikator perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan tersebut digabungkan menjadi satu variabel, yang selanjutnya dilakukan pembobotan menjadi tiga kategori, yaitu (i) perilaku kesehatan ibu “BAIK”; (ii) perilaku kesehatan ibu “SEDANG”, dan (iii) perilaku kesehatan ibu “KURANG BAIK”. Pemilihan indikator dan pembobotan mengacu pada ketentuan asuhan pemeriksaan masa kehamilan yang terdapat pada buku panduan “Pelayanan Kesehatan Ibu pada Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan” yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Buku ini menjadi pedoman klinis bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Selanjutnya, variabel bebas dalam kajian ini mencakup umur ibu, jumlah anak yang pernah dilahirkan, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, status bekerja ibu, kualitas pelayanan kehamilan, pengelola keuangan rumah tangga, pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan, pola tempat tinggal, akses terhadap teknologi, informasi, dan komunikasi, sumber informasi, serta akses terhadap kepemilikan asuransi. Analisis inferensial dengan metode regresi logistik ordinal dilakukan untuk mengetahui variabel bebas yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan secara signifikan.

KARAKTERISTIK IBU DI KOTA MEDAN

Hasil survei menunjukkan sepertiga responden (31,5%) berusia 25-29 tahun. Dua kelompok umur responden dengan proporsi terbesar lainnya adalah wanita berusia 30-34 tahun (28%) dan 20-24 tahun (18,3%). Umur ibu menjadi faktor penting yang perlu diperhatikan dalam pengamatan perilaku kesehatan ibu di masa kehamilan. Hal ini disebabkan usia melahirkan terlalu dini atau terlalu tua tentunya memiliki dampak terhadap kesehatan reproduksi perempuan, terutama kehamilan berisiko. Usia aman untuk kehamilan dan melahirkan bagi perempuan berada pada rentang usia 21-35 tahun. Pada usia ini, risiko gangguan kesehatan pada ibu hamil paling rendah, yaitu sekitar 15% (Oktaviani, Makalew, & Solang, 2016). Hasil survei menunjukkan mayoritas responden (82,7%) melahirkan pada usia aman (21-35 tahun), 16,3% responden melahirkan pada usia kurang dari atau sama dengan 20 tahun, dan sisanya melahirkan pada usia di atas 36 tahun. Apabila dilihat dari jumlah anak yang pernah dilahirkan, rata-rata responden memiliki anak sebanyak satu hingga tiga orang. Sebanyak 70% responden memiliki anak satu atau dua orang. Selebihnya, sekitar 29% responden mempunyai tiga orang anak atau lebih.

Selanjutnya, pendidikan dapat meningkatkan akses dan kemampuan ibu untuk melakukan komunikasi, konsultasi, serta memperoleh informasi yang lengkap tentang kondisi kesehatan dan kehamilannya (Broeck, Jong, Klomp, Putman, & Beeckman, 2016; Furuta & Salway, 2006). Ibu yang berpendidikan tinggi umumnya tidak hanya mencari informasi kepada petugas kesehatan, tetapi juga cenderung lebih mudah mengakses informasi tentang kesehatan dari berbagai media sosial daring, seperti *Facebook*, *WhatsApp*, *Twitter*, dan *Youtube* (Astuti & Widayatun, 2017). Tingkat pendidikan ibu usia subur di Kota Medan relatif baik. Hampir 80% responden dalam penelitian ini memiliki latar belakang pendidikan tergolong tinggi, terdiri dari 16% ibu tamat perguruan tinggi (diploma

dan sarjana) dan 62,3% responden lainnya berlatar belakang pendidikan tamat SMA. Sekitar 20% responden sisanya berpendidikan SMP ke bawah. Dilihat dari kegiatan ekonominya, data survei menunjukkan hanya sekitar 20% ibu yang bekerja. Ibu yang bekerja sebagai buruh/karyawan (dosen, karyawan swasta, pegawai negeri sipil) dan bekerja sendiri (buka toko kelontong, buka warung makan) masing-masing sebesar 45%, sementara 10% responden lainnya bekerja bebas (pembantu rumah tangga, tukang cuci).

Berbagai penelitian sebelumnya juga menjelaskan bahwa salah satu faktor yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan ibu adalah pengetahuan yang mereka peroleh dari orang tua. Orang tua dianggap memiliki pengalaman yang lebih banyak sehingga dapat menjadi salah satu sumber informasi ibu pada masa kehamilan. Pola komunikasi dan transfer pengetahuan antara responden dan orang tua atau mertua akan sangat dipengaruhi oleh pola tempat tinggal responden. Dari data yang dikumpulkan, sekitar 73,8% responden memiliki pola tempat tinggal hanya dengan keluarga inti (suami dan anak). Sementara itu, sebanyak 26,2% responden masih tinggal bersama dengan orang tua atau mertua.

Kajian ini juga menemukan bahwa mayoritas responden berstatus memiliki pasangan. Pada saat survei berlangsung, tiga orang memiliki status perkawinan cerai mati dan satu orang lainnya cerai hidup. Kajian terkait sebelumnya menyebutkan bahwa tingkat pendidikan suami responden turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu. Sebagai contoh, pemilihan tempat persalinan ibu tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, tetapi juga tingkat pendidikan suaminya (Mahato, Teijlingen, Simkhada, Sheppard, & Silwal, 2017; Kamal, Hassan, & Alam, 2015). Sebagian besar suami responden (65,2%) memiliki latar belakang pendidikan tamat SMA, sedangkan suami yang tamat perguruan tinggi sebanyak 13,6%. Masih ada sekitar 20% suami responden yang hanya menyelesaikan pendidikan SMP ke bawah. Dilihat dari status bekerja suami responden, hanya ada satu orang yang tidak memiliki pekerjaan, sedangkan sisanya berstatus bekerja dengan berbagai jenis pekerjaan yang dilakukan. Sama halnya dengan jenis pekerjaan responden, secara statistik jenis pekerjaan suami responden memiliki hubungan signifikan dengan tingkat pendidikan yang mereka miliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan suami responden, semakin besar kemungkinannya untuk bekerja sebagai buruh atau karyawan.

Tabel 1. Karakteristik sosial demografi responden Kota Medan, 2017

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase
<i>Umur</i>		
15 – 19 tahun	8	2,00
20 – 24 tahun	73	18,25
25 – 29 tahun	126	31,50
30 – 34 tahun	112	28,00
35 – 39 tahun	61	15,25
40 – 44 tahun	17	4,25
45 – 49 tahun	3	0,75
<i>Usia melahirkan pertama</i>		
≤ 20 tahun	14	3,50
21 – 35 tahun	317	79,25
>35 tahun	69	17,25
<i>Jumlah anak</i>		
1 anak	143	35,75
2 anak	141	35,25
3 anak atau lebih	116	29,00
<i>Tingkat pendidikan ibu (responden)</i>		
Tamat SMP ke bawah	87	21,75
Tamat SMA	249	62,25
Tamat perguruan tinggi	64	16,00
<i>Status bekerja responden</i>		
Bekerja	87	21,75
Tidak bekerja (ibu rumah tangga)	313	78,25
<i>Pola tempat tinggal</i>		
Tinggal dengan keluarga inti	295	73,75
Tinggal dengan orang tua/mertua	105	26,25
<i>Tingkat pendidikan suami</i>		
Tamat SMP ke bawah	84	21,21
Tamat SMA	258	65,15
Tamat perguruan tinggi	54	13,64
<i>Jenis pekerjaan suami</i>		
Bekerja bebas	41	10,38
Bekerja sendiri	134	33,92
Buruh atau karyawan	220	55,70

Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

GAMBARAN PERILAKU KESEHATAN IBU MASA KEHAMILAN

Pada kajian ini, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan akan ditinjau dari pemeriksaan kehamilan (*antenatal care* atau ANC), pemeriksaan ultrasonografi (USG), serta konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya. Hal ini dikarenakan setiap kehamilan dapat menimbulkan risiko kematian ibu dan bayinya.

