

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan (Partus)

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan adalah serangkaian kejadian pada ibu hamil yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh si ibu (Prawirohardjo, 2009). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang langsung dalam 18-24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Mochtar, 2007).

Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saefuddin, 2002). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang langsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2006).

Dengan demikian, persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit persalinan yang dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada

serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

2.1.2 Faktor Resiko dan Tanda Bahaya dalam Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi perlu perawatan diri yang khusus agar ibu dalam keadaan sehat. Karena itu kehamilan yang normal pun mempunyai resiko kehamilan dan persalinan, namun tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan-keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Menurut Direktorat Bina Kesehatan Ibu (2009), faktor risiko pada ibu hamil adalah:

1. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
2. Anak lebih dari 3.
3. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang < 2 tahun.
4. Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan.
5. Anemia dengan haemoglobin <11 g/dl.
6. Tinggi badan <145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.
7. Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
8. Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: TB, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan endokrin (DM, SLE, dll), tumor dan keganasan.

9. Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, KET, mola hidatidosa, KPD, bayi cacat kongenital.
10. Riwayat persalinan dengan komplikasi: persalinan dengan SC, ekstraksi vacum/forcep.
11. Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan post partum, infeksi masa nifas, post partum blues.
12. Riwayat keluarga menderita penyakit DM, hipertensi, dan riwayat cacat kongenital.
13. Kelainan jumlah janin: kehamilan ganda, janin dampit, monster.
14. Kelainan besar janin: pertumbuhan janin terhambat, janin besar.
15. Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada UK >32 minggu.

Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas adalah tanda/gejala yang menunjukkan ibu atau bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya. Bila ada tanda bahaya, ibu harus mendapat pertolongan segera ke fasilitas kesehatan terdekat. Kebanyakan kehamilan berakhir dengan persalinan dan masa nifas yang normal. Namun, 15-20 diantara 100 ibu hamil mengalami gangguan pada kehamilan, persalinan, atau nifas.

Gangguan tersebut dapat terjadi secara mendadak, dan biasanya tidak dapat diperkirakan sebelumnya. Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga, dan masyarakat perlu mengetahui dan mengenali tanda bahaya. Tujuannya, agar mereka dapat segera

mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan terdekat untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi yang dikandungnya.

Minimal ada 10 tanda bahaya yang perlu dikenali oleh ibu hamil, keluarga, dan masyarakat yaitu:

1. Ibu tidak mau makan dan muntah terus.
2. Berat badan ibu hamil tidak naik
3. Perdarahan
4. Bengkak kaki/tangan/wajah.
5. Gerakan janin berkurang atau tidak ada.
6. Kelainan letak bayi dalam rahim.
7. Ketuban pecah sebelum waktunya
8. Persalinan lama.
9. Penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan.
10. Demam tinggi pada masa nifas.

Kehamilan normal tetap perlu diwaspadai, karena tanda bahaya dapat terjadi sewaktu-waktu, tidak terduga, dan tidak ditemukan pada saat pemeriksaan kehamilan misalnya kejang, ketuban pecah sebelum waktunya, dan sebagainya (Azwar,2006).

2.2 Penolong Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari ibu (JNPK-KR, 2007). Penolong persalinan merupakan salah

satu bagian dari pelayanan antenatal care. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih (Syafudin, 2009). Pelayanan pertolongan persalinan adalah suatu bentuk pelayanan terhadap persalinan ibu melahirkan yang dilakukan oleh penolong persalinan baik oleh tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan atau non tenaga kesehatan seperti dukun.

Jenis-jenis penolong persalinan adalah :

1. Dukun

Pengertian dukun biasanya seorang wanita sudah berumur \pm 40 tahun ke atas, pekerjaan ini turun temurun dalam keluarga atau karena ia merasa mendapat panggilan tugas ini (Wiknjosastro, 2007). Menurut Syafrudin (2009), jenis dukun terbagi menjadi dua, yaitu :

- a. Dukun terlatih : Dukun yang telah mendapatkan pelatihan oleh tenaga kesehatan dan telah dinyatakan lulus.
- b. Dukun tidak terlatih : Dukun yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

Penolong persalinan oleh dukun mengenai pengetahuan tentang fisiologis dan patologis dalam kehamilan, persalinan, serta nifas sangat terbatas oleh karena atau apabila timbul komplikasi ia tidak mampu untuk mengatasinya, bahkan tidak menyadari akibatnya, dukun tersebut menolong hanya berdasarkan pengalaman dan kurang profesional.

Berbagai kasus sering menimpa seorang ibu atau bayi sampai pada kematian ibu dan anak (Wiknjosastro, 2005). Seperti diketahui, dukun bayi adalah merupakan sosok yang sangat dipercayai di kalangan masyarakat. Mereka memberikan pelayanan khususnya bagi ibu hamil sampai dengan nifas secara sabar. Apabila pelayanan selesai mereka lakukan, sangat diakui oleh masyarakat bahwa mereka memiliki tarif pelayanan yang jauh lebih murah dibandingkan dengan bidan.

Umumnya masyarakat merasa nyaman dan tenang bila persalinannya ditolong oleh dukun atau lebih dikenal dengan bidan kampung, akan tetapi ilmu kebidanan yang dimiliki dukun tersebut sangat terbatas karena didapatkan secara turun temurun (tidak berkembang) (Meilani, 2009).

