

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1. Konsep Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.**

Menurut Alan Dever yang dikutip dari Azhari (2002), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. Faktor sosiodemografis, yang terdiri dari umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, penghasilan).
- b. Faktor sosial psikologis, yang terdiri dari persepsi sakit dari masyarakat, sikap, dan kepercayaan dalam mencari pengobatan.
- c. Faktor epidemiologi, yang terdiri dari mortalitas, morbiditas, disability dan faktor resiko.

Selain faktor-faktor di atas, Maine, 1991 mengatakan faktor-faktor lain yang juga turut mempengaruhi pemanfaatan kesehatan adalah :

#### **a. Akses terhadap pelayanan kesehatan**

Hal ini meliputi antara lain keterjangkauan lokasi tempat pelayanan (tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis/sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan), jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia (jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan berkualitas), dan keterjangkauan terhadap informasi (informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia)

**b. Status wanita dalam keluarga dan masyarakat.**

Termasuk ke dalamnya antar lain tingkat pendidikan (wanita yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya), pekerjaan (ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan), keberdayaan wanita yang memungkinkan wanita lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal yang terbaik bagi dirinya, termasuk kesehatan atau kehamilannya. Semua variabel tersebut dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam mencegah kematian ibu.

**c. Status keluarga dalam masyarakat.**

Jika variabel tersebut di atas lebih menekankan pada diri wanita sebagai individu, maka variabel berikut ini merupakan variabel keluarga wanita tersebut. Variabel tersebut antara lain penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga, juga dapat berpengaruh terhadap risiko mengalami kematian ibu.

**d. Status Keluarga**

Varibel ini meliputi antara lain tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumber daya (misalnya jumlah dokter dan pelayanan kesehatan yang tersedia), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi. Status masyarakat umumnya terkait pula pada tingkat kemakmuran suatu negara besarnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan. Hal ini dapat dipantau melalui persentase dari anggaran pemerintah yang dialokasikan untuk sektor kesehatan.

## 2.2. Pelayanan Antenatal

Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik. Resiko kehamilan bersifat dinamis, karena ibu hamil yang mulanya normal dapat secara tiba-tiba menjadi resiko tinggi, oleh karena itu pemeriksaan kehamilan adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah atau mengurangi resiko tinggi kehamilan.

Departemen Kesehatan RI dalam pedoman pelayanan Antenatal di tingkat pelayanan dasar menguraikan bahwa pelayanan Antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat. Pemeriksaan dilakukan oleh tenaga terlatih dan terdidik dalam bidang kebidanan, yaitu pembantu bidan, bidan, dokter dan perawat yang sudah terlatih (Depkes RI, 1995)

Menurut Departemen Kesehatan RI 1995, kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Kunjungan ibu hamil dilakukan secara berkala yang dibagi menjadi beberapa tahap;

- a. Kunjungan ibu hamil (KI), adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan

pelayanan 7 T pada trimester I, dimana umur kehamilan 0 sampai 12 minggu

- b. Kunjungan ibu hamil yang keempat (K 4) adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan 7T, dengan distribusi kontak minimal 1 kali pada trimester I (KI) pada umur kehamilan 0-12 minggu, 1kali pada trimester II(K II), dimana umur kehamilan 13 – 24 minggu, 2 kali pada trimester III( K III dan K IV ), dimana umur kehamilan > 24 minggu

Dalam kegiatan pelayanan antenatal, sebagai indikator keberhasilan pelayanan pada ibu hamil dilihat dari cakupan (KI) dan frekwensi ibu hamil. Cakupan (K IV) juga dilihat dari cakupan persalinan , cakupan TT 1 & TT 2 droup out TT. Cakupan ibu hamil dilihat dari jumlah kunjungan ibu hamil perjumlah penduduk ibu hamil, sedangkan frekwensi ibu hamil adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama ibu hamil dibagi jumlah kunjungan baru ibu hamil.

