

OTONOMI PEREMPUAN TERHADAP TENAGA PENOLONG PERSALINAN DI KOTA PALANGKA RAYA

Women's Autonomy Against Labor Developers In The Palangka Raya City

Cia Aprilianti

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

ABSTRAK

Latar belakang Otonomi perempuan yang rendah memposisikan ibu hamil yang dalam posisi tak berdaya dan hanya pasrah pada tekanan-tekanan oleh pihak lain, termasuk tidak dapat memutuskan pemilihan penolong persalinannya. Berdasarkan SDKI, dari 93% ibu yang mendapat pemeriksaan kehamilan dari tenaga kesehatan, terdapat 54% yang melahirkan di luar fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan hubungan negatif antara persentase ibu melahirkan di fasilitas kesehatan dengan yang mendapat pemeriksaan kehamilan dari tenaga kesehatan.

Tujuan Mengetahui pengaruh otonomi perempuan terhadap penolong persalinan dan mengetahui pengaruh factor-faktor yang mempengaruhi otonomi perempuan terhadap penolong persalinan.

Metode Jenis penelitian adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan kuantitatif, menggunakan rancangan *cohort prospective*. Subjek penelitian adalah ibu hamil yang telah memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan di Kota Palangka Raya. Pemilihan sampel dilakukan secara *random sampling*. Jumlah sampel 166 orang. Variabel bebas adalah otonomi perempuan dan variabel terikat adalah penolong persalinan. Analisis data kuantitatif terdiri dari analisis univariabel menggunakan distribusi frekuensi dan analisis bivariabel menggunakan uji *chisquare*, serta multivariabel menggunakan regresi logistik sederhana dengan Program Stata versi 11.0.

Hasil Ibu hamil yang memiliki otonomi tinggi mempunyai peluang 1,59 kali lebih besar untuk mendapatkan akses penolong persalinan oleh tenaga kesehatan dibandingkan ibu hamil yang memiliki otonomi rendah (CI 95% 1,27-1,98). Perempuan dengan otonomi tinggi sebesar 59.0% tetapi walaupun sudah memiliki otonomi tinggi, masih terdapat 11.2% yang melahirkan dengan tenaga non nakes. Otonomi perempuan, usia, pekerjaan dan status ekonomi memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dalam pemilihan tenaga penolong persalinan ($p < 0,05$)

Kata kunci: penolong persalinan, otonomi perempuan, persalinan tenaga kesehatan.

ABSTRACT

Background Low women's autonomy positioning pregnant women in a position of helplessness and simply surrender to pressures by other parties, including the helper can not decide elections childbirth. IDHS indicates that, of the 93% of women who received antenatal care from health professionals, there are 54% who gave birth outside health facilities. It showed a negative relationship between the percentage of mothers giving birth in a health facility compared with those receiving antenatal care from health professionals.

Objective Knowing the influence of women's autonomy against birth attendants and determine the influence of the factors that affect the autonomy of women to birth attendants.

Method The study was observational analytic research with a quantitative approach, using a prospective cohort design. Subjects were pregnant women who had checkups to health facilities in the city of Palangkaraya. Sample selection is done by random sampling. Number of samples 166 people. The independent variable is the autonomy of women and the dependent variable is the birth attendant. Quantitative data analysis consisted of univariable using frequency distribution and bivariable analysis using chi-square test, and multivariable logistic regression simple to program Stata version 11.0.

Result Pregnant women who have a high autonomy has a 1.59 times greater chance to gain access to birth attendance by skilled health personnel compared to women who had low autonomy (95%

(CI 95% 1,27-1,98). Women with high autonomy of 59.0%, but even when they have a high autonomy, there are 11.2% who gave birth to the power of non health workers. Mother's age, mother's education and mother's work have a statistically significant relationship in the selection of auxiliary power delivery ($p < 0.05$)

Keywords birth attendants, women's autonomy, delivery of health personnel.