Dalam usaha meningkatkan pelayanan kebidanan dan kesehatan anak maka tenaga kesehatan seperti bidan mengajak dukun untuk melakukan pelatihan dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan dalam menolong persalinan, selain itu dapat juga mengenal tanda-tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan, selain itu dapat juga mengenal tanda-tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan segera minta pertolongan pada bidan. Dukun yang ada harus ditingkatkan kemampuannya, tetapi kita tidak dapat bekerjasama dengan dukun dalam mengurangi angka kematian dan angka kesakitan (Wiknjosastro, 2005).

2. Bidan

Definisi bidan menurut Keputusan Menteri Kesehatan 2007 adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus

dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.

Bidan adalah seorang tenaga kesehatan yang mempunyai tugas penting dalam bimbingan dan penyuluhan kepada ibu hamil, persalinan nifas dan menolong persalinan dengan tanggung jawabnya sendiri, serta memberikan asuhan kepada bayi baru lahir (prenatal care) (Wiknjastro, 2005). Asuhan ini termasuk tindakan pencegahan deteksi kondisi abnormal ibu dan anak, usaha mendapatkan bantuan medic dan melaksanakan tindakan kedaruratan dimana tidak ada tenaga bantuan medic. Dia mempunyai tugas penting dalam pendidikan dan konseling, tidak hanya untuk klien tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Pada saat ini, ada dua jenis bidan, yaitu mereka yang mendapat pendidikan khusus selama tiga tahun dan perawat yang kemudian dididik selama satu tahun mengenai kebidanan dan disebut sebagai perawat bidan (Syafudin, 2009). Salah satu tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah BPS (Bidan Praktek Swasta). Menurut Meilani (2009) BPS adalah satu wahana pelaksanaan praktik seorang bidan di masyarakat. Praktik pelayanan bidan perorangan (swasta), merupakan penyediaan pelayanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Setelah bidan melaksanakan pelayanan di lapangan, untuk menjaga kualitas dan keamanan dari layanan bidan, dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan kewenangannya.

Penyebaran dan pendistribusian bidan yang melaksanakan praktik perlu pengaturan agar dapat pemerataan akses pelayanan yang sedekat mungkin dengan masyarakat yang membutuhkannya. Tarif dari pelayanan bidan praktik akan lebih baik apabila ada pengaturan yang jelas dan transparans, sehingga masyarakat tidak ragu untuk datang ke pelayanan Bidan Praktik Perorangan (swasta).

Layanan kebidanan dimaksudkan untuk sebisa mungkin mengurangi intervensi medis. Bidan memberikan pelayanan yang dibutuhkan wanita hamil yang sehat sebelum melahirkan. Cara kerja mereka yang ideal adalah bekerjasama dengan setiap wanita dan keluarganya untuk mengidentifikasi kebutuhan fisik, social dan emosional yang unik dari wanita yang melahirkan. Layanan kebidanan terkait dengan usaha untuk meminimalisir episiotomy, penggunaan forcep, epidural dan operasi sesar (Gaskin, 2003)

3. Dokter Spesialis Kandungan

Dokter spesialis kandungan adalah dokter yang mengambil spesialis kandungan. Pendidikan yang mereka jalani difokuskan untuk mendeteksi dan menangani penyakit yang terkait dengan kehamilan, terkadang yang terkait dengan proses melahirkan. Seperti halnya dokter ahli bedah (Gaskin, 2003)

Dokter spesialis kandungan dilatih untuk mendeteksi patologi. Ketika mereka mendeteksinya, seperti mereka yang sudah pelajari, mereka akan memfokuskan tugasnya untuk melakukan intervensi medis. Dokter spesialis kandungan menangani wanita hamil yang sehat, demikian juga wanita hamil yang sakit dan beresiko tinggi. Ketika mereka menangani wanita hamil yang sehat, mereka sering

melakukan intervensi medis yang seharusnya hanya dilakukan pada wanita hamil yang sakit atau dalam keadaan kritis. Disebagian besar negara dunia, tugas dokter kandungan adalah untuk menangani wanita hamil yang sakit atau dalam keadaan kritis (Gaskin, 2003).

Baik dokter spesialis kandungan maupun bidan bekerja lebih higienis dengan ruang lingkup hampir mencakup seluruh golongan masyarakat. Umumnya, mereka hanya dapat mengulangi kasus-kasus fisiologis saja, walaupun dokter spesialis secara teoritis telah dipersiapkan untuk menghadapi kasus patologis. Jika mereka sanggup, harus segera merujuk selama pasien masih dalam keadaan cukup baik (Syufrudin,2009).

Walaupun mereka dapat menanggulangi semua kasus, tetapi hanya sebagian kecil saja masyarakat yang dapat menikmatinya. Hal ini disebabkan karena biaya yang terlalu mahal, jumlah yang terlalu sedikit dan penyebaran yang tidak merata. Dilihat dari segi pelayanan, tenaga ahli ini sangat terbatas kegunaannya. Namun, sebetulnya mereka dapat memperluas fungsinya dengan bertindak sebagai konseptor program obstetri yang pelaksanaannya dapat dilakukan oleh dokter spesialis atau bidan (Syufrudin, 2009).

2.3 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan

rumah oleh petugas atau tenaga kesehatan maupun dalam bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan layanan kesehatan tersebut (Depkes RI, 2006).

