

# Faktor Kontekstual Pemanfaatan Pelayanan *Antenatal Care* di Indonesia

Dian Ayu Puspitasari<sup>\*)</sup>, Omas Bulan Samosir

Program Studi Magister Ekonomi Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis,  
Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia  
Email Korespondensi: dianayupuspitasari2004@gmail.com

## ABSTRACT

*High maternal mortality rates are often associated with inadequate antenatal care utilization. Utilization of antenatal care services in Indonesia shows variations between provinces which is allegedly influenced by contextual factors inherent in each province. This study aims to investigate contextual factors at provincial level which are associated with utilization of antenatal care services at individual level. 2017 IDHS data is used as data at individual level, while at contextual level uses data from various publications. The multilevel logistic regression method is used to test the hypothesis that contextual factors at provincial level are associated with utilization of antenatal care services at individual. The results of this study indicate that in addition to individual factors, community factors where woman lives are also associated with utilization of antenatal care services. Regional context which strongly associated with utilization of antenatal care services is percentage of poor people in the area. Living in communities with high level poverty will reduce the likely of women to have antenatal care. Therefore, to increase the utilization of antenatal care services and reduce disparities between regions, interventions that can be carried out are through poverty reduction programs that should be more focused on communities with high poverty rates.*

**Keywords :** *Antenatal care, regional contextual, multilevel model*

## ABSTRAK

Tingkat kematian ibu yang tinggi seringkali dikaitkan dengan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) yang tidak memadai. Pemanfaatan layanan ANC oleh wanita hamil di Indonesia menunjukkan variasi antar provinsi yang diduga dipengaruhi oleh faktor kontekstual yang melekat pada tiap-tiap provinsi. Penelitian ini bertujuan mempelajari faktor kontekstual pada level provinsi yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* pada level individu. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017 digunakan sebagai data pada level individu, sedangkan pada level kontekstual menggunakan data sekunder dari berbagai publikasi. Metode regresi logistik multilevel digunakan untuk menguji hipotesis bahwa faktor kontekstual pada level provinsi berhubungan dengan pemanfaatan layanan *antenatal care* pada level individu. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa selain faktor individu, faktor komunitas dimana individu tersebut tinggal juga berhubungan dengan perilaku ibu dalam memanfaatkan pelayanan *antenatal care* selama kehamilan. Konteks regional yang berhubungan kuat dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* adalah persentase penduduk miskin di daerah tersebut. Tinggal di daerah yang tingkat kemiskinannya tinggi akan mengurangi kecenderungan wanita untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Oleh karena itu, untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* serta mengurangi kesenjangan antardaerah, intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan program pengurangan kemiskinan yang lebih difokuskan pada daerah dengan tingkat kemiskinan yang masih cukup tinggi.

**Kata Kunci:** *Antenatal care, kontekstual regional, model multilevel*

## PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan maternal merupakan prioritas utama pembangunan kesehatan global, demikian juga di Indonesia.<sup>1</sup> Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal dapat menyelamatkan wanita dari komplikasi berat yang dapat menyebabkan kematian baik selama kehamilan, persalinan, maupun pascapersalinan.<sup>2</sup> Setiap hari, sekitar 810 wanita meninggal dikarenakan komplikasi atau penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan, yang disebut dengan kematian maternal.<sup>3</sup> Berdasarkan estimasi dari *United Nations (UN) inter-agency*, rasio kematian maternal secara global turun sebesar 38%, yaitu dari 342 menjadi 211 kematian per 100.000 kelahiran hidup dari tahun 2000 hingga 2017. Namun demikian, penurunan kematian maternal di Indonesia tidak secepat penurunan global. Dari tahun 1990 hingga 2015, rasio kematian maternal di Indonesia hanya mengalami penurunan sekitar 22%, yaitu dari 390 menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup.<sup>4</sup> Jika dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara, rasio kematian maternal Indonesia tahun 2015 menempati peringkat kedua tertinggi setelah Laos.<sup>4</sup> Pencapaian penurunan rasio kematian maternal tersebut juga masih jauh dari target dalam tujuan ketiga *Sustainable Development Goals (SDGs)*, yaitu 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2030.

Tingkat kematian ibu dan bayi yang tinggi seringkali dikaitkan dengan perawatan kesehatan maternal, termasuk pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) yang tidak memadai.<sup>5</sup> *Antenatal care (ANC)* penting dilakukan bagi wanita hamil karena kemungkinan adanya masalah/penyakit yang dapat memengaruhi kehamilan dan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya dapat dideteksi dan ditangani lebih dini lewat pemeriksaan ini.<sup>6</sup> Deteksi dini terhadap kasus hipertensi pada ibu hamil, misalnya, dapat membantu deteksi awal terjadinya preeklampsia sehingga kematian ibu maupun janin dapat dicegah.<sup>7</sup>

