



Pengaruh Pemberdayaan Wanita terhadap Pemilihan Penolong Persalinan pada Tenaga Kesehatan Terampil

The Impact of Women's Empowerment on Selection Skilled Birth Attendant

Mirta Dwi Wulandari^{1*}, Elfrida Zoraya¹

¹Magister Ekonomi Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Universitas Indonesia

*Email korespondensi: atrim.dw@gmail.com

ARTICLE INFO

Article History:

Received May, 11th, 2020

Revised form Jun, 6th, 2020

Accepted Sept, 7th, 2020

Published online Sept, 30th, 2020

Kata Kunci:

Tenaga kesehatan terampil;
pemberdayaan;
sosiodemografis;

Keywords:

Skilled birth attendant;
empowerment;
sociodemographic;

ABSTRAK

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 diperkirakan sebesar 305 kematian per 100,000 kelahiran hidup. Upaya besar perlu dilakukan untuk mencapai target SDGs pada tahun 2030, yaitu 70 kematian maternal. Peningkatan otonomi dan pemberdayaan wanita diharapkan mampu meningkatkan peran wanita dalam keputusan terkait dengan kesehatannya. Penelitian ini bertujuan untuk menunjukkan pengaruh pemberdayaan wanita terhadap pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan terampil, dengan menggunakan data SDKI 2017. Jumlah sampel penelitian ini adalah 14.835 wanita yang berumur 15-49 tahun dengan minimal satu anak lahir hidup, berstatus kawin atau hidup bersama dengan pasangan. Indikator pemberdayaan wanita yang digunakan adalah pendidikan, partisipasi pengambilan keputusan, negosiasi berhubungan seksual dan perilaku terhadap pemukulan. Analisis data dilakukan dengan analisis regresi logistik biner. Seluruh indikator pemberdayaan perempuan, kecuali partisipasi pengambilan keputusan, berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan tenaga kesehatan terampil, setelah dikontrol dengan karakteristik sosiodemografis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meningkatnya penggunaan tenaga kesehatan terampil saat persalinan dapat dilakukan dengan meningkatkan pemberdayaan perempuan, antara lain melalui pendidikan dan penundaan usia kawin. Kebijakan yang tepat sasaran dapat dilakukan dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan penggunaan tenaga kesehatan terampil.

ABSTRACT

The Maternal Mortality Ratio (MMR) in Indonesia was estimated 305 deaths per 100,000 live births in 2015. A large effort needed to reach SDG's target to 70 maternal deaths in 2030, by increasing Skilled Birth Attendant (SBA) use. An increased in autonomy and women's empowerment were expected to be able to increase the role of women in decisions related to their health. This study examined the relationship of women's empowerment with SBA use in Indonesia using the 2017 DHS. The number of samples in this study were 14,835 women aged 15-49 who had one or more children born, and were married or living together with their partners. Women's empowerment indicators used in this study were educations, participation in decision making, negotiating safer sex, and attitude towards wife-beating. Data analysis was performed using binary logistic regression analysis. Overall, women's empowerment indicators except participation in decision making significantly influenced SBA use even after controlled by sociodemographic characteristics. The results of this study indicated that the increased SBA use during childbirth can be done by increasing women's empowerment, including through education and delaying the age of marriage. Well-targeted policies can be carried out by identifying factors that increase the SBA use.

PENDAHULUAN

Kesehatan penduduk merupakan suatu investasi terbesar, sehingga setiap bangsa berusaha meningkatkan kesehatan dan mengurangi angka kematian penduduk agar dapat berkontribusi dalam pembangunan.¹ Salah satu perhatian utama dunia saat ini adalah mengurangi angka kematian khususnya kematian ibu, yaitu kematian ibu saat kehamilan, persalinan, maupun hari paska persalinan.