Menurut Supriyanto (2008), pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan. Sedangkan pelayanan kesehatan sendiri adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan individu, kelompok, keluarga, dan ataupun masyarakat.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat erat kaitannya dengan waktu, kapan kita memerlukan pelayanan kesehatan dan seberapa jauh efektivitas pelayanan tersebut. Menurut Arrow (1994) yang dikutip Tjiptoherijanto (2000), hubungan antara keinginan sehat dan permintaan akan pelayanan kesehatan hanya kelihatannya saja sederhana, tetapi sebenarnya sangat kompleks. Penyebab utamanya adalah karena persoalan kesenjangan informasi. Adanya keinginan sehat menjadi konsumsi perawatan kesehatan melibatkan berbagai informasi, yaitu aspek yang menyangkut kesehatan saat ini, informasi tentang status kesehatan yang membaik, informasi tentang jenis perawatan yang tersedia, serta tentang efektivitas pelayanan kesehatan tersebut. Dari informasi inilah masyarakat kemudian terpengaruh untuk melakukan permintaan dan penggunaan (*utilisasi*) terhadap suatu pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses pendayafungsian layanan kesehatan oleh masyarakat. Menurut Levey dan Loomba (1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara

sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat (Ilyas, 2003).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara sedang berkembang sangat bervariasi.

2.4. Model Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan (1975)

Andersen (1975) dalam Notoatmodjo (2007) mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behaviour model of health service utilization*).

Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu:

1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok:

- a. Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
 - b. Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
 - c. Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti keyakinan penyembuhan penyakit.
2. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

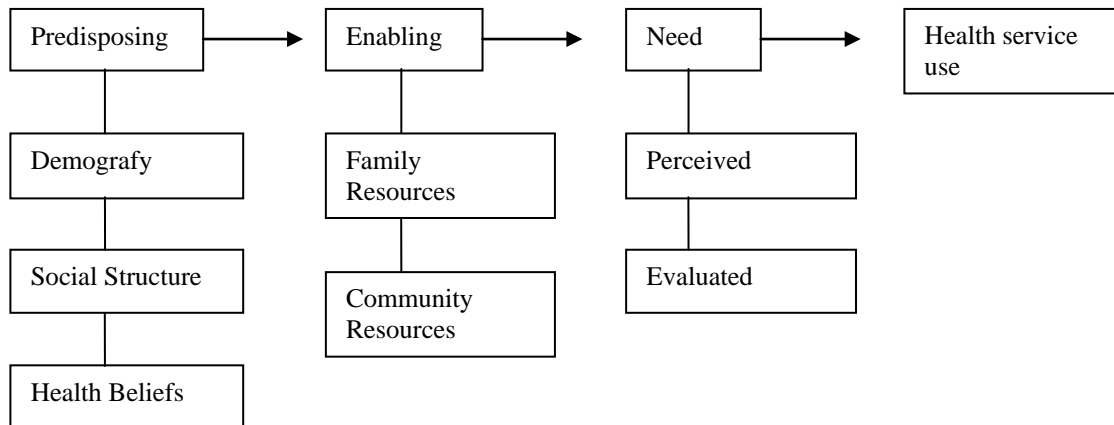
- a. Sumber daya keluarga, seperti : penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
 - b. Sumber daya masyarakat, seperti : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Andersen semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.
3. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975)

menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu:

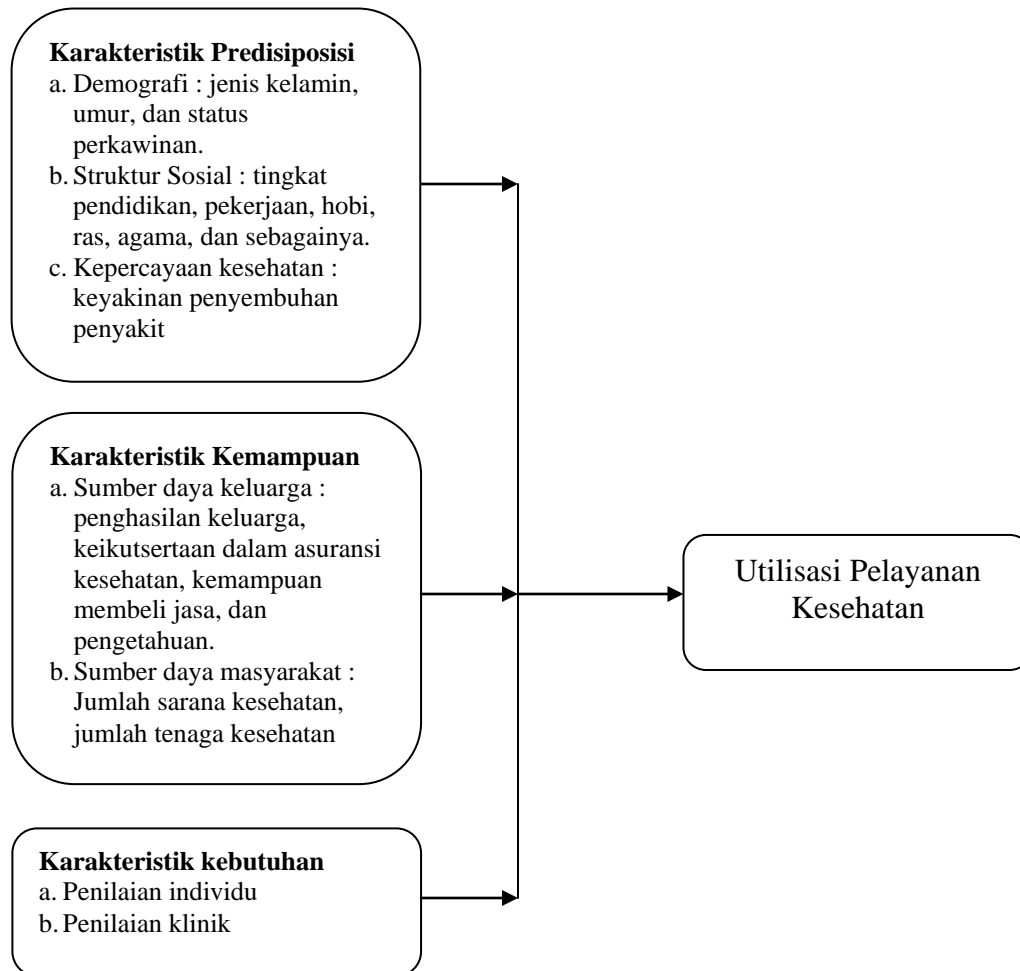
- a. Penilaian individu (perceived need), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b. Penilaian klinik (Evaluated need), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003).