Pemeriksaan antenatal

Berdasarkan standar pelayanan yang disusun oleh Kementerian Kesehatan, kunjungan pemeriksaan antenatal mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu, serta indikasi dasar dan khusus. Selain itu, pemeriksaan antenatal mencakup pelayanan seperti penyuluhan, KIE (konseling, informasi, dan edukasi) termasuk informasi mengenai komplikasi kehamilan dan tindakan yang harus dilakukan, motivasi ibu hamil untuk berperilaku sehat selama kehamilan, serta rujukan apabila ditemukan tanda bahaya pada kehamilan.

Kementerian Kesehatan dan WHO (2013) membagi kunjungan pemeriksaan antenatal menjadi empat kategori, yaitu:

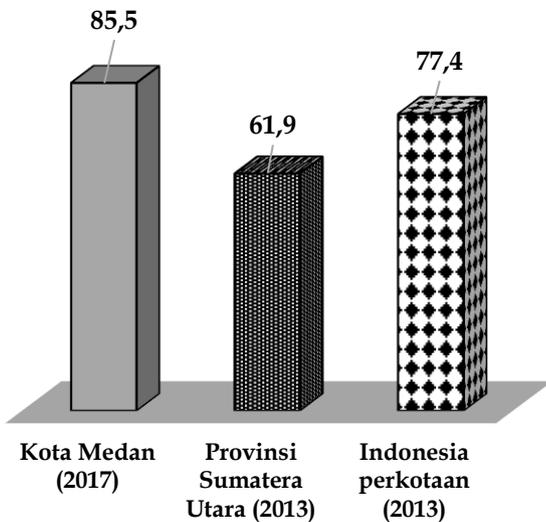
1. K1 atau ANC minimal satu kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal satu kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.
2. K1 ideal adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil pertama kali pada trimester pertama.
3. K4 adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama empat kali dan memenuhi kriteria 1-1-2, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal dua kali pada trimester ketiga.
4. ANC minimal empat kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal empat kali tanpa memperhitungkan periode waktu pemeriksaan.

Cakupan pemeriksaan antenatal yang menjadi target capaian dalam MDGs, yaitu K1 dan ANC minimal empat kali. Sementara itu, indikator K1 ideal dan K4 adalah indikator yang diperlukan untuk mengevaluasi program pelayanan kesehatan di Indonesia.

Hasil survei menunjukkan bahwa kesadaran dan kepedulian ibu untuk memeriksakan kehamilan cukup tinggi. Hal ini ditunjukkan dari hanya sekitar satu persen responden yang tidak memeriksakan kehamilannya. Alasan tidak memeriksakan kehamilan antara lain karena tidak ada keluhan selama kehamilan, merasa tidak perlu, ataupun sibuk. Bahkan, ada responden yang mengatakan bahwa dirinya tidak tahu jika sedang hamil pada saat itu. Cakupan pemeriksaan kehamilan (K1) pada survei ini (99%) lebih tinggi (99%) dibandingkan dengan cakupan pemeriksaan di tingkat nasional (97,7%) dan Provinsi Sumatera Utara (91,9%).

Selanjutnya, Gambar 1 menunjukkan tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di Kota Medan (85,5%). Sebagai perbandingan, cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di wilayah perkotaan tingkat nasional sebesar 77,4% dan di tingkat Provinsi Sumatera Utara sebesar 61,9% (Balitbangkes Kementerian Kesehatan, 2013).

Gambar 1. Cakupan K4 di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara, dan perkotaan Indonesia



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017); Balitbangkes Kementerian Kesehatan (2013: Tabel 14.14 & 14.15)

Berbagai hal memengaruhi cakupan pelayanan antenatal, antara lain pengetahuan ibu, pendidikan suami, status ekonomi, keterjangkauan pelayanan, kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, serta ketersediaan pelayanan kesehatan. Dukungan keluarga juga memengaruhi cakupan pelayanan kehamilan tersebut. Tingginya cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) di Kota Medan juga dimungkinkan dengan keterjangkauan pelayanan dan kemudahan transportasi. Mullany, Becker, dan Hindin (2007) menyatakan bahwa dukungan keluarga dan akses terhadap pelayanan kesehatan semakin mendukung keteraturan ibu untuk melakukan pemeriksaan antenatal. Sebaliknya, transportasi yang sulit atau waktu tempuh yang lama mengakibatkan munculnya perasaan malas atau enggan bagi ibu untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan dan memeriksakan kehamilannya

Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

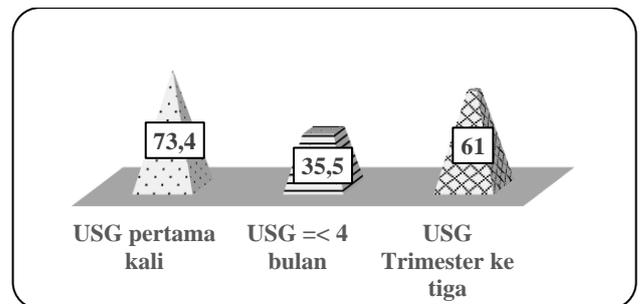
Gangguan kesehatan pada ibu hamil masih banyak ditemukan. Hal ini tidak hanya membahayakan keselamatan ibu, tetapi juga bayi di dalam kandungan. Informasi kesehatan ibu dari hasil Riskesdas 2007

menyebutkan masih terdapat kasus tumor ganas pada leher rahim dan payudara ditemui di daerah perdesaan (4,5%) dan di wilayah perkotaan (4,8%). Selain itu, terdapat pula kasus gangguan kehamilan seperti kasus kehamilan sungsang (5,5%), kelainan letak janin (3,6%), serta terilit tali pusat (1,8%). Oleh karena itu, pada saat pemeriksaan antenatal, ibu hamil disarankan untuk melakukan pemeriksaan USG. Hal ini dianjurkan untuk mendeteksi secara cepat dan akurat berbagai kemungkinan permasalahan pada kasus kehamilan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Pemeriksaan USG direkomendasikan dilakukan sebanyak tiga kali. USG pertama dilakukan ketika kehamilan berusia 15 minggu yang bertujuan untuk menentukan usia, letak, jumlah, dan viabilitas janin, serta mendeteksi abnormalitas janin yang berat. USG kedua sebaiknya dilakukan pada saat kehamilan berusia 20 minggu. USG pada periode kehamilan ini diperlukan untuk mendeteksi anomali janin. Selanjutnya, USG berikutnya pada trimester ketiga kehamilan dilakukan untuk merencanakan persalinan (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013).

