

---

## Determinan Kepatuhan Kunjungan *Antenatal Care* di Provinsi Indonesia Bagian Timur (Komparasi Data SDKI Tahun 2012 dan 2017)

Juliana Karni Astuti<sup>1\*</sup>, Milla Herdayati<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bagian Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok

\*Corresponding author : [julianakarni@gmail.com](mailto:julianakarni@gmail.com)

Info Artikel : Diterima 5 Oktober 2020 ; Disetujui 6 November 2020 ; Publikasi 1 Desember 2020

---

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Disparitas dalam Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) masih terjadi di beberapa wilayah Indonesia. Data SDKI dan Profil Kesehatan Indonesia mencatat Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara menjadi provinsi yang konsisten berada pada peringkat 10 besar dalam cakupan K4 ANC terendah. Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan ANC pada wanita usia subur di 4 Provinsi pada tahun 2012 & 2017.

**Metode:** Sampel yang digunakan adalah wanita berusia subur (15-49 tahun) yang tinggal di 4 Provinsi, memiliki anak terakhir dalam 5 tahun terakhir, berstatus menikah/tinggal bersama dan menjadi responden dalam SDKI 2012 & 2017. Analisis dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik ganda.

**Hasil:** Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan ibu dan pengetahuan ibu memiliki pengaruh yang konsisten terhadap kepatuhan kunjungan ANC pada responden di tahun 2012 dan 2017. Pada tahun 2012, terdapat faktor lain yang juga mempengaruhi kepatuhan kunjungan ANC pada wanita usia subur yaitu partisipasi dalam pengambilan keputusan dan status ekonomi. Sedangkan di tahun 2017, terdapat faktor lain juga yang berpengaruh terhadap kepatuhan kunjungan ANC pada wanita usia subur yaitu paritas ibu, jaminan kesehatan, dan dukungan dari suami.

**Simpulan:** Perlu adanya peningkatan cakupan KIA melalui pembagian buku KIA & sosialisasi senam hamil oleh kader wilayah setempat. Penguatan sosialisasi pada ibu dengan paritas rendah maupun tinggi juga diperlukan untuk menjarangkan kehamilan oleh para kader dalam program kampung KB yang sudah terselenggara dalam wilayah setempat.

**Kata kunci:** *Antenatal care*; kepatuhan; wanita usia subur

---

### ABSTRACT

**Title:** *Determinants of Obedience for Antenatal Care Visits in Eastern Indonesia (2012 and 2017 IDHS Comparative Data)*

**Background:** Disparities in ANC services still occurs in several regions in Indonesia. IDHS data and Indonesia's Health Profile record the provinces of Papua, West Papua, Maluku, and North Maluku as provinces that are consistently ranked in the top 10 in the lowest K4 ANC coverage. This study aims to look at the factors that influence the level of ANC visit adherence in reproductive age women in 4 Provinces in 2012 & 2017.

**Method:** The sample is used in this study are the women in reproductive age in the 2012 & 2017 IDHS that are living in 4 provinces, married or are living together with their partner, and have their in the last 5 years. This study itself use multiple logistic regression.

**Result:** The results showed that maternal education and maternal knowledge had a consistent influence on the adherence of ANC visits for respondents in 2012 and 2017. In 2012, there are other factors that also affected ANC visit adherence in reproductive age women, namely participation in decision making and economic status. Whereas

in 2017, there are also other factors that influence ANC visits adherence to reproductive age women, namely health insurance, parity, and husband support.

**Conclusion:** There needs to be an increase in MCH coverage through distribution of MCH books & socialization of pregnancy exercises by local cadres. Strengthening outreach to mothers with low and high parity is also needed to space pregnancies by cadres in the village family planning program that has been implemented in the local area.

**Key words:** Antenatal care, adherence, reproductive age women

---

## PENDAHULUAN

Kehamilan didefinisikan sebagai masa di mana terdapat satu atau lebih janin yang berkembang di dalam rahim seorang wanita selama sekitar 40 minggu dari periode menstruasi terakhir dan berakhir sampai saat melahirkan.<sup>(1)</sup> Pada saat masa kehamilannya, seorang wanita akan mengalami perubahan hormonal yang mengakibatkan perubahan fisik dan psikologis dalam dirinya. Selain itu, kehamilan juga sangat rentan dengan risiko terjadinya komplikasi dan kematian yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin.<sup>(2)</sup>