Ilustrasi Model Andersen



(Sumber : Notoatmodjo, 2007)

Model utilisasi pelayanan kesehatan menurut Andersen dapat digambarkan sebagai berikut :



2.4.2 Model Zschock (1979)

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan (Kurniawati, 2008), yaitu :

1. Status kesehatan, Pendapatan dan Pendidikan

Faktor status kesehatan memiliki hubungan erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian. Artinya semakin tinggi status kesehatan seseorang, ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhi dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (demand) terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu tingkat pendidikan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan dan informasi tentang pelayanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

2. Faktor Konsumen dan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien.

Pada beberapa daerah yang sudah maju dan sarana pelayanan kesehatannya banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap provider yang sesuai dengan keinginan konsumen. Tetapi pada masyarakat dengan sarana pelayanan

kesehatan yang terbatas maka tidak pilihan lain kecuali menyerahkan sepenuhnya setiap keputusan kepada provider yang ada.

3. Faktor Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan bertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan.

4. Resiko Sakit dan Lingkungan

Faktor resiko sakit dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak diduga pada setiap individu. Disamping itu faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.

2.4.3. Model Andersen dan Anderson (1979)

Andersen dan Anderson menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan kedalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Model demografi (*demographic model*)

Variabel-variabel yang di pakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indicator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*)

Variabel yang digunakan adalah pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologis ini akan mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4. Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi keluarga. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi yang mereka miliki, makin terjamin pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

5. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*)

Variabel yang dipakai adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya makin banyak penyedia pelayanan kesehatan, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

6. Model Organisasi (*Organization Model*)

Variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. Gaya (style) praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok).
- b. Sifat alamiah (nature) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- c. Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit, atau klinik).
- d. Petugas kesehatan yang pertama sekali dikontak oleh dokter (Dokter, perawat atau yang lain).

7. Model Sistem Kesehatan (*Health System Model*)

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam satu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.

2.5 Faktor-faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Bidan sebagai Penolong Persalinan

Salah satu bentuk pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah pemanfaatan bidan sebagai penolong persalinan oleh ibu bersalin. Dari beberapa model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang telah dijelaskan, beberapa faktor yang diduga berhubungan pemanfaatan bidan sebagai penolong persalinan antara lain faktor predisposisi (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan sikap), faktor kemampuan (pendapatan, dukungan keluarga, jaminan persalinan, informasi, jarak fasilitas) dan faktor kebutuhan (kondisi kesehatan, riwayat penyakit dan beratnya sakit menurut diagnosis dokter).

2.5.1 Umur

Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa Madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut >60 tahun, umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan (Harlock, 2004).

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Jika dilihat dari sisi biologis, usia 20-35 tahun merupakan saat terbaik untuk hamil dan bersalin. Karena pada usia ini biasanya organ-organ tubuh berfungsi dengan baik dan belum ada penyakit-penyakit degeneratif seperti darah tinggi, diabetes, dan lainnya serta daya tahan tubuh masih kuat.

Umur sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi, khususnya usia 20-35 tahun merupakan usia yang paling baik untuk hamil dan bersalin. Kehamilan dan

persalinan membawa risiko kesakitan dan kematian lebih besar pada remaja dibandingkan pada perempuan yang telah berusia 20 tahunan, terutama di wilayah yang pelayanan medisnya langka atau tidak tersedia (Widyastuti, 2009).

2.5.2 Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan (Notoatmojo, 2003).

Menurut Sedarmayanti (2001) yang dikutip oleh Hardywinoto (2007), pekerjaan yang disertai dengan pendidikan dan keterampilan akan mendorong kemajuan setiap usaha sehingga dapat meningkatkan pendapatan baik pendapatan individu, kelompok maupun pendapatan nasional. Lebih lanjut dijelaskan bahwa sumber utama kinerja yang efektif yang memengaruhi individu adalah kelemahan intelektual, kelemahan psikologis dan kelemahan fisik.

Pendidikan merupakan salah satu unsur penting yang dapat memengaruhi keadaan keluarga karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan akan lebih baik. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku seseorang sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan yang diperoleh. Perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai hasil dari pendidikan kesehatan.