### **2.3. Pelayanan Obstetri Esensial Dasar Puskesmas**

Pelayanan obstetri esensial dasar puskesmas diperuntukkan bagi ibu yang mengalami kehamilan risiko tinggi atau komplikasi diupayakan agar berada dalam jangkauan setiap ibu hamil. Pelayanan obstetri esensial dasar meliputi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi risiko tinggi dan komplikasi kehamilan/persalinan (Depkes, 1998).

Ada dua alasan utama yang menyebabkan pelayanan obstetri esensial dasar puskesmas perlu mendapat perhatian. Pertama, besarnya masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta dampak yang diakibatkannya. Data menunjukkan bahwa seperempat dari wanita usia reproduktif di negara berkembang, mengalami kesakitan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Setiap tahunnya komplikasi persalinan menyebabkan 585.000 kematian wanita di dunia, 1,5 juta kematian bayi bersuai satu minggu, dan 1,4 juta bayi lahir mati (Alice, 1997).

Dampak sosial dan ekonomi kejadian ini dapat dipastikan sangatlah besar, baik bagi keluarga, masyarakat, maupun angkatan kerja di suatu negara. Keberadaan seorang ibu merupakan tonggak utama untuk tercapainya keluarga yang sejahtera dan kematian seorang ibu merupakan suatu bencana bagi keluarganya.

Kedua, pelayanan obstetri esensial dasar puskesmas pada hakekatnya merupakan intervensi yang efisien dan efektif dalam menurunkan kejadian kematian ibu. Untuk memberikan gambaran efisiensi upaya pencegahan, WHO mengungkapkan bahwa ternyata cukup dianggarkan sebesar AS \$ 2 per ibu untuk pelayanan kesehatan yang optimal selama hamil, walaupun tetap dibutuhkan untuk penanganan komplikasi sebesar AS \$ 230 per kasus (WHO, 1997). Sekitar 15% ibu akan mengalami komplikasi (Maine, 1991), sehingga anggaran untuk penanganan komplikasi diupayakan agar tetap dalam batas yang layak.

#### 2.4. Kondisi Kesehatan Ibu

Setiap menit seorang ibu meninggal karena penyebab yang berkaitan dengan kehamilandan persalinan. Ia biasanya berusia muda, sudah menjadi ibu dan hidup di negara berkembang. Dari setiap ibu yang meninggal tersebut, diperkirakan ada 100 wanita yangselamat saat bersalin tetapi mengalami kesakitan, cacat atau kelainan fisik akibat komplikasikehamilan.

Secara keseluruhan diperkirakan bahwa setiap tahunnya 585.000 wanita meninggal akibat kehamilan dan persalinan; 99 persen dari kematian tersebut terjadi di negaraberkembang.

Wanita di Afrika Barat dan Timur menghadapi risiko kematian ibu paling tinggi demikian pula wanita di beberapa negara Asia berisiko tinggi. Sebagian besar (60-80%) kematian ibu disebabkan oleh perdarahan saat melahirkan, persalinan macet, sepsis, tekanan darah tinggi pada kehamilan, dan komplikasi dari aborsi yang tidak aman.

Komplikasi kehamilan/persalinan atau yang menyebabkan kematian ibu tak bisa diperkirakan sebelumnya, dan sering terjadi beberapa jam atau hari setelah persalinan. Kematian seorang ibu sangatlah berpengaruh terhadap kesehatan dan kehidupan anak-anak yang ditinggalkannya. Jika seorang ibu meninggal, maka anak-anak yang ditinggalkannya mempunyai kemungkinan tiga hingga sepuluh kali lebih besar untuk meninggal dalam waktu dua tahun bila dibandingkan dengan mereka yang masih mempunyai keduaorangtua. (Koblinsky M.A.et al, 1993)

Di samping itu, anak-anak yang ditinggalkan ibunya seringkali tidak mendapatkan pemeliharaan kesehatan serta pendidikan yang memadai seiring pertumbuhannya. Kematian seorang ibu mempunyai dampak yang lebih luas sampai di luar lingkungan keluarganya: ia adalah pekerja produktif yang hilang yang memelihara dan membimbing generasi penerus, merawat para lanjut usia, dan menyumbangkan stabilitas di masyarakat.

## **2.5. Safe Motherhood Initiative**

Upaya Keselamatan Ibu (Safe Motherhood Initiative) dicanangkan pada tahun 1987 oleh badan-badan internasional dan pemerintah guna meningkatkan kesadaran dunia tentang pengaruh kematian dan kesakitan ibu serta untuk mendapatkan pemecahan masalahnya. Pada waktu itu dibentuk kerjasama antar-kelompok untuk Keselamatan Ibu yang sekarang meliputi WHO, UNICEF, UNFPA, Bank Dunia, Population Council dan IPP. Tujuan Upaya Keselamatan Ibu adalah mengurangi kematian dan kesakitan ibu menjadi setengahnya pada tahun 2000. Pengalaman secara global menunjukkan bahwa kematian ibu dapat dicegah dan berbagai penelitian tentang strategi untuk mengurangi kematian ibu telah dihasilkan. Namun, ternyata sulit untuk mendokumentasikan penurunan angka kematian ibu yang terukur.

Komitmen dalam Upaya Keselamatan Ibu diperbaharui ketika Keselamatan Ibu dipakai sebagai tema Hari Kesehatan Sedunia tahun 1998 oleh WHO (dan pada pertemuan Konsultasi Teknis Keselamatan Ibu pada bulan Oktober 1997 di Sri Lanka). Tokoh-tokoh perwakilan dari pemerintah, penyandang dana internasional,

dan lembaga swadaya masyarakat berkumpul di Washington, DC, pada Simposium Internasional Keselamatan Ibu pada Hari Kesehatan Sedunia, tanggal 7 April 1998. Pesan yang disampaikan sangat jelas, yaitu: persalinan dapat dan harus diupayakan agar aman bagi ibu dan bayinya.

### **2.5.1 Elemen Dasar Keselamatan Ibu**

Upaya-upaya yang bertujuan menyelamatkan ibu dalam kaitannya dengan kehamilan sangat bervariasi di berbagai negara, tergantung pada sumber daya yang ada dan lingkungan sosial budaya setempat.

Selama bertahun-tahun upaya menurunkan kematian dan kesakitan ibu mencakup pelayanan keluarga berencana promosi pelayanan antenatal, perbaikan pelayanan obstetric esensial dan perbaikan status sosio-ekonomi wanita.

Semua upaya keselamatan ibu menuntut hubungan yang erat antar berbagai tingkat sistem pelayanan kesehatan, terutama antara pelayanan kesehatan masyarakat dengan tingkat rujukan primer (rumah sakit kabupaten).

Fokus pelayanan di tingkat masyarakat adalah upaya pencegahan, termasuk pelayanan keluarga berencana dan pelayanan persalinan yang aman dan bersih. Pada tingkat ini, strategi untuk meningkatkan kesadaran tentang sebab-sebab kematian ibu dan kebutuhan pelayanan yang cepat, memadai dan tepat waktu untuk pelayanan – keluarga berencana, antenatal, persalinan, dan pelayanan nifas – sangat penting.

Deteksi dini komplikasi dan rujukan ke fasilitas rujukan yang memadai juga penting, karena banyak komplikasi obstetri yang tidak dapat ditangani di tingkat masyarakat. Penjaga gawang yang dapat berperan di masyarakat dalam masalah



rujukan ini meli puti anggota keluarga, dukun bayi, kader dan tenaga kesehatan setempat.

Fokus pelayanan di tingkat rujukan primer adalah penanganan dan pengobatan komplikasi. Pelayanan rujukan primer seharusnya mampu memberikan pelayanan obstetri esensial, termasuk penanganan komplikasi abortus. Komunikasi efektif antara petugas di tingkat pelayanan kesehatan dasar dan tingkat rujukan primer sangat penting. Walaupun komplikasi telah terdeteksi secara dini di tingkat masyarakat, namun keterlambatan merujuk dan membawa ibu ke fasilitas rujukan yang memadai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya.

