

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Definisi Antenatal

1. Pengertian

Pelayanan antenatal merupakan seluruh aktivitas atau rangkaian tindakan yang diberikan sejak masa pembuahan hingga sebelum dimulainya proses persalinan, yang dilaksanakan secara menyeluruh dan bermutu (Kementerian Kesehatan, 2020)

2. Tujuan

Berdasarkan Buku Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu tahun 2020 terdapat dua tujuan pelayanan antenatal yaitu (Kementerian Kesehatan, 2020) :

a. Tujuan umum

Setiap ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan antenatal yang menyeluruh dan bermutu agar dapat melalui masa kehamilan dan proses persalinan dengan pengalaman yang positif, serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Yang dimaksud dengan pengalaman positif adalah pengalaman yang menyenangkan dan memberikan manfaat tambahan bagi ibu hamil dalam menjalankan perannya sebagai perempuan, istri, dan ibu.

b. Tujuan khusus

1) Terlaksana pelayanan antenatal terpadu, termasuk konseling, dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.

- 2) Terlaksananya dukungan emosional dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik.
- 3) Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal enam kali selama masa kehamilan.
- 4) Terlaksananya pemantauan tumbuh kembang janin.
- 5) Deteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil.
- 6) Dilaksanakannya tatalaksana terhadap kelainan/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan Kesehatan sesuai dengan system rujukan yang ada.

2. Pentingnya Kunjungan Antenatal

Beberapa alasan mengapa kunjungan Antenatal perlu dilakukan yaitu :

- a. Membangun kepercayaan antara ibu hamil dan petugas kesehatan
- b. Mewujudkan kondisi terbaik bagi ibu hamil dan janin yang dikandungnya
- c. Ibu hamil memperoleh informasi dasar tentang Kesehatan ibu dan kehamilannya
- d. Mendeteksi dan melakukan penatalaksanaan kehamilan risiko tinggi
- e. Memberikan pendidikan Kesehatan yang diperlukan untuk menjaga kualitas kehamilan dan perawatan bayi
- f. Menghindarkan gangguan Kesehatan selama kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya

3. Konsep Pelayanan Antenatal

Tenaga Kesehatan harus mampu melakukan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan penyakit tidak

menular yang dialami ibu serta melakukan tata laksana secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman (Kemenkes, 2020). Adapun beberapa masalah yang mungkin dialami ibu hamil antara lain:

- a. Masalah gizi: anemia, KEK, obesitas, kenaikan berat badan tidak sesuai standar.
- b. Faktor risiko: usia ibu \leq 16 tahun, usia ibu \geq 35 tahun, anak terkecil \leq dua tahun, interval kehamilan $>$ 10 tahun, persalinan \geq empat kali, kehamilan ganda/gemelli, kelainan letak dan posisi janin, kelainan besar janin, Riwayat obstetric jelek (keguguran/gagal kehamilan, komplikasi pada persalinan yang lalu (Riwayat vakum/forsep, perdarahan pasca persalinan dan atau tranfusi), Riwayat bedah sesar, hipertensi, kehamilan lebih dari 40 minggu.
- c. Komplikasi kebidanan: ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan/pre-eklampsia/eclampsia, ancaman persalinan premature, distosia, plasenta previa,dll
- d. Penyakit tidak menular : hipertensi, diabetes melitus, kelainan jantung, ginjal, asma, kanker, epilepsi, dll.
- e. Penyakit menular: HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal, malaria, TB, demam berdarah, tifus abdominalis, dll.
- f. Masalah kesehatan jiwa : depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofrenia.

4. Standar Pelayanan Antenatal Terpadu Minimal

Pelayanan antenatal terpadu harus memenuhi standar minimal yaitu 10T (Kementrian Kesehatan, 2020), yaitu:

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- b. Ukur tekanan darah.