Faktor pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama terhadap perilaku. Faktor lingkungan non fisik, akibat masalah-masalah sosial penanganannya diperlukan pendidikan kesehatan. Dalam rangka membina meningkatkan kesehatan masyarakat ditunjukkan pada upaya melalui tekanan, paksaan kepada masyarakat dan edukasi atau upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut efektif, faktor predisposisi ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, sistem yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi. Ketidaktahuan ibu dan keluarga terhadap pentingnya melakukan persalinan pada petugas kesehatan berdampak pada kesehatan ibu dan bayinya saat bersalin dan nifas (Depkes RI, 2008).

2.5.3 Pekerjaan

Menurut *Labor Force Concept*, yang digolongkan bekerja adalah mereka yang melakukan pekerjaan untuk menghasilkan barang atau jasa dengan tujuan untuk memperoleh penghasilan atau keuntungan, baik mereka bekerja penuh maupun tidak. Pekerjaan adalah suatu yang dilakukan untuk mencari atau mendapatkan nafkah (Hardywinoto, 2007).

Pekerjaan ibu adalah kegiatan rutin sehari-hari yang dilakukan oleh seorang ibu dengan maksud untuk memperoleh penghasilan. Setiap pekerjaan apapun jenisnya, apakah pekerjaan tersebut memerlukan kekuatan otot atau pemikiran, adalah beban bagi yang melakukan. Beban ini dapat berupa beban fisik, beban mental, ataupun beban social sesuai dengan jenis pekerjaan si pelaku. Kemampuan kerja pada umumnya diukur dari ketrampilan dalam melaksanakan pekerjaan. Semakin tinggi

kecakapan yang dimiliki oleh tenaga kerja, semakin efisien badan (anggota badan), tenaga dan pemikiran (mentalnya) dalam melaksanakan pekerjaan. Penggunaan tenaga dan mental atau jiwa yang efisien, berarti beban kerjanya relative mudah (Notoatmodjo, 2007).

Suatu pekerjaan merupakan hal yang kuat dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan modern. Perempuan yang menjadi ibu rumah tangga tanpa bekerja di luar rumah, secara finansial mereka tergantung pada suaminya. Sehingga, ketika suaminya berpenghasilan sedikit, juga akan berdampak terhadap tabungan mereka untuk melahirkan. Selain itu, ketidaksiapan secara finansial, selain berkaitan dengan jumlah penghasilan, juga dengan kemauan untuk menabung untuk persiapan persalinan. Hal ini menjadi alasan perempuan untuk lebih memilih dukun sebagai penolong. Sebaliknya, perempuan yang secara finansial lebih baik, apakah karena penghasilan suaminya lebih memadai, atau karena mereka juga berpenghasilan, lebih memiliki kesiapan secara finansial.

2.5.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pentingnya aspek pengetahuan dalam pemanfaatan bidan sebagai penolong persalinan dapat dilihat dari pendapat Cholil (2004) yang menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan perlu dilakukan upaya

peningkatan kesehatan ibu saat kehamilan dan melahirkan. Ketidaktahuan ibu dan keluarga terhadap pentingnya pemeriksaan kehamilan dan menyiapkan persalinan berdampak pada kesehatan ibu.

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2005). Pengetahuan yang dimiliki ibu tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan berdampak positif pada ibu hamil akan memeriksakan kehamilannya dan melakukan persalinan pada petugas kesehatan (Depkes RI, 2008).

2.5.5 Sikap

Campbell (1950, dalam Wawan, 2010) mengemukakan bahwa sikap adalah sekumpulan respon yang konsisten terhadap objek sosial. Penekanan konsistensi respon ini memberikan muatan emosional pada definisi yang dikemukakan. Sikap tidak hanya kecenderungan merespon yang diperoleh dari pengalaman tetapi sikap respon tersebut harus konsisten. Pengalaman memberikan kesempatan bagi individu untuk belajar.

Sikap adalah cara menempatkan atau membawa diri, atau cara merasakan, jalan pikiran dan perilaku. Sikap adalah kondisi mental yang kompleks yang melibatkan keyakinan dan perasaan, serta disposisi untuk bertindak dengan cara tertentu (Wawan, 2010).

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang : Komponen kognitif, merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan yang dimiliki individu mengenai sesuatu.

Komponen afektif, merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin mengubah sikap seseorang.

Komponen konatif, merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak terhadap sesuatu dengan cara tertentu (Wawan, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2007), seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan :

1. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang yang diberikan (objek).
2. Merespon (*responding*) memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (*valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi dari sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*) atas segala sesuatu dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat/ Pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo, 2007).

2.5.6 Dukungan Suami

Menurut Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) dukungan keluarga adalah sikap tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan.

Kane (2002) yang dikutip oleh Setiadi (2008) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Ketiga dimensi interaksi dukungan sosial keluarga tersebut bersifat reprobabilitas (sifat dan hubungan timbal balik), advis atau umpan balik (kuantitas dan kualitas komunikasi) dan keterlibatan emosional (kedalaman intimasi dan kepercayaan) dalam hubungan sosial.

Menurut Gottlieb (1986) dalam Kuncoro (2002) dukungan keluarga adalah komunikasi verbal dan non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya

atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Di dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan dan mendapatkan saran atau kesan menyenangkan pada dirinya.