ANC juga membantu meningkatkan *outcomes* kesehatan ibu maupun bayi melalui penyediaan pelayanan kesehatan yang bersifat preventif sekaligus kuratif dan rehabilitatif, misalnya skrining penyakit menular seksual seperti infeksi HIV yang selain mengancam keselamatan ibu juga dapat menular ke bayi.<sup>8</sup> Sesuai dengan rekomendasi Kementerian Kesehatan, ANC sebaiknya dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan yang dilakukan: 1 kali pada trimester I; 1 kali pada trimester II; dan 2 kali pada trimester III.<sup>9</sup>

Hasil dari Survei Demografi dan

Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa cakupan wanita yang memperoleh ANC dari tenaga kesehatan yang kompeten (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali selama kehamilan (ANC K4) meningkat dari 74% pada SDKI 2012 menjadi 77,4% pada SDKI 2017 dan telah mencapai target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2017 yang sebesar 76%. Namun demikian, masih terdapat disparitas cakupan antar provinsi yang variasinya cukup besar.<sup>9</sup> D.I. Yogyakarta merupakan provinsi dengan cakupan ANC K4 tertinggi, yaitu sebesar 90,2%. Sedangkan cakupan ANC K4 di Papua hanya setengah (42,9%) dari cakupan di D.I. Yogyakarta. Jika dibandingkan dengan target Renstra Kemenkes tahun 2017, masih terdapat 23 provinsi yang belum mencapai target. Adanya perbedaan antar provinsi tersebut perlu dikaitkan dengan faktor kontekstual tiap-tiap provinsi karena tiap provinsi memiliki keragaman karakteristik yang diduga memengaruhi wanita dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal.<sup>10</sup>

Beberapa studi sebelumnya menemukan bahwa faktor demografi dan sosial-ekonomi individu berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita hamil. Studi yang dilakukan di Filipina, Afganistan, dan Bangladesh menunjukkan bahwa faktor demografi individu, seperti: umur ibu dan urutan kelahiran anak berhubungan secara signifikan dengan pemanfaatan pelayanan ANC.<sup>11,12,13,14</sup>

Banyak penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara sebelumnya juga menunjukkan bahwa faktor sosial-ekonomi, seperti: tingkat pendidikan ibu, status perkawinan, kepemilikan asuransi kesehatan, dan status ekonomi rumah tangga secara signifikan memengaruhi pemanfaatan pelayanan ANC.<sup>11,15,16,17,18</sup> Namun demikian, penelitian mengenai determinan pemanfaatan pelayanan ANC di Indonesia masih sedikit yang memasukkan faktor kontekstual regional yang berhubungan dengan perilaku wanita dalam memanfaatkan pelayanan ANC selama kehamilan. Faktor kontekstual penting diteliti karena selain faktor individual, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh wanita juga dapat dipengaruhi oleh konteks regional dimana individu tersebut menetap.<sup>19</sup>

Maka dari itu, penelitian ini bertujuan untuk mempelajari faktor-faktor kontekstual regional yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita hamil di Indonesia.

## METODE

Penelitian ini menggunakan dua level data, yaitu level individu dan level kontekstual (provinsi). Pada level individu, data yang

digunakan adalah data yang bersumber dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Pada level kontekstual, data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari berbagai publikasi hasil sensus/survey. Unit analisis dalam penelitian ini terdiri dari dua level unit analisis. Unit analisis pada level makro adalah 34 provinsi di Indonesia, sedangkan pada level mikro adalah wanita berumur 15-49 tahun yang merupakan responden SDKI 2017 yang pernah hamil dan melahirkan setidaknya satu anak dalam periode tahun 2012-2017, yaitu sebanyak 15.357 wanita.

Variabel terikat pada penelitian ini adalah pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita hamil sesuai standar, yang diukur dengan jumlah kunjungan yang dilakukan  $\geq 4$  kali selama kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III yang pemeriksaannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter, bidan, atau perawat). Variabel bebas level individu mencakup umur ibu saat melahirkan, urutan kelahiran anak, tingkat pendidikan ibu, kepemilikan asuransi kesehatan, dan status kekayaan rumah tangga.

Sementara variabel bebas level kontekstual adalah persentase penduduk miskin, rasio dokter per 100.000 penduduk, dan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) perkapita. Variabel persentase penduduk miskin dan PDRB perkapita dipilih karena variabel ini dapat menggambarkan kondisi perekonomian masyarakat di suatu daerah. PDRB perkapita mengindikasikan rata-rata nilai tambah ekonomi suatu daerah yang diterima

oleh setiap penduduknya dan sering digunakan sebagai pendekatan pendapatan perkapita penduduk karena ukuran pendapatan perkapita sulit diperoleh.<sup>20</sup>

Sementara variabel rasio dokter dianggap dapat merepresentasikan kecukupan tenaga kesehatan di suatu wilayah. Analisis dalam penelitian ini menggunakan metode regresi logistik biner multilevel untuk menguji hipotesis bahwa faktor kontekstual pada level provinsi berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC pada level individu dan untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara keduanya. Pengolahan data menggunakan bantuan program STATA 14.0 dan Microsoft Excel.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini melibatkan 15.357 wanita yang pernah hamil dan melahirkan setidaknya satu kelahiran hidup pada periode tahun 2012-2017.