Kematian ibu atau *maternal mortality* memiliki arti sebagai kematian ibu yang terjadi pada saat hamil, persalinan, atau pada masa paska persalinan yang disebabkan kehamilannya atau pengelolaan yang dapat memperburuk kehamilan, akan tetapi bukan dikarenakan sebab lain seperti kecelakaan atau yang terjadi secara insidental tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan.<sup>(3)</sup> Angka kematian ibu merupakan indikator untuk menentukan status kesehatan pada perempuan dalam indeks pembangunan suatu negara.<sup>(4)</sup> Di tahun 2015, angka kematian ibu di negara-negara berpenghasilan rendah adalah 415 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di Eropa dan Amerika Utara dan 7 per 100.000 hidup di Australia dan Selandia Baru.<sup>(5)</sup>

Menilik negara-negara yang berada dalam kawasan ASEAN, tren menunjukkan bahwa dari tahun 1990 hingga tahun 2010, angka kematian ibu terus mengalami penurunan namun angka yang diperoleh pada tahun 2015 menunjukkan peningkatan yang mencapai angka yaitu sebesar 197 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>(6)</sup> Indonesia menjadi negara tertinggi kedua setelah Laos yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun menempati posisi kedua tertinggi, angka ini justru menunjukkan penurunan dari tahun sebelumnya yang mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2012.<sup>(7)</sup> Penurunan angka kematian ibu ini sebenarnya adalah sebagai langkah untuk mencapai salah satu tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) seperti yang tertuang dalam tujuan ketiga SDGs yakni

penurunan angka kematian ibu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.<sup>(8)</sup>

Dalam langkah penurunan AKI ini, nyatanya masih terjadi disparitas dalam kesehatan ibu di Indonesia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurriska & Wahyono (2018) menyebutkan bahwa di wilayah Kawasan Timur Indonesia terutama di Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, dan Nusa Tenggara Timur, masih terdapat beberapa kabupaten/kota yang masih tinggi angka kematian ibu. Hal ini dibuktikan dari temuan BPS Tahun 2015, menyebutkan bahwa AKI tertinggi menurut pulau di Indonesia adalah berada di pulau Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua dengan AKI sebesar 489 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>(9)</sup> Penyebabnya di antara lain yaitu akses pelayanan kesehatan ibu yang masih buruk, faktor kemiskinan yang tinggi, paritas yang tinggi, pendidikan yang rendah, dan kepadatan penduduk yang minim di Kawasan Timur Indonesia.<sup>(10)</sup>

Salah satu pelayanan kesehatan ibu yang masih ditemui cakupan rendah di beberapa provinsi adalah *Antenatal Care* (ANC). ANC merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis profesional (dokter umum, dokter ahli kebidanan dan kandungan, perawat, bidan, atau bidan di desa) untuk ibu selama masa kehamilannya sampai saat persiapan persalinan.<sup>(11)</sup> Di Indonesia, pemerintah memberi anjuran untuk melakukan kunjungan ANC bagi ibu hamil adalah dengan jumlah kunjungan minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan 1 kali kunjungan di trimester pertama, 1 kali kunjungan di trimester kedua, dan 2 kali kunjungan di trimester ketiga. Indikator untuk memperlihatkan akses ibu hamil terhadap pelayanan ANC ke fasilitas kesehatan diukur melalui cakupan K1 dan K4.<sup>(12)</sup> Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 dan 2017, menunjukkan bahwa cakupan wanita usia subur yang mendapatkan pelayanan ANC dari tenaga kesehatan (nakes) yang berkompoten minimal 1 kali (K1) adalah mencapai angka sebesar 96% menjadi 98% dan mendapatkan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali (K4) adalah sebesar 88%

menjadi 77%.<sup>(7)(13)</sup> Hal ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan cakupan K4 ANC di Indonesia.

Secara nasional, tercatat bahwa target cakupan K4 ANC berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2012 dan 2017 adalah sebesar 90% dan 76%.<sup>(14)</sup> Menurut laporan SDKI 2012 dan 2017, penurunan pada cakupan K4 ANC tersebut justru menunjukkan bahwa mulai terdapat pemenuhan cakupan K4 ANC sesuai dengan target Renstra yang telah ditetapkan oleh Kemenkes di tahun 2017. Akan tetapi, berdasarkan data SDKI dan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2007, 2012 dan 2017 menunjukkan juga bahwa terdapat beberapa provinsi yang letaknya di Kawasan Timur Indonesia (KTI) yang masih mengalami disparitas dalam cakupan K4 ANC. Provinsi yang selalu memasuki daftar dalam 10 peringkat provinsi terendah untuk pemanfaatan cakupan K4 ANC adalah Provinsi Papua, Maluku, Papua Barat, dan Maluku.<sup>(15)(7)(13)</sup> Provinsi Papua secara konstan mengalami penurunan dalam cakupan K4 ANC sedangkan Provinsi Maluku, Papua Barat, Maluku Utara mengalami tren yang naik turun dalam cakupan K4 ANC. Selain itu, keempat provinsi ini juga selalu memiliki cakupan K4 ANC yang tidak memenuhi target dari Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2007, 2012 dan 2017.<sup>(16)(17)(18)</sup>