Berbagai kesepakatan internasional khususnya *Sustainable Development Goals* (SDGs) memasukkan isu kematian ibu dan pemberdayaan perempuan dalam tujuan ketiga dan tujuan kelima. Angka Kematian Ibu yang menjadi tujuan ketiga SDGs ditargetkan pada tahun 2030 sebesar 70 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup. Sementara, pada tujuan kelima, salah satu tujuan yang ingin dicapai adalah memberdayakan kaum perempuan dengan menghapuskan segala bentuk kekerasan terhadap kaum perempuan serta menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi perempuan.² Peningkatan pelayanan kesehatan, serta pembangunan manusia dan masyarakat yang dilakukan melalui pemberdayaan perempuan tercantum dalam RPJMN 2015-2019 dengan arah kebijakan pembangunan kesehatan masyarakat diantaranya hamil dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan dan penurunan kasus kematian ibu di rumah sakit.³

Menurut Kementerian Kesehatan, kejadian kematian ibu dapat disebabkan oleh tiga

kondisi yang akan memperbesar peluang komplikasi persalinan dan mengakibatkan kematian.⁴ Ketiga kondisi tersebut yaitu terlambat memutuskan untuk mencari pertolongan bagi kegawatdaruratan obstetri; terlambat mencari tempat rujukan yang disebabkan keadaan geografis, dan terlambat mendapatkan penanganan yang adekuat di tempat rujukan karena kurangnya sumber daya dan fasilitas kesehatan pada tempat rujukan. Kementerian Kesehatan merekomendasikan persalinan yang ditolong petugas kesehatan yaitu tenaga kesehatan terampil, sehingga keselamatan ibu dan bayi lebih terjamin.⁴ Definisi penolong persalinan terampil menurut WHO adalah profesional kesehatan yang terakreditasi, seperti bidan, dokter atau perawat yang telah memperoleh pendidikan dan pelatihan mengenai kecakapan dalam keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani kehamilan normal (tanpa komplikasi), kelahiran, pelayanan nifas dan juga identifikasi, manajemen, dan sistem rujukan mengenai komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.⁵

Angka kematian ibu menurun dari 359 pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menjadi 305 pada Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015,⁶ tetapi angka ini masih jauh dari target SDGs.³ Jumlah angka kematian ibu yang masih tinggi menunjukkan bahwa kesehatan ibu perlu mendapatkan perhatian, terutama akses terhadap pelayanan kesehatan saat kehamilan, persalinan di fasilitas kesehatan dan dibantu oleh tenaga kesehatan terampil, serta perawatan paska persalinan dan masa nifas.

Pemberdayaan perempuan didefinisikan sebagai proses untuk memperoleh kemampuan untuk menentukan pilihan hidup, termasuk dalam pengambilan keputusan dan memiliki kontrol terhadap sumber daya.^{7,8} Beberapa penelitian menunjukkan bahwa meningkatnya pemberdayaan perempuan berhubungan dengan meningkatnya *outcome* kesehatan reproduksi dan kesehatan maternal seperti penggunaan kontrasepsi, pengaturan jarak kelahiran, perawatan kehamilan dan kelahiran.^{9,10} Diamond-Smith menunjukkan bahwa wanita dengan pengetahuan mengenai peran perempuan lebih cenderung mengalami pengalaman pelayanan medis yang lebih baik saat melahirkan.¹¹

Hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa menurut indeks pemberdayaan perempuan, masih sekitar 60% perempuan yang persalinan pada kehamilan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terampil.¹² Hasil ini masih jauh di bawah target Kementerian Kesehatan RI sebesar 85% persalinan di fasilitas kesehatan pada tahun 2015.¹³ Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mempelajari hubungan antara indikator pemberdayaan perempuan dan status perempuan terhadap pemilihan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 representatif baik nasional dan provinsi yang mengumpulkan data mengenai kesehatan reproduksi, kelahiran dan kontrasepsi wanita usia subur 15-49 tahun. Unit

analisis yang digunakan adalah wanita berumur 15-49 tahun yang mempunyai satu atau lebih anak lahir hidup sejak Januari 2012, dan berstatus kawin atau hidup bersama dengan pasangannya. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 14.835 wanita. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemilihan penolong persalinan pada kelahiran terakhir (lima tahun terakhir). Pendidikan perempuan digunakan sebagai ukuran proksi status perempuan. Variabel ini didefinisikan sebagai tahun lama sekolah perempuan. Variabel lain yang digunakan mencakup karakteristik sosiodemografi perempuan, antara lain umur, paritas, wilayah tempat tinggal (perdesaan atau perkotaan), status pekerjaan menerima bayaran, dan indeks kekayaan rumah tangga. Pengolahan data dilakukan menggunakan perangkat lunak STATA 14.0 dan analisis menggunakan uji regresi logistik biner untuk mengetahui pengaruh status dan pemberdayaan perempuan terhadap pemilihan persalinan pada tenaga kesehatan terampil. Penyajian data dalam bentuk tabel disertai dengan narasi.