Serason (1983) dalam Kuncoro (2002) mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah keberadaan, ketersediaan, kepedulian, dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Pandangan yang sama dikemukakan oleh Cobb (2002) yang mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian dan penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu atau kelompok.

Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) menjelaskan bahwa keluarga memiliki 4 jenis dukungan keluarga:

1. Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator informasi tentang dunia yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu, aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

2. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi masalah serta sebagai sumber validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, pengakuan, penghargaan, dan perhatian.

3. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga dan sarana. Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi atau stamina dan semangat yang menurun selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang sedang mengalami kesusahaan atau penderitaan.

4. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Manfaat dari dukungan ini adalah secara emosional menjamin nilai-nilai individu (baik pria maupun wanita) akan selalu terjaga kerahasiaannya dari keingintahuan orang lain. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian dan mendengarkan serta di dengarkan.

Friedman (2008) menyimpulkan bahwa efek-efek (dukungan sosial melindungi individu terhadap efek negatif dari stres) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung memengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) juga ditemukan.

Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utamanya dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi.

Menurut Friedman (2008) dukungan keluarga merupakan bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan.

Menurut Suhita (2005), sumber-sumber dukungan sosial yaitu:

1. Suami

Hubungan perkawinan merupakan hubungan akrab yang diikuti oleh minat yang sama, kepentingan yang sama, saling membagi perasaan, saling mendukung, dan menyelesaikan permasalahan bersama. Dukungan sosial suami yang sangat diharapkan oleh sang istri antara lain suami mendambakan bayi dalam kandungan istri, suami menunjukkan kebahagiaan pada kelahiran bayi, memperhatikan kesehatan istri, mengantar dan memahami istrinya, tidak menyakiti istri, berdoa untuk keselamatan istri dan suami menunggu ketika istri dalam proses persalinan (Harymawan, 2007). Dalam hal ini untuk kesehatan kehamilan istri dibutuhkan dukungan suami, apabila ada dukungan suami untuk melakukan pemeriksaan *antenatal care*, maka ibu hamil akan lebih sering untuk memanfaatkan kunjungan *Antenatal Care (ANC)*.

2. Keluarga

Menurut Friedman (2008) keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan.

3. Teman/sahabat

Menurut Kail dan Neilsen (2002) dalam Suhita (2005) teman dekat merupakan sumber dukungan sosial karena dapat memberikan rasa senang dan dukungan selama mengalami suatu permasalahan. Sedangkan menurut Ahmadi (2001) bahwa persahabatan adalah hubungan yang saling mendukung, saling memelihara, pemberian dalam persahabatan dapat terwujud barang atau perhatian tanpa unsur eksploitasi.

2.5.7 Jaminan Persalinan

1. Pengertian

Jaminan Persalinan (Jampersal) adalah jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB paska persalinan dan pelayanan bayi baru lahir. Pengelolaan Jaminan Persalinan dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan (pusat, provinsi, dan kabupaten/kota) menjadi satu kesatuan dengan pengelolaan Jamkesmas. Pelayanan persalinan dilakukan secara terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan (Kemenkes RI, 2011).

2. Sasaran Jampersal

Sasaran yang dijamin oleh Jaminan Persalinan adalah :

- a. Ibu hamil
- b. Ibu bersalin
- c. Ibu nifas (sampai 42 hari pasca melahirkan)
- d. Bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari)

3. Ruang Lingkup Jaminan Persalinan

Pelayanan persalinan dilakukan secara terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan. Ruang lingkup pelayanan jaminan persalinan terdiri dari (Kemenkes RI, 2011):

a. Pelayanan Persalinan Tingkat Pertama

Pelayanan persalinan tingkat pertama adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten dan berwenang memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk KB pasca persalinan, pelayanan bayi baru lahir, termasuk pelayanan persiapan rujukan pada saat terjadinya komplikasi (kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir) tingkat pertama.

Pelayanan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan Puskesmas PONED serta jaringannya termasuk Polindes dan Poskesdes, fasilitas kesehatan swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota.

Jenis pelayanan Jaminan persalinan di tingkat pertama meliputi:

- 1) Pemeriksaan kehamilan
- 2) Pertolongan persalinan normal
- 3) Pelayanan nifas, termasuk KB pasca persalinan
- 4) Pelayanan bayi baru lahir
- 5) Penanganan komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir

b. Pelayanan Persalinan Tingkat Lanjutan

Pelayanan persalinan tingkat lanjutan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan spesialis, terdiri dari pelayanan kebidanan dan neonatus kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi dengan risiko tinggi dan komplikasi, di rumah sakit pemerintah dan swasta yang tidak dapat ditangani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan dilaksanakan berdasarkan rujukan, kecuali pada kondisi kedaruratan.

Pelayanan tingkat lanjutan diberikan di fasilitas perawatan kelas III di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota. Jenis pelayanan Persalinan di tingkat lanjutan meliputi:

- 1) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi (RISTI) dan penyulit
- 2) Pertolongan persalinan dengan RISTI dan penyulit yang tidak mampu dilakukan di pelayanan tingkat pertama.
- 3) Penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir di Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang setara.

