



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
PENCARIAN PELAYANAN ANTENATAL CARE (ANC) PADA
WANITA YANG MELAKUKAN PERNIKAHAN DINI
DI KABUPATEN BREBES JAWA TENGAH**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :

Fitriana Dwi Rahayu

NIM 6411415071

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2019

ABSTRAK

Fitriana Dwi Rahayu

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC) pada Wanita yang Melakukan Pernikahan Dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah

XVI+ 98 halaman + 20 tabel + 2 gambar + 11 lampiran

Kabupaten Brebes pada tahun 2017 tercatat sebanyak 18.789 pernikahan, dengan jumlah pengajuan dispensasi pernikahan dini mempelai laki-laki sebanyak 46 orang dan jumlah mempelai perempuan sebanyak 44 orang. Jumlah ibu hamil pada tahun 2018 yang berusia dibawah 20 tahun sebanyak 2.712 orang. Jumlah kematian ibu di Kabupaten Brebes sebanyak 30 kasus, sebanyak 4,42% merupakan ibu berusia <20 tahun. Sedangkan, ada sebanyak 1.722 jumlah BBLR dan 2 dilahirkan dari ibu berusia <20 tahun. Tujuan penelitian mengetahui gambaran mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

Jenis penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel yang ditetapkan 103 orang, dengan menggunakan teknik pengambilan sampel secara *proporsional random sampling*. Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu kuesioner. Data dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan perangkat SPSS.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara tingkat pendidikan ($p=0,019$), kemampuan akses ke pelayanan kesehatan ($p=0,009$), kualitas pelayanan kesehatan ($p=0,044$), persepsi individu tentang kehamilan ($p=0,006$) dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes.

Saran penelitian lebih mengoptimalkan publikasi dan promosi kesehatan mengenai kehamilan pada masyarakat, serta mengaktifkan kembali forum-forum remaja yang ada di desa.

Kata Kunci: Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan, *Antenatal Care* (ANC), Pernikahan Dini, Kematian Ibu

Kepustakaan: 51 (2006-2018)

ABSTRACT

Fitriana Dwi Rahayu

Factors Related to Antenatal Care (ANC) Service Behavior in Women Who Do Early Marriage in Brebes Regency, Central Java

XVI + 98 pages + 20 table + 2 image + 11 attachments

In 2017, Brebes Regency was 18,789 marriages, with 46 bridegroom and 44 brides dispensations early marriage submitted. The pregnant women in 2018 who are under 20 years old there are as many as 2.712 people. The maternal deaths in Brebes Regency occupies the highest number of 30 cases, as many as 4.42% were mothers aged <20 years. Meanwhile, there were 1.722 BBLR and 2 born from mothers aged <20 years. The purpose of this study is to find a description of the factors associated with the antenatal care (ANC) services behavior for women who have early marriage in Brebes Regency, Central Java.

This type of research is an observational study using a cross sectional approach. The sample determined in this study was 103 people using proportional random sampling technique. The research instrument used in this study was a questionnaire. Data were analyzed using Chi-Square test with SPSS devices.

The results of this study indicate that there is a relationship between education level ($p = 0.019$), ability to access health services ($p = 0.009$), quality of health services ($p = 0.044$), individual perceptions about pregnancy ($p = 0.006$) with the search behavior of antenatal care (ANC) services for women who have early marriage in Brebes Regency.

The suggestion of this research is to optimize publicity and health promotion regarding pregnancy in the community, and reactivate youth forums in the village.

Keywords: Health Seeking Behavior, Antenatal Care (ANC), Early Marriage, Mother's Death

Literature: 51 (2006-2018)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam pustaka.

Semarang, Agustus 2019

Penulis,



Fitriana Dwi Rahayu

NIM 6411415071

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada Wanita yang Melakukan Pernikahan Dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah" yang disusun oleh Fitriana Dwi Rahayu, NIM 6411415071 telah disetujui untuk diujikan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Rabu, 09 Oktober 2019


Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B



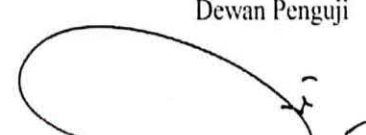


Prof. Umi Yandiyó Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Panitia Ujian

Sekretaris,



Dr. Irwan Budiono, M.Kes. (Epid)
NIP. 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes. NIP. 198205182012121002	22 / 10 - 2019
Penguji II	 Nur Siyam, S.K.M., M.P.H. NIP. 198705222015042001	18 - 10 - 2019
Penguji III	 Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes. NIP. 197607192008121002	18 / 10 / 2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Bismillah, semua pencapaian karena Allah karenanya setelah berusaha pasrahkan pada-Nya.
2. Usaha tak akan mengkhianati hasil
3. Hargai semua orang yang berjuang untukmu, baik doa, tenaga, biaya, waktu, dan lainnya.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah S.W.T
2. Bapak Suyana dan Ibu Eny Wahyuningtyas
3. Mbak Anita Oktariyani
4. Sahabat-sahabatku
5. Keluarga keduaku (Karisma FIK, DPM FIK, DPM KM, KAP, UMAI, FL2MI Jateng)
6. Penyemangatku
7. Almamaterku UNNES

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah, dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada Wanita yang Melakukan Pernikahan Dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah” dapat terselesaikan. Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

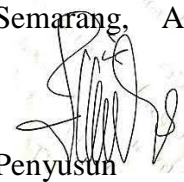
Keberhasilan penulisan skripsi ini tidak luput dari dukungan, bimbingan, dan kerjasama berbagai pihak. Sehubungan dengan penyelesaian skripsi ini, maka ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid)., atas persetujuan dalam penyusunan skripsi.
3. Dosen pembimbing, Bapak Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes., atas bimbingan dan arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi.
4. Bapak Ibu dosen PKIP Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas arahan, waktu, kesempatan, pengalaman pengabdian, pengalaman penelitian, yang diberikan kepada saya.

5. Bapak dan Ibu dosen serta staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, bimbingan dan bantuan.
6. BKKBN Jawa Tengah, yang telah membantu dalam pengambilan data.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.
8. Puskesmas se-Kabupaten Brebes.
9. Kedua orang tua, kakak, saudara, sahabat, rekan, atas dukungan moril dan materil.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga masukkan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan guna penyempurnaan penyusunan skripsi.

Semarang, Agustus 2019


Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
PRAKATA.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	8
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	8
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	8
1.3 TUJUAN PENELITIAN	9
1.3.1 Tujuan Penelitian Umum	9
1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus	10
1.4 MANFAAT	11
1.4.1 Bagi Pemerintah.....	11
1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat	11
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	11
1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	12
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	12
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN	16
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	16
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	16

1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan	16
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....		17
2.1	LANDASAN TEORI	17
2.1.1	Konsep Perkawinan dan Perkawinan Anak.....	17
2.1.2	Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Anak.....	19
2.1.3	Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan ...	21
2.1.4	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	23
2.1.5	Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan	23
2.1.6	Health Seeking Behavior.....	26
2.1.7	Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan ...	28
2.1.8	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.....	43
2.2	KERANGKA TEORI.....	46
BAB III METODE PENELITIAN.....		47
3.1	KERANGKA KONSEP	47
3.2	VARIABEL PENELITIAN.....	48
3.2.1	Variabel Bebas	48
3.2.2	Variabel Terikat	48
3.3	HIPOTESIS PENELITIAN.....	48
3.4	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	49
3.5	DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL.....	50
3.6	POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	53
3.6.1	Populasi Penelitian.....	53
3.6.2	Sampel Penelitian.....	53
3.7	SUMBER DATA.....	55
3.7.1	Data Primer	55
3.7.2	Data Sekunder	55
3.8	INSTRUMEN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	56
3.8.1	Instrumen Penelitian.....	56
3.8.2	Teknik Pengambilan Data	57
3.9	PROSEDUR PENELITIAN	58

3.9.1	Tahap Persiapan	58
3.9.2	Tahap Pelaksanaan	58
3.10	TEKNIK ANALISIS DATA	59
3.10.1	Analisis Univariat	59
3.10.2	Analisis Bivariat	60
BAB IV	HASIL PENELITIAN	61
4.1	GAMBARAN UMUM	61
4.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	61
4.1.2	Gambaran Umum Subjek Penelitian	62
4.2	HASIL PENELITIAN	64
4.2.1	Analisis Univariat	64
4.2.2	Analisis Bivariat	70
BAB V	PEMBAHASAN	81
5.1	PEMBAHASAN	81
5.2	HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	82
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	99
6.1	SIMPULAN	89
6.2	SARAN	90
DAFTAR PUSTAKA	102
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	12
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	50
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal.....	63
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	64
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	66
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan.....	66
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	67
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan.....	67
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Kemampuan Akses ke Pelayanan ANC.....	68
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Layanan	68
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Kesehatan....	69
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Individu tentang Kehamilan.....	69
Tabel 4.11 Crosstab Hubungan antara Pekerjaan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	70
Tabel 4.12 Crosstab Hubungan antara Pendapatan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	71
Tabel 4.13 Crosstab Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	72
Tabel 4.14 Crosstab Hubungan antara Pengetahuan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	73
Tabel 4.15 Crosstab Hubungan antara Kemampuan Akses ke Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	74
Tabel 4.16 Crosstab Hubungan antara Ketersediaan Layanan Kesehatan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	75

Tabel 4.17 Crosstab Hubungan antara Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	76
Tabel 4.18 Crosstab Hubungan antara Persepsi Individu tentang Kehamilan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Antenatal Care (ANC).....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SK Pembimbing Skripsi.....	108
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas.....	109
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes....	110
Lampiran 4. <i>Ethical Clearence</i>	112
Lampiran 5. Surat Balasan Puskesmas.....	113
Lampiran 6. Persetujuan Responden.....	114
Lampiran 7. Instrumen Penelitian.....	115
Lampiran 8. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	124
124	
Lampiran 9. Data Hasil Penelitian.....	129
Lampiran 10. Hasil Uji Statistik Penelitian.....	133
Lampiran 11. Dokumentasi.....	144

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKI	: Angka kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal care</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BBR	: Berat Badan Rendah
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BPS	: Badan Pusat Statistik
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
<i>Drop Out (DO)</i>	: ibu hamil yang tidak mendapatkan pelayanan antenatal
<i>Expected Count</i>	: frekuensi yang diharapkan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
K1	: Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan pada trimester I
K4	: Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>Stakeholder</i> (pemangku kebijakan)	: suatu masyarakat, kelompok, komunitas ataupun individu manusia yang memiliki hubungan dan kepentingan terhadap suatu organisasi atau perusahaan

UPTD : Unit Pelayanan Teknis Daerah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pernikahan usia dini adalah pernikahan yang dilaksanakan pada usia yang melanggar aturan undang-undang perkawinan yaitu perempuan kurang dari 16 tahun dan laki-laki kurang dari 19 tahun. Pernikahan pada usia dini merupakan bentuk kegiatan yang sudah dilaksanakan oleh masyarakat. Dipengaruhi oleh banyak faktor dan melibatkan berbagai faktor perilaku. Pernikahan usia dini sebagai bentuk perilaku yang sudah dapat dikatakan membudaya dalam masyarakat. Maksudnya bahwa batasan individu dengan meninjau kesiapan dan kematangan usia individu bukan menjadi penghalang bagi seseorang untuk tetap melangsungkan pernikahan (Landung, 2009).