Tabel 1 menunjukkan distribusi frekuensi unit analisis menurut tingkat observasi. Di antara keseluruhan sampel wanita, 74,66% melakukan kunjungan pemeriksaan *antenatal* sebanyak  $\geq 4$  kali selama kehamilan sesuai standar. Sekitar dua pertiga (76,49%) dari total sampel wanita berusia antara 20-35 tahun. Lebih dari setengah dari total responden berpendidikan sekunder, yaitu SMP atau SMA atau sederajat. Dari keseluruhan sampel, sebanyak 61,96% memiliki asuransi kesehatan, seperti: JAMKESDA, JKN/BPJS, asuransi kesehatan swasta, atau jenis asuransi kesehatan lainnya.

Tabel 1. Distribusi frekuensi unit analisis menurut tingkat observasi

Variabel	Individu		Provinsi (n=34)	
	N	%	Rata-rata (Std,Dev)	Min-Max
<b>Variabel Terikat</b>				
<b>Pemanfaatan Pelayanan <i>Antenatal Care</i></b>				
Melakukan kunjungan $\geq 4$ kali sesuai standar	11.465	74,66		
Melakukan kunjungan $\leq 3$ kali	3.892	25,34		
<b>Variabel Bebas Individu</b>				
<b>Umur Ibu Saat Melahirkan</b>				
<20 tahun	1.187	7,73		
20-35 tahun	11.747	76,49		
>35 tahun	2.423	15,78		
<b>Urutan Kelahiran Anak</b>				
1	4.756	30,97		
2-4	9.412	61,29		
4+	1.189	7,74		

Variabel	Individu		Provinsi (n=34)	
	N	%	Rata-rata (Std,Dev)	Min-Max
<b>Tingkat Pendidikan Ibu</b>				
≤ Primer	4.064	26,46		
Sekunder	8.633	56,22		
Tinggi	2.660	17,32		
<b>Kepemilikan Asuransi Kesehatan</b>				
Memiliki	9.515	61,96		
Tidak memiliki	5.842	38,04		
<b>Status Kekayaan Rumah Tangga</b>				
Miskin	7.106	46,27		
Menengah	2.891	18,83		
Kaya	5.360	34,90		
<b>Variabel Kontekstual</b>				
Persentase penduduk miskin			10,96 (4,97)	3,78-27,76
PDRB per kapita (ribu rupiah)			38.393,86 (30.657,56)	11.863,28- 157.637,30
Rasio dokter per 100,000 penduduk			21,92 (9,33)	13,75-50,50
<b>Total</b>	<b>15.357</b>			

Berdasarkan status ekonomi rumah tangga, sebanyak 46,27% wanita yang menjadi sampel berasal dari golongan rumah tangga miskin, yaitu berada pada 40% kuintil kekayaan terendah di Indonesia. Sementara itu, pada level provinsi, rata-rata penduduk miskin dari 34 provinsi yang ada di Indonesia adalah sebesar 11,41%.

Rata-rata PDRB perkapita adalah 38,39 juta per tahun. Selisih antara nilai minimum dengan nilai rata-rata yang lebih kecil daripada selisih antara nilai rata-rata ke nilai maksimum pada variabel PDRB perkapita mengindikasikan adanya sebagian kecil provinsi yang nilai pendapatan perkapita tahunannya relatif jauh lebih tinggi daripada provinsi-provinsi lain. Terjadinya konsentrasi kegiatan ekonomi hanya di beberapa provinsi menimbulkan adanya disparitas pendapatan masyarakat. Sementara

itu, rata-rata rasio dokter yang terdiri dari dokter umum dan dokter spesialis obstetri dan ginekologi adalah 21,92 dokter per 100.000 penduduk.

Hasil analisis bivariat pada Tabel 2 menunjukkan bahwa umur wanita saat melahirkan, urutan kelahiran anak, tingkat pendidikan ibu, kepemilikan asuransi kesehatan, dan status ekonomi rumah tangga secara signifikan berhubungan dengan jumlah kunjungan ANC. Secara umum, proporsi wanita yang melakukan kunjungan pemeriksaan ANC sebanyak  $\geq 4$  kali selama kehamilan sesuai standar lebih tinggi pada wanita yang berumur 20-35 tahun, kehamilan anak pertama, berpendidikan tinggi, memiliki asuransi kesehatan, dan berasal dari golongan rumah tangga kaya.