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi pemanfaatan ANC pada ibu hamil. Andersen (1995) telah mengungkapkan dalam teorinya terkait determinan pemanfaatan pelayanan kesehatan dikatakan bahwa terdapat 4 faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada seseorang yaitu faktor predisposisi (faktor demografi, faktor struktur sosial, dan faktor kepercayaan terhadap kesehatan), faktor pemungkin (faktor dari keluarga dan masyarakat disekitar), faktor kebutuhan (penilaian kesehatan dalam diri dan penilaian secara klinis atas kesehatan diri), dan faktor lingkungan luar (tempat tinggal).<sup>(19)</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Sarminah di Provinsi Papua pada tahun 2012 dengan menggunakan data sekunder Riskesdas tahun 2007 menyebutkan bahwa status ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan dengan pemanfaatan pelayanan ANC di Provinsi Papua. Semakin tinggi status ekonomi seseorang, maka semakin tinggi pula pemanfaatan kunjungan ANC secara berkualitas.<sup>(20)</sup> Berdasarkan fakta yang ditemukan, maka peneliti ingin meneliti lebih lanjut terkait faktor yang mempengaruhi kepatuhan perilaku kunjungan ANC pada wanita usia subur di 4 Provinsi di Indonesia pada tahun 2012 dan 2017.

## MATERI DAN METODE

Studi ini menggunakan desain studi potong lintang dengan memanfaatkan data sekunder Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 dan 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita yang berusia 15-49 tahun yang tinggal di Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara. Sampel studi adalah wanita yang berusia 15-49 tahun yang tinggal di Provinsi Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara dan menjadi responden pada survei SDKI 2012 dan 2017 yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu memiliki anak terakhir terhitung dalam 5 tahun sebelum survei, berstatus menikah atau tinggal bersama, dan mengisi secara lengkap. Jumlah sampel sebanyak 1.001 WUS dalam SDKI 2012 dan 1.167 WUS dalam SDKI 2017.

Variabel dependen yang digunakan adalah kepatuhan dalam melakukan *Antenatal Care* (ANC) yang diukur berdasarkan kesesuaian kunjungan pemeriksaan ANC ibu ke tenaga kesehatan sesuai dengan standar pola K4 yang telah ditetapkan yaitu 1-1-2, yang didefinisikan sebagai minimal 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2, dan 2 kali pada trimester 3. Variabel independen dalam penelitian adalah usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, paritas ibu, partisipasi dalam pengambilan keputusan, pengetahuan ibu, status ekonomi, jaminan kesehatan, dukungan suami, status kehamilan terakhir, dan tempat tinggal. Data penelitian ini dianalisis menggunakan uji regresi logistik ganda dengan menggunakan aplikasi statistik. Penggunaan data SDKI telah melalui proses kaji etik dengan nomor yaitu 477/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2020.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik WUS antara tahun 2012 dengan 2017 tidak menunjukkan banyak perbedaan, yaitu mayoritas berusia 20-35 tahun, pendidikan menengah (SMP-SMA), paritas  $\geq 3$  anak, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, tinggal di pedesaan, ekonomi rendah, wanita yang menginginkan kehamilannya, berpengetahuan mengenai tanda bahaya kehamilan, selama persalinan, dan masa nifas rendah.

Perbedaan terlihat bahwa pada tahun 2017, WUS lebih banyak bekerja, lebih banyak mendapatkan dukungan suami, dan memiliki lebih banyak jaminan kesehatan. Secara rinci dapat dilihat Tabel 1.

Kepatuhan WUS dalam kunjungan ANC sesuai standar pada tahun 2012 yaitu sebesar 58,6% (95% CI: 54,2%-62,9%), sedangkan pada tahun 2017 menjadi 60,9% (95% CI: 56,4%-65,3%). Dalam

hal ini terlihat bahwa kepatuhan kunjungan ANC pada WUS di keempat provinsi tersebut menunjukkan sedikit kenaikan, namun cenderung stagnan (Tabel 2).