Pemberdayaan wanita diukur melalui empat komponen, yaitu: peran perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga, persepsi norma gender terhadap kekerasan, persepsi negosiasi dalam berhubungan seks, dan usia saat perkawinan pertama kali.¹² Peran wanita dalam pengambilan keputusan rumah tangga diperoleh dari partisipasi dalam pengambilan keputusan terkait masalah rumah tangga (perawatan kesehatan diri, pembelian rumah tangga besar, dan kunjungan ke keluarga

atau kerabat). Persepsi norma gender terhadap kekerasan diperoleh dari penerimaan atas pemukulan istri oleh suaminya pada lima kondisi, yaitu jika pergi tanpa memberi tahu, mengabaikan anak, bertengkar dengan suami, menolak untuk berhubungan seksual, atau memasak makanan hingga hangus. Terakhir, persepsi norma gender untuk negosiasi dalam berhubungan seks adalah mengenai kemampuan perempuan untuk menolak berhubungan seksual atau meminta suami atau pasangannya memakai kondom ketika berhubungan seksual. Keempat, usia pada saat perkawinan pertama juga dimasukkan karena dianggap sebagai peristiwa kehidupan yang strategis dan refleksi dari pemberdayaan perempuan. Setiap jawaban setiap indikator untuk variabel dalam komponen pemberdayaan jawaban setiap indikator untuk variabel itu dikodekan biner sehingga total nilai atau skor masing komponen pemberdayaan menjadi skor 0-3 untuk peran wanita dalam pengambilan keputusan, skor 0-5 untuk persepsi norma gender terhadap kekerasan, dan skor 0-2 untuk persepsi norma gender untuk negosiasi dalam berhubungan seks.

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 9,13% responden memilih melahirkan tidak dengan bantuan tenaga kesehatan terampil (Tabel 1). Jika dilihat dari segi dimensi pemberdayaan perempuan, 69,27% perempuan berdaya dalam mengambil keputusan rumah tangga (skor 3), 66,9% negosiasi dalam hubungan seksual (skor 2), 63,8% penolakan

dalam kekerasan (skor 5), dan sebagian besar wanita (71,40%) melahirkan pertama kali pada usia lebih dari 20 tahun. Diantara 69,27% perempuan yang berdaya dalam pengambilan keputusan rumah tangga, terdapat 63,28% mereka yang melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil. Begitu pula dengan perempuan yang berdaya dalam negosiasi dalam hubungan seksual dan berdaya dalam penolakan kekerasan, perempuan yang melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil lebih banyak dibandingkan dengan tanpa bantuan tenaga kesehatan terampil. Pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil cenderung dipilih oleh perempuan yang memiliki kemampuan atau pemberdayaan dalam ikut mengambil keputusan rumah tangga, negosiasi dalam hubungan seksual, menolak kekerasan, dan melahirkan pertama kali ketika telah berusia lebih dari 20 tahun (Tabel 1).

Gambaran karakteristik sosial demografi responden (baik yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan terampil maupun tidak) menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 25-34 tahun (51,22%), bersekolah selama 10 tahun atau lebih (49,96%), tidak bekerja/bekerja tetapi tidak memperoleh bayaran (58,98%), tinggal di perdesaan (50,70%), mempunyai anak 1 atau 2 (63,05%), dan 45,94% merupakan kelompok miskin (kuintil kekayaan terbawah dan menengah bawah) (Tabel 2).