- c. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- d. Ukur tinggi puncak Rahim (fundus uteri)
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (djj).
- f. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan.
- g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.
- h. Pemeriksaan laboratorium: meliputi tes kehamilan, pengukuran kadar hemoglobin, penentuan golongan darah, serta uji triple eliminasi (HIV, sifilis, dan Hepatitis B), dan pemeriksaan malaria di wilayah endemis. Pemeriksaan tambahan dapat dilakukan sesuai indikasi, seperti glukoprotein urin, gula darah sewaktu, pemeriksaan dahak Basil Tahan Asam (BTA), deteksi kusta, tes malaria di daerah non-endemis, pemeriksaan feses untuk infeksi cacing, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalassemia, serta pemeriksaan lain yang diperlukan.
- i. Tata laksana/penanganan kasus sesuai wewenang.
- j. Temu wicara (konseling)

Informasi yang diberikan selama sesi konseling setidaknya mencakup hasil pemeriksaan, perawatan yang sesuai dengan kondisi kehamilan dan usia ibu, kebutuhan gizi ibu hamil, kesiapan psikologis, pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan masa nifas, persiapan menghadapi persalinan, penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, serta pemberian ASI eksklusif.

5. Teknis Pelayanan Antenatal Terpadu

Setiap ibu hamil minimal mendapatkan 6 kali pelayanan antenatal terpadu selama kehamilan yaitu :

- a. Satu kali di trimester pertama yaitu umur kehamilan 0-12 minggu.
- b. Dua kali di trimester kedua yaitu umur kehamilan 13-24 minggu.
- c. Tiga kali di trimester ketiga yaitu umur kehamilan diatas 24 minggu.

Pemeriksaan oleh dokter dilakukan sebanyak dua kali, yaitu pada kunjungan pertama di trimester pertama dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu untuk melakukan skrining faktor risiko atau penyakit penyerta selama kehamilan, termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Kunjungan berikutnya dilakukan pada kunjungan kelima di trimester ketiga untuk menilai kembali faktor risiko persalinan, melakukan pemeriksaan USG, serta memberikan rujukan terencana bila diperlukan.

- a. Layanan ANC oleh dokter umum

Ibu hamil minimal dua kali diperiksa oleh dokter, satu kali pada trimester satu dan satu kali pada trimester ketiga.

- 1) Kunjungan pada trimester pertama

Pemeriksaan dokter pada kontak pertama ibu hamil di trimester pertama bertujuan untuk *skrining* adanya faktor risiko atau komplikasi. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut.

- a) Anamnesa dan evaluasi Kesehatan ibu hamil

- (1) Anamnesa: kondisi umum, data dasar, HPHT, siklus haid, factor risiko infeksi saluran reproduksi, dll

(2) Riwayat Kesehatan ibu sekarang: hipertensi, jantung, asma, TB, tiroid, HIV, IMS, hepatitis B, alergi, autoimun, diabetes, dll.

(3) *Skrining* Riwayat imunisasi tetanus.

(4) Riwayat perilaku beresiko satu bulan sebelum hamil: merokok, minum alkohol, minum obat-obatan, pola makan berisiko, aktifitas fisik, pemakaian kosmetik, dll.

(5) Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (termasuk keguguran, hamil kembar, dan lahir mati).

(6) Riwayat penyakit keluarga: hipertensi, diabetes, sesak nafas, asma, jantung, TB, alergi, gangguan kejiwaan, kelainan darah, Hepatitis B, HIV, dll.

b) Pemeriksaan fisik umum

(1) Keadaan umum: kesadaran, konjungtiva, sklera, kulit, leher, gigi mulut.

(2) Berat badan, tinggi badan, THT, jantung, paru, perut, ekstremitas.

(3) Tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi nafas.

c) Pemeriksaan terkait kehamilan

(1) Lingkar lengan atas

(2) Pemeriksaan dan penentuan Indeks Masa Tubuh (IMT) sebelum hamil, *skrining* preeklamsi

d) Pemeriksaan penunjang pada kehamilan

(1) Pemeriksaan laboratorium: test kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, malaria di daerah endemis, tes triple eliminasi (HIV, sifilis, hepatitis B) dan test lain sesuai indikasi.