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berbagai program dan kegiatan telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat hingga ke pelosok desa, termasuk untuk meningkatkan cakupan pelayanan antenatal. Dari segi sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan, hingga bulan Desember 2014, tercatat terdapat 9.731 puskesmas di seluruh Indonesia dengan rasio 1,08 puskesmas per 30.000 penduduk. Dengan demikian, rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk sudah mencapai rasio ideal 1:30.000 penduduk, namun penyebarannya masih belum merata. Demikian pula dengan Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) seperti poskesdes dan posyandu. Sampai dengan tahun 2014, tercatat terdapat 55.517 poskesdes yang beroperasi dan 289.635 posyandu di Indonesia.⁽¹⁾

Gambaran upaya kesehatan ibu terdiri dari : (1) pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) pelayanan imunisasi tetanus toksoid wanita usia subur dan ibu hamil, (3) pelayanan kesehatan ibu bersalin, (4) pelayanan kesehatan ibu nifas, (5) pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan, dan (6) pelayanan kontrasepsi. Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan PN) dan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (Cakupan PF). Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2015. Namun demikian, terdapat penurunan dari 90,88% pada tahun 2013 menjadi 88,55% pada tahun 2015.⁽²⁾

Kematian maternal adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Negara dengan penghasilan rendah dan menengah. Sebagian besar kematian maternal dapat dicegah melalui pelayanan kesehatan maternal yang adekuat dan teratur. Otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan adalah salah satu faktor yang mendasar dalam meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Otonomi perempuan yang lebih tinggi berhubungan dengan tingginya pemanfaatan fasilitas kesehatan.⁽³⁾

Ada empat strategi utama bagi upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu. Pertama, meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dan *cost effective*. Kedua, membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya. Ketiga,

mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku sehat. Keempat, mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan ibu dan bayi baru lahir. ⁽²⁾

Penelitian Adhikari (2016) di Nepal tentang pengaruh otonomi perempuan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan diperoleh hasil bahwa faktor sosial demografi seperti usia, jumlah anak yang dilahirkan, tingkat pendidikan, etnis, lokasi tempat tinggal mempengaruhi perempuan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Perempuan yang memiliki otonomi tinggi lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan (OR=1.40; 1.18-1.65). (4) Faktor sosial, kebutuhan yang dirasakan, aksesibilitas ekonomi dan fisik mempunyai hubungan yang signifikan dengan pelayanan antenatal dan persalinan. Determinan penting lainnya adalah riwayat komplikasi, pendapatan keluarga, umur dan pendidikan ibu. ⁽⁵⁾

Melahirkan di fasilitas kesehatan dalam pengawasan tenaga kesehatan terlatih adalah salah satu langkah penting untuk mengurangi/mencegah komplikasi dalam persalinan. Hasil penelitian diperoleh bahwa perempuan yang memiliki otonomi tinggi lebih banyak yang melahirkan dengan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan jika dibandingkan dengan yang memiliki otonomi rendah (OR=1.27; CI=1.09-1.48) ⁽⁶⁾

Pemerintah bersama masyarakat bertanggungjawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, serta akses terhadap keluarga berencana. Di samping itu, pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI ⁽⁷⁾

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang ditemukan dan kajian terhadap beberapa penelitian berkaitan dengan pemilihan penolong persalinan dan otonomi perempuan, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “bagaimana pengaruh otonomi perempuan terhadap tenaga penolong persalinan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Diketuinya pengaruh otonomi perempuan terhadap pilihan penolong persalinan
2. Diketuinya pengaruh faktor-faktor yang berpengaruh terhadap otonomi perempuan pilihan penolong persalinan yang meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sosial ekonomi.

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan cohort prospective, yaitu rancangan studi epidemiologi yang mengidentifikasi kausa, faktor risikonya terlebih dulu, kemudian subjek diikuti secara prospektif

selama periode tertentu untuk mencari terjadi atau tidak terjadinya efek (Bonita et al., 2006). Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui besarnya hubungan antara otonomi ibu hamil dengan tenaga penolong persalinan di Kota Palangka Raya.

B. Variabel Penelitian

Variabel terikat yaitu otonomi perempuan, variabel terikat yaitu tenaga penolong persalinan, variabel luar yaitu usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi.