Tabel 2. Analisis bivariat pemanfaatan pelayanan ANC berdasarkan karakteristik individual dan kontekstual

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan ANC				Total	p-value
	Melakukan kunjungan $\geq 4$ kali		Melakukan kunjungan $< 4$ kali			
	n	%	n	%	n	%
<b>Variabel Individu</b>						
<b>Umur Ibu Saat Melahirkan</b>						
<20 tahun	718	60,49	469	39,51	1.187	100
20-35 tahun	9.061	77,13	2.686	22,87	11.747	100
>35 tahun	1.686	69,58	737	30,42	2.423	100

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan ANC				Total	<i>p-value</i>	
	Melakukan kunjungan $\geq 4$ kali		Melakukan kunjungan $< 4$ kali				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Urutan Kelahiran Anak</b>							
1	3.674	77,25	1.082	22,75	4.756	100	0,000
2-4	7.163	76,10	2.249	23,90	9.412	100	
4+	628	52,82	561	47,18	1.189	100	
<b>Tingkat Pendidikan Ibu</b>							
$\leq$ Primer	2.662	65,50	1.402	34,50	4.064	100	0,000
Sekunder	6.589	76,32	2.044	23,68	8.633	100	
Tinggi	2.214	83,23	446	16,77	2.660	100	
<b>Kepemilikan Asuransi Kesehatan</b>							
Memiliki	7.261	76,31	2.254	23,69	9.515	100	0,000
Tidak memiliki	4.204	71,96	1.638	28,04	5.842	100	
<b>Status Kekayaan Rumah Tangga</b>							
Miskin	4.649	65,42	2.457	34,58	7.106	100	0,000
Menengah	2.220	76,79	671	23,21	2.891	100	
Kaya	4.596	85,75	764	14,25	5.360	100	
<b>Variabel Kontekstual</b>							
<b>Persentase penduduk miskin</b>							
Dibawah rata-rata ( $<10,96\%$ )	5.720	76,93	1.715	23,07	7.435	100	0,000
Diatas rata-rata ( $>10,96\%$ )	5.745	72,52	2.177	27,48	7.922	100	
<b>PDRB per kapita</b>							
Dibawah rata-rata ( $<38,39$ juta/tahun)	9.701	74,96	3.241	25,04	12.942	100	0,000
Diatas rata-rata ( $>38,39$ juta/tahun)	1.764	73,04	651	26,96	2.415	100	
<b>Rasio dokter per 100.000 penduduk</b>							
Dibawah rata-rata ( $<21,92$ )	7.033	76,35	2.178	23,65	9.211	100	0,000
Diatas rata-rata ( $>21,92$ )	4.432	72,11	1.714	27,89	6.146	100	
<b>Total</b>	<b>11.465</b>		<b>3.892</b>		<b>15.357</b>		

Sumber: SDKI 2017 (data diolah), Publikasi Profil Kesehatan RI 2017, Badan Pusat Statistik

Untuk menentukan apakah model multilevel lebih baik dibandingkan model regresi logistik tradisional (model *single-level*) dalam memodelkan data yang ada, maka digunakan ukuran *Intraclass Correlation* (ICC). Pada model 2 level, model yang digunakan untuk mengestimasi nilai ICC adalah model yang tidak menyertakan variabel bebas, baik di level individu maupun kontekstual, yaitu *null model*. Model regresi multilevel dianggap perlu jika nilai ICC diatas 0,05 atau 5%.<sup>21</sup> Dari hasil pengolahan data nilai estimasi varians *null model*, diperoleh nilai ICC sebesar 0,056. Artinya, sebesar 5,56% keragaman/variasi dalam pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita di Indonesia disebabkan oleh perbedaan karakteristik antarprovinsi. Nilai ICC diatas 5% mengindikasikan bahwa perbedaan

karakteristik antarkelompok memiliki efek pada respons yang diberikan oleh individu-individu yang ada di dalam kelompok, sehingga model multilevel diperlukan.<sup>21</sup>

Hasil analisis multilevel hubungan antara variabel individu dan variabel kontekstual dengan pemanfaatan pelayanan ANC disajikan pada Tabel 3, model 1 yang merupakan model yang hanya memasukkan variabel bebas individu ke dalam model menunjukkan bahwa tanpa memperhitungkan karakteristik provinsi, seluruh variabel individu yang digunakan dalam penelitian ini secara signifikan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC. Peluang wanita yang berumur  $<20$  tahun dan  $>35$  tahun untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* secara berturut-turut 57% dan 13% lebih rendah jika dibandingkan dengan wanita yang berumur 20-

35 tahun. Urutan kelahiran anak juga menunjukkan arah hubungan negatif dengan pemanfaatan pelayanan ANC. Peluang wanita untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* jika anak yang dikandungnya merupakan anak kelima keatas adalah 56% lebih rendah jika dibandingkan wanita yang mengandung anak pertamanya. Tingkat pendidikan ibu menunjukkan arah hubungan yang positif yang artinya semakin tinggi tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh ibu maka akan memperbesar kemungkinan ibu untuk melakukan pemeriksaan *antenatal*. Peluang ibu yang berpendidikan tinggi untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* selama kehamilan adalah 60% lebih tinggi jika dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah. Kepemilikan asuransi kesehatan juga meningkatkan kecenderungan ibu untuk memanfaatkan pelayanan ANC selama kehamilan. Peluang ibu yang memiliki asuransi kesehatan 28% lebih besar untuk memeriksakan kehamilannya daripada yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Wanita yang berasal dari rumah

tangga kaya memiliki peluang dua kali lipat lebih besar daripada wanita yang berasal dari rumah tangga miskin untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* selama kehamilan.