Tabel 1. Karakteristik Sosiodemografi, Status Reproduksi, dan Faktor Lainnya pada WUS di Provinsi Indonesia Bagian Timur antara Tahun 2012 dan 2017

| Variabel                                       | SDKI 2012 |       | SDKI 2017 |       |
|--|-----------|-------|-----------|-------|
|  | N         | %     | n         | %     |
| <b>Usia Ibu</b>                                |           |       |           |       |
| <20 Tahun & >35 Tahun                          | 265       | 26,5  | 289       | 24,8  |
| 20-35 Tahun                                    | 736       | 73,5  | 878       | 75,2  |
| <b>Pendidikan Ibu</b>                          |           |       |           |       |
| Rendah   | 302       | 30,2  | 272       | 23,3  |
| Menengah                                       | 539       | 53,8  | 663       | 56,8  |
| Tinggi   | 160       | 16,0  | 232       | 19,9  |
| <b>Status Pekerjaan Ibu</b>                    |           |       |           |       |
| Tidak Bekerja                                  | 536       | 53,5  | 526       | 45,0  |
| Bekerja  | 465       | 46,5  | 641       | 55,0  |
| <b>Paritas Ibu</b>                             |           |       |           |       |
| ≥ 3 Anak                                       | 473       | 47,2  | 585       | 50,1  |
| 2 Anak   | 248       | 24,8  | 319       | 27,3  |
| 1 Anak   | 281       | 28,0  | 263       | 22,6  |
| <b>Partisipasi dalam Pengambilan Keputusan</b> |           |       |           |       |
| Tidak  | 303       | 30,3  | 433       | 37,1  |
| Ya   | 698       | 69,7  | 734       | 62,9  |
| <b>Pengetahuan Ibu</b>                         |           |       |           |       |
| Rendah   | 654       | 65,3  | 680       | 58,2  |
| Tinggi   | 347       | 34,7  | 487       | 41,8  |
| <b>Status Ekonomi</b>                          |           |       |           |       |
| Kuintil Terbawah                               | 451       | 45,0  | 598       | 51,2  |
| Kuintil Menengah ke Bawah                      | 201       | 20,1  | 231       | 19,8  |
| Kuintil Menengah                               | 180       | 18,0  | 140       | 12,0  |
| Kuintil Menengah ke Atas                       | 119       | 11,9  | 122       | 10,5  |
| Kuintil Teratas                                | 50        | 5,0   | 75        | 6,5   |
| <b>Jaminan Kesehatan</b>                       |           |       |           |       |
| Tidak  | 514       | 51,4  | 386       | 33,1  |
| Ya   | 487       | 48,6  | 781       | 66,9  |
| <b>Dukungan Suami</b>                          |           |       |           |       |
| Tidak  | 523       | 52,3  | 543       | 46,5  |
| Ya   | 478       | 47,7  | 624       | 53,5  |
| <b>Status Kehamilan Terakhir</b>               |           |       |           |       |
| Tidak Diinginkan                               | 113       | 11,3  | 188       | 16,1  |
| Diinginkan                                     | 888       | 88,7  | 979       | 83,9  |
| <b>Tempat Tinggal</b>                          |           |       |           |       |
| Perdesaan                                      | 648       | 64,7  | 827       | 70,8  |
| Perkotaan                                      | 343       | 35,3  | 340       | 29,2  |
| <b>Total</b>                                   | 1.001     | 100,0 | 1.167     | 100,0 |

Sumber : SDKI 2012 & 2017<sup>(7)(13)</sup>

Tabel 2. Gambaran Kepatuhan Kunjungan Antenatal Care pada WUS di Provinsi Indonesia Bagian Timur antara Tahun 2012 dan 2017

| Kepatuhan Kunjungan Antenatal Care | SDKI 2012    |                       | SDKI 2017    |                       |
|------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
|                                    | n            | % (95% CI)            | N            | % (95% CI)            |
| Tidak Patuh                        | 414          | 41,4<br>(37,1%-45,8%) | 456          | 39,1<br>(34,7%-43,6%) |
| Patuh                              | 587          | 58,6<br>(54,2%-62,9%) | 711          | 60,9<br>(56,4%-65,3%) |
| <b>Total</b>                       | <b>1.001</b> | <b>100,0</b>          | <b>1.167</b> | <b>100,0</b>          |