Tabel 1. Gambaran Pemilihan Penolong Persalinan Menurut Pemberdayaan Perempuan

Dimensi Pemberdayaan Perempuan	Penolong Persalinan			
	Bukan Tenaga Kesehatan Terampil		Tenaga Kesehatan Terampil	
	n = 1.354	%	n = 13.481	%
Peran Perempuan dalam Pengambilan Keputusan				
Skor 0	79	0,53	566	3,82
Skor 1	142	0,96	1044	7,05
Skor 2	229	1,55	2477	16,72
Skor 3	902	6,09	9374	63,28
Peran Perempuan dalam Negosiasi Ketika Berhubungan Seksual				
Skor 0	305	2,06	1110	7,48
Skor 1	425	2,87	3069	20,69
Skor 2	624	4,21	9298	62,69
Peran Perempuan dalam Penolakan Kekerasan				
Skor 0	41	0,28	154	1,04
Skor 1	63	0,42	255	1,72
Skor 2	121	0,82	682	4,60
Skor 3	219	1,48	1727	13,12
Skor 4	177	1,19	1922	12,96
Skor 5	732	4,73	8733	58,87
Usia Melahirkan Pertama Kali (Tahun)				
< 20	645	4,35	3598	24,25
≥ 20	709	4,78	9883	66,62

Sumber: Data Sekunder SDKI, 2017

Jika dilihat dari pendidikan, semakin lama perempuan bersekolah maka semakin besar persentase perempuan dengan persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan terampil. Menurut wilayah tempat tinggal, perempuan yang tinggal di perdesaan masih banyak yang memilih persalinan tanpa bantuan tenaga kesehatan terampil (7,15%). Selain itu, perekonomian rumah tangga juga berperan dalam penentuan pemilihan penolong persalinan. Perempuan yang ekonomi rumah tangga berada pada kuintil 1 lebih banyak yang melahirkan tanpa bantuan tenaga kesehatan terampil. Semakin baik perekonomian rumah tangga (semakin besar kuintil kekayaan), semakin kecil persentase perempuan yang melahirkan tanpa bantuan tenaga kesehatan terampil. Berdasarkan karakteristik

sosial demografi itu, perempuan yang berpendidikan tinggi, tinggal di perkotaan, dan mempunyai perekonomian yang baik cenderung untuk memilih persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil.

Berdasarkan analisis bivariat (model 1 pada Tabel 3), semua dimensi pemberdayaan perempuan signifikan mempengaruhi pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Kecenderungan pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil akan lebih besar 1,13 kali pada perempuan yang berperan dalam mengambil keputusan rumah tangga ($p=0,000$; $OR=1,13$; $95\% CI=1,06<OR<1,21$), 2,03 kali pada perempuan yang mampu bernegosiasi dalam hubungan seksual ($p=0,000$; $OR=2,03$; $95\% CI=1,89<OR<2,18$), 1,27 kali lebih

besar pada perempuan yang mampu menolak kekerasan ($p=0,000$; $OR=1,27$; $95\% CI=1,22<OR<1,33$), dan 1,15 kali lebih besar pada perempuan yang melahirkan pertama kali ketika berusia lebih dari 20 tahun ($p=0,000$; $OR=1,15$; $95\% CI=1,13<OR<1,17$) terhadap perempuan yang tidak melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil. Variabel kontrol yang juga signifikan memengaruhi pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil antara lain lamanya sekolah, status pekerjaan,

paritas, wilayah tempat tinggal, dan kuintil kekayaan (Tabel 3).

Hasil analisis logistik tanpa variabel kontrol (model 2), berdasarkan Tabel 3 diperoleh bahwa nilai statistik uji F ($p=0,000$) lebih kecil dari $\alpha (0,05)$ yang menyatakan bahwa semua variabel pemberdayaan perempuan dan status perempuan berpengaruh signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil.