Tabel 3 juga menyajikan model yang menyertakan baik variabel individu maupun kontekstual pada level provinsi ke dalam model (Model 2). Dari model 2 dapat diketahui bahwa bahkan setelah memperhitungkan peran dari karakteristik provinsi, seluruh variabel individu masih secara signifikan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita selama kehamilan. Adanya hubungan yang kuat antara umur ibu saat melahirkan dengan pemanfaatan pelayanan ANC yang ditunjukkan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Magadi dkk (2000) yang menemukan bahwa wanita yang telah mulai memiliki anak di usia muda, yaitu sebelum umur 20 tahun, cenderung untuk lebih sedikit melakukan kunjungan pemeriksaan *antenatal* daripada wanita yang mulai memiliki anak pada umur diatas 20 tahun.<sup>22</sup>

Tabel 3. Analisis multilevel hubungan antara variabel individu dan variabel kontekstual dengan pemanfaatan pelayanan ANC di Indonesia

Variabel	Model 1		Model 2	
	Coef.	OR (95% CI)	Coef.	OR (95% CI)
<b>Variabel Individu</b>				
<b>Umur Ibu Saat Melahirkan</b>				
<20 tahun	-0,852	0,426 (0,369-0,493)***	-0,853	0,426 (0,368-0,493)***
20-35 tahun (ref)				
>35 tahun	-0,141	0,868 (0,776-0,972)**	-0,141	0,868 (0,775-0,972)**
<b>Urutan Kelahiran Anak</b>				
1 (ref)				
2-4	-0,188	0,828 (0,750-0,915)***	-0,188	0,829 (0,750-0,915)***
4+	-0,829	0,437 (0,370-0,515)***	-0,826	0,438 (0,371-0,516)***
<b>Tingkat Pendidikan Ibu</b>				
≤ Primer (ref)				
Sekunder	0,293	1,340 (1,224-1,468)***	0,294	1,342 (1,225-1,470)***
Tinggi	0,468	1,596 (1,385-1,840)***	0,470	1,600 (1,388-1,844)***
<b>Kepemilikan Asuransi Kesehatan</b>				
Memiliki	0,243	1,275 (1,175-1,383)***	0,246	1,279 (1,179-1,388)***
Tidak memiliki (ref)				
<b>Status Kekayaan Rumah Tangga</b>				
Miskin (ref)				
Menengah	0,278	1,320 (1,185-1,471)***	0,275	1,317 (1,182-1,467)***
Kaya	0,699	2,012 (1,805-2,243)***	0,696	2,006 (1,800-2,236)***
<b>Constant</b>	0,717	2,049 (1,676-2,505)***		

Variabel	Model 1		Model 2	
	Coef.	OR (95% CI)	Coef.	OR (95% CI)
<b>Variabel Kontekstual</b>				
Persentase penduduk miskin			-0,041	0,959 (0,933-0,986)***
Log PDRB per kapita			-0,299	0,742 (0,341-1,613)
Rasio dokter per 100.000 penduduk			-0,005	0,995 (0,976-1,015)
<i>Constant</i>			2,639	13,996 (0,461-424.716)

*Keterangan: \*signifikan pada p < 0.10, \*\*signifikan pada p < 0.05, \*\*\*signifikan pada p < 0.01*

Urutan kelahiran anak yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan ANC dalam penelitian ini juga selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Singh dkk pada tahun 2014 yang menemukan bahwa kecenderungan wanita yang mengandung anak ketiga atau lebih untuk melakukan kunjungan pemeriksaan *antenatal* minimal empat kali selama kehamilan adalah 70% lebih rendah jika dibandingkan dengan wanita yang mengandung anak pertamanya.<sup>23</sup> Hal tersebut mungkin dikarenakan wanita dengan kehamilan pertama cenderung kurang berpengalaman dengan hal-hal terkait kehamilan sehingga lebih cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal, sedangkan keterbatasan waktu dan sumber daya yang ada dalam rumah tangga dapat menjadi penghalang bagi wanita dengan jumlah anak yang lebih banyak untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal selama kehamilan.<sup>23</sup>