Sumber : SDKI 2012 & 2017<sup>(7)(13)</sup>

Determinan kepatuhan kunjungan ANC dapat dilihat pada Tabel 3. Pada tabel menunjukkan bahwa determinan kepatuhan ANC pada dua tahun tersebut memiliki hasil yang berbeda. Pada tahun 2012, kepatuhan ANC dipengaruhi oleh pendidikan, status ekonomi, pengetahuan, dan partisipasi dalam pengambilan keputusan. Semakin tinggi pendidikan dan status ekonomi maka semakin tinggi tingkat kepatuhan kunjungan ANC pada WUS dengan OR tingkat pendidikan sebesar (OR: 1,1 (95% CI: 0,8-1,4); OR: 1,7 (95% CI: 1,0-2,7)) dan status ekonomi sebesar (OR: 1,3 (95% CI: 0,9-1,8); OR: 1,2 (95% CI: 0,8-1,8); OR: 1,9 (95% CI: 1,2-3,0); OR: 1,3 (95% CI: 0,7-2,4)). Selain itu, faktor lainnya adalah semakin tinggi WUS terlibat dalam pengambilan keputusan dan memiliki pengetahuan terkait tanda bahaya selama kehamilan, masa persalinan, dan nifas maka juga tingkat kepatuhan kunjungan ANC semakin baik (OR: 1,5 (95% CI: 1,1-2,0); OR: 1,9 (95% CI: 1,4-2,5)).

Terdapat pula kesamaan faktor yang mempengaruhi kepatuhan kunjungan ANC pada WUS di tahun 2017 dengan tahun 2012, yaitu

diantaranya faktor pendidikan dan pengetahuan (OR: 2,4 (95% CI: 1,6-3,6); OR: 1,5 (95% CI: 1,1-1,9)). Sedangkan faktor lainnya yang mempengaruhi kepatuhan kunjungan ANC pada WUS di tahun 2017 adalah faktor paritas, kepemilikan jaminan kesehatan, dan dukungan suami. WUS yang memiliki riwayat paritas sedikit maka tingkat kepatuhan kunjungan ANC akan semakin baik (OR: 1,6 (95% CI: 1,2-2,2); OR: 1,1 (95% CI: 0,8-1,5)). WUS yang memiliki jaminan kesehatan juga akan cenderung lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki jaminan kesehatan (OR: 1,6 (95% CI: 1,2-2,1)). Sedangkan, WUS yang mendapatkan dukungan dari suaminya akan juga cenderung patuh melakukan ANC dibandingkan yang tidak mendapatkan dukungan dari suaminya (OR: 1,4 (95% CI: 1,1-1,8)).

Kedua hasil ini menunjukkan bahwa baik tahun 2012 maupun 2017 variabel yang secara konsisten menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan kunjungan ANC pada wanita usia subur di 4 provinsi di Indonesia (Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara) adalah pendidikan ibu dan pengetahuan ibu.

Tabel 3. Model Akhir Multivariabel Determinan Kepatuhan Kunjungan ANC Pada Wanita Usia Subur Di 4 Provinsi di Indonesia (SDKI 2012 & 2017)

| Variabel                                       | SDKI 2012 |      |         | SDKI 2017 |      |         |
|--|-----------|------|---------|-----------|------|---------|
|  | P-value   | OR   | 95% CI  | P-Value   | OR   | 95% CI  |
| <b>Pendidikan Ibu</b>                          |           |      |         |           |      |         |
| Rendah   |           | 1,0* |         |           | 1,0* |         |
| Menengah                                       | 0,695     | 1,1  | 0,8-1,4 | 0,000**   | 2,0  | 1,5-2,7 |
| Tinggi   | 0,038**   | 1,7  | 1,0-2,7 | 0,000**   | 2,4  | 1,6-3,6 |
| <b>Partisipasi dalam Pengambilan Keputusan</b> |           |      |         |           |      |         |
| Tidak  | 0,006**   | 1,5  | 1,1-2,0 |           |      |         |
| Ya   |           | 1,0* |         |           |      |         |
| <b>Pengetahuan Ibu</b>                         |           |      |         |           |      |         |
| Rendah   |           | 1,0* |         |           | 1,0* |         |
| Tinggi   | 0,000**   | 1,9  | 1,4-2,5 | 0,003**   | 1,5  | 1,1-1,9 |
| <b>Status Ekonomi</b>                          |           |      |         |           |      |         |
|  |           |      |         | -         | -    | -       |

|                           |         |      |         |         |      |         |
|---------------------------|---------|------|---------|---------|------|---------|
| Kuintil Terbawah          |         | 1,0* |         |         |      |         |
| Kuintil Menengah ke Bawah | 0,177   | 1,3  | 0,9-1,8 |         |      |         |
| Kuintil Menengah          | 0,366   | 1,2  | 0,8-1,8 |         |      |         |
| Kuintil Menengah ke Atas  | 0,011** | 1,9  | 1,2-3,0 |         |      |         |
|                           | 0,495   | 1,3  | 0,7-2,4 |         |      |         |
| <b>Kuintil Teratas</b>    |         |      |         |         |      |         |
| <b>Dukungan Suami</b>     |         |      |         |         |      |         |
| Tidak                     |         | 1,0* |         |         | 1,0* |         |
| Ya                        | 0,054   | 1,3  | 1,0-1,7 | 0,006** | 1,4  | 1,1-1,8 |
| <b>Paritas Ibu</b>        |         |      |         |         |      |         |
| ≥ 3 Anak                  |         |      |         |         | 1,0* |         |
| 2 Anak                    |         |      |         | 0,003** | 1,6  | 1,2-2,2 |
| 1 Anak                    |         |      |         | 0,599   | 1,1  | 0,8-1,5 |
| <b>Jaminan Kesehatan</b>  |         |      |         |         |      |         |
| Tidak                     |         |      |         |         | 1,0* |         |
| Ya                        |         |      |         | 0,000** | 1,6  | 1,2-2,1 |

