

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS
KESEHATAN IBU DALAM MENURUNKAN ANGKA
KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS WAIWERANG
DAN LITE KABUPATEN FLORES TIMUR**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



**OLEH
NAMSyah BASO
166070400111017**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2019**

TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS
KESEHATAN IBU DALAM MENURUNKAN ANGKA
KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS WAIWERANG
DAN LITE KABUPATEN FLORES TIMUR**

OLEH :
NAMSyah BASO
166070400111017

Dipertahankan didepan penguji
pada tanggal 08 Januari 2019
dan dinyatakan memenuhi syarat

KOMISI PEMBIMBING

dr. Muljohadi Sangkono, Sp.OG (K)
NIK. 140749650
Ketua

Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 195804141987012001
Anggota

Malang, 15 JAN 2019
Universitas Brawijaya
Fakultas Kedokteran
Dekan,



Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 195804141987012001

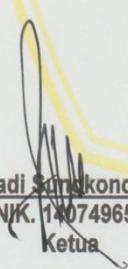
TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS
KESEHATAN IBU DALAM MENURUNKAN ANGKA
KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS WAIWERANG
DAN LITE KABUPATEN FLORES TIMUR**

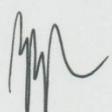
OLEH :
NAMSYAH BASO
166070400111017

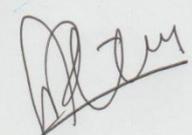
Dipertahankan didepan penguji
pada tanggal 08 Januari 2019
dan dinyatakan memenuhi syarat

KOMISI PENGUJI


dr. Muljohadi Surokono, Sp.OG (K)
NIK. 140749650
Ketua


Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 195804141987012001
Anggota Penguji


Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati PW, M.Kes, Sp.Rad (K)
NIP. 20180251011011001
Anggota Penguji


Dr. dr. Setyawati Soeharto, M.Kes
NIK. 171152693
Anggota Penguji

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis di kutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia tesis ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 08 Januari 2019

Mahasiswa,



Nama : Namsyah Baso
 NIM : 166070400111017
 PS : Magister Kebidanan
 Fak : Kedokteran

RIWAYAT HIDUP

Namsyah Baso, lahir di Kalabahi, 29 Oktober 1983, anak kelima dari lima bersaudara, putri bapak Pahlawan Baso, BcKN (alm.) dan ibu Rusdiah Raban. Menikah dengan Muhammad Inurdin Rosna, ST (alm.). Lulus SD Islam Cokroaminoto 01 Kalabahi tahun 1995, lulus SMP Negeri 01 Kalabahi tahun 1998 dan lulus SMU Negeri 01 Kalabahi tahun 2001.



Melanjutkan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kupang lulus tahun 2005. Melanjutkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar lulus tahun 2008. Pada tahun 2016 mengambil pendidikan Program Studi Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Tahun 2006 bekerja di Puskesmas Baranusa Kabupaten Alor. Tahun 2009 bekerja di RSUD Kalabahi Kabupaten Alor. Tahun 2011 bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Alor. 2013 sampai sekarang bekerja di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.



*Karya ilmiah ini kutujukan kepada
Bapak dan mamaku tersayang
Suami dan anakku tercinta
Inurdin (Alm) dan Zahra
Dan teruntuk kakak ku tersayang Yadi (Alm)*

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN IBU DALAM MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU DI PUSKESMAS WAIWERANG DAN LITE KABUPATEN FLORES TIMUR

* Namsyah Baso

** Muljohadi Sungkono *** Sri Andarini

* Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

** Departemen Obgynsos RS dr. Saiful Anwar Malang Indonesia

*** Departemen Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

E-mail: namsyah83poltekkeskupang@gmail.com

Abstrak: Angka kematian ibu yang masih cukup tinggi di Indonesia merupakan tantangan serius yang perlu ditangani dan mendapat perhatian khusus dari semua pihak. Angka kematian ibu di Provinsi Nusa Tenggara Timur mengalami penurunan sejak diberlakukannya peraturan pemerintah Gubernur NTT Nomor 42 Tahun 2009 tentang revolusi KIA yaitu suatu upaya penurunan kematian ibu yang dilakukan dengan cara yang luar biasa melalui salah satu strateginya adalah pemberdayaan masyarakat melalui pembuatan rumah tunggu kelahiran (RTK) dan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan khususnya di negara berkembang sesuai teori Blum di pengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik/keurunan. Oleh karena itu untuk meningkatkan derajat kesehatan diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor yang dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan faktor-faktor mana yang paling dominan mempengaruhi status kesehatan ibu dalam menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Lokasi penelitian ini dilaksanakan di 2 (dua) Puskesmas yaitu Puskesmas Lite yang terdiri dari 13 desa/kelurahan dan 21 desa di Puskesmas Waiwerang, waktu penelitian dilakukan selama 1 (satu) bulan, mulai bulan Juni sampai dengan Juli 2018. Populasi penelitian ini adalah seluruh Ibu hamil yang berada di Lite dan Waiwerang sejumlah 726 orang. Besar sampel pada penelitian ini adalah 244 orang dengan jumlah sampel untuk kedua wilayah puskesmas sama banyak yaitu Waiwerang 122 responden dan wilayah Lite 122 responden ibu hamil. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan faktor pemberdayaan masyarakat, lingkungan, perilaku, dan manajemen pelayanan kesehatan mempengaruhi status kesehatan Ibu di Puskesmas Lite dengan besar persentase pengaruh keempat variabel tersebut adalah 74.5% (*Adjusted R Square*) sedangkan faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang adalah faktor pemberdayaan masyarakat, manajemen pelayanan kesehatan, faktor lingkungan dan perilaku dengan besar persentase keempat variabel tersebut adalah 53.6% (*Adjusted R Square*). Variabel biopsikologi dan predisposisi dari kedua Puskesmas tidak mempengaruhi status kesehatan ibu dengan koefisien pengaruh sangat lemah dalam menurunkan kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang dengan ($p \geq 0.005$).

Kata Kunci: Angka Kematian Ibu, Status Kesehatan Ibu

FACTORS THAT AFFECT THE HEALTH OF MOTHERS IN THE REDUCTION OF MATERNAL DEATH RATES AT THE WAIWERANG AND LITE COMMUNITY HEALTH CENTERS FLORES TIMUR REGENCY

* Namsyah Baso

** Muljohadi Sungkono *** Sri Andarini

* Master's Study Program of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya

** Department of Social OB/GYN, dr. Saiful Anwar Hospital, Malang, Indonesia

*** Faculty of Medicine, University of Brawijaya, Malang

E-mail: namsyah83poltekkeskupang@gmail.com

Abstract: The rate of maternal death, which is still quite high in Indonesia, is a serious matter that needs to be handled with particular attention from all parties. The rate of maternal death in the Province of East Nusa Tenggara has decreased since the enforcement of East Nusa Tenggara Governor Government Regulation Number 42 of Year 2009 on Mother and Child Health Revolution as an effort to reduce maternal death through extraordinary means, of which one strategy is popular empowerment through the creation of maternity houses (*rumah tunggu kelahiran*, RTK). and in an effort to improve health degree especially in developing countries according to the Blum theory influenced by four factors namely environment, behavior, health service and genetics / heredity. Therefore to improve health degree cross program and cross sector cooperation is needed through community empowerment in the health sector. The purpose of this study is to prove which factors most influence the maternal health degree in reducing maternal mortality in Waiwerang community health center and Lite east Flores Regency. This research was conducted at two Community Health Centers at Lite, covering 13 villages or hamlets, and Waiwerang, covering 21 villages; the research was conducted for one month from June to July of 2018. The population of this research is all pregnant mothers in Lite and Waiwerang, numbering to 726 people. The sample size for this research is 244 people, with the number of samples for both regions being the same, 122 respondents in Waiwerang and 122 respondents in Lite. The utilized technique of sample collection was simple random sampling. Research results indicated that the factors of popular empowerment, environment, behaviors, and healthcare management affected the health of mothers in Lite, where the percentage of influence of the four variables is 74.5% (Adjusted R Square), while the factors that affected the health of mothers in Waiwerang were popular empowerment, healthcare management, environment, and behavior, where the percentage of the four variables is 53.6% (Adjusted R Square). The variables of biopsychology and predisposition in the two Community Health Centers did not affect the health of mothers, for which the coefficient of influence in reducing maternal death at Lite and Waiwerang is very weak, with $p \geq 0.005$.

Keywords: *Maternal Death Rate, Health of Mothers*

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Mu penulis dapat menyajikan tulisan tesis yang berjudul : Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur.

Dalam Penulisan ini di sajikan pokok-pokok bahasan yang meliputi Status Kesehatan Ibu, Pemberdayaan Masyarakat, Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu menurut teori Blum dan teori perilaku.

Dengan selesainya tesis ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Nuril Hanani A.R, MS selaku Rektor Universitas Brawijaya Malang beserta segenap jajarannya atas kesempatan dan fasilitas pendidikan selama menempuh pendidikan di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. Prof. Dr. Ir. Mohammad Bisri, MS, selaku Rektor Universitas Brawijaya Malang periode 2014 s/d 2018 beserta segenap jajarannya atas kesempatan dan fasilitas pendidikan selama menempuh pendidikan di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
3. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, atas izin yang diberikan selama penulis dapat menempuh pendidikan di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan selaku anggota pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan masukan selama proses penyusunan tesis ini.
4. Dr. dr. Bambang Rahardjo, SpOG (K) Selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan dukungan selama menempuh pendidikan di Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
5. dr. Muljo Hadi Sungkono, Sp.OG (K), selaku ketua komisi pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan masukan selama proses penyusunan tesis ini.
6. Prof. Dr. dr. Yuyun Y.P.Wadjib, M.Kes, SpRad (K) selaku penguji I dan Dr. dr. Setyawati Soeharto, M.Kes selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Dr. Dra. Ettie Rukmigarsari, M.Kes.,selaku konsultan peneliti dan analisis data statistic atas bantuannya dalam penelitian hingga selesai.
8. R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.

9. Dr. Marieta B Bakoil, SST., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang.
 10. dr. Agustinus Ogie Silimalar selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur.
 11. Bapak Damianus Lamawuran, SH selaku Camat Kecamatan Adonara Timur
 12. Bapak Paulus Petala Kaha, M.Si selaku Camat Kecamatan Adonara Tengah
 13. Bapak Martinus Sanga Samon selaku Kepala Puskesmas Waiwerang beserta segenap jajarannya
 14. Bapak Simon Seli Demon selaku Kepala Puskesmas Lite beserta segenap jajarannya
 15. Ayahanda tercinta Pahlawan Baso, BckN (alm) dan ibunda RusdiahRaban, Kakak Nur, Sumanta, Arifin dan kakak tersayang Maryadi (alm) yang telah memberikan doa dan dukungan baik moril dan material.
 16. Suami M. Inurdin Rosna, ST (alm) yang telah member izin, anak tersayang Latifa Zahra Rayna Rosna, atas pengorbanan dan pengertian serta doa yang selalu menjadi sumber motivasi dan inspirasi.
 11. Seluruh sahabat saya, Istonia Waang, Evalina Fajriani, Zulfa Hanum, Dewita, Sulianah, Yayuk, Fera, Huda dan Ita Novitasari, serta rekan-rekan lain yang tidak bisa saya sebut satu per satu yang berjasa dan senantiasa member dukungan semangat bantuan serta kerjasama yang baik selama saya mengikuti pendidikan ini.
- Sangat disadari bahwa dengan kekurangan dan keterbatasan yang di miliki penulis, walaupun telah dikerahkan segala kemampuan untuk lebih teliti, tetapi masih dirasakan banyak kekurangtepatan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran yang membangun agar tulisan ini bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS	iv
HALAMAN PERUNTUKAN.....	v
RINGKASAN.....	vi
SUMMARY.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Kesehatan	6
2.1.1. Determinan yang Mempengaruhi Status Kesehatan Ibu	6
2.1.2. Status Kesehatan Ibu Hamil	6
2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu dalam	7
menurunkan angka kematian ibu	7
2.2.1 Faktor Biopsikologi	8
2.2.2 Faktor Lingkungan Ekonomi	9
2.2.3 Faktor Perilaku	10
2.2.4 Faktor Predisposisi	11
2.2.5 Faktor Pemberdayaan Masyarakat	19
2.2.6 Faktor Manajemen Pelayanan Kesehatan	21
2.3. Teori-teori Perilaku	22
2.3.1 Menurut Blum	24
2.3.2 Menurut Rogers, E.M	25
2.3.3 Menurut Green	25
2.3.4 Menurut Skinner	26
2.3.5 Menurut Festinger.....	26
2.3.6 Menurut Kazt	26
2.3.7 Menurut Kurt Lewin	26

2.3.8 Menurut Kayame dan Pongtiku.....	27
2.3.9 Menurut <i>Health Belief Model</i>	27
2.4. Teori H.L. Blum	29
2.5. Teori Marc Lalonde.....	32
BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KONSEP PENELITIAN	32
3.1. Kerangka Teori	34
3.2. Kerangka Konsep	36
3.3. Hipotesis penelitian	37
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	37
4.1. Jenis Desain Penelitian	37
4.2. Populasi dan Sampel.....	37
4.2.1 Populasi.....	37
4.2.2 Besar Sampel	38
4.2.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	38
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian	39
4.4. Variabel Penelitian	40
4.5. Definisi Operasional	43
4.6. Cara Pengumpulan Data	44
4.7. Pengolahan dan Analisa Data	46
4.8. Alur Penelitian	47
4.9. Teknik Analisa Data	48
4.10. Etika Penelitian	
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	51
5.1. Gambaran Tempat Penelitian.....	51
5.2. Karakteristik Responden	51
5.3. Hasil Univariat	53
5.3.1 Faktor Biopsikologi	53
5.3.2 Faktor Lingkungan Ekonomi	53
5.3.3 Faktor Perilaku	54
5.3.4 Faktor Predisposisi	54
5.3.5 Faktor Pemberdayaan Masyarakat	55
5.3.6 Faktor Manajemen Pelayanan Kesehatan	56
5.4. Hasil Multivariat	57
5.4.1 Hasil Analisis Regresi Pada Puskesmas Lite	57
5.4.2 Hasil Analisis Regresi Pada Puskesmas Waiwerang ...	59
BAB 6 PEMBAHASAN	62
6.1. Pengaruh faktor biopsikologi (pola makan ibu hamil) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI	62
6.2. Pengaruh faktor lingkungan ekonomi (pendapatan keluarga) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI.....	65
6.3. Pengaruh faktor perilaku (<i>antenatal care</i> sesuai standar) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI.....	69
6.4. Pengaruh faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI.....	73
6.5. Pengaruh faktor pemberdayaan masyarakat (peraturan desa, dana sosial bersalin, rumah tunggu kelahiran) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI.....	75
6.6. Pengaruh faktor manajemen pelayanan kesehatan (sarana	

prasarana dan SDM kesehatan) terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI 79

6.7. Budaya Flores Timur 82

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN..... 85

7.1. Kesimpulan..... 85

7.2. Saran..... 85

DAFTAR PUSTAKA..... 87

LAMPIRAN..... 95

RIWAYAT HIDUP..... 136



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Ibu berdasarkan Umur, Pendapatan Keluarga, Agama, Pendidikan dan Pekerjaan 52

Tabel 5.2 Distribusi Ibu berdasarkan Pola Makan Ibu Hamil di Puskesmas Waiwerang dan Lite 53

Tabel 5.3 Distribusi Ibu berdasarkan Pendapatan Keluarga di Puskesmas Waiwerang dan Lite 53

Tabel 5.4 Distribusi Ibu berdasarkan *Antenatal Care* sesuai Standar di Puskesmas Waiwerang dan Lite 54

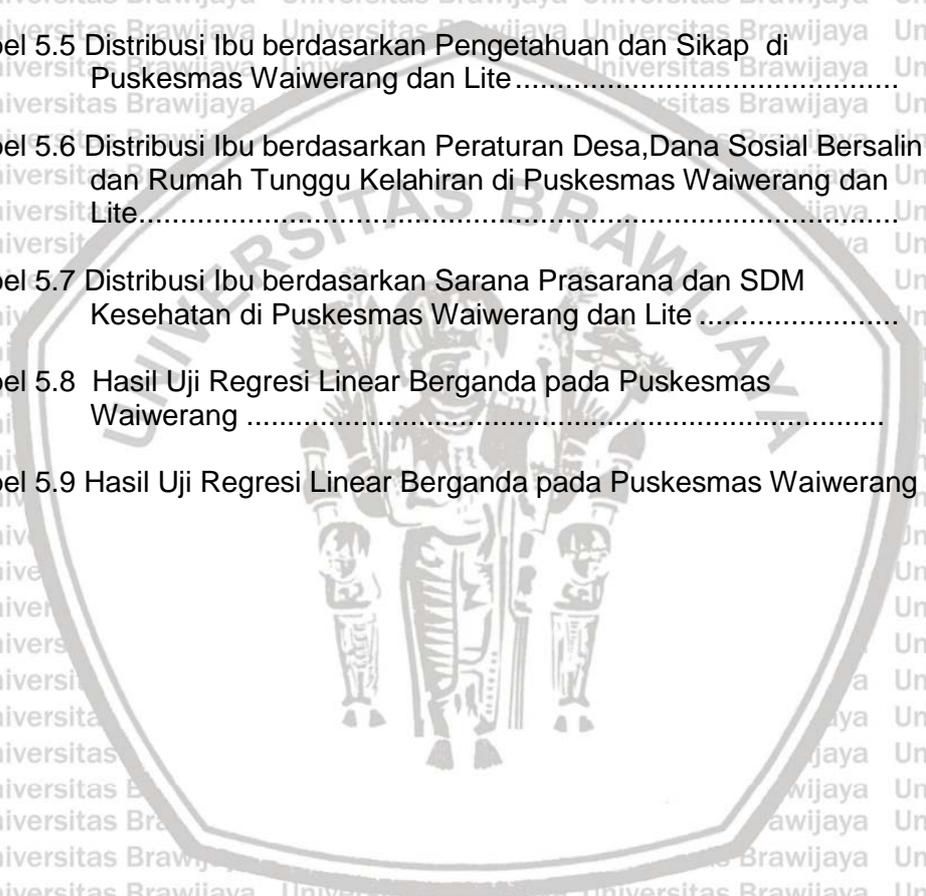
Tabel 5.5 Distribusi Ibu berdasarkan Pengetahuan dan Sikap di Puskesmas Waiwerang dan Lite 55

Tabel 5.6 Distribusi Ibu berdasarkan Peraturan Desa, Dana Sosial Bersalin dan Rumah Tunggu Kelahiran di Puskesmas Waiwerang dan Lite 55

Tabel 5.7 Distribusi Ibu berdasarkan Sarana Prasarana dan SDM Kesehatan di Puskesmas Waiwerang dan Lite 56

Tabel 5.8 Hasil Uji Regresi Linear Berganda pada Puskesmas Waiwerang 57

Tabel 5.9 Hasil Uji Regresi Linear Berganda pada Puskesmas Waiwerang 59



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Domain Perilaku Teori H.L. Blum 21

Gambar 2.2 Teori H.L. Blum 29

Gambar 3.1 Kerangka Teori 32

Gambar 3.2 Kerangka Konsep 35

Gambar 4.1 Alur penelitian 46

Gambar 6.1 Photo-Snap-Shot Kegiatan PKIA 84



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status Kesehatan Ibu adalah indikator suatu kualitas kesejahteraan bangsa, meliputi angka kesakitan (*Morbidity Rate*) dan angka kematian (*Mortality Rate*). Menurut *World Health Organization* Angka Kematian Ibu di dunia mencapai 210 per 100.000 Kelahiran Hidup berdasarkan laporan MDGs (*Milenium Development Goals*) tahun 2014, sedangkan angka kematian ibu dinegara berkembang mencapai 230 per 100.000 kelahiran hidup serta dinegara maju terdapat 16 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS, 2015) kematian ibu di Indonesia mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI 2017). Penyebab kematian ibu didunia adalah pendarahan (27%), hipertensi dalam kehamilan (14%), dan infeksi (11%), (UNESCO,2014)

Kematian ibu umumnya disebabkan oleh berbagai faktor yaitu kehamilan bersalin dan nifas, di samping itu masih ada faktor - faktor risiko tidak langsung kematian ibu yang dipengaruhi antara lain tingkat ekonomi, pendidikan, budaya serta kendala geografis, akses dan juga transportasi, selain itu ada penyebab tidak langsung kematian ibu yang dipengaruhi oleh 4 terlalu (4T) dan 3 terlambat (3T), Faktor langsung penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, eklamsia dan infeksi. Kondisi ini semakin menambah morbiditas dan mortalitas ibu melahirkan. Adapun Indikator kesehatan suatu negara dapat dilihat dari rasio AKI jadi dapat disimpulkan bahwa suatu negara ketika dikatakan ibu dan bayi sehat maka negara tersebut dikatakan sehat dan maju (IBI dan Kemenkes,2017).

Berbagai upaya telah dilaksanakan pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu seperti memberikan pelayanan kesehatan ibu secara menyeluruh (komprehensif). Ini diharapkan agar ibu dapat melewati proses kehamilan dan persalinan dengan sehat dan selamat melalui program *safe motherhood* atau upaya peningkatan kesejahteraan dan keselamatan ibu. Strategi yang diluncurkan adalah *Making Pregnancy Safer* (Waang,2012).Visi Indonesia Sehat 2025 yaitu menciptakan lingkungan yang aman (konduusif) agar dapat mewujudkan kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial

dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa melalui perilaku yang proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta berpartisipasi aktif dalam pergerakan masyarakat yang sehat dan aman (*safe community*) (Depkes RI,2009).

Hasil penelitian Choiriyah (2016) tentang program sutera emas di kota Malang disimpulkan bahwa kerjasama dan koordinasi yang baik diantara *stakeholder*,komitmen yang kuat dan berkelanjutan dari pemerintah daerah serta peran serta sikap antusias masyarakat merupakan faktor pendukung untuk keberhasilan pemberdayaan masyarakat sedangkan faktor penghambatnya adalah rendahnya kualitas sumber daya manusia, rendahnya jumlah biaya, dan kurangnya kesadaran masyarakat untuk hidup sehat sehingga diperlukan cara yang inovatif dan kreatif menggunakan pendekatan *IntensiveCommunity Empowerment* atau pemberdayaan masyarakat secara terus menerus (Rogo et al,2014). Hal ini didukung dengan adanya riset yang dilakukan oleh Siti Uswatun (2015) bahwa meskipun tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat besar diperlukan juga peran masyarakat yang tidak kalah pentingnya dengan mengoptimalkan kegiatan organisasi yang ada dimasyarakat serta meningkatkan kemampuan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam upaya penurunan angka kematian ibu.

Menurut Blum (1974) derajat kesehatan merupakan hasil interaksi antara faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan maupun keturunan dan kependudukan. Notoatmodjo memaparkan bahwa besar pengaruh dari faktor-faktor tersebut adalah : (a) faktor lingkungan (45%) yang terdiri dari lingkungan fisik, biologi,kimiawi,sosial,budaya,politik dan ekonomi, (b) faktor perilaku kesehatan atau gaya hidup (30%), (c) faktor program pelayanan kesehatan (20%) meliputi jenis,cakupan dan kualitas, serta (d) faktor keturunan/genetik (5%).Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan khususnya di negara berkembang faktor lingkungan dan perilaku mempunyai peran yang sangat besar disamping faktor pelayanan kesehatan dan genetik/keturunan. Oleh karena itu untuk meningkatkan derajat kesehatan di perlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor yang dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Waryana,2016). Selain itu ada juga faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi status kesehatan ibu hamil anataralain faktor umur, pendidikan, psikologi, pengetahuan, gizi dan aktifitas (Sulasiyah,2014).

Sejak tahun 2009 ada peraturan Gubernur nomor 42 tentang revolusi KIA dan kebijakan ini mampu menurunkan angka kematian ibu berturut-turut sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2014 yaitu 272/100.00 KH, turun menjadi 253/100.000KH, 208/100.000KH, 192/100.00 KH, 176/100.000 KH dan 158 / 100.000 KH dengan salah satu strateginya adalah pemberdayaan masyarakat melalui pembuatan rumah tunggu kelahiran (RTK). Berdasarkan data profil Dinas Kesehatan Propinsi NTT angka kematian ibu fluktuatif cenderung meningkat tidak signifikan di tahun 2015 dan 2016 mengalami peningkatan yaitu 176 per 100.000 KH menjadi 182 per 100.000 KH (Profil Dinkes NTT, 2016). Tren AKI ini cenderung meningkat dikarenakan oleh faktor sosial ekonomi dan demografi terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidak tahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, budaya, kondisi bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta lokasi tempat tinggal yang terpencil (Sinaga, 2007).

Berdasarkan data Profil Dinas Kesehatan Flores Timur angka kematian ibu masih tinggi di tahun 2014 yaitu 4 (empat) kasus kematian ibu, tahun 2015 dan 2016 masing-masing ada 6 (enam) kasus kematian ibu. Penyumbang kasus kematian ibu tertinggi yang berada di Kabupaten Flores Timur satunya ada di Puskesmas Waiwerang. Selama tujuh tahun terakhir di Puskesmas Wiwerang terdapat satu (1) kematian ibu setiap tahun sedangkan di Puskesmas Lite tidak ada kematian ibu (*zeromortality*) (Profil Dinkes Flores Timur, 2016).

Kecamatan Adonara Timur terdapat Puskesmas Waiwerang dan kecamatan Adonara Tengah yang terdapat Puskesmas Lite, kedua Puskesmas tersebut melakukan kegiatan yang sama dalam upaya penurunan kasus kematian ibu di antaranya melalui koordinasi lintas sektor. Hukum adat dijadikan perdes serta tata kelolah telah dilakukan dengan pola yang sama namun di dapatkan perbedaan pada hasil akhirnya. Sejauh ini derajat kesehatan ibu yang di pengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, manajemen pelayanan kesehatan, biopsikologi, pengetahuan dan pemberdayaan masyarakat, namun seberapa jauh pengaruh dari faktor tersebut terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite yang belum diketahui untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang "Faktor-Faktor yang Memengaruhi Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur"

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka disusunlah rumusan masalah pada penelitian ini yaitu: “Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite serta seberapa besar pengaruh dari faktor-faktor tersebut” ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu dalam menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Membuktikan pengaruh faktor biopsikologi (pola makan ibu hamil) terhadap status kesehatan.
2. Membuktikan pengaruh faktor lingkungan ekonomi (pendapatan keluarga) dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.
3. Membuktikan pengaruh faktor perilaku kesehatan (ANC sesuai standar) terhadap status kesehatan ibu dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.
4. Membuktikan pengaruh faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap ibu) terhadap status kesehatan ibu dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.
5. Membuktikan pengaruh pemberdayaan masyarakat (peraturan desa, dana sosial bersalin dan rumah tunggu kelahiran (RTK)) terhadap status kesehatan ibu dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.
6. Membuktikan pengaruh faktor manajemen pelayanan kesehatan (sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan) terhadap status kesehatan ibu dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.
7. Membuktikan faktor-faktor manakan yang paling dominan mempengaruhi status kesehatan ibudalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini bisa menjadi informasi tambahan tentang faktor-faktor yang memengaruhi terhadap status kesehatan ibu dalam upaya menurunkan angka kematian ibu di Puskesmas Lite dan Waiwerang Kabupaten Flores Timur.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini bisa dijadikan rekomendasi kepada pemerintah Flores Timur khususnya Dinas Kesehatan dalam menyusun kebijakan dalam meningkatkan optimalisasi pekan keselamatan ibu dan anak (PKIA) dengan melibatkan pemberdayaan masyarakat.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kesehatan

Kesehatan dapat di definisikan sebagai suatu keadaan yang dapat di nilai dari kondisi sehat atau sakit sehingga kesehatan harus dilihat secara holistik baik dari fisik, mental dan sosial bermasyarakat. Agar terjalannya kondisi yang harmonis maka kita perlu menjaga kesehatan tubuh. Adapun faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat yang menimbulkan masalah kesehatan adalah faktor perilaku/gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor genetik (Sitanggang,2012).

2.1.1 Determinan yang Memengaruhi Status Kesehatan Ibu

Penentuan status kesehatan secara langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi kehidupan seseorang sebagai individu, kelompok dan komunitas. Menurut Blum (1974) derajat kesehatan merupakan hasil interaksi anatara faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan maupun keturunan dan kependudukan. Notoatmodjo memaparkan bahwa besar pengaruh dari faktor-faktor tersebut adalah : faktor lingkungan yang terdiri dari (lingkungan fisik, biologi, kimiawi, sosial, budaya, politik dan ekonomi), faktor perilaku kesehatan atau gaya hidup, faktor pelayanan kesehatan (jenis, cakupan dan kualitas) serta faktor keturunan/genetik (Waryana,2016).

2.1.2 Status Kesehatan Ibu Hamil

Menurut Kusmiyati (2008) status kesehatan wanita hamil adalah suatu keadaan yang menggambarkan dalam keadaan baik atau sehat dimana ibu akan memerlukan perawatan yang intensive selama proses kehamilan agar kehamilannya berlangsung dengan baik. Adapun risiko kehamilan ini cenderung bisa bergerak secara akut dari normal menjadi lebih berbahaya (risiko tinggi).

Apabila kondisi kesehatan ibu hamil memburuk, contohnya menderita anemia lalu akibatnya bayi yang dilahirkan akan mengalami berat badan kurang sedangkan Ibu dengan anemi bisa terjadi bahaya perdarahan yang dapat menimbulkan gangguan sehingga mengakibatkan kematian pada proses persalinan maupun masa nifas. Menurut Gulardi H (2006) kesehatan ibu hamil dapat berhasil bila ibu hamil tersebut dapat merawat dirinya dan bergaya hidup secara baik melalui asupan gizi yang cukup, selain itu juga dapat melakukan pemeriksaan kehamilan/ANC sesuai standar guna mendapatkan informasi

mengenai perawatan yang harus dilakukan dari petugas kesehatan di kutip dari Sitanggang (2012).

2.2 Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Status Kesehatan Ibu Dalam Menurunkan AKI

2.2.1 Faktor Biopsikologi (pola makan ibu hamil)

Kesehatan adalah hasil interaksi dari kedua faktor baik itu internal (berasal dari manusia) dan faktor eksternal (dari luar manusia). Kesehatan memiliki sifat yang holistik dan menyeluruh, elemen biopsikologi ini mencakup kesehatan baik fisik dan mental yang berkembang di dalam diri kita yang disebabkan oleh genetik (keturunan). Kontribusi faktor genetik dalam menyebabkan sakit yaitu sekitar 30% – 50% (Kayame, Pongtiku, 2016). Masalah kesehatan dari elemen biologi ini dapat menyebabkan penyakit turunan dan akan memengaruhi pertumbuhan sumber daya manusia, pertumbuhan penduduk serta jumlah kelompok/rentan seperti : ibu hamil, persalinan dan bayi (Lalonde1974). Faktor biopsikologi ini dapat di aplikasikan melalui perbaikan gizi ibu hamil. Hal ini dapat di asumsikan bahwa ibu hamil yang mendapat kecukupan gizi akan menghasilkan generasi penerus bangsa yang berkualitas (cerdas, sehat) dan apabila wanita hamil itu mengalami kekurangan gizi selama kehamilan maka dapat menghasilkan anak BBLR, bodoh dan sakit-sakitan (Notoatmojo,2012). Selain itu keadaan gizi juga dapat dipengaruhi oleh keadaan fisiologi, ekonomi, sosial, politik dan budaya.

Dampak krisis ekonomi dan bencana nasional yang masih di rasakan ini akan memengaruhi status kesehatan pada umunya dan status gizi pada khususnya, meski permasalahan ini kompleks dan di pengaruhi oleh faktor lain akan tetapi pemerintah telah mampu menurunkan AKI dan meningkatnya usia harapan hidup melalui beberapa program unggulan yang dilaksanakan dengan sungguh-sungguh. Soekiman (2000) menyatakan bahwa salah satu permasalahan terbesar yang dialami ibu selama hamil adalah anemia gizi dimana masalah gizi mikro menjadi sulit untuk diselesaikan di seluruh dunia di kutip dari Handayani (2014).

World health organizations (2005) juga mengungkapkan ada 52 % ibu hamil menderita anemia pada negara berkembang sedangkan Indonesia menurut SKRT (survei kesehatan rumah tangga) tahun 2001 menemukan 40% ibu hamil mengalami anemia (Atmarita dkk,2004) dan kurang lebih 20% sebagai penyebab kematian ibu. Sedangkan Krumel dkk (1996) menyampaikan bahwa ibu hamil

yang kurang mengkonsumsi energi atau zat gizi lainnya menjadi salah satu masalah gizi. Untuk memutuskan memiliki keturunan maka pasangan suami istri harus mempersiapkan sedini mungkin mengatur asupan nutrisi yang pas (adekuat) agar dapat meningkatkan fungsi reproduksi dalam membantu proses fertilitas Wendy (1995) dikutip dari Handayani (2014).

2.2.2 Faktor Lingkungan Ekonomi (pendapatan keluarga)

Lingkungan yang sehat memiliki peran dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya. Lingkungan adalah semua yang terlibat melalui interaksi seseorang dalam melakukan aktivitasnya yang meliputi lingkungan fisik, psikologi, biologi, budaya sehingga ibu hamil harus mampu terlibat dalam interaksi keluarga, kelompok maupun komunitas karena keluarga mempunyai fungsi untuk mempengaruhi lingkungan dimanapun dia berada. Dukungan emosional dari keluarga dapat diberikan kepada ibu saat hamil, melahirkan dan masa nifas selain itu derajat kesehatan ibu dapat diukur melalui situasi sosial ekonomi, pendidikan, budaya dan tempat tinggal (Tando, 2013).

Lingkungan sosial ekonomi adalah segala sesuatu sering diukur berdasarkan gabungan dari pendidikan, pekerjaan, pendapatan (Indarwati: 2009: *American Psychology Association*). Adapun faktor-faktor yang memengaruhi sosial ekonomi menurut Yulisanti (2005) adalah tinggi rendahnya sosial ekonomi seseorang yang ditentukan berdasarkan pendidikan, pekerjaan dan penghasilan di kutip dalam Rizza Alifatul Affa (2016).

Pendapatan adalah sebuah ukuran yang umum yang digunakan untuk mengukur status sosial ekonomi karena relatif mudah untuk menggambarkan status sosial ekonomi seseorang (Saifi dan Mehmod, 2011). Biro pusat statistik (BPS) menggunakan besar upah minimum regional atau upah minimum regional (UMR) sebagai tolak ukur disebut miskin atau tidak miskin artinya mereka yang berpendapatan di bawah UMR di anggap miskin (Toruan, 2009). UMR untuk kabupaten Flores Timur yaitu sebesar Rp. 1.250.000,00 pada tahun 2015-2017. Berdasarkan penggolongan BPS provinsi NTT membedakan menjadi 2 jenis : 1) Pendapatan tinggi > Rp. 850.000. 2) Pendapatan rendah ≤ Rp. 850.000 (BPS Provinsi NTT, 2010).

Pendapatan perkapita merupakan pendapatan rata-rata penduduk di suatu negara pada periode tertentu dalam satu tahun. Tingkat kemakmuran suatu negara dapat ditentukan dengan (standar taraf hidup) pendapatan perkapita. Menurut Dunlop dan Muzakir (1981), dan Fruchs (1998) yang dikutip dari Sri

Hartuti (2011) mengatakan bahwa pengaruh pengguna pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan ekonomi adalah penghasilan masyarakat, hal ini dapat diasumsikan bahwa kenaikan penghasilan keluarga dapat meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan (Waang,2012). Selain itu Hause (2002) yang di kutip dari Sulaeman et al (2012) dalam riset menemukan adanya korelasi yang kuat antara pendapatan yang tidak memadai dengan kesehatan.

2.2.3 Faktor Perilaku (*antenatal caresesuai standar*)

Antenatal Care (ANC) dapat di definisi sebagai kunjungan yang dilakukan wanita hamil kepada tenaga kesehatan untuk memperoleh pelayanan sesuai standar yang di tetapkan. Kunjungan ini bisa dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti posyandu, polindes, maupun kunjungan rumah ibu hamil (Depkes RI, 2008). Pelayanan ANC yang diberikan untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi apakah kehamilannya normal atau bermasalah (Rukiah, Yulianti, Maemunah, & Susilawati, 2013).

Pemeriksaan kehamilan ini bertujuan untuk menolong ibu dalam beradaptasi dengan perubahan dirinya (fisik dan mental), mengikuti perkembangan ibu dan janin, sehingga konsidi keduanya pada masa hamil, melahirkan dan nifas menjadi normal. Selain itu pemeriksaan dan konseling juga harus dilakukan secara kontinyu sehingga bisa berdampak pada kelahiran secara normal namun masih banyak ibu hamil yang tidak mau melakukan ANC secara rutin. Ketidakteraturan ANC dapat mempengaruhi kondisi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya, dan juga dapat menimbulkan komplikasi sehingga dapat mengakibatkan kematian ibu. Pemeriksaan kehamilan ini juga wajib dilakukan agar kelainan dan penyulit yang terjadi dapat segera di cegah agar kehamilan dan persalinan dapat dilalui dengan baik (Mufidah et al, 2010).

Untuk mendeteksi terjadinya risiko kehamilan dapat dilakukan dengan ANC yang berkualitas guna mendapatkan perawatan dan memperoleh kesempatan untuk mendeteksi sejak awal pada komplikasi yang mungkin terjadi sehingga kematian ibu dapat di cegah (Mufdililah, 2009). Dalam meningkatkan kesehatan ibu selama hamil perlu dilakukan ANC bertahap berdasarkan ketentuan yang berlaku untuk menjawab kebutuhan ibu agar kehamilan dan persalinan dapat berlangsung dengan baik (ibu selamat bayipun sehat) (Ekanurismiati,2016).

Berdasarkan pedoman pelayanan *antenatal* ibu bisa melakukan kunjungan kepada petugas kesehatan minimal 4 kali. Dalam prakteknya ada tujuh standart

“7T” antara lain: melakukan penimbangan BB, ukur TD, TFU, melayani Imunisasi TT, memberikan Fe, pemeriksaan PMS dan temuwicara untuk persiapan rujukan.

2.2.4 Faktor Predisposisi (pengetahuan dan sikap)

a. Notoatmodjo (2005) Pengetahuan di artikan sebagai hasil dari tahu karena hal ini terjadisetelah individu atau kelompok pengamatan melalui suatu objek tertentu).