C. Definisi Operasional

Tabel 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala data	Penilaian
Penolong Persalinan	Penolong Persalinan adalah orang yang membantu ibu dalam proses persalinannya	Nominal	0=Nakes 1=Non Nakes
Otonomi Perempuan	Kemampuan individu perempuan dan kebebasannya untuk bertindak secara mandiri tanpa pengaruh/kendali kewenangan dari orang lain. Otonomi perempuan dinilai menggunakan indeks komposit yaitu dengan menjumlahkan indikator dimensi penyusunnya. Penilaian dimensi otonomi perempuan meliputi pemilihan tempat persalinan, kontrol penghasilan dan kontrol aset keluarga.	Nominal	0=Tinggi 1=Rendah
Usia Ibu	Lama hidup ibu dalam tahun dari lahir sampai saat dilakukan penelitian	Ordinal	0=< 20 tahun 1=21-35 tahun 2=36 tahun
Paritas	Banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Dikategorikan primipara apabila wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali.	Ordinal	0=Nullipara 1=Primipara 2=Multipara
Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh orang tua responden, dikelompokkan menjadi pendidikan dasar jika tamat SMP/SLTP, pendidikan menengah jika tamat SMA/SMK dan pendidikan tinggi jika tamat PT (UU Sisdiknas No. 20 Tahun 2003, 2003)	Ordinal	0 = Dasar 1 = Menengah 2 = Tinggi
Pekerjaan Ibu	Kegiatan yang dilakukan ibu guna menghasilkan barang dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun untuk masyarakat (UU RI. No. 13, 2003: pasal 1 ayat 2). Dikategorikan bekerja jika ibu melakukan kegiatan yang menghasilkan barang dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun untuk masyarakat. Tidak bekerja jika ibu tidak melakukan kegiatan yang menghasilkan barang dan/atau jasa baik untuk memenuhi kebutuhan sendiri maupun untuk masyarakat.	Nominal	0 = Bekerja 1 = Tidak Bekerja

Sosial Ekonomi	Kemampuan keluarga dalam mencukupi kebutuhan hidup yang diukur dari fasilitas rumah tangga yang dimiliki seperti dinding rumah, jenis jamban dan jenis lanatai serta kepemilikan barang bergerak yaitu radio, televisi, kulkas, sepeda motor dan mobil dengan menggunakan <i>Principal Component Analysis</i> (PCA) (Ariawan, 2006), Kuesioner diadopsi dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. Status ekonomi dikelompokkan menjadi 2: Kurang (kuintil 1 dan 2) dan mampu (kuintil 3,4 dan 5).	Nominal	0 = Mampu 1 = Kurang
-------------------	--	---------	-------------------------

D. Populasi dan Sampel

Pada penelitian ini, penentuan kelompok sampel ditentukan secara proporsional dan pemilihan sampel dilakukan dengan cara random sampling, menghitung terlebih dahulu jumlah subjek dalam populasi (terjangkau) yang dipilih sampelnya. Kemudian tiap subjek diberi nomor, dan dipilih sebagian dari mereka dengan bantuan tabel angka random (Sastroasmoro and Ismael, 2008). Perkiraan besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan software PASS (Power Analysis and Sample Size) (Hintze and NCCS, 2008). Dengan α sebesar 0,05 dan Power: 80%, maka besar sampel minimal adalah 166

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Pengumpulan data untuk mengukur otonomi perempuan pada penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari pengisian kuesioner pada subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi yang datang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa kehamilannya. Pengumpulan data dilakukan oleh tim peneliti.
2. Pengumpulan data untuk mengukur tenaga penolong persalinan pada penelitian ini menggunakan data sekunder diperoleh dari catatan medik terutama register persalinan di fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pertolongan persalinan.

F. Metode Pengolahan dan Analisa Data

Pada analisis univariabel, variabel dianalisis secara deskriptif menggunakan tabel distribusi frekuensi dan presentase pada masing-masing kelompok, untuk mengetahui karakteristik subjek penelitian, yang ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi. Pada Analisa bivariabel, uji statistik yang digunakan adalah chi-square, Confidence Interval (CI) 95%. Tingkat kemaknaan pada penelitian ini ditetapkan dengan nilai $p < 0,05$. Pada analisa multivariable uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik dengan tingkat kemaknaan sebesar $p < 0,05$ dengan Confidence Interval (CI) 95%. Variabel yang diikutsertakan pada analisis multivariabel ini adalah variabel bebas dan variabel luar yang memiliki hubungan bermakna.

G. Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan memenuhi etika penelitian sebagaimana tersebut di bawah ini, yaitu: *Informed Consent, Confidentiality, Benefit, Justice*

H. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas di Wilayah Kerja dinas Kesehatan Kota Palangka Raya dengan pertimbangan mudah dijangkau serta belum pernah dilakukan penelitian tentang otonomi perempuan. Pengumpulan data dari bulan Juni-Oktober 2016

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Distribusi frekuensi subjek penelitian

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Subjek Penelitian

Variabel	n	%
Penolong Persalinan		
- Nakes	125	75.3
- Non Nakes	41	24.7
Otonomi Perempuan		
- Tinggi	98	59.0
- Rendah	68	41.0
Usia Ibu		
- < 20 tahun	15	9.0
- 21-35 tahun	126	75.9
- > 36 tahun	25	15.1
Paritas		
- Primipara	41	24.7
- Multipara	115	69.3
- Grande	10	6.0
Pendidikan		
- Dasar	3	1.8
- Menengah	99	59.6
- Tinggi	64	38.6
Pekerjaan		
- Bekerja	127	76.5
- IRT	39	23.5
Sosial Ekonomi		
- Mampu	122	73.5
- Kurang	44	26.5

Tabel 2 menunjukkan sebagian besar subjek penelitian memiliki otonomi tinggi yaitu sebesar 59.0%, melahirkan dengan tenaga kesehatan sebagai penolong sebesar 75.3%, usia ibu saat melahirkan yang tergolong usia berisiko <20 tahun 9.0% dan > 36 tahun sebesar 15.1%, memiliki pendidikan tinggi sebesar 38.6%, memiliki pekerjaan sebesar 76.5% dan tergolong memiliki status ekonomi mampu sebesar 73.5%.

2. Otonomi perempuan dengan penolong persalinan.

Tabel 3 Otonomi Perempuan Dengan Penolong Persalinan

Variabel	Penolong Persalinan				<i>p</i>	RR	95% CI
	Nakes		NonNakes				
	n	%	n	%			
Otonomi Perempuan							
- Tinggi	87	88.8	11	11.2	0.001	1.59	1.27-1.98
- Rendah	38	55.9	30	44.1			

Hasil analisis pada tabel 3 menunjukkan bahwa proporsi subjek persalinan yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi sebesar 88.8% dan pada kelompok perempuan yang memiliki otonomi rendah sebesar 55.9%. Hasil analisis diperoleh hubungan yang bermakna secara statistik.

3. Usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sosial ekonomi dengan penolong persalinan

Tabel 4 Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Sosial Ekonomi Dengan Penolong Persalinan

Variabel	Penolong Persalinan				p	RR	95% CI
	Nakes		Non Nakes				
	n	%	n	%			
Usia Ibu							
- < 20 tahun	13	86.7	2	13.3	0.001	1.45	1.28-1.62
- 21-35 tahun	87	69.0	39	31.0			
- > 36 tahun	25	100.0	0	0			
Paritas							
- Primipara	32	78.0	9	22.0	0.528	1.07	0.87-1.30
- Multipara	84	73.0	31	27.0			
- Grandemultipara	9	90.0	1	10.0			
Pendidikan							
- Dasar	2	66.7	1	33.3	0.532	1.22	0.54-2.73
- Menengah	71	71.7	28	28.3			
- Tinggi	52	81.3	12	18.7			
Pekerjaan							
- Bekerja	105	82.7	22	17.3	0.001	1.61	1.17-2.21
- IRT	20	51.3	19	48.7			
Sosial Ekonomi							
- Mampu	101	82.8	21	17.2	0.001	1.51	1.14-2.01
- Kurang	24	54.6	20	45.4			

Jika dilihat dari table diatas, terdapat hubungan yang bermakna secara statistik pada variabel usia ibu, pekerjaan dan status ekonomi.

4. Usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sosial ekonomi dengan otonomi perempuan

Tabel 5 Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Sosial Ekonomi Dengan Otonomi Perempuan

Variabel	Otonomi				p	RR	95% CI
	Tinggi		Rendah				
	n	%	n	%			
Usia Ibu							
- < 20 tahun	9	60.0	6	40.0	0.001	0.33	0.14-0.77
- 21-35 tahun	82	65.1	44	34.9			
- > 36 tahun	7	28.0	18	72.0	0.001	0.04	0.01-0.34
Paritas							
- Primipara	15	36.6	26	63.4	0.001	0.54	0.35-0.83
- Multipara	77	67.0	38	33.0			
- Grandemultipara	6	60.0	4	40.0			
Pendidikan							
- Dasar	0	0.0	3	100.0			
- Menengah	66	66.7	33	33.3	0.017		
- Tinggi	32	50.0	32	50.0	0.090		
Pekerjaan							
- Bekerja	92	72.4	35	27.6	0.001	4.70	2.23-9.90
- IRT	6	15.4	33	84.6			
Sosial Ekonomi							
- Mampu	89	72.9	33	27.1	0.001	3.56	1.97-6.45
- Kurang	9	20.5	35	79.5			

5. Otonomi perempuan dengan penolong persalinan pada usia ibu, pendidikan dan pekerjaan ibu.

Tabel 6 Usia Ibu, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ibu, Sosial Ekonomi Dengan Otonomi Perempuan

Variabel	Model 1 RR 95% CI	Model 2 RR 95% CI	Model 3 RR 95% CI	Model 4 RR 95% CI	Model 5 RR 95% CI
Otonomi Perempuan					
- Tinggi	6.24** 2.83-13.74	11.9** 5.02-28.61	4.52** 1.88-10.82	4.71** 1.98-11.16	16.08** 4.58-56.44
- Rendah					
Usia Ibu					
- < 20 tahun		4.51 0.84-24.20			4.11 0.74-22.62
- 20-35 tahun					
- > 36 tahun					
Pekerjaan					
- Bekerja		-	2.17 0.89-5.25		1.11 0.29-4.29
- IRT					
Sosek					
- Mampu				1.99 0.84-4.69	0.56 0.14-2.28
- Kurang					

Hasil analisis pada model 1 diperoleh hubungan yang bermakna secara statistik pada perempuan yang memiliki otonomi tinggi dengan penolong persalinan (RR 6.24; CI 95% 2.83-13.74). Analisis untuk model 2, dibangun untuk melihat otonomi perempuan terhadap penolong persalinan dengan mengikutsertakan variabel usia ibu. Disamping itu juga bertujuan untuk melihat besarnya kontribusi variabel usia ibu terhadap penolong persalinan. Analisis model 3 dibangun untuk melihat hubungan otonomi terhadap pekerjaan ibu dengan mengikutsertakan variabel pendidikan ibu. Model ini juga bertujuan untuk melihat besarnya kontribusi variabel pekerjaan ibu terhadap penolong persalinan. Tabel 3 menunjukkan ada hubungan bermakna antara otonomi perempuan dan pekerjaan ibu dengan penolong persalinan (RR = 4.52; CI 95% 1.88-10.82). *Risk Ratio* pekerjaan ibu terhadap penolong persalinan sebesar 2.17 (CI 95% 0.89-5.25). Analisis model 4 dibangun untuk melihat hubungan otonomi terhadap penolong persalinan dengan mengikutsertakan variabel social ekonomi ibu. Model ini juga bertujuan untuk melihat besarnya kontribusi variabel social ekonomi ibu terhadap penolong persalinan. Pada Tabel 4 ada hubungan yang bermakna antara otonomi dan social ekonomi dengan penolong persalinan (RR=1.99; CI 95% 0.84-4.69). Selanjutnya *risk ratio* dari social ekonomi terhadap penolong persalinan sebesar 1.99 (CI 95% 0.84-4.69), Nilai $R^2=0,13$. Analisis model 5 dibangun untuk melihat secara bersama-sama antara variabel otonomi dengan penolong persalinan dengan mengikutsertakan semua variabel luar bermakna (usia, dan pekerjaan dan social ekonomi ibu). Analisis ini juga bertujuan untuk mengetahui seberapa besar kontribusi variabel luar secara bersama-sama terhadap penolong persalinan. Setelah dilakukan uji dengan mengikutsertakan masing-masing variabel, maka model 5 adalah model terakhir untuk melihat hubungan otonomi dan penolong persalinan. Analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara otonomi perempuan, usia, pekerjaan ibu dan social ekonomi dengan penolong persalinan (RR= 16.08; CI 95% 4.58-56.44)

B. Pembahasan

Hasil analisis bivariabel telah membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara otonomi perempuan dengan pilihan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan $p=0.01$, RR=1.59. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Adhikari (2016) yang melakukan penelitian dengan judul *Effect of Women's Autonomy on Maternal Health Service Utilization in Nepal : A Cross Sectional Study* pada 4,148 wanita usia reproduksi yang pernah melahirkan, diperoleh hasil bahwa otonomi perempuan yang diukur melalui kemampuan dalam pengambilan keputusan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan. Pemanfaatan fasilitas kesehatan lebih tinggi pada perempuan yang memiliki otonomi dibandingkan dengan perempuan yang tidak memiliki otonomi.