Tabel 2. Karakteristik Sosial Demografi

Karakteristik	Penolong Persalinan			
	Bukan Tenaga Kesehatan Terampil		Tenaga Kesehatan Terampil	
	n = 1.354	%	n = 13.481	%
Umur (tahun)				
15-19	52	0,35	315	2,12
20-24	219	1,48	2073	13,97
25-29	316	2,13	3403	22,94
30-34	326	2,20	3554	23,96
35-39	257	1,73	2721	18,34
40-44	144	0,97	1171	7,89
45-49	40	0,27	244	1,64
Lamanya Sekolah (tahun)				
0	96	0,65	122	0,82
1-6	707	4,77	3062	20,64
7-9	287	1,93	3149	21,23
≥ 10	264	1,78	7148	48,18
Status Pekerjaan				
Tidak bekerja/Bekerja tidak dibayar	949	6,40	7801	52,59
Bekerja yang dibayar	405	2,73	5680	38,29
Wilayah Tempat Tinggal				
Perkotaan	294	1,98	7021	47,33
Perdesaan	1060	7,15	6460	43,55
Paritas				
1-2	636	4,29	8718	58,77
3-4	449	3,03	3879	26,15
5+	269	1,81	884	5,96
Kuintil Kekayaan				
Terbawah	907	6,11	2982	20,10
Menengah bawah	243	1,64	2683	18,09
Menengah	123	0,83	2674	18,02
Menengah atas	57	0,38	2623	17,68
Teratas	24	0,16	2519	16,98

Sumber: Data Sekunder SDKI, 2017

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat dan Multivariat

Variabel	Model 1 (Bivariat)	Model 2	Model 3
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Status Perempuan			
Lamanya sekolah	1.264*** (1.24-1.28)	1.212** (1.19-1.23)	1.121** (1.10-1.14)
Dimensi Pemberdayaan Perempuan			
Peran dalam pengambilan keputusan	1.133*** (1.06-1.21)	1.014 (0.95-1.08)	1.052 (0.98-1.13)
Peran dalam negosiasi hubungan seks	2.029*** (1.89-2.18)	1.553*** (1.43-1.68)	1.281*** (1.18-1.39)
Peran dalam penolakan kekerasan	1.274*** (1.22-1.33)	1.176*** (1.13-1.23)	1.093*** (1.04-1.14)
Usia Melahirkan Pertama Kali	1.151*** (1.13-1.17)	1.073*** (1.06-1.09)	1.046*** (1.02-1.07)
Variabel kontrol			
Umur	1.000 (0.99-1.01)	-	1.018** (1.00-1.03)
Status pekerjaan	1.706*** (1.51-1.93)	-	1.049 (0.92-1.20)
Wilayah tempat tinggal	0.255*** (0.22-0.29)	-	0.701*** (0.60-0.82)
Paritas	0.749*** (0.73-0.77)	-	0.867*** (0.82-0.91)
Kuintil Kekayaan			
Terbawah (acuan)			
Menengah bawah	3.358*** (2.89-3.90)	-	2.284*** (1.95-2.68)
Menengah	6.612*** (5.43-8.04)	-	3.542*** (2.87-4.37)
Menengah atas	13.997*** (10.66-18.38)	-	5.946*** (4.43-7.98)
Teratas	31.924*** (21.21-48.04)	-	9.577*** (6.22-14.73)
Konstanta	-	0.110*** (0.07-0.16)	0.437** (0.25-0.76)

Sumber: Data Sekunder SDKI, 2017

* $p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Variabel yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil antara lain status perempuan, negosiasi dalam hubungan seks, penolakan kekerasan, dan usia saat melahirkan pertama kali minimal 20 tahun. Sementara, variabel kemampuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga tidak signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil.

Hasil analisis logistik dengan variabel kontrol (model 3 pada Tabel 3) juga menunjukkan bahwa semua variabel independen yang digunakan secara bersama-sama memengaruhi variabel dependen. Hampir semua variabel independen memengaruhi pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil kecuali variabel kemampuan perempuan dalam pengambilan keputusan rumah tangga dan partisipasi kerja perempuan tidak signifikan berdasarkan model 3.

Status perempuan yang diukur dengan pendidikan (lamanya sekolah) menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan perempuan (semakin lama sekolahnya), maka semakin besar kecenderungan perempuan memilih persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil ($p=0,000$; $OR=1,12$; $95\% CI=1,10<OR<1,14$). Sementara, jika dilihat dari dimensi pemberdayaan perempuan, semakin berdaya perempuan dalam negosiasi hubungan seksual ($p=0,000$; $OR=1,28$; $95\% CI=1,18<OR<1,39$) dan penolakan kekerasan ($p=0,000$; $OR=1,09$; $95\% CI=1,04<OR<1,14$), kecenderungan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil semakin besar. Begitu pula dengan usia saat melahirkan pertama kali. Perempuan yang ketika melahirkan pertama kali berumur 20 tahun atau lebih, kecenderungan memilih persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan terampil lebih besar ($p=0,000$; $OR=1,04$; $95\% CI=1,02<OR<1,07$) dibandingkan mereka yang usia melahirkan pertama kali kurang dari 20 tahun.

Berdasarkan karakteristik sosial demografi yang digunakan dalam penelitian ini, umur perempuan, wilayah tempat tinggal, paritas, dan kekayaan rumah tangga signifikan memengaruhi pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Semakin tua umur perempuan, kecenderungan melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil semakin besar ($p=0,000$; $OR=1,01$; $95\% CI=1,00<OR<1,03$). Perempuan yang tinggal di perkotaan lebih kecil kecenderungannya untuk memilih persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil

dibandingkan dengan yang tinggal di perdesaan ($p=0,000$; $OR=0,70$; $95\% CI=0,60<OR<0,82$). Semakin besar paritas, semakin kecil kecenderungan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil ($p=0,000$; $OR=0,87$; $95\% CI=0,82<OR<0,91$). Kecenderungan perempuan yang berasal dari rumah tangga menengah bawah, menengah, menengah atas, dan teratas untuk memilih persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil lebih besar dibandingkan perempuan dari rumah tangga miskin (kuintil 1), yaitu berturut-turut sebesar 2,28 kali ($p=0,000$; $OR=2,28$; $95\% CI=1,95<OR<2,68$), 3,54 kali ($p=0,000$; $OR=3,54$; $95\% CI=2,87<OR<4,37$), 5,95 kali ($p=0,000$; $OR=5,95$; $95\% CI=4,43<OR<7,98$), dan 9,58 kali ($p=0,000$; $OR=9,58$; $95\% CI=6,22<OR<14,73$). Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin kaya rumah tangga seorang perempuan, semakin besar kecenderungan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perempuan dan beberapa dimensi pemberdayaan perempuan memengaruhi pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Status perempuan yang diukur dengan variabel pendidikan menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan meningkatkan kecenderungan memilih penolong persalinan pada tenaga kesehatan terampil. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Gitimu di Kenya bahwa kecenderungan pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil pada perem-

puan dengan pendidikan tertinggi (tersier atau universitas) 8 kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan yang tidak berpendidikan. Perempuan dengan pendidikan sekunder 4 kali lebih besar dan dengan pendidikan primer 3 kali lebih besar untuk memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil.¹⁴ Peningkatan pendidikan perempuan dapat mengurangi tingkat fertilitas, meningkatkan penggunaan kontrasepsi, dan meningkatkan praktek kesehatan reproduksi.¹⁵ Pengetahuan yang dimiliki oleh perempuan juga memengaruhi perilaku *Antenatal Care* (ANC). Semakin baik pengetahuan ibu tentang kehamilan, persalinan dan nifas maka semakin besar intensitas kunjungan ANC pada tenaga kesehatan.¹⁶

Variabel negosiasi dalam hubungan seksual berpengaruh positif dan signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan terampil. Semakin kuat peran perempuan dalam negosiasi hubungan seksual dengan pasangannya meningkatkan 28,1% peluang pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Simamoto dan Gipson di Tanzania dan Senegal. Pandangan tentang negosiasi dalam hubungan seksual berpengaruh signifikan dan positif terhadap pemanfaatan tenaga kesehatan yang terampil dalam persalinan di Tanzania, yaitu kecenderungannya 38% kali lebih tinggi dibanding yang tidak. Namun, hasilnya berbeda pada Senegal. Perbedaan karakteristik sosial-demografi menjadi penyebab perbedaan hasil antara di Tanzania dan Senegal.¹⁷ Kemampuan perem-

puan bernegosiasi dalam hubungan seksual menunjukkan bahwa perempuan dapat memperjuangkan haknya dalam pernikahan, meskipun ada norma yang berlaku dalam masyarakat bahwa perempuan tidak dapat menolak ajakan suami dalam berhubungan seksual.¹⁸

Pandangan mengenai kekerasan terhadap istri pada penelitian ini menunjukkan pengaruh yang positif dan signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan terampil. Hasil ini sejalan dengan penelitian di Senegal bahwa setiap kenaikan 1 unit satuan pandangan kekerasan terhadap istri akan meningkatkan 9,1% peluang untuk memilih penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil.¹⁷ Pandangan mengenai kekerasan terhadap istri menjadi faktor pertama dan berkelanjutan dari indikator pemberdayaan perempuan di wilayah Afrika.¹⁹ Kekerasan terhadap perempuan dapat berdampak terhadap kesehatan mental korban.²⁰ Selain itu, kekerasan terhadap perempuan yang sedang hamil dapat mengakibatkan kelahiran prematur dan kelahiran bayi berat badan rendah.²¹

Usia ibu saat melahirkan pertama kali berpengaruh positif dan signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan pada tenaga kesehatan yang terampil. Ibu yang saat melahirkan berusia 20 tahun ke atas lebih cenderung untuk memilih penolong persalinan pada tenaga kesehatan yang terampil 4,6% daripada yang berusia kurang dari 20 tahun. Hal tersebut disebabkan bahwa ibu yang telah berusia 20 tahun ke atas menyadari bahwa semakin tua, semakin besar risiko kematian saat

persalinan sehingga lebih cenderung memilih penolong persalinan pada tenaga kesehatan terampil. Hasil penelitian ini juga serupa dengan hasil penelitian Sebayang di Myanmar yaitu adalah adanya interaksi antara usia pertama persalinan perempuan terhadap perawatan antenatal, perempuan yang lebih tua mempunyai pengetahuan yang lebih banyak tentang ANC. Sementara itu, perempuan yang melahirkan pada usia muda mengandalkan keputusan kesehatannya pada keluarganya.²²

Sementara itu, variabel peran perempuan dalam pengambilan keputusan berhubungan positif tetapi tidak signifikan terhadap pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Artinya penelitian ini tidak cukup bukti untuk menyatakan hubungan antara peran perempuan dalam pengambilan keputusan dan pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Chol, Agho dan Cumming, bahwa otonomi perempuan terhadap pengambilan keputusan rumah tangga di 33 negara Sub Sahara Afrika berhubungan positif dan signifikan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan maternal seperti ANC dan kunjungan ke tenaga kesehatan terampil. Kecenderungan perempuan yang mempunyai otonomi terhadap pendapatan dan pengeluaran rumah tangga 50% lebih besar untuk melakukan ANC lebih dari 4 kali dan memanfaatkan tenaga kesehatan terampil untuk penolong persalinan.²³ Selain itu, peran perempuan dalam pengambilan keputusan juga dapat diukur dari otonomi wanita dalam kesehatan. Perempuan

yang memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan cenderung lebih memanfaatkan fasilitas kesehatan dan bantuan tenaga kesehatan terampil untuk persalinan karena mampu membuat pilihan yang tepat dan mengakses layanan kesehatan berkualitas terutama saat persalinan.²⁴

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil dipengaruhi secara bersama-sama oleh status dan pemberdayaan perempuan. Secara parsial, pemilihan penolong persalinan dengan tenaga kesehatan terampil berhubungan positif dan signifikan dengan status perempuan, peran perempuan dalam negosiasi ketika berhubungan seksual dengan pasangan, peran dalam penolakan kekerasan, usia saat melahirkan pertama kali. Hasil tersebut juga konsisten setelah dikontrol dengan faktor sosial demografi (umur perempuan, paritas, wilayah tempat tinggal, dan kuintil kekayaan rumah tangga). Persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terampil lebih dipilih oleh perempuan yang berpendidikan tinggi, memiliki otonomi dalam negosiasi ketika berhubungan seksual, memiliki otonomi dalam penolakan kekerasan, dan usia melahirkan pertama kali lebih dari 20 tahun.

Hasil penelitian ini juga memberikan sinyal bahwa ada potensi manfaat yang besar dan dapat diperoleh dengan meningkatnya status dan pemberdayaan perempuan. Manfaat ini bersifat *preventif* sebagai usaha untuk menurunkan risiko komplikasi dan kematian ibu

saat persalinan. Oleh karena itu, salah satu upaya yang tepat untuk mencapai target SDGs 3 dalam mengurangi angka kematian ibu hingga 70 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 adalah peningkatan pemberdayaan perempuan (SDGs 5).

REFERENSI

1. Moene, KO. Investing in Health for Economic Development. *Journal Forum for Development Studies*. 2002;29(1):240-243.
2. WHO. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Switzerland: World Health Organization; 2016.
3. BAPPENAS. Rencana Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Agenda Pembangunan Bidang (The National Development Plan 2015-2019 Sectoral Development Agenda). Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional; 2015.
4. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
5. Newman, BY. The Optometric Tower of Babel. *Optometry Journal of the American Optometric Association*. 2005;76(8):424-425.
6. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
7. Kabeer, N. Discussing Women's Empowerment: Theory and Practice. Sida Studi. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency; 2001.
8. Malhotra A, Schuler SR. Women's Empowerment as a Variable in International Development. Washington DC: The World Bank; 2005.
9. Samari, G. First Birth and the Trajectory of Women's Empowerment in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(362):43-55.
10. Hameed W, Azmat SK, Ali M, Sheikh MI, Abbas G, Temmerman M, Avan BI. Women's Empowerment and Contraceptive Use: The Role of Independent Versus Couples' Decision-Making, from a Lower Middle Income Country Perspective. *PLoS One*. 2014;9(8):1-9.
11. Diamond-Smith N, Treleaven E, Murthy N, Sudhinaraset M. Women's Empowerment and Experiences of Mistreatment During Childbirth in Facilities in Lucknow, India: Results from a Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(335):129-141.
12. BKKBN, BPS, Kemenkes, USAID. Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, U.S Agency for International Development; 2018.
13. Kemenkes. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
14. Gitimu A, Herr C, Oruko H, Karijo E, Gichuki R, Ofware P, et al. Determinants of Use of Skilled Birth Attendant at Delivery in Makueni, Kenya: a Cross Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(9):1-7.
15. Samarakoon S, Parinduri RA. Does Education Empower Women? Evidence from Indonesia. *World Development*. 2015; 66:428-442.
16. Sumarni S. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil terhadap Perilaku ANC. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Hasanuddin*. 2014;10(4):200-204.
17. Shimamoto K, Gipson JD. The Relationship of Women's Status and Empowerment with Skilled Birth Attendant Use in Senegal and Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(154):1-11.
18. Kishor S, Gupta K. Gender Equality and Women's Empowerment in India: National Family Health Survey (NFHS-3) India 2005-06. Mumbai: International Institute for Population Sciences; Calverton, Maryland, USA: ICF Macro; 2009.

19. Asaolu IO, Alaofè H, Gunn JK, Adu AK, Monroy AJ, Ehiri JE, Hayden MH, Ernst KC. Measuring Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the Demographic and Health Surveys. *Frontiers in Psychology*. 2018;9(994):1-10.
20. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult Experience of Mental Health Outcomes as a Result of Intimate Partner Violence Victimization: a Systematic Review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1).
21. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Selected Birth Outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016;133(3):269-276.
22. Sebayang SK, Efendi F, Astutik E. Women's Empowerment and the Use of Antenatal Care Services: Analysis of Demographic Health Surveys in Five Southeast Asian Countries. *Women & Health*. 2019;59(10):1155-1171.
23. Chol C, Negin J, Agho KE, Cumming RG. Women's Autonomy and Utilisation of Maternal Healthcare Services in 31 Sub-Saharan African Countries: Results from the Demographic and Health Surveys, 2010-2016. *BMJ Open*. 2019;9(3):1-9.
24. Ameyaw EK, Tanle A, Kissah-Korsah K, Amo-Adjei J. Women's Health Decision-Making Autonomy and Skilled Birth Attendance in Ghana. *International Journal of Reproductive Medicine*. 2016;2016:1-9.