Pernikahan usia dini di Jawa Tengah terhitung tinggi. Selama 2016, tercatat ada 30.128 pengajuan dispensasi untuk perkawinan anak usia di bawah 16 tahun. Dari jumlah tersebut, yang disahkan menjadi pernikahan hanya 2.900. Data pengajuan dispensasi periode 2016 itu diperoleh dari Pengadilan Tinggi Agama Jateng pada akhir tahun lalu (Permana, 2017). Pernikahan usia dini di daerah perdesaan sepertiga lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan (masing-masing 29,2 persen dan 19,0 persen pada tahun 2012). Akan tetapi, daerah perdesaan telah menunjukkan penurunan persentase pernikahan usia dini dari 33,5 persen pada tahun 2008 menjadi 29,2 persen pada tahun 2012, sementara daerah perkotaan malah menunjukkan sedikit kenaikan, yaitu dari 18,8 persen menjadi 19,0 persen selama periode tahun yang sama (BPS, 2016).

Menurut data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Jawa Tengah tahun 2017, Kabupaten Brebes Menempati urutan tertinggi jumlah pernikahan dini dibandingkan dengan kabupaten dan kota lain di Jawa Tengah (BKKBN, 2018). Menurut data dari Kementerian Agama Republik Indonesia Kantor Kementerian Agama Provinsi Jawa Tengah tahun 2017, Kabupaten Brebes menempati peringkat pernikahan tertinggi diantara kabupaten dan kota lain di Jawa Tengah yaitu sebesar 18.789, dengan jumlah pengajuan dispensasi mempelai laki-laki dibawah usia 19 tahun sebanyak 46 orang dan jumlah mempelai perempuan usia dibawah 16 sebanyak 44 orang (Kemenag, 2018). Dari penduduk di Kabupaten Brebes, perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang 2 tahun lalu atau kurang melahirkan anak lahir hidup yang terakhir sebanyak 30.38 persen wanita melahirkan di dokter kandungan, 1.76 persen melahirkan di dokter umum, 64.16 persen melahirkan di bidan, 3.70 persen masih menggunakan dukun beranak/peraji/lainnya dalam pertolongan persalinannya. Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Kabupaten Brebes didapatkan data, jumlah wanita pernah hamil dan melahirkan pada tahun 2018 yang berusia dibawah 20 tahun ada sebanyak 2.712.

Beberapa permasalahan dalam pernikahan usia dini meliputi faktor yang mendorong maraknya pernikahan usia dini, pengaruhnya terhadap pendidikan, terjadinya kekerasan dalam rumah tangga, dampak terhadap kesehatan reproduksi, anak yang dilahirkan dan kesehatan psikologi anak, serta tinjauan hukum terkait dengan pernikahan usia dini (Fadlyana & Larasaty, 2009). Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya pernikahan dini yaitu faktor ekonomi, faktor

pendidikan, faktor agama, faktor tradisi, faktor orang tua serta faktor sosial budaya (Hairi, 2009). Dampak pernikahan dini salah satunya yaitu dampak dibidang kesehatan. Kematian bayi akibat BBLR karena kondisi prematur dengan faktor risiko umur ibu yang kurang dari 20 tahun merupakan permasalahan yang serius (Lestari & Fitrianti, 2017).

Menikah muda berisiko tidak siap melahirkan dan merawat anak dan apabila mereka melakukan aborsi, berpotensi melakukan aborsi yang tidak aman yang dapat membahayakan keselamatan bayi dan ibunya sampai pada kematian. Perkawinan anak juga mempunyai potensi terjadinya kekerasan oleh pasangan dan apabila terjadi kehamilan tidak diinginkan, cenderung menutup-nutupi kehamilannya maka tidak mendapat layanan kesehatan perawatan kehamilan yang memadai. Di kawasan Pantura, kekerasan seksual banyak terjadi. Setelah dinikahkan para pelaku perkawinan anak diceraikan, lalu korban kembali bekerja di rumah-rumah prostitusi ilegal di sekitar pelabuhan.

Sementara menurut data Dinas Kesehatan Banyuwangi, kasus kematian ibu (AKI) terjadi pada usia antara 20-23 tahun dan diduga mereka adalah perempuan yang melakukan perkawinan anak, walaupun dalam pencatatan di Dinas Kesehatan tidak tercatat usia pernikahan mereka. Selain itu terdapat kasus pecah rahim sehingga harus diangkat dan eklamsi karena hamil di usia muda. Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan juga ditemukan kasus di mana ibu yang belum cukup umur mengalami kematian karena organ reproduksinya belum siap. Selain itu karena mereka tidak paham tentang kesehatan reproduksi, ditemukan perempuan-perempuan yang mendapatkan HIV/AIDS karena pasangannya (suami

atau pacar) yang berganti-ganti pasangan. Salah satu penyebab naiknya angka kasus kematian bayi adalah karena berat badan rendah (BBR) akibat kurang gizi.

Menurut Dinas Kesehatan bagian Ibu dan Anak, di Provinsi Sulawesi Utara salah satu dampak signifikan dari pernikahan anak adalah ibu muda tidak tahu atau tidak memahami masalah kehamilan, sehingga terkadang anak yang dilahirkan menjadi kurang gizi hingga menyebabkan berat badan rendah (BBR) dan akhirnya meninggal setelah dilahirkan. Selain itu, Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu dampak dari adanya perkawinan anak di Sulawesi Utara (Kartikawati, 2014).

Hal lain yang perlu diperhatikan dalam dampak pernikahan dini yaitu risiko komplikasi yang terjadi di saat kehamilan dan saat persalinan pada usia muda, sehingga berperan meningkatkan angka kematian ibu dan bayi. Selain itu, pernikahan di usia dini juga dapat menyebabkan gangguan perkembangan kepribadian dan menempatkan anak yang dilahirkan berisiko terhadap kejadian kekerasan dan keterlantaran. Masalah pernikahan usia dini ini merupakan kegagalan dalam perlindungan hak anak. Dengan demikian diharapkan semua pihak termasuk dokter anak, akan meningkatkan kepedulian dalam menghentikan praktek pernikahan usia dini (Fadlyana & Larasaty, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, didapatkan hasil bahwa responden yang berumur <20 dan >35 tahun mempunyai risiko 15,731 mengalami kejadian preeklampsia dibandingkan dengan responden yang berumur 20 – 35 tahun (Saraswati & Mardiana, 2016). Penelitian sebelumnya di Kabupaten Brebes juga menunjukkan bahwa persentase bayi yang mati pada usia neonatal dari ibu yang

berusia < 20 dan > 35 tahun (55,17%), lebih besar dari jumlah bayi yang hidup pada ibu yang berusia < 20 dan > 35 tahun (13,79%), sedangkan ibu yang berusia 20 sampai 35 tahun dengan kasus neonatal yang hidup (86,21%) lebih besar dibandingkan dengan neonatal yang mati (44,83%) (Priyadi Nugraha Prabamurti, Purnami, Widagdo, & Setyono, 2008). Penelitian sebelumnya di Kabupaten Brebes juga menunjukkan bahwa usia ibu sangat berpengaruh pada BBLR, ibu dengan usia < 20 dan > 35 tahun memiliki resiko lebih besar melahirkan bayi dengan BBLR daripada ibu dengan usia 20-35 tahun (Nur Afifah, 2016). Pada tahun 2009 ada 9,8% bayi dilahirkan dari ibu yang berusia dibawah 20 tahun (Mulyawan, 2009).

Jumlah kematian ibu di Kabupaten Brebes menempati angka tertinggi diantara kabupaten/kota di Jawa Tengah yaitu sebesar 31 kasus. AKI diakibatkan karena risiko yang dihadapi oleh ibu selama masa kehamilan hingga persalinan. Beberapa faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil meliputi kondisi sosial ekonomi yang menjadi salah satu indikator terhadap status gizi ibu hamil, kesehatan yang kurang baik pada saat sebelum maupun dalam masa kehamilan, adanya komplikasi pada kehamilan dan saat melahirkan, adanya ketersediaan fasilitas kesehatan khususnya pelayanan terhadap prenatal dan obstetri. Selain itu, terdapat 4 kriteria “terlalu” yang juga menjadi penyebab kematian dalam maternal, yaitu terlalu muda usia ibu untuk melahirkan (usia < 20 tahun), terlalu tua usia ibu saat melahirkan (usia > 35 tahun), terlalu banyak jumlah anak (anak > 4 orang), dan terlalu rapat jarak antar setiap kelahiran (jarak

< 2 tahun). Pada kelompok umur <20 tahun masih ada sebanyak 4,42 persen kasus kematian ibu dari total AKI di Kabupaten Brebes.

Berdasarkan data, di Jawa Tengah terdapat sebanyak 475 ibu hamil meninggal (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017). Sedangkan berdasarkan studi pendahuluan, di Kabupaten Brebes dari total kematian ibu sebanyak 30 orang, masih ada sebanyak 4,42% kasus kematian ibu di Kabupaten Brebes dialami oleh ibu usia dibawah 20 tahun . Sebanyak 1.422 jumlah BBLR yang ada di Kabupaten Brebes, 1,96% diantaranya dilahirkan oleh ibu dibawah usia 20 tahun pada tahun 2018.

Salah satu upaya dalam menekan AKI di Kabupaten Brebes adalah dengan adanya pelayanan kesehatan ibu hamil atau sering disebut *antenatal care* (ANC). Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Namun pada kenyataannya, di tahun 2017 cakupan pelayanan *antenatal care* (ANC) di Kabupaten Brebes merupakan cakupan pelayanan yang termasuk kedalam tiga terendah dari 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah yaitu hanya sebesar 87,3% (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan, total ibu hamil di Kabupaten Brebes yang melaksanakan K1 sebanyak 36.244, dan ibu hamil yang melaksanakan K4 yaitu 31.476. Sebanyak 2.712 kunjungan K1 dan 1.161 kunjungan K4 dilakukan oleh ibu hamil berusia dibawah 20 tahun. Dari jumlah tersebut ditemukan sebanyak 977 (36%) responden mengalami keterlambatan kunjungan/pemeriksaan K1. Berdasarkan data terdapat *Drop Out*

(DO) sebesar 12,4%, sementara Dinkes Provinsi Jawa Tengah telah menetapkan bahwa batas tertinggi untuk DO K1 – K4 adalah 10 persen. Apabila DO K1 – K4 lebih dari 10 persen maka perlu adanya penelusuran dan intervensi lebih lanjut. Sedangkan jika dibandingkan dengan jumlah ibu hamil usia dibawah 20 tahun, angka kunjungan K4 pada ibu hamil usia dibawah 20 tahun hanya sebesar 42,8%.

Ibu yang melakukan kunjungan antenatal care lebih dari 4 kali mempunyai peluang untuk tidak melahirkan anak BBLR sebesar 1,8 kali dibandingkan dengan ibu yang melakukan *antenatal care* kurang dari 4 kali (Ernawati, Kartono, & Puspitasari, 2011). Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kuantitas pelayanan antenatal ($p= 0,000$ dan $Exp (B)= 16,333$) dan kualitas antenatal care ($p = 0,006$ dan $Exp (B) = 4,265$) terbukti signifikan. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kuantitas dan kualitas pelayanan antenatal berpengaruh terhadap kejadian BBLR (Husein, 2014). Frekuensi ANC ibu hamil memiliki hubungan dengan kejadian BBLR. Ibu yang melakukan kunjungan ANC kurang dari 4 kali memiliki risiko 3,692 kali untuk melahirkan BBLR daripada ibu dengan kunjungan ANC yang lengkap (Fatimah, Utama, & Sastri, 2017). Dari penelitian sebelumnya didapatkan hasil bahwa kematian ibu pada kelompok ibu yang tidak pernah atau kurang dari 4 kali memeriksakan kehamilan (ANC) adalah 3,5 kali ibu yang memeriksakan kehamilan ≥ 4 kali (Retnaningsih, 2009).