4. Indikator Keberhasilan, Pemantauan dan Evaluasi Jampersal

a. Indikator Keberhasilan

Untuk menilai keberhasilan pencapaian pelaksanaan jaminan persalinan digunakan beberapa indikator yang spesifik yang terdiri dari (Kemenkes RI, 2011):

1) Indikator Kinerja Program

- a) Cakupan K1
- b) Cakupan K4
- c) Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
- d) Cakupan penanganan komplikasi kebidanan
- e) Cakupan pelayanan nifas
- f) Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
- g) Cakupan peserta KB pasca persalinan
- h) Cakupan kunjungan neonatal 1 (KN 1)
- i) Cakupan kunjungan neonatal lengkap (KN Lengkap)
- j) Cakupan penanganan komplikasi neonatal

2) Indikator Kinerja Pendanaan dan Tata Kelola Keuangan

- a) Tersedianya dana jaminan persalinan pada seluruh daerah sesuai kebutuhan.
- b) Termanfaatkannya dana bagi seluruh ibu hamil/bersalin yang membutuhkan

c) Terselenggaranya proses klaim dan pertanggungjawaban dana jaminan persalinan untuk pelayanan dasar dan pelayanan rujukan persalinan secara akuntabel.

b. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program jaminan persalinan dilaksanakan terintegrasi dengan program Jamkesmas (Kemenkes RI, 2011).

1) Tujuan

Pemantauan perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai kesesuaian antara rencana program dan pelaksanaan di lapangan, sedangkan evaluasi bertujuan melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2) Ruang Lingkup

- a) Data sasaran, pencatatan, dan penanganan keluhan.
- b) Pelaksanaan pelayanan ibu hamil yang meliputi jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan.
- c) Kualitas pelaksanaan pelayanan kepada ibu hamil.
- d) Pelaksanaan penyaluran dana dan verifikasi pertanggungjawaban dana.
- e) Pelaksanaan verifikasi penggunaan dana program.
- f) Pengelolaan program di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota.

3) Mekanisme

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala baik bulanan, triwulan, semester maupun tahunan oleh Pusat dan Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- a) Pertemuan koordinasi (tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota)
- b) Pengolahan dan analisis data
- c) Supervisi

2.5.8 Informasi

Menurut Liliweri (2007) fungsi utama dan pertama dari informasi adalah menyampaikan pesan (informasi) atau menyebarkan luaskan informasi kepada orang lain. Informasi adalah pesan yang disampaikan melalui suatu proses komunikasi dari penyampai pesan (komunikator) kepada penerima pesan (komunikan).

Menurut Notoatmodjo (2011) Informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas seseorang. Semakin banyak informasi dapat memengaruhi atau menambah pengetahuan seseorang dan dengan pengetahuan menimbulkan kesadaran yang akhirnya seseorang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Jadi berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keputusan yang diambil ibu yang akan bersalin dalam memanfaatkan bidan sebagai penolong persalinan sangat tergantung dari informasi yang diterima.

2.5.9 Kondisi Kesehatan Ibu

Kondisi kesehatan ibu seperti kehamilan risiko tinggi sangat menentukan bagi ibu untuk memilih siapa penolong persalinan. Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal. Penyakit yang diderita ibu baik sejak sebelum hamil ataupun

sesudah kehamilan, seperti : penyakit paru, penyakit jantung sianotik, penyakit ginjal dan hipertensi, penyakit kelenjar endokrin (gondok, diabetes mellitus dan penyakit hati), penyakit infeksi (virus dan bakteri parasit), kelainan darah ibu-janin ataupun keracunan obat dan bahan-bahan toksis, juga merupakan penyebab yang mengakibatkan terjadinya gangguan dan penyulit pada kehamilan dan persalinan.

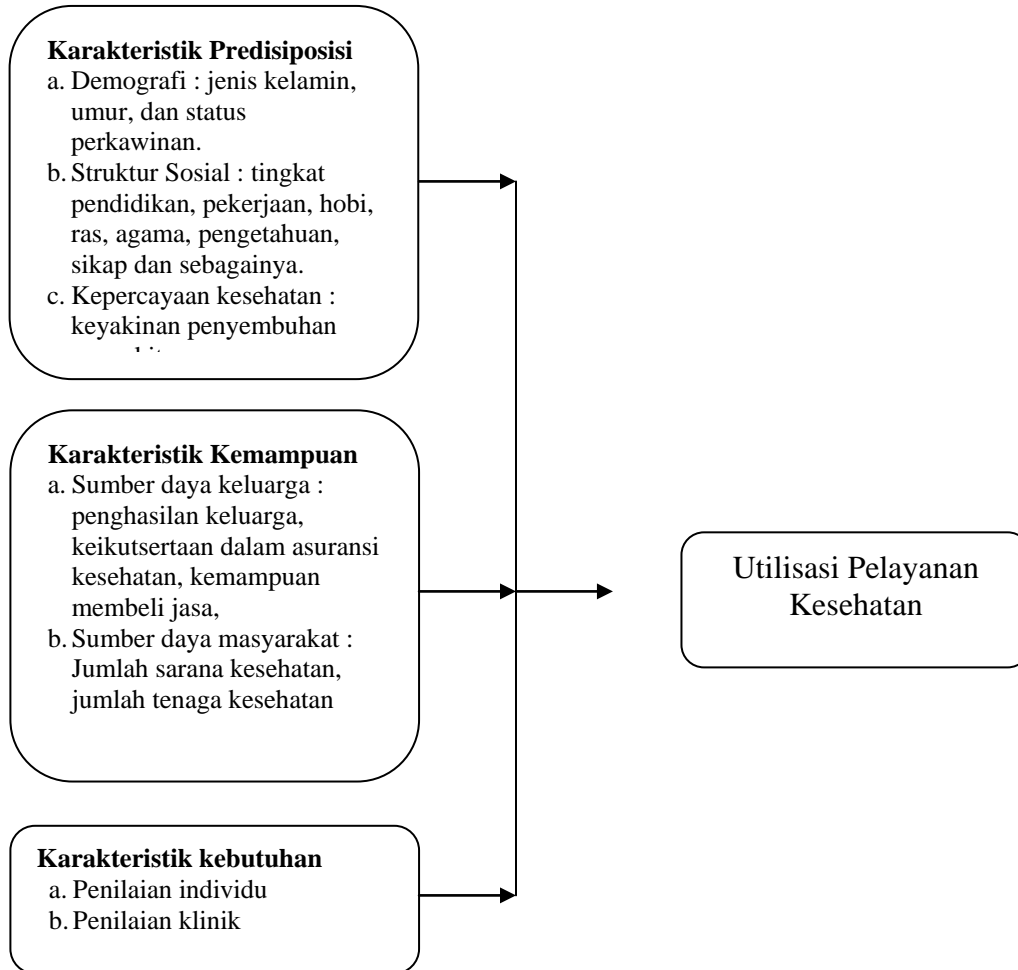
Penyakit yang tergolong dalam kelompok ini antara lain : *toksemia gravidarum* (keracunan hamil), perdarahan hamil tua yang disebabkan karena *plasenta previa* (plasenta menutupi jalan lahir) dan *solusio plasenta* (plasenta terlepas sebelum anak lahir).