Seperti halnya hasil yang ditunjukkan dalam penelitian ini, banyak studi sebelumnya yang menunjukkan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang signifikan dalam memengaruhi pemanfaatan pelayanan ANC yang dilakukan oleh wanita selama kehamilan.<sup>22,23,24</sup> Banyak hipotesis yang mengemukakan bagaimana mekanisme pendidikan dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan  *prenatal*, salah satunya adalah yang dikemukakan oleh Levine dan Rowe. Menurut Levine dan Rowe (2009), tingkat pendidikan yang ditamatkan oleh ibu sangat berkorelasi dengan tingkat literasi ibu. Keterpaparan ibu terhadap informasi mengenai kesehatan maternal dari berbagai media pada ibu dengan tingkat literasi tinggi akan meningkatkan pengetahuan ibu tentang kesehatan maternal, dan pada akhirnya mempengaruhi perilaku ibu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal, termasuk pelayanan  *prenatal care*.<sup>25</sup>

Pemanfaatan pelayanan ANC berasosiasi positif dengan kepemilikan asuransi kesehatan. Wanita yang tidak memiliki asuransi kesehatan memiliki peluang lebih rendah untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara

berkesinambungan.<sup>26</sup> Kendala dalam hal keuangan seringkali memiliki peran penting dalam memengaruhi akses ke pelayanan kesehatan maternal, termasuk pemeriksaan *antenatal*. Oleh karena itu, insentif keuangan, termasuk dalam bentuk asuransi kesehatan, merupakan upaya untuk dapat mengatasi baik dari sisi permintaan maupun penawaran yang memengaruhi penggunaan dan penyediaan pelayanan kesehatan maternal.<sup>27</sup> Di Indonesia, guna mendukung upaya untuk mengurangi kematian maternal melalui peningkatan pemeriksaan *antenatal*, biaya pelayanan *antenatal* yang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, seperti: puskesmas dan klinik, serta rumah sakit yang bekerja sama dengan pemerintah, ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.<sup>28</sup>

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa status ekonomi rumah tangga yang diukur dengan indeks kesejahteraan secara positif berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC konsisten dengan beberapa studi sebelumnya.<sup>14,19,23,24</sup> Hal tersebut mengindikasikan bahwa perilaku individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh status ekonomi rumah tangga, yang mana status ekonomi yang lebih tinggi seringkali dikaitkan dengan *outcomes* kesehatan yang lebih baik.<sup>29</sup>

Dari Tabel 3, model 2 terlihat bahwa faktor kontekstual yang signifikan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan ANC hanya variabel persentase penduduk miskin. Arah hubungan keduanya bernilai negatif, sehingga secara umum dapat diartikan bahwa peningkatan persentase penduduk miskin di suatu provinsi berhubungan dengan penurunan pemanfaatan pelayanan ANC di provinsi tersebut. OR yang bernilai 0,959 memiliki arti ketika persentase penduduk miskin di suatu provinsi naik sebesar 1 poin persentase, maka peluang wanita untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* selama kehamilan menjadi 0,04% lebih rendah, dengan asumsi semua variabel lain konstan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gage dan Calixte (2006)

yang menunjukkan bahwa kenaikan persentase rumah tangga miskin di suatu wilayah sebesar 1 poin persentase akan mengurangi peluang wanita untuk melakukan kunjungan pemeriksaan *antenatal* sebesar 1,4%.<sup>24</sup> Hasil penelitian ini juga serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Singh dkk pada tahun 2014.<sup>23</sup> Peluang wanita melakukan pemeriksaan *antenatal*  $\geq 4$  kali selama kehamilan di suatu daerah dengan proporsi wanita yang berasal dari kuintil kekayaan terbawah lebih dari setengahnya akan berkurang sebesar 17% jika dibandingkan dengan wanita dari daerah dengan proporsi wanita yang berasal dari kuintil kekayaan terbawahnya kurang dari seperempatnya. Tingkat kemiskinan masyarakat sering secara negatif dikaitkan dengan kunjungan *antenatal* karena kemiskinan menunjukkan kurangnya sumber daya masyarakat dan rendahnya otonomi keuangan.<sup>19</sup>

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) didefinisikan sebagai penjumlahan seluruh nilai barang maupun jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit kegiatan ekonomi dalam suatu regional pada periode waktu tertentu.<sup>20</sup> Sedangkan apabila nilai PDRB tersebut dibagi dengan jumlah penduduk yang tinggal di wilayah tersebut, maka akan dihasilkan suatu nilai PDRB perkapita. Nilai PDRB ini merupakan salah satu indikator penting untuk mengetahui kondisi ekonomi di suatu wilayah pada suatu periode tertentu dan dapat dianggap sebagai indikator kuantitas ekonomi penduduk di suatu wilayah.<sup>10</sup> Berbeda dengan yang ada dalam *Andersen's Behavioral Model of Health Services Use* yang menyebutkan bahwa pendapatan perkapita penduduk merupakan salah satu faktor kontekstual yang dapat meningkatkan peluang individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, penelitian ini menunjukkan bahwa besarnya pendapatan perkapita masyarakat yang didekati dengan nilai PDRB perkapita tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita selama kehamilan.<sup>30</sup>