Berdasarkan data yang telah dipaparkan, tingginya angka kasus pernikahan dini di Indonesia tentunya harus menjadi sorotan dikalangan pemerintah maupun masyarakat Indonesia, tak hanya itu saja berbagai masalah kesehatan yang sangat kompleks khususnya pada pelayanan *antenatal care* (ANC) di Kabupaten Brebes

juga perlu diketahui faktor yang berhubungan dengan perilaku pasangan pernikahan dini dalam pencarian pelayanan kesehatan, oleh karena itu penulis memilih tema mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Rumusan masalah secara umum pada penelitian ini yaitu, apa sajakah faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

Rumusan masalah secara khusus pada penelitian ini adalah:

1. Apakah faktor pekerjaan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
2. Apakah faktor pendapatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
3. Apakah faktor pendidikan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?

4. Apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
5. Apakah faktor kemampuan akses ke pelayanan ANC berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
6. Apakah faktor ketersediaan layanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
7. Apakah faktor kualitas pelayanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
8. Apakah faktor persepsi individu tentang kehamilan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Penelitian Umum

Tujuan umum pada penelitian ini yaitu, untuk mengetahui gambaran mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah:

1. Mengetahui apakah faktor pekerjaan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
2. Mengetahui apakah faktor pendapatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
3. Mengetahui apakah faktor pendidikan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
4. Mengetahui apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
5. Mengetahui apakah faktor kemampuan akses ke pelayanan ANC berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
6. Mengetahui apakah faktor ketersediaan layanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
7. Mengetahui apakah faktor kualitas pelayanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

8. Mengetahui apakah faktor persepsi individu tentang kehamilan berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi dan bahan acuan untuk mengkaji bagaimana cara terbaik dalam mengatasi permasalahan pernikahan dini maupun pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Indonesia khususnya di Kabupaten Brebes.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bagi jurusan ilmu kesehatan masyarakat khususnya program peminatan promosi kesehatan dan ilmu perilaku, diharapkan penelitian ini bisa menambah wawasan ilmu pengetahuan, masukan serta bahan perbandingan atau referensi dibidang pernikahan dini maupun pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini sebagai bahan penelitian selanjutnya.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dalam melakukan penelitian dan sebagai referensi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan masalah pernikahan dini dan masalah perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Indonesia khususnya di Kabupaten Brebes.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Rosramadhana, dkk (Rosramadhana & Taufan, 2016)	Fenomena Perkawinan Dini di Kalangan Perempuan Jawa Deli – Deli Serdang	<i>Cohort prospective</i>	faktor ekonomi, faktor pendidikan, faktor kepercayaan, faktor pergaulan	Hasil penelitian menunjukkan fenomena perkawinan dini terjadi karena faktor ekonomi, faktor pendidikan, faktor kepercayaan, faktor pergaulan
2	Agustina. F, dkk (Agustina, Syahrial, & Andayani, 2014)	Social And Cultural Factors That Influence Early Marriage At The Age Of 15-19 Year In The Village Harbor Town Martubung Subdistrict Field In 2014 Working Area Rejo Kec . Medan Labuhan HOSTS Martubung 2014	Analitik kualitatif	education, knowledge, social culture, and economic	The result of this research showed education and early marriage had no relation with p-value = 0,965, knowledge and early marriage had had relation with p-value = 0,005, economic and early marriage no relation with p-value = 0,215, and sosial culture and early marriage had relationship with p-value = 0,001

- | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 3 | Hairi
(Hairi, 2009) | Fenomena Pernikahan di Usia Muda di Kalangan Masyarakat Muslim Madura (Studi Kasus di Desa Bajur Kecamatan Waru Kabupaten Pamekasan) | deskriptif-kualitatif | persepsi masyarakat Muslim, dan faktor ekonomi, faktor pendidikan, faktor agama, faktor tradisi, faktor orang tua, faktor anak itu sendiri | pernikahan di usia muda di Desa Bajur Kecamatan Waru Kabupaten Pamekasan disebabkan oleh faktor ekonomi faktor pendidikan faktor agama faktor tradisi faktor orang tua dan bahkan memang ada faktor dari anak itu sendiri yang berkeinginan untuk menikah. |
| 4 | Suhadi
(Suhadi, 2012) | Pernikahan dini, perceraian, dan pernikahan ulang: sebuah telaah dalam perspektif sosiologi | model deskriptif interpretatif | pernikahan dini, perceraian, dan pernikahan ulang | Memperoleh hasil pemetaan penelitian sosiologis dan antropologis tentang pernikahan dan perceraian dengan menggunakan perspektif komprehensif |
| 5 | Adi Nur Rahman P., dkk
(Rahman, Prabamurti, & Riyanti, | Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan | survei analitik dengan studi cross sectional | akses ke perawatan kesehatan, persepsi sakit, dan kebutuhan untuk | Hasil penelitian menunjukkan bahwa siswa yang berperilaku mencari kesehatan baik sebesar 58,9%. Hasil uji chi- |

	2016)	Kesehatan (Health Seeking Behavior) pada Santri di Pondok Pesantren Al Bisyri Tinjomoyo Semarang		perawatan kesehatan	square menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan perilaku pencarian kesehatan: akses ke perawatan kesehatan (p-value = 0,032), persepsi sakit (p-value = 0,013) dan kebutuhan untuk perawatan kesehatan (p-value = 0,007). Analisis multivariat menunjukkan bahwa siswa yang membutuhkan perawatan kesehatan lebih besar 4 hingga 5 kali untuk melakukan perilaku mencari kesehatan yang lebih baik daripada siswa yang tidak membutuhkan perawatan kesehatan.
6	Siti Rahmah (Rahmah, 2018)	Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di	Cross sectional	Pemanfaatan pelayanan ANC, pengetahuan, sikap, pendidikan, paritas, pendapatan,	Hasil uji regresi logistik ganda, diketahui bahwa variabel paritas ($0,003 < 0,05$) dan jarak pelayanan kesehatan ($0,004 < 0,05$)

Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kabupaten Langkat Tahun 2017	dukungan petugas kesehatan, jarak pelayanan kesehatan, kondisi ibu	memiliki pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal care karena nilai $p < 0,05$. Adapun variabel yang tidak ada pengaruh signifikan adalah pengetahuan, sikap, pendidikan, pendapatan, dukungan petugas kesehatan, dan kondisi ibu
--	--	---

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Tempat dan waktu penelitian, yaitu penelitian ini dilakukan di Kabupaten Brebes, Jawa Tengah pada tahun 2019 yang sebelumnya belum pernah dilakukan penelitian sejenis
2. Belum pernah ada penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan yang dikhususkan pada kesehatan ibu hamil atau *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.
3. Penelitian sebelumnya belum pernah ada yang menggambarkan hasil bahwa persepsi seseorang tentang kehamilan berpengaruh pada perilaku pencarian

pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilaksanakan di Kabupaten Brebes, Jawa Tengah.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan selama 6 bulan dalam rentang waktu bulan Februari hingga Agustus 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan dalam penelitian ini yaitu lingkup kesehatan masyarakat khususnya pada Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Konsep Perkawinan dan Perkawinan Anak

2.1.1.1 Konsep Perkawinan

Dalam UU No. 1 tahun 1974 dinyatakan bahwa perkawinan ialah ikatan batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa (Setyaningrum, 2015)

2.1.1.2 Konsep Perkawinan Anak

Menurut UU Perkawinan No 1 Tahun 1974 pasal 7 bahwa perkawinan diijinkan bila laki-laki berumur 19 tahun dan wannita berumur 16 tahun. Namun pemerintah mempunyai kebijakan tentang perilaku reproduksi manusia yang ditegaskan dalam UU No.10 Tahun 1992 yang menyebutkan bahwa pemerintah menetapkan kebijakan upaya penyelenggaraan Keluarga Berencana.

Banyaknya risiko kehamilan kurang dari perkawinan diijinkan bila laki-laki berumur 21 tahun dan perempuan berumur 19 tahun. Sehingga perkawinan usia muda adalah perkawinan yang dilakukan bila pria kurang dari 21 tahun dan perempuan kurang dari 19 tahun (Setyaningrum, 2015).

2.1.1.3 Kekurangan Perkawinan Usia Muda

1. Meningkatkan angka kelahiran sehingga pertumbuhan penduduk semakin meningkat.

2. Ditinjau dari segi kesehatan, perkawinan usia muda meningkatkan angka kematian bayi dan ibu, risiko komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Selain itu bagi perempuan meningkatkan risiko kanker serviks karena hubungan seksual dilakukan saat secara anatomi sel-sel serviks belum matur. Bagi bayi risiko terjadinya kesakitan dan kematian meningkat.
3. Kematangan psikologis belum tercapai sehingga keluarga mengalami kesakitan mewujudkan keluarga yang berkualitas tinggi.
4. Ditinjau dari segi sosial, dengan perkawinan mengurangi kebebasan pengembangan diri, mengurangi kesempatan melanjutkan pendidikan jenjang tinggi.
5. Adanya konflik dalam keluarga membuka peluang untuk mencari pelarian pergaulan di luar rumah sehingga meningkatkan risiko penggunaan minum alkohol, narkoba dan seks bebas.
6. Tingkat perceraian tinggi. Kegagalan keluarga dalam melewati berbagai macam permasalahan meningkatkan risiko perceraian.

(Setyaningrum, 2015)

2.1.1.4 Penanganan Perkawinan Usia Muda

1. Pendewasaan usia kehamilan dengan penggunaan kontrasepsi sehingga kehamilan pada waktu usia reproduksi sehat.
2. Bimbingan psikologis. Hal ini dimaksudkan untuk membantu pasangan dalam menghadapi persoalan-persoalan agar mempunyai cara pandang dengan pertimbangan kedewasaan, tidak mengedepankan emosi.

3. Dukungan keluarga. Peran keluarga sangat banyak membantu, keluarga muda baik lingkungan berupa material maupun non material untuk kelanggengan keluarga, sehingga lebih tahan terhadap hambatan-hambatan yang ada.
4. Peningkatan kesehatan dengan peningkayan pengetahuan kesehatan, perbaikan gizi bagi istri yang mengalami kurang gizi.

(Setyaningrum, 2015)

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Anak

2.1.2.1 Faktor Ekonomi

Bidang ekonomi merupakan suatu hal yang sangat membantu dan menopang terhadap kehidupan suatu masyarakat, yakni secara fisik sangat dibutuhkan oleh siapapun untuk menyejahterakan hidupnya.

2.1.2.2 Faktor Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan faktor utama dalam suatu masyarakat untuk menciptakan tatanan sosial yang lebih mapan. Karena semakin tinggi tingkat pendidikan yang ada dalam masyarakat tersebut maka akan semakin tinggi dan semakin dinamislah mobilitas masyarakat sosial masyarakat tersebut.

2.1.2.3 Faktor Agama

Dalam konteks sosio-religiusitas, mayoritas warga masyarakat Desa Bajur memeluk Agama Islam (single majority), mereka yang mayoritas Islam sudah membentuk kultur dan budaya dengan ciri khas dan karakter masing-masing kelompok.

2.1.2.4 Faktor Tradisi

Tradisi menikahkan anak di bawah umur pada keluarga petani pedesaan tentu saja tidak lepas dari rangkaian tatanan kehidupan mereka yang telah mengakar kuat. Mereka sangat memerlukan anggota keluarga penunjang proses pengolahan lahan pertanian, dan satu-satunya alternatif yang dapat mereka pilih adalah menikahkan anak-anak mereka kendati pun masih di bawah umur. Mengapa pola berpikir mereka demikian sederhana? Keadaan itu tentunya tidak lepas dari kondisi yang membentuk pola kehidupan mereka yang diwarisi secara turun temurun, yang memandang proses kehidupan itu tidak lebih dari sesuatu yang bersifat rutinitas.

2.1.2.5 Faktor Orang Tua

Banyak orang tua yang menyarankan dan bahkan mendorong anak-anak mereka untuk cepat-cepat menikah walaupun usia anak tersebut belum cukup untuk melakukan suatu ikatan pernikahan.

2.1.2.6 Faktor Sosial Budaya

Suatu kondisi sosial budaya masyarakat akan sangat berpengaruh terhadap sebuah tradisi kebudayaan di dalam wilayah tersebut, yaitu apakah budaya tersebut akan tetap dijalankan, atukah sudah mulai ditinggalkan karena masuknya budaya-budaya lain yang mempengaruhi tatanan kehidupan sosial dan budaya masyarakat setempat. Walaupun proses sebuah penerimaan budaya luar tidak selalu dilewati dengan jalan mudah dan langsung dapat diterima oleh masyarakat setempat, akan tetapi bila perubahan dapat menerima kedudukan

tradisi dan budaya luar, maka dengan sendirinya budaya luar itu akan menjadi sebuah tradisi yang akan diikuti dan dijalankan oleh masyarakat setempat.

2.1.3 Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha.

1. Tidak bertindak/kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa apapun simptom yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.

Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya dan sebagainya.

2. Bertindak mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan-alasan yang sama seperti diuraikan di atas. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha

pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (traditional remedy). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain.

Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggapnya masih asing.

Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun bukan merupakan kebudayaan mereka.

4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (chemist shop) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu. Obat-obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sukar untuk dikontrol. Namun demikian sampai sejauh ini pemakaian obat-obat bebas oleh masyarakat belum mengakibatkan masalah yang serius. Khusus mengenai jamu sebagai sesuatu untuk pengobatan (bukan

hanya untuk pengobatan saja) makin nampak peranannya dalam kesehatan masyarakat. Untuk itu perlu diadakan penelitian yang lebih mendalam.

5. Mencari pengobatan kefasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, Puskesmas dan rumah sakit.
6. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (private medicine).

(Notoatmodjo, 2014).

2.1.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.1.4.1 Pengertian Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan-kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Mubarak & Chayatin, 2009).

2.1.5 Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan

Pada prinsipnya ada 2 kategori pelayanan kesehatan yaitu, kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi). Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori publik terdiri dari sanitasi, imunisasi, kebersihan air, dan perlindungan kualitas udara. Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada ke arah individu-individu yang khusus. Di lain pihak pelayanan kesehatan pribadi adalah langsung ke arah individu. Seperti kebanyakan pengobatan, pelayanan

kesehatan ditujukan langsung kepada pemakai pribadi (individual consumer). Studi tentang penggunaan pelayanan kesehatan dikaitkan dengan penggunaan pelayanan kesehatan pribadi. Karena itu kita akan membatasi bahasan kita mengenai pengukuran pelayanan kesehatan ke kategori pelayanan kesehatan pribadi.

2.1.5.1 Kerangka Kerja Anderson dan Newman

Kerangka Kerja Anderson dan Newman (1973) membuat suatu kerangka kerja teoritis untuk pengukuran dari penggunaan pelayanan kesehatan pribadi. Sehubungan dengan hal yang sangat penting dari artikel mereka adalah diterimanya secara luas definisi dari dimensi-dimensi penggunaan/pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Anderson dan Newman mempersamakan 3 dimensi dari kepentingan utama dalam pengukuran dan penentuan pelayanan kesehatan, yaitu tipe, tujuan/maksud dan unit analisa.

1. Tipe

Tipe digunakan untuk memisahkan berbagai pelayanan kesehatan antara satu dengan lainnya. Anderson dan Newman menunjukkan bahwa ada perbedaan kecenderungan-kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan (seperti rumah sakit, dokter gigi, perawatan di rumah dan lain-lain).

Mereka juga menunjukkan penemuan-penemuan riset bahwa faktor-faktor penentu (determinan) individual bervariasi agak besar untuk penggunaan tipe-tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan. Karena kedua faktor ini (kecenderungan

dan faktor penentunya berbeda) maka masuk akal bahwa satu komponen utama dalam pengaturan pelayanan kesehatan menjadi tipe dari pelayanan kesehatan yang digunakan.

2. Tujuan

Di sini mereka menyarankan 4 perbedaan dari perawatan I (primary), perawatan II (Secondary), perawatan III (Tertiary) dan perawatan penjagaan (custodial).

Perawatan I dikaitkan dengan perawatan pencegahan (preventive care). Perawatan II dikaitkan dengan perawatan perbaikan (pengembalian individu ke tirigkat semula dari fungsionalnya). Perawatan III dikaitkan dengan stabilitas dari kondisi yang memperhatikan penyakit jangka panjang. Perawatan IV dikaitkan semata-mata dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.

3. Unit Analisa

Unit analisa merupakan dimensi ketiga dalam kerangka kerja Anderson dan Newman yang mendukung 3 perbedaan di antara unit-unit analisis, yaitu: kontak, volume, dan episode.

Alasan utama bagi perbedaan ini adalah bahwa ciri-ciri khas individu mungkin menjadi penanggung-jawab bagi sejumlah episode, sedangkan ciri-ciri khas dari sistem pembebasan (khususnya pada dokter) mungkin menjadi tanggungjawab utama bagi sejumlah akibat dari kontak kunjungan sebagai akibat dari setiap episode penyakit. Jadi karena jumlah kontak, episode dan volume dari pelayanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh faktor-faktor yang berbeda,

maka pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan akan membuat suatu perbedaan di antara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

Ketiga indikator atau dimensi ini telah dipakai oleh Amerika dalam menguji kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan. Untuk itu kita perlu menaruh perhatian pada pengertian sifat umum pengaturan pelayanan kesehatan sebagaimana yang dicerminkan dalam konsep kerangka Anderson dan Newman (Notoatmodjo, 2014).

2.1.6 Health Seeking Behavior

Tujuan dari kerangka kerja ini adalah untuk menemukan kondisi yang memfasilitasi atau menghambat pemanfaatan. Tujuannya adalah untuk mengembangkan model perilaku yang menyediakan langkah-langkah akses ke perawatan medis. Kerangka kerja ini pertama kali dikembangkan pada 1960-an dan sejak itu telah melalui empat fase. Dikembangkan pada 1990-an, kerangka kerja di bawah ini mewakili fase keempat.

Akses individu ke dan penggunaan layanan kesehatan dianggap sebagai fungsi dari tiga karakteristik:

1. Predisposing Factors: Karakteristik sosial-budaya individu yang ada sebelum penyakit mereka.
 - Tatanan sosial: Pendidikan, pekerjaan, etnis, jaringan sosial, interaksi sosial, dan budaya
 - Keyakinan kesehatan: Sikap, nilai, dan pengetahuan yang dimiliki orang tentang dan terhadap sistem perawatan kesehatan

- Demografis: Usia dan Jenis Kelamin
2. Enabling Factors: Aspek logistik untuk mendapatkan perawatan.
- Personal/Keluarga: Cara dan tahu cara mengakses layanan kesehatan, pendapatan, asuransi kesehatan, sumber perawatan reguler, perjalanan, tingkat dan kualitas hubungan sosial
 - Masyarakat: Tenaga dan fasilitas kesehatan yang tersedia, dan waktu tunggu
 - Kemungkinan penambahan: Faktor genetik dan karakteristik psikologis
3. Need Factors: Penyebab paling cepat dari penggunaan layanan kesehatan, dari masalah fungsional dan kesehatan yang menghasilkan kebutuhan akan layanan perawatan kesehatan. "Kebutuhan yang dirasakan akan lebih membantu untuk memahami pencarian perawatan dan kepatuhan terhadap rejimen medis, sementara kebutuhan yang dievaluasi akan lebih erat terkait dengan jenis dan jumlah pengobatan yang akan diberikan setelah seorang pasien datang ke penyedia perawatan medis." (Andersen, 1995)
- Dirasakan: "Bagaimana orang memandang kesehatan umum dan keadaan fungsional mereka sendiri, serta bagaimana mereka mengalami gejala penyakit, rasa sakit, dan kekhawatiran tentang kesehatan mereka dan apakah mereka menilai masalah mereka sebagai kepentingan dan besarnya yang cukup untuk mencari profesional membantu." (Andersen, 1995)
 - Dievaluasi: "Merupakan penilaian profesional tentang status kesehatan orang dan kebutuhan mereka akan perawatan medis."

(Andersen & Newman, 1995)

2.1.7 Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.1.7.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Terdapat berbagai teori yang dapat menjelaskan tentang faktor-faktor penentu pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut digambarkan oleh beberapa ahli dalam bentuk model pemanfaatan pelayanan kesehatan. Jenis model pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh para ahli adalah sebagai berikut:

2.1.7.1.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Andersen (1974)

Model Andersen (1974) menggambarkan model sistem kesehatan (*health system model*) yang merupakan model kepercayaan kesehatan. Didalam model Andersen ini terdapat tiga faktor utama dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan.

a. Karakteristik predisposisi (*predisposisi characteristics*)

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

1) Ciri demografi meliputi:

a) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan identitas yang dimiliki seseorang dan dikategorikan dalam jenis kelamin pria dan wanita (Siyoto & Muhith, 2015). Angka-angka dari luar negeri menunjukkan bahwa angka kesakitan lebih tinggi dikalangan wanita

sedangkan angka kematian lebih tinggi dikalangan pria, juga pada semua golongan umur. Untuk Indonesia masih perlu dipelajari lebih lanjut. Perbedaan angka kematian ini, dapat disebabkan oleh faktor-faktor intinsik (Notoatmodjo, 2011). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa dari 72 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 32 responden (44,4%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan terdapat 40 responden (55,6%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehtan sedangkan dari 6 responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 5 responden (83,3%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan dari 1 responden (16,7%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki dikarenakan wanita lebih banyak memiliki waktu dirumah sebagai ibu rumah tangga dibandingkan dengan laki-laki yang harus bekerja diluar rumah sebagai kepala keluarga, hal ini juga dilihat karena wanita memiliki tingkat kekhawatiran yang lebih besar dibandingkan laki-laki yang sedikit lebih tidak peduli sehingga wanita lebih memperhatikan kondisi kesehatan dengan pergi ke pelayanan kesehatan (Puskesmas) apabila sakit (Yustina Logen, Balqis, & Darmawansyah, 2015).

b) Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan didalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur (Notoatmodjo, 2011). Semakin bertambah umur seseorang, maka semakin bertambah kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan (Rakinang, Sondakh, & Rombot, 2012). Usia juga

mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa beberapa kemampuan intelektual mengalami kemunduran sementara beberapa lainnya meningkat (Yuliana, Dewi, & Hasneli, 2012). Hasil dari penelitian menunjukkan adanya hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p=0,049 < \alpha(0,05)$. Responden yang berumur tua lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan yang berumur muda hal ini disebabkan pada usia tua seseorang memiliki ketahanan fisik yang semakin menurun sehingga lebih rentan terpapar suatu penyakit dan apabila sakit aktivitas responden dapat terganggu sehingga dapat menghambat dalam mencari nafkah demi kelangsungan hidup keluarga mereka (Yustina Logen et al., 2015).

c) Status perkawinan

Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka kesakitan maupun kematian dengan status kawin, tidak kawin, cerai dan janda; angka kematian karena penyakit-penyakit tertentu maupun kematian karena semua sebab makin meninggi dalam urutan tertentu. Diduga bahwa sebab-sebab angka kematian lebih tinggi pada yang tidak kawin dibandingkan dengan yang kawin ialah karena ada kecenderungan orang-orang yang tidak kawin kurang sehat. Kecenderungan bagi orang-orang yang tidak kawin lebih sering berhadapan dengan penyakit, atau karena adanya perbedaan-perbedaan dalam gaya hidup yang berhubungan secara kausal dengan penyebab penyakit-penyakit tertentu (Notoatmodjo, 2011).

Menurut penelitian menunjukkan hasil ada hubungan antara status perkawinan dengan pemanfaatan pelayanan dengan nilai $p=0,020 < \alpha(0,05)$. Status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi individu dalam pemecahan pengobatan. Orang yang belum menikah atau diceraiakan lebih banyak mencari pengobatan dari pada yang berstatus menikah. Pemanfaatan yang rendah pada ibu yang berstatus janda atau belum menikah mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti ketidakterbukaan terhadap status penyakit, faktor ekonomi karena tidak ada penghasilan sejak ditinggal pasangan dan tidak bekerja (Burhan, 2013).

2) Struktur sosial sebagai berikut:

a) Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar mau melakukan tindakan (praktik) untuk memelihara untuk mengatasi masalah-masalah dan untuk meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini di dasarkan pada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2011). Menurut penelitian sebelumnya didapatkan hasil bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang ikut serta mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan bisa mempermudah seseorang untuk melakukan suatu perilaku kesehatan. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mudah dalam menerima dan menyerap informasi baru sehingga pengetahuan menjadi lebih baik dalam pengambilan keputusan tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan (Susanti &

Mitra, 2011). Hasil dari penelitian lain juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p=0,017 < \alpha(0,05)$. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan pendidikan responden yang tidak sekolah hingga SMP tergolong dalam kategori tingkat pendidikan rendah sebanyak 71,6% dan juga masih ditemukan responden dengan buta huruf. Pendidikan dapat mempengaruhi daya intelektual seseorang dalam memutuskan suatu hal, termasuk pemanfaatan puskesmas. Pendidikan yang kurang menyebabkan daya intelektualnya masih terbatas sehingga perilakunya masih dipengaruhi oleh keadaan sekitarnya sedangkan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan lebih luas tentang suatu hal dan lebih muda untuk menerima ide atau cara kehidupan baru (Wardana & Suharto, 2017).

b) Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat berperan didalam timbulnya penyakit melalui beberapa faktor, yakni:

- a. Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya.
- b. Situasi pekerjaan yang penuh dengan stress (yang telah dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi, ulkus lambung).
- c. Ada tidaknya “gerak badan” didalam pekerjaan; di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung koroner sering ditemukan di kalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya “gerak badan”.
- d. Karena berkerumun di satu tempat yang relatif sempit maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara para pekerja.

e. Penyakit karena cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerjaan di tambang.

(Notoatmodjo, 2011)

Pekerjaan berkaitan dengan kejadian sakit seseorang, dimana timbulnya penyakit dapat melalui beberapa jalan yakni adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan, situasi pekerjaan yang penuh dengan stress dan ada tidaknya gerak badan di dalam pekerjaan. Kondisi ini memungkinkan orang yang sudah bekerja memiliki kecenderungan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan baik secara medis maupun non-medis (Yuliana et al., 2012). Hasil dari penelitian lain menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p=0,004 < \alpha(0,05)$. Pekerjaan bukan sebagai penghambat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan atau pekerjaan bukan menjadi suatu penghalang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut. Kondisi lain yang dapat terjadi adalah bahwa pekerjaan berkaitan dengan aktivitas sehari-hari sehingga kemungkinan berada di luar rumah dan memungkinkan memiliki interaksi lebih luas di lingkungan sosialnya sehingga informasi dan pengalaman baru dapat diperoleh dengan mudah termasuk yang berkaitan dengan perilaku kesehatan (Xanda, 2015).

c) Suku

Menurut penelitian sebelumnya di Kelurahan Tangkerang Labuai, suku di wilayah tersebut didapatkan hasil bahwa responden terbanyak adalah bersuku Melayu yaitu berjumlah 40 orang responden (31,7%). Setiap suku memiliki peluang-peluang tersendiri dalam perilaku memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diinginkan. Suku yang mengandung nilai kebudayaan banyak

mempengaruhi terbentuknya keyakinan dan perilaku masyarakat diantaranya cara melaksanakan sistem pelayanan kesehatan pribadi dan pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Pada kelurahan Tangkerang Labuai, masyarakat yang menjadi responden peneliti paling banyak bersuku Melayu dan rata-rata memanfaatkan pelayanan kesehatan secara non-medis (Yuliana et al., 2012).

Berbagai golongan etnik dapat berbeda didalam kebiasaan makan, susunan genetika, gaya hidup dan sebagainya yang dapat mengakibatkan perbedaan-perbedaan didalam angka kesakitan atau kematian. Didalam mempertimbangkan angka kesakitan atau kematian suatu penyakit antar golongan etnik hendaknya diingat kedua golongan itu harus distandarisasi menurut susunan umur dan kelamin ataupun faktor-faktor lain yang dianggap mempengaruhi angka kesakitan dan kematian itu. Penelitian pada golongan etnik dapat memberikan keterangan mengenai pengaruh lingkungan terhadap timbulnya suatu penyakit (Notoatmodjo, 2011).

3) Kepercayaan dan sikap terhadap pelayanan kesehatan

a) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2011). Sikap dalam pelayanan tenaga kesehatan diartikan sebagai reaksi atau respon tenaga kesehatan/perawat

dalam melakukan pelayanan kesehatan yang disertai dengan kecenderungan untuk melakukan tindakan terhadap objek (pasien) sesuai dengan kebutuhan pasien. Sikap merupakan keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya (Wulandari, Ahmad, & Saptaputra, 2016).

Sikap merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari suatu perilaku. Sikap mempengaruhi tindakan melalui proses pengambilan keputusan dengan pertimbangan untung dan rugi, dan dampaknya terbatas pada tiga hal, yaitu perilaku lebih banyak ditentukan oleh sikap spesifik terhadap sesuatu, kedua, perilaku dipengaruhi juga oleh norma subyektif (*subjective norms*), dan ketiga, sikap terhadap suatu tindakan atau perilaku bersama-sama dengan norma subyektif membentuk intensi atau niat untuk bertindak atau berperilaku tertentu (Mujjati & Pradono, 2014). Hasil penelitian terdahulu menunjukkan ada hubungan antara sikap dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan nilai $p=0,000 < \alpha(0,05)$. Menunjukkan hasil adanya hubungan antara sikap masyarakat dengan pemanfaatan puskesmas karena responden yang memiliki sikap positif akan cenderung berperilaku untuk memanfaatkan puskesmas karena didasari dengan pengetahuan mereka terhadap manfaat dari puskesmas. Sebaliknya bagi responden yang memiliki sikap negatif terhadap pemanfaatan puskesmas maka mereka tidak akan termotivasi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas karena tidak adanya pengetahuan mereka terhadap manfaat puskesmas tersebut jadi mereka lebih cenderung tidak minat dan tidak yakin akan

memperoleh pelayanan kesehatan yang baik untuk mereka. Bagi responden yang bersikap positif dan tidak memanfaatkan puskesmas untuk memperoleh pelayanan kesehatannya disebabkan karena jarak antara rumah mereka dengan puskesmas begitu jauh jadi mereka lebih menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit daripada puskesmas. Disamping itu mereka mengetahui bahwa fasilitas-fasilitas di puskesmas masi kurang dan begitu sulit bagi mereka untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih maksima oleh sebab itu mereka lebih mau untuk menghabiskan biaya yang lebih mahal untuk kesehatan mereka (Junaidi & Yunita, 2015).

b) Persepsi

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi mengenai lingkungan, baik melalui penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Persepsi setiap orang berbeda karena masing-masing orang menerima, mengorganisasi dan menerjemahkan informasi dengan caranya masing-masing. Persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor psikologis, faktor fisik dan image yang terbentuk. Pada akhirnya, harapan dan persepsi akan mempengaruhi tingkat kepuasan seseorang terhadap suatu pelayananan (Mujiati & Pradono, 2014).

b. Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*)

Karakteristik ini menggambarkan kondisi yang meningkatkan orang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena walaupun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan namun tidak akan menggunakannya, kecuali jika ia mampu menggunakannya, kemampuan tersebut berasal dari:

1) Kemampuan dari keluarga, yaitu meliputi:

a) Penghasilan

Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin oleh karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat, membayar transport, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011). Pendapatan adalah seluruh penghasilan anggota keluarga di hitung dalam periode satu bulan. Besarnya pendapatan akan mempengaruhi pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan. Tinggi pendapatan mempengaruhi tinggi rendahnya upaya pelayanan kesehatan yang di sediakan. Pendapatan mempunyai sifat yang elastic terhadap pelayanan kesehatan. Faktor tingkat pendapatan mempengaruhi dalam segi pembiayaan yaitu dalam pembiayaan dipuskesmas, di saat penebusan obat setelah konsultasi tentang penyakit yang diderita. Semakin rendah tingkat pendapatan suatu keluarga maka semakin sulit mengakses pelayanan kesehatan yang baik. Penelitiannya tentang faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan menunjukkan hasil ada hubungan antara pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan dengan nilai $p=0,028 < \alpha(0,05)$ (Wulandari et al., 2016).

b) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap sesuatu melalui indera yang dimilikinya. Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2011). Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap masyarakat dengan pemanfaatan Puskesmas menunjukkan bahwa ada hubungan

antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan nilai $p=0,000 < \alpha(0,05)$. Menunjukkan hasil adanya hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan pemanfaatan puskesmas karena responden yang memiliki pengetahuan rendah cenderung tidak memanfaatkan puskesmas dan sebaliknya responden yang memiliki pengetahuan tinggi cenderung memanfaatkan puskesmas untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Ketidaktahuan responden tentang manfaat puskesmas, apa saja yang dapat diperoleh dari pelayanan kesehatan di puskesmas dan program-program serta kegiatan-kegiatan apa saja yang dapat diperoleh oleh responden dalam memperoleh pelayanan kesehatan menyebabkan mereka tidak ingin memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Bagi responden yang memiliki pengetahuan tinggi dan tidak memanfaatkan puskesmas disebabkan karena adanya keyakinan bahwa mereka tidak cocok berobat ke puskesmas dan lebih memilih pelayanan kesehatan bidan dan rumah sakit (Junaidi & Yunita, 2015).

c) Jaminan kesehatan

Asuransi kesehatan mempengaruhi konsumsi pelayanan secara signifikan. Manfaat asuransi kesehatan adalah membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi, dan tersedianya data kesehatan. Kepemilikan Jaminan Kesehatan keluarga yang dapat dimanfaatkan di Puskesmas misalnya: Askes, Jamkesmas, BPJS. Asuransi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat terutama pada saat sakit sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan akan

terpenuhi dan pembiayaan kesehatan lebih terjamin (Masita, Yuniar, & Lisnawaty, 2015).

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan dengan nilai $p=0,000 < \alpha(0,05)$. Jaminan pemeliharaan adalah salah satu faktor yang penting untuk masyarakat saat ini dimana dengan memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merasa lebih terlindungi jika suatu saat mereka sedang terserang penyakit karena dengan memiliki jaminan kesehatan mereka bisa dibebaskan dari biaya berobat. Responden yang memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan hal ini dikarenakan bagi mereka yang sudah memiliki kartu sehat, mereka mendapatkan bantuan dari pemerintah dalam hal pembiayaan yang lebih murah untuk memeriksakan kesehatan mereka berbeda dengan yang tidak memiliki kartu sehat mereka tetap dikenakan biaya saat memeriksakan kesehatan mereka (Yustina Logen et al., 2015).

2) Kemampuan dari komunitas, yaitu meliputi:

a) Tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan

Sarana berkaitan dengan penampilan fisik fasilitas kesehatan, kenyamanan, kebersihan, kerapian, kelengkapan alat periksa dan ragam obat yang diberikan merupakan faktor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat. Sarana merupakan unsur yang dianggap mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan karena dapat mempengaruhi lama waktu tunggu dalam menerima pelayanan kesehatan yang diinginkan. Dengan adanya

sarana waktu tunggu akan merasa lebih menyenangkan. Sarana merupakan sarana terhadap alat-alat medis yang digunakan oleh puskesmas dalam memberikan pelayanan keehatan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dan ragam obat yang diberikan merupakan faktor penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat (Wulandari et al., 2016).

b) Aksesibilitas

Akses pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa (Masita et al., 2015). Menurut penelitian didapatkan hasil ada hubungan antara aksesibilitas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p=0,000 < \alpha(0,05)$. Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan terkadang akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan Puskesmas. Berdasarkan responden yang diteliti bahwa jarak merupakan jarak fisik terkait terjangkau dengan ketersediaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jarak pelayanan kesehatan, waktu yang harus ditempuh untuk memperoleh pelayanan kesehatan, mudah atau tidaknya alat transportasi yang digunakan, serta besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan tersebut. Akan tetapi, untuk beberapa kondisi tertentu besarnya jarak tidak terlalu mempengaruhi unsur

akses lain (alat transportasi, waktu tempuh, dan biaya) tergolong mudah. Kondisi keuangan yang terbatas dan keharusan untuk mencapai pelayanan kesehatan masyarakat dengan biaya lebih membuat beberapa responden memilih untuk tidak berobat ke puskesmas sekalipun biaya pengobatannya gratis (Anhar, Ahmad, & Ismail, 2016).

c. Karakteristik kebutuhan (*need characteristics*)

Faktor predisposisi dan *enabling* dapat terwujud bila hal itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, jika faktor predisposisi dan *enabling* itu ada. Kebutuhan di bedakan menjadi 2 karakter, yaitu:

1) Penilaian individu terhadap penyakit (*Perceived need*)

Persepsi masyarakat tentang sakit yang merupakan konsep sehat sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Dua orang atau lebih secara patologis menderita suatu jenis penyakit yang sama. Bisa jadi orang kesatu merasa lebih sakit dari yang lain, dan bahkan orang yang satunya lagi tidak merasa sakit. Hal ini disebabkan karena evaluasi atau persepsi mereka yang berbeda tentang sakit. Persepsi masyarakat tentang sakit merupakan konsep sehat-sakit masyarakat. Konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Dan konsep sakit masyarakat, dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari (Anhar et al., 2016). *Perceived need* dapat diukur dengan perasaan subjektif terhadap penyakit (misalnya: jumlah hari sakit, gejala-gejala sakit yang dialami dan laporan tentang

keadaan kesehatan umum). Persepsi masyarakat tentang sakit adalah konsep sehat-sakit masyarakat. Konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Konsep sakit masyarakat, dimana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur, dan tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari. Dalam sebuah penelitian diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara persepsi sakit dengan pemanfaatan pelayanan di Puskesmas Poleang Barat dan Puskesmas Lepo-lepo dengan nilai $p=0,000 < \alpha(0,05)$. Jika responden mengetahui persepsi sakit yang benar maka dia akan selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan dan tidak menunggu sakitnya parah/segera melakukan pencarian pelayanan kesehatan. Berbeda dengan responden yang mempunyai persepsi sakit yang salah akan menunda kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga biasanya berusaha mengobati diri sendiri dengan membeli obat diwarung minum jamu tradisional ataupun menunggu sakitnya parah baru memanfaatkan pelayanan kesehatan (Anhar et al., 2016).

2) Evaluasi klinik (*clinical diagnosis*)

Evaluasi klinis terhadap penyakit yakni penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya biasanya berdasarkan keluhan-keluhan yang mungkin memerlukan pengobatan dari hasil pemeriksaan dan diagnosa penyakit. Menurut penelitian sebelumnya, diperoleh hasil bahwa dari 11 responden yang memiliki penyakit serius terdapat 7 responden (63,6%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan terdapat 4 responden (36,4%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sedangkan dari 67 responden yang memiliki penyakit tidak serius

terdapat 30 responden (44,8%) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan terdapat 37 responden (55,2%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Responden yang memiliki penyakit serius lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan yang tidak memiliki penyakit serius hal ini dikarenakan sebagian besar responden beranggapan jika terserang sakit ringan seperti sakit kepala, pilek, dll mereka tetap bisa melakukan aktifitasnya sehari-hari dan lebih mengutamakan bekerja untuk mendapatkan penghasilan demi kelangsungan hidup dibandingkan responden yang tidak memiliki penyakit yang serius mereka bisa mendapatkan penyembuhan dengan usahanya sendiri seperti membuat obat tradisional agar tidak perlu mengeluarkan biaya lagi (Yustina Logen et al., 2015).

2.1.8 Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil diupayakan agar memenuhi standar kualitas, yaitu;

- a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- b. Pengukuran tekanan darah;
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

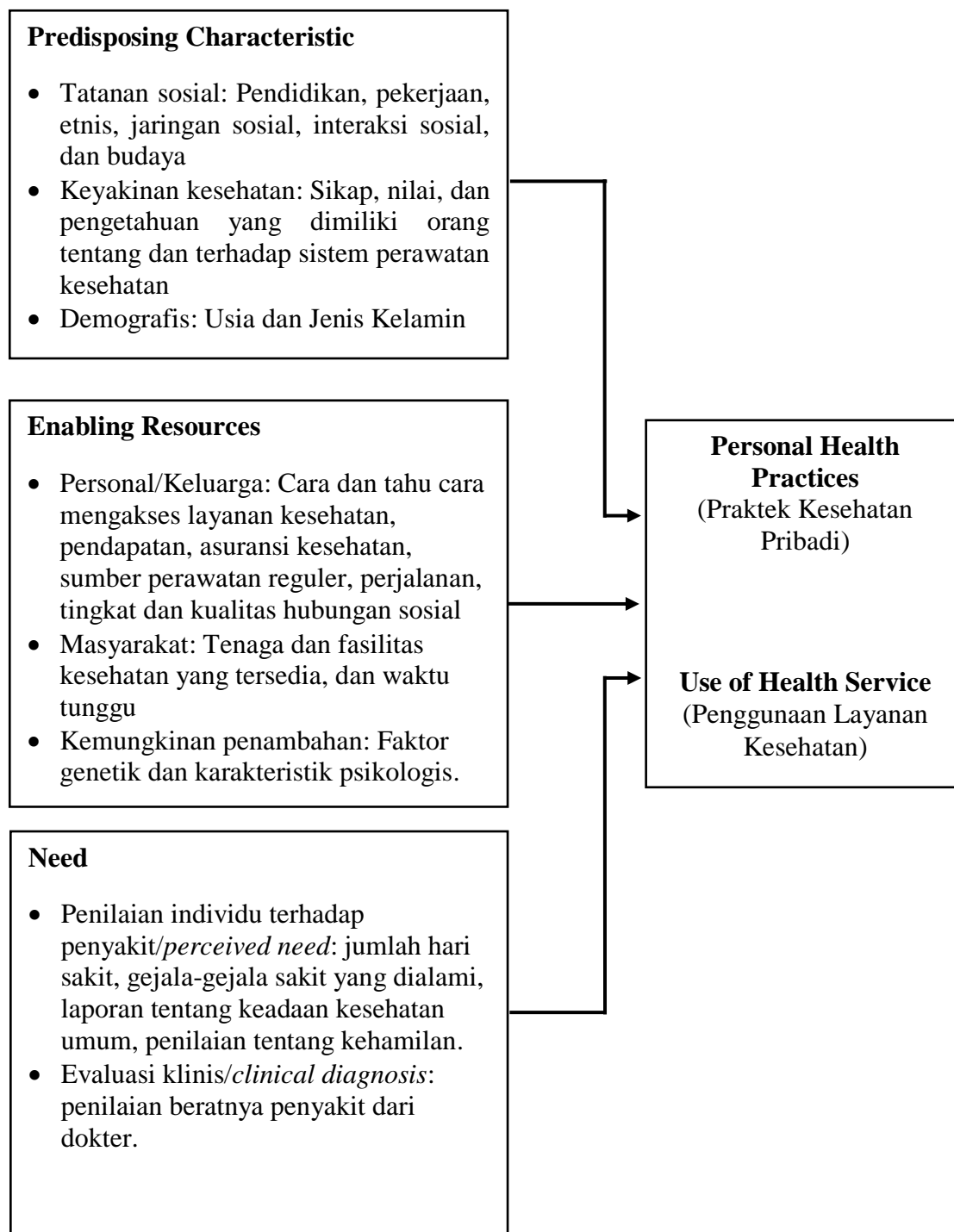
- e. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toxoid sesuai status imunisasi;
- f. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- g. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- h. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk Keluarga Berencana);
- i. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- j. Tatalaksana kasus

Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang

telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017).

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

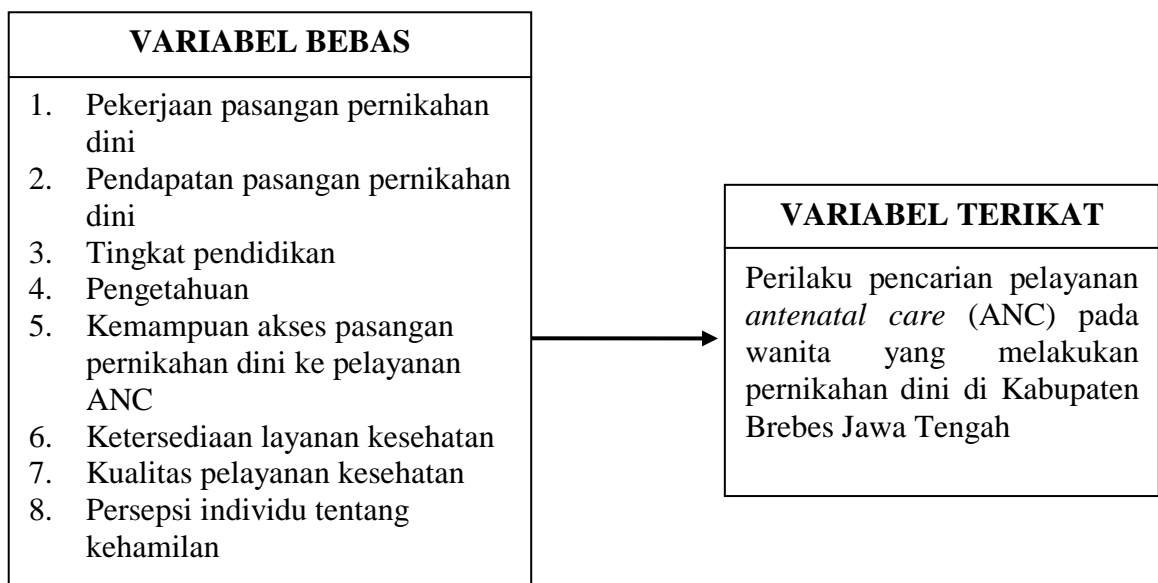
Sumber : Modifikasi Teori Andersen and Newman *Framework of Health Services Utilization* (1995)

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Kerangka konsep penelitian ini adalah:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2015). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pekerjaan pasangan pernikahan dini, pendapatan pasangan pernikahan dini, tingkat pendidikan, pengetahuan, kemampuan akses ke pelayanan ANC, ketersediaan layanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, persepsi individu tentang kehamilan.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

- 1 Ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 2 Ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?

- 3 Ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 4 Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 5 Ada hubungan antara kemampuan akses ke pelayanan ANC dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 6 Ada hubungan antara ketersediaan layanan kesehatan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 7 Ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?
- 8 Ada hubungan antara persepsi individu tentang kehamilan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah?

3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan studi untuk meneliti hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat pada suatu saat

(*point time approach*), bukan berarti semua subjek penelitian diteliti pada saat yang sama, tetapi baik variabel bebas maupun variabel terikat diukur satu kali disaat yang sama, yaitu ketika dilakukan observasi (Notoatmodjo, 2010).

3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variabel Bebas				
Pekerjaan	Sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian responden	Kuesioner	1. Bekerja a. Tidak punya pekerjaan tetap b. Pegawai negeri c. Pegawai swasta d. Wiraswasta e. Petani f. Pedagang g. Buruh h. Lainnya (sebutkan) 2. Tidak bekerja	Nominal
Pendapatan	Penghasilan yang diperoleh satu keluarga dari hasil mencari nafkah/ pekerjaan yang	Kuesioner	1. Pendapatan tinggi jika \geq Rp.1.665.850 2. Pendapatan rendah $<$ Rp. 1.665.850	Ordinal

	dilakukan		(Azwar, 2016)	
Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti oleh responden yang meliputi tidak pernah sekolah, tamat atau tidak tamat SD, SMP, SMA, dan S1	Kuesioner	1. Tinggi (bila pendidikan \geq lulus SMP) 2. Rendah (bila pendidikan $<$ SMP)	Ordinal
Pengetahuan	Pengetahuan tentang kehamilan dan <i>antenatal care</i> (ANC)	Kuesioner	1. Baik (bila skor > 8) 2. Cukup baik (bila skor $> 7-8$) 3. Kurang baik (bila skor ≤ 7)	Ordinal
Kemampuan akses ke pelayanan ANC	Pelayanan ANC yang dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, social, ekonomi, organisasi dan bahasa	Kuesioner	1. Mudah (bila skor $> 4,5$) 2. Cukup mudah (bila skor $3,5-4,5$) 3. Sulit (bila skor $< 3,5$)	Ordinal
Ketersediaan layanan kesehatan	Sarana dan prasarana yang disediakan oleh penyedia layanan kesehatan dalam operasional	Kuesioner	1. Baik (bila skor > 7) 2. Cukup baik (bila skor $5,5 - 7$) 3. Kurang baik (bila skor $< 5,5$)	Ordinal
Kualitas pelayanan	Pelayanan terbaik yang	Kuesioner	1. Baik (bila skor $> 4,5$)	Ordinal

kesehatan	diberikan oleh penyedia layanan kesehatan		2. Cukup baik (bila skor 3,5-4,5) 3. Kurang baik (bila skor < 3,5) (Azwar, 2016)	
Persepsi individu tentang kehamilan	Persepsi individu terhadap kondisi seputar kehamilan khususnya kehamilan yang beresiko	Kuesioner	1. Tinggi (bila skor ≥ 6) 2. Sedang (bila skor 4,5 - < 6) 3. Rendah (bila skor < 4,5) (Azwar, 2016)	Ordinal
Variabel Terikat				
Perilaku pencarian pelayanan <i>antenatal</i> (ANC) wanita melakukan pernikahan di Kabupaten Brebes Tengah	Perilaku responden dalam mencari/ memanfaatkan layanan ANC dengan jumlah kunjungan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga) yang memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan.	Kuesioner	1. Lengkap (bila pemeriksaan dilakukan minimal 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga) 2. Tidak lengkap (bila tidak melakukan pemeriksaan sama sekali atau pemeriksaan dilakukan tidak sesuai standar waktu yang telah ditetapkan) (Rahmah, 2018)	Nominal

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah wanita usia dibawah 20 tahun yang pernah hamil tahun 2017 di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, yaitu sebanyak 2.712.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karekteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sugiyono, 2015). Sampel pada penelitian ini adalah wanita pasangan pernikahan dini yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di Kabupaten Brebes. Rumus untuk menghitung ukuran sampel dari populasi yang diketahui jumlahnya menurut Lemeshow (1990) adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_a^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_a^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal yang diperlukan

N = Besar populasi

Z α = Derajat kemaknaan yaitu 5% (1,96)

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan, yaitu 10% (0,1)

P = Proporsi 50% (0,5)

(Notoatmodjo, 2010)

Hasil perhitungan besar sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_a^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_a^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 2.712 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,1^2(2.712 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 2.712 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,1^2(2.712 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{2.604,6048}{27,11 + 0,9604}$$

$$n = \frac{2.604,6048}{28,0704}$$

$$n = 92,788303694$$

$$n = 93$$

Berdasarkan perhitungan diatas diperoleh besar sampel sebanyak 93 orang dan untuk menghindari ketidak sesuaian dengan penelitian, maka jumlah sampel tersebut ditambah 10% dari sampel minimal. Dengan demikian, besar sampel dalam penelitian ini adalah 103 orang. Penelitian ini menggunakan teknik

pengambilan sampel secara Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel secara *Proportional Random Sampling*. *Proportional Random Sampling* merupakan teknik pengambilan sampel secara proporsi dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang atau sebanding dengan jumlah populasi dalam masing-masing strata atau wilayah tersebut (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, sampel akan disesuaikan dengan proporsi populasi sampel yang ada di 17 kecamatan di Kabupaten Brebes.

3.7 SUMBER DATA

Sumber data atau informasi merupakan faktor yang penting untuk menunjang suatu penelitian. Sumber data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan kepada pengumpulan data (Sugiyono, 2015). Data primer diperoleh dari hasil kuesioner yang telah diberikan kepada wanita dari pasangan pernikahan dini yang pernah hamil di Kabupaten Brebes Jawa Tengah.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung diberikan kepada pengumpulan data, misalnya melalui orang lain atau melalui dokumen (Sugiyono, 2015). Data sekunder diperoleh dari dokumentasi yang berasal dari data-data yang mendukung penelitian.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati, instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini untuk memperoleh data yang dibutuhkan yaitu kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengambilan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015). Kuesioner yang disediakan berisi tentang identitas responden (nama, alamat, jenis kelamin, umur, umur ketika menikah, jumlah anak, jarak rumah dengan pelayanan ANC terdekat, masalah kehamilan yang pernah dialami), pekerjaan, pendapatan, tingkat pendidikan, pengetahuan, kemampuan akses ke pelayanan ANC, ketersediaan layanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, dan persepsi individu tentang kehamilan. Pada kuesioner akan dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya terhadap 15 responden.

3.8.1.1 Uji Validitas Instrumen

Validitas merupakan pernyataan tentang sejauh mana alat ukur dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Jenis validitas yang digunakan pada penelitian ini adalah validitas konstruk, yaitu jika instrumen dapat digunakan untuk mengukur gejala sesuai dengan yang di definisikan (Sugiyono, 2015). Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini menggunakan program SPSS, dimana hasil akhirnya (r hasil) dibandingkan dengan nilai r tabel. Dasar pengambilan keputusan dari uji validitas tersebut yaitu jika r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut valid dan sebaliknya.

Hasil akhir (r hasil) dibandingkan dengan r tabel dengan $N=15$ taraf signifikansi 5% diketahui r tabel (0,514), dari 66 butir pertanyaan yang diujikan terdapat 7 butir pertanyaan yang tidak valid yaitu pada 4 pertanyaan di variabel pengetahuan, 2 pertanyaan di variabel kemampuan akses ke pelayanan ANC, 1 pertanyaan di variabel ketersediaan layanan kesehatan (r hasil $<$ r tabel) sehingga terdapat 59 butir pertanyaan yang digunakan sebagai instrumen penelitian.

3.8.1.2 Uji Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas instrumen merupakan sejauh mana sebuah alat ukur yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2015). Pengujian reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan uji statistik *Cronbach's Alpha* pada program pengolahan data SPSS, dengan $N=15$ taraf signifikansi 5%.

Berdasarkan uji reliabilitas didapatkan r *Alpha* lebih besar dibandingkan dengan nilai konstanta (0,514), maka dari 59 item pertanyaan di dalam kuesioner penelitian reliabel dan dapat digunakan sebagai alat untuk pengumpulan data.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara

Wawancara merupakan cara peneliti untuk mendapatkan data melalui bercakap-cakap dan berhadapan muka dengan responden (Sugiyono, 2015). Teknik pengambilan data dilakukan dengan teknik wawancara terpimpin yang menggunakan kuesioner.

3.8.2.2 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengambilan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli (Sugiyono, 2015). Dokumentasi dalam penelitian ini berupa data dan gambar.

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

3.9.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu mempersiapkan lembar kuesioner yang berisi pertanyaan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *antenatal care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah serta perlengkapan dokumentasi.

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan penelitian ini meliputi:

- 1 Menetapkan subjek penelitian yaitu wanita/istri dari pasangan pernikahan dini yang pernah hamil di Kabupaten Brebes Jawa Tengah yang memanfaatkan maupun yang tidak memanfaatkan pelayanan *antenatal care* (ANC) di Kabupaten Brebes.
- 2 Peneliti mendatangi subjek penelitian untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta menanyakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 3 Peneliti memberikan lembar persetujuan responden untuk ditandatangani apabila bersedia untuk menjadi responden penelitian.

- 4 Peneliti memberikan lembar kuesioner untuk kemudian diisi oleh subjek penelitian sesuai dengan kondisi yang dialami.
- 5 Peneliti melakukan pengolahan dan analisis data berdasarkan seluruh informasi yang telah dikumpulkan.

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1 Analisis Univariat

Analisis ini untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti, yaitu pekerjaan, pendapatan, tingkat pendidikan, pengetahuan, kemampuan akses ke pelayanan ANC, ketersediaan layanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, dan persepsi pasangan pernikahan dini tentang kehamilan. Untuk kepentingan analisa deskripsi maka tiap variabel diordinalkan. Langkah-langkah dalam penentuan kategori skor berdasarkan jenjang (ordinal), yaitu:

1. Skor minimal (XMin) = n x nilai minimum
2. Skor maksimal (XMaks) = n x nilai maksimum
3. Mean teoritis (μ) = skor maksimal-skor minimal/2
4. Standar Deviasi (σ) = $\frac{1}{2} \cdot XMaks - XMin$
5. Menentukan setiap kategori:

Interval	Kategori
$X < (\mu - (1 \cdot \sigma))$	Rendah/Kurang Baik
$(\mu - 1 \cdot \sigma) \leq X < (\mu + 1 \cdot \sigma)$	Sedang/Cukup Baik
$X \geq (\mu + (1 \cdot \sigma))$	Tinggi/Baik

(Azwar, 2016)

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai hubungan suatu variabel bebas dengan satu variabel terikat. Untuk menilai manakah hubungan variabel bebas dengan variabel terikat bermakna secara statistik maka dilakukan uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* dengan taraf signifikan 95% dan nilai kemaknaan 5%. Aturan yang berlaku untuk interpretasi uji *Chi-Square* pada analisis menggunakan SPSS adalah sebagai berikut :

- 1 Jika pada tabel silang 2x2 dijumpai *Expected Count* kurang dari 5 lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji alternatif *Chi-Square*, yaitu uji Fisher. Hasil yang dibaca pada bagian *Fisher's Exact Test*. Namun jika terjadi pada tabel 2xK maka dilakukan uji alternatif *Chi-Square*, yaitu uji Kolmogorof-Smirnov.
- 2 Jika pada tabel silang 2x2 tidak dijumpai *Expected Count* kurang dari 5 atau dijumpai tetapi tidak lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji *Chi-Square*. Hasil yang dibaca pada bagian *Pearson Chi-Square*.
- 3 Hasil uji *Chi-Square* dilihat dengan nilai p. jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,292$.
2. Tidak ada hubungan antara pendapatan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,237$.
3. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,019$.
4. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,112$.
5. Ada hubungan antara kemampuan akses ke pelayanan kesehatan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,009$.

6. Tidak ada hubungan antara ketersediaan layanan kesehatan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,193$.
7. Ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,044$.
8. Ada hubungan antara persepsi individu tentang kehamilan dengan perilaku pencarian pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada wanita yang melakukan pernikahan dini di Kabupaten Brebes Jawa Tengah, dengan nilai $p=0,006$.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Penyedia Layanan Kesehatan Kabupaten Brebes

Lebih mengoptimalkan publikasi dan promosi kesehatan mengenai kehamilan pada masyarakat, serta mengaktifkan kembali forum-forum remaja yang ada di desa untuk memantau kesehatan desa dan mempermudah perluasan informasi hingga dapat menyeluruh ke pelosok serta meningkatkan audit dan pencatatan kehamilan.

6.2.2 Bagi Peneliti Lainnya

Apabila ada peneliti yang ingin melakukan penelitian sejenis, disarankan untuk melakukan penelitian dengan variabel lainnya yang belum ada dalam penelitian ini dan menggunakan metode yang berbeda untuk menggali lebih dalam sehingga dapat diketahui faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat.

6.2.3 Bagi Keluarga

Lebih menerapkan upaya pendidikan kesehatan reproduksi sejak dini serta menunda pernikahan dini hingga usia yang tepat bagi anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, F., Syahril, D. E., & Andayani, L. S. (2014). *Social And Cultural Factors That Influence Early Marriage At The Age Of 15-19 Year In The Village Harbor Town Martubung Subdistrict Field In 2014 Working Area Rejo Kec . Medan Labuhan Hosts Martubung 2014*. Medan.
- Andersen, & Newman. (1995). *Framework of Health Services Utilization*.
- Anggraeni, V. F., Suparwati, A., & Sriatmi, A. (2017). Hubungan Persepsi Ibu tentang Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Antenatal Care di Puskesmas Padangsari. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT*, 5(1), 126–132.
- Anhar, Ahmad, L. O. A. I., & Ismail, C. S. (2016). *Studi komparatif pemanfaatan Pelayanan kesehatan pada Masyarakat Pedesaan di Wilayah Kerja Puskesmas Poleang Barat dengan Masyarakat Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Tahun 2015*.
- Azwar, S. (2016). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BKKBN. (2018). *Pengendalian Program dan Anggaran s.d Bulan Oktober 2018*. Semarang: BKKBN PROVINSI JAWA TENGAH.
- BPS. (2016). *Kemajuan yang Tertunda: Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia*.
- BPS. (2017). *Data Kesehatan Kabupaten Brebes 2013-2017*. Semarang: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah.
- Burhaeni, S., Hakim, B. H. A., & Ikhsan, M. (2013). Faktor Determinan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Wilayah Kerja Puskesmas Pampang Kecamatan Panakukang Kota Makassar 2013.
- Burhan, R. (2013). Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Perempuan Terinfeksi HIV / AIDS. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 8(1), 33–38.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*.
- Djonis. (2015). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil dengan Pemanfaatan Antenatal Care di Puskesmas Kampung Dalam Pontianak. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 1(1), 23–27.

- Ernawati, F., Kartono, D., & Puspitasari, D. S. (2011). Hubungan Antenatal Care dengan Berat Badan Lahir Bayi di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2010). *Gizi Indon*, 34(1), 23–31.
- Fadlyana, E., & Larasaty, S. (2009). Pernikahan Usia Dini dan Permasalahannya. *Sari Pediatri*, 11(2), 136–140.
- Fatimah, N., Utama, B. I., & Sastri, S. (2017). Hubungan Antenatal Care dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah pada Ibu Aterm di RSUP Dr . M . Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 615–620.
- Hairi. (2009). *Fenomena Pernikahan Di Usia Muda Di Kalangan Masyarakat Muslim Madura (Studi Kasus Di Desa Bajur Kecamatan Waru Kabupaten Pamekasan)*. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Husein, S. (2014). Pengaruh Antenatal Care terhadap Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(2), 160–167.
- Junaidi, H., & Yunita, A. (2015). Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Masyarakat dengan Pemanfaatan Puskesmas Guguk Panjang oleh Masyarakat di Kelurahan Bukik Cangang KR Bukitinggi. *Jurnal Ilmu Kesehatan 'Afiyah*, 2(2).
- Karman, Sakka, A., & Saptaputra, S. K. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Pesisir Di Desa Bungin Permai Kecamatan Tinanggea kabupaten Konawe Selatan Tahun 2016, 1–9.
- Kartikawati, R. (2014). Dampak Perkawinan Anak di Indonesia. *JURNAL STUDI PEMUDA*, 3(1), 1–16.
- Kemenag. (2018). *Dispensasi Nikah Menurut Umur di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: Kementerian Agama Republik Indonesia Kantor Kementerian Agama Provinsi Jawa Tengah
- Landung, J., Thaha, R., & Abdullah, A. Z. (2009). Studi Kasus Kebiasaan Pernikahan Usia Dini Pada Masyarakat Kecamatan Sanggalangi Kabupaten Tana Toraja. *Jurnal MKMI*, 5(4).
- Lestari, W., & Fitrianti, Y. (2017). Fenomena Sidang Umur Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Desa Sidengok, Kecamatan Pejawaran, Kabupaten Banjarnegara. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(2), 59–66.
- Masita, A., Yuniar, N., & Lisnawaty. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Kesehatan pada Masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka

- Kabupaten Buton Tengah Tahun 2015. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 1–7.
- Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mujiati, & Pradono, J. (2014). Faktor Persepsi dan Sikap Dalam Pemanfaatan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) oleh Kelompok Beresiko HIV/AIDS di Kota Bandung Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 5(1), 47–53.
- Mulyawan, H. (2009). *Gambaran kejadian BBLR, Karakteristik Ibu, dan Karakteristik Bayi pada Bayi dari Ibu Vegetarian di 17 Kota di Indonesia Tahun 2009 (Analisis Data Sekunder)*.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur Afifah. (2016). *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Studi Kasus di Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes*.
- Pangemanan, J. M., Kapantow, N. H., & Lumintang, J. H. (2014). Hubungan antara Karakteristik Ibu Hamil dengan Pemanfaatan Pelayanan K1 dan K4 di Puskesmas Motoling Kabupaten Minahasa Selatan. *Universitas Sam Ratulangi Manado*, 1–8.
- Pernanda, Y., & Rokhanawati, D. (2010). Hubungan Persepsi pasien tentang Mutu Pelayanan Antenatal dengan Status K4 pada Ibu Hamil Trimestes III di Puskesmas Wirobrajan Yogyakarta Tahun 2009.
- Priyadi Nugraha Prabamurti, Purnami, C. T., Widagdo, L., & Setyono, S. (2008). Analisis Faktor Risiko Status Kematian Neonatal. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 1–9.
- Rahmah, S. (2018). *Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Rejo Kabupaten Langkat Tahun 2017. Repositori Institusi USU*.
- Rahman, A. N., Prabamurti, P. N., & Riyanti, E. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan (Health

Seeking Behavior) pada Santri di Pondok Pesantren Al Bisyrî Tinjomoyo Semarang. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT*, 4(5), 246–258.

Rahmayanti, A., Hamzah, A., & Amir, M. Y. (2015). Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care pada Ibu Hamil Puskesmas Tamamaung Kota Makasar, 1–10.

Rakinang, S. C., Sondakh, R. C., & Rombot, D. V. (2012). *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap tentang Puskesmas dengan Tindakan dalam Pemanfaatan Puskesmas Molompar oleh Masyarakat Desa Molompar II Kecamatan Tombatu Timur Kabupaten Minahasa Tenggara*.

Retnaningsih, E. (2009). Studi Kasus Kontrol: Pengaruh Faktor Perilaku Layanan Kesehatan Ibu Hamil Terhadap Kematian Ibu di Empat Kabupaten Kota di Provinsi Sumatera Selatan. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 37(2), 67–78.

Rosramadhana, & Taufan, N. (2016). Fenomena Perkawinan Dini di Kalangan Perempuan Jawa Deli – Deli Serdang. *ANTHROPOS : Jurnal Antropologi Sosial Dan Budaya*, 2(1), 62–75.

Saraswati, N., & Mardiana. (2016). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia Pada Ibu Hamil (Studi Kasus Di Rsud Kabupaten Brebes Tahun 2014). *Unnes Journal of Public Health*, 5(2), 90–99.

Setyaningrum, E. (2015). *Pelayanan Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Trans Info Media.

Siyoto, S., & Muhith, A. (2015). Persepsi dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas oleh Keluarga Penerima Jamkesmas. *Madica Majapahit*, 7(1), 11–21.

Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&B*. Bandung: Alfabeta.

Suhadi. (2012). Pernikahan dini, perceraian, dan pernikahan ulang: sebuah telaah dalam perspektif sosiologi. *Jurnal Komunitas*, 4(2), 168–177.

Susanti, N., & Mitra. (2011). Faktor-Faktor yang Posyandu Lansia Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Lansia. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(3), 155–162.

Ulfa, Z. D., Kuswardinah, A., & Mukarromah, S. B. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal Secara Berkelanjutan Akademi Kebidanan Duta Dharma Pati , Indonesia Universitas Negeri Semarang , Indonesia. *Public Health Perspective Journal*, 2(I), 184–190.

- Wardana, B. K., & Suharto. (2017). Hubungan pendidikan dan pengetahuan peserta bpjs di kelurahan rowosari dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas rowosari. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(1), 46–53.
- Wulandari, C., Ahmad, L. O. A. I., & Saptaputra, S. K. (2016). Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di UPTD Puskesmas Langara Kecamatan Wawonii Barat Kabupaten Konawe Kepulauan Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 1–8.
- Xanda, A. N. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Antenatal Care (Di Puskesmas Candipuro Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2014). *Jurnal Kebidanan Adila Bandar Lampung*, 11(2), 28–39.
- Yuliana, P., Dewi, A. P., & Hasneli, Y. (2012). *Hubungan Karakteristik Keluarga dan Jenis Penyakit Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan*.
- Yustina Logen, Balqis, & Darmawansyah. (2015). *Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa*.