

PS4

52

Surabaya



7

Laporan Kajian

INDEKS KESEHATAN IBU TINGKAT PROVINSI DI INDONESIA BERDASAR DATA RISKEDAS 2010

(ANALISIS DATA SEKUNDER RISKEDAS 2010)

Nama Tim :

Herti Maryani

Lusi Kristiana

Hari Basuki Notobroto



**KEMENTERIAN KESEHATAN R. I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**INDEKS KESEHATAN IBU TINGKAT PROVINSI DI INDONESIA
BERDASAR DATA RISKESDAS 2010
(ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2010)**

**HERTI MARYANI
LUSI KRISTIANA
HARI BASUKI NOTOBROTO**

**Kementerian Kesehatan RI
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
Jl. Indrapura 17 Surabaya
2012**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN
Tanggal : 24 6 2013
No. Indek : _____
No. Klas : PS4
52

DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITIAN

Herti Maryani

Lusi Kristiana

Hari Basuki Notobroto



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

SURAT KEPUTUSAN
KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

NOMOR : HK.02.04/4/1/ 2460. /2012

TENTANG

Pembentukan Tim Pelaksana Penelitian DIPA Tahun Anggaran 2012 Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

- Menimbang* :
1. Bahwa untuk melaksanakan kegiatan penelitian Tahun 2012 perlu dibentuk Tim Pelaksana Penelitian, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
 2. Bahwa mereka yang namanya tercantum dalam surat keputusan ini dipandang cukup cakap untuk melaksanakan penelitian tersebut.
- Mengingat* :
1. Undang-undang No.22 tahun 2011 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2012
 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer : 1144/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
 3. Surat Pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun Anggaran 2012 No. 0888/024-11.2.01/15/2012 tanggal 9 Desember 2011.
 4. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian (SP3) Tahun 2012.

MENETAPKAN :

Pertama : Tim Pelaksana Penelitian sebagaimana tersebut dalam lampiran surat keputusan ini untuk melaksanakan kegiatan penelitian dalam lingkup Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Kedua : Menugaskan Tim Pelaksana Penelitian untuk melaksanakan penelitian dengan judul "**Indeks Kesehatan Ibu Tingkat Provinsi di Indonesia Berdasar Data Riskesdas 2010 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010**") seperti tersebut dalam Lampiran Keputusan ini sampai selesai dengan menyerahkan laporan kemajuan penelitian, laporan pelaksanaan penelitian dan laporan akhir hasil penelitian kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

- Ketiga* : Kepada Tim Pelaksana Penelitian yang nama-namanya tersebut dalam Lampiran Surat Keputusan ini diberikan Honorarium yang terkait dengan output kegiatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- Keempat* : Biaya untuk pelaksanaan penelitian dibebankan pada anggaran DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2012.
- Kelima* : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan tanggal 31 Desember 2012 dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SURABAYA
PADA TANGGAL : 3 September 2012



drg. Agus Supriyanto, M.Kes
NIP. 19640813 1991011 001

Tembusan Yth. :

1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
3. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
4. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
5. Kepala Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, Surabaya
6. Masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN
KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
NOMOR : HK.02.04/4/1/ 2460 /2012

JUDUL PENELITIAN : INDEKS KESEHATAN IBU TINGKAT PROVINSI DI
INDONESIA BERDASAR DATA RISKESDAS 2010 (ANALISIS
DATA SEKUNDER RISKESDAS 2010)

TIM PENELITIAN :

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Dra. Herti Maryani, M.Kes | : Ketua Tim Pelaksana Penelitian |
| 2. Lusi Kristiana, S.Si., Apt., M.Kes | : Anggota Tim Peneliti |
| 3. Dr. Hari Basuki N, dr., M.Kes | : Anggota Tim Peneliti |
| 4. Alun Winarni | : Pelaksana Administrasi |

Ditetapkan di : Surabaya
Pada tanggal : 3 September 2012

Kepala,

Drg. Agus Suprpto, M.Kes
NIP. 19640813 1991011 001

KATA PENGANTAR

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 meneliti indikator yang telah disepakati pada Millenium Development Goals (MDGs) untuk tingkat nasional dan tingkat provinsi. Salah satunya adalah tujuan kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu, targetnya terkait dengan kesehatan reproduksi yaitu menurunkan 75 persen kematian ibu dalam kurun waktu 1990-2015 dan tercapainya akses secara universal. Indikator yang digunakan untuk target pertama adalah angka kematian ibu (AKI) dan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Indikator yang digunakan untuk target kedua adalah *universal access* untuk kesehatan reproduksi yang terdiri dari cakupan penggunaan alat kontrasepsi dan cakupan pelayanan antenatal (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Analisis indikator kesehatan ibu merupakan salah satu upaya penelitian untuk memperoleh informasi kesehatan tentang Indeks Kesehatan Ibu tingkat provinsi di Indonesia. Mengingat Indeks Kesehatan Ibu di Indonesia belum ada dan pentingnya meningkatkan kesehatan ibu di Indonesia. Indikator kesehatan ibu digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu dalam sebuah populasi. Dengan membedakan data berdasarkan jenis kelamin, maka indikator yang hanya terjadi pada perempuan dapat diukur, misalnya dari Riskesdas 2010 bisa diketahui ibu yang mengalami komplikasi kehamilan, umur ibu pertama kali menikah, dan juga ibu yang pernah operasi cesar.

Indikator kesehatan ibu dapat mengembangkan pengetahuan tentang dampak suatu kebijakan dan program terhadap kesehatan ibu serta dapat meningkatkan fokus dan efektivitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan khusus ibu. Analisis indikator kesehatan ibu dari variabel Riskesdas 2010 dengan *Confirmatori Factor Analisis* (CFA) akan diperoleh indikator yang valid sebagai dasar perhitungan Indeks Kesehatan Ibu di Indonesia.

Indeks kesehatan ibu memberikan ukuran standar yang dapat dibandingkan dalam komunitas, wilayah, provinsi, maupun negara. Diharapkan hasil analisis penelitian ini dapat digunakan untuk penajaman program, penajaman sasaran serta tools untuk melakukan advocacy.

Surabaya, Desember 2012

Tim Peneliti

RINGKASAN EKSEKUTIF

Indeks Kesehatan Ibu Tingkat Provinsi Di Indonesia Berdasar Data Riskesdas 2010

Herti Maryani, Lusi Kristiana, Hari Basuki Notobroto
Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Analisis indikator kesehatan ibu sangat diperlukan mengingat angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi. Indikator kesehatan ibu digunakan sebagai dasar perhitungan indeks kesehatan ibu berguna untuk mengukur status kesehatan ibu dalam sebuah populasi. Indikator kesehatan ibu yang valid dapat dijadikan indeks kesehatan ibu yang memberikan ukuran standar sehingga dapat dibandingkan dalam komunitas, wilayah, provinsi, maupun negara.

Dengan membedakan data berdasarkan jenis kelamin, maka indikator yang hanya terjadi pada perempuan dapat diukur, misalnya dari Riskesdas 2010 bisa diketahui ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan, ibu yang mengalami komplikasi melahirkan, atau ibu yang pernah operasi cesar. Mengumpulkan dan membandingkan indikator secara kontinu akan memungkinkan untuk melihat apakah kesehatan ibu semakin baik atau sebaliknya, serta dapat mengetahui tren penyakit atau kesehatan. Indeks kesehatan ibu dapat mengembangkan pengetahuan tentang dampak suatu kebijakan dan program terhadap kesehatan ibu serta dapat meningkatkan fokus dan efektivitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan khusus ibu.

Penelitian Riskesdas 2010 yang mencakup tujuan kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu mempunyai banyak sekali variabel yang mengidentifikasi kesehatan ibu. Hal ini dapat dijadikan dasar perhitungan indeks kesehatan ibu di Indonesia, mengingat indeks kesehatan ibu belum ada. Kerangka teori McCarthy dan Maine sangat sesuai dengan variabel penelitian Riskesdas 2010 yang menggambarkan kesehatan ibu. Variabel yang menggambarkan status kesehatan ibu menurut kerangka teori terdiri dari variabel terukur maupun variabel yang tidak terukur (laten), maka diperlukan analisis statistik yang memungkinkan pengujian sebuah rangkaian hubungan yang relatif rumit secara simultan. Analisis faktor konfirmatori atau *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) merupakan salah satu metode analisis multivariat yang tepat untuk melakukan perhitungan indeks kesehatan ibu. Analisis CFA dapat digunakan untuk mengkonfirmasi apakah model

pengukuran yang dibangun sesuai dengan yang dihipotesiskan. *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) mencari sejumlah variabel indikator yang membentuk variabel yang tidak terukur langsung didasarkan pada landasan teori yang ada.

Analisis CFA digunakan untuk menghitung indeks kesehatan ibu berdasarkan indikator status kesehatan ibu, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan dari variabel Riskesdas 2010. Analisis CFA dapat menguji signifikansi parameter dari setiap indikator status kesehatan ibu, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku kesehatan. Perhitungan skor faktor dilakukan sebagai dasar untuk perhitungan indeks kesehatan ibu di setiap provinsi.

Hasil analisis CFA menyatakan status kesehatan ibu dapat diukur dengan indikator konsumsi energi, konsumsi protein dan tidak adanya komplikasi kehamilan. Status reproduksi dapat diukur dengan indikator umur melahirkan (20-34th), jumlah anak (0-2), jarak kelahiran ≥ 24 bln, dan berat bayi lahir normal. Akses pelayanan kesehatan dapat diukur dengan indikator informasi komplikasi kehamilan, informasi pertolongan jika ada komplikasi dan mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi. Perilaku sehat dapat diukur dengan indikator akseptor KB aktif, KI dan K4 nakes, periksa hamil di nakes, penolong persalinan nakes, konsumsi Fe >90 , kunjungan nifas (0-7) hari serta melahirkan di yankes.

Uji kelayakan model indeks kesehatan ibu menunjukkan model yang fit sehingga model indeks kesehatan ibu berdasarkan data Riskesdas 2010 yang dikembangkan dari teori McCarthy dan Maine sudah tepat dan secara umum model sudah mewakili data yang sebenarnya. Hasil perhitungan indeks kesehatan ibu menghasilkan provinsi Bali, DI Yogyakarta dan Kepulauan Riau merupakan tiga provinsi dengan skor indeks tertinggi. Sedangkan 3 provinsi dengan skor indeks kesehatan ibu terendah adalah Maluku, Papua dan Sulawesi Tengah.

Indikator yang menggambarkan status kesehatan ibu sangat penting untuk melihat kondisi kesehatan ibu sebagai dasar pembuatan program dan kebijakan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu. Setiap provinsi atau kabupaten/kota sebaiknya mengembangkan indeks kesehatan ibu dengan memanfaatkan data nasional maupun data rutin yang tersedia untuk mengevaluasi status kesehatan ibu. Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2010 yang dipresentasikan menurut provinsi, untuk pengembangan ke depan lebih tajam lagi jika data yang digunakan bisa merepresentasikan di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian hasil dapat digunakan untuk membuat model indeks kesehatan ibu yang lebih lengkap di tingkat kabupaten/kota.

ABSTRAK

Status kesehatan ibu menjadi salah satu indikator keberhasilan dalam bidang kesehatan sebuah negara. Status kesehatan ibu dalam sebuah populasi dapat diukur dengan indeks kesehatan ibu. *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) digunakan untuk analisis dalam perhitungan indeks kesehatan ibu berdasarkan status kesehatan, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku sehat. Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari Riskesdas 2010. Variabel yang dianalisis ada 25 variabel terukur yang menggambarkan kesehatan ibu di setiap provinsi di Indonesia. Hasil analisis menyimpulkan bahwa status kesehatan ibu dapat diukur dengan indikator konsumsi energi, konsumsi protein dan tidak adanya komplikasi kehamilan. Status reproduksi dapat diukur dengan indikator umur melahirkan (20-34th), jumlah anak (0-2), jarak kelahiran ≥ 24 bln, dan berat bayi lahir normal. Akses pelayanan kesehatan dapat diukur dengan indikator informasi komplikasi kehamilan, informasi pertolongan jika ada komplikasi dan mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi. Perilaku sehat dapat diukur dengan indikator akseptor KB aktif, K1 dan K4 nakes, periksa hamil di nakes, penolong persalinan nakes, konsumsi Fe $>$ 90, kunjungan nifas (0-7) hari serta melahirkan di yankes. Uji kelayakan menunjukkan model yang fit sehingga model indeks kesehatan ibu berdasarkan data Riskesdas 2010 yang dikembangkan dari teori McCarthy dan Maine sudah tepat dan secara umum model sudah mewakili data yang sebenarnya. Hasil perhitungan indeks kesehatan ibu menghasilkan provinsi Bali, DI Yogyakarta dan Kepulauan Riau merupakan tiga provinsi dengan skor indeks tertinggi. Sedangkan 3 provinsi dengan skor indeks kesehatan ibu terendah adalah Maluku, Papua dan Sulawesi Tengah. Setiap provinsi atau kabupaten/kota sebaiknya mengembangkan indeks kesehatan ibu dengan memanfaatkan data nasional maupun data rutin yang tersedia untuk mengevaluasi dan prioritas program kesehatan ibu.

Keyword : *Confirmatory Factor Analysis*, indeks kesehatan ibu, status kesehatan ibu.

DAFTAR ISI

Lembar Judul	i
Susunan Tim Peneliti	ii
Surat Keputusan Penelitian	iii
Kata Pengantar	vi
Ringkasan Eksekutif	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah Penelitian	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
Bab 2 Tinjauan Pustaka	8
2.1 Kesehatan Reproduksi	8
2.2 Indikator Kesehatan Reproduksi	9
2.3 Indikator Program KIA	12
2.4 Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	15
2.5 Indeks Pembangunan Kesehatan Manusia (IPKM)	15
2.6 Indikator Kesehatan	16
2.7 Indeks Kesehatan	17
2.8 <i>Confirmatory Factor Analysis(CFA)</i>	18
Bab 3 Tujuan dan Manfaat	22
3.1 Tujuan Umum	22
3.2 Tujuan Khusus	22
3.3 Manfaat Penelitian	22
Bab 4 Metode	23
4.1 Kerangka Konsep	23
4.2 Disain Penelitian	23
4.3 Data yang Digunakan	23
4.4 Tempat dan Waktu	23
4.5 Variabel, Definisi Operasional, Skala	24
4.6 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	30
4.7 Pengawasan Kualitas Data	30
4.8 Manajemen Data	30
4.9 Analisis Data	30

Bab 5	Hasil	32
	5.1 Diskripsi Data	32
	5.2 Asumsi CFA	33
	5.3 Estimasi dan Signifikansi Parameter	34
	5.4 Perhitungan Skor Faktor	40
	5.5 Uji Kelayakan Model	46
	5.6 Perhitungan Indeks Kesehatan Ibu	46
	5.7 Korelasi Indeks Kesehatan Ibu dan Variabel Sosial Ekonomi	48
Bab 6	Pembahasan	49
	6.1 Analisis CFA Model Status Kesehatan	49
	6.2 Analisis CFA Model Status Reproduksi.....	50
	6.3 Analisis CFA Model Akses Yankes	51
	6.4 Analisis CFA Model Perilaku Sehat	52
	6.5 Analisis CFA Model Indeks Kesehatan Ibu	53
	6.6 Uji Kelayakan Model Indeks Kesehatan Ibu	53
	6.7 Indeks Kesehatan Ibu	53
Bab 7	Kesimpulan dan Saran.....	54
	7.1 Kesimpulan	54
	7.2 Saran	54
	Ucapan Terima Kasih.....	55
	Daftar Pustaka.....	56
	Lampiran.....	58

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel	2.1	Indeks Goodness of fit	21
Tabel	4.1	Variabel, Definisi Operasional, Skala	25
Tabel	5.1	Diskripsi Variabel Penelitian.....	32
Tabel	5.2	Hasil uji multivariat normal model CFA status kesehatan	33
Tabel	5.3	Hasil uji multivariat normal model CFA status reproduksi	33
Tabel	5.4	Hasil uji multivariat normal model CFA akses yankes	34
Tabel	5.5	Hasil uji multivariat normal model CFA perilaku sehat	34
Tabel	5.6	Nilai parameter model status kesehatan	35
Tabel	5.7	Nilai parameter modifikasi model status kesehatan	35
Tabel	5.8	Nilai parameter model status reproduksi	36
Tabel	5.9	Nilai parameter modifikasi model status reproduksi	37
Tabel	5.10	Nilai parameter model akses yankes	37
Tabel	5.11	Nilai parameter modifikasi model akses yankes	38
Tabel	5.12	Nilai parameter model perilaku sehat	38
Tabel	5.13	Nilai parameter modifikasi model perilaku sehat	39
Tabel	5.14	Diskripsi indikator status kesehatan	40
Tabel	5.15	Range, kategori dan skor indiktor status kesehatan	40
Tabel	5.16	Diskripsi indikator status reproduksi.....	41
Tabel	5.17	Range, kategori dan skor indiktor status reproduksi.....	41
Tabel	5.18	Diskripsi indikator akses yankes	42
Tabel	5.19	Range, kategori dan skor indiktor akses yankes	42
Tabel	5.20	Diskripsi indikator perilaku sehat.....	43
Tabel	5.21	Range, kategori dan skor indiktor perilaku sehat.....	43
Tabel	5.22	Skor status kesehatan, status reproduksi, akses yankes dan perilaku sehat menurut provinsi di Indonesia	44
Tabel	5.23	Nilai parameter model indeks kesehatan ibu dengan p-value	46
Tabel	5.24	Hasil uji kelayakan model indeks kesehatan ibu	46
Tabel	5.25	Peringkat indeks kesehatan ibu menurut provinsi di Indonesia ..	47
Tabel	6.1	Indikator indeks kesehatan ibu yang signifikan	49

DAFTAR GAMBAP

		Halaman
Gambar	1.1 Kerangka konsep analisis determinan kematian ibu	5
Gambar	4.1 Kerangka konsep penelitian	23
Gambar	4.2 Tahapan analisis CFA	30
Gambar	5.1 Model CFA status kesehatan ibu	35
Gambar	5.2 Modifikasi model CFA status kesehatan ibu	35
Gambar	5.3 Model CFA status reproduksi	36
Gambar	5.4 Modifikasi model CFA status reproduksi	36
Gambar	5.5 Model CFA akses yankes	37
Gambar	5.6 Modifikasi model CFA akses yankes	37
Gambar	5.7 Model CFA perilaku sehat	38
Gambar	5.8 Modifikasi model CFA perilaku sehat.....	39
Gambar	5.9 Model CFA indeks kesehatan ibu	45

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Output model CFA status kesehatan	58
2. Output model CFA status reproduksi.....	59
3. Output model CFA akses yankes.....	60
4. Output model CFA perilaku sehat	61
5. Output modifikasi model CFA modifikasi status kesehatan	62
6. Output modifikasi model CFA status reproduksi.....	63
7. Output modifikasi model CFA akses yankes.....	64
8. Output modifikasi model CFA perilaku sehat.....	65
9. Output model CFA indeks kesehatan ibu	66
10. Output uji kelayakan model indeks kesehatan ibu	67

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gambaran yang komprehensif tentang kesehatan penduduk adalah penting untuk memberi masukan penelitian kesehatan, kebijakan dan program. Mengumpulkan data pada berbagai upaya kesehatan (indikator kesehatan) dapat dikumpulkan bersama dan dianalisis untuk menggambarkan, membandingkan dan memonitor pola mortalitas (kematian), morbiditas (sakit, penyakit), dan kesehatan. Pada tahun 1990, perwakilan resmi berbagai negara di dunia telah menghadiri pertemuan *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo dan *Fourth Women's Conference in WHO's Short List of Reproductive Health Indicators for Global Monitoring* di Beijing. Pertemuan tersebut menghasilkan beberapa tujuan dan target yang bersifat global di bidang kesehatan reproduksi dan seksual. Tujuan dan target global ini ternyata membawa dampak terjadinya perkembangan yang cepat terhadap indikator kesehatan reproduksi di banyak negara. Pada akhirnya PBB meminta WHO untuk memimpin serta mengorganisasi pelaksanaan masalah indikator kesehatan reproduksi guna mencapai kesepakatan tentang indikator kesehatan reproduksi global tersebut.

WHO menghasilkan 17 indikator utama di bidang kesehatan reproduksi yang merupakan representasi kesepakatan global tersebut. Indikator ini merupakan indikator kunci yang berfungsi sebagai perbandingan secara internasional, monitoring secara global, dan tindak lanjut konferensi internasional. Indikator kunci ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang situasi kesehatan reproduksi di tingkat global maupun nasional. Tidak sekedar menyajikan seperangkat indikator untuk monitoring dan evaluasi program, namun data yang dikumpulkan dari laporan indikator diharapkan dapat berguna hingga ke tingkat manajemen program.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 meneliti tujuan kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu, targetnya terkait dengan kesehatan reproduksi yaitu menurunkan 75 persen kematian ibu dalam kurun waktu 1990-2015 dan tercapainya akses secara universal. Indikator yang digunakan untuk target pertama adalah angka kematian ibu (AKI) dan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Indikator yang digunakan untuk target kedua adalah *universal access* untuk kesehatan reproduksi yang terdiri dari cakupan penggunaan alat kontrasepsi dan cakupan pelayanan antenatal (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Indikator kesehatan ibu digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu dalam sebuah populasi. Untuk memahami kesehatan ibu, informasi harus tersedia dan dianalisis berdasarkan jenis kelamin dan jender. Di beberapa negara, indikator kesehatan ibu dirancang antara lain untuk mengukur bagaimana jender mempengaruhi kesehatan perempuan dan remaja putri, untuk mempelajari bagaimana kesehatan perempuan berbeda dengan kesehatan laki-laki, dan juga untuk mempelajari pengaruh spesifik di dalam dan di antara populasi perempuan tersebut. Banyak data kesehatan yang menyertakan perbedaan jenis kelamin. Dengan membedakan data berdasarkan jenis kelamin, maka indikator yang hanya terjadi pada perempuan dapat diukur, sebagai contoh ibu hamil yang merokok, kematian ibu melahirkan, atau laju kanker ovarium.

Di Indonesia, belum ada indeks kesehatan khusus ibu, indeks kesehatan yang ada adalah Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dibuat oleh Badan Litbang Kesehatan pada tahun 2010. Analisis IPKM menggunakan data Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar 2007), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional 2007) dan Data Podes (Potensi Desa 2007). Salah satu manfaat dari IPKM adalah sebagai indikator yang menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Dengan memanfaatkan data Riskesdas 2010 yang mencakup tujuan kelima MDGs, maka dapat dianalisis sebuah indeks kesehatan ibu agar dapat dijadikan indikator status kesehatan ibu di tingkat provinsi di Indonesia. Adanya indikator kesehatan ibu, dapat memberikan banyak manfaat, antara lain:

1. Data indikator dapat memberikan gambaran dasar mengenai perbedaan dalam hal jender dan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan, maupun di antara perempuan itu sendiri dalam hal faktor kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, serta hasil kesehatan.
2. Indikator kesehatan ibu memberikan gambaran yang dapat dibandingkan di antara komunitas perempuan, wilayah, provinsi, maupun negara.
3. Indikator yang dikumpulkan dan dibandingkan secara kontinu, memungkinkan mengetahui perubahan kesehatan ibu baik positif maupun negatif, serta dapat mengetahui tren penyakit atau kesehatan.
4. Indikator kesehatan ibu dapat meningkatkan fokus dan efektivitas suatu intervensi, dengan mengidentifikasi kebutuhan khusus ibu.

5. Dengan adanya indikator yang baik, memungkinkan dapat menjadi suatu petunjuk untuk menentukan prioritas dan strategi kebijakan, sehingga menghasilkan perubahan yang penting guna meningkatkan kesehatan ibu.
6. Indikator kesehatan ibu dapat memberikan gambaran mengenai dampak suatu kebijakan dan program terhadap kesehatan ibu.

McCarthy dan Maine pada tahun 1992 telah mengembangkan sebuah model konseptual untuk menganalisis determinan kematian ibu, yang terdiri dari determinan jauh (status sosial ekonomi), determinan antara (kesehatan dan perilaku reproduksi, status kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, faktor yang tidak diketahui) dan determinan dekat (kehamilan, komplikasi, mortalitas). Menurut McCarthy dan Maine model tersebut disediakan dalam konteks penelitian dan strategi program. Sejak saat itu modifikasi model dari McCarthy dan Maine telah dikembangkan antara lain:

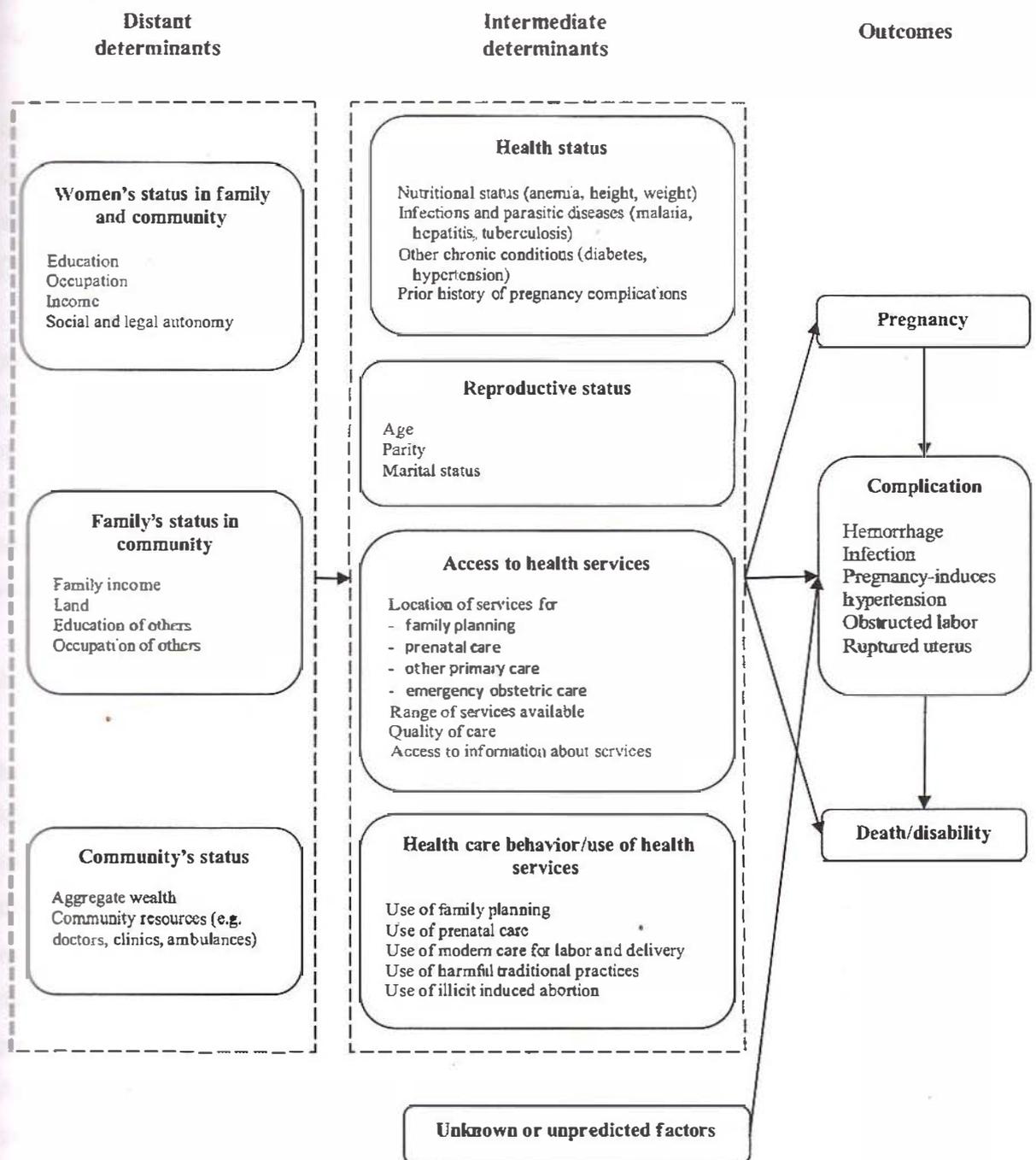
- UNICEF (1999), mengembangkan kerangka kerja untuk menilai dan menganalisa kesehatan ibu, yang digunakan sebagai dasar untuk memberi masukan strategi program.
- WHO (1994) mengembangkan *The Mother-Baby Package*, berdasarkan pada “empat pilar” *safe motherhood* model, yang digunakan untuk identifikasi empat strategi *safe motherhood* dan digunakan sebagai dasar pemrograman KB, *antenatal care*, *clean/safe delivery*, dan *essential obstetric care*.
- Woodward dkk (2001), mengusulkan model teoritis untuk memahami dan menganalisis aspek ekonomi dari globalisasi dan dampaknya terhadap kesehatan. Model ini secara eksplisit mengakui kekuatan pendorong, serta faktor-faktor dan kendala yang mempengaruhi globalisasi ekonomi.

Konsep McCarthy dan Maine (1992) digunakan sebagai dasar teori dalam penelitian ini karena dianggap paling sesuai dengan variabel yang tersedia dalam data Riskesdas 2010 yang digunakan untuk menentukan indeks kesehatan ibu seperti yang tercantum dalam tujuan penelitian. Kerangka konsep McCarthy dan Maine (1992) mengemukakan bahwa peran determinan sebagai landasan dasar dan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung dari identifikasi kematian ibu dan bayi, kehamilan remaja, *unsafe abortion*, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan tingkat kesuburan di komunitas. Faktor determinan dari konsep McCarthy dan Maine dibagi menjadi faktor determinan dekat, determinan antara

dan determinan jauh. Faktor yang terjadi selama kehamilan, merupakan determinan dekat yang meliputi kejadian kehamilan, dimana wanita hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas, seperti komplikasi perdarahan, preeklamsia/eklamsia, infeksi, partus lama, dan ruptura uterus, akan berpengaruh terhadap terjadinya kematian maternal.

Determinan antara yang meliputi status kesehatan ibu (status gizi, riwayat penyakit, riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya, riwayat persalinan sebelumnya), status reproduksi (usia, paritas, jarak kehamilan, status perkawinan), akses ke pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan : KB, pelayanan antenatal, pelayanan obstetri emergensi, jangkauan pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan, akses informasi tentang pelayanan kesehatan), perilaku kesehatan (perilaku KB, pemeriksaan antenatal, penolong persalinan, tempat persalinan, pelaksanaan aborsi yang tidak aman, penggunaan fasilitas kesehatan ketika terjadi masalah kesehatan) secara langsung mempengaruhi kehamilan, dimana wanita hamil memiliki risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan yang akhirnya akan berpengaruh terhadap terjadinya kematian maternal.

Determinan jauh yang meliputi status wanita dalam keluarga dan masyarakat (pendidikan, pekerjaan, pendapatan), status keluarga dalam masyarakat (pendapatan keluarga, tempat tinggal, pendidikan anggota keluarga, pekerjaan anggota keluarga) dan status masyarakat (kesejahteraan, sumber daya di masyarakat) secara langsung mempengaruhi determinan antara dan secara tidak langsung mempengaruhi determinan dekat (Syafudin dan Hamidah, 2009). Pengembangan kerangka teori berdasar konsep McCarthy dan Maine dari variabel penelitian yang akan dianalisis dijelaskan oleh gambar 1.1.



Sumber: McCarthy and Maine (1992)

Gambar 1.1 Kerangka konsep analisis determinan kematian ibu

Banyak variabel dalam Riskesdas 2010 yang mengidentifikasi kesehatan ibu hamil, kesehatan ibu melahirkan dan kesehatan ibu nifas dapat digunakan untuk menggambarkan status kesehatan ibu, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan serta perilaku kesehatan ibu. Berdasar konsep McCarthy dan Maine dilakukan analisis lanjut data sekunder

Risikesdas 2010 dengan menggunakan analisis faktor konfirmatori atau *Confirmatory Factor Analysis* (CFA).

Analisis faktor konfirmatori menjadi salah satu kelebihan teknik SEM (*Structural Equation Modeling*) dibanding dengan teknik analisis faktor eksploratori, karena peneliti dapat memodifikasi model yang sesuai dengan data yang ada. Proses estimasi reliabilitas, modifikasi model yang tepat akan menghasilkan nilai ketepatan estimasi yang lebih akurat (Widhiarso, 2010).

Confirmatory Factor Analysis (CFA) adalah salah satu metode analisis multivariat yang dapat digunakan untuk menguji atau mengkonfirmasikan model yang dihipotesiskan. Model yang dihipotesiskan terdiri dari satu atau lebih variabel laten, yang diukur oleh satu atau lebih variabel indikator. Variabel laten adalah variabel yang tidak terukur atau tidak dapat diukur secara langsung dan memerlukan variabel indikator untuk mengukurnya, sedangkan variabel indikator adalah variabel yang dapat diukur secara langsung (Maiyanti dkk, 2009).

1.2 Perumusan masalah penelitian

Risikesdas 2010 yang mencakup tujuan kelima MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu mempunyai banyak sekali variabel yang mengidentifikasi kesehatan ibu. Hal ini dapat dijadikan dasar perhitungan indeks kesehatan ibu di Indonesia, mengingat indeks kesehatan ibu belum ada. Kerangka teori McCarthy dan Maine (1992) paling sesuai dengan variabel Risikesdas 2010 untuk menggambarkan kesehatan ibu. Variabel yang menggambarkan status kesehatan ibu menurut kerangka teori terdiri dari variabel terukur maupun variabel yang tidak terukur (laten), maka diperlukan analisis statistik yang memungkinkan pengujian sebuah rangkaian hubungan yang relatif rumit secara simultan. Analisis faktor konfirmatori atau *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) merupakan salah satu metode analisis multivariat yang tepat untuk melakukan perhitungan indeks kesehatan ibu. Analisis CFA dapat digunakan untuk mengkonfirmasikan apakah model pengukuran yang dibangun sesuai dengan yang dihipotesiskan. *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) mencari sejumlah variabel indikator yang membentuk variabel yang tidak terukur langsung didasarkan pada landasan teori yang ada (Widarjono, 2010).

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah maka timbul pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Apakah variabel yang dianalisis merupakan indikator yang valid untuk mengukur indeks kesehatan ibu di Indonesia?
2. Bagaimana gambaran indeks kesehatan ibu tingkat provinsi di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2010?

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesehatan Reproduksi

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasi muda. Oleh sebab itu wanita seharusnya diberi perhatian sebab :

- 1) Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya.
- 2) Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan.
- 3) Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai obyek dengan mengatasnamakan 'pembangunan' seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk.
- 4) Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda internasional, diantaranya Indonesia menyepakati hasil konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan di Kairo dan Beijing.
- 5) Berdasarkan pemikiran di atas kesehatan wanita merupakan aspek paling penting disebabkan pengaruhnya pada kesehatan anak. Oleh sebab itu pada wanita diberi kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurut dirinya sesuai dengan kebutuhannya di mana ia sendiri yang memutuskan atas dirinya sendiri.

Definisi tentang arti kesehatan reproduksi yang telah diterima secara internasional yaitu : sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistim, fungsi dan proses reproduksi. Selain itu juga disinggung hak reproduksi yang didasarkan pada pengakuan hak asasi manusia bagi setiap pasangan atau individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, jarak kelahiran anak, dan menentukan kelahiran anak mereka.

Empat hal pokok dalam reproduksi wanita berdasarkan hasil konferensi wanita sedunia ke IV di Beijing pada tahun 1995 dan konferensi kependudukan dan pembangunan di Kairo tahun 1994 antara lain :

- 1) Kesehatan reproduksi dan seksual (*reproductive and sexual health*)
- 2) Penentuan dalam keputusan reproduksi (*reproductive decision making*)
- 3) Kesetaraan pria dan wanita (*equality and equity for men and women*)
- 4) Keamanan reproduksi dan seksual (*sexual and reproductive security*)

2.2 Indikator Kesehatan Reproduksi

Dalam pengertian kesehatan reproduksi secara lebih mendalam, bukan semata-mata sebagai pengertian klinis (kedokteran) saja tetapi juga mencakup pengertian sosial (masyarakat). Intinya *goal* kesehatan secara menyeluruh bahwa kualitas hidupnya sangat baik. Namun, kondisi sosial dan ekonomi terutama di negara-negara berkembang yang kualitas hidup dan kemiskinan memburuk, secara tidak langsung memperburuk pula kesehatan reproduksi wanita.

Indikator-indikator permasalahan kesehatan reproduksi wanita di Indonesia antara lain:

- 1) Jender, adalah peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda. Jender sebagai suatu konstruksi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan, dan karena peran jender berbeda dalam konteks *cross cultural* berarti tingkat kesehatan wanita juga berbeda-beda.
- 2) Kemiskinan, antara lain mengakibatkan makanan yang tidak cukup atau makanan kurang gizi, persediaan air yang kurang, sanitasi yang jelek dan perumahan yang tidak layak dan tidak mendapatkan pelayanan yang baik.

3) Pendidikan yang rendah

Kemiskinan mempengaruhi kesempatan untuk mendapatkan pendidikan. Kesempatan untuk sekolah tidak sama untuk semua tetapi tergantung dari kemampuan membiayai. Dalam situasi kesulitan biaya, biasanya anak laki-laki lebih diutamakan karena laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga. Dalam hal ini bukan indikator kemiskinan saja yang berpengaruh tetapi jender berpengaruh pula terhadap pendidikan. Tingkat pendidikan ini mempengaruhi tingkat kesehatan, orang yang berpendidikan biasanya mempunyai pengertian yang lebih besar terhadap masalah kesehatan dan pencegahannya. Minimal dengan mempunyai pendidikan yang memadai seseorang dapat mencari peluang, merawat diri sendiri, dan ikut serta dalam mengambil keputusan dalam keluarga dan masyarakat.

4) Kawin muda

Di negara berkembang termasuk Indonesia, kawin muda pada wanita masih banyak terjadi (biasanya di bawah usia 18 tahun). Banyak kebudayaan yang menganggap kalau belum menikah di usia tertentu dianggap tidak laku. Ada juga karena faktor kemiskinan, orang tua cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya dan diserahkan anak wanita tersebut kepada suaminya. Ini berarti wanita usia muda jika hamil mempunyai risiko tinggi pada saat persalinan. Risiko tingkat kematian dua kali lebih besar pada wanita yang menikah di usia 20 tahunan. Dampak lain, mereka putus sekolah, pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan.

5) Kekurangan gizi dan kesehatan yang buruk

Menurut WHO di negara berkembang termasuk Indonesia diperkirakan 450 juta wanita tumbuh tidak sempurna karena kurang gizi pada masa kanak-kanak, akibat kemiskinan. Jika pun berkecukupan, budaya menentukan bahwa suami dan anak laki-laki mendapat porsi yang banyak dan terbaik, dan terakhir sang ibu memakan sisa yang ada. Wanita sejak ia mengalami menstruasi akan membutuhkan gizi yang lebih banyak dari pria untuk mengganti darah yang keluar. Zat yang sangat dibutuhkan adalah zat besi yaitu 3 kali lebih besar dari kebutuhan pria. Di samping itu wanita juga membutuhkan zat yodium lebih banyak dari pria. Kekurangan zat ini akan menyebabkan gondok yang membahayakan perkembangan janin baik fisik maupun mental. Wanita juga sangat rawan terhadap beberapa penyakit, termasuk penyakit menular seksual, karena pekerjaan mereka atau tubuh mereka yang berbeda dengan pria. Salah satu situasi yang rawan adalah, pekerjaan wanita yang selalu berhubungan dengan air, misalnya mencuci, memasak, dan sebagainya. Seperti diketahui air adalah media yang cukup berbahaya dalam penularan bakteri penyakit.

6) Beban kerja yang berat.

Wanita bekerja jauh lebih lama dari pada pria. Berbagai penelitian yang telah dilakukan di seluruh dunia menunjukkan bahwa rata-rata wanita bekerja 3 jam lebih lama. Akibatnya wanita mempunyai sedikit waktu istirahat, lebih lanjut terjadinya kelelahan kronis, stress, dan sebagainya. Kesehatan wanita tidak hanya dipengaruhi oleh waktu.

7) Usia harapan hidup

Usia harapan hidup (*Life Expectancy Rate*) merupakan lama hidup manusia di dunia. Usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Harapan hidup penduduk Indonesia mengalami peningkatan jumlah dan proporsi sejak 1980. Harapan hidup perempuan adalah 54 tahun pada 1980, kemudian 64,7 tahun pada 1990, dan 70 tahun pada 2000. Meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia membawa implikasi bertambahnya jumlah lansia. Berdasarkan data, wanita Indonesia yang memasuki masa menopause semakin meningkat setiap tahunnya. Meningkatnya jumlah itu sebagai akibat bertambahnya populasi penduduk usia lanjut dan tingginya usia harapan hidup, diiringi membaiknya derajat kesehatan masyarakat.

8) Penghasilan

Penghasilan berkaitan dengan tingkat kemiskinan yang dijelaskan pada nomor (2), jika penghasilan perempuan meningkat maka pola pemenuhan kesehatan perempuan akan bergeser dari pemenuhan kebutuhan pokok saja menjadi pemenuhan kebutuhan lain.

9) Angka kematian ibu

Angka kematian ibu (AKI) adalah banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI diperhitungkan pula pada jangka waktu 6 minggu hingga setahun setelah melahirkan. Indikator ini dapat dilakukan pada daerah yang kelahiran hidupnya minimal 100.000. Bagi yang < 100.000 kelahiran hidup dianjurkan untuk menghitung jumlah absolut kematian ibu saja atau menggunakan indikator misalnya persalinan tenaga kesehatan.

Indikator ini secara langsung digunakan untuk memonitor kematian terkait dengan kehamilan. AKI dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Definisi operasional kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Sumber data dapat diperoleh dari survey dan atau catatan kematian ibu hamil atau melahirkan pada bidan, dokter atau sarana kesehatan

10) Tingkat kesuburan

Tingkat kesuburan masyarakat mempengaruhi kesehatan reproduksi yang merupakan bagian penting dan merupakan paling utama dalam upaya mencapai kehidupan yang berkualitas karena kesehatan reproduksi merupakan refleksi dari kesehatan konsepsi, kesehatan anak, remaja dan masa dewasa. Dengan demikian kesehatan reproduksi menentukan kesehatan wanita dan pria serta generasi selanjutnya.

2.3 Indikator Program KIA

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak) meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Sasaran yang digunakan dalam PWS KIA berdasarkan kurun waktu 1 tahun dengan prinsip konsep wilayah (misalnya: untuk provinsi memakai sasaran provinsi, untuk kabupaten memakai sasaran kabupaten) adalah sebagai berikut:

1) Akses pelayanan antenatal (cakupan K1)

Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

2) Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4)

Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

3) Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN)

Adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang

ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar.

4) Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF 3)

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam sampai dengan 3 hari, 8 sampai dengan 14 hari dan 36 sampai dengan 42 hari setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

5) Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN 1)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.

6) Cakupan pelayanan neonatus lengkap (KN Lengkap).

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6 sampai dengan 48 jam, 1 kali pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

7) Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat

Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader, dukun bayi, atau masyarakat, serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat di sini bisa keluarga ataupun ibu hamil/bersalin/nifas itu sendiri. Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.

8) Cakupan penanganan komplikasi obstetri (PK)

Adalah cakupan ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan

setiap kasus komplikasi kebidanan. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu hamil bersalin dan nifas dengan komplikasi.

9) Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati. Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

10) Cakupan kunjungan bayi (29 hari sampai dengan 11 bulan)

Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari sampai dengan 2 bulan, 1 kali pada umur 3 sampai dengan 5 bulan, satu kali pada umur 6 sampai dengan 8 bulan, dan 1 kali pada umur 9 sampai dengan 11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, *continuum of care* dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

11) Cakupan pelayanan anak balita (12 - 59 bulan).

Adalah cakupan anak balita (12 - 59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, pemberian vitamin A, 2 kali setahun.

12) Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS

Adalah cakupan anak balita (umur 12 - 59 bulan) yang berobat ke puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (MTBS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

13) Cakupan peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*)

Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon

terus-menerus hingga saat ini untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.

2.4 Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup untuk semua negara seluruh dunia. IPM digunakan untuk mengklasifikasikan apakah sebuah negara adalah negara maju, negara berkembang atau negara terbelakang dan juga untuk mengukur pengaruh dari kebijaksanaan ekonomi terhadap kualitas hidup. Indeks ini pada 1990 dikembangkan oleh pemenang nobel India Amartya Sen dan seorang ekonom Pakistan Mahbub ul Haq, serta dibantu oleh Gustav Ranis dari Yale University dan Lord Meghnad Desai dari London School of Economics. Sejak itu indeks ini dipakai oleh program pembangunan PBB pada laporan IPM tahunannya. Amartya Sen menggambarkan indeks ini sebagai "pengukuran vulgar" oleh karena batasannya. Indeks ini lebih berfokus pada hal-hal yang lebih sensitif dan berguna daripada hanya sekedar pendapatan perkapita yang selama ini digunakan. Indeks ini juga berguna sebagai jembatan bagi peneliti yang serius untuk mengetahui hal-hal yang lebih terinci dalam membuat laporan pembangunan manusianya.

IPM mengukur pencapaian rata-rata sebuah negara dalam 3 dimensi dasar pembangunan manusia:

- 1) Hidup yang sehat dan panjang umur yang diukur dengan harapan hidup saat kelahiran
- 2) Pengetahuan yang diukur dengan angka tingkat baca tulis pada orang dewasa (bobotnya dua per tiga) dan kombinasi pendidikan dasar, menengah, atas, dan *gross enrollment ratio* (bobot satu per tiga).
- 3) standard kehidupan yang layak diukur dengan logaritma natural dari produk domestik bruto per kapita dalam paritas daya beli.

2.5 Indeks Pembangunan Kesehatan Manusia (IPKM)

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu: Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), dan Survei Podes (Potensi Desa). IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan. Dengan pengembangan IPKM diharapkan

dapat dirumuskan indikator komposit dari berbagai indikator kesehatan berbasis komunitas yang menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat.

IPKM dapat dimanfaatkan:

- 1) Sebagai Indikator untuk menentukan peringkat provinsi dan kabupaten/ kota dalam keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat.
- 2) Sebagai bahan advokasi ke pemerintah daerah, baik provinsi maupun kabupaten/ kota agar terpacu menaikkan peringkatnya, sehingga sumber daya dan program kesehatan diprioritaskan.
- 3) Sebagai salah satu kriteria penentuan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (provinsi maupun kabupaten/ kota) dan dari provinsi ke kabupaten/ kota.

2.6 Indikator Kesehatan

Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut.

Indikator kesehatan adalah ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu, misalnya angka kematian kasar. Status kesehatan penduduk biasanya dinilai dengan menggunakan berbagai indikator kesehatan, yang secara garis besar dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama berisikan indikator yang menghitung jumlah kematian yang terjadi selama periode tertentu. Contohnya adalah angka kematian kasar (*Crude Death Rate-CDR*) dan angka kematian bayi (*Infant Mortality Rate-IMR*). Kelompok penduduk yang mempunyai angka CDR dan IMR yang rendah dikatakan mempunyai status kesehatan yang lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok penduduk yang angka CDR dan IMR-nya tinggi. Kelompok kedua berisikan berbagai indikator kesehatan yang memperlihatkan jumlah orang yang menderita kecacatan akibat penyakit tertentu. Contohnya adalah jumlah penderita AIDS, Tuberkulosis (TB), Polio dan sakit mental.

Untuk dapat menilai berapa banyak penduduk yang sehat tidak mungkin digunakan angka kematian dan angka kesakitan penduduk. Untuk dapat mengukur status kesehatan penduduk yang tepat perlu digunakan indikator positif (sehat), dan bukan hanya indikator negatif (sakit, mati) yang dewasa ini masih dipakai. Indikator Indonesia sehat 2010 adalah:

- 1) Indikator derajat kesehatan yang merupakan hasil akhir yang terdiri atas indikator-indikator mortalitas, indikator morbiditas dan indikator status gizi.
- 2) Indikator hasil antara, yang terdiri atas indikator keadaan lingkungan, indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- 3) Indikator proses dan masukan, yang terdiri atas indikator pelayanan kesehatan, indikator sumber daya kesehatan, indikator manajemen kesehatan dan indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

2.7 Indeks Kesehatan

Angka indeks atau indeks adalah angka yang dipakai sebagai perbandingan dua atau lebih kegiatan yang sama dalam waktu yang berbeda. Angka indeks dalam prakteknya banyak digunakan untuk hal-hal berikut :

- 1) Membandingkan dua nilai, baik berupa dua nilai berpasangan, yaitu nilai tunggal dengan nilai tunggal lain dari variabel yang sama maupun berupa dua nilai yang tidak berpasangan, yaitu suatu nilai dengan serangkaian nilai dari suatu variabel.
- 2) Melihat besarnya perubahan atau perkembangan dari waktu ke waktu. Jadi, merupakan indikator untuk mengukur secara kuantitatif terwujudnya perubahan dalam 2 waktu yang berlainan.

Contoh :

- a. Indeks harga, untuk mengukur perubahan harga
- b. Indeks biaya hidup, untuk mengukur tingkat inflasi atau maju mundurnya usaha yang dilakukan
- c. Indeks produksi, untuk mengukur perubahan-perubahan yang terjadi dalam kegiatan produksi.

Penggunaan angka indeks sangat luas, hampir semua cabang ilmu pengetahuan menggunakan angka indeks. Sosiologi menggunakan angka indeks dalam menghitung penduduk, psikologi menggunakan angka indeks kecerdasan (IQ), dan lain-lain. Di bidang kesehatan, indeks kesehatan merupakan angka atau bilangan yang menunjukkan tingkat atau ranking dalam bidang kesehatan. Indeks kesehatan mempunyai manfaat untuk penajaman program, penajaman sasaran serta *tools* untuk melakukan *advocacy*.

2.8 Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Analisis faktor merupakan cara untuk mencari atau mendapatkan sejumlah variabel indikator yang mampu memaksimumkan korelasi antara variabel indikator. Ada dua jenis analisis faktor yaitu analisis faktor eksploratori (*Exploratory Faktor Analysis* = EFA) dan analisis faktor konfirmatori (*Confirmatory Faktor Analysis* = CFA). Analisis faktor eksploratori mencari sejumlah indikator untuk membentuk faktor umum (*common faktor*) tanpa ada landasan teori sebelumnya, oleh karena itu merupakan metode untuk membangun sebuah teori (*theory building*). Analisis faktor konfirmatori mencari sejumlah variabel indikator yang membentuk variabel yang tidak terukur langsung didasarkan pada landasan teori yang ada (Widarjono, 2010).

Analisis faktor konfirmatori merupakan salah satu metode analisis multivariat yang dapat digunakan untuk mengkonfirmasi apakah model pengukuran yang dibangun sesuai dengan yang dihipotesiskan. Variabel laten dalam analisis faktor konfirmatori dianggap sebagai variabel penyebab (variabel bebas) yang mendasari variabel indikator (Ghozali, 2003).

Variabel terdiri dari variabel yang dapat diamati atau diukur langsung disebut variabel indikator (*manifest*), dan variabel yang tidak dapat diukur secara langsung disebut variabel laten (*latent variable*). Variabel laten tidak dapat diukur secara langsung tetapi dapat dibentuk dan dibangun oleh variabel lain yang dapat diukur. Variabel yang digunakan untuk membangun variabel laten disebut variabel indikator (Bollen, 1989).

Model umum analisis faktor konfirmatori adalah sebagai berikut:

$$\mathbf{X} = \mathbf{A}_x \boldsymbol{\xi} + \boldsymbol{\delta}$$

Dimana :

\mathbf{X} = vektor bagi variabel indikator berukuran $q \times 1$

\mathbf{A}_x = matriks bagi *faktor loading* (λ) atau koefisien yang menunjukkan hubungan \mathbf{X} dengan $\boldsymbol{\xi}$ berukuran $n \times n$

$\boldsymbol{\xi}$ (*ksi*) = vektor bagi variabel laten berukuran $n \times 1$

$\boldsymbol{\delta}$ = vektor bagi kesalahan pengukuran berukuran $q \times 1$ (Bollen, 1989)

$$\begin{bmatrix} x_1 \\ x_2 \\ \vdots \\ x_q \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda_{11} & \lambda_{12} & \cdots & \lambda_{1n} \\ \lambda_{21} & \lambda_{22} & \cdots & \lambda_{2n} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \lambda_{n1} & \lambda_{n2} & \cdots & \lambda_{nn} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \\ \vdots \\ \xi_n \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \vdots \\ \delta_q \end{bmatrix}$$

Faktor laten dalam analisis faktor konfirmatori digambarkan dalam bentuk lingkaran atau elips, gambar bujursangkar atau persegi panjang menunjukkan variabel indikator, dan gambar lingkaran atau elips kecil merupakan residual. Tanda anak panah satu arah menunjukkan penyebab (*causal*). Tanda anak panah dalam analisis faktor konfirmatori berasal dari variabel laten menuju ke variabel indikator, meskipun tujuan analisis adalah metode mencari variabel indikator pembentuk variabel laten. Arah anak panah dari residual ke variabel indikator menunjukkan faktor unik (*unique faktor*) yaitu faktor penyebab variabel indikator yang tidak disebabkan oleh variabel laten (Widarjono, 2010).

2.8.1 Asumsi CFA

Asumsi yang harus dipenuhi dalam CFA adalah data berdistribusi normal. Uji normalitas yang dilakukan pada CFA mempunyai dua tahapan, pertama menguji normalitas untuk setiap variabel, kemudian tahap kedua adalah pengujian normalitas semua variabel secara bersama-sama (multivariat normal).

Data dikatakan berdistribusi normal jika tidak menceng ke kiri atau ke kanan (disebut simetris dengan nilai *skewness* adalah nol), serta mempunyai keruncingan yang ideal (angka kurtosis adalah nol). Data yang benar-benar simetris dan ideal sulit ditemukan, pada kenyataannya sebaran data akan bervariasi pada *skewness* dan kurtosis yang negatif maupun positif. Pengujian dilakukan untuk mengetahui seberapa menceng atau seberapa runcing sebuah distribusi masih dianggap normal, walaupun tidak benar-benar berdistribusi normal.

Angka pembanding yang biasa digunakan adalah angka z, yang dapat dilihat pada tabel z. Pada umumnya tingkat kepercayaan yang digunakan adalah 99 %, sehingga tingkat signifikan adalah 1 %, dan angka z adalah $\pm 2,58$. Sebuah data dikatakan berdistribusi normal jika *cr (critical ratio) skewness* atau angka *cr kurtosis* ada diantara -2,58 sampai +2,58.

2.8.2 Uji *Goodness of Fit*

Pengujian *goodness of fit* digunakan untuk mengukur “kebenaran” model yang diajukan. Dalam praktek, ada beberapa alat uji model yang terbagi dalam :

1). *Absolut fit indices* (ukuran kesesuaian mutlak)

Pengujian ini membandingkan secara langsung matriks kovarians sampel dengan estimasi, sehingga pengujian ini merupakan dasar dari semua alat uji lainnya. Termasuk dalam uji ini adalah uji *Chi-Square*, *Root Mean Square Residual* (RMR), *Goodness of Fit Index* (GFI) dan *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI).

2). *Incremental fit indices* (ukuran kesesuaian relatif)

Pengukuran ini bersifat relatif digunakan untuk membandingkan antara model yang diusulkan dengan model dasar yang digunakan. Yang termasuk dalam uji ini adalah *Comperative Fit Index* (CFI), *Normed Fit Index* (NFI), *Tucker Lewis Index* (TLI), RFI dan IFI.

3). *Parsimony fit indices* (ukuran kesesuaian parsimony)

Alat ukur yang termasuk dalam kategori ini adalah PRATIO (*Parsimony Ratio*), PNFI dan PCFI, dimana :

$$\text{PNFI} = \text{PRATIO} \times \text{NFI}$$

$$\text{PCFI} = \text{PRATIO} \times \text{CFI}$$

Dari beberapa alat uji model yang tersedia, alat uji yang paling *fundamental* untuk mengukur kesesuaian model secara menyeluruh (*overall fit*) adalah *likelihood ratio Chi-square statistic*. *Chi-square* bersifat sangat sensitif terhadap besarnya sampel yang digunakan, bila jumlah sampel cukup besar ($N > 200$), maka *Chi-square* harus didampingi oleh alat uji lainnya (Sharma, 1996).

Nilai *Chi-square* akan terus naik dan cenderung untuk menolak hipotesis nol jika sampel di atas 200, dan nilai *Chi-square* akan menurun jika jumlah sampel kurang dari 100 sehingga ada kecenderungan untuk menerima hipotesis nol. Semakin kecil nilai χ^2 maka semakin sesuai model tersebut, dengan *p value* $> 0,05$ (Widarjono, 2010).

Hipotesis nol dalam uji *Chi-square* adalah tidak ada perbedaan antara sampel dan matriks kovarians yang diestimasi, sedangkan hipotesis alternatif menyatakan ada perbedaan antara sampel dan matriks kovarians yang diestimasi. Nilai *df* (*degree of freedom*) untuk uji *Chi-square* besarnya sama dengan jumlah elemen kovarians matriks yang tidak sama dikurangi dengan jumlah parameter yang diestimasi (Widarjono, 2010).

Hipotesis nol akan ditolak jika nilai *Chi-square* lebih besar dari *Chi-square* kritis, dan sebaliknya hipotesis nol akan diterima jika nilai *Chi-square* lebih kecil dari *Chi-square* kritis. Cara lain untuk menolak atau menerima hipotesis nol adalah dengan

Membandingkan *p-value* dengan besarnya α yaitu derajat kepercayaan yang dipilih. Hipotesis nol akan ditolak jika nilai *p-value* lebih kecil dari α , dan sebaliknya hipotesis nol akan diterima jika nilai *p-value* lebih besar dari α . Model dikatakan layak jika hipotesis nol diterima artinya tidak ada perbedaan antara sampel dan matriks kovarians (Widarjono, 2010). *Cut off value* dari indeks yang digunakan untuk menguji kelayakan sebuah model dijelaskan pada tabel 2.1.

Tabel 2.1. Indeks *Goodness of fit*

<i>Goodness of fit Index</i>	<i>Cut-off Value</i>
χ^2 (Chi-square)	Diharapkan kecil
Significance Probability	$\geq 0,05$
RMR	$\leq 0,05$
GFI	$\geq 0,90$
AGFI	$\geq 0,90$
CFI	$\geq 0,95$
CMIN/DF	$\leq 2,00$
RMSEA	$\leq 0,08$

2.8.3 Perhitungan skor faktor (Supranto, 2004)

Suatu faktor merupakan kombinasi linier dari variabel awal (asli). Skor faktor bisa dihitung dengan mengalikan faktor loading (λ) terhadap variabel yang sudah dibakukan (standar).

Skor atau nilai faktor ke *i* bisa dihitung dengan menggunakan :

$$F_i = w_{i1}V_1^* + w_{i2}V_2^* + \dots + w_{ij}V_j^* + \dots + w_{ip}V_p^*$$

dimana F_i = perkiraan skor faktor ke *i*

w_i = faktor loading (λ) skor ke *i*

p = banyaknya variabel

V_j^* = variabel V_j yang sudah dibakukan (*standardized*)

Perhitungan skor faktor merupakan langkah awal untuk menghitung indeks yang distandarkan mempunyai nilai antara 0 sampai dengan 1 dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Indeks standar} = 1 - \left[\frac{\text{skor maksimum} - \text{skor provinsi}}{\text{skor maksimum} - \text{skor minimum}} \right]$$

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT

1.1 Tujuan Umum :

Menghitung indeks kesehatan ibu berdasarkan indikator status kesehatan ibu, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku sehat dari variabel Riskesdas 2010.

1.2 Tujuan Khusus :

1. Menguji signifikansi parameter indikator status kesehatan.
2. Menguji signifikansi parameter indikator status reproduksi.
3. Menguji signifikansi parameter indikator akses yankes.
4. Menguji signifikansi parameter indikator perilaku sehat.
5. Menguji signifikansi parameter indikator indeks kesehatan ibu.
6. Menganalisis kelayakan model indeks kesehatan ibu.
7. Menghitung indeks kesehatan ibu di setiap provinsi di Indonesia.

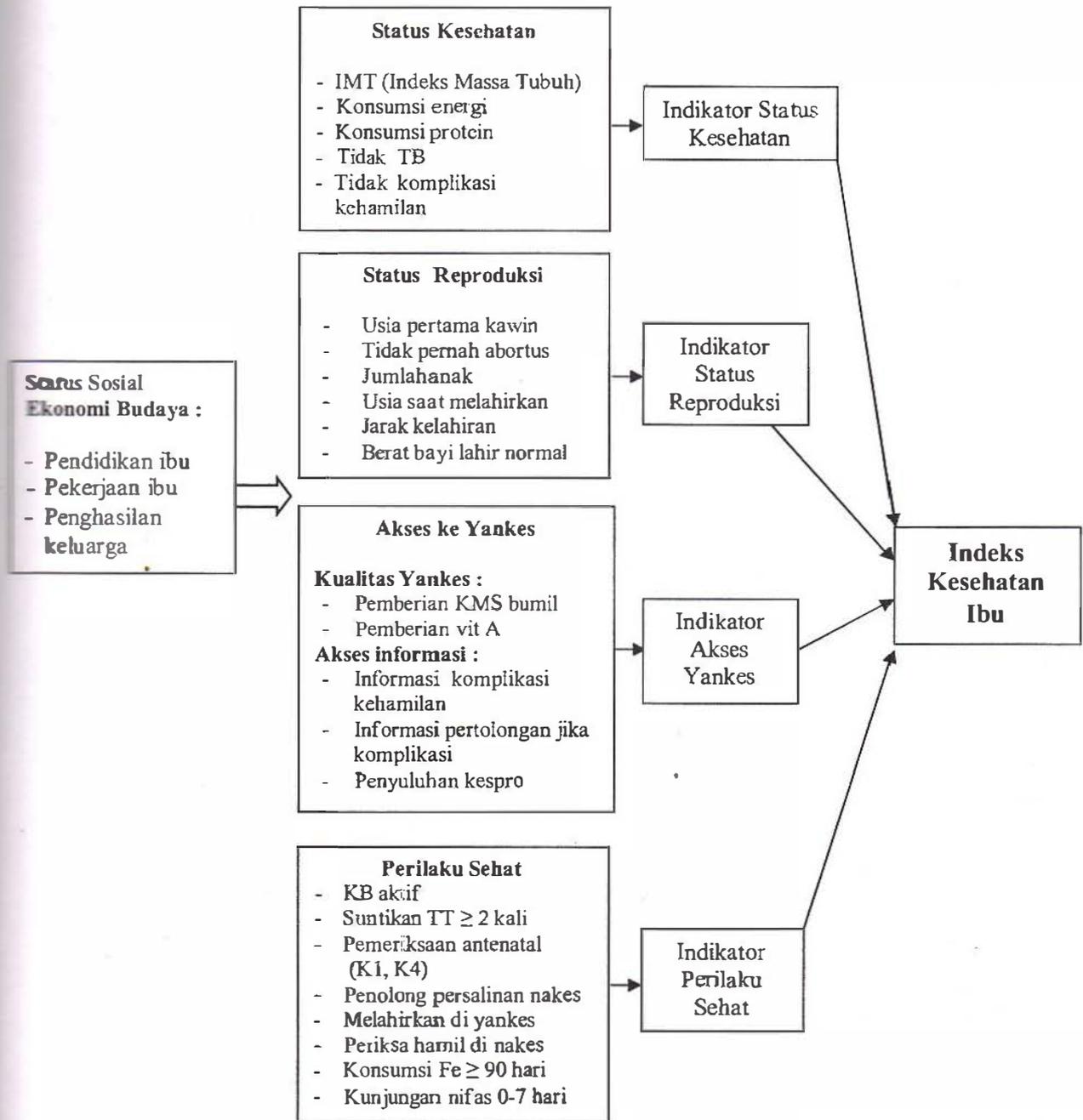
3.3 Manfaat Penelitian

Penelitian ini akan menghasilkan buku tentang indeks kesehatan ibu, dengan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi pemangku kebijakan, indikator yang baik dapat digunakan sebagai masukan untuk menentukan prioritas dan strategi dalam penyusunan kebijakan dan program.
2. Bagi pelaksana program, dapat digunakan sebagai standar indeks kesehatan ibu yang dapat dibandingkan antar provinsi di Indonesia.
3. Di bidang iptek, sebagai pengembangan pengetahuan khususnya dalam hal kesehatan reproduksi dan pengembangan indeks kesehatan ibu di Indonesia.

BAB 4 METODE

4.1 Kerangka Konsep



Gambar 4.1 Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian merupakan modifikasi dari kerangka konsep McCarthy dan Maine (1992) yang menganalisis determinan kematian ibu. Penelitian menggunakan

indikator positif karena menganalisis indikator kesehatan ibu, sehingga variabel yang digunakan dalam penelitian adalah variabel dengan kategori paling baik atau normal dalam menggambarkan indikator kesehatan yang dapat mencegah terjadinya risiko komplikasi kehamilan, persalinan maupun nifas yang merupakan penyebab kematian ibu tertinggi di Indonesia. Indikator kesehatan reproduksi WHO (2006) yang tersedia dalam data Riskesdas 2010 juga digunakan dalam penelitian untuk lebih menajamkan hasil analisis, serta memanfaatkan data Riskesdas 2010 semaksimal mungkin.

Ada beberapa variabel terukur dalam konsep McCarthy dan Maine yang tidak terdapat dalam data Riskesdas 2010, hal ini merupakan keterbatasan penelitian. Variabel laten (tidak terukur) yang dianalisis pada determinan antara adalah status kesehatan, status reproduksi, akses pelayanan kesehatan dan perilaku sehat yang masing-masing terdiri dari beberapa variabel terukur. Variabel yang diteliti pada determinan jauh adalah tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dan penghasilan keluarga.

4.2 Disain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi *non-reactive* atau *unobstrusive method*, yaitu studi yang tidak memerlukan respon dari responden (partisipan) atau responden tidak ikut partisipasi aktif.

4.3 Data yang Digunakan

Penelitian ini menggunakan data sekunder Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 yang bersumber dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Variabel terukur yang dianalisis ada 25 variabel, sedangkan variabel laten (tidak terukur) ada 5 variabel. Unit observasi dalam penelitian ini adalah seluruh provinsi di Indonesia yang berjumlah 33 provinsi. Data mempunyai skala rasio yang berbentuk persentase yang menggambarkan status kesehatan ibu di masing-masing provinsi.

4.4 Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di Surabaya, waktu 4 bulan tahun 2012.

4.5 Variabel dan Definisi Operasional Variabel

Rincian semua variabel yang digunakan dalam penelitian dijelaskan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Variabel, Defmisi Operasional, Skala dan Cara Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Pengukuran
1	Indeks Massa Tubuh (IMT)	Persentase status gizi perempuan dewasa (>18th) menurut kategori IMT normal	Rasio	Prevalensi penduduk dewasa perempuan menurut kategori IMT normal , yaitu $IMT \geq 18,5 - < 24,5$ { $IMT = BB (kg)$ dibagi nilai kuadrat dari $TB (m)$ }
2	Konsumsi energi	Persentase perempuan umur 15-59th yang mengkonsumsi energi $\geq 70\%$	Rasio	Persentase perempuan umur 15-59th yang mengkonsumsi energi $\geq 70\%$
3	Konsumsi protein	Persentase perempuan umur 15-59th yang mengkonsumsi protein $\geq 80\%$	Rasio	Persentase perempuan umur 15-59th yang mengkonsumsi protein $\geq 80\%$
4	Tidak TB	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-59 th yang tidak didiagnosa TB paru melalui pemeriksaan dahak dan atau foto paru (dalam 12 bulan terakhir)	Rasio	Perempuan pernah kawin umur 15-59 th yang tidak didiagnosa TB paru melalui pemeriksaan dahak dan atau foto paru (dalam 12 bulan terakhir) dibagi total perempuan pernah kawin 10-59 tahun dikalikan 100%
5	Tidak komplikasi kehamilan	Persentase perempuan pernah kawin 10-59 th yang tidak mengalami komplikasi kehamilan	Rasio	Jumlah perempuan 10-59 th yang tidak komplikasi kehamilan dibagi total perempuan 10-59 th dikalikan 100%
6	Umur perkawinan pertama	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang umur pertama perkawinan adalah 20-29 tahun	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin dengan umur pertama perkawinan 20-29 th dibagi total perempuan pernah kawin 10-59 th dikalikan 100%
7	Tidak pernah abortus	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang tidak pernah abortus	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang tidak pernah abortus dibagi total perempuan pernah kawin 10-59 th dikalikan 100%
8	Jumlah anak	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mempunyai jumlah anak yang dilahirkan 0-2 anak	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin 10-59 th yang mempunyai jumlah anak yang dilahirkan 0-2 anak dibagi semua perempuan pernah kawin 10-59 th dikalikan 100%
9	Umur melahirkan	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang melahirkan anak terakhir pada usia 20-34 tahun	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin 10-59 th yang melahirkan anak terakhir periode lima tahun terakhir pada kelompok usia 20-34 th dibagi ibu yang melahirkan anak terakhir periode lima tahun terakhir dikalikan 100%

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Pengukuran
10	Jarak kelahiran	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th dengan jarak kelahiran anak terakhir dan anak sebelumnya \geq 24 bulan	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th dengan jarak kelahiran anak terakhir dan anak sebelumnya \geq 24 bulan dibagi total perempuan pernah kawin 10-59 th dikalikan 100%
11	Berat bayi lahir normal	Persentase berat badan bayi baru lahir \geq 2500 gram	Rasio	Jumlah bayi baru lahir dengan berat badan \geq 2500 gram dibagi jumlah bayi baru lahir pada periode yang sama dikalikan 100%
12	Pemberian KMS Bumil	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang saat hamil diberi KMS Bumil	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang saat hamil diberi KMS Bumil dibagi total perempuan pernah kawin 10-59 th dikalikan 100%
13	Vitamin A	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapat kapsul vitamin A saat melahirkan anak terakhir	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapatkan vitamin A saat melahirkan anak terakhir dibagi ibu dengan riwayat kelahiran anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
14	Informasi tanda bahaya kehamilan	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapat informasi tanda bahaya kehamilan	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapatkan informasi tanda bahaya kehamilan dibagi ibu dengan riwayat kelahiran anak terakhir dikalikan 100%
15	Informasi pertolongan komplikasi	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapat informasi pertolongan komplikasi	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapatkan informasi pertolongan komplikasi dibagi ibu dengan riwayat kelahiran anak terakhir dikalikan 100%
16	Penyuluhan reproduksi	Persentase remaja (10-24 tahun) yang mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi	Rasio	Jumlah remaja yang pernah mendapat penyuluhan tentang kesehatan reproduksi dibagi jumlah anggota rumah tangga usia 10-24 tahun dikalikan 100%
17	KB aktif	Persentase perempuan kawin umur 10-59 th yang sedang menggunakan alat kontrasepsi KB	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang sedang menggunakan alat kontrasepsi KB dibagi perempuan pernah kawin umur 10-59 tahun dikalikan 100%

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Pengukuran
18	Suntikan TT	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapat suntikan TT 2 kali/lebih selama kahamilan	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang mendapat suntikan TT 2 kali/lebih selama kahamilan dibagi jumlah ibu dengan riwayat kelahiran anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
19	K1 nakes	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th menurut cakupan K1 nakes dari kehamilan anak terakhir	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang akses dengan tenaga kesehatan pada trimester 1 pada kelahiran anak terakhir dibagi jumlah ibu yang melahirkan anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
20	K4 nakes	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th menurut cakupan K4 nakes dari kehamilan anak terakhir	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang akses dengan tenaga kesehatan dengan pola "1-1-2" pada kelahiran anak terakhir dibagi jumlah ibu yang melahirkan anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
21	Penolong persalinan	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th dengan penolong persalinan tenaga kesehatan pada bayi 0-11 bulan	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th dengan penolong persalinan tenaga kesehatan pada bayi 0-11 bulan dibagi jumlah kelahiran pada periode yang sama dikalikan 100%
22	Melahirkan di yankes	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th melahirkan anak terakhir di fasilitas yankes	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th di fasilitas yankes dibagi jumlah kelahiran pada periode yang sama dikalikan 100%
23	Periksa kehamilan nakes	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang melakukan pemeriksaan kehamilan anak terakhir di tenaga kesehatan dibagi jumlah ibu yang mempunyai anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
24	Konsumsi Fe	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang minum tabelt Fe lebih 90 hari	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang minum tabelt Fe lebih 90 hari pada kehamilan anak terakhir dibagi ibu yang melahirkan anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Pengukuran
25	Kunjungan nifas	Persentase perempuan pernah kawin umur 10-59 th yang melakukan kunjungan nifas pertama (0-7 hari) di nakes	Rasio	Jumlah perempuan pernah kawin umur 10-59 th ibu yang melakukan kunjungan nifas periode 0-7 hari pertama dibagi jumlah ibu yang melahirkan anak terakhir dalam 5 tahun terakhir dikalikan 100%
26	Pendidikan tertinggi	Tingkat pendidikan tertinggi yang telah dicapai oleh responden	Nominal	-
27	Status pekerjaan utama	Pekerjaan yang menggunakan waktu terbanyak responden atau yang memberikan penghasilan terbesar	Nominal	-
28	Penghasilan keluarga	Tingkat pengeluaran rumah tangga sebulan per jumlah anggota rumah tangga, dikelompokkan menjadi 5 tingkatan	Nominal	-
29	Status kesehatan	Status kesehatan perempuan pernah kawin umur 10-59 tahun sebelum dan selama kehamilan yang dapat mempengaruhi munculnya komplikasi pada kehamilan berikutnya, dengan indikator IMT, konsumsi energi protein, tidak TB, tidak komplikasi kehamilan	-	Variabel tidak terukur (laten)
30	Status reproduksi	Kesehatan yang berhubungan dengan karakteristik reproduksi ibu dengan indikator usia pertama kawin, tidak pernah abortus, jumlah anak, usia saat melahirkan, jarak kelahiran, BB lahir normal	-	Variabel tidak terukur (laten)
31	Akses pelayanan kesehatan	Teknologi terkait kesehatan yang dapat memberikan pencegahan terhadap akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, dengan indikator kualitas yankes dan akses informasi	-	Variabel tidak terukur (laten)

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala	Cara Pengukuran
32	Perilaku sehat	Pemanfaatan pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan dan nifas oleh ibu dengan indikator KB aktif, suntikan TT ≥ 2 kali, pemeriksaan antenatal (K1, K4), penolong persalinan nakes, melahirkan di yankes, periksa hamil di nakes, konsumsi Fe ≥ 90 hari, dan kunjungan nifas 0-7 hari	-	Variabel tidak terukur (laten)
33	Indeks kesehatan ibu	Kumpulan dari indikator status kesehatan, status reproduksi, akses ke yankes dan perilaku sehat dari perempuan pernah kawin umur 10-59 tahun berdasar data Riskesdas 2010 yg menggambarkan status kesehatan ibu dalam suatu populasi.	-	Variabel tidak terukur (laten)

Definisi operasional lain dalam penelitian :

No	Nama	Definisi Operasional
1	Indikator	variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu
2	Indikator kesehatan	adalah ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu
3	Indeks	angka yang dipakai sebagai perbandingan dua atau lebih kegiatan yang sama dalam waktu yang berbeda
4	Indeks kesehatan	angka atau bilangan yang menunjukkan tingkat atau ranking dalam bidang kesehatan
5	Indeks kesehatan ibu	angka atau bilangan yang menunjukkan tingkat atau ranking yang menggambarkan status kesehatan ibu, dalam penelitian ini merupakan hasil perkalian dari masing-masing nilai parameter terhadap indikator status kesehatan ibu berdasar data Riskesdas 2010.

4.6 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Data yang digunakan adalah data sekunder dari Riskesdas 2010 yang dibuat oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

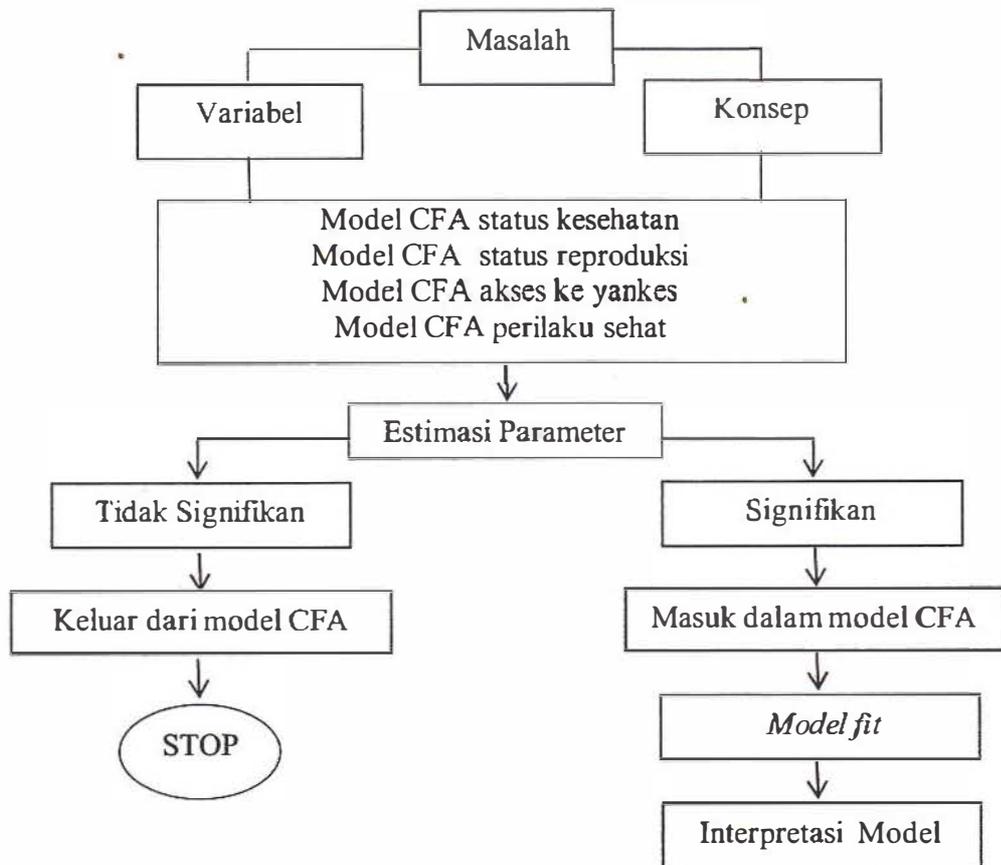
4.7 Pengawasan Kualitas Data

Kualitas data dilakukan oleh tim manajemen data Badan Litbangkes Jakarta.

4.8 Manajemen Data

- 1) Mengusulkan permintaan data ke tim manajemen data Balitbangkes Jakarta
- 2) Menyeleksi variabel penelitian
- 3) Membuat model CFA dan analisis CFA
- 4) Perhitungan skor faktor dan indeks
- 5) Interpretasi hasil dan kesimpulan

4.9 Analisis Data



Gambar 4.2 Tahapan analisis CFA

1) Analisis CFA

Metode statistika yang digunakan untuk analisis data adalah CFA (*Confirmatory Faktor Analisis*). Metode ini digunakan untuk estimasi dan signifikansi parameter dalam menentukan variabel yang keluar atau masuk dalam model CFA. Modifikasi model CFA dilakukan bila terdapat variabel yang tidak signifikan, dan variabel tersebut akan dikeluarkan dari model CFA sampai diperoleh model yang fit. Untuk mengukur kebenaran model yang dibuat, maka harus dilakukan pengujian *goodness of fit*. Analisis CFA akan menghasilkan nilai parameter (λ) yang merupakan *loading factor* (bobot) setiap variabel. Tahapan analisis data secara singkat dijelaskan pada gambar 4.2.

2) Perhitungan skor faktor dan indeks

Nilai parameter (λ) yang signifikan dari hasil analisis CFA digunakan untuk menghitung skor faktor dan indeks dengan cara mengalikan masing-masing parameter dari variabel indikator terhadap variabel indikator tersebut.

BAB 5 HASIL

1.1 Deskripsi Data

Data yang dianalisis dalam penelitian ini adalah data sekunder Riskesdas 2010 yang diproporsikan di masing-masing provinsi dalam bentuk persentase.

Tabel 5.1. Deskripsi variabel penelitian

No	Variabel	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1	IMT normal	47,30	67,30	59,6273	3,90459
2	Konsumsi energi	52,40	70,30	60,5576	4,82882
3	Konsumsi protein	43,30	81,90	64,8394	8,96423
4	Tdk TB Paru 12 bln terakhir	98,94	99,82	99,4818	0,25378
5	Tdk mengalami komplikasi hamil	83,50	96,60	92,4697	3,63142
6	UPK 20-29	34,90	61,30	47,0455	8,63919
7	Tdk pernah abortus	78,34	90,15	84,5067	3,14847
8	Anak 0-2	37,80	70,30	54,6636	7,99495
9	Umur melahirkan 20-34 thn	69,40	83,90	75,7061	3,28090
10	Jarak kelahiran \geq 24 bln	76,97	92,80	86,1070	4,11104
11	TdkBBLR	80,80	93,90	87,4848	3,51382
12	Pemberian KMS Bumil	50,33	91,16	78,1082	9,89926
13	Mendapat Vit A	33,20	65,80	48,9091	8,64481
14	Informasi tanda bahaya	25,70	58,90	43,4212	7,91485
15	Informasi pertolongan komplikasi	52,34	79,85	68,5594	7,01841
16	Penyuluhan Kespro	9,80	57,10	23,7424	9,34234
17	Akseptor KB aktif	32,10	65,70	52,6333	10,35391
18	Mendapat TT 2 kali	22,80	71,40	52,7909	11,63694
19	K1 nakes	25,90	91,50	63,9667	16,21821
20	K4 nakes	19,70	89,00	51,9576	17,95073
21	Penolong persalinan nakes	26,60	98,60	75,9152	17,36144
22	Lahir di yankes	8,70	94,80	47,9788	24,82934
23	Periksa hamil ke nakes	75,20	100,00	90,5121	6,80481
24	Fe > 90 hari	2,30	67,50	17,5394	12,88599
25	Kunjungan nifas 0-7 hari	38,20	88,00	60,2515	11,54378

1.2 Asumsi CFA

Asumsi yang harus dipenuhi dalam CFA adalah data berdistribusi normal. Sebelum dilakukan uji CFA maka asumsi normalitas data harus terpenuhi, dalam hal ini multivariat normal untuk setiap model CFA harus mempunyai nilai *cr* (*critical ratio*) *skewness* (tingkat kemencengan) atau angka *cr* kurtosis (derajat keruncingan suatu distribusi) diantara -2,58 sampai +2,58.

1.2.1 Uji multivariat normal model CFA status kesehatan

Hasil uji multivariat normal dari model CFA status kesehatan mempunyai nilai multivariat *cr* 0,409 sehingga data mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.2. Hasil uji multivariat normal model CFA status kesehatan

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X1	47,300	67,300	-0,760	-1,782	1,504	1,764
X2	52,400	70,300	0,187	0,438	-0,672	-0,788
X3	43,300	81,900	-0,263	-0,618	-0,572	-0,671
X4	98,940	99,820	-0,742	-1,740	-0,309	-0,363
X5	83,500	96,600	-1,013	-2,376	0,136	0,160
Multivariate					1,190	0,409

1.2.2 Uji multivariat normal model CFA status reproduksi

Hasil uji multivariat normal dari model CFA status reproduksi mempunyai nilai multivariat *cr* 1,028 sehingga data mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.3. Hasil uji multivariat normal model CFA status reproduksi

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X6	34,900	61,300	0,365	0,856	-1,187	-1,392
X7	78,340	90,150	-0,273	-0,641	-0,716	-0,840
X8	37,800	70,300	0,058	0,136	-0,527	-0,618
X9	69,400	83,900	0,262	0,614	-0,006	-0,008
X10	76,970	92,800	-0,806	-1,891	-0,003	-0,004
X11	80,800	93,900	-0,344	-0,806	-1,040	-1,220
Multivariate					3,508	1,028

1.2.3 Uji multivariat normal model CFA akses pelayanan kesehatan

Hasil uji multivariat normal dari model CFA akses pelayanan kesehatan mempunyai nilai multivariat *cr* -0,32 sehingga data mempunyai distribusi normal.

Tabel 5.4. Hasil uji multivariat normal model CFA akses yankes

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X16	9,800	57,100	1,718	4,030	3,505	4,110
X12	50,330	91,160	-,756	-1,772	,008	,010
X13	33,200	65,800	,228	,534	-,802	-,940
X14	25,700	58,900	-,420	-,986	-,312	-,366
X15	52,340	79,850	-,745	-1,748	-,371	-,435
Multivariate					-,093	-,032

1.2.4 Uji multivariat normal model CFA perilaku sehat

Hasil uji multivariat normal dari model CFA perilaku sehat mempunyai nilai multivariat cr 1,050 sehingga data mempunyai distribusi normal.

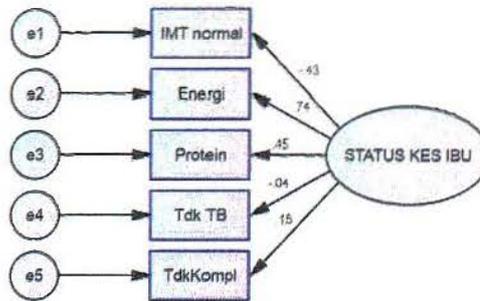
Tabel 5.5. Hasil uji multivariat normal model CFA perilaku sehat

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X24	38,200	88,000	-0,054	-0,126	-0,336	-0,394
X23	2,300	67,500	1,783	4,181	4,924	5,774
X22	75,200	100,000	-0,515	-1,207	-0,871	-1,021
X21	8,700	94,800	0,403	0,945	-0,779	-0,914
X20	26,600	98,600	-0,740	-1,736	0,142	0,166
X19	19,700	89,000	0,168	0,393	-0,625	-0,733
X18	25,900	91,500	-0,299	-0,702	-0,525	-0,616
X17	22,800	71,400	-0,570	-1,337	0,127	0,149
X16	32,100	65,700	-0,536	-1,257	-1,007	-1,181
Multivariate					5,145	1,050

1.3 Estimasi dan Signifikansi Parameter

Langkah pertama dalam analisis CFA adalah mengetahui besar faktor loading (λ) dari masing-masing variabel indikator dan melihat nilai signifikansi dari setiap faktor loading (λ) dalam mengukur variabel laten. Analisis CFA bertujuan untuk mengkonfirmasi bahwa variabel-variabel laten pada model merupakan variabel yang mendasari variabel indikator, dapat dinilai dengan cara menguji setiap faktor loadingnya (λ_i) memiliki nilai uji t lebih besar dari nilai t-tabel dengan kepercayaan (α) tertentu.

1.3.1 Signifikansi model CFA status kesehatan ibu



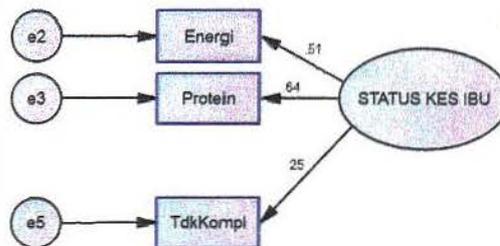
Gambar 5.1. Model CFA status kesehatan ibu

Hasil analisis model CFA status kesehatan menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6. Nilai parameter model status kesehatan

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Status kesehatan	X ₁ (IMT)	-0,43
	X ₂ (Energi)	0,74
	X ₃ (Protein)	0,45
	X ₄ (Tidak TB Paru)	-0,04
	X ₅ (Tidak komplikasi)	0,15

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat variabel yang tidak signifikan, sehingga dilakukan modifikasi model CFA status kesehatan seperti pada gambar 5.2.



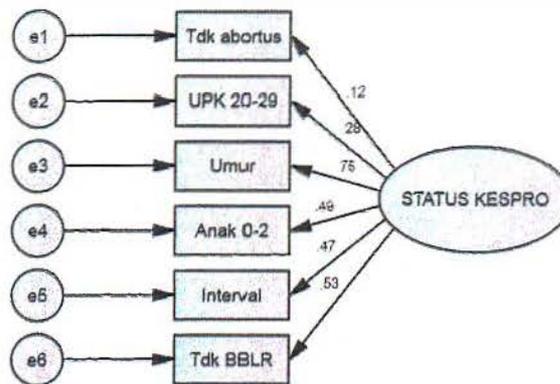
Gambar 5.2. Modifikasi model CFA status kesehatan ibu

Hasil analisis modifikasi model CFA status kesehatan menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7. Nilai parameter modifikasi model status kesehatan

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Status kesehatan	X ₂ (Energi)	0,51
	X ₃ (Protein)	0,64
	X ₅ (Tidak komplikasi)	0,25

1.3.2 Signifikansi model CFA status reproduksi



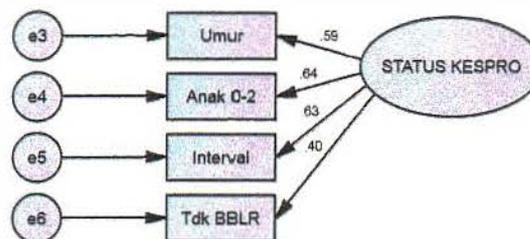
Gambar 5.3. Model CFA status reproduksi

Hasil analisis model CFA status reproduksi menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8. Nilai parameter model status reproduksi

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Status reproduksi	X ₁ (Tidak abortus)	0,12
	X ₂ (Usia kawin pertama)	0,28
	X ₃ (Usia melahirkan)	0,75
	X ₄ (Jumlah anak)	0,49
	X ₅ (Interval melahirkan)	0,47
	X ₆ (BB Lahir normal)	0,53

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat variabel yang tidak signifikan, sehingga dilakukan modifikasi model CFA status reproduksi seperti pada gambar 5.4.



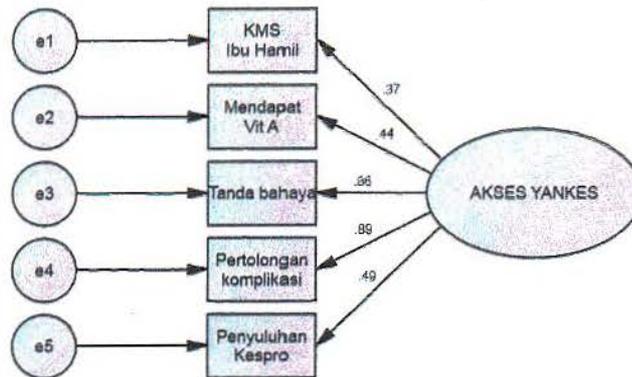
Gambar 5.4. Modifikasi model CFA status reproduksi

Hasil analisis modifikasi model CFA status reproduksi menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9. Nilai parameter modifikasi model status reproduksi

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Status reproduksi	X ₃ (Usia melahirkan)	0,59
	X ₄ (Jumlah anak)	0,64
	X ₅ (Interval melahirkan)	0,63
	X ₆ (BB Lahir normal)	0,40

1.3.3 Signifikansi model CFA akses pelayanan kesehatan



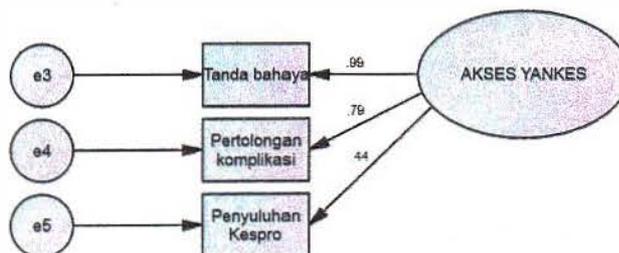
Gambar 5.5. Model CFA akses yankes

Hasil analisis model CFA akses yankes menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10. Nilai parameter model akses yankes

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Akses yankes	X ₁ (KMS bumil)	0,37
	X ₂ (Vit A)	0,44
	X ₃ (Informasi tanda bahaya)	0,86
	X ₄ (Informasi pertolongan komplikasi)	0,89
	X ₅ (Penyuluhan kespro)	0,49

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat variabel yang tidak signifikan, sehingga dilakukan modifikasi model CFA akses yankes seperti pada gambar 5.6.



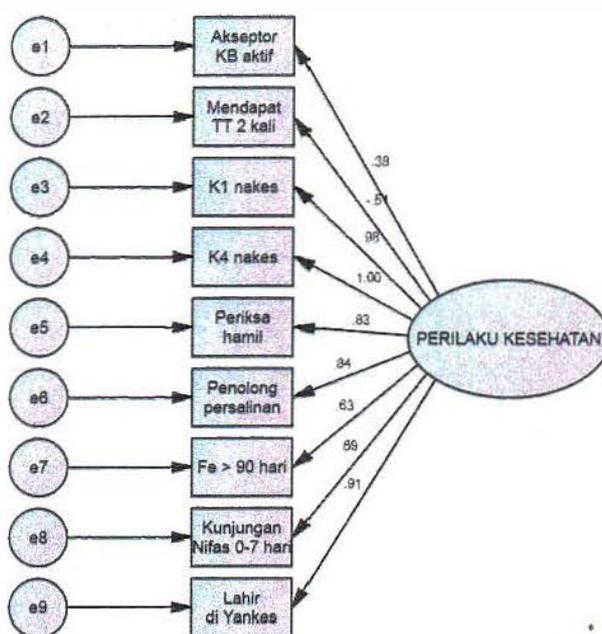
Gambar 5.6. Modifikasi model CFA akses yankes

Hasil analisis modifikasi model CFA akses yankes menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.11.

Tabel 5.11. Nilai parameter modifikasi model akses yankes

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Akses yankes	X ₃ (Informasi komplikasi)	0,99
	X ₄ (Informasi pertolongan komplikasi)	0,79
	X ₅ (Penyuluhan kespro)	0,44

1.3.4 Signifikansi model CFA perilaku sehat



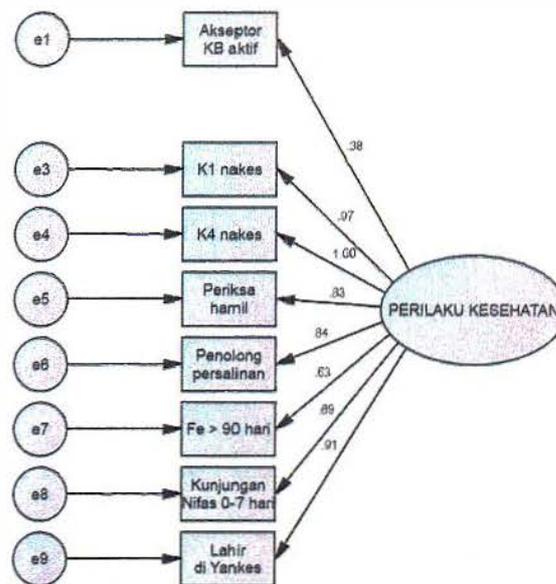
Gambar 5.7. Model CFA perilaku sehat

Hasil analisis model CFA perilaku sehat menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.12.

Tabel 5.12. Nilai parameter model perilaku sehat

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Perilaku sehat	X ₁ (KB aktif)	0,38
	X ₂ (Imunisasi TT 2 kali)	-0,51
	X ₃ (K1)	0,98
	X ₄ (K4)	1,00
	X ₅ (ANC nakes)	0,83
	X ₆ (Linakes)	0,84
	X ₇ (Konsumsi Fe)	0,63
	X ₈ (Kunjungan nifas)	0,69
	X ₉ (Melahirkan di yankes)	0,91

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat variabel yang tidak signifikan, sehingga dilakukan modifikasi model CFA perilaku sehat seperti pada gambar 5.8.



Gambar 5.8. Modifikasi model CFA perilaku sehat

Hasil analisis modifikasi model CFA perilaku sehat menghasilkan nilai parameter λ yang ditampilkan pada tabel 5.13.

Tabel 5.13. Nilai parameter modifikasi model perilaku sehat

Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Perilaku sehat	X ₁ (KB aktif)	0,38
	X ₃ (K1)	0,97
	X ₄ (K4)	1,00
	X ₅ (ANC nakes)	0,83
	X ₆ (Linakes)	0,84
	X ₇ (Konsumsi Fe)	0,63
	X ₈ (Kunj nifas)	0,69
	X ₉ (Melahirkan di yankes)	0,91

1.4 Perhitungan Skor Faktor

Perhitungan skor faktor adalah langkah awal dalam perhitungan indeks kesehatan ibu. Untuk mempermudah (menyederhanakan) penghitungan skor faktor, dilakukan pengkategorian nilai setiap variabel berdasarkan nilai rerata (*mean*) dan simpangan baku (*standard deviation*) dari masing-masing variabel.

1.4.1 Perhitungan skor faktor status kesehatan

Deskripsi dari indikator yang menyusun variabel laten status kesehatan ditampilkan pada tabel 5.14.

Tabel 5.14. Deskripsi indikator status kesehatan

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Energi	33	52,40	70,30	60,5576	4,82882
Protein	33	43,30	81,90	64,8394	8,96423
Tdk mengalami komplikasi	33	83,50	96,60	92,4697	3,63142

Berdasarkan nilai rerata dan simpangan baku tersebut di atas, dibuat 4 kategori (skor) untuk masing-masing indikator status kesehatan seperti pada tabel 5.15.

Tabel 5.15. Range, kategori dan skor dari indikator status kesehatan

Indikator	Range	Kategori	Skor
Energi	<55%	Buruk	1
	55-60%	Kurang	2
	>60-65%	Cukup	3
	>65%	Baik	4
Protein	<56%	Buruk	1
	56-65%	Kurang	2
	>65-74%	Cukup	3
	>74%	Baik	4
Tidak mengalami komplikasi	<89%	Buruk	1
	89-92,5%	Kurang	2
	>92,5-96%	Cukup	3
	>96%	Baik	4

Dengan menggunakan persamaan yang diperoleh dari analisis CFA pada gambar 5.2., diperoleh persamaan untuk menghitung skor faktor sebagai berikut.

$$\text{Skor Faktor Status Kesehatan} = (0,51 * \text{Skor energi}) + (0,64 * \text{Skor protein}) + (0,25 * \text{Skor tidak komplikasi})$$

1.4.2 Perhitungan skor faktor status reproduksi

Deskripsi dari indikator yang menyusun variabel laten status reproduksi ditampilkan pada tabel 5.16.

Tabel 5.16. Deskripsi indikator status reproduksi

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur melahirkan 20-34 thn	33	69,40	83,90	75,7061	3,28090
Anak 0-2	33	37,80	70,30	54,6636	7,99495
Interval persalinan ≥ 24 bln	33	76,97	92,80	86,1070	4,11104
Tdk BBLR	33	80,80	93,90	87,4848	3,51382

Berdasarkan nilai rerata dan simpangan baku tersebut di atas, dibuat 4 kategori (skor) untuk masing-masing indikator status reproduksi seperti pada tabel 5.17.

Tabel 5.17. Range, kategori dan skor dari indikator status reproduksi

Indikator	Range	Kategori	Skor
Umur melahirkan 20-34 thn	<73%	Buruk	1
	73-76%	Kurang	2
	>76-79%	Cukup	3
	>79%	Baik	4
Anak 0-2	<48%	Buruk	1
	48-55%	Kurang	2
	>55-62%	Cukup	3
	>62%	Baik	4
Interval persalinan ≥ 24 bulan	<82%	Buruk	1
	82-86%	Kurang	2
	>86-90%	Cukup	3
	>90%	Baik	4
Tidak BBLR	<84%	Buruk	1
	84-87,5%	Kurang	2
	>87,5-91%	Cukup	3
	>91%	Baik	4

Dengan menggunakan persamaan yang diperoleh dari analisis CFA pada gambar 5.4., diperoleh persamaan untuk menghitung skor faktor sebagai berikut.

$$\text{Skor Faktor Status Reproduksi} = (0,59 * \text{Skor usia melahirkan}) + (0,64 * \text{Skor jumlah anak}) + (0,63 * \text{Skor interval persalinan}) + (0,40 * \text{Skor tidak BBLR})$$

1.4.3 Perhitungan skor faktor akses pelayanan kesehatan

Deskripsi dari indikator yang menyusun variabel laten akses yankes ditampilkan pada tabel 5.18.

Tabel 5.18. Deskripsi indikator akses yankes

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Informasi komplikasi	33	25,70	58,90	43,4212	7,91485
Info pertolongan komplikasi	33	52,34	79,85	68,5594	7,01841
Penyuluhan Kespro	33	9,80	57,10	23,7424	9,34234

Berdasarkan nilai rerata dan simpangan baku tersebut di atas, dibuat 4 kategori (skor) untuk masing-masing indikator akses yankes seperti pada tabel 5.19.

Tabel 5.19. Range, kategori dan skor dari indikator akses yankes

Indikator	Range	Kategori	Skor
Informasi komplikasi	<35%	Buruk	1
	35-43%	Kurang	2
	>43-51%	Cukup	3
	>51%	Baik	4
Informasi pertolongan komplikasi	<61%	Buruk	1
	61-68%	Kurang	2
	>68-75%	Cukup	3
	>75%	Baik	4
Mendapat penyuluhan kespro	<15%	Buruk	1
	15-24%	Kurang	2
	>24-33%	Cukup	3
	>33%	Baik	4

Dengan menggunakan persamaan yang diperoleh dari analisis CFA pada gambar 5.6., diperoleh persamaan untuk menghitung skor faktor sebagai berikut.

$$\text{Skor Faktor Akses Pelayanan Kesehatan} = (0,99 \times \text{Skor informasi komplikasi}) + (0,79 \times \text{Skor info pertolongan komplikasi}) + (0,44 \times \text{Skor penyuluhan kespro})$$

1.4.4 Perhitungan skor faktor perilaku sehat

Deskripsi dari indikator yang menyusun variabel laten perilaku sehat ditampilkan pada tabel 5.20.

Tabel 5.20. Deskripsi indikator akses yankes

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Akseptor KB aktif	33	32,10	65,70	52,6333	10,35391
K1 nakes	33	25,90	91,50	63,9667	16,21821
K4 nakes	33	19,70	89,00	51,9576	17,95073
Periksa hamil ke nakes	33	75,20	100,00	90,5121	6,80481
Penolong persalinan nakes	33	26,60	98,60	75,9152	17,36144
Fe > 90 hari	33	2,30	67,50	17,5394	12,88599
Kunjungan Nifas 0-7 hari	33	38,20	88,00	60,2515	11,54378
Lahir di Yankes	33	8,70	94,80	47,9788	24,82934

Berdasarkan nilai rerata dan simpangan baku tersebut di atas, dibuat 4 kategori (skor) untuk masing-masing indikator perilaku sehat seperti pada tabel 5.21.

Tabel 5.21. Range, kategori dan skor dari indikator perilaku sehat

Indikator	Range	Kategori	Skor
Akseptor KB	<43%	Buruk	1
	43-53%	Kurang	2
	>53-63%	Cukup	3
	>63%	Baik	4
K1	<48%	Buruk	1
	48-64%	Kurang	2
	>64-80%	Cukup	3
	>80%	Baik	4
K4	<38%	Buruk	1
	38-52%	Kurang	2
	>52-70%	Cukup	3
	>70%	Baik	4
Periksa Hamil di Nakes	<84%	Buruk	1
	84-90,5%	Kurang	2
	>90-97%	Cukup	3
	>97%	Baik	4
Penolong persalinan nakes	<59%	Buruk	1
	59-76%	Kurang	2
	>76-92%	Cukup	3
	>92%	Baik	4
Tabelt Fe >90 hari	<5%	Buruk	1
	5-17,5%	Kurang	2
	>17,5-30%	Cukup	3
	>30%	Baik	4
Kunjungan nifas 0-7 hari	<48%	Buruk	1
	48-60%	Kurang	2
	>60-72%	Cukup	3
	>72%	Baik	4
Melahirkan di yankes	<23%	Buruk	1
	23-48%	Kurang	2
	>48-73%	Cukup	3
	>73%	Baik	4

Dengan menggunakan persamaan yang diperoleh dari analisis CFA pada gambar 5.8., diperoleh persamaan untuk menghitung skor faktor sebagai berikut.

Skor Faktor Perilaku Sehat =

$$(0,38 * \text{Skor KB aktif}) + (0,97 * \text{Skor K1}) + (1,00 * \text{Skor K4}) + (0,83 * \text{Skor ANC nakes}) + (0,84 * \text{Skor linakes}) + (0,63 * \text{Skor konsumsi Fe}) + (0,69 * \text{Skor kunjungan nifas}) + (0,91 * \text{Skor melahirkan di yankes})$$

Berdasarkan semua rumus skor faktor di atas, diperoleh skor faktor untuk masing-masing provinsi sebagai berikut.

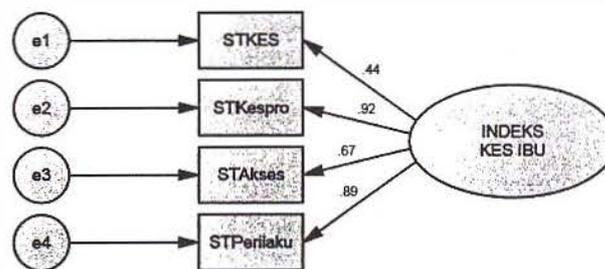
Tabel 5.22. Skor status kesehatan, status repro uksi, akses yankes dan perilaku sehat menurut provinsi di Indonesia

No	Provinsi	SKOR			
		Status Kesehatan	Status Reproduksi	Akses Yankes	Perilaku Sehat
1	NAD	4,20	6,14	2,66	16,83
2	Sumatra Utara	4,33	4,68	4,44	13,93
3	Sumatra Barat	4,96	5,90	5,87	19,28
4	Riau	4,20	5,51	6,22	17,54
5	Jambi	4,85	5,15	5,23	13,12
6	Sumatra Selatan	2,54	6,14	7,21	17,12
7	Bengkulu	3,31	6,54	5,23	17,21
8	Lampung	2,41	7,18	8,00	17,15
9	Bangka Belitung	5,60	8,00	5,23	19,34
10	Kepulauan Riau	5,35	7,61	7,10	23,24
11	DKI Jakarta	4,20	8,01	7,10	22,92
12	Jawa Barat	3,05	6,19	6,22	18,12
13	Jawa Tengah	2,41	6,19	6,66	23,08
14	DI Yogyakarta	3,56	7,42	8,88	24,62
15	Jawa Timur	3,81	7,42	6,66	23,99
16	Banten	4,20	5,55	5,43	16,39
17	Bali	4,71	8,01	8,88	25,00
18	Nusa Tenggara Barat	3,18	5,79	7,65	19,44
19	Nusa Tenggara Timur	2,67	3,52	3,45	11,43
20	Kalimantan Barat	1,91	5,79	5,23	12,05
21	Kalimantan Tengah	3,05	6,61	6,22	8,71
22	Kalimantan Selatan	3,95	6,02	2,66	15,87
23	Kalimantan Timur	3,69	6,15	6,66	18,69
24	Sulawesi Utara	4,45	5,84	6,66	17,15
25	Sulawesi Tengah	2,80	3,53	2,22	9,81
26	Sulawesi Selatan	4,33	2,89	3,65	14,86
27	Sulawesi Tenggara	2,93	4,28	7,01	8,41

No	Provinsi	SKOR			
		Status Kesehatan	Status Reproduksi	Akses Yankes	Perilaku Sehat
28	Gorontalo	3,70	2,90	5,78	9,14
29	Sulawesi Barat	2,93	3,25	4,79	8,61
30	Maluku	2,92	3,06	2,66	8,05
31	Maluku Utara	2,92	4,07	3,65	8,52
32	Irian Jaya Barat	2,55	4,48	6,42	8,42
33	Papua	2,42	2,90	2,66	10,39

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa provinsi Bangka Belitung menunjukkan skor tertinggi status kesehatan yaitu sebesar 5,60, sedang provinsi Kalimantan Barat menunjukkan skor terendah yaitu 1,91. Skor tertinggi status reproduksi yaitu sebesar 8,01 dicapai oleh provinsi DKI Jakarta dan Bali, sedang skor terendah sebesar 2,89 oleh provinsi Sulawesi Selatan. Skor tertinggi akses yankes, dicapai oleh provinsi DI Yogyakarta dan Bali, masing-masing sebesar 8,88, sedangkan skor terendah akses yankes diwakili oleh provinsi Sulawesi Tengah sebesar 2,22. Provinsi Bali kembali menduduki skor tertinggi untuk skor perilaku sehat yaitu sebesar 25,0 dan skor terendah perilaku sehat oleh provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 8,41. Provinsi Bali merupakan provinsi yang sangat menonjol karena dapat mencapai skor tertinggi dalam 3 skor kesehatan sekaligus yaitu status reproduksi, akses yankes dan perilaku sehat.

Dengan menggunakan nilai skor faktor pada tabel 5.22, dilakukan analisis untuk mendapatkan indeks kesehatan ibu. Hasil analisis sebagai berikut.



Gambar 5.9. Model CFA indeks kesehatan ibu

Analisis model indeks kesehatan ibu menghasilkan nilai parameter yang signifikan dengan nilai $p < 0,05$ yang ditampilkan pada tabel 5.23.

Tabel 5.23. Nilai parameter model indeks kesehatan ibu dengan *p-value*

Variabel Laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ	<i>p-value</i>
Indeks Kesehatan Ibu	X ₁ (Skor Status Kesehatan)	0,44	0.012*
	X ₂ (Skor Status Reproduksi)	0,92	<0.001*
	X ₃ (Skor Akses Yankes)	0,67	<0.001*
	X ₄ (Skor Perilaku Sehat)	0,89	<0.001*

*) Signifikansi pada taraf 5%

1.5 Uji Kelayakan Model

Untuk mengukur kebenaran (fit) model indeks kesehatan ibu dilakukan uji kelayakan model. Hasil uji kelayakan model indeks kesehatan ibu, semua kriteria terpenuhi dan menunjukkan model fit.

Tabel 5.24. Hasil Uji Kelayakan Model Indeks Kesehatan Ibu

Statistik <i>Goodness of Fit</i>	Nilai	Kriteria	Keterangan
Chi Square	p=0.136	p>0,05	Fit
CMNI/DF	1,994	<2,00	Fit
GFI	0,942	>0,90	Fit
CFI	0,964	>0,90	Fit
IFI	0,967	>0,90	Fit

1.6 Perhitungan Indeks Kesehatan Ibu

Nilai indeks kesehatan ibu dapat dirumuskan berdasarkan penjumlahan indikator penyusunnya yang masing-masing dikalikan dengan nilai parameter (λ) seperti terdapat dalam tabel 5.23.

Rumus Indeks Kesehatan Ibu =

$(0,44 \cdot \text{Skor status kesehatan} / \text{jumlah indikator status kesehatan}) + (0,92 \cdot \text{Skor status reproduksi} / \text{jumlah indikator status reproduksi}) + (0,67 \cdot \text{Skor Akses Yankes} / \text{jumlah indikator akses yankes}) + (0,89 \cdot \text{Skor Perilaku Sehat} / \text{jumlah indikator perilaku sehat})$.

Dengan menggunakan nilai pada tabel 5.22 dapat dihitung indeks kesehatan ibu setiap provinsi sesuai rumus di atas. Skor indeks kesehatan ibu dapat dilihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25. Peringkat Indeks Kesehatan Ibu menurut provinsi di Indonesia

No	Provinsi	SKOR		
		Indeks Kes Ibu	Indeks standar	Peringkat
1	Bali	7,298	0,625	1
2	DI Yogyakarta	6,951	0,595	2
3	Kepulauan Riau	6,706	0,574	3
4	DKI Jakarta	6,594	0,565	4
5	Jawa Timur	6,422	0,550	5
6	Bangka Belitung	5,981	0,512	6
7	Jawa Tengah	5,832	0,499	7
8	Lampung	5,699	0,488	8
9	Nusa Tenggara Barat	5,669	0,485	9
10	Sumatra Barat	5,540	0,474	10
11	Kalimantan Timur	5,522	0,473	11
12	Sulawesi Utara	5,391	0,462	12
13	Sumatra Selatan	5,300	0,454	13
14	Jawa Barat	5,276	0,452	14
15	Riau	5,224	0,447	15
16	Bengkulu	5,072	0,434	16
17	Banten	4,929	0,422	17
18	Jambi	4,523	0,387	18
19	NAD	4,495	0,385	19
20	Kalimantan Tengah	4,326	0,370	20
21	Kalimantan Selatan	4,324	0,370	21
22	Sumatra Utara	4,253	0,364	22
23	Kalimantan Barat	4,120	0,353	23
24	Sulawesi Tenggara	3,915	0,335	24
25	Irian Jaya Barat	3,775	0,323	25
26	Sulawesi Selatan	3,768	0,323	26
27	Gorontalo	3,517	0,301	27
28	Nusa Tenggara Timur	3,243	0,278	28
29	Sulawesi Barat	3,205	0,274	29
30	Maluku Utara	3,127	0,268	30
31	Sulawesi Tengah	2,810	0,241	31
32	Papua	2,772	0,237	32
33	Maluku	2,622	0,224	33

Dari skor indeks kesehatan ibu dapat dilakukan perhitungan indeks standar dengan menggunakan rumus :

$$\text{Indeks standar} = 1 - \left[\frac{\text{skor maksimum} - \text{skor provinsi}}{\text{skor maksimum} - \text{skor minimum}} \right]$$

Skor maksimum diperoleh menggunakan rumus Indeks Kesehatan Ibu, dimana skor faktor variabel laten menggunakan nilai kategori maksimal yaitu 4. Sedangkan skor minimum menggunakan nilai minimal yaitu 0, karena ada beberapa provinsi yang mempunyai skor dibawah kategori 1.

$$\text{Skor maks} = (0,44*4) + (0,92*4) + (0,67*4) + (0,89*4) = 11,68$$

$$\text{Skor min} = (0,44*0) + (0,92*0) + (0,67*0) + (0,89*0) = 0$$

Berdasarkan tabel 5.25 peringkat pertama indeks kesehatan ibu dicapai oleh provinsi Bali dengan skor indeks kesehatan ibu 7,298 sedang peringkat terendah adalah provinsi Maluku dengan skor indeks kesehatan ibu 2,622.

5.7. Korelasi Indeks Kesehatan Ibu dan Variabel Sosial Ekonomi.

Analisis korelasi *Pearson* dilakukan untuk melihat adanya korelasi antara indeks kesehatan ibu dengan variabel sosial ekonomi, yaitu pendidikan, pekerjaan dan penghasilan keluarga. Hasil analisis korelasi menunjukkan bahwa tidak ada korelasi secara signifikans. Hal ini mungkin ketiga variabel sosial ekonomi merupakan variabel jauh yang mempengaruhi secara tidak langsung status kesehatan ibu.

BAB 6 PEMBAHASAN

Asumsi CFA yang mengharuskan data berdistribusi normal sudah dapat terpenuhi dalam penelitian ini. Analisis CFA dari masing-masing model yang menyusun variabel laten indeks kesehatan ibu diperoleh 18 indikator yang signifikan seperti dijelaskan pada tabel 6.1.

Tabel 6.1. Indikator indeks kesehatan ibu yang signifikan

Variabel	Variabel laten	Simbol & nama variabel terukur	Nilai λ
Indeks kesehatan ibu	Status kesehatan ($\lambda=0,44$)	Konsumsi energi	0,51
		Konsumsi protein	0,64
		Tidak komplikasi kehamilan	0,25
	Status reproduksi ($\lambda=0,92$)	Umur melahirkan (20-34)	0,59
		Jumlah anak (0-2)	0,64
		Jarak kelahiran \geq 24 bulan	0,63
		Berat bayi lahir normal.	0,40
	Akses yankes ($\lambda=0,67$)	Informasi komplikasi kehamilan	0,99
		Informasi pertolongan komplikasi	0,79
		Penyuluhan kesehatan reproduksi	0,44
	Perilaku sehat ($\lambda=0,89$)	KB aktif	0,38
		K1 nakes	0,97
		K4 nakes	1,00
		ANC nakes	0,83
		Penolong linakes	0,84
		Konsumsi tabel Fe > 90	0,63
		Kunjungan nifas (0-7 hari)	0,69
		Melahirkan di yankes	0,91

7.1 Analisis CFA Model Status Kesehatan

Analisis CFA dari model awal status kesehatan yang terdiri dari 5 variabel terdapat 2 variabel yang tidak signifikan karena mempunyai nilai parameter (λ) negatif, yaitu IMT dan tidak TB paru. Modifikasi model dilakukan dengan mengeluarkan kedua variabel yang tidak signifikan dan memasukkan tiga variabel konsumsi energi, protein dan tidak komplikasi. Variabel tidak komplikasi meskipun mempunyai nilai parameter kecil, yaitu 0,25 tetap dimasukkan dalam model karena mempunyai nilai signifikan.

Hasil analisis menunjukkan nilai faktor *loading* tertinggi adalah indikator konsumsi protein ($\lambda=0,64$), selanjutnya konsumsi energi ($\lambda=0,51$) dan tidak komplikasi kehamilan

($\lambda=0,25$). Hal ini mempunyai arti bahwa konsumsi protein mempunyai kontribusi terbesar dalam mengukur status kesehatan ibu.

Gizi yang baik sangat diperlukan untuk ibu sebelum, selama dan sesudah proses melahirkan. Status gizi ibu hamil yang diukur dari penambahan berat badan selama kehamilan berhubungan positif dengan tingkat konsumsi energi ibu hamil (Kusin dan Kardjati 1994 dalam Yonky, 2009). Penelitian lain menunjukkan hubungan positif antar protein dan zat-zat gizi mikro terhadap penambahan berat badan selama kehamilan (Soetjiningsih, 1998; Manuaba, 2001; Gulardi, 2003 dalam Yongky, 2009).

Kesehatan seorang ibu sebelum dan selama kehamilan dapat memberikan pengaruh penting terhadap kemungkinan munculnya komplikasi serta kemampuan bertahan jika terjadi komplikasi. Kondisi kesehatan sebelum kehamilan yang dapat memperburuk pada kondisi kehamilan dan persalinan, serta sebagai penyebab seperempat kematian ibu di negara berkembang antara lain adalah kondisi anemia dan malnutrisi (Maine et al; Royston & Armstrong dalam McCarthy & Maine, 1992). Kondisi anemia akan menurunkan kesempatan ibu untuk bertahan jika terjadi perdarahan saat persalinan. Hal ini dapat dihubungkan dengan penyebab kematian ibu tertinggi di Indonesia tahun 2010 adalah komplikasi perdarahan, eklamsia dan infeksi (Herawati I, 2011). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Arulita (2007) yang menunjukkan bahwa faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal berdasarkan analisis multivariat adalah komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ibu yang mengalami komplikasi persalinan memiliki risiko untuk mengalami kematian maternal 49,2 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami komplikasi persalinan (Arulita, 2007).

7.2 Analisis CFA Model Status Reproduksi

Analisis CFA dari model awal status reproduksi yang terdiri dari 6 variabel terdapat 2 variabel yang tidak signifikan karena mempunyai nilai parameter sangat kecil ($<0,3$), yaitu tidak abortus dan usia pertama kawin. Modifikasi model dilakukan dengan mengeluarkan kedua variabel yang tidak signifikan dan memasukkan 4 variabel yaitu usia melahirkan (20-34 tahun), jumlah anak (0-2), jarak kelahiran ≥ 24 bulan dan berat bayi lahir normal. Hasil analisis menunjukkan nilai faktor *loading* tertinggi adalah indikator jumlah anak ($\lambda=0,64$) dan jarak melahirkan ($\lambda=0,63$), selanjutnya indikator umur melahirkan ($\lambda=0,59$) dan terendah indikator berat badan bayi normal ($\lambda=0,40$). Hal ini

mempunyai arti bahwa umur melahirkan dan jarak melahirkan mempunyai kontribusi terbesar dalam mengukur status reproduksi seorang ibu.

Hasil analisis ini sudah sesuai jika dikaitkan dengan penyebab kematian ibu yang dikenal dengan "4 Terlalu" dalam melahirkan yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak yang merupakan sebab yang tidak langsung berkaitan dengan masalah kesehatan ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Banyak referensi yang mendukung hubungan antara kematian ibu dengan karakteristik reproduksi tertentu, misalnya usia atau jarak kehamilan. Ibu usia muda, biasanya dihubungkan dengan ketidaksiapan fisik maupun mental saat kondisi kehamilan maupun melahirkan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ibu yang melahirkan anak terakhir pada usia (20-34 tahun) adalah tepat, tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Jumlah anak (0-2) adalah ideal tidak terlalu banyak. Sedangkan jarak kelahiran anak ≥ 24 bulan adalah jarak ideal sehingga tidak terlalu sering melahirkan. Hal ini dapat mengurangi risiko kematian ibu dan menggambarkan status kesehatan ibu yang baik. Kesimpulan ini didukung oleh pernyataan bahwa umur ideal untuk kehamilan yang risikonya rendah adalah pada kelompok umur 20-34 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

6.3 Analisis CFA Akses Pelayanan Kesehatan

Analisis CFA dari model awal akses yankes yang terdiri dari 5 variabel terdapat 2 variabel yang tidak signifikan karena mempunyai nilai parameter kecil ($<0,45$), yaitu pemberian KMS bumil dan pemberian vitamin A. Modifikasi model dilakukan dengan mengeluarkan kedua variabel yang tidak signifikan dan memasukkan 3 variabel informasi tanda bahaya kehamilan, informasi pertolongan jika terdapat komplikasi dan penyuluhan kesehatan reproduksi. Hasil analisis menunjukkan nilai faktor *loading* tertinggi adalah indikator informasi tanda bahaya kehamilan ($\lambda=0,99$), sedangkan informasi pertolongan jika terdapat komplikasi ($\lambda=0,79$) dan penyuluhan kesehatan reproduksi ($\lambda=0,44$). Artinya pemberian informasi adanya komplikasi atau tanda bahaya kehamilan kepada ibu hamil mempunyai kontribusi terbesar dalam mengukur akses pelayanan kesehatan.

Menurut McCarthy dan Maine, teknologi kedokteran untuk mencegah kematian ibu telah banyak tersedia di masa kini. Secara umum, ada 2 kategori dalam upaya pencegahan tersebut. Kategori pertama adalah agar ibu dapat melahirkan secara aman, misalnya dengan penyediaan transfusi darah, antibiotika dan obat-obat lainnya, serta tindakan operasi. Kategori kedua adalah pilihan untuk tidak hamil atau melahirkan karena alasan

tertentu, yaitu dengan penggunaan kontrasepsi atau prosedur aborsi yang aman. Namun demikian akses terhadap pelayanan kesehatan baik promotif maupun kuratif di negara berkembang termasuk Indonesia pada umumnya masih terbatas. Dalam hal ini di Indonesia konsep akses tidak sekedar masalah jarak. Akses juga mencakup kondisi sosial dan ekonomi untuk mendapatkan pelayanan dan informasi kesehatan yang memadai. Seyogyanya ibu hamil diberi penjelasan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan agar ibu hamil waspada dan apabila mengalaminya dapat segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan. Selain itu kurangnya tenaga kesehatan terlatih yang umumnya banyak ditemui di daerah perdesaan di Indonesia sepertinya juga turut berperan dalam masalah ini.

6.4 Analisis CFA Model Perilaku Sehat

Analisis CFA dari model awal perilaku sehat yang terdiri dari 9 variabel terdapat 1 variabel yang tidak signifikan karena mempunyai nilai negatif, yaitu imunisasi TT 2 kali. Modifikasi model dilakukan dengan mengeluarkan variabel yang tidak signifikan dan memasukkan 8 variabel lainnya yaitu KB aktif, K1 nakes, K4 nakes, ANC nakes, linakes, konsumsi *Fe, kunjungan nifas dan melahirkan di pelayanan kesehatan. Hasil analisis menunjukkan nilai faktor *loading* tertinggi adalah indikator K4 nakes ($\lambda=1$), K1 nakes ($\lambda=0,97$) dan melahirkan di yankes ($\lambda=0,91$). Artinya K1, K4 dan melahirkan di yankes mempunyai kontribusi besar dalam mengukur perilaku sehat ibu hamil.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh ibu harus semaksimal mungkin agar pelayanan kesehatan mencapai hasil yang optimal. Pelayanan selama kehamilan, sebelum dan sesudah melahirkan, merupakan faktor yang tak kalah penting dalam menurunkan kematian ibu. Perilaku ibu yang tidak sehat turut berkontribusi terhadap masih tingginya kematian ibu di Indonesia. Sebagai contoh karena alasan akses, maka di daerah pedalaman sebagian masyarakat masih menggunakan pelayanan kesehatan non formal. Misalnya pemilihan pertolongan persalinan oleh tenaga non nakes, termasuk pemberian obat tradisional yang tidak tepat, tradisi pemijatan bagian perut yang membahayakan baik saat hamil maupun sesudah melahirkan, serta praktek aborsi ilegal yang membahayakan. Oleh karena itu keputusan ibu dan keluarganya untuk aktif memanfaatkan pelayanan kesehatan, terutama yang telah disediakan oleh pemerintah menjadi faktor yang penting dalam menurunkan kasus kematian ibu.

6.5 Analisis CFA Model Indeks Kesehatan Ibu

Analisis CFA model indeks kesehatan ibu menghasilkan semua nilai parameter yang signifikan. Besar kecilnya kontribusi masing-masing indikator dinyatakan oleh nilai parameter (λ). Indikator status reproduksi mempunyai kontribusi tertinggi ($\lambda=0,92$) dalam mengukur indeks kesehatan ibu. Sedangkan indikator perilaku sehat mempunyai kontribusi ($\lambda=0,89$) dan indikator akses pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi ($\lambda=0,67$). Kontribusi terendah adalah indikator status kesehatan ibu yaitu $\lambda=0,44$. Analisis ini sesuai dengan teori Hendrik L Blum, yang menyatakan bahwa terdapat empat faktor yang mempengaruhi status derajat kesehatan masyarakat atau perorangan, yaitu faktor lingkungan, perilaku kesehatan, serta pelayanan kesehatan.

6.6 Uji Kelayakan Model Indeks Kesehatan Ibu

Berdasarkan hasil uji kelayakan model indeks kesehatan ibu yang ditampilkan pada tabel 5.23 diperoleh nilai taraf signifikansi $0,136 > 0,05$ hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara matriks varians kovarians populasi dengan matriks varians kovarians sampel. Hal ini didukung oleh semua kriteria ketepatan model yang semua memenuhi rentang yang diharapkan sehingga model indeks kesehatan ibu yang dikembangkan berdasarkan teori McCarthy dan Maine (1992) sudah tepat.

6.7 Indeks Kesehatan Ibu

Perhitungan indeks kesehatan ibu dihitung dari hasil analisis CFA indeks kesehatan ibu dan diperoleh nilai indeks tertinggi adalah 7,30 yang dimiliki oleh provinsi Bali, dan peringkat kedua adalah DI Yogyakarta dengan indeks 6,95 sedangkan peringkat ketiga Kepulauan Riau dengan indeks 6,70.

Nilai indeks terendah adalah 2,62 diwakili oleh provinsi Maluku, peringkat terendah kedua dan ketiga mempunyai indeks yang sama yaitu 2,77 provinsi Papua. Hal ini sesuai dengan analisis Riskesdas 2010 bahwa provinsi yang mempunyai persentase *antenatal care* terbaik mempunyai indeks kesehatan ibu yang tinggi dan provinsi yang mempunyai indeks kesehatan ibu rendah juga mempunyai persentase penolong persalinan nakes yang rendah (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian ini adalah :

1. Analisis CFA data Riskesdas 2010 membuktikan status kesehatan ibu dapat diukur dengan indikator konsumsi energi, konsumsi protein dan tidak adanya komplikasi kehamilan. Status reproduksi dapat diukur dengan umur melahirkan (20-34th), jumlah anak (0-2), jarak kelahiran ≥ 24 bln, dan berat bayi lahir normal.
2. Analisis CFA data Riskesdas 2010 membuktikan akses pelayanan kesehatan dapat diukur dengan indikator informasi komplikasi kehamilan, informasi pertolongan jika ada komplikasi dan mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi.
3. Analisis CFA data Riskesdas 2010 membuktikan perilaku sehat dapat diukur dengan indikator akseptor KB aktif, K1 dan K4 nakes, periksa hamil di nakes, penolong persalinan nakes, konsumsi Fe $>$ 90, kunjungan nifas (0-7) hari serta melahirkan di yankes.
4. Uji kelayakan model indeks kesehatan ibu menunjukkan model yang fit sehingga model indeks kesehatan ibu berdasarkan data Riskesdas 2010 yang dikembangkan dari teori McCarthy dan Maine (1992) sudah tepat dan secara umum model sudah mewakili data yang sebenarnya.
5. Peringkat indeks kesehatan ibu tertinggi adalah provinsi Bali dan terendah adalah Maluku. Hal ini sesuai dengan hasil analisis Riskesdas 2010, yaitu provinsi yang mempunyai indeks kesehatan ibu tinggi juga mempunyai persentase indikator kesehatan ibu yang tinggi.

7.2 Saran

Indikator yang menggambarkan status kesehatan ibu sangat penting untuk melihat kondisi kesehatan ibu sebagai dasar pembuatan program dan kebijakan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu. Setiap provinsi atau kabupaten/kota dapat mengembangkan indeks kesehatan ibu dengan memanfaatkan data nasional maupun data rutin yang tersedia untuk mengevaluasi status kesehatan ibu. Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2010 yang merepresentasikan di tingkat provinsi, untuk pengembangan ke depan lebih tajam lagi jika data yang digunakan bisa merepresentasikan di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian hasil dapat digunakan untuk membuat model indeks kesehatan ibu yang lebih lengkap di tingkat kabupaten/kota.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas Karunia dan Hidayah-Nya, penyusunan laporan akhir penelitian kami yang berjudul “**Indeks Kesehatan Ibu Tingkat Provinsi di Indonesia**” yang merupakan analisis lanjut data Riskesdas 2010 dapat terselesaikan. Ucapan terima kasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, baik secara langsung maupun tidak langsung :

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk menganalisis dan mempublikasikan data Riskesdas 2010.
2. Kepala Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, drg. Agus Suprpto, M.Kes. yang memberikan kesempatan kepada kami untuk melaksanakan penelitian ini.
3. Tim Manajemen Data Riskesdas yang telah menyediakan data Riskesdas 2010 untuk kami analisis.
4. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes., yang telah bersedia menjadi tim peneliti dan banyak membantu dalam analisis.
5. Pihak-pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu

Demikian, semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk evaluasi dan penentuan prioritas program KIA, serta untuk pengembangan penelitian indeks kesehatan di Indonesia.

Tim peneliti

DAFTAR PUSTAKA

- Arulita. (2007). Faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal (studi kasus di kabupaten cilacap), *tesis*, FKM –Universitas Diponegoro.
- Chasey S, Pederson A, Duff P. (2010). Canadian Women's Health Indicators: An Introduction, Environmental Scan, and Framework Examination. Vancouver BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2010.
- Ghozali & Fuad. (2005). *Structural equation modeling : teori, konsep dan aplikasi Lisrel*. Universitas Diponegoro, Semarang.
- Ghozali A. (2003). *Tinjauan metodologi struktur equation modeling dan penerapannya dalam pendidikan*. Badan Penelitian dan Pengembangan, Depdiknas.
- Herawati I. (2011). Analisis kematian ibu di Indonesia 2010 berdasarkan data SDKI, laporan riskesdas dan laporan rutin KIA. Direktur Bina Kesehatan Ibu, Bandung. www.kesehatanibu.depkes.go.id/wp-content/.../download.php?id=3 (sitasi 10 Maret 2012)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010*. Badan Litbangkes, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Badan Litbangkes, Jakarta.
- Kuntoro H. (2009). *Dasar Filosofis Metodologi Penelitian*. Surabaya : Pustaka Melati.
- Maiyanti S.I., Dwipurwani O, Desiani A, Aprianah B. (2009). Aplikasi analisis faktor konfirmatori untuk mengetahui hubungan peubah indikator dengan peubah laten yang mempengaruhi prestasi mahasiswa di jurusan Matematika FMIPA Unsri. <http://jpsmipaunsri.files.wordpress.com/2010/04/jpsmipaunsri-v12-no3-03-a-sri.pdf> (sitasi 16 Maret 2012).
- Management Sciences for Health (MSH). (2006). Guide to National and Local Health Indicators. www.erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.3j.htm&module=info (sitasi 24 September 2012).
- McCarthy and Maine. (1992). A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, Vol 23 No. 1 (Jan – Feb 1992), pp 23-33.
- Santoso S. (2011). *Structural equal modeling konsep dan aplikasi dengan AMOS 18*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Sharma S. (1996). *Applied multivariate techniques*. John Wiley & Sons, Inc. New York.
- Supranto. (2004). *Analisis multivariat arti dan interpretasi*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Syafrudin & Hamidah. (2009). *Kebidanan komunitas*. ECG, Jakarta.

- WHO (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for Their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring*.
- Widarjono A. (2010). *Analisis statistika multivariat terapan*. Edisi pertama. UPP Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN, Yogyakarta.
- Widhiarso W. (2010). Estimasi reliabilitas pengukuran dalam pendekatan model persamaan struktural. <http://widhiarso.staff.ugm.ac.id/files/Widhiarso%20-%20Estimasi%20Reliabilitas%20Pengukuran%20Dalam%20Pendekatan%20SEM.pdf> (sitasi 16 Maret 2012).
- Widhiarso W. (2010). Praktek model persamaan struktural (SEM) melalui program Amos. http://widhiarso.staff.ugm.ac.id/files/widhiarso_-_teori_dan_praktek_pemodelan_persamaan_struktural_%28sem%29.pdf (sitasi 16 Maret 2012).
- Wijanto H. (2009). *Struktural Equation Modelling*. Graha Ilmu. Jakarta.
- Yongky dkk. (2009). Status gizi awal kehamilan dan penambahan berat badan ibu *Jurnal Gizi dan Pangan*, Maret 2009 4(1) hal 8 – 12.

LAMPIRAN

1. Output Model CFA status kesehatan

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X1	47.300	67.300	-.760	-1.782	1.504	1.764
X2	52.400	70.300	.187	.438	-.672	-.788
X3	43.300	81.900	-.263	-.618	-.572	-.671
X4	98.940	99.820	-.742	-1.740	-.309	-.363
X5	83.500	96.600	-1.013	-2.376	.136	.160
Multivariate					1.190	.409

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X5 <--- Status Kesehatan	.156	.247	.633	.526	
X4 <--- Status Kesehatan	-.008	.045	-.169	.866	
X3 <--- Status Kesehatan	1.137	.968	1.174	.240	
X2 <--- Status Kesehatan	1.000				
X1 <--- Status Kesehatan	-.468	.401	-1.168	.243	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X5 <--- Status Kesehatan	.153
X4 <--- Status Kesehatan	-.038
X3 <--- Status Kesehatan	.451
X2 <--- Status Kesehatan	.737
X1 <--- Status Kesehatan	-.427

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Status Kesehatan	12.275	11.211	1.095	.274	
e4	.500				
e5	12.488	3.169	3.940	***	
e3	62.058	20.355	3.049	.002	
e2	10.336	10.349	.999	.318	
e1	12.092	3.768	3.210	.001	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X1	.182
X2	.543
X3	.204
X4	.001
X5	.023

2. Output model CFA status reproduksi

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X6	34.900	61.300	.365	.856	-1.187	-1.392
X7	78.340	90.150	-.273	-.641	-.716	-.840
X8	37.800	70.300	.058	.136	-.527	-.618
X9	69.400	83.900	.262	.614	-.006	-.008
X10	76.970	92.800	-.806	-1.891	-.003	-.004
X11	80.800	93.900	-.344	-.806	-1.040	-1.220
Multivariate					3.508	1.028

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X11 <--- Status Reproduksi	.757	.369	2.052	.040	
X10 <--- Status Reproduksi	.790	.411	1.921	.055	
X9 <--- Status Reproduksi	1.000				
X8 <--- Status Reproduksi	1.581	.808	1.957	.050	
X7 <--- Status Reproduksi	.155	.272	.572	.567	
X6 <--- Status Reproduksi	.977	.778	1.256	.209	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X11 <--- Status Reproduksi	.531
X10 <--- Status Reproduksi	.473
X9 <--- Status Reproduksi	.751
X8 <--- Status Reproduksi	.487
X7 <--- Status Reproduksi	.122
X6 <--- Status Reproduksi	.279

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Status Reproduksi	5.886	3.340	1.762	.078	
e11	8.599	2.647	3.249	.001	
e10	12.719	3.667	3.469	***	
e9	4.552	2.634	1.728	.084	
e8	47.272	13.814	3.422	***	
e7	9.470	2.383	3.975	***	
e6	66.751	17.315	3.855	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X6	.078
X7	.015
X8	.237
X9	.564
X10	.224
X11	.282

3. Output model CFA aksesyankes

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X16	9.800	57.100	1.718	4.030	3.505	4.110
X12	50.330	91.160	-.756	-1.772	.008	.010
X13	33.200	65.800	.228	.534	-.802	-.940
X14	25.700	58.900	-.420	-.986	-.312	-.366
X15	52.340	79.850	-.745	-1.748	-.371	-.435
Multivariate					-.093	-.032

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X15 <--- AksesYankes	.912	.196	4.645	***	
X14 <--- AksesYankes	1.000				
X13 <--- AksesYankes	.559	.228	2.450	.014	
X12 <--- AksesYankes	.539	.265	2.035	.042	
X16 <--- AksesYankes	.664	.244	2.723	.006	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X15 <--- AksesYankes	.887
X14 <--- AksesYankes	.862
X13 <--- AksesYankes	.441
X12 <--- AksesYankes	.371
X16 <--- AksesYankes	.485

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
AksesYankes	45.161	16.636	2.715	.007	
e15	10.179	6.979	1.458	.145	
e14	15.586	8.746	1.782	.075	
e13	58.379	15.103	3.865	***	
e12	81.925	20.946	3.911	***	
e16	64.715	16.908	3.827	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X16	.235
X12	.138
X13	.194
X14	.743
X15	.787

4. Output model CFA perilakusehat

Assessment of normality (Group number 1)

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
X24	38.200	88.000	-.054	-.126	-.336	-.394
X23	2.300	67.500	1.783	4.181	4.924	5.774
X22	75.200	100.000	-.515	-1.207	-.871	-1.021
X21	8.700	94.800	.403	.945	-.779	-.914
X20	26.600	98.600	-.740	-1.736	.142	.166
X19	19.700	89.000	.168	.393	-.625	-.733
X18	25.900	91.500	-.299	-.702	-.525	-.616
X17	22.800	71.400	-.570	-1.337	.127	.149
X16	32.100	65.700	-.536	-1.257	-1.007	-1.181
Multivariate					5.145	1.050

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X16 <--- PerilakuSehat	.219	.095	2.314	.021	
X17 <--- PerilakuSehat	-.334	.099	-3.380	***	
X18 <--- PerilakuSehat	.883	.038	22.975	***	
X19 <--- PerilakuSehat	1.000				
X20 <--- PerilakuSehat	.812	.095	8.577	***	
X21 <--- PerilakuSehat	1.264	.103	12.279	***	
X22 <--- PerilakuSehat	.316	.038	8.368	***	
X23 <--- PerilakuSehat	.453	.099	4.570	***	
X24 <--- PerilakuSehat	.447	.083	5.406	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X16 <--- PerilakuSehat	.379
X17 <--- PerilakuSehat	-.514
X18 <--- PerilakuSehat	.975
X19 <--- PerilakuSehat	.998
X20 <--- PerilakuSehat	.838
X21 <--- PerilakuSehat	.912
X22 <--- PerilakuSehat	.831

	Estimate
X23 <--- PerilakuSehat	.630
X24 <--- PerilakuSehat	.693

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PerilakuSehat	311.055	78.200	3.978	***	
e16	88.988	22.262	3.997	***	
e17	96.593	24.185	3.994	***	
e18	12.583	4.264	2.951	.003	
e19	1.409	3.648	.386	.699	
e20	87.218	22.090	3.948	***	
e21	101.017	26.171	3.860	***	
e22	13.875	3.511	3.952	***	
e23	97.080	24.341	3.988	***	
e24	67.180	16.866	3.983	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X24	.480
X23	.397
X22	.691
X21	.831
X20	.702
X19	.995
X18	.951
X17	.264
X16	.144

5. Output Modifikasi Model CFA status kesehatan

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X5 <--- Status Kesehatan	.365	.434	.841	.401	
X3 <--- Status Kesehatan	2.337	3.506	.667	.505	
X2 <--- Status Kesehatan	1.000				

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X5 <--- Status Kesehatan	.246
X3 <--- Status Kesehatan	.638
X2 <--- Status Kesehatan	.507

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Status Kesehatan	5.803	9.482	.612	.541	
e5	12.014	3.219	3.732	***	
e3	46.216	48.893	.945	.345	
e2	16.808	9.657	1.740	.082	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X2	.257
X3	.407
X5	.060

6. Output modifikasi Model CFA status reproduksi

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X11 <--- Status Reproduksi	.736	.449	1.639	.101	
X10 <--- Status Reproduksi	1.335	.639	2.091	.037	
X9 <--- Status Reproduksi	1.000				
X8 <--- Status Reproduksi	2.632	1.258	2.093	.036	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X11 <--- Status Reproduksi	.405
X10 <--- Status Reproduksi	.628
X9 <--- Status Reproduksi	.589
X8 <--- Status Reproduksi	.636

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Status Reproduksi	3.620	2.556	1.417	.157	
e11	10.014	2.773	3.611	***	
e10	9.933	3.762	2.640	.008	
e9	6.818	2.352	2.898	.004	
e8	36.902	14.306	2.579	.010	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X8	.405
X9	.347
X10	.394
X11	.164

7. Output modifikasi model CFA aksesyankes

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X15 <--- AksesYankes	.709	.222	3.193	.001	
X14 <--- AksesYankes	1.000				
X16 <--- AksesYankes	.525	.239	2.198	.028	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X15 <--- AksesYankes	.792
X14 <--- AksesYankes	.991
X16 <--- AksesYankes	.441

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
AksesYankes	59.675	22.650	2.635	.008	
e15	17.768	9.545	1.861	.063	
e14	1.071	16.809	.064	.949	
e16	68.175	17.663	3.860	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X16	.194
X14	.982
X15	.628

8. Output modifikasi model CFA perilakusehat

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
X17 <--- PerilakuSehat	.219	.095	2.319	.020	
X19 <--- PerilakuSehat	.882	.038	23.024	***	
X20 <--- PerilakuSehat	1.000				
X21 <--- PerilakuSehat	.809	.095	8.515	***	
X22 <--- PerilakuSehat	1.263	.103	12.311	***	
X23 <--- PerilakuSehat	.315	.038	8.331	***	
X24 <--- PerilakuSehat	.455	.099	4.602	***	
X25 <--- PerilakuSehat	.446	.083	5.396	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
X17 <--- PerilakuSehat	.380
X19 <--- PerilakuSehat	.975
X20 <--- PerilakuSehat	.998

	Estimate
X21 <--- PerilakuSehat	.835
X22 <--- PerilakuSehat	.912
X23 <--- PerilakuSehat	.830
X24 <--- PerilakuSehat	.633
X25 <--- PerilakuSehat	.692

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PerilakuSehat	311.475	78.201	3.983	***	
e17	88.949	22.249	3.998	***	
e19	12.813	4.306	2.975	.003	
e20	.989	3.665	.270	.787	
e21	88.338	22.325	3.957	***	
e22	101.101	26.122	3.870	***	
e23	13.995	3.535	3.959	***	
e24	96.597	24.204	3.991	***	
e25	67.359	16.896	3.987	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	* Estimate
X25	.479
X24	.400
X23	.688
X22	.831
X21	.698
X20	.997
X19	.950
X17	.144

9. Output model CFA indeks kesehatan ibu

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
STPerilaku <--- IndeksKesehatanIbu	1.000				
STAKses <--- IndeksKesehatanIbu	.258	.060	4.298	***	
STKespro <--- IndeksKesehatanIbu	.309	.052	5.995	***	
STKES <--- IndeksKesehatanIbu	.087	.034	2.525	.012	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
STPerilaku <--- IndeksKesehatanIbu	.887
STakses <--- IndeksKesehatanIbu	.673
STKespro <--- IndeksKesehatanIbu	.917
STKES <--- IndeksKesehatanIbu	.439

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
IndeksKesehatanIbu	22.179	7.403	2.996	.003	
e4	6.004	3.110	1.931	.053	
e3	1.786	.489	3.651	***	
e2	.401	.278	1.442	.149	
e1	.700	.179	3.904	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
STKES	.192
STKespro	.841
STakses	.453
STPerilaku	.787

10. Output ujikelayakan model indeks kesehatan ibu

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	8	3.987	2	.136	1.994
Saturated model	10	.000	0		.
Independence model	4	61.565	6	.000	10.261

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.163	.942	.709	.188
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	2.952	.528	.213	.317

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.935	.806	.967	.893	.964
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.333	.312	.321
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	1.987	.000	11.890
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	55.565	34.014	84.575

FMIN

Model	FMIN	F0	LO90	HI 90
Default model	.125	.062	.000	.372
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	1.924	1.736	1.063	2.643

RMSEA

Model	RMSEA	LO90	HI 90	PCLOSE
Default model	.176	.000	.431	.158
Independence model	.538	.421	.664	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	19.987	22.950	31.959	39.959
Saturated model	20.000	23.704	34.965	44.965
Independence model	69.565	71.047	75.551	79.551

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	.625	.563	.934	.717
Saturated model	.625	.625	.625	.741
Independence model	2.174	1.500	3.080	2.220

HOELTER

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	49	74
Independence model	7	9

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian : INDEKS KESEHATAN IBU TINGKAT PROVINSI DI INDONESIA
BERDASAR DATA RISKESDAS 2010 (Analisis Data Sekunder
Riskesdas 2010)

Lama Penelitian : 4 (empat) bulan

Ketua Pelaksana,



dra. Herti Maryani, M.Kes.
NIP. 196705151997032001

Disetujui,

Wakil Ketua PPI

Pusat Humaniora, Kebijakan
Kesehatan dan Pemberdayaan
Masyarakat



Dr. dr. Lestari Handayani, M.Med (PH)
NIP. 196007171989012001

Mengetahui,

Kepala,

Pusat Humaniora, Kebijakan
Kesehatan dan Pemberdayaan
Masyarakat



Drg. Agus Suprpto, MKes
NIP. 196408131991011001