Faktor-faktor yang mempengaruhinya :

- 1) Pendidikan : menurut Nursalam (2001) dapat disimpulkan bahwa orang yang mendapat pendidikan tinggi maka ia akan mudah untuk menerima informasi sehingga dapat menambah pengetahuannya sedangkan orang yang pendidikannya rendah akan sulit untuk merubah sikap mereka terhadap hal-hal baru yang baru di terimanya.
- 2) Umur : Nursalam (2012) mengemukakan bahwa kematangan usia akan berpengaruh terhadap proses perilaku dan berpikir seseorang, artinya semakin cukup umur seseorang maka dia akan berpikir dan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang di dapat dan hal ini dapat di implementasikan saat bekerja.
- 3) Pengalaman, adalah suatu sumber pengetahuan yang di dapat lewat kebenaran atau kenyataan yang terjadi untuk membenarkan pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo,2005).
- 4) Pekerjaan : Menurut Thomas dalam Nursalam (2003) yang di kutip oleh Waang (2012) menyimpulkan bahwa aktivitas ibu yang bekerja dapat memengaruhi kehidupan keluarganya karena ia akan terpapar dengan informasi maka mereka lebih mudah untuk dapat menentukan apa yang harus dilakukan berdasarkan pengetahuannya. Menurut Notoatmodjo (2003) tingkat domain pengetahuan ada 6 yaitu:
 - 1) Tahu (*Know*) diartikan sebagai memanggil kembali suatu pengetahuan yang telah dipelajari untuk mengukur atau mengetahui tahu dapat dilakukan dengan memberikan pertanyaan.
 - 2) Memahami (*Comprehension*) adalah suatu kemampuan untuk artikan kembali objek yang diketahui secara benar.
 - 3) Aplikasi (*Application*) sebagai kemampuan seseorang dalam mengetahui objek dan bisa menggunkannya pada kondisi yang nyata.

- 4) *Analysis* merupakan kemampuan seseorang dalam menerangkan materi suatu objek ke dalam bagian yang berada dalam struktur organisasi.
- 5) *Syntesis* adalah suatu kemampuan yang dilakukan untuk atau mengaitkan elemen yang satu dengan yang lain sehingga terbentuk sesuatu yang baru.
- 6) Evaluasi erat hubungannya dengan keahlian untuk menjalankan kebenaran dalam menilai suatu objek.

b. Sikap

Purwanto (1999) mendefinikan sikap sebagai ideologi yang di ikuti dengan keinginan bertindak di ikuti dengan sikap yang rasional. Charles Abraham alih bahasa Leony Sally (1997) dalam Nawalah (2012) mengartikan sikap sosial sebagai penyesuaian diri dengan orang lain yang diharuskan melalui dalam berperilaku yang di ekspresikan.

Ada dua jenis sikap menurut Purba (2009) yaitu :

- 1) Positif : yaitu bila seseorang bersikap baik untuk terhadap suatu objek dengan memberikan bantuan dengan perhatian.
- 2) Negatif : apabila individu melakukan kecaman, menghina, merusak ataupun membunuh objek tersebut.

2.2.5 Faktor Pemberdayaan Masyarakat

a. Definisi

Empowermen di definisikan sebagai proses pendidikan yang dirancang untuk membantu pasien mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan tingkat kesadaran diri yang secara efektif dan memiliki rasa tanggung jawab atas keputusan terkait kesehatan mereka (Feste & Anderson, 1995).

Menurut *World Health Organization*(cit. Natbeam et al,1991) dalam Waryana (2016) pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah suatu cara membuat orang bisa menentukan tindakan dan hasil apa yang dapat memengaruhi kesehatan masyarakatnya. Adapun tujuan yang diharapkan agar individu dan kelompok dapat bergerak dengan memperhatikan dan memanfaatkan kemampuan yang dimiliki hingga dapat meningkatkan pengaruh positif di bidang sosial maupun ekonomi.

Dalam penelitian Elisabeth et al,2016 terfokus pada pemberdayaan kesehatan individu, dengan kata lain pemantauan kesehatan bersifat pilihan, dari pernyataan di atas maka pemberdayaan didefinisikan sebagai keyakinan

bahwa seseorang memiliki pengaruh signifikan terhadap suatu hasil, yang meliputi: kemampuan mereka untuk melakukan tugas dengan baik atau sesuai antara persyaratan tugas dan nilai pribadi mereka, dan perasaan kontrol atas situasi.

b. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Dalam pemberdayaan masyarakat tentunya harus mempunyai tujuan yang ingin di capai untuk memberi perilaku yang positif, tujuan pemberdayaan masyarakat antara lain; meningkatkan perilaku sehat dan peran serta masyarakat serta keterampilan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mendapat fasilitas yang baik dalam menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, bekerja bersama (gotong royong) dalam rangka memelihara serta meningkatkan kesehatan lingkungan (Maryam, 2014) dan terbentuknya kemandirian dari masyarakat baik dalam berpikir, tindakan sekaligus mengontrol kegiatan mereka (Sulistyani, 2004). Tujuan *community empowerment in the health sector* dapat menimbulkan kesadaran, pengetahuan dan interpretasi kesadaran individu, kelompok, dan masyarakat, serta menimbulkan kemauan yang merupakan keinginan melakukan tindakan atau sikap agar dapat menaikkan status kesehatan mereka sehingga terwujudnya perilaku hidup sehat (Adisasmito, 2010).

c. Sasaran Pemberdayaan Masyarakat

Dengan adanya sasaran pemberdayaan masyarakat maka hasil yang ingin di capai adalah adanya kemandirian masyarakat dalam hidup sehat serta dalam artian masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Sasaran kegiatan pemberdayaan masyarakat dibagi menjadi tiga yaitu : Pertama subjek yang menjadi sasaran primer pemberdayaan masyarakat yaitu para ibu hamil, atau ibu yang mempunyai bayi, kedua subjek yang menjadi sasaran sekunder yaitu para suami atau orang tua ibu hamil dan ketiga adalah sasaran tersier yaitu ketua rukun tetangga (RT) dan tokoh masyarakat (Pranata, 2011).

d. Indikator Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat

Keberhasilan pemberdayaan masyarakat dapat di lihat dari indikator di bawah ini di kutip dari (Mubarak, 2012) :

1. Indikator Masukan (*Input*)

Sumber daya manusia (pimpinan masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kader) yang berperan, jumlah dan sumber dana yang di gunakan, serta barang, alat, obat dan sara lain yang digunakan.

2. Indikator proses

Jenis dan jumlah kegiatan yang dilakukan, khususnya jumlah pelatihan TOMA, TOGA, atau kader jumlah kegiatan penyuluhan, jumlah pertemuan dalam rangka pengambilan keputusan yang di selenggarakan. Hasil yang diharapkan yaitu perubahan perilaku masyarakat penerima manfaat.

3. Indikator keluar (*output*)

Peningkatan jumlah pimpinan /tokoh organisasi /kelompok masyarakat yang berperan aktif. Jumlah individu/keluarga yang meningkatkan pengetahuan /kesadaran/kemampuannya di bidang kesehatan: peningkatan rumah yang memenuhi persyaratan kesehatan; jumlah pemanfaatan maupun tingkat perkembangan posyandu dan polindes; serta jumlah SDM (pimpinan masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kader) yang berperan.

e. Komponen Masyarakat yang Mendukung Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat terdiri dari :

1. Keaktifan Tokoh Masyarakat dan Kader Kesehatan

Community leaders/pimpinan masyarakat atau tokoh. Tokoh Masyarakat (TOMA) di anggap mempunyai pengaruh yang besar dalam kehidupan bermasyarakat dan juga akan berdampak pada keberhasilan upaya pemberdayaan masyarakat (Restuastuti,2017). Tokoh masyarakat di bagi menjadi dua yaitu yang bersifat formal seperti Camat Lurah, ketua RW/RT, maupun bersifat informal seperti Ustad, Pendeta, Kepala Adat dan sebagainya. Di daerah pedesaan biasanya TOMA dan TOGA turut berperan dalam penentuan dan pengambilan keputusan dalam masyarakat, sehingga kita dapat memanfaatkan para tokoh masyarakat sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk mendukung keberhasilan dari pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2012) dan dukungan tokoh masyarakat ini dalam bentuk kepedulian, perhatian dan perlindungan terhadap konsekuensi yang di hadapi oleh warganya (Restuastuti,2017). Namun dalam penelitian Pranata et al (2011) pada sasaran tersier (TOMA) seharusnya dapat di fasilitasi oleh pengelola posyandu dan mengadvokasi tokoh masyarakat untuk terlibat secara langsung dalam upaya pencegahan kematian ibu dan bayi namun pada kenyataannya tokoh masyarakat hanya di minta untuk

mensukseskan pelaksanaan posyandu tetapi mereka tidak pernah diminta untuk melakukan pemasaran sosial tentang persalinan yang aman dan praktik tradisi yang merugikan bagi ibu dan bayi serta tidak dilibatkan dalam dukungan sosial berupa penyiapan dana dan transportasi untuk persalinan yang aman.

2. Ketersediaan Organisasi Masyarakat dan Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Ketersediaan organisasi masyarakat dan UKBM sangat diperlukan di suatu kelompok masyarakat, dimana pembangunan sarana kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) adalah salah satu langkah dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di dalamnya. Salah satu contoh adalah posyandu, pondok bersalin desa, tanaman obat, pos kesehatan desa, rumah tunggu kelahiran (RTK) dan lain-lain (Profil Dinkes Florestimur, 2016).

Potensi yang ada di masyarakat seperti organisasi kemasyarakatan bisa dijadikan mitra kerja dalam upaya pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Namun pada kenyataannya kegiatan organisasi pemberdayaan masyarakat dan UKBM yang ada di wilayah puskesmas hanyalah posyandu yang berjalan di semua puskesmas sedangkan masih ada organisasi lain yang tidak aktif seperti polindes hal ini dikarenakan oleh minimnya kegiatan polindes (Restuastuti et al, 2017). Adisamito juga mengemukakan 4 (empat) unsur utama dalam upaya pemberdayaan masyarakat yaitu salah satunya adalah akuntabilitas dan kapasitas organisasi lokal, selain itu adanya keterlibatan dan partisipasi masyarakat, aksesibilitas informasi dan akuntabilitas sehingga tujuan pemberdayaan masyarakat dapat tercapai (Adisamito, 2007., Laverack et al, 2001).

3. Ketersediaan Dana Masyarakat

Melalui Dinas Kesehatan yang difasilitasi oleh lembaga swadaya masyarakat (LSM) bentuk pendanaan masyarakat (*Community fund*) yang berkembang di masyarakat adalah tabulin dan Tassia sehingga dana desa, JPKM (jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat), Tabulin, Tassia, perlu dikembangkan dan dijaga kelestariannya karena merupakan potensi masyarakat dalam bentuk *Community fund* (Notoatmojo, 2012). Dalam pemberdayaan masyarakat dana sangatlah dibutuhkan untuk membiayai kegiatan, hal ini mengacu pada Kemenkes RI tahun 2013 yang menyatakan

bahwa ketersediaan dana merupakan strategi untuk mendukung keberhasilan upaya pemberdayaan masyarakat, sehingga tanpa adanya dana maka banyak kegiatan masyarakat yang tidak berjalan secara optimal. Sedangkan menurut Eka Yuni (2016) dalam penelitiannya P4K di Kabupaten Malang dimana salah satu hasil penelitiannya mengatakan bahwa masyarakat mempunyai dana bergulir yang dikumpulkan secara suka rela dan gotong royong untuk membantu ibu hamil di wilayahnya ketika membutuhkan dana, hal ini dapat diasumsikan bahwa pemberdayaan masyarakat dalam bentuk *community fund* di Kabupaten Malang sudah berjalan secara optimal. Bertolak belakang dengan hasil riset dari Restuastuti (2017) mengatakan bahwa ketersediaan dana masyarakat di Pekanbaru belum semuanya terlaksana di puskesmas sehingga perlu keaktifan dari masyarakat terkait dengan *community fund* yaitu adanya swadana dari masyarakat, selain itu perlu adanya kemitraan dengan pemerintah maupun swasta untuk menggali sumber dana. Selain itu swadana masyarakat juga dapat diaktifkan sumber dana lokal yang ada di masyarakat seperti arisan warga, tabulin, tabumas, iuran posyandu dan iuran warga (Darmawan,2012).

4. Pemanfaatan Sarana dan Material oleh Masyarakat

Pemanfaatan sarana oleh masyarakat sudah membawa dampak yang positif, hal ini digambarkan dengan meningkatnya persalinan di fasilitas kesehatan, selain itu ada material dalam pemberdayaan masyarakat yang dari sumber daya alam (SDA) yang ada di masyarakat. Pernyataan Fleming et al(2007) yang mengemukakan bahwa kondisi penerapan model pengembangan lokal yaitu *community empowerment* lewat partisipasi masyarakat dapat meningkatkan potensi sumber daya yang dimilikinya. Rumah tunggu persalinan/kelahiran ini juga adalah bentuk dari usaha kesehatan yang berasal dari masyarakat (Bakoil, 2017). Namun ada penelitian lain menyimpulkan bahwa potensi yang dimiliki masyarakat untuk pemberdayaan sudah ada namun tidak banyak dimanfaatkan (Pranata et al, 2011).

5. Tingkat Pengetahuan Masyarakat

Peningkatan Pengetahuan masyarakat dapat dilakukan dengan penyuluhan kesehatan ataupun pelatihan yang diberikan kepada TOMA, TOGA dan Masyarakat. Hal ini sejalan dengan Kemenkes RI tahun 2010 dimana salah

satu metode yang dilakukan dalam memberdayakan masyarakat adalah melalui pelatihan untuk meningkatkan kompetensi baik dari pengetahuan maupun keterampilan masyarakat dengan harapan pada sasaran pemberdayaan masyarakat dapat terjadi perubahan dari masyarakat akan ketidaktahuan mereka kemudian menjadi tahu melalui pengetahuan yang diperoleh dan lewat sikap dan dapat bertindak sesuai dengan perilaku sehat yang diajarkan (Adisasmito,2007) namun dalam penelitian lain menyampaikan bahwa kegiatan upaya pemberdayaan masyarakat yang ada di posyandu untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui media penyuluhan masih didominasi oleh petugas kesehatan bukan kader (Pranata et al,2011).

6. Teknologi dari Masyarakat

Salah satu contohnya teknologi sederhana yang merupakan potensi untuk pemberdayaan masyarakat adalah penyaringan air bersih dengan menggunakan arang, adapun contoh lain yang lebih klinisi yang bisa dilakukan oleh masyarakat dalam kehidupannya yaitu dengan mengenal secara dini tanda-tanda medis penderita ISPA dengan mengajari mereka cara menghitung frekuensi nafas. Contohnya bayi usia 2-12 bulan terkena batuk pilek maka nafasnya akan lebih cepat dari 50 x/mnt sehingga masyarakat dapat menyimpulkan bahwa anak tersebut terkena pneumonia sehingga segera dirujuk ke fasilitas kesehatan. Hal ini dapat diasumsikan bahwa teknologi masyarakat sudah digunakan secara tepat guna (Notoatmojo, 2012).

7. Pembuatan Keputusan oleh Masyarakat

Sebagai seorang pemimpin di komunitas harus memiliki kompetensi dalam ikut menentukan keputusan dan merencanakan perubahan sosial, adapun cara yang akan dilakukan seyogyanya dipahami sehingga mudah diimplementasikan secara global oleh masyarakat, karena kunci keberhasilan pemberdayaan masyarakat adalah kepemimpinan, seorang pemimpin atau dalam hal ini adalah para pemangku kepentingan seperti Camat, Kades, TOMA, TOGA yang ada di desa menjunjung tinggi kejujuran, bertanggung jawab, amanah, tanggap serta peduli dan mempunyai hati yang tulus dalam bekerja maka keberhasilan dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dapat tercapai (Sulaeman et al, 2012). Sedangkan dalam penelitian Tuti Restuastuti (2017) kegiatan pemberdayaan

masyarakat terkait dengan pengambilan keputusan oleh masyarakat paling sedikit dilakukan di wilayah puskesmas hanya 60%. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya koordinasi antara berbagai pihak (Puskesmas, TOMA, RT/RW, Kader Posyandu). Kurangnya keterlibatan ini akan berdampak pada kurang efisiennya kegiatan pemberdayaan masyarakat oleh puskesmas terutama pada fungsi pembuat keputusan oleh masyarakat, sedangkan pada kenyataan yang ada pembuatan keputusan oleh masyarakat sangat penting karena merupakan salah satu penyebab tidak langsung dari AKI dan AKB yang dikenal dengan *Three delay* (3T) yaitu terlambat dalam mengambil keputusan.

f. Faktor pendukung dan penghambat upaya pemberdayaan pemberdayaan masyarakat (Pranata etal, 2011) :

1. Pendukung

- a) Kepedulian yang tinggi pada masalah KIA dari para pemangku kepentingan setepat yang terdiri dari Camat dan Lurah/Kepala Desa.
- b) Keterlibatan secara langsung dari tokoh agama dan masyarakat.
- c) Pembinaan secara rutin dari Dinas Kesehatan (Puskesmas)
- d) Ada kontribusi dari masyarakat baik berupa tenaga maupun dana
- e) Di setiap daerah sudah ada sumberdaya kegiatan organisasi yang potensial misalnya PKK, BPD, LSM, karang taruna, lembaga keagamaan dan adat.
- f) Ibu hamil memiliki buku KIA

2. Penghalang(hambatan)

- a) Belum memanfaatkan organisasi yang ada di masyarakat secara optimal .
- b) Tidak ada pemberian pengetahuan maupun keterampilan kepada para kader.
- c) Kepercayaan diri yang kurang atas kemampuan yang dimiliki oleh Kader dalam memberikan penyuluhan.
- d) Individu terlalu sibuk dengan urusan pekerjaannya sehingga sulit untuk dikumpulkan.
- e) Belum mampu melibatkan orang terdekat kita seperti suami dan orang tua dalam masalah KIA dengan cara meningkatkan pengetahuan dan kesadarannya.
- f) Masih rendahnya kesadaran ibu untuk membaca buku KIA

g. Pemberdayaan Masyarakat Lite dan Waiwerang

1. Kegiatan pemberdayaan masyarakat lite dalam menurunkan angka kematian ibu di puskesmas Lite adalah : (wawancara dengan bidan koordinator Lite, 2017)

- a) Kerjasama lintas sektor (tenaga kesehatan, pemerintah, masyarakat dan para pemangku kepentingan seperti toma dan toga) untuk meningkatkan derajat kesehatannya termasuk salah satunya adalah upaya untuk menurunkan angka kematian ibu
- b) Melakukan kunjungan rumah untuk pemasangan bendera Revolusi KIA di rumah ibu hamil
- c) Provaider, TOMA, TOGA dan masyarakat memberikan rasa peduli (*care*) terhadap ibu dan keluarga saat melakukan pelayanan ANC maupun pertolongan persalinan
- d) Pencarian sekaligus pendataan ibu hamil setiap 3 bulan yang dilakukan oleh bidan, Camat, TOMA dan TOGA.
- e) Penyuluhan yang dilakukan oleh bidan dan PLKB (petugas lapangan keluarga berencana) bagi ibu nifas yang dilakukan setiap bulan dengan *door to door*.
- f) Melakukan kursus perkawinan oleh TOMA dan TOGA.

Semua kegiatan ini dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan data kesehatan terkini serta mendeteksi secara dini ibu-ibu yang berisiko dalam 4 terlalu serta meningkatkan cakupan akseptor KB. Kegiatan ini juga didukung oleh kegiatan dari dinas kesehatan Flores Timur yaitu 2H2 center. Adapun tujuan dari program ini adalah bersama-sama (pemerintah dan TOMA, TOGA dan masyarakat) memantau dengan ketat sejak ibu hamil ditemukan pertama kali memeriksakan kehamilannya hingga sesudah bayi dilahirkan (Profil Dinkes Flores Timur, 2016).

2. Kegiatan pemberdayaan masyarakat Waiwerang : (wawancara bidan koordinator Waiwerang, 2017)

- a) Kerjasama lintas sektor/Linsek (Camat, Kades, TOMA, TOGA) bila menemukan ibu hamil di masyarakat maka Linsek ini akan memberitahu tenaga kesehatan dan bidan akan melakukan kunjungan rumah
- b) Penyuluhan dilakukan setiap bulan di posyandu oleh tenaga kesehatan
- c) Kerjasama Tim PKK (pembinaan kesejahteraan keluarga) dengan melakukan penyuluhan.

Angka kematian ibu yang masih terjadi di Puskesmas Waiwerang dikarenakan oleh masih kurangnya kepedulian masyarakat terhadap kesehatan atas dirinya sendiri.

2.2.6 Faktor Manajemen Pelayanan Kesehatan (sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan)

Tugas kita sebagai tenaga kesehatan dengan cara memberikan layanan dan informasi tentang pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan agar individu atau masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan dapat memanfaatkan sarana pengetahuan yang ada sesuai kebutuhannya (Tando,2013). Bantuan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat adalah pelayanan yang berkualitas dengan tersedianya RS, pusat kesehatan masyarakat, pos pelayanan terpadu dan lain-lain, secara kuantitas yaitu memajukan SDM kesehatan, semuanya ini disediakan agar dapat menolong masyarakat dalam memberikan perawatan dan pengobatan sehingga dapat tercapainya derajat kesehatan (Endra,2010).

a. Sarana prasarana

Masyarakat sangat membutuhkan fasilitas kesehatan yang merupakan tempat umum. Sarana kesehatan dapat diartikan sebagai wadah yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan dan fungsinya dapat menaikkan status kesehatan masyarakat, hal ini akan berpengaruh terhadap aktivitas dan produktivitas masyarakat di suatu tempat (Khoeriyah dkk,2013).

Menurut Muhammad (2010) pengertian dari sarana prasarana kesehatan adalah cara kerja sama yang efektif dan efisien dari semua pihak yang terkait dalam memberikan pelayanan yang profesional sesuai keahliannya.

b. SDM Kesehatan.

Sumber daya manusia sebagai aset penting terutama dalam pelayanan kesehatan dan merupakan komponen penentu keberhasilan suatu sistem kerja. salah satu komponen ini terdiri dari tenaga perawat dan bidan (Tando,2013).

1) Definisi

Sumberdaya manusia kesehatan yaitu tenaga kesehatan atau penunjang kesehatan lainnya berdasarkan kualifikasi pendidikan yang berada di satu wadah pelayanan kesehatan dan ikut bekerja sama secara

aktif dan profesional serta mengabdikan dirinya dalam memberikan pelayanan kesehatan (Profil Kesehatan Indonesia,2016).

2) Tujuan

Adapun tujuan untuk menghasilkan SDM yang kompeten adalah:

a) Berupaya mengembangkan serta memutakhirkan iptek dalam bidang promosi kesehatan dengan menguasai, memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya yang diikuti dengan penerapan keterampilan dalam pengembangan dan mengelola SDM kesehatan.

b) Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan SDM kesehatan melalui kegiatan penelitian.

c) Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesional yang di tujukan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan, merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka mengembangkan dan pengelolaan SDM kesehatan.

Subsistem SDM Kesehatan memiliki tujuan agar tersedianya kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan dan terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Putri,2017).

Anonimous (2008) dalam Pangemanan dkk (2014) mengatakan bahwa sumber daya manusia kesehatan yang terdiri dari berbagai jenis tenaga kesehatan klinik maupun nonklinik yang melaksanakan upaya medis dan intervensi kesehatan masyarakat. Kinerja dari pelayanan kesehatan sangat tergantung kepada pengetahuan, keterampilan dan motivasi dari orang-orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan berhubungan erat dengan masing-masing fungsi suatu organisasi kesehatan dan juga berinteraksi diantara fungsi-fungsi tersebut. Untuk mencapai visi dan misi suatu organisasi diperlukan keterampilan dan kemampuan SDM yang mampu mendiagnosa permasalahan dan mengintervensi sehingga didapatkan penyelesaian dari setiap permasalahan yang menjadi tugas pokok dan fungsi organisasi. Sumber daya manusia tersebut juga dapat menjadi ancaman bagi pelaksanaan kebijakan, strategi, program, dan prosedur suatu kegiatan apabila tidak di kelolah dengan baik dan tepat (Anonimous,2008), sedangkan WHO (2006) melaporkan kontribusi yang diberikan oleh tenaga

kesehatan dalam keberhasilan pembangunan kesehatan adalah sekitar 80 % di kutip dari (Pangemanan dkk,2014).

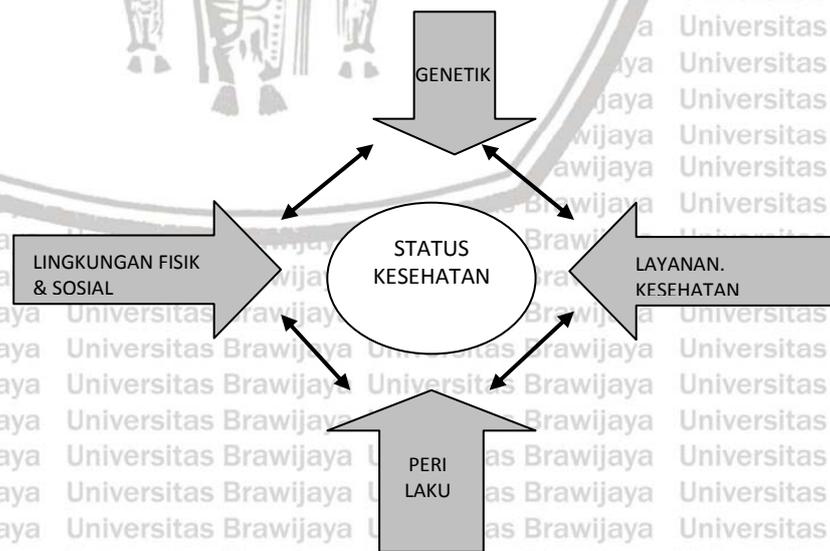
2.3 Teori–Teori Perilaku

Perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luas organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (Pratiwi, 2013).

Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Berdasarkan teori di atas perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultan antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dalam arti kata perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Blum seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif, b) afektif dan c) psikomotor.



Gambar 2.1 Domain Perilaku Teori H.L Blum Sumber: (Pratiwi, 2013)

2.3.1 Menurut Blum

Dikutip dari Notoatmodjo (2003) membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

1. Pengetahuan (*knowlegde*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi Notoatmodjo (2003).

Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang:

- 1) Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- 2) Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- 3) Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu :

7) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

8) Memahami (*Comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

9) Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

10) Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

11) Sintesa

Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

12) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

b. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1937) yang di kutip dari Pratiwi (2013) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

b) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

e. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*)

(Rogers,E.M.,2003) dalam Pratiwi (2013) menjelaskan bahwa untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah

fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

- 1) Persepsi (*perception*)
Mengenal dan memilih berbagai objek sepengaruh dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*guide response*)
Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.
- 3) Mekanisme (*mechanism*)
Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.
- 4) Adopsi (*adoption*)
Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.3.2 Menurut Rogers, E. M (2003) yang dikutip dalam Pratiwi (2013) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

- a. Kesadaran (*awareness*)
Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*)
- b. Tertarik (*interest*)
Dimana orang mulai tertarik pada stimulus
- c. Evaluasi (*evaluation*)
Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. Mencoba (*trial*)
Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- e. Menerima (*adoption*)
Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.3.3 Teori perilaku menurut Green (1991)

Dalam Notoatmojo (2012) Perilaku manusia dari tingkat kesehatan yang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*) Ada 3 faktor yang memengaruhi perilaku:

a. Pendukung (*predisposing*)

Faktor ini sudah ada lebih dulu sebagai motivasi dasar dalam perubahan perilaku manusia. Secara garis besar elemen ini sudah di bawah seseorang maupun komunitas ke dalam sebuah pengalaman belajar karena didapat dari pengetahuan dengan motivasi untuk melakukan tindakan. Faktor demografis: sosial, ekonomi, umur, jenis kelamin, dan ukuran keluarga. Selain itu faktor *predisposing* juga diwujudkan dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyaninan nilai-nilai dan sebagainya Green (1980).

b. Pemungkin (*enabling*)

Merupakan perilaku yang memungkinkan motivasi atau aspirasi dapat terlaksana. termasuk didalamnya kemampuan dan potensi yang diperlukan agar terwujudnya suatu perilaku yang baik. Faktor pendukung ini dapat dilihat dari lingkungan fisik, dengan tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, kemudahan dalam menjangkau fasilitas kesehatan, ketersediaan transportasi, jarak, biaya, waktu pelayanan dan keterampilan dari petugas kesehatan.

c. Faktor penguat atau pendorong (*reinforcing*)

Faktor *reinforcing* adalah memastikan apakah tindakan kesehatan memperoleh bantuan (dukungan) atau tidak. Adapun sumber penguatan tergantung pada tujuan dan jenis kegiatan/ program. Faktor penguat ini juga terbentuk dari sikap, perilaku, petugas kesehatan lainnya, guru, teman sebaya dan keluarga yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.3.4 Teori Perilaku Menurut Skinner (1938)

Dalam tulisan Biki (2009) yang dikutip dalam Pratiwi (2013) menyimpulkan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme kemudian organisme tersebut akan merespon melalui proses pembelajaran (*learning process*) atau teori Skinner ini juga biasa disebut dengan teori S-O-R (*Stimulus-Organisme-Respons*). Hal ini di asumsikan bahwa perilaku dapat berubah dengan meningkatkan rangsangan (stimulus). Adapun

proses pergantian perilaku pembelajaran menurut teori S-O-R di bagi menjadi tiga yaitu :

- a. Adanya stimulus, yaitu adanya penerimaan atau penolakan rangsangan
- b. Bila diterima, yaitu dengan memberikan perhatian dengan memahami dan mengerti rangsangan.
- c. Subjek yaitu mengelola rangsangan maka akan muncul kesediaan untuk bertindak terhadap stimulus (*attitude*), kemudian bertindak yang ditunjukkan dengan perilaku, dan bila ada dukungan fasilitas (*practice*).

2.3.5 Menurut Festinger dalam Pratiwi (2013)

Dalam teori "*Dissonance*" mengemukakan bahwa perilaku terjadi karena adanya keharmonisan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil seseorang pada masa tertentu. Apabila adanya stimulus yang lebih kuat dari luar maka dalam dirinya akan mengalami ketidakseimbangan (*dissonance*) dan apabila stimulus itu direspon dengan positif maka akan terjadi perilaku baru atau terjadi perubahan perilaku yang baik contohnya; seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya karena anjuran yang diberikan untuk periksa hamil.

2.3.6 Menurut Kazt

Dalam teori fungsi yang di kutip dalam Pratiwi (2013) menjelaskan bahwa kebutuhan seseorang dapat merubah perilaku, sehingga rangsangan maupun objek perilaku harus disesuaikan dengan keinginan materi.

2.3.7 Menurut Kurt Lewin

Dengan teori Driving Force dalam Pratiwi (2013) mengatakan bahwa perilaku merupakan keseimbangan antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Perubahan perilaku ini terjadi bila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut. Contohnya : kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun.

2.3.8 Menurut Kayame dan Pongtiku

Dalam penelitian lain yang telah menghasilkan teori baru untuk mencari pertolongan kesehatan proaktif yang dikembangkan dari konteks lokal Suku Mee di Paniai pegunungan tengah papua dengan pendekatan reaktif dan proaktif. Adapun proporsi teori adalah sebagai berikut; 1) perubahan perilaku kesehatan dapat terjadi dengan cepat melalui pendekatan proaktif yang menjembatani antara pemberi pelayanan

kesehatan (*provaider*) dan penerima pelayanan kesehatan (*resepien*) yaitu penderita atau masyarakat 2) perubahan perilaku kesehatan dapat terjadi dengan cepat apabila keinginan dan sikap pemberi dan penerima dapat menyatu melalui pendekatan sosial budaya dan usaha yang terus menerus 3) perubahan perilaku proaktif mencari pertolongan kesehatan digerakkan oleh pemberi pelayanan karena sikap pemimpin, isu, fakta, kearifan lokal dan sikap petugas. Sedangkan penerima pelayanan digerakkan oleh pengetahuan, nilai dan norma, wajib periksa, pelayanan yang dirasakan dan dukungan masyarakat (*stakeholder*) (Kayame, Pongtiku, 2016).

2.3.9 Teori Perilaku *Healt Belief Model* atau Model Perilaku yang Memengaruhi Partisipasi Masyarakat.

Healt belief model ini didasari oleh tiga faktor esensial yaitu : 1) kesiapan individu untuk mengubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan 2) adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya mengubah perilaku 3) perilaku itu sendiri. Dari ketiga faktor ini juga dipengaruhi oleh faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungannya, serta pengalaman yang berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Pada teori ini faktor yang memengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri, dan adanya interaksi dari petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku (Pratiwi, 2013).

2.4 Teori H. L Blum

Untuk menciptakan keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh H.L.Blum dalam konsep hidup sehat sampai saat ini masih sangatlah relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat dan H.L Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik (keturunan), dimana keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang memengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat (Purnama, 2007).

Status kesehatan dipengaruhi derajat kesehatan dimana untuk menciptakan derajat kesehatan ini diperlukan suatu keseimbangan dalam memelihara kesehatan tubuh. Konsep Blum ini hingga sekarang masih dipakai untuk menjaga kesehatan masyarakat. Teori Blum menjelaskan ada 4 faktor

yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan munculnya masalah kesehatan.

Dalam konsep H.L. Blum ada 4 faktor determinan yang dikaji, dimana dari ke 4 faktor ini memiliki keterkaitan satu dengan yang lain : (dikutip dari Laode 2012).

1) Perilaku/gaya hidup

Dalam mewujudkan Indonesia sehat maka diperlukan *Life style* dari masyarakat dalam merawat kesehatannya dengan PHBS sehingga *output* yang diharapkan adalah masyarakat tetap memelihara lingkungan menjadi bersih dan sehat (Karina,2009). Kesehatan lingkungan perorangan, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri di samping itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, kepercayaan, pendidikan sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya. (Laode,2012). Parameter gaya hidup sehat menurut Becker (1979) dikutip dari Notoatmojo (2007) terdiri dari makanan dengan menu seimbang, olah raga teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras/narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stress dan tidak berganti-ganti pasangan.

2) Lingkungan

Lingkungan mempunyai pengaruh dan peranan terbesar setelah faktor perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan, lingkungan dikategorikan menjadi

3 yaitu:

- a. Biologi : akses terhadap air bersih, jumlah jamban.
- b. Fisik : yang meliputi sampah, air, udara, iklim, perumahan.
- c. Sosial : faktor sosial ini adalah hasil interaksi antar sesama manusia contohnya: kebudayaan, pendidikan dan ekonomi, organisasi sosial masyarakat.
- d. Ekonomi : pendapatan perkapita, ketersediaan dana swadaya masyarakat.

3) Pelayanan Kesehatan

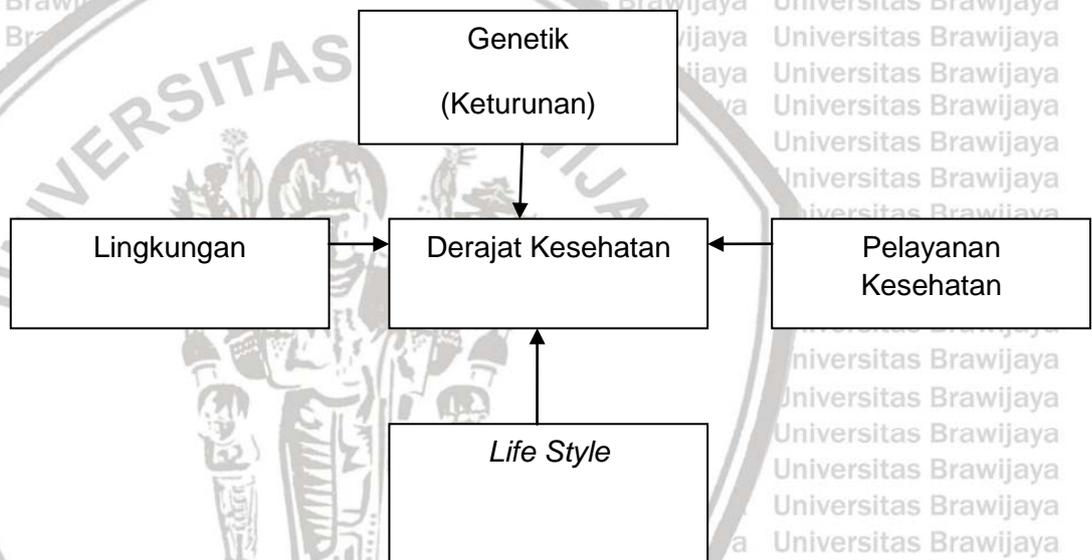
Adanya fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan. Upaya kesehatan yang diberikan oleh bidan dalam pelayanan kesehatan masyarakat meliputi : pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan (Maryam, 2014). Pelayanan kesehatan juga didukung oleh adanya tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan, informasi dan

motivasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan guna mendapat pelayanan serta program pelayanan kesehatan itu sendiri yang mana sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang memerlukannya.

4) Genetik (keturunan)

Genetik adalah salah satu determinan yang di bawa manusia sejak di ciptakannya contoh penyakit turunan (DM dan asma) sehingga akan memengaruhi pertumbuhan sumber daya manusia, jumlah penduduk (faktor *herediter*) dan pertumbuhan penduduk serta jumlah kelompok/ rentan seperti: ibu hamil persalinan dan bayi.

Berikut ini adalah konsep H.L. Blum untuk meningkatkan derajat kesehatan :



Gambar 2.2 Teori H.L. Blum (1974)

2.5 Teori Marc Lalonde

Marc Lalonde adalah seorang Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional Kanada pada tahun 1974, Lalonde melaporkan hasil dari Kanada yang secara formal berjudul perspektif baru tentang kesehatan orang-orang Indonesia (Lalonde M,1974). Konsep baru yang di usulkan adalah di "Bidang Kesehatan" dengan mengenali tujuan utama yang berhubungan dengan kesehatan yaitu sistem perawatan dan upaya promosi kesehatan. Laporan tersebut dianggap sebagai "dokumen pemerintah modern pertama di dunia barat untuk mengakui bahwa penekanan pada sistem perawatan kesehatan biomedis salah, dan bahwa perlu melihat melampaui sistem perawatan kesehatan tradisional

(perawatan sakit) jika ingin memperbaiki kesehatan masyarakat (Hancock Trevor,1985). Laporan tersebut ditulis oleh sekelompok pegawai negeri yang dipimpin oleh Hubert Laframboise, laporan ini juga mengarah pada pengembangan dan evolusi promosi kesehatan, mengakui kebutuhan masyarakat untuk lebih bertanggung jawab dalam mengubah perilaku mereka untuk memperbaiki kesehatan mereka sendiri, dan juga kontribusi masyarakat dan lingkungan yang sehat terhadap kesehatan (Glouberman,2001,Cobum et al,2003). Inovasi lain dari laporan ini adalah mengusulkan bahwa intervensi kesehatan masyarakat harus memusatkan perhatian pada segmen populasi tersebut dengan tingkat paparan risiko tertinggi. Hal ini masuk akal, karena laporan tersebut sangat penting dalam mengidentifikasi perilaku risiko kesehatan sebagai penentu ketidaksetaraan kesehatan (Frohlich,2008).

Lalonde mengemukakan konsep di "Bidang Kesehatan" yang dapat memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat termasuk individu yang terdiri dari 4 (empat) elemen yang mana keempat elemen ini diidentifikasi melalui pemeriksaan, penyebab dan faktor penyakit dan kematian di Kanada : (Lalonde, 1974)

- a. Biologi : elemen ini mencakup semua aspek kesehatan, fisik dan mental yang dikembangkan di dalam tubuh manusia yang dipengaruhi oleh genetik (keturunan). Unsur ini mencakup pewarisan genetik individu, proses pematangan dan penuaan, dan banyak sistem internal kompleks ditubuh. Masalah kesehatan dari elemen biologi ini dapat menyebabkan penderitaan yang tak terhitung dan akan menghabiskan banyak biaya dalam melakukan perawatan.
- b. Lingkungan : elemen ini mencakup semua dimana hal yang berkaitan dengan kesehatan di luar tubuh manusia, dimana individu tersebut memiliki sedikit atau tidak memiliki kontrol, termasuk lingkungan fisik dan sosial; dimana dalam lingkungan sosial, cepat mengalami perubahan, sehingga tidak memiliki efek berbahaya pada kesehatan.
- c. Gaya Hidup : elemen ini mencakup kumpulan keputusan pribadi (yaitu di mana individu memiliki kontrol) yang dapat dikatakan berkontribusi, atau menyebabkan, penyakit atau kematian.
- d. Organisasi Perawatan Kesehatan:ini mencakup praktik medis, perawatan, rumah sakit, panti jompo, obat-obatan medis, layanan perawatan kesehatan masyarakat dan masyarakat, *ambulance*, perawatan gigi dan layanan

kesehatan lainnya seperti *optometri*, *chiropractics* dan *podiatri*. Unsur keempat inilah yang umumnya didefinisikan sebagai sistem layanan kesehatan.

Upaya masyarakat untuk memperbaiki kesehatan selama ini hanya fokus pada pelayanan kesehatan saja namun setelah melakukan identifikasi penyebab utama penyakit dan kematian di Kanada ternyata ditemukan 3 elemen akar permasalahannya yaitu: biologi, lingkungan dan gaya hidup. Oleh karena itu pencegahan lebih baik dari pada pengobatan sehingga ke tiga elemen ini dapat di cegah sejak awal dengan memberi perhatian yang lebih terhadap ketiga elemen ini agar dapat mengurangi kecacatan dan kematian dini (Lalonde,1974).

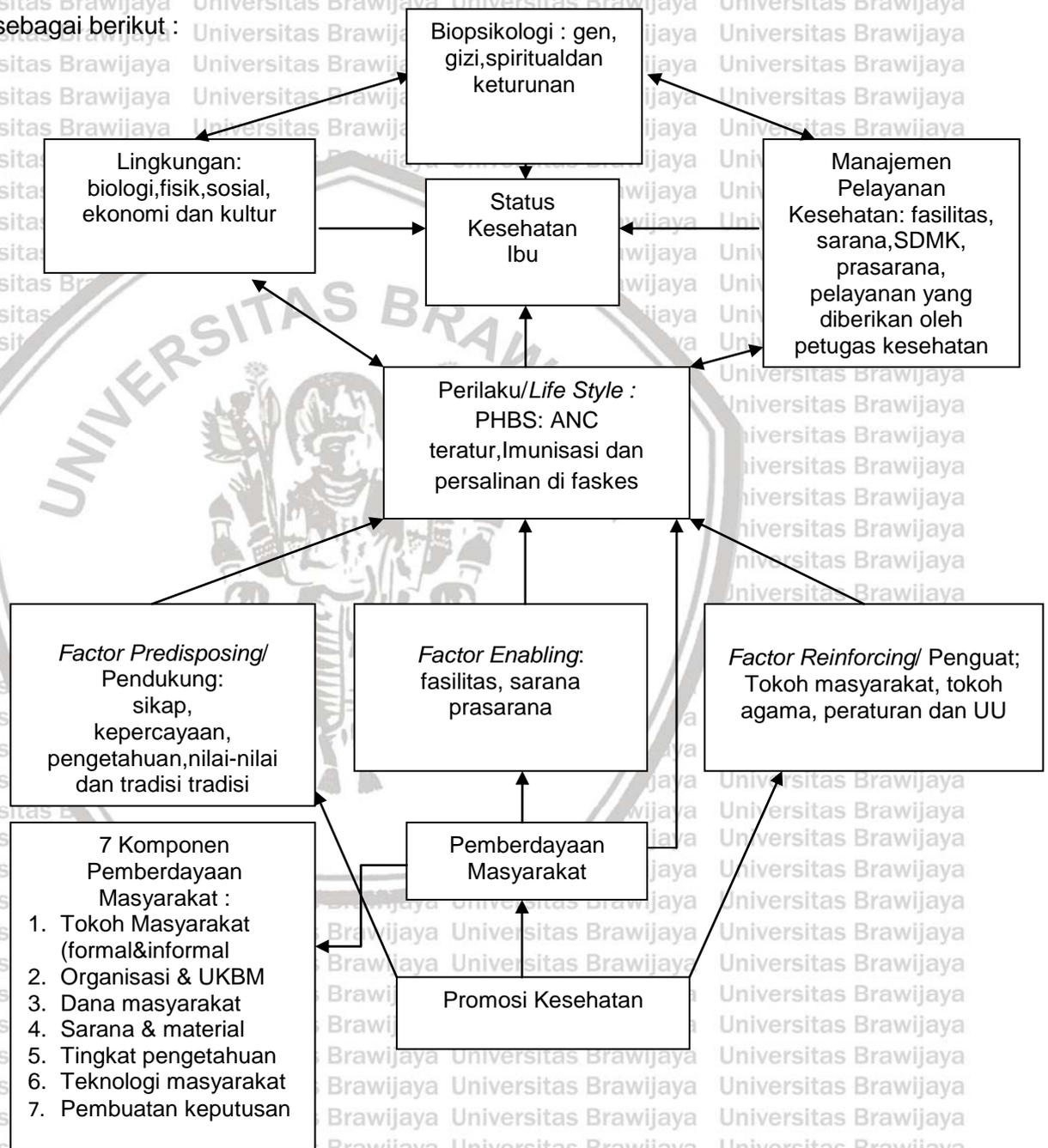


BAB 3

KERANGKA TEORI DAN KONSEP PENELITIAN

1.1 Kerangka Teori

Dari latar belakang maka disusun kerangka teori secara garis besar adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Modifikasi Kerangka Teori Green, Blum, UU. No 36 tahun 2009 Mengenai Kesehatan

3.1.1 Narasi Kerangka Teori

Masalah kesehatan ditentukan dengan 2 faktor yaitu non perilaku dan perilaku, pendekatan (*intervensi*) yang dilakukan aspek non perilaku antara lain perbaikan lingkungan fisik dan peningkatan pelayanan kesehatan, sedangkan faktor perilaku dilakukan intervensi atau pendekatan dengan promosi kesehatan, pendekatan promosi kesehatan adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Adapun hasil akhir promosi kesehatan adalah masyarakat tidak hanya sekedar mau hidup sehat (*willingness*), namun mampu (*ability*) untuk hidup sehat. Sehingga promosi kesehatan bukan sekedar memberi informasi kesehatan agar masyarakat tahu dan berperilaku hidup sehat dan bagaimana masyarakat mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya.

Promosi kesehatan ini dilakukan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dimana pemberdayaan masyarakat akan memengaruhi faktor *enabling* selain itu promosi kesehatan juga memengaruhi faktor *predisposing* dan faktor *reinforcing*.

Promosi kesehatan adalah intervensi dari perilaku kesehatan, oleh sebab itu kegiatan ini tidak terlepas dari faktor perilaku, maksudnya kegiatan promosi kesehatan harus disesuaikan dengan determinan (faktor yang berpengaruh pada perilaku tersebut). Green (1980) mengemukakan bahwa perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing faktor*) adalah faktor yang dapat mendukung terjadinya perilaku pada seseorang atau masyarakat. Seperti : sikap, pengetahuan, kepercayaan, nilai, dan tradisi.
- b. Faktor pemungkin (*enabling faktor*) adalah sarana, prasarana maupun fasilitas yang mendukung serta memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang maupun masyarakat.
- c. Faktor penguat (*reinforcing faktor*) yaitu Tora, Toga selain itu ada juga peraturan dan UU yang dapat mengikat seseorang sehingga mampu merubah perilakunya.

Kegiatan Promosi kesehatan ini ditujukan kepada faktor *enabling* dengan memberdayakan masyarakat melalui pengorganisasian dalam memajukan masyarakat. Harapan dari kegiatan ini agar masyarakat mau memfasilitasi diri mereka sendiri maupun masyarakat untuk berperilaku sehat. Sehingga intervensi yang diberikan faktor *enabling* ini adalah tidak memberikan sarana prasarana atau fasilitas kesehatan (*give them a fish*), melainkan memberikan kemampuan

pada seseorang atau masyarakat, sehingga mampu di sektor ekonomi sehingga dapat mengadakan dan menyediakan sarana kesehatan sebagai pendukung perilaku sehat.

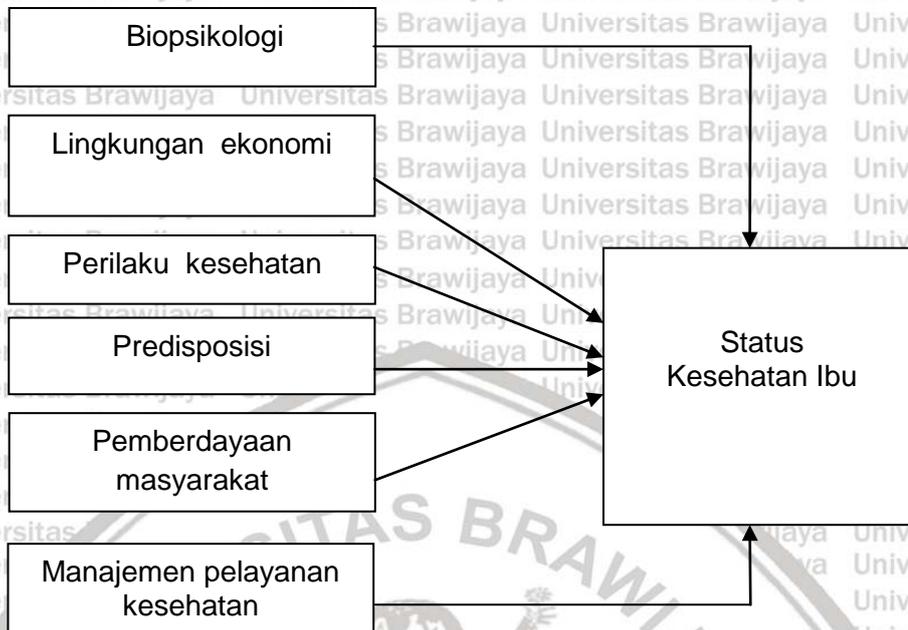
Menurut Blum dan Lalonde untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, kelompok dan masyarakat dipengaruhi oleh empat elemen yaitu lingkungan, perilaku, manajemen pelayanan kesehatan dan biopsikologi. Keempat elemen ini saling berpengaruh satu sama lain dan tidak berdiri sendiri. Dimana faktor lingkungan dapat memengaruhi kesehatan dan juga perilaku dan perilaku sebaliknya juga memengaruhi lingkungan, begitu juga sebaliknya perilaku dapat memengaruhi pelayanan kesehatan dan seterusnya. Konsep Blum telah menjabarkan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh keempat elemen di atas, sehingga dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan intervensi dari faktor perilaku (konsep Green).

Pemberdayaan masyarakat juga dipengaruhi oleh perilaku individu, kelompok maupun masyarakat, dimana perilaku yang baik akan memengaruhi kematian ibu. Selain itu ada 7 komponen masyarakat yang mendukung atau memengaruhi keberhasilan pemberdayaan masyarakat antara lain: 1) keaktifan tokoh masyarakat dan kader kesehatan 2) ketersediaan organisasi kemasyarakatan dan UKBM 3) ketersediaan dana masyarakat 4) pemanfaatan sarana dan material oleh masyarakat 5) tingkat pengetahuan masyarakat 6) teknologi dari masyarakat 7) pembuatan keputusan oleh masyarakat.