2.6 Landasan Teori

Menurut Andersen (1975) dalam Notoatmodjo (2010), faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah komponen predisposisi, komponen kemampuan dan komponen kebutuhan.

Model pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Andersen (1975), dihubungkan oleh faktor *predisposing* yaitu susunan keluarga, struktur sosial dan kepercayaan kesehatan, seperti: umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dan faktor *enabling* adalah sumber keluarga dan sumber masyarakat, seperti: pendapatan, dukungan keluarga, jaminan persalinan, informasi, fasilitas dan tenaga kesehatan, sedangkan faktor *need* adalah kondisi kesehatan ibu.

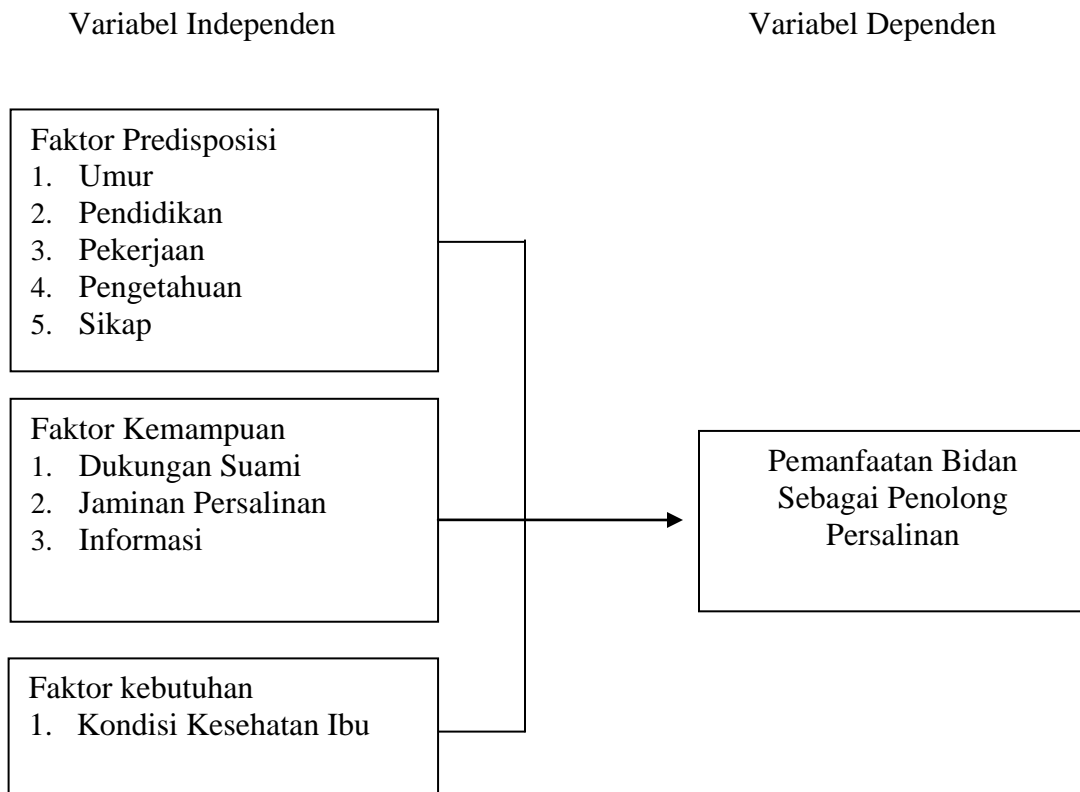
Secara skematis konsep Andersen (1975) digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Skema Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.7 Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep skematis yang dikemukakan oleh Andersen (1975) yang telah dijelaskan di atas, maka kerangka konseptual penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian