

## Determinan Kualitas Antenatal Care di Daerah Pedesaan Kabupaten Jeneponto 2016

**M. Wahidin<sup>1</sup>, Ansariadi<sup>2</sup>, Nurhaedar Jafar<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kab. Majene, Sulawesi Barat,

<sup>2</sup>Bagian Epidemiologi FKM Unhas

<sup>3</sup>Bagian Studi Ilmu Gizi FKM Unhas

Email : wahidinmuhammad77@gmail.com

**Abstract :** ANC national coverage is quite good but the maternal mortality rate is still high, complications of pregnancy is still the highest cause of death but can be reduced by improving the quality of the ANC. The aim of the research was to determine the factors related to the quality of antenatal care in the rural area of Jeneponto Regency. ANC national coverage is quite good but the maternal mortality rate is still high, complications of pregnancy is still the highest cause of death can be reduced by improving the quality of the ANC. The aim of the research was to determine the factors related to the quality of antenatal care in the rural area of jenepono regency. The research was an observational analytic study with cross sectional study. The populations were all women giving birth from January to may 2016 in the rural area of jenepono regency in 2016. The samples were mothers living in the village in the working areas of bontomate'ne health center and bontoramba health center consisting of 277 respondent. they were selected using cluster technique taken from each of four village. The data were analyzed using computerization with SPSS application with chi square test and logistic regression test and continued with multivariate test. The results of the research indicate welfare level indicates a significant correlation with the quality of antenatal care. Respondents with family support and rich is potentially 28.000 times (95% CI: 1.208.648.809) to have a more qualified antenatal care than the poor ones. Meaning that is not statistically significant with  $p=0.90$ . respondents without family support and rich is potentially 2.639 times (95% CI : 1.574-4.427) to have a more qualified antenatal care than the poor ones, meaning that it is statistically significant with  $p=0.000$ . respondents with an access far away from health facilities and rich is potentially 7.583 times (95% CI 1.666-34.522) to have a more qualified antenatal care than the poor ones, meaning that it is statistically significant with  $p=0.016$ . respondents with an access near health facilities and rich is potentially 2.592 times (95% CI: 1.499-4.480) to have a more qualified antenatal care than the poor ones, meaning that it is statistically significant with  $p=0.001$ .

**Keywords :** Determinant, quality, antenatal care.

**Abstrak :** Cakupan ANC Nasional cukup baik namun angka kematian ibu masih tinggi, komplikasi kehamilan masih menjadi penyebab kematian tertinggi yang dapat direduksi dengan meningkatkan kualitas ANC. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas perawatan antenatal (antenatal care) di wilayah pedesaan Kabupaten Jeneponto. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan rancangan kajian potong lintang. Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang telah bersalin dalam kurung waktu Januari-Mei Tahun 2016 di wilayah pedesaan Kabupaten Jeneponto. Sementara sampelnya adalah para Ibu yang telah bersalin dan berdomisili di desa-desa wilayah kerja Puskesmas Bontomate'ne dan Puskesmas Bontoramba sebanyak 277 responden yang diperoleh secara kluster dari empat desa masing-masing per Puskesmas. Data dianalisis dengan pengaplikasian Program SPSS dengan uji chi-square dan uji regresi logistik. Selanjutnya, dilakukan uji Multivariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan berhubungan signifikan terhadap kualitas perawatan antenatal. Responden dengan dukungan keluarga dan kategori kaya berpeluang 28,000 kali (95% CI: 1,208-648,809) perawatan antenatal berkualitas dibandingkan yang miskin, tidak bermakna secara statistik ( $p=0,90$ ). Responden yang ada dukungan keluarga kategori kaya berpeluang 2,639 kali (95% CI: 1,574-4,427) perawatan antenatal berkualitas dibandingkan yang miskin, bermakna secara statistik ( $p=0,000$ ). Responden dengan akses jauh dari sarana kesehatan dan kategori kaya berpeluang 7,583 kali (95% CI: 1,666-34,522) perawatan antenatal berkualitas dibandingkan yang miskin, bermakna secara statistik ( $p=0,016$ ). Responden akses dekat dengan sarana kesehatan dan kategori kaya berpeluang 2,592 kali (95% CI: 1,499 - 4,480) perawatan antenatal berkualitas dibandingkan dengan yang miskin, bermakna secara statistik ( $p=0,001$ ).

**Kata Kunci :** determinan, kualitas, *antenatal care*

## PENDAHULUAN

Mutu pelayanan kesehatan merupakan standar pelayanan yang berhak diterima oleh warga untuk menjamin status kesehatannya (Kemenkes, 2008). Kualitas pelayanan kesehatan yang buruk memberi pengaruh terhadap angka kematian (*mortality rate*) (Jin *et al.*, 2009). Angka kematian Ibu merupakan salah satu indikator kesehatan global, dalam target *MDG 5* mengurangi angka kematian ibu sebesar 75% antara 1990 dan 2015 (Stalker, 2008). Untuk mencapai target ini penurunan MMR tahunan diharapkan rata-rata 5,5% (WHO, 2014).

Secara global dari tahun 1990 – 2013 angka kematian ibu (MMR) menurun 45% dari 380 menjadi 210 per 100.000 kelahiran hidup dengan penurunan rata-rata tahunan hanya sebesar 2,6% (WHO, 2014). Sehingga untuk mencapai target *Sustainable Development Goal (SDGs)* penurunan AKI kurang dari 70 pada tahun 2030 perlu perhatian khusus.

Meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 90,5%, penurunan AKI belum mencapai target MDGs, Kemungkinan hal ini disebabkan karena kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai (Godefay *et al.*, 2015). Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dan perdarahan post partum yang sebenarnya dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik (Kemenkes, 2015).

Ibu hamil yang secara rutin mendatangi klinik selama kehamilan (ANC) biasanya mengetahui apa yang harus mereka lakukan apabila terjadi keadaan darurat (Neha, 2015), untuk melindungi kesehatan ibu dengan mencegah dan mendeteksi lebih awal adanya komplikasi (Stalker, 2008). Komplikasi kehamilan sangat berpengaruh terhadap kematian maternal, terdapat 20% dari seluruh ibu hamil (Senewe dkk., 2004). ANC yang berkualitas juga dapat menurunkan angka kematian ibu (Fagbamigbe *et al.*, 2015). ANC yang baik dapat mengendalikan adanya komplikasi kehamilan sehingga tidak menyebabkan kematian pada Ibu (Stalker, 2008).

Hasil Riskesdas tahun 2013 memaparkan bahwa cakupan ANC yang sesuai dengan MDG telah memenuhi target standar pelayanan minimal 95% yaitu K1 95,4% dan ANC 4 kali dengan nilai cakupan 83,5%. Namun kesenjangan ini menunjukkan adanya ibu hamil yang tidak optimal memperoleh ANC. Cakupan K1 ideal secara nasional adalah 81,6% dan cakupan K4 (ANC 1-1-2) diperoleh 70,4%. Perbedaan nilai ini diartikan bahwa beberapa ibu hamil yang menerima K1

ideal tidak memperoleh ANC sesuai standar minimal (K4) sebesar 12% (Balitbangkes, 2015).

Kualitas ANC yang diperoleh oleh ibu hamil juga dipengaruhi oleh jarak ke fasilitas kesehatan dan pengambil keputusan untuk mencari perawatan (Majrooh *et al.*, 2014). Di Bangladesh dilaporkan bahwa kualitas ANC masih sangat minim, hanya 23,1% sarana kesehatan primer yang memiliki instrumen SOP yang memadai, selain itu jumlah dokter dan perawat tidak memadai (Mansur dkk., 2014).

Beberapa Negara berkembang memiliki masalah dalam meningkatkan kesehatan ibu, kecenderungan ini terjadi pada negara-negara dengan berpenghasilan rendah (Stalker, 2008), penurunan angka kematian ibu tetap menjadi tantangan utama dalam pembangunan kesehatan dan ekonomi global (Kipronoh, 2009), Indonesia sebagai negara berkembang juga memiliki masalah yang sama untuk menurunkan angka kematian ibu dengan memberi perhatian khusus pada ANC (Kemenkes, 2015).

Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa Pelayanan Antenatal Care di Propinsi Sulawesi Selatan sudah berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dari cakupan K1 dan ANC minimal 4 kali masing masing 75,9% dan 95,7%. Namun cakupan yang tinggi saja tidak cukup untuk menjamin keberhasilan layanan ANC, kondisi ini harus memenuhi persyaratan yang diperlukan dari komponen ANC (Graham *et al.*, 2012).

Ibu hamil dalam memenuhi standar *antenatal care* umumnya diperoleh pada tempat pelayanan yang berbeda. Proporsi *antenatal care* berdasarkan tempat menerima ANC dan pemberi pelayanan di Sulawesi Selatan adalah untuk pemberi pelayanan dominan oleh Bidan (87,8%) dan fasilitas Kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan adalah Puskesmas (51,1%), praktek bidan (17,4%) dan (10,6%) di Poskesdes/ polindes (Balitbangkes, 2015).

Kabupaten Jeneponto yang merupakan salah satu daerah bermasalah di Propinsi Sulawesi Selatan memiliki tingkat kematian ibu selama 3 tahun berturut-turut dari tahun 2013 sampai 2015 adalah 170, 235 dan 170 per 100.000 KH (Dinkes Jeneponto, 2014), sementara cakupan ANC 97,6% pada tahun 2013, tahun 2014 97,8%, dan 100,4% pada tahun 2015 (Dinkes Jeneponto, 2016).

Akses pelayanan KIA yang tertera pada data cakupan ANC tersebut menunjukkan capaian yang cukup baik, namun angka ini tidak diinterpretasi sebagai kualitas berdasarkan komponen layanan yang diterima, tapi hanya menunjukkan angka kunjungan ANC, sehingga

dibutuhkan penelitian yang lebih spesifik terhadap komponen-komponen ANC.

Standar pelayanan minimal ibu hamil sebagai berikut : 1) Timbang badan dan ukur tinggi badan, 2) Ukur tekanan darah, 3) skrining dan pemberian tetanus toxoid, 4) ukur tinggi fundus uteri, 5) Pemberian tablet *Fe* 90 tablet selama kehamilan, 6) Temu wicara/konseling, 7) test laboratorium sederhana (Hb dan protein urin), atau berdasarkan indikasi (Kemenkes, 2008). Berdasarkan ulasan yang dikemukakan pada latar belakang, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas antenatal care yang diperoleh ibu berdasarkan komponen layanan yang diterima.

**BAHAN DAN METODE**

**Lokasi dan Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Puskesmas Bonto Ramba dan Bonto Mate'ne. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik

Pendidikan	Suami		Istri	
	n	%	n	%
Tidak tamat SD	64	23,1	44	15,9
SD	87	31,4	98	35,4
SMP	58	20,9	73	26,4
SMA	54	19,5	45	16,2
PT	14	5,1	17	6,1
Total	277	100,0	277	100,0

dengan rancangan *Cross Sectional Study*.

**Populasi dan sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang telah bersalin dari bulan januari sampai mei 2016 yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bonto Ramba dan Bonto Mate'ne. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang telah bersalin dari januari sampai mei 2016 di 8 cluster desa yang ditentukan. Pengeambilan sampel dilakukan secara *cluster sampling*.

**Teknik Pengumpulan Data**

Data primer diperoleh dengan cara melakukan wawancara langsung terhadap responden dengan berpedoman pada kuesioner. Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan kabupaten Jeneponto, BPS (Badan Pusat Statistik) kabupaten Jeneponto dan sumber-sumber lain yang terkait dengan penelitian ini.

**Analisis dan Penyajian data**

Analisa data dilakukan dengan menggunakan komputer dalam program *SPSS*. Dilakukan analisis univariat untuk mengetahui

karakteristik responden. Analisis Bivariat untuk melihat besar risiko variabel independen terhadap variabel dan menggunakan uji *chi square*, selanjutnya dilakukan analisis stratifikasi

dan multivariat dengan *regresi logistik*. Penyajian data dilakukan dalam bentuk narasi.

**HASIL**

Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu pertama kali memeriksakan kehamilannya terbanyak pada umur kehamilan trimester I sebesar 74,7% dan tempat pemeriksaan tempat yang paling sering dikunjungi ibu untuk memperoleh antenatal care adalah fasilitas kesehatan tingkat desa yaitu sebesar 70%. (Tabel.1)

**Tabel 1: Distribusi Umur kehamilan pertama kali memperoleh ANC dan Tempat Pemeriksaan Antenatal care yang paling sering dikunjungi di Wilayah Pedesaan Kabupaten Jeneponto**

Sumber : *Data Primer, 2016*

Berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa pada kelompok responden dan suami yang terbanyak adalah SD dengan persentasi masing-masing 35,4% dan 31,4%. (Tabel.2)

No	Variabel	Jumlah (n = 277)	Persentase (%)
1	ANC pertama kali		
	Tidak ANC	8	2,9
	Triwulan I	207	74,7
	Triwulan II	43	15,5
	Triwulan III	19	6,9
2	Tempat Pelayanan Non Fasyankes		
	Fasyankes Tk. Desa	20	7,2
	FKTP	194	70,0
	Klinik Praktek	46	16,6
	Fasyankes Rujukan	7	2,5
		2	0,7

**Tabel 2: Distribusi Tingkat pendidikan Responden Wilayah Pedesaan Kabupaten Jeneponto**

Sumber : *Data Primer, 2016*

Tingkat kesejahteraan berdasarkan indeks kepemilikan aset terbagi dua kategori yaitu miskin dan kaya, terbanyak adalah kategori miskin yaitu 61,2%, dan untuk Akses ke sarana kesehatan berdasarkan jarak tempuh terbanyak adalah kategori dekat ( $\leq 3$  km) 84,5%. (Tabel.3)

**Tabel 3: Distribusi Tingkat Kesejahteraan Keluarga dan Akses ke Sarana Kesehatan Responden Wilayah Pedesaan Kabupaten Jeneponto**

No	Variabel	n	%
1	<b>Tingkat Kesejahteraan Keluarga :</b>		
	Miskin (Kuartil 1,2 dan 3)	172	62,1
Kaya (Kuartil 4 dan 5)			
2	<b>Akses ke Sarana Kesehatan :</b>	105	37,9
	Dekat ( $\leq 3$ km)	234	84,5
	Jauh ( $> 3$ km)		
		43	15,5

Sumber : Data Primer, 2016

Status paritas yang dimiliki responden dikategorikan dalam tiga paritas, 1 untuk responden yang persalinan pertama, paritas 2-3, dan paritas  $> 3$ . Setelah dilakukan crotabulasi antara variabel independent paritas dengan variabel dependent yaitu kualitas antenatal care dengan nilai  $p=0.373$  yang tidak bermakna secara statistik. Untuk tingkat kesejahteraan kategori kaya dan miskin  $p=0.000$  menunjukkan hubungan yang bermakna, dukungan keluarga  $p=0.009$ , Akses ke sarana kesehatan  $p=0.001$  terdapat hubungan yang bermakna secara statistik. Untuk keterlibatan ibu dalam mengambil keputusan tidak ada hubungan bermakna dengan  $p=0.197$ . (Tabel.4)

**Tabel 4 : Distribusi Determinan Kualitas antenatal care di Wilayah Pedesaan Kabupaten Jeneponto**

Variabel	Status Antenatal Care				Total	p value
	Berkualitas		Tidak Berkualitas			
	n	%	n	%		
<b>Status Reproduksi :</b>						
Paritas 1	45	16,2	52	18,8	97	0,373
Paritas 2-3	78	28,2	70	25,3	148	
Paritas $>3$	13	4,7	19	6,9	32	
<b>Kesejahteraan :</b>						0,000*
Kaya	69	24,9	36	13,0	105	
Miskin	67	24,2	105	37,9	172	
<b>Dukungan keluarga :</b>						0,009*
Ada	133	48,0	126	45,5	259	
Tidak ada	3	1,1	15	5,4	18	
<b>Akses :</b>						0,001*
Dekat	125	45,1	109	39,3	234	
Jauh	11	4,0	32	11,6	43	
<b>Keterlibatan Ibu :</b>						0,197*
Dilibatkan	117	42,2	112	40,4	229	
Tidak dilibatkan	19	6,9	29	10,5	48	

Sumber : Data Primer, 2016

Responden dengan dukungan keluarga, kategori miskin lebih berpeluang 28,000 kali (95% CI: 1,208 - 648,809) antenatal care nya tidak berkualitas dibandingkan responden yang kaya. Namun hubungan ini tidak bermakna secara statistik dengan p value = 0,90. Untuk responden yang ada dukungan keluarga kategori miskin berpeluang 2,639 kali (95% CI: 1,574 - 4,427) antenatal care nya tidak berkualitas dibandingkan responden yang kaya. Hubungan ini bermakna secara statistik dengan p value = 0,000. Responden dengan akses jauh dari sarana kesehatan dan kategori miskin lebih berpeluang 7,583 kali (95% CI: 1,666 - 34,522) antenatal care nya tidak berkualitas dibandingkan responden yang kaya, yang bermakna secara statistik dengan p value = 0,016. Untuk responden yang akses dekat dengan sarana kesehatan dan kategori miskin berpeluang 2,592 kali (95% CI: 1,499 - 4,480) antenatal care nya tidak berkualitas dibandingkan dengan responden yang kaya, p value = 0,001 yang berarti hubungan ini bermakna secara statistik. (Tabel.5)

**Tabel 5 : Distribusi Variabel Independen terhadap Dependen di Wilayah Pedesaan Kabupaten Jeneponto**

Variabel	B	p value	Wald	OR	95% CI
Tingkat Kesejahteraan	1,028	0,000	14,91	2,796	1,660 - 4,712
Dukungan Keluarga	1,450	0,028	4,82	4,263	1,168 - 15,553
Akses Ke Sarana Kesehatan	-1,162	0,003	9,03	0,313	0,147 - 0,667
Konstanta	-1,494	0,076	3,15	0,225	

Sumber : Data Primer, 2016

**PEMBAHASAN**

Penelitian ini menunjukkan bahwa determinan tingkat kesejahteraan keluarga terhadap kualitas antenatal care mempunyai hubungan signifikan secara statistik terhadap kualitas pemeriksaan antenatal care pada setiap komponen meskipun telah dikontrol dengan variabel akses ke sarana kesehatan dan dukungan keluarga, yang berarti Akses ke sarana kesehatan dan dukungan keluarga tidak mempengaruhi hubungan tingkat kesejahteraan keluarga dengan kualitas antenatal care. sejalan dengan hasil

penelitian Joshi *et al* (2014), di Nepal bahwa Ibu dengan kategori keluarga kaya tiga kali lebih besar menerima *antenatal care* yang berkualitas dibandingkan yang miskin OR = 3,00; (95% CI: 1.95-4.60). Penelitian Yesuf *et al* (2013), di Euthopia, menunjukkan hasil yang sama bahwa Ibu dari rumah tangga kaya di tiga waktu memperoleh *antenatal care* yang berkualitas dua sampai empat kali lebih besar dibandingkan dengan dari rumah tangga termiskin.

Meningkatnya beban masalah kesehatan pada penduduk miskin disebabkan penduduk miskin cenderung enggan mencari pelayanan kesehatan meskipun sangat membutuhkan karena terdapat kesenjangan yang besar dengan petugas kesehatan, sumber daya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan dasar, dan pengetahuan yang rendah untuk menghadapi masalah kesehatan (Atwamikarya, 2002). Penduduk miskin berada pada posisi sosial ekonomi rendah, pendapatan rendah dan daya beli barang dan jasa termasuk pelayanan kesehatan rendah, sehingga pemenuhan kualitas *antenatal care* bagi Ibu hamil cenderung tidak terpenuhi (Suryawati, 2005).

Temuan ini menunjukkan pentingnya dukungan keluarga terhadap Ibu untuk memenuhi kunjungan *antenatal care* yang berkualitas sesuai komponen standar pelayanan yang harus diperoleh. Sebuah penelitian sesuai dengan temuan ini yang menyatakan bahwa Ibu yang memiliki dukungan keluarga 6,363 kali berpeluang untuk memenuhi cakupan *antenatal care* dibandingkan ibu yang tidak memiliki dukungan keluarga dengan analisis multivariat menunjukkan nilai p value = 0.030; OR 6,363; CI 95% 1,195-33,884) (Agustini dkk., 2013).

Secara teoritis beberapa fungsi keluarga, diantaranya fungsi keagamaan, budaya, cinta kasih, melindungi, reproduksi, sosialisasi dan pendidikan, ekonomi dan pembinaan lingkungan. Dukungan keluarga menempati posisi penting untuk kondisi yang positif, baik secara emosional, instrumenal, informative maupun penghargaan (Friedman, 2004).

Hasil analisis dalam penelitian ini memperlihatkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan cakupan pelayanan antenatal dan mempengaruhi kualitas pemanfaatan *antenatal care*. Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan suami/keluarga dengan pemanfaatan ANC di Puskesmas dengan hasil analisis *chi square* diperoleh nilai p=0.001 (Hasana & Amir, 2014).

Kedekatan fasilitas kesehatan di desa lebih cenderung untuk terpenuhinya kualitas *antenatal care* 10 kali lebih besar dari yang jauh (Tsegay *et al.*, 2013). Namun penelitian *Determinans of antenatal care quality in Ghana* menyampaikan hal berbeda, bahwa jarak yang dekat ke fasilitas kesehatan tidak selamanya mempengaruhi kualitas ANC bagi ibu hamil, 4-6 Km; OR = 2.219, 7-9 km; OR=3.353, ≥10km; OR=4.351 (Atinga & Baku, 2013).

Jarak merupakan salah satu aksesibilitas fisik terhadap pelayanan kesehatan, selain itu dapat juga dihitung dari waktu tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan misalnya jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka (Eryando, 2006). Determinan kualitas *antenatal care* di wilayah pedesaan kabupaten Jeneponto dalam penelitian ini jarak dapat menjadi alasan terpenuhinya kualitas *antenatal care*.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa Determinan tingkat kesejahteraan keluarga, akses ke sarana kesehatan dan dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap terpenuhinya kualitas *antenatal care* bagi ibu hamil. Upaya edukatif untuk meningkatkan dukungan keluarga terhadap pemenuhan komponen pelayanan ANC sesuai standar sebagai indikator terpenuhinya kualitas *antenatal care*, dapat menjadi alternatif dalam masalah ini. Pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan kelas Ibu hamil dapat di mediasi oleh Kader kesehatan sebagai mitra kerja bagi petugas kesehatan khususnya Bidan di Desa untuk peningkatan dukungan keluarga terhadap pemenuhan kualitas *antenatal care*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustini N. dkk. (2013). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Dan Dukungan Keluarga Dengan Cakupan Pelayanan Antenatal Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga*, 1:67-79.
- Atinga R. & Baku A. (2013). Determinants Of Antenatal Care Quality In Ghana. *International Journal Of Social Economics*, 40:852-865.
- Atwamikarya A. (2002). Konferensi Regional Anggota Parlemen Tentang Laporan Komisi Makroekonomi Dan Kesehatan. Jakarta.
- Balitbangkes. (2015). Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.

- Dinkes Jeneponto. (2014). Profil Dinas Kesehatan. Jeneponto.
- Dinkes Jeneponto. (2016). Profil Dinas Kesehatan. Jeneponto.
- Eryando T. (2006). Aksesibilitas Kesehatan Maternal Di Kabupaten Tangerang. *Makara Kesehatan*, 11:76-83.
- Fagbamigbe *et al.* (2015). Assessment Of Quality Of Antenatal Care Services In Nigeria: Evidence From A Population-Based Survey. *Reproductive Health*, 12:1-9.
- Friedman. (2004). Keperawatan Keluarga. Jakarta: EGC.
- Godefay *et al.* (2015). Risk Factors For Maternal Mortality In Rural Tigray, Northern Ethiopia: A Case-Control Study. *Plos One*, 10(1): 1-15.
- Graham *et al.* (2012). Quality: Gaps In The Continuum Of Care. *The Lancet*, 379:E5-E6.
- Hasana U. & Amir M. (2014). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Antenatal Care Di Puskesmas Antara Kota Makassar.
- Jin *et al.* (2009). Investigating The Mechanism Of Marital Mortality Reduction: The Transition To Widowhood And Quality Of Health Care. *Demography*, 46:605-625.
- Joshi *et al.* (2014). Factors Associated With The Use And Quality Of Antenatal Care In Nepal: A Population-Based Study Using The Demographic And Health Survey Data. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14:1-11.
- Kemenkes. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan No. 828/Menkes/Sk/Ix/2008 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota. Jakarta.
- Kemenkes. (2015). Keputusan Menteri Kesehatan Ri No. Hk. 02.02/Menkes/52/2015; Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Jakarta.
- Kipronoh. (2009). Factors Influencing The Quality Of Antenatal Care In Public Maternal And Child Health Facilities In Nairobi Province Kenya. Kenyatta University.
- Mansur dkk. (2014). Quality Of Antenatal Care In Primary Health Care Centers Of Bangladesh. *Journal Of Family And Reproductive Health*, 8:175-81.
- Majrooh *et al.* (2014). Coverage And Quality Of Antenatal Care Provided At Primary Health Care Facilities In The 'Punjab' province Of Pakistan. *Plos One*, 9:11-33
- Neha. (2015). A Study On Quality Assessment Of Antenatal Care Given At Anganwadi Centers Of Jamnagar Municipal Corporation Area. *Indian Journal Of Preventative Medicine*, 3:1-15.
- Senewe P. dkk. (2004). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Komplikasi Persalinan Tiga Tahun Terakhir Di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 32:1-12.
- Stalker. (2008). Let Speak Out MDGS. Jakarta.
- Suryawati C. (2005). Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 8:121-129.
- Tsegay *et al.* (2013). Determinants Of Antenatal And Delivery Care Utilization In Tigray Region, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Int J Equity Health*, 12:1475-9276.
- WHO. (2014). Trend Maternal Mortality 1990 To 2013. *In: Who, U., Unfpa, The World Bank And The United Nations Population Division* (Ed.).
- Yesuf *et al.* (2013). Disparities In The Use Of Antenatal Care Service In Ethiopia Over A Period Of Fifteen Years. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13:1-10.