### **2.5.2. Upaya Menurunkan Kematian Ibu**

Penyebab obstetrik langsung dari kematian ibu sudah diketahui dan dapat ditangani, meskipun pencegahannya terbukti sulit. Penyebab tak langsung kematian dan kesakitan ibu meliputi kondisi kesehatan dan penyakit yang dideritanya, misalnya malaria dan penyakit kardiovaskuler. Faktor yang melatarbelakangi kematian ibu meliputi keseluruhan faktor sosial, budaya, ekonomi dan politik yang kompleks serta tidak mudah untuk mengatasinya. Tak ada satupun intervensi tunggal yang dapat menyelesaikan tragedi kematian ibu; kajian terhadap berbagai strategi dalam dekade terakhir mengarah kepada pelajaran yang dapat dipetik sebagai berikut.

1. Mencegah kehamilan yang tak diinginkan.
2. Membantu ibu menghindarkan kehamilan yang tak diinginkan akan mengakibatkan berkurangnya kehamilan, berkurangnya kematian karena persalinan dan berkurangnya aborsi.

3. Keluarga berencana merupakan salah satu intervensi kesehatan ibu dan anak yang di perkenalkan di Matlab, Bangladesh sejak 1976 sebagai bagian dari kegiatan untuk menurunkan kematian ibu dan bayi. Data yang dikumpulkan di daerah tersebut antara akhir tahun 1970-an dan akhir tahun 1980-an menunjukkan bahwa keluarga berencana dapat menyumbang penurunan jumlah kematian ibu sebesar 2 persen per tahun, terutama kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung dan kematian karena aborsi. Pemakaian kontrasepsi meningkat dari 8% kurang menjadi 48% selama kurun waktu tersebut.

## **2.6. Standar Pelayanan Kebidanan**

Salah satu upaya yang dilakukan Depkes dalam mempercepat penurunan AKI adalah mendekatkan pelayanan kebidanan kepada setiap ibu yang membutuhkannya. Untuk itu sejak tahun 1990 telah ditempatkan bidan di desa, yang pada tahun 1996 telah mencapai target 54.120 bidan. Dengan demikian, dapat diasumsikan bahwa hampir semua desa di wilayah Indonesia mempunyai akses untuk pelayanan kebidanan.

WHO, melalui suatu pertemuan konsultasi regional Asia Tenggara pada tahun 1993, merekomendasikan agar bidan dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan pertolongan pertama/penanganan kegawadaruratan kebidanan yang relevan. Untuk itu, pada pertengahan tahun 1996 Depkes telah menerbitkan Permenkes No. 572/PER/Menkes/VI/96, yang memberikan wewenang dan perlindungan bagi bidan

dalam melakukan tindakan penyelamatan jiwa ibu dan janin/bayi baru lahir. Disamping itu, sejak tahun 1995 telah dikembangkan kemandirian pembinaan teknis bidan oleh bidan terkoordinator. (Depkes, 2003).

## **2.7. Manfaat Penerapan Standar Pelayanan Kebidanan.**

Standar pelayanan berguna dalam penerapan norma dan tingkah kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Penerapan standar pelayanan akan sekaligus melindungi masyarakat, karena penilaian proses dan hasil pelayanan dapat dilakukan dengan dasar yang jelas. Dengan adanya standar pelayanan, yang dapat dibandingkan dengan pelayanan yang diperoleh, maka masyarakat akan mempunyai kepercayaan yang lebih mantap terhadap pelaksanaan pelayanan.

Suatu standar akan efektif bila dapat diobservasi dan diukur, realistic, mudah dilakukan dan dibutuhkan. Bila setiap ibu diharapkan mempunyai akses terhadap pelayanan kebidanan, maka diperlukan standar pelayanan kebidanan untuk menjaga kualitas. Pelayanan berkualitas dapat dikatakan sebagai tingkat pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dengan demikian, standar penting untuk pelaksanaan, pemeliharaan dan penilaian kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa standar pelayanan perlu dimiliki oleh setiap pelaksana pelayanan.

Masalah yang ditemukan dalam penyusunan standar pelayanan kebidanan adalah bahwa diantara apa yang telah biasa diterapkan dalam praktek, sebenarnya hanyalah tindakan ritualistic, yang tidak didasarkan pada penalaran praktek terbaik. Dalam standar ini tindakan yang bersifat ritualistic, seperti melakukan episiotomi

secara rutin dan memandikan bayi segera setelah lahir, tidak dianjurkan lagi. Perubahan standar pelayanan seperti itu didasarkan pada pengalaman praktek terbaik dari para praktisi dari seluruh penjuru dunia.

Standar pelayanan kebidanan dapat pula digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalani praktek sehari-hari. Standar ini juga dapat digunakan sebagai dasar untuk menilai pelayanan, menyusun rencana pelatihan dan pengembangan kurikulum pendidikan. Selain itu, standar pelayanan dapat membantu dalam penentuan kebutuhan operasional untuk penerapannya, misalnya kebutuhan akan pengorganisasian mekanisme, peralatan dan obat yang diperlukan. Ketika audit terhadap pelayanan kebidanan dilakukan, maka berbagai kekurangan yang berkaitan dengan hal-hal tersebut akan ditemukan sehingga perbaikannya dapat dilakukan secara lebih spesifik (Depkes, 2003).

## **2.8. Format Standar Pelayanan Kebidanan**

Dalam membahas tiap standar pelayanan kebidanan digunakan format bahasan sebagai berikut :

- Tujuan : merupakan tujuan dasar
- Pernyataan standar : berisi pernyataan tentang pelayanan kebidanan dasar yang dilakukan dengan penjelasan tingkat kompetensi yang diharapkan.
- Hasil : hal yang akan dicapai oleh pelayanan yang diberikan dan dinyatakan dalam bentuk yang dapat diukur.

- Prasyarat : hal-hal yang diperlukan (misalnya : alat, obat, keterampilan) agar pelaksanaan pelayanan dapat menerapkan standar
- Proses : berisi langkah-langkah pokok yang perlu diikuti untuk penerapan standar

## **2.9. Ruang Lingkup Standar Pelayanan Kebidanan**

Telah disadari bahwa pertolongan pertama/penanganan kegawatdaruratan obstetric neonatal merupakan komponen penting dan merupakan bagian tak terpisahkan dari pelayanan kebidanan di setiap tingkat pelayanan. Bila hal tersebut dapat diwujudkan, maka angka kematian ibu dapat diurutkan. Berdasarkan itu, standar pelayanan kebidanan ini mencakup standar untuk penanggulangan keadaan tersebut, disamping standar untuk pelayanan kebidanaan dasar.

Dengan demikian ruang lingkup standar pelayanan kebidanaan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut :

- A. Standar pelayanan umum (2 standar)
- B. Standar pelayanan antenatal (2 standar)
- C. Standar pertolongan persalinan (4 standar)
- D. Standar pelayanan nifas (3 standar)
- E. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetric-neonatal (9 standar)

### **Standar Penanganan Kegawatan Obstetri dan Neonatal**

Disamping standar untuk pelayanan kebidanan dasar (antenatal, persalinan dan nifas), ada juga standar penanganan kegawatan obstetric-neonatal. Seperti telah

dibahas sebelumnya, bidan diharapkan mampu melakukan penanganann keadaan gawat darurat osbtetri-neonatal tertentu untuk penyelamatan jiwa ibu dan bayi. Di bawah ini dipilih sepuluh keadaan gawat darurat obstetric-neonatal yang paling sering terjadi dan menjadi penyebab utama kematian ibu/bayi baru lahir.

1. Standar 16 : Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

2. Standar 17 : Penanganan Kegawatan pada Eklamsia

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklamsia mengancam, serta merujuk dan / atau memberikan pertolongan pertama.

3. Standar 18 : Penanganan kegawatan pada partus lama / macet

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.

4. Standar 19 : Persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor

Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan janin/bayinya.

5. Standar 20 : Penanganan retentio plasenta

Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.

6. Standar 21 : Penanganan perdarahan postpartum primer

Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan.

7. Standar 22 : Penanganan perdarahan postpartum sekunder

Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan postpartum sekunder, dan melakukan pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu, dan/atau merujuknya.