Pada pemeriksaan dokter yang pertama, dokter wajib menetapkan status kehamilan (GPA) serta menentukan apakah kehamilan tersebut termasuk normal atau disertai komplikasi, beserta jenis komplikasinya. Selain itu, dokter perlu

memberikan rekomendasi, seperti apakah ANC dapat dilanjutkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, perlu konsultasi ke dokter spesialis, atau harus dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Dalam kondisi tertentu, misalnya saat terjadi wabah penyakit, skrining awal perlu dilakukan sebelum pemeriksaan lanjutan diberikan.

2) Kunjungan pada trimester ketiga

Pada trimester ketiga, ibu hamil wajib menjalani pemeriksaan dokter minimal sekali pada usia kehamilan 32–36 minggu. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya faktor risiko persalinan serta merencanakan proses persalinan. Proses pemeriksaan oleh dokter tetap meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut sesuai kebutuhan.

a) Anamnesis dan evaluasi Kesehatan ibu hamil

(1) Kondisi umum, keluhan

(2) Riwayat Kesehatan ibu sekarang, status imunisasi tetanus

(3) Perencanaan persalinan (tempat persalinan, transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, dll).

(4) Pilihan rencana kontrasepsi, dll.

a. Pemeriksaan fisik umum

(1) Keadaan umum, kesadaran, konjungtiva, sklera, kulit, leher, gigi mulut, THT, jantung, paru, perut, ekstremitas.

(2) Berat badan dan tinggi badan

(3) Tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi pernafasan.

b) Pemeriksaan penunjang pada kehamilan

Pemeriksaan laboratorium: kadar hemoglobin darah dan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi

c) Rencana konsultasi lanjut

Rencana konsultasi lanjut ke bagian gizi, kebidanan, anak, penyakit dalam, THT, neurologi, psikiatri, dll.

d) Konseling.

Pada akhir pemeriksaan, dokter harus mampu menetapkan status kehamilan (GPA), apakah tidak ditemukan komplikasi pada kehamilan saat ini atau terdapat masalah kesehatan/komplikasi tertentu (sebutkan jenisnya). Dokter juga perlu memberikan rekomendasi mengenai tempat persalinan, yaitu apakah ibu dapat melahirkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, atau harus berkonsultasi dengan dokter spesialis untuk menentukan lokasi persalinan yang tepat.

b. Layanan Antenatal oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi klinis/kebidanan selain dokter.

Jika pada kunjungan antenatal bersama dokter tidak ditemukan faktor risiko maupun komplikasi, kunjungan antenatal selanjutnya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis atau kebidanan selain dokter. Kunjungan antenatal oleh tenaga kesehatan lain meliputi kunjungan kedua pada trimester pertama, kunjungan ketiga pada trimester kedua, serta kunjungan keempat dan keenam pada trimester ketiga. Tenaga kesehatan akan melakukan pemeriksaan antenatal, memberikan konseling, serta memberikan dukungan sosial selama interaksi dengan ibu hamil:

1) Anamnesa.

Anamnesa mencakup kondisi umum ibu, keluhan yang dialami saat ini, serta gejala penting yang berhubungan dengan kehamilan, seperti mual/muntah, demam, sakit kepala, perdarahan, sesak napas, keputihan, dan lain-lain. Selain itu, termasuk pengamatan gerakan janin, riwayat kekerasan terhadap perempuan selama kehamilan, serta perencanaan persalinan yang meliputi tempat persalinan, sarana transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, dan hal terkait lainnya. Anamnesa juga mencakup pemantauan konsumsi tablet tambah darah, pola makan ibu hamil, serta preferensi rencana kontrasepsi.

2) Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu: pemantauan berat badan, pemantauan tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi nafas. Pemantauan lila pada ibu hamil KEK.

3) Pemeriksaan terkait kebidanan

Pemeriksaan terkait kebidanan meliputi: pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU), pemeriksaan leopard, pemeriksaan denyut jantung janin.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hemoglobin darah pada ibu hamil dengan anemia, pemeriksaan glukoproteinuri.

5) Pemberian imunisasi Td sesuai hasil skrining

6) Suplemen tablet Fe dan Kalsium

7) Komunikasi, Informasi, edukasi (KIE) dan konseling.

KIE yang diberikan meliputi: perilaku hidup bersih dan sehat, pengenalan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas, perencanaan persalinan serta pencegahan komplikasi (P4K), peran suami dan keluarga dalam mendukung

kehamilan dan persalinan, asupan gizi seimbang, kontrasepsi pasca persalinan, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, serta peningkatan kesehatan intelektual pada kehamilan (Brain Booster). Tenaga kesehatan juga wajib melakukan pemantauan dan evaluasi kondisi ibu hamil menggunakan grafik evaluasi kehamilan dan grafik kenaikan berat badan. Apabila hasil pemantauan menunjukkan nilai yang melewati batas grafik, ibu hamil harus segera dikonsultasikan ke dokter.

a). Riwayat kehamilan dahulu seperti: riwayat perdarahan/persalinan/nifas, riwayat hipertensi pada kehamilan/nifas, riwayat IUFD/stillbirth, riwayat kehamilan kembar, riwayat keguguran $\geq 3x$ berturut-turut, riwayat kehamilan sungsang/letak lintang/letak obliq, riwayat kematian janin/perinatal, riwayat persalinan dengan SC, dll.

b). Riwayat medis seperti: riwayat penyakit tidak menular (jantung, hipertensi, diabetes melitus, ginjal, alergi makanan/obat, autoimun, telasemia/gangguan hematologi, epilepsy, dll). Riwayat penyakit menular (HIV, Sifilis/IMS lainnya, Hepatitis B, TB, malaria, tifoid, dll), riwayat masalah kejiwaan, dll.

c). Riwayat kehamilan sekarang meliputi : muntah berlebihan sampai tidak bisa makan dan minum, perdarahan, nyeri perut hebat, pusing/sakit kepala berat, demam lebih dari dua hari, keluar cairan berlebihan dan berbau dari vagina, batuk lama lebih dari 2 minggu atau kontak erat/serumah dengan penderita tuberkolosis, gerakan janin berkurang atau tidak terasa (mulai kehamilan 20 minggu), perubahan perilaku: gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mau mandi, kekerasan fisik, gigi dan mulut: gigi berlubang, gusi mudah berdarah, gusi bengkak, dll.

7. Keteraturan Kunjungan Antenatal

Berdasarkan (Kementerian Kesehatan RI, 2024), selama masa kehamilan seorang ibu dianjurkan melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan minimal enam kali. Rinciannya adalah satu kali pemeriksaan pada trimester pertama (12 minggu pertama), dua kali pada trimester kedua (13–24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (di atas 24 minggu). Menurut Purwaningsih, ketidakpatuhan terhadap jadwal ANC dapat menimbulkan berbagai masalah selama kehamilan, meningkatkan risiko terhadap kesehatan fisik dan mental ibu serta janin, menghambat persiapan persalinan yang optimal, menyebabkan komplikasi kehamilan yang tidak tertangani, bahkan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi.

Hasil Penelitian (Padesi dkk., 2021) Keteraturan kunjungan ANC mendukung ibu hamil melakukan deteksi dini terhadap penyulit dan komplikasi. Ibu hamil diharapkan selalu terbuka menerima informasi dari petugas kesehatan agar dapat meningkatkan pengetahuan sehingga dapat memotivasi ibu dalam memeriksakan kehamilannya secara teratur.

Faktor-faktor yang memengaruhi keteraturan kunjungan antenatal dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut teori Lawrence Green dalam (Notoatmodjo, 2022) terbagi menjadi faktor perilaku (*behavioral causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavioral causes*). Berdasarkan konsep Green mengenai perilaku seseorang, faktor-faktor tersebut dikelompokkan menjadi faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Faktor predisposisi adalah faktor yang memudahkan terjadinya perubahan perilaku seseorang. Faktor ini mencakup tiga kelompok karakteristik, yaitu:

Ciri-ciri demografi, meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga. Struktur sosial, mencakup jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, ras, agama, dan suku. Kepercayaan kesehatan, mencakup keyakinan, pengetahuan, dan sikap masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tenaga medis, dan penyakit. Faktor pemungkin adalah faktor yang memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan. Faktor ini meliputi ketersediaan sarana seperti alat kesehatan, serta prasarana berupa penghasilan keluarga, jarak tempat tinggal, akses informasi, kebijakan pemerintah, dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi masyarakat, misalnya rumah sakit, poliklinik, posyandu, dokter, atau bidan praktik swasta (Notoatmodjo, 2022).

Faktor penguat adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terbentuknya sikap dan perilaku masyarakat. Faktor ini mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh agama, tokoh masyarakat, dukungan suami, dan dukungan anggota keluarga lainnya (Daryanti, 2019).

Secara garis besar faktor faktor yang mempengaruhi keteraturan kunjungan antenatal dapat dijabarkan sebagai berikut :

a. Pendidikan

Pendidikan seseorang memiliki peranan penting dalam memengaruhi perubahan perilaku, termasuk dalam mencari layanan ANC. Pada masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah, ibu hamil cenderung lebih mempercayai praktik budaya dan tradisi, misalnya melakukan pemeriksaan kehamilan ke dukun, untuk memastikan kondisi kehamilan berjalan dengan baik (Sinambela & Solina, 2021).

b. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan terkait dengan pola pikir terhadap kesehatan. Tingkat pengetahuan ibu hamil tinggi maka ibu hamil akan melakukan kunjungan ANC secara tepat (Apriliani, 2024). Hasil penelitian (Citrawati & Laksmi, 2021) diperoleh $p\text{ value} < \alpha$ (0,01), maka secara statistik ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu hamil tentang ANC terhadap kunjungan antenatal care di puskesmas tampaksiring II

c. Paritas

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan yang pernah dialami seorang ibu dan mencerminkan pengalaman yang dimilikinya dalam menghadapi kehamilan. Pengalaman merupakan proses memperoleh pengetahuan melalui pengulangan pembelajaran sebelumnya untuk menyelesaikan masalah yang pernah dihadapi, yang kemudian dapat digunakan untuk memperoleh pemahaman baru. Menurut penelitian (D. I. Sari dkk., 2021), terdapat hubungan signifikan antara paritas dan keteraturan kunjungan ANC. Ibu yang hamil untuk pertama kali biasanya merasa pengalaman ini baru dan termotivasi untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan. Sebaliknya, ibu yang telah melahirkan lebih dari sekali cenderung menganggap dirinya sudah berpengalaman, sehingga motivasinya untuk memeriksakan kehamilan berkurang.

d. Pekerjaan

Pekerjaan mencakup segala aktivitas baik di dalam maupun di luar rumah, kecuali pekerjaan rutin rumah tangga. Status pekerjaan dapat mempermudah seseorang dalam mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, pekerjaan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi ibu dalam melakukan kunjungan ANC (Citrawati & Laksmi, 2021).

Penelitian oleh (Inayah & Fitriahadi, 2019), dengan hasil $p < 0,05$ bermakna ada hubungan antara pekerjaan dengan kunjungan antenatal di Praktek Bidan Afriana, Bromo Ujung. Penelitian (Oktaviani dkk., 2021) didapatkan ada hubungan pekerjaan dengan keteraturan kunjungan ANC pada ibu hamil trimester III di Puskesmas Cibuntu Kecamatan Bandung Kulon, ditunjukkan dari hasil uji chi square diperoleh p value sebesar 0,032 dimana nilai p value $< 0,05$ (Inayah & Fitriahadi, 2019).

e. Budaya

Budaya positif terkait pemeriksaan kehamilan meningkatkan peluang ibu untuk melakukan kunjungan ANC secara teratur hingga tiga kali lebih tinggi dibandingkan ibu dengan budaya negatif. Semakin kuat budaya positif yang diterapkan ibu hamil dalam kehidupan sehari-hari dan lingkungan sekitarnya, semakin rutin ibu menjalani kunjungan ANC sesuai trimester kehamilan. Sebaliknya, budaya yang kurang mendukung dalam lingkungan atau kehidupan sehari-hari cenderung menghambat keteraturan ibu dalam melakukan kunjungan antenatal sesuai jadwal trimester (Simbolon & Nahak, 2021).

Hasil penelitian dari (C. Irawati dkk., 2021) tentang hubungan perilaku budaya dengan pemeriksaan Antenatal Care kunjungan pertama (K1) pada Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Puskesmas Tanjung Mas Makmur Kabupaten Mesuji Provinsi Lampung menyimpulkan ada hubungan perilaku budaya dengan pemeriksaan Antenatal care kunjungan pertama (K1) begitupula dengan hasil penelitian dari (Nurhayati & Yuliwati, 2024) menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh sosial budaya dengan antenatal care.

Kebudayaan dan masyarakat merupakan dua aspek yang tidak dapat dipisahkan, karena kebudayaan terkait dengan budi dan akal manusia. Lingkungan keluarga yang kurang mendukung dapat memengaruhi ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Sikap keluarga yang melarang seorang wanita meninggalkan rumah untuk memeriksakan kehamilannya merupakan bentuk praktik budaya yang menghambat keteraturan kunjungan antenatal ibu hamil (Nurhayati & Yuliwati, 2024).

B. Budaya Patriarki

1. Budaya

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2021), budaya adalah pikiran, akal budi, adat istiadat, sesuatu yang telah menjadi kebiasaan dan sulit diubah. Budaya merupakan perkembangan dari istilah budidaya, yang berarti daya dari budi; sehingga dibedakan antara budaya sebagai daya budi yang tercermin dalam cipta, karsa, dan rasa, serta kebudayaan sebagai hasil dari cipta, karsa, dan rasa tersebut. Faktor budaya dianggap salah satu faktor dominan yang memengaruhi perilaku kesehatan (Ghoni & Bodroastuti, 2012).

Selain itu, budaya dan tradisi yang menganut sistem patrilineal di masyarakat dapat menyebabkan perempuan memiliki pemberdayaan yang lebih rendah, sehingga membatasi kemampuan mereka dalam mengambil keputusan secara mandiri, terutama terkait kesehatan (Harnila & Rachmawati, 2022).

2. Budaya Patriarki

Patriarki berasal dari istilah patriarkat, yang merujuk pada sistem sosial di mana laki-laki menempati posisi kekuasaan utama dan sentral dalam berbagai aspek kehidupan. Budaya patriarki ini diturunkan dari generasi ke generasi, sehingga menimbulkan perbedaan dalam status, perilaku, dan otoritas antara laki-laki dan perempuan. Diskriminasi gender dapat diartikan sebagai pembatasan, pengucilan, perlakuan berbeda, penghilangan hak, martabat, serta kesempatan bagi salah satu gender. Budaya patriarki yang telah berkembang lama kemudian memicu perilaku individu maupun kelompok yang bersifat diskriminatif terhadap perempuan, sehingga perempuan menjadi terpinggirkan (Apriliandra & Krisnani, 2021).

Sistem patriarki yang tertanam dalam struktur budaya masyarakat menyebabkan ketidakadilan gender yang berdampak pada berbagai bidang kehidupan. Perempuan ditempatkan dalam posisi subordinat atau lebih rendah, dengan peran yang terbatas, sementara laki-laki memegang posisi penting sebagai pengendali dalam masyarakat (Mappe & Jusnawati, 2022). Ketidaksetaraan gender tetap menjadi isu penting untuk dikaji, karena laki-laki sering menempati posisi lebih tinggi dari perempuan berdasarkan keyakinan bahwa perempuan seharusnya berada di bawah laki-laki dalam berbagai aspek, termasuk pendidikan, politik, pekerjaan, kehidupan sosial, dan lingkungan masyarakat. Budaya semacam ini disebut sebagai budaya patriarki (Apriliandra & Krisnani, 2021).

Nilai-nilai patriarki masih kuat terlihat dalam tradisi dan norma adat yang diwariskan secara lintas generasi. Laki-laki dianggap lebih superior dibanding perempuan, dan nilai seorang anak sering didasarkan pada jenis kelamin. Perempuan memikul tanggung jawab lebih besar karena harus menjalani peran

ganda, baik di ranah domestik, sosial, maupun keagamaan (Mappe & Jusnawati, 2022).