Melahirkan di fasilitas kesehatan dalam pengawasan tenaga kesehatan terlatih adalah salah satu langkah penting untuk mengurangi/mencegah komplikasi dalam persalinan. Hasil penelitian diperoleh bahwa perempuan yang memiliki otonomi tinggi lebih banyak yang melahirkan dengan tenaga kesehatan di fasilitas

kesehatan jika dibandingkan dengan yang memiliki otonomi rendah (OR=1.27;CI=1.09-1.48). (6) Otonomi berdampak positif dan memiliki efek yang signifikan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan (OR=1.42). Sedangkan menurut Paudel (2010) tingkat pendidikan, tingkat status ekonomi dan lokasi tempat tinggal mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. termasuk didalamnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Otonomi adalah konsep multidimensi dan sulit untuk diukur. Hal ini mengacu pada kemerdekaan atau kebebasan terhadap dilakukannya atau tidak suatu tindakan. Otonomi perempuan adalah fenomena yang dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain faktor sosial budaya yang telah ada dimasyarakat sejak lama.⁽¹⁰⁾ Paudel (2010) menyatakan otonomi perempuan mengacu pada kemampuan perempuan dalam rumah tangga terutama pengambilan keputusan dalam rumah tangga, mengontrol penggunaan pendapatannya sendiri, mengontrol sumber daya miliknya.

Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel usia ibu, pekerjaan ibu, sosial ekonomi ibu dengan penolong persalinan. Pada usia 21-35 tahun resiko gangguan kesehatan pada ibu hamil paling rendah yaitu sekitar 15%. Dari segi perkembangan kematangan, perempuan pada kelompok umur ini telah memiliki kematangan reproduksi, emosional maupun aspek sosial. Meskipun pada saat ini beberapa wanita di usia 21 tahun menunda pernikahan karena belum meletakkan prioritas utama pada kehidupan baru tersebut. Pada umumnya usia ini merupakan usia yang ideal untuk anda hamil dan melahirkan untuk menekan resiko gangguan kesehatan baik pada ibu dan juga janin. Perempuan dengan usia yang tergolong dewasa akan lebih percaya diri daripada perempuan dengan usia yang lebih muda dan remaja^{(11),(12)}

Usia berkaitan dengan pengetahuan dan pengalaman. Remaja dan usia reproduksi sehat belum mempunyai pengetahuan yang cukup dan pengalaman tentang pentingnya persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Perempuan yang lebih tua mungkin merasa mempunyai pengetahuan tentang risiko kehamilan yang lebih besar, sehingga mereka lebih memilih fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan. Usia berpengaruh terhadap tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan. McDonald & Coburn, (1998) menemukan bahwa kelompok perempuan dengan umur lebih dewasa memiliki tingkat pemanfaatan layanan pre-natal yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan perempuan kelompok umur yang tergolong masih muda. Kelompok usia yang sangat muda dan kelompok usia yang tua merupakan kelompok umur yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan karena dihubungkan dengan risiko/komplikasi yang dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas pada usia tersebut.

Faktor determinan ekonomi seperti pekerjaan ibu, sosial ekonomi keluarga meningkatkan peluang mendapatkan pelayanan antenatal yang memadai dan persalinan di fasilitas kesehatan. Sosial ekonomi ibu akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan karena bekerja akan membuat perempuan bersosialisasi di luar rumah termasuk mendapatkan informasi tentang pelayanan kesehatan. Dengan pekerjaan yang dimiliki, seorang perempuan akan memiliki penghasilan sehingga dapat memiliki akses pada pelayanan kesehatan yang lebih

baik. Penghasilan dalam hal ini juga menyangkut kontrol terhadap penghasilan tersebut.⁽⁵⁾

Dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara paritas dan pendidikan ibu dengan otonomi perempuan. Hal ini berbeda dengan penelitian Jejbhoy (2001) yang menemukan bahwa pendidikan ibu mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik terhadap otonomi perempuan. Semakin tinggi pendidikan, semakin tinggi otonomi yang dimiliki oleh perempuan karena semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya termasuk pengetahuan tentang kesehatan.^{(9),(13)}

Pada hasil penelitian ini masih terdapat 24,7% persalinan non nakes, hal ini bisa saja disebabkan anggapan bahwa kehamilan dan persalinan adalah proses yang alamiah sehingga tidak memerlukan pemeriksaan ataupun perawatan dari tenaga kesehatan. Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa persalinan yang dilakukan di rumah masih cukup tinggi, yaitu sebesar 29,6%. Jika kita hubungkan tempat bersalin dengan penyebab lain-lain atau tidak langsung kematian ibu, maka dapat menjadi penyebab kematian ibu.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak mendapat perhatian khusus. Penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu penting untuk dilakukan pemantauan. Hal tersebut dikarenakan Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang peka dalam menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Pemerintah bersama masyarakat bertanggungjawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, serta akses terhadap keluarga berencana. Di samping itu, pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI.⁽⁷⁾

Kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan sudah cukup tinggi dan dapat menjadi modal dasar dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu juga bayi. Hal ini juga perlu didukung dengan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan tersebut, mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan dana ketersediaan serta keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar. Kemampuan tenaga kesehatan dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan masyarakat juga sangat diperlukan karena faktor budaya juga mempunyai peran yang sangat penting oleh sebab itu perlu ada penelitian lebih lanjut menyangkut budaya yang berhubungan dengan otonomi perempuan khususnya dalam bidang kesehatan.

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara otonomi perempuan dengan tenaga penolong persalinan. Perempuan yang memiliki otonomi tinggi memiliki risiko lebih besar untuk melahirkan dengan tenaga kesehatan dibandingkan dengan perempuan yang memiliki otonomi rendah.
2. Perempuan dengan otonomi tinggi sebesar 59.0% tetapi walaupun sudah memiliki otonomi tinggi, masih terdapat 11.2% yang melahirkan dengan tenaga non nakes
3. Perempuan dengan otonomi rendah sebesar 41.0% tetapi walaupun memiliki otonomi rendah, masih terdapat 55.9% yang melahirkan dengan tenaga kesehatan
4. Otonomi, Usia, Pekerjaan, Sosial Ekonomi ibu memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dalam pemilihan tenaga penolong persalinan

B. Saran

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat, tokoh agama tentang kesetaraan antara laki-laki dan perempuan, kesehatan reproduksi,
2. Perlunya penelitian lanjutan tentang pengaruh otonomi perempuan terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan sebagai tempat persalinan terkait dengan budaya yang ada di masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
2. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
3. K.C. Situ. Women's Autonomy And Maternal Health Care Utilization In Nepal. University Of Tampere; 2013.
4. Adhikari R. Effect of Women ' s Autonomy On Maternal Health Service Utilization In Nepal: A Cross Sectional Study. BMC Womens Health [Internet]. 2016;1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0305-7>
5. Mahwati Y, Tinggi S, Kesehatan I, Husada D, Jawa B. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Ibu di Jawa Barat Maternal Health Care Utilization in West Java. 2015;(75).
6. Ameyaw EK, Tanle A, Kissah-Korsah K, Amo-Adjei J. Women ' s Health Decision-Making Autonomy and Skilled Birth Attendance in Ghana. 2016;2016.
7. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Kesehatan Ibu Di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
8. Sastroasmoro S, Ismael S. No Title. 5th ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014.
9. Paudel DR, Pitakmanaket O. Utilization of Maternal Health Service In Nepal.

- JHAS. 2010;1(1):28–37.
10. Dangal G, Ram T. Women ' s Autonomy : New Paradigm In Maternal Health Care Utilization. 2014;3(5).
 11. Burgard S. Race And Pregnancy-Related Care In Brazil And South Africa. 2004;59:1127–46.
 12. Navaneetham K, Dharmalingam A. Utilization Of Maternal Health Care Services In South India. 2000.
 13. Bloom SS, Wypij D, Gupta MDAS. Dimensions Of Women's Autonomy And The Influence On Maternal Health Care Utilization In A North Indian City. 2001;38(1):67–78.