Sumber : SDKI 2012<sup>(7)</sup> Keterangan:\*=Reference, \*\*=*p-value* <0,05, OR = *Odds Ratio*, 95% CI = *Confidence Interval* 95%

Temuan studi ini memperlihatkan bahwa kepatuhan kunjungan ANC sesuai standar di empat wilayah provinsi Indonesia bagian timur masih berkisar 60%. Angka ini masih dibawah rata-rata atau dibawah target Nasional yang menunjukkan angka 90% (tahun 2012) dan 76% (tahun 2017).<sup>(14)</sup> Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laksono *et al* (2020) yang menyatakan bahwa pada wilayah Papua mengalami disparitas dalam pemanfaatan K4 ANC dibandingkan 5 wilayah lainnya yaitu wilayah Sumatera, Jawa dan Bali, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara. Akan tetapi, dengan wilayah Maluku memiliki perbedaan yang tidak signifikan dalam pemanfaatan K4 ANC dibandingkan wilayah Papua.<sup>(21)</sup>

Cakupan kepatuhan kunjungan ANC pada WUS di provinsi Indonesia Bagian Timur terlihat mengalami stagnan dalam kurun waktu lima tahun, yaitu sebesar 58,6% di tahun 2012 dan mengalami sedikit kenaikan pada tahun 2017 menjadi 60,9%. Dalam hal ini menunjukkan bahwa kenaikan tersebut tidak menghasilkan hasil yang signifikan.

Temuan studi ini menunjukkan bahwa ada dua faktor yang secara konsisten menentukan kepatuhan kunjungan ANC baik pada tahun 2012 maupun 2017. Faktor penentu tersebut adalah pendidikan dan pengetahuan WUS.

Pendidikan ibu merupakan faktor dominan yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan kunjungan ANC di tahun 2017. Faktor ini juga menunjukkan hasil yang konsisten menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan kunjungan ANC pada WUS di provinsi Indonesia Bagian Timur. Hasil ini sejalan dengan penelitian Muyunda *et al* (2016) di Zambia.<sup>(22)</sup>

Tingkat pendidikan seseorang erat kaitannya dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang. Hal ini dibenarkan dan sesuai dengan pendapat Albery dan Munafo (2011) yang mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka ibu akan mudah menemukan informasi. Informasi tersebut mudah didapatkan karena ibu terbuka dalam menerima segala informasi dari mana saja sehingga dapat dengan mudah mengambil keputusan untuk dirinya dan janinnya. Ibu akan berpikir secara mendalam akan dampak jangka pendek dan panjang terkait keputusan yang akan diambilnya. Jika pendidikan ibu rendah cenderung akan bersifat tertutup akan informasi yang didapat sehingga akan lebih sulit untuk mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya dan janin.<sup>(23)</sup>

Perawatan terhadap kesehatan anak sangat ditentukan oleh pendidikan yang dimiliki ibu. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih memahami dan lebih memperhatikan terkait perawatan kesehatan yang tepat untuk janin yang dikandungnya agar kesehatan ibu dan janin terjaga. Selain itu, ibu juga akan memperhatikan asupan gizi yang baik untuk janinnya.<sup>(24)</sup> Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ramesh & Govindasamy (1997) di India juga menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi memiliki peluang sebesar 5,92 kali untuk melakukan *antenatal care* dibandingkan ibu yang buta huruf.<sup>(25)</sup>

Selain itu, pengetahuan ibu juga menjadi faktor yang konsisten berpengaruh terhadap kepatuhan kunjungan ANC. Tingkat pengetahuan WUS di empat Provinsi ini pada kurun lima tahun survei masih rendah. Tahun 2012, ibu yang memiliki pengetahuan rendah akan tanda bahaya kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas tercatat sebesar

65%. Angka tersebut kemudian mengalami penurunan menjadi sebesar 59% pada tahun 2017. Namun penurunan ini tampaknya belum mendorong peningkatan kunjungan ANC pada WUS di empat provinsi tersebut secara signifikan selama lima tahun.

Hasil pada tahun 2012 menunjukkan bahwa ibu yang berpengetahuan tinggi cenderung berpeluang 1,9 kali (95% CI: 1,4-2,5) lebih patuh untuk melakukan kunjungan ANC sesuai standar dibandingkan ibu yang berpengetahuan rendah. Sedangkan pada tahun 2017 didapatkan hasil bahwa ibu yang memiliki pengetahuan tinggi juga akan memiliki peluang sebesar 1,5 kali (95% CI: 1,1-1,9) untuk melakukan kunjungan ANC secara patuh dibandingkan ibu yang memiliki pengetahuan rendah.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ye *et al* (2010) di Laos yang menyebutkan bahwa antara pengetahuan ibu dengan kepatuhan kunjungan ANC memiliki hubungan yang signifikan.<sup>(26)</sup> Pengetahuan ibu sangat berhubungan dengan kepatuhan kunjungan ANC dikarenakan dengan meningkatnya pengetahuan ibu maka ibu akan lebih menyadari dan memahami langkah yang tepat untuk menjaga kehamilannya dan agar janin yang dikandungnya tetap sehat dan selamat sehingga akan cenderung untuk melakukan kunjungan ANC secara patuh.<sup>(27)</sup> Penelitian serupa juga ditunjukkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Wassihun *et al* (2020) di Ethiopia bahwa ibu yang memiliki pengetahuan baik akan tanda bahaya obstetri maka akan lebih berpeluang sebesar 1,26 kali (95% CI (1,1-1,9)) untuk melakukan ANC secara rutin dibandingkan ibu yang memiliki pengetahuan rendah mengenai tanda bahaya obstetri.<sup>(28)</sup>

Pengetahuan merupakan hasil dari kesatuan antara pendidikan, komunikasi, dan informasi yang didapatkan seseorang selama hidupnya.<sup>(29)</sup> Komunikasi dan informasi dapat diperoleh melalui pengalaman hidup atau orang lain, budaya yang dianut, ataupun ketika berinteraksi dengan petugas kesehatan. Pengetahuan juga diketahui sangat mempengaruhi sikap pada seseorang. Studi kualitatif yang dilakukan Ira *et al* (2016) pada ibu hamil di Desa Mokupa Kabupaten Kolaka Timur Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa sebagian besar informan kurang mengetahui secara mendalam tentang ANC dan juga salah satu informan yang menyebutkan baru pertama kali mendengarnya. Sebagian besar mengatakan bahwa kunjungan ANC dilakukan pada saat terdapat posyandu dan pada saat merasakan keluhan dalam kehamilannya. Sebagian informan juga mengatakan bahwa pemeriksaan kehamilan sangat penting

untuk dilakukan oleh ibu hamil untuk mengetahui apakah terdapat masalah yang terjadi dalam kandungan ibu. Hal ini menandakan bahwa di daerah pedesaan sedikitnya telah mengetahui tentang ANC namun masih banyak keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan.<sup>(30)</sup> Temuan tersebut sesuai dengan kondisi pengetahuan ibu di wilayah Maluku & Papua yang masih didominasi dengan tingkat pengetahuan rendah. Walaupun masih rendah, responden sudah mulai mengetahui sedikitnya tentang tanda bahaya kebidanan selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan temuan studi bahwa pendidikan dan pengetahuan menjadi faktor yang secara konsisten menentukan kunjungan ANC selama kurun waktu lima tahun di empat provinsi Indonesia bagian Timur, maka dari itu peneliti merekomendasikan untuk perlu adanya peningkatan pelatihan kader-kader atau anggota PKK dan tenaga kesehatan yang berada di wilayah setempat guna meningkatkan peran posyandu dan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berkualitas sehingga dapat membangun kepercayaan dan partisipasi ibu hamil khususnya yang memiliki latar belakang pendidikan rendah dan berstatus ekonomi rendah di wilayah setempat untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, peningkatan cakupan KIA melalui pembagian buku KIA dan sosialisasi senam hamil kepada ibu hamil oleh kader wilayah setempat guna peningkatan pengetahuan ibu hamil terkait pentingnya pemeriksaan kehamilan dan tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan paska persalinan, serta penguatan sosialisasi pada pasangan usia subur melalui para anggota PKK dan kader dalam program kampung KB terkait penggunaan kontrasepsi baik pada ibu dengan paritas rendah maupun tinggi guna mengatur jarak kehamilan atau menjarangkan kehamilan agar dapat merencanakan kehamilan dengan baik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Stephanie O, Michael O, Karolina S. Pediatrics and Neonatology Normal Pregnancy : A Clinical Review. Academic Journal Pediatrics and Neonatology. 2016, 1(1):1-4.
2. Sukartiningsih MCE. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan dengan Keteraturan Melaksanakan Antenatal Care di Puskesmas Pembantudauh Puri Denpasar Tahun 2014. 2014, 1(1):1-29.
3. World Health Organization. ICD-10 to

- Deaths During Pregnancy, Childbirth and The Puerperium: ICD-MM. WHO Libr [Internet]. 2012, 129(1):30–33. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70929/1/9789241548458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70929/1/9789241548458_eng.pdf)
4. Sumarni S. Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan dan Pendekatan Continuum of Care Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu. 2017, 12(1):129–141.
  5. World Health Organization. Maternal Mortality Evidence Brief : Maternal Mortality [Internet]. 2019, (1):1–4. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>.
  6. The ASEAN Secretariat. ASEAN Statistical Report on Millennium Development Goals 2017. ASEAN Secretariat. 2017, 1–143.
  7. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012; 2013.
  8. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development. 2016, 12–14.
  9. Badan Pusat Statistik. Angka Kematian Ibu menurut Pulau di Indonesia Tahun 2015; 2015.
  10. Nurrizka RH, Wahyono TYM. Disparitas Kematian Maternal di Indonesia: Studi Ekologi dengan Analisis Spasial. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2018, 14(2):119.
  11. Abou-Zahr I, Lidia C, Wardlaw Tessa M. Antenatal Care in Developing Countries Promises, Achievements and Missed Opportunities : An Analysis of Trends, Levels, and Differences, 1990-2001. WHO Libr Cat Data Antenatal [Internet]. 2003, 1–36. Available from: <https://www.unicef.org/media/files/antenatal.pdf>[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241590947/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590947/en/)
  12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 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; 2014.
  13. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017; 2018.
  14. Gustina E. Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019; 2016.
  15. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007; 2007.
  16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2008. 2013, 1–162.
  17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012. 2012, 107–108.
  18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017; 2018.
  19. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995, 36(1):1–10.
  20. Sarminah. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care di Provinsi Papua Tahun 2010 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010). Universitas Indonesia [Internet]. 2012, 136. Available from: <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20296280-S-Sarminah.pdf>
  21. Laksono AD, Rukmini R, Wulandari RD. Regional Disparities in Antenatal Care Utilization in Indonesia. *PLoS One* [Internet]. 2020, 15(2):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0224006>.
  22. Muyunda B, Makasa M, Jacobs C, Musonda P, Michelo C. Higher Educational Attainment Associated with Optimal Antenatal Care Visits among Childbearing Women in Zambia. *Frontiers in Public Health*. 2016, 4:1–7.
  23. Albery IP & Munafo M. Psikologi Kesehatan Panduan Lengkap dan Komprehensif Bagi Studi Psikologi Kesehatan. Yogyakarta: Palmall; 2011.
  24. Tabassum F. Role of Maternal Education with Reference to Child Health and Role of Maternal Education with Reference to Child Health and Survival. 2019, (May).
  25. Govindasamy P, Ramesh BM. Maternal Education and the Utilization of Maternal and Child Health Services in India.

- National Family Health Survey Subject Reports [Internet]. 1997, (5):1–28. Available from: [internal-pdf:/1997Govindasamy.pdf%0Ahttps://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/3472/1/NFHSsubj rpt005.pdf](https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/3472/1/NFHSsubj rpt005.pdf).
26. Ye Y, Yoshida Y, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Factors Affecting the Utilization of Antenatal Care Services among Women in Kham District, Xiengkhouang Province, Lao PDR. *Nagoya Journal of Medical Science*. 2010, 72(1–2):23–33.
  27. Mardiana D. Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*. 2019, 3(3):369–381.
  28. Wassihun B, Negese B, Bedada H, Bekele S, Bante A, Yeheyis T, et al. Knowledge of Obstetric Danger Signs and Associated Factors : A Study among Mothers in Shashamane Town, Oromia Region, Ethiopia. *Reproductive Health*. 2020, 17(4):1–8.
  29. Purbaningrum SA, Qadrijati I, Adriana RB, Prasetya H. Multilevel Analysis on the Determinants of Antenatal Care Visit at Community Health Center in Madiun, East Java. *Journal of Maternal and Child Health*. 2019, 4(3):180–189.
  30. Ira I, Sabilu Y, Rasma R. Pemanfaatan Antenatal Care (Anc) oleh Ibu Hamil Pada Masyarakat Desa Mokupa Kecamatan Lambandia Kabupaten Kolaka Timur Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*. 2016, 1(3).