Hasil survei menunjukkan bahwa, secara keseluruhan, persentase ibu hamil di Kota Medan yang memeriksa USG relatif besar (sekitar 73%). Namun, apabila dikaitkan dengan waktu pelaksanaan USG yang ideal, hanya terdapat sekitar 35,5% ibu yang melakukan USG pada usia kehamilan sekitar 15 minggu (≤ 4 bulan). Artinya, dari setiap 10 ibu hamil, hanya terdapat tiga hingga empat orang ibu yang melakukan USG pada usia kehamilan 15 minggu. Hal ini mengindikasikan bahwa kesadaran ibu hamil di Kota Medan untuk melakukan USG pertama kali pada usia kehamilan 15 minggu masih relatif rendah (lihat Gambar 2).

Gambar 2. Cakupan pemeriksaan USG pertama kali, USG ≤ 4 bulan, dan USG trimester ketiga, Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

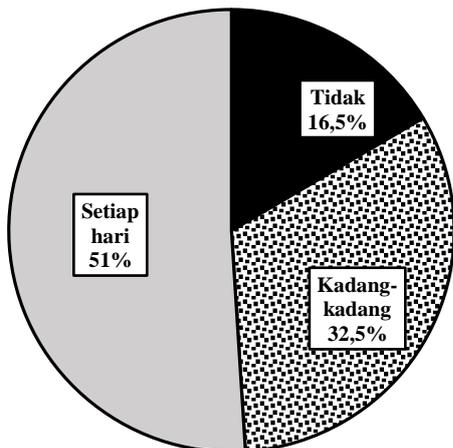
Pemahaman tentang pentingnya melakukan pemeriksaan USG pada trimester ketiga kehamilan pada ibu hamil di Kota Medan juga masih relatif rendah. Hanya sebesar 61% ibu hamil yang melakukan

pemeriksaan USG pada periode ini. Padahal, pemeriksaan USG pada trimester ketiga sangat dianjurkan untuk merencanakan metode persalinan yang aman. Studi Indarwati (2010) menemukan bahwa motivasi dan kesadaran ibu untuk melakukan USG dipengaruhi oleh pemahaman ibu tentang pentingnya USG, serta informasi yang komprehensif dari petugas kesehatan mengenai pentingnya USG.

Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat

Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat sangat dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia ataupun cacat bawaan pada janin, serta menjaga pertumbuhan janin secara optimal. Kementerian Kesehatan menganjurkan agar ibu hamil mengonsumsi paling sedikit 90 pil zat besi selama masa kehamilannya. Berdasarkan hasil survei di Kota Medan, konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi pada ibu hamil tergolong rendah. Secara keseluruhan, sekitar 16,5% ibu tidak mengonsumsi pil zat besi dan tablet asam folat selama masa kehamilannya (lihat Gambar 3). Dibandingkan dengan cakupan konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi di tingkat nasional, angka ini sangat rendah. Konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat tahun 2013 di wilayah perkotaan Indonesia mencapai 92%. Namun, angka cakupan konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi yang sesuai dengan pedoman yang dianjurkan juga tidak ditemukan di tingkat provinsi. Di Sumatera Utara, persentase ibu hamil yang tidak mengonsumsi pil zat besi dan tablet asam folat sebesar 16,4% (Balitbangkes Kementerian Kesehatan, 2013). Dengan demikian, gambaran konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat pada ibu hamil di Kota Medan dari hasil survei P2 Kependudukan LIPI serupa dengan gambaran konsumsi pil zat besi dan tablet asam folat Provinsi Sumatera Utara di tahun 2013.

Gambar 3. Gambaran konsumsi tablet asam folat dan pil zat besi ibu hamil di Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Berbagai studi menemukan adanya kaitan antara kunjungan ANC dan kesadaran ibu hamil untuk mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan. Ibu hamil yang tidak mendapat pelayanan ANC standar (lengkap) akan berakibat pada ketidakpatuhan minum tablet asam folat dan pil zat besi, sehingga risiko terjadinya anemia akan meningkat. Selain akibat kurangnya pemahaman tentang pentingnya mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi selama kehamilan, berbagai alasan lain diungkapkan oleh ibu hamil terkait rendahnya konsumsi kedua bahan tersebut. Efek samping berupa mual dan pusing menjadi alasan utama bagi ibu untuk menghindari mengonsumsi pil zat besi selama masa kehamilan. Faktor lupa dan kekhawatiran bayi menjadi besar juga terkait dengan rendahnya asupan tablet asam folat dan pil zat besi selama hamil (Astuti, Widayatun, & Rahadian, 2016).

Penilaian perilaku kesehatan ibu masa kehamilan

Analisis regresi ordinal selanjutnya digunakan untuk mengidentifikasi determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Ketiga variabel perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, yang telah dibahas di bagian sebelumnya, akan digabungkan menjadi satu dan dilakukan pembobotan menjadi tiga kategori, yaitu (i) perilaku kesehatan baik; (ii) perilaku kesehatan sedang; dan (ii) perilaku kesehatan kurang baik. Pembobotan tersebut mengacu pada ketentuan asuhan pemeriksaan pada masa kehamilan yang terdapat dalam buku panduan “Pelayanan Kesehatan Ibu pada Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan” (Kementerian Kesehatan & WHO, 2013). Buku tersebut menjadi pedoman klinis bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan

Berdasarkan pembobotan yang dilakukan, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan yang dikelompokkan menjadi kategori baik, sedang, dan kurang baik adalah sebagai berikut:

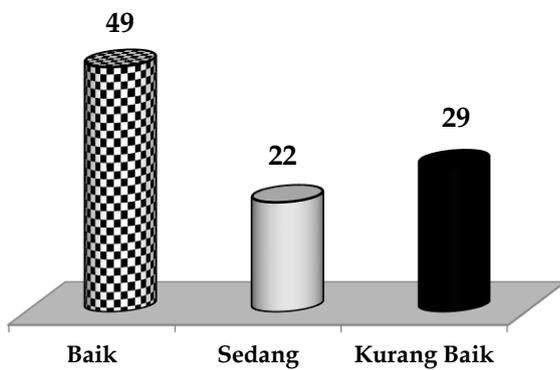
1. Kategori baik pada perilaku kesehatan ibu dalam masa kehamilan adalah kelompok ibu hamil yang memeriksakan kehamilan empat kali sesuai dengan panduan (K4); melakukan USG sebelum usia kehamilan berusia kurang dari empat bulan (15 minggu) dan pada trimester ketiga kehamilan; serta mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi (setiap hari dan/atau kadang-kadang).
2. Kategori sedang pada perilaku kesehatan ibu dalam masa kehamilan, meliputi:
 - Kelompok ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan K4 secara lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan

dan trimester ketiga kehamilan, tetapi tidak mengonsumsi tablet asam folat.

- Kelompok ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan, serta mengonsumsi tablet asam folat setiap hari dan/atau kadang-kadang.
 - Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan, tetapi tidak mengonsumsi tablet asam folat.
3. Kategori kurang baik pada perilaku kesehatan ibu pada dalam masa kehamilan, meliputi:
- Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC tidak lengkap, tidak melakukan USG pada empat bulan pertama kehamilan dan trimester ketiga kehamilan.
 - Ibu hamil yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan ANC selama kehamilannya ke petugas kesehatan.

Setelah melalui proses pembobotan, maka diperoleh gambaran perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menurut kategori baik, sedang, dan kurang baik. Hasil pengkategorian tersebut dapat dicermati pada Gambar 4.