Otonomi dalam pengambilan keputusan terbukti memberikan manfaat bagi kesehatan perempuan. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang memiliki otonomi lebih tinggi dalam pengambilan keputusan rumah tangga cenderung lebih rutin menggunakan layanan perawatan antenatal yang memadai, mendapatkan pertolongan persalinan dari tenaga terampil, dan melakukan persalinan di fasilitas yang lebih baik (Ghoni & Bodroastuti, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan temuan. Rodyatun (2018) menyatakan bahwa budaya patriarki tidak berpengaruh terhadap keteraturan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Bangkalan, sedangkan penelitian oleh (D. Irawati dkk., 2022) menunjukkan adanya hubungan antara budaya patriarki dengan keteraturan kunjungan pemeriksaan kehamilan di wilayah Puskesmas Tanjung Mas Makmur, Kabupaten Mesuji..

3. Cara Pengukuran Budaya Patriarki

Dari Penelitian (Agustami, 2024) Skala patriarki diukur menggunakan kuesioner Patriarchal Beliefs Scale oleh Eunju Yoon, dkk (2015). Kuesioner tersebut dilakukan pada sampel orang dewasa di Amerika Serikat untuk mengembangkan dan memvalidasi ukuran yang solid secara konseptual dan psikometrik mengenai keyakinan patriarki. Skala patriarki diukur dengan tiga dimensi, yaitu dominasi gender, peran berdasarkan gender, dan agama.

Ketiga dimensi yang digunakan untuk mengukur skala patriarki dijelaskan sebagai berikut:

- a. Dimensi dominasi gender meliputi skala kekuasaan laki-laki dan inferioritas yang melekat pada perempuan. Kekuasaan laki-laki mengukur keyakinan dalam hierarki gender. Asumsi yang mendasari keyakinan ini adalah dominasi laki-laki dan subordinasi perempuan. Di sisi lain, inferioritas yang melekat pada perempuan mengukur keyakinan eksplisit pada inferioritas perempuan, status bawahan, dan pembatasan. Dalam penelitian ini dominasi gender meliputi kekuasaan suami dalam memutuskan tempat, waktu, pengendalian biaya dalam kunjungan antenatal, pembatasan otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan yang menyebabkan perempuan pasif dalam menjaga kesehatannya.
- b. Dimensi peran berdasarkan gender tidak jauh berbeda dengan skala kekuasaan laki-laki. Peran berdasarkan gender merujuk pada berbagai aspek atau kategori di mana laki-laki dan perempuan secara sosial dikonstruksikan berbeda, biasanya melalui asumsi dan ekspektasi masyarakat. *Stereotipe* ini membentuk cara kita memandang, memperlakukan, dan menetapkan peran sosial berdasarkan jenis kelamin seperti tugas utama perempuan dalam mengurus rumah tangga, mengasuh anak dan laki laki sebagai pencari nafkah.
- c. Dimensi kepercayaan mengukur keyakinan nilai dan norma atas dampaknya terhadap budaya patriarki. Kepercayaan yang diwariskan secara turun temurun sering memperkuat posisis laki – laki sebagai dominan, serta membatasi peran perempuan seperti keyakinan jika anak laki laki lebih berharga sebagai penerus keluarga, kepercayaan bahwa perempuan harus patuh pada suami karena kodratnya, pandangan bahwa perempuan tidak pantas mengambil keputusan sendiri.

Penelitian ini mengukur variabel dengan menggunakan skala ordinal. Skor penilaian survei dalam kuesioner menggunakan angka 1 sampai 5 sesuai kategori dibawah ini:

1 : Tidak Pernah

2: Jarang

3: Kadang - kadang

4: Sering

5: Selalu

Skala pengukuran tersebut didapatkan dari hasil *rescalling* dan kategorisasi budaya patriarki dapat dibagi sebagai berikut:

- a. Skala <50 artinya masuk ke dalam kategori Moderat
- b. Skala 51 – 100 artinya masuk ke dalam kategori Ekstrim