8. Standar 23 : Penanganan sepsis puerperalis

Bidan mampu mengenali secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis, serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya.

9. Standar 24 : Penanganan Asfiksia Neonatorum

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan (Depkes, 2003).

## 2.10. Faktor Resiko Kehamilan

Faktor resiko kehamilan adalah setiap faktor yang berhubungan dengan meningkatnya kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Faktor ini dibagi empat golongan, yaitu :

1. Penyakit yang menyertai kehamilan
2. Gangguan dalam kehamilan

3. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu buruk, atau anak dengan kelainan konginetal.
4. Karakteristik ibu dengan resiko tinggi :
  - Umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun
  - Paritas lebih dari 4 kali
  - Interval kehamilan kurang dari 2 tahun
  - Berat badan ibu kurang dari 40 kg
  - Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm
  - Ibu yang tidak menikah/kawin
  - Keadaan sosial ekonomi yang rendah
  - Ketergantungan alkohol dan rokok (FKPP SPK se-Jawa Barat, 1996).

#### **2.11. Hubungan Antara Karakteristik Bumil Dengan Pemanfaatan Pelayanan Obstetri Esensial Dasar Puskesmas**

Menurut Departemen Of Health Education and Welfare, USA (1997) yang dikutip Azhari, factor-faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan antara lain adalah factor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan yaitu :

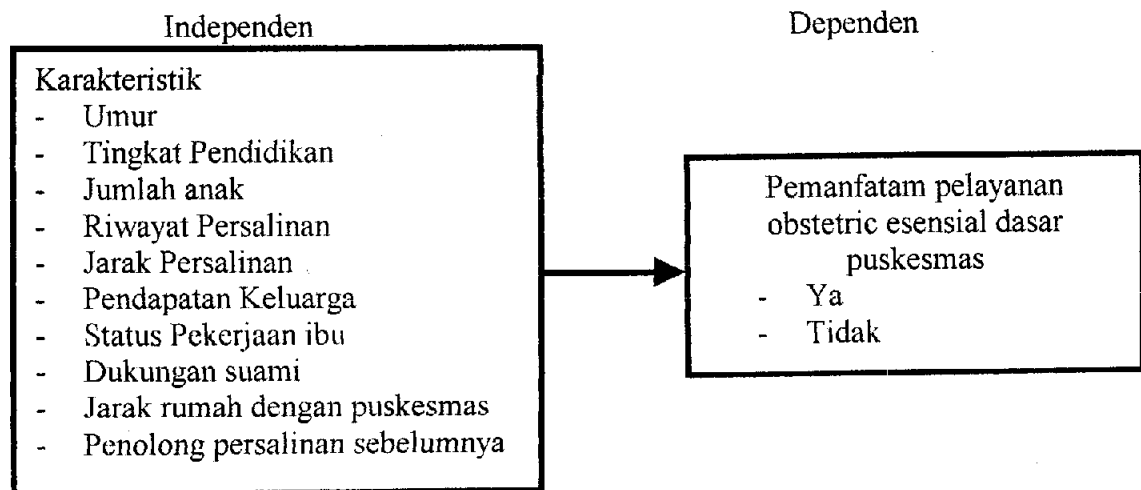
- a. Faktor sosiodemografi yang meliputi : umur, jenis kelamin, status perkawinan, besarnya famili, kebangsaan dan suku bangsa serta agama.
- b. Faktor sosiopsikologi yang meliputi sikap/persepsi terhadap pelayanan kesehatan secara umum, pengetahuan dan sumber informasi dari



pelayanan kesehatan dan tabiat terhadap pelaksanaan kesehatan sebelumnya.

- c. Faktor ekonomi meliputi status ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan)
- d. Dapat diusahakannya pelayanan kesehatan yang meliputi jarak antara rumah penderita.

### 2.12. Kerangka Konsep



Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan obstetric esensial dasar puskesmas yaitu : umur, tingkat pendidikan, jumlah anak, riwayat persalinan sebelumnya, pendapatan keluarga, status pekerjaan ibu, dukungan suami, umur, dan jarak rumah dengan puskesmas.