Gambar 4. Distribusi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menurut kategori baik, sedang, dan kurang baik, Kota Medan, 2017



Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Hasil survei menunjukkan bahwa 49% ibu termasuk dalam kategori berperilaku kesehatan baik pada masa kehamilan. Artinya, di antara 10 orang ibu berumur 15-49 tahun yang memiliki anak berusia 0-24 bulan di Kota Medan, empat sampai lima diantaranya telah mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan untuk anak terakhir mereka sesuai dengan panduan, melakukan USG, dan mengonsumsi

tablet asam folat. Sebanyak 22% responden tergolong dalam perilaku selama masa kehamilan ‘sedang’. Sementara itu, persentase ibu yang termasuk dalam kategori berperilaku kurang baik pada masa kehamilan nilainya sebesar 29% atau kurang lebih tiga di antara 10 ibu di Kota Medan masih belum mengakses dan memanfaatkan pelayanan kesehatan pada masa kehamilan secara optimal.

DETERMINAN SOSIAL PERILAKU KESEHATAN IBU PADA MASA KEHAMILAN

Variabel terikat dalam kajian ini adalah perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Variabel terikat tersebut dibagi menjadi tiga kategori yang terdiri dari:

$$Y = \begin{cases} 0 & \text{jika ibu berperilaku baik pada masa kehamilan} \\ 1 & \text{jika ibu berperilaku sedang pada masa kehamilan} \\ 2 & \text{jika ibu berperilaku kurang baik pada masa kehamilan*} \end{cases}$$

Sementara itu, 13 variabel bebas yang dimasukkan dalam analisis *chi-square* dan regresi ordinal, meliputi:

1. Umur (X_1) – Rasio
2. Jumlah anak yang dilahirkan (X_2) – Rasio
3. Tingkat pendidikan ibu – Ordinal
Kategori: 0 = Tamat SMP ke bawah (D_1)
1 = Tamat SMA (D_2)
2 = Tamat Perguruan Tinggi*
4. Tingkat pendidikan suami – Ordinal
Kategori: 0 = Tamat SMP ke bawah (D_4)
1 = Tamat SMA (D_5)
2 = Tamat Perguruan Tinggi*
5. Jenis pekerjaan suami – Ordinal
Kategori: 0 = Pekerja bebas (D_7)
1 = Pekerja sendiri/wiraswasta (D_8)
2 = Karyawan*
6. Status bekerja ibu
Kategori: 0 = Ibu bekerja (D_{10})
1 = Ibu tidak bekerja*
7. Kualitas pelayanan kehamilan
Kategori: 0 = Kualitas pelayanan kehamilan kurang baik (D_{12})
1 = Kualitas pelayanan kehamilan baik*
8. Pengelolaan keuangan rumah tangga
Kategori: 0 = pengelolaan keuangan rumah tangga diatur oleh suami (D_{14})
1 = pengelolaan keuangan rumah tangga diatur oleh bukan suami (istri)*

9. Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan
Kategori: 0 = pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh suami (**D₁₆**)
1 = pengambilan keputusan tempat pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh bukan suami (istri)*
10. Pola tempat tinggal
Kategori: 0 = ibu tinggal dengan orang tua/mertua (**D₁₈**)
1 = ibu tinggal dengan keluarga inti (suami dan anak)*
11. Akses terhadap internet
Kategori: 0 = ibu tidak mengakses internet (**D₂₀**)
1 = ibu mengakses internet*
12. Tenaga kesehatan sebagai sumber informasi
Kategori: 0 = informasi bukan dari tenaga kesehatan (**D₂₂**)
1 = informasi dari tenaga kesehatan*
13. Akses terhadap asuransi kesehatan
Kategori: 0 = tidak memiliki asuransi kesehatan (**D₂₄**)
1 = memiliki asuransi kesehatan*

Keterangan: * digunakan sebagai kategori referensi dalam regresi ordinal (kategori yang dijadikan referensi dalam interpretasi adalah kategori terakhir).

Sebelum dilakukan regresi ordinal, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor demografi dan sosial yang berhubungan dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Tabel 2 menyajikan persentase perilaku kesehatan ibu berdasarkan karakteristik demografi dan sosial yang dimilikinya. Dengan menggunakan uji *chi-square*, beberapa variabel bebas berhubungan secara signifikan ($p\text{-value} < 0,05$) dengan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Variabel yang bermakna pada tingkat signifikansi $< 0,05$, yaitu jumlah anak yang pernah dilahirkan, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, kualitas pelayanan kehamilan, pengelola keuangan rumah tangga, akses terhadap internet, dan akses terhadap asuransi kesehatan.

Sebanyak 53,8% responden yang memiliki jumlah anak sebanyak satu orang tergolong berperilaku baik selama masa kehamilan. Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value} < 0,05$, artinya terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah anak dan perilaku kesehatan ibu selama kehamilan. Tingkat pendidikan ibu dan suami turut memengaruhi perilaku ibu selama masa kehamilan. Sebanyak 73,4% responden yang tamat perguruan tinggi berperilaku baik selama kehamilan, sedangkan 75,9% responden yang memiliki suami dengan jenjang pendidikan yang sama juga berperilaku baik selama

kehamilan. Hasil uji statistik untuk tingkat pendidikan ibu dan suami diperoleh hasil $p\text{-value} < 0,05$ maka dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dan suami terhadap perilaku kesehatan selama masa kehamilan.

Jenis pekerjaan suami juga memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama kehamilan ($p\text{-value} < 0,05$). Sebanyak 56,4% responden yang memiliki suami dengan pekerjaan karyawan berperilaku baik selama hamil. Sejumlah 58,6% responden yang mengakses fasilitas kesehatan dengan kualitas pelayanan yang baik juga diketahui memiliki perilaku baik pada masa kehamilan. Nilai $p\text{-value} < 0,05$ pada uji statistik yang dilakukan menunjukkan hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan dan perilaku kesehatan ibu pada saat hamil. Selanjutnya, otonomi pengelolaan keuangan rumah tangga secara statistik turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu selama hamil ($p\text{-value} < 0,05$). Sebanyak 56,5% responden yang memegang otoritas pengelolaan keuangan rumah tangganya memiliki perilaku yang baik selama kehamilan.

Hasil uji statistik yang secara signifikan memengaruhi perilaku kesehatan selama hamil ($p\text{-value} < 0,05$) adalah akses responden terhadap teknologi, informasi, dan komunikasi (TIK), khususnya internet, serta akses responden terhadap kepemilikan asuransi. Sebanyak 58,2% responden mengaku memiliki akses terhadap internet dan perilaku mereka selama kehamilan tergolong baik. Sementara itu, sebanyak 58% responden yang mempunyai asuransi kesehatan berperilaku baik selama masa kehamilan.

Sebanyak 52,2% responden yang berusia di atas 35 tahun memiliki perilaku baik selama kehamilan. Namun, hasil uji statistik untuk variabel tersebut diperoleh hasil $p\text{-value} \geq 0,05$. Dapat disimpulkan, tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara umur ibu dan perilaku kesehatan selama masa kehamilan. Dari hasil uji *chi-square*, status bekerja ibu juga tidak memengaruhi perilaku kesehatan selama kehamilan ($p\text{-value} \geq 0,05$). Sebanyak 30% responden yang tidak bekerja berperilaku kurang baik selama kehamilan. Tiga variabel lain dalam kajian ini yang secara statistik tidak memiliki hubungan signifikan dengan perilaku kesehatan selama kehamilan ($p\text{-value} \geq 0,05$) adalah pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan, pola tempat tinggal, dan sumber informasi. Dapat dicermati pada Tabel 2, sebanyak 31,2% responden yang memutuskan sendiri tempat pemeriksaan kehamilannya memiliki perilaku kehamilan kurang baik. Selain itu, sebanyak 28,3% ibu yang tinggal hanya dengan keluarga inti berperilaku

kurang baik selama kehamilan. Selanjutnya, 29,4% responden yang mencari sumber informasi melalui

tenaga kesehatan tidak menerapkan perilaku yang baik selama kehamilan.

Tabel 2. Statistik deskriptif karakteristik demografi dan sosial responden menurut perilaku kesehatan pada masa kehamilan, Kota Medan, 2017

Variabel bebas	Perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan			Total (%)	N	p-value
	Baik (%)	Sedang (%)	Kurang baik (%)			
<i>Umur (X₁):</i>						0,828
≤ 20 tahun	50	7,1	42,9	100	14	
21-35 tahun	48,3	23	28,7	100	317	
> 35 tahun	52,2	20,3	27,5	100	69	
<i>Jumlah anak yang pernah dilahirkan (X₂):</i>						0,024*
1 anak	53,8	25,2	21	100	143	
2 anak	47,5	22	30,5	100	141	
3 anak atau lebih	44,8	18,1	37,1	100	116	
<i>Tingkat pendidikan ibu:</i>						0,000*
Tamat SMP ke bawah (D ₁)	38,0	19,5	42,5	100	87	
Tamat SMA (D ₂)	46,6	22,9	30,5	100	249	
Tamat Perguruan Tinggi (D ₃)	73,4	21,9	4,7	100	64	
<i>Tingkat pendidikan suami:</i>						0,000*
Tamat SMP ke bawah (D ₄)	31	19	50	100	84	
Tamat SMA (D ₅)	49,6	24	26,4	100	258	
Tamat Perguruan Tinggi (D ₆)	75,9	16,7	7,4	100	54	
<i>Jenis pekerjaan suami:</i>						0,000*
Pekerja bebas (D ₇)	26,8	22	51,2	100	41	
Bekerja sendiri/wiraswasta (D ₈)	44,8	20,9	34,3	100	134	
Karyawan (D ₉)	56,4	22,2	21,4	100	220	
<i>Status bekerja ibu:</i>						0,959
Ibu bekerja (D ₁₀)	46	28,7	25,3	100	87	
Ibu tidak bekerja (D ₁₁)	49,8	20,2	30	100	313	
<i>Kualitas pelayanan kehamilan:</i>						0,000*
Kualitas pelayanan kurang baik (D ₁₂)	38,5	24,7	36,8	100	190	
Kualitas pelayanan baik (D ₁₃)	58,6	19,5	21,9	100	210	
<i>Pengelola keuangan rumah tangga (RT):</i>						0,006*
Suami sebagai pengelola keuangan RT (D ₁₄)	42,1	24,9	33	100	209	
Istri sebagai pengelola keuangan RT (D ₁₅)	56,5	18,8	24,6	100	191	
<i>Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan:</i>						0,347
Suami pengambil keputusan (D ₁₆)	50,9	21,7	27,4	100	230	
Istri pengambil keputusan (D ₁₇)	46,5	22,4	31,2	100	170	
<i>Pola tempat tinggal:</i>						0,316
Tinggal bersama dengan orang tua/mertua (D ₁₈)	43,8	25,7	30,5	100	105	
Tinggal bersama keluarga inti (D ₁₉)	50,8	20,7	28,5	100	295	
<i>Akses terhadap TIK (internet):</i>						0,005*
Tidak mengakses internet (D ₂₀)	45	22,3	32,7	100	278	
Mengakses internet (D ₂₁)	58,2	21,3	20,5	100	122	
<i>Sumber informasi:</i>						0,780
Bukan tenaga kesehatan (D ₂₂)	50	22,5	27,5	100	80	
Tenaga kesehatan (D ₂₃)	48,8	21,9	29,4	100	320	
<i>Akses terhadap kepemilikan asuransi:</i>						0,000*
Tidak memiliki asuransi kesehatan (D ₂₄)	35	18,5	46,5	100	157	
Memiliki asuransi kesehatan (D ₂₅)	58	24,3	17,7	100	243	

Keterangan: *: Signifikan pada p-value <0,05.

Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

Hasil analisis inferensial dengan metode regresi logistik ordinal untuk determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan menunjukkan nilai pengujian parameter simultan sebesar 0,000 atau kurang dari 0,05. Berdasarkan nilai tersebut maka diambil keputusan untuk menolak H_0 . Dapat disimpulkan, setidaknya terdapat minimal satu variabel bebas yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan.

Hasil uji parameter parsial untuk perilaku kesehatan pada masa kehamilan menunjukkan terdapat enam variabel yang signifikan pada tingkat signifikansi 0,05 dan 0,1. Variabel-variabel tersebut adalah variabel tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, pengelolaan keuangan rumah tangga, kualitas pelayanan kehamilan, dan akses terhadap kepemilikan asuransi kesehatan (lihat Tabel 3).

Selanjutnya, pengujian asumsi *parallel lines* digunakan untuk mengetahui kesamaan koefisien regresi variabel bebas untuk setiap kategori variabel terikat. Nilai *p-value* untuk pengujian asumsi *parallel lines* sebesar 0,082 atau lebih dari 0,05. Dengan demikian, keputusan yang dihasilkan adalah gagal tolak H_0 . Dengan kata lain, semua kategori perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan, koefisien regresi untuk variabel bebas yang sama memiliki nilai yang sama, sehingga data penelitian cocok untuk dianalisis dengan metode regresi logistik ordinal. Uji statistik *goodness of fit* menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,384. Hal ini menunjukkan bahwa model yang dihasilkan layak untuk digunakan.

Setelah semua uji memenuhi kriteria, persamaan regresi logistik ordinal dibentuk dari nilai-nilai parameter pada Tabel 3. Persamaan regresi logistik ordinal yang terbentuk adalah sebagai berikut:

- Persamaan regresi logistik ordinal untuk perilaku kesehatan ibu yang baik pada masa kehamilan:

$$\text{Logit } P(Y \leq 0|x) = 1,518 - (-0,027X_1 + 0,123X_2 + 0,691D_1 + 0,748D_2^{**} + 1,297D_4^* + 0,522D_5 + 0,826D_7^* + 0,29D_8 + 0,179D_{10} + 0,79D_{12}^* - 0,693D_{14}^* + 0,187D_{16} + 0,075D_{18} + 0,139D_{20} + 0,135D_{22} + 0,959D_{24}^*)$$

- Persamaan regresi logistik ordinal untuk perilaku kesehatan ibu yang sedang pada masa kehamilan:

$$\text{Logit } P(Y \leq 1|x) = 2,672 - (-0,027X_1 + 0,123X_2 + 0,691D_1 + 0,748D_2^{**} + 1,297D_4^* + 0,522D_5 + 0,826D_7^* + 0,29D_8 + 0,179D_{10} + 0,79D_{12}^* - 0,693D_{14}^* + 0,187D_{16} + 0,075D_{18} + 0,139D_{20} + 0,135D_{22} + 0,959D_{24}^*)$$

Tabel 3 menggambarkan *odds ratio* dari variabel bebas yang secara signifikan memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Pada tingkat kepercayaan 95%, ibu yang tamat SMA memiliki kecenderungan sebesar 2,11 kali untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang tamat perguruan tinggi, dengan asumsi variabel lainnya dianggap konstan. Variabel lainnya yang memengaruhi perilaku ibu pada masa kehamilan adalah tingkat pendidikan suami. Ibu yang suaminya tamat SMP ke bawah lebih cenderung untuk memiliki perilaku kurang baik pada masa kehamilan sebesar 3,67 kali dibandingkan dengan ibu yang suaminya tamat perguruan tinggi. Dalam kajian ini, jenis pekerjaan yang dilakukan oleh suami menjadi proksi dari pendapatan rumah tangga. Hasil analisis regresi logistik ordinal menunjukkan ibu yang suaminya bekerja sebagai pekerja lepas berpeluang untuk memiliki perilaku yang kurang baik sebesar 2,28 kali dibanding ibu yang suaminya bekerja sebagai karyawan.

Selanjutnya, ibu yang mendapatkan pelayanan kehamilan dengan kualitas kurang baik lebih cenderung untuk memiliki perilaku kurang baik pada masa kehamilan sebesar 2,20 kali apabila dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan pelayanan kehamilan dengan kualitas yang baik. Dari segi otoritas rumah tangga, ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya berada di tangan suami memiliki kecenderungan sebesar 2 kali lipat untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya berada di tangannya sendiri. Selain itu, ibu yang tidak mempunyai asuransi kesehatan berpeluang untuk memiliki perilaku kurang baik selama kehamilan sebesar 2,61 kali dibandingkan dengan ibu yang mempunyai asuransi kesehatan.

Tabel 3. Analisis regresi ordinal determinan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan

Variabel bebas	Koefisien (β)	Signifikansi (<i>p-value</i>)	Odds Ratio (95% CI)
Umur (X_1)	-0,027	0,237	0,97(-0,071 – 0,018)
Jumlah anak yang dilahirkan (X_2)	0,123	0,279	1,13(-0,1 – 0,345)
Tingkat pendidikan ibu: (Ref. Tamat Perguruan Tinggi)			
Tamat SMP ke bawah (D_1)	0,691	0,123	1,99(-0,187 – 1,568)
Tamat SMA (D_2)	0,748	0,054**	2,11(-0,013 – 1,508)
Tingkat pendidikan suami: (Ref. Tamat Perguruan Tinggi)			
Tamat SMP ke bawah (D_4)	1,297	0,007*	3,67(0,361 – 2,232)
Tamat SMA (D_5)	0,522	0,215	1,69(-0,303 – 1,346)
Jenis pekerjaan suami: (Ref. Karyawan)			
Bekerja bebas (D_7)	0,826	0,021*	2,28(0,123 – 1,530)
Bekerja sendiri/wiraswasta (D_8)	0,29	0,217	1,34(-0,170 – 0,751)
Status bekerja ibu: (Ref. Ibu tidak bekerja atau ibu rumah tangga)			
Ibu bekerja (D_{10})	0,179	0,489	1,19(-0,329 – 0,687)
Kualitas pelayanan kehamilan (Ref. Kualitas pelayanan baik):			
Kualitas pelayanan buruk (D_{12})	0,79	0,000*	2,20(0,377 – 1,202)
Pengelola keuangan rumah tangga (RT): (Ref. Istri sebagai pengelola keuangan RT)			
Suami pengelola keuangan RT (D_{14})	-0,693	0,001*	2(-1,108 – (-0,278)
Pengambil keputusan tempat pemeriksaan kehamilan (Ref. Istri sebagai pengambil keputusan):			
Suami sebagai pengambil keputusan (D_{16})	0,187	0,385	1,21(-0,236 – 0,610)
Pola tempat tinggal: (Ref. tinggal dengan keluarga inti)			
Tinggal dengan orang tua/mertua (D_{18})	0,075	0,758	1,08(-0,403 – 0,553)
Akses terhadap TIK: (Ref. Mengakses internet)			
Tidak mengakses internet (D_{20})	0,139	0,575	1,15(-0,346 – 0,623)
Sumber informasi: (Ref. Tenaga kesehatan sebagai sumber informasi)			
Tenaga kesehatan bukan sebagai sumber informasi (D_{22})	0,135	0,607	1,15(-0,379 – 0,648)
Akses terhadap asuransi kesehatan: (Ref. Memiliki asuransi kesehatan)			
Tidak memiliki asuransi kesehatan (D_{24})	0,959	0,000*	2,61(0,535 – 1,383)

Keterangan:

* : signifikan pada *p-value* < 0,05

** : signifikan pada *p-value* < 0,1

Kategori referensi: perilaku kesehatan kurang baik pada masa kehamilan.

Sumber: Survei P2 Kependudukan LIPI (2017)

PEMBAHASAN

Komplikasi selama kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan bagi wanita usia subur di negara berkembang. Oleh

karena itu, kesehatan ibu selama kehamilan dan setelah melahirkan tidak hanya menekan risiko terjadinya komplikasi bagi ibu tetapi juga memainkan peran penting dalam menentukan kelangsungan hidup bayi yang baru dilahirkan. Demikian juga halnya dengan

proses kelahiran yang aman di fasilitas kesehatan dapat menjadi intervensi efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian pada ibu (Simkhada, Porter, & van Teijlingen, 2007; Darega dkk., 2016; Gray dkk., 2014; Yegezu & Kitila, 2014).

Kajian ini menemukan bahwa perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan terkait dengan beberapa faktor, antara lain pendidikan ibu, pendidikan suami, jenis pekerjaan suami, kepemilikan asuransi, otonomi pengelolaan keuangan dalam rumah tangga, dan kualitas pelayanan kesehatan. Dari sejumlah faktor yang berpengaruh tersebut, terdapat empat faktor yang menjadi determinan sosial perilaku kesehatan ibu selama kehamilan, yaitu pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga.

Pendidikan suami yang tinggi mendukung penyerapan informasi mengenai pentingnya kunjungan ANC dan risiko kesehatan yang dihadapi ibu hamil. Hasil survei menunjukkan ibu dengan suami tamatan SMP ke bawah memiliki kecenderungan 3,67 kali lebih besar untuk berperilaku kurang baik pada masa kehamilan dibandingkan dengan ibu yang suaminya tamat perguruan tinggi. Temuan ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Navaneetham dan Dharmalingan (2002) di India yang menemukan bahwa ibu yang mempunyai suami dengan tingkat pendidikan SMA ke atas memiliki kecenderungan empat kali lebih baik untuk melakukan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang suaminya tidak sekolah. Studi Prusty, Buoy, dan Kumar (2015) di Kamboja juga menemukan bahwa perempuan yang memiliki pasangan dengan latar belakang pendidikan yang baik cenderung mengonsumsi tablet asam folat dan pil zat besi lebih dari 90 buah selama kehamilannya dibandingkan dengan ibu yang memiliki pasangan kurang berpendidikan.

Kepemilikan asuransi merupakan faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan. Temuan ini sejalan dengan studi yang dilakukan di Turki dan Bangladesh yang menyebutkan bahwa asuransi kesehatan memiliki dampak yang positif terhadap pemanfaatan pemeriksaan selama kehamilan (Ciceklioglu, Soyer, & Ocek, 2005; Celik & Hotchkiss, 2000). Hasil kajian ini mengindikasikan bahwa program pemerintah untuk menjamin biaya kesehatan bagi penduduk (terutama penduduk miskin) berperan meningkatkan perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Selain itu, studi ini menemukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan turut memengaruhi perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan. Seperti yang dikemukakan Prusty dkk. (2015), pelayanan ANC dari petugas kesehatan yang

terlatih berperan penting dalam memonitor kehamilan, serta menurunkan risiko kesakitan dan kejadian komplikasi pada saat melahirkan. Kualitas pelayanan ANC yang baik tidak hanya diukur dari ketersediaan waktu konsultasi antara petugas kesehatan dan pengguna layanan, tetapi juga termasuk pemberian informasi mengenai komplikasi yang mungkin terjadi akibat kehamilan dan tindakan yang harus diambil pada saat kejadian komplikasi (Nielsen, Hedegaard, Liljestrand, Thilsted, & Joseph, 2001; Magadi, Madise, Rodrigues, 2000). Dengan demikian, dukungan pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat diperlukan untuk mewujudkan perilaku kesehatan ibu yang baik pada masa kehamilan.

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang berhubungan signifikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan selama kehamilan. Latar belakang pendidikan ibu meningkatkan status kesehatan mereka. Selain itu, tingkat pendidikan yang dimiliki ibu berkaitan erat dengan ketepatan pengambilan keputusan ketika terjadi komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin dalam kandungan. Pemahaman yang baik mengenai pemeriksaan kehamilan tentunya sangat berkaitan dengan tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh ibu. Melalui pemahaman yang baik, akses komunikasi dengan penyedia layanan semakin terbuka (Broeck dkk., 2016; Tsegay dkk., 2013). Oleh karena itu, pendidikan menjadi salah satu faktor kunci untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan selama kehamilan.

Otonomi keuangan rumah tangga yang terletak di tangan perempuan menjadi determinan lainnya dalam pelayanan kesehatan pada masa kehamilan. Ibu yang mengelola keuangan rumah tangga cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang pengelolaan keuangan rumah tangganya diatur oleh orang lain. Selain itu, ibu yang memegang kendali terhadap keuangan rumah tangga mampu menentukan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Selanjutnya, perempuan yang berdaya dan memiliki otonomi lebih mudah mengakses dan menentukan pilihan pelayanan kesehatan selama hamil, termasuk sarana dan tenaga kesehatannya (Mistry, Galal, & Lu, 2009; Fawole & Adeoye, 2015; Sado, Spaho, & Hotchkiss, 2014).

KESIMPULAN

Secara umum, perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan di Kota Medan cukup baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa perilaku kesehatan ibu pada masa kehamilan dipengaruhi oleh pendidikan suami, kepemilikan asuransi, kualitas pelayanan, dan otonomi keuangan rumah tangga.

Berdasarkan temuan studi tersebut, usulan alternatif untuk meningkatkan perilaku kesehatan ibu di Kota Medan dari sisi pengguna (*demand side*) adalah:

- Menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk ikut serta dalam asuransi kesehatan secara mandiri.
- Meningkatkan pengetahuan ibu dan suami tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan ibu pada masa kehamilan, melalui berbagai media, seperti penyuluhan, *leaflet*/brosur versi cetak maupun digital (dapat diakses melalui internet).
- Dalam jangka panjang, meningkatkan pendidikan ibu dan suami. Hal ini diperlukan sebab pendidikan menjadi faktor yang secara tidak langsung memengaruhi perilaku kesehatan ibu.
- Menumbuhkan kesadaran masyarakat bahwa pengelolaan keuangan rumah tangga yang terletak di tangan istri turut menentukan derajat kesehatan ibu dan anak.

Dari sisi penyedia pelayanan, alternatif masukan adalah:

- Meningkatkan cakupan pelayanan jaminan kesehatan dari pemerintah (seperti BPJS kesehatan), terutama pada keluarga yang tidak mampu.
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan tingkat dasar. Studi ini menemukan bahwa kualitas pelayanan yang kurang baik (kurang lengkap) memengaruhi perilaku kesehatan ibu. Kualitas pelayanan kesehatan ibu yang kurang lengkap dapat menyebabkan belum optimalnya tahapan pemeriksaan ibu hamil seperti penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran frekuensi nadi, frekuensi nafas, pemeriksaan perut, dan pemeriksaan pembengkakan di kaki. Selain itu, pelaksanaan konseling terhadap ibu hamil masih terbatas. Padahal, pemberian informasi tentang tanda-tanda komplikasi penting disampaikan pada ibu hamil. Informasi yang lengkap tentang tanda-tanda komplikasi dapat membantu ibu jika mengalami tanda-tanda klinis komplikasi yang membutuhkan tindakan lebih lanjut. Hal ini diperlukan untuk mencegah kesakitan bahkan kematian ibu dan bayi dalam kandungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, Y., & Horiuchi, S. (2012). Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *Pregnancy and Childbirth*, 12(9). doi: 10.1186/1471-2393-12-9
- Astuti, Y., & Widayatun. (2017). *Determinan sosial perilaku kesehatan ibu dan pola pengasuhan anak di Kota Medan di era globalisasi (Laporan Penelitian)*. Jakarta: P2 Kependudukan LIPI.
- Astuti, Y., Widayatun, & Rahadian, A.S. (2016). *Peran dan interaksi keluarga di era globalisasi dalam pengasuhan anak pada periode emas kehidupan: Kasus Kota Medan (Laporan Penelitian)*. Jakarta: P2 Kependudukan LIPI.
- Babalola, S., & Fatusi, A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria: Looking Beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(43). doi: 10.1186/1471-2393-9-43
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan [Balitbangkes] Kementerian Kesehatan. (2013). *Pokok-pokok hasil Riskesdas Provinsi Sumatera Utara*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional [BKKBN], Badan Pusat Statistik [BPS], Kementerian Kesehatan, & United States Agency for Development [USAID]. (2013). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia*. Jakarta: BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, dan USAID.
- Broeck, J.V., Jong, E., Klomp, T., Putman, K., & Beeckman, K. (2016). Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 16(337). doi: 10.1186/s12913-016-1478-3
- Celik, Y. & Hotchkiss, D.R. (2000). The Socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Journal of Social Science and Medicine*, 50(12), 1797-1806. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00418-9
- Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., Bari, W., & Akhter, H.H. (2003). Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promotion International*, 18(4), 327-337.
- Ciceklioglu, M., Soyer, M.T., & Ocek, Z.A. (2005). Skilled attendance at delivery in Bangladesh: An ethnographic study. *Research Monograph Series Vol. 22*. Research and Evaluation Division, BRAC, Dhaka, Bangladesh. Diakses dari <http://research.brac.net/new/books/ethnographic>

- Dar, S.S. (2013). *Socio-economic determinants of maternal health behavior in Pakistan: An instrumental variable approach* (Doctoral Dissertation). Lahore School of Economics, Punjab, Pakistan. Diakses dari <http://hdl.handle.net/123456789/6342>
- Darega, B., Dida, N., Tafese, F., & Ololo, S. (2016). Institutional delivery and postnatal care services utilizations in Abuna Gindeberet District, West Shewa, Oromiya Region, Central Ethiopia: A community-based cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(149). doi: 10.1186/s12884-016-0940-x.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2016). *Profil kesehatan Kota Medan tahun 2015*. Medan: Dinas Kesehatan Kota Medan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2017). *Profil kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2016*. Medan: Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara.
- Fawole, O.I., & Adeoye, I.A.(2015). Women's status within the household as a determinant of maternal health care use in Nigeria. *Afr Health Sci*, 15(1), 217-225. doi: 10.4314/ahs.v15i1.28
- Furuta, M., & Salway, S. (2006). Women's position within the household as a determinants of maternal health care use in Nepal. *Int Fam Plan Perspect*, 32(1), 17-27. doi: 10.1363/iffp.32.017.06
- Gray, R., Bick, D., & Chang. (2014). Health in pregnancy and post-birth: Contribution to improved child outcomes. *Journal of Children's Services*, 9(2), 109-127. doi: 10.1108/JCS-03-2014-0020
- Indarwati, L. (2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dengan menggunakan USG di Poliklinik Kandungan BPRSUD Salatiga tahun 2008. *Jurnal Kebidanan*, 2(2). Diakses dari: <http://journal.stikeseub.ac.id/index.php/jkeb/artic/e/view/82>
- Islam, M.M., & Masud, M.S. (2018). Health care seeking behavior during pregnancy, delivery and the postnatal period in Bangladesh: Assessing the compliance with WHO Recommendations. *Midwifery*, 63, 8-16. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.021
- Kamal S.M., Hassan, C.H., & Alam, G.M. (2015). Determinants of institutional delivery among women in Bangladesh. *Asia Pac J Public Health*, 27(2), NP1372-NP1388. doi: 10.1177/1010539513486178
- Kementerian Kesehatan & World Health Organization [WHO]. (2013). *Buku saku pelayanan sesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan WHO.
- Klawetter, S. (2014). Conceptualizing social determinants of maternal and infant health disparities. *Journal of Women and Social Work*, 29(2), 131-141. doi: 10.1177/0886109913516451
- Kusuma, D., Cohen, J., McConnell, M., & Berman, P. (2016). Can cash transfers improve determinants of maternal mortality? Evidence from the household and community programs in Indonesia. *Soc Sci Med*, 163, 10-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.06.020
- Larsen, A., Exavery, A., Philips, J.F., Tani, K., & Kanté, A.M. (2016). Predictors of health care seeking behavior during pregnancy, delivery and the postnatal period in rural Tanzania. *Matern Child Health J*. 20(8), 1726-1734. doi: 10.1007/s10995-016-1976-2
- Magadi, M.A., Madise, N.J., & Rodrigues, R.N. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya: Explaining the variations between women of different communities. *Social Science and Medicine*, 51(4), 551-561. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00495-5
- Mahato, P.K., Tejjlingen, E. V., Simkhada, P., Sheppard, Z.A., & Silwal, R. C. (2017). Factors related to choice of place of birth in a district in Nepal. *Journal of Sexual and Reproductive Healthcare*. 13, 91-96. doi: 10.1016/j.srhc.2017.07.002
- Målqvist, M., Hoa, P., Thi, D., & Thomsen, S. (2012). Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. *BMC Public Health*, 12(641). doi: 10.1186/1471-2458-12-641
- McCarthy, J., & Maine, D. (1992). A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, 23(1), 23-33. doi: 10.2307/1966825
- Mistry, R., Galal, O., & Lu, M. (2009). Women's autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis. *Social Science and Medicine*, 69(6), 926-933. doi: 10.106/j.socscimed.2009.07.008
- Mugo, N.S., Dibley, M.J., & Agho, K.E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: Analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(68). doi: 10.1186/s12884-015-0491-6
- Mullany, B.C., Becker, S., & Hindin, M.J. (2007). The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: Results from a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 22(2), 166-176. doi: 10.1093/her/cyl060
- Navaneetham, K., & Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Journal of Social Science and Medicine*, 55(10), 1849-1869. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00313-6

- Nielsen, B.B., Hedegaard, M., Liljestrand, J., Thilsted, S.H., & Joseph, A. (2001). Characteristics of antenatal care attenders in a rural population in Tamil Nadu, South India: A community-based cross-sectional study. *Health and Social Care in the Community*, 9(6), 327-333. doi: 10.1046/j.1365-2524.2001.00310.x
- Nuraini, E., & Parker, E. (2005). Improving knowledge of antenatal care (ANC) among pregnant women: A field trial in Central Java, Indonesia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 17(1). 3-8. doi: 10.1177/101053950501700102
- Oktaviani, I., Makalew, L., & Solang, S.D. (2016). Profil haemoglobin pada ibu hamil dilihat dari beberapa faktor pendukung. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 4(1), 22-30. Diakses dari <https://ejurnal.poltekkesmanado.ac.id/index.php/jib/article/view/345>
- Prusty, R.K., Buoy, S., & Kumar, P. (2015). Factors associated with utilization of antenatal care services in Cambodia. *J Public Health*, 23, 297-310. doi: 10.1007/s10389-015-0680-9
- Sado, L., Spaho, A., & Hotchkiss, D.R. (2014). The influence of women's empowerment on maternal health care utilization: Evidence from Albania. *Social Science and Medicine*, 114, 169-177. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.05.047
- Shahjahan. M., Chowdhury, H.A., Al-Hadhrani, A.Y., & Harun, G.D. (2017). Antenatal dan postnatal care practices among mothers in rural Bangladesh: A community based cross-sectional study. *Midwifery*, 52, 42-48. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.011
- Simkhada, B., Porter, M.A., & van Teijlingen, E.R. (2010). The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: A qualitative study. *Pregnancy and Childbirth*, 10(34). doi: 10.1186/1471-2393-10-34.
- The ASEAN Secretariat Jakarta. (2017). *ASEAN statistical report on Millennium Development Goals 2017*. Jakarta: The ASEAN Secretariat. Diakses dari http://asean.org/storage/2012/05/ASEAN_MDG_2017.pdf
- Tsegay, Y., Gebrehiwot, T., Goicolea, I., Edin, K., Lemma, H., & Sebastian, M.S. (2013). Determinants of antenatal dan delivery care utilization in Tigray Region, Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal for Equity in Health*, 12(30). doi: 10.1186/1475-9276-12-30
- United Nation. (2009). *The Millennium Development Goals report 2009*. New York: United Nations. Diakses dari <http://www.un.org/millenniumgoals>
- United Nations Children's Fund [UNICEF] Indonesia. (2012, Oktober). *Ringkasan kajian kesehatan ibu dan anak*. Diakses dari https://www.unicef.org/indonesia/id/A5__B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf
- Wichaidit, W., Alam, M.U., Halder, A.K., Unicomb, L., Hamer, D.H., & Ram, P.K. (2016). Availability and quality of emergency obstetric and newborn care in Bangladesh. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(2), 298-306. doi: 10.4269/ajtmh.15-0350
- World Health Organization [WHO]. (2011). *World conference on social determinants of health*. Diakses dari <http://www.who.int/sdhconference/en/>
- Yegezu, R.T. & Kitila, S.B. (2014). Assessment of factors affecting choice of delivery place among pregnant women in Jimma Zone, South West Ethiopia: Cross sectional study. *Journal of Women's Health Care*, 4(1). doi:10.4172/2167-0420.1000211