Hasil tersebut mengindikasikan bahwa meskipun nilai PDRB merupakan salah satu indikator yang mampu menggambarkan tingkat ekonomi di suatu wilayah, namun perlu dilihat kembali seberapa besar alokasi pendapatan daerah untuk bidang kesehatan. UNICEF pada tahun 2009 dalam kerangka kerjanya menyebutkan bahwa kualitas maupun kuantitas dari sumber daya ekonomi di suatu wilayah dan alokasinya untuk kesehatan maternal merupakan faktor dasar yang dapat memengaruhi kematian dan morbiditas ibu maupun bayi baru lahir.<sup>31</sup> Di Indonesia sendiri, proporsi belanja untuk bidang kesehatan hanya

sekitar 3% dari total Pendapatan Domestik Bruto (PDB) tahun 2017.<sup>32</sup> Persentase tersebut tergolong rendah jika dibandingkan dengan negara-negara lain yang juga termasuk dalam golongan negara berpendapatan menengah ke bawah (*lower-middle income country*) atau bahkan dari negara-negara yang pendapatan nasional perkapitanya lebih rendah. Rata-rata pembelanjaan untuk sektor kesehatan negara-negara yang termasuk negara dengan pendapatan rendah (*lower income country*) tersebut adalah 6,4% dari total PDB-nya atau sekitar dua kali lipat dari pengeluaran untuk bidang kesehatan di Indonesia.<sup>32</sup>

Selain pendapatan perkapita masyarakat, dalam *Andersen's Behavioral Model of Health Services Use* juga disebutkan bahwa rasio tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk suatu wilayah merupakan salah satu faktor kontekstual yang dapat meningkatkan peluang individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>30</sup> Sejalan dengan kerangka konseptual Andersen tersebut, penelitian yang dilakukan oleh Wang dkk tahun 2015 menunjukkan bahwa wanita yang tinggal di daerah yang memiliki pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas tinggi, yang mana salah satu ukuran dari kualitas tersebut adalah ketersediaan staf medis yang terlatih dalam menangani ANC, memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk melakukan pemeriksaan *antenatal* dibandingkan wanita yang tinggal di lingkungan yang memiliki pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas rendah.<sup>33</sup> Namun demikian, penelitian ini menunjukkan hasil yang kurang mendukung kerangka konseptual Andersen dan penelitian Wang dkk. tersebut. Penelitian ini tidak menghasilkan cukup bukti bahwa rasio dokter per jumlah penduduk di suatu provinsi berpengaruh signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita selama kehamilan di provinsi tersebut. Namun, hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Gleit dkk. (2003) yang juga tidak menghasilkan cukup bukti bahwa ketersediaan dokter pada suatu daerah berhubungan positif dengan keputusan wanita untuk melakukan perawatan kesehatan selama kehamilan.<sup>34</sup>

## KESIMPULAN

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa selain faktor karakteristik individu, faktor regional dimana individu tersebut tinggal juga berhubungan dengan perilaku wanita dalam memanfaatkan pelayanan ANC selama kehamilan. Pada level individu, kecenderungan wanita dalam memanfaatkan pelayanan ANC selama kehamilan ditemukan lebih tinggi pada wanita yang berumur 20-35 tahun dibandingkan



wanita yang masih remaja (15-19 tahun) atau sudah menginjak usia diatas 35 tahun, hamil anak pertama, berpendidikan tinggi, memiliki asuransi kesehatan, dan berasal dari rumah tangga yang secara ekonomi tergolong menengah keatas. Pada level regional (provinsi), penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat asosiasi negatif dan kuat antara konsentrasi kemiskinan yang direpresentasikan dengan persentase penduduk miskin di provinsi tersebut dengan pemanfaatan pelayanan ANC oleh wanita selama kehamilan. Temuan tersebut memberikan gambaran kepada para pemangku kebijakan bahwa intervensi untuk meningkatkan pemanfaatan pelayanan ANC sesuai standar minimal yang dianjurkan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III, serta untuk mengurangi kesenjangan antardaerah, perlu difokuskan pada program pengurangan kemiskinan terutama untuk daerah dengan tingkat kemiskinan yang masih cukup tinggi. Prioritas intervensi kebijakan perlu diarahkan pada program peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan maternal.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, USAID. Survei Demografi dan Kesehatan 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2018.
2. Mahwati Y. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu di Jawa Barat. *J Kesehat Masy Nas*. 2013; 7(6): 257–64.
3. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. ASEAN Secretariat. ASEAN Statistical Report on Millennium Development Goals 2017. ASEAN. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2017.
5. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services : systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2013; 10:50.
6. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010.
7. Kurniadi A, Tanumihardja T, Marcia, Pradiptaloka E. Status Proteinuria dalam Kehamilan di Kabupaten Sumba Barat Daya , Nusa Tenggara Timur Tahun 2016. *J Kesehat Reproduksi*. 2017; 8(1):53–61.
8. Isnii K. Dukungan Keluarga, Dukungan Petugas Kesehatan, dan Perilaku Ibu HIV dalam Pencegahan Penularan HIV/AIDS ke Bayi. *J Kesehat Masy*. 2016;11(2).
9. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
10. Aliyudin F, Budyanra. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Komplikasi Persalinan Wanita Usia Subur di Indonesia Menggunakan Data SDKI 2012 (Aplikasi Analisis Regresi Logistik Biner Multilevel). *J Apl Stat Komputasi Stat*. 2017;8.2.2016:33–46.
11. Mumtaz S, Bahk J, Khang YH. Current status and determinants of maternal healthcare utilization in Afghanistan: Analysis from Afghanistan Demographic and health survey 2015. *PLoS One*. 2019;14(6): 1–14.
12. Saad-Haddad G, DeJong J, Terreri N, Restrepo-Mendez MC, Perin J, Vaz L, et al. Patterns and determinants of antenatal care utilization : analysis of national survey data in seven countdown countries. *J Glob Health*. 2016; 6(1).
13. Marquez MPN. Unintended Pregnancies and Prenatal , Delivery and Postnatal Outcomes Among Young Women in the Philippines. *Asia-Pacific Popul J*. 2013; 30(1): 71–94.
14. Rahman MM, Rahman MM, Tareque MI, Ferdos J, Jesmin SS. Maternal pregnancy intention and professional antenatal care utilization in Bangladesh: A nationwide population-based survey. *PLoS One*. 2016; 11(6): 1–15.
15. Rashid M, Antai D. Socioeconomic Position as a Determinant of Maternal Healthcare Utilization: A Population-Based Study in Namibia. *J Res Heal Sci J*. 2014; 14(3): 187–92.
16. Saptarini I, Setyonaluri D. Pregnancy Intention and Utilization of Maternal and Child Health Care Services in Indonesia. *J Kesehat Reproduksi*. 2018; 9(1): 27–36.
17. Wado YD, Afework MF, Hindin MJ. Unintended pregnancies and the use of maternal health services in southwestern Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013; 13(36): 1–8.
18. Zelalem Ayele D, Belayihun B, Teji K, Admassu Ayana D. Factors Affecting Utilization of Maternal Health Care

- Services in Kombolcha District. *Int Sch Res Not.* 2014;1–7.
19. Ononokpono DN, Odimegwu CO, Imasiku E, Adedini S. Contextual Determinants of Maternal Health Care Service Utilization in Nigeria. *Women Heal.* 2013; 53(7).
  20. Badan Pusat Statistik DIY, BAPPEDA DIY. Analisis Produk Domestik Regional Bruto Daerah Istimewa Yogyakarta 2011-2015. Yogyakarta: Badan Pusat Statistik dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta; 2016.
  21. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(199).
  22. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in Kenya : explaining the variations between women of different communities. *Soc Sci Med.* 2000;51: 551–61.
  23. Singh PK, Kumar C, Rai RK, Singh L. Factors associated with maternal healthcare services utilization in nine high focus states in India : a multilevel analysis based on 14 385 communities in 292 districts. *Health Policy Plan.* 2014; 29: 542–59.
  24. Gage AJ, Calixte MG. Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Popul Stud (NY).* 2006; 60(3): 271–88.
  25. LeVine RA, Rowe ML. Maternal Literacy and Child Health in Less-Developed Countries: Evidence, Processes, And Limitations. *J Dev Behav Pediatr.* 2009; 30(4): 340–9.
  26. Okedo-alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa : a systematic review. 2019; *BMJ Open*:1–14.
  27. Comfort AB, Peterson LA, Hatt LE. Effect of Health Insurance on the Use and Provision of Maternal Health Services and Maternal and Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review. *J Heal Popul Nutr.* 2013; 31(4 SUPPL.2):S81–105.
  28. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Pelayanan Kebidanan dan Neonatal. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014.
  29. Antai D. Inequitable childhood immunization uptake in Nigeria: A multilevel analysis of individual and contextual determinants. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:1–10.
  30. Babitsch B, Gohl D, Lengerke T von. Re-visiting Andersen ' s Behavioral Model of Health Services Use : a systematic review of studies from. *GMS Psycho-Social-Medicine.* 2012; 9:1–15.
  31. UNICEF. Conceptual Framework for Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity [Internet]. 2009; Available from: URL: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
  32. World Bank. Current Health Expenditure [Internet]. 2019; Available from: URL: <https://data.worldbank.org/>
  33. Wang W, Winter R, Mallick L, Florey L, Burgert-Brucker C, Carter E. The Relationship Between the Health Service Environment And Service Utilization: Linking Population Data to Health Facilities Data in Haiti and Malawi. Vol. 51, *DHS Analytical Studies.* Maryland; 2015.
  34. Gleit DA, Goldman N. Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala : does obstetrical need matter? *Soc Sci Med.* 2003; 57: 2447–63.