1.2 Kerangka Konsep

Status kesehatan ibu hamil merupakan kondisi dimana seorang ibu hamil dikatakan sehat atau sakit. Kondisi kesehatan ibu selama hamil dapat menentukan baik buruknya keadaan ibu serta janin yang ada didalam kandungannya. Kesehatan yang baik selama kehamilan dapat membantu bila tiba waktunya untuk melahirkan sehingga ia mampu menyusui bayinya. Status kesehatan ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor menurut teori Blum dipengaruhi oleh faktor biopsikologi, lingkungan, perilaku, dan manajemen pelayanan kesehatan, menurut Green dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*, menurut UU Kesehatan NO 36 tahun 2009 perilaku seseorang untuk hidup sehat dipengaruhi juga oleh pemberdayaan masyarakat. faktor biopsikologi (pola makan ibu hamil), lingkungan ekonomi (pendapatan keluarga), perilaku kesehatan (ANC sesuai standar), predisposisi (pengetahuan dan sikap), pemberdayaan masyarakat (peraturan desa, dana sosial bersalin

(dasolin), rumah tunggu kelahiran (RTK), manajemen pelayanan kesehatan yang terdiri dari sarana prasarana dan SDM kesehatan.



Gambar 3.2 Bagan Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



: Diteliti



: Mempengaruhi

1.2.1 Narasi Kerangka Konsep

Angka kematian Ibu dapat dipengaruhi oleh keempat faktor menurut Blum dan Lalonde antara lain faktor biopsikologi, lingkungan, perilaku dan manajemen pelayanan kesehatan.

- a. Faktor biopsikologi terdiri dari fisik maupun mental ibu hamil, sehingga dapat memengaruhi tumbuh kembang janin dalam rahim. Pola makan ibu selama hamil sangat berpengaruh dalam pertumbuhan organ – organ vital sehingga ibu hamil dengan status gizi yang baik dapat melahirkan generasi penerus bangsa yang berkualitas.
- b. Faktor lingkungan termasuk lingkungan ekonomi. Penghasilan (pendapatan keluarga) keluarga adalah salah satu faktor dalam mendukung status kesehatan ibu hamil karena penghasilan keluarga terkait dengan daya beli sehingga kebutuhan ibu hamil terpenuhi.
- c. Faktor perilaku kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan, seseorang perlu melakukan perilaku hidup sehat seperti ANC sesuai

standar dan melahirkan di fasilitas kesehatan sehingga kehamilan dan masa persalinan terkontrol dengan baik, ibu selamat dan bayi sehat.

d. Faktor predisposisi yang terdiri dari pengetahuan dan sikap secara langsung dapat memengaruhi perilaku seseorang maupun kelompok dalam menentukannya baik yang mengarah ke perilaku baik atau buruk. Hal ini dapat menyebabkan tinggi atau rendahnya angka kematian ibu.

e. Pemberdayaan masyarakat, masyarakat perlu diberdayakan sehingga mereka sadar, mau dan mampu menolong dirinya sendiri, serta ikut aktif dalam kegiatan pembangunan kesehatan, menjadi pendorong dalam terwujudnya pembangunan yang berwawasan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan perorangan, kelompok maupun komunitasnya. Bentuk pemberdayaan masyarakat berupa peraturan pemerintah desa, dana bersalin desa (Dasolin) dan rumah tunggu kelahiran (RTK) yang mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi di desa.

f. Faktor manajemen pelayanan kesehatan meliputi tersedianya sumber daya manusia dan sarana prasarana yang memadai baik kualitas dan kuantitas sehingga dapat mendukung keberlangsungan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

1.3 Hipotesis

Anggapan penelitian kali ini yaitu :

- Ada pengaruh biopsikologi terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur
- Ada pengaruh perilaku terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur
- Ada pengaruh lingkungan ekonomi terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur
- Ada pengaruh predisposisi terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur
- Ada pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur
- Ada pengaruh manajemen pelayanan kesehatan terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang dan Lite Kabupaten Flores Timur

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Desain Penelitian

Desain Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu dilakukan hanya satu kali pada waktu yang sama yang bertujuan untuk mengetahui faktor biopsikologi, lingkungan, perilaku kesehatan, predisposisi, pemberdayaan masyarakat dan manajemen pelayanan kesehatan, yang memengaruhi status kesehatan ibu.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah semua Ibu hamil yang berada di Lite dan Waiwerang sejumlah 726 orang. Jumlah ibu hamil di Puskesmas Lite sejumlah 227 orang sedangkan Waiwerang sebanyak 499 orang dan merupakan penduduk Kabupaten Flores Timur.

4.2.2 Besar Sampel

Sampel penelitian menggunakan rumus Sopyudin, sasaran penelitian ibu hamil dari kedua wilayah tersebut adalah berjumlah 726 orang yang berada di Kabupaten Flores Timur. Penelitian ini dilakukan di Lite dan Waiwerang. Kesalahan tipe I ditetapkan sebesar 5%, hipotesis satu arah, sehingga $Z_{\alpha} = 1,64$. Kesalahan tipe II ditetapkan sebesar 10%, maka $Z_{\beta} = 1,28$. Selisih minimal yang dianggap bermakna $(X_1 - X_2) = 272$. Simpang baku = 726 (726 merupakan simpang baku gabungan jumlah ibu hamil kecamatan Lite dan jumlah ibu hamil kecamatan Waiwerang Adonara). Metode penentuan sampel penelitian analitis kategorik numerik tidak berpasangan. Dalam penelitian ini menggunakan perhitungan besar sampel sebagai berikut (Sopyudin, 2104).

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

dimana:

Z_{α} = Deviat baku alfa

Z_{β} = Deviat baku beta

S = Simpang baku gabungan

$X_1 - X_2$ = Selisih minimal rerata yang dianggap bermakna

$$= 2 \left[\frac{(1,64 + 1,28)726}{272} \right]^2$$
$$= 121,49 \text{ (122)}$$

Jadi besaran sampel pada penelitian ini adalah 244 orang dengan jumlah sampel untuk kedua wilayah puskesmas sama banyak yaitu Waiwerang 122 responden dan wilayah Lite 122 responden ibu hamil. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan menulis semua nama ibu hamil pada kertas kecil, kemudian diacak dengan cara dikocok maka kertas yang keluar yang berisi nama ibu hamil, terpilih menjadi responden dalam penelitian ini. Metode pengambilan sampel ini menjadi pertimbangan peneliti karena karakteristik populasi yang homogen dan sudah ada *sampling frame* (Waang, 2012). Sedangkan penentuan sampel tokoh masyarakat hanya sebagai data dukung yaitu berjumlah 6 orang terdiri dari 2 orang camat, 4 orang tokoh masyarakat (2orang 2 tokoh adat dan 2 tokoh agama), masing-masing puskesmas mendapat 3 orang (Camat,TOMA,TOGA)

4.2.3 Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang bersedia menjadi responden tanpa melihat usia kehamilan dan jumlah paritas

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi penelitian ini yaitu ibu hamil sakit atau dengan komplikasi maupun dalam perawatan dan atau menolak saat dilakukan wawancara.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan pada 2 (dua) Puskesmas yaitu Puskesmas Lite yang terdiri dari 13 desa/kelurahan dan 21 desa di Puskesmas Waiwerang, Kabupaten Flores Tiimur. Kedua puskesmas ini dipilih karena mewakili kondisi geografis yang berbeda sedangkan intervensi yang dilakukan untuk menurunkan AKI sama namun Puskesmas Waiwerang masih menyumbang kematian ibu setiap tahun tetapi Puskesmas Lite tidak pernah ada kematian.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 1 (satu) bulan, mulai bulan Juli sampai dengan Agustus 2018.

4.3.3 Bahan dan Alat

Bahan dan alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi di berikan kepada ibu hamil dan tokoh masyarakat yang menjadi responden penelitian yang berada di Puskesmas Lite dan Waiwerang.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Independen

Faktor – faktor yang memengaruhi status kesehatan ibu yaitu :biopsikologi, perilaku kesehatan, lingkungan ekonomi, predisposisi, pemberdayaan masyarakat dan manajemen pelayanan kesehatan

4.4.2 Variabel Dependen

Status kesehatan ibu



4.5 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen					
1	Status Kesehatan Ibu : Suatu kondisi ibu hamil yang menunjukkan baik buruknya kondisi ibu dan juga terhadap perkembangan janin yang sedang dikandung.	Persepsi responden tentang faktor indikator kesehatan ibu	Kuesioner/ Wawancara	1. Sehat : bila skor puji rohyati 2-5 2. Berisiko : bila skor puji Rohyati 6-10 dan lebih \geq 12 (Wijaya,2012)	Ordinal
Independen					
2	Biopsikologi : merupakan kajian psikologi (perilaku) yang berkaitan dengan aspek biologi yang terdapat dalam diri manusia hubungan antara organisme dengan lingkungan (Candra,2017)	Persepsi responden tentang Perbaikan gizi ibu hamil. dimana janin yang mengalami kekurangan gizi akan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat bahkan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada bulan pertama dan juga berdampak pada penurunan fungsi kognitif dan gangguan pertumbuhan di usia dewasa (Sandra, 2015)	Kuesioner/ Wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
3	Perilaku kesehatan : Menurut Skinner, perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makan, minuman serta lingkungan (Notoatmojo,2012)	Persepsi responden tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan untuk menemukan dan merawat masalah kesehatan secara dini, dengan memeriksakan kehamilan paling tidak 4 kali yaitu 1 kali pada trimester pertama(bulan 1-3), 1 kali selama trimester ke 2	Kuesioner/ Wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal

		(bulan 4-6)dan 2 kali pada trimester ke tiga (bulan ke 7-9) (Burns, et al, 2016)			
		Persepsi responden tentang Pemberian imunisasi TT 5 dosis pada ibu hamildengan interval tertentu (dimulai saat dan atau sebelum hamil yang berfungsi sebagai kekebalan seumur hidup (Kemenkes RI,2014).	Kuesioner/ Wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
		Perilaku ibu untuk melahirkan di fasilitas kesehatan (puskesmas)	Kuesioner/ Wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
4	Lingkungan Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997, Lingkungan merupakan kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan dan makhluk hidup termasuk manusia dan prilakunya yang memengaruhi kelangsungan perikehidupan dan kesejahteraan manusia serta makhluk hidup lain.	sosial: Persepsi responden mengenai interaksi keluarga dengan lingkungan di luar keluarga yang mencakup tetangga, lembaga layanan kesehatan dan sosial keagamaan (Asmadi,2008)	Kuisioner/ wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal
		Ekonomi: Pendapatan Keluargaadalah jumlah pendapatan tetap dan sampingan dari kepala keluarga, ibu, dan anggota keluarga lain dalam 1 bulan (Hrcentro, 2012 dalam Handini,2013)	Kuisioner/ wawancara	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju	Ordinal

5.	<p>Faktor Predisposisi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi merupakan factor pendorong pada individu yang terdiri dari factor demografi, social dan mental termasuk sikap, nilai dan pengetahuan tentang pelayanan kesehatan (Babitsch et al,2012)</p>	<p>Pengetahuan: Semua yang diketahui oleh responden tentang tanda bahaya dan faktor risiko selama kehamilan, persalinan dan nifas yang dapat menyebabkan kematian ibu</p>	<p>Kuesioner/ wawancara</p>	<p>1. Kurang baik jika mengatakan tentang tanda bahaya dan faktor risiko selama kehamilan, persalinan dan nifas 2. Baik jika mampu menjelaskan tentang tanda bahaya dan faktor risiko selama kehamilan, persalinan dan nifas</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Sikap: Merupakan pendapat atau pandangan yang berdasarkan pendirian dan keyakinan tentang faktor risiko yang menyebabkan kematian ibu</p>	<p>Kuesioner/ wawancara</p>	<p>1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju</p>	<p>Ordinal</p>
6	<p>Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu atau sekedar sadar (aspek pengetahuan), dari tahu menjadi mau (aspek sikap) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang di perkenankan aspek tindakan</p>	<p>Persepsi responden tentang pemberdayaan masyarakat desa dimana yang lebih banyak melibatkan diri adalah para pemangku kepentingan (<i>stakeholder</i>) yang di fasilitasi oleh <i>fasilitator (provider)</i> (Kemenkes RI, 2013)</p>	<p>Kuesioner/ Wawancara</p>	<p>Menggunakan Skala Dummy 0 : Tidak 1 : Ya (Sopiyudin,2016)</p>	<p>Nominal</p>

	(Kemenkes RI, 2013)				
7	Manajemen pelayanan kesehatan adalah upaya kesehatan yang diberikan oleh badan dalam pelayanan kesehatan masyarakat meliputi : pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan (Maryam,2014).	<p>Fasilitas dan sarana kesehatan : persepsi responden tentang tempat yang tepat untuk mendapatkan pengobatan dan kesembuhan (Notoatmojo,2005)</p> <p>Pelayanan para medis : persepsi responden terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat atau badan kepada pasien <i>antenatal care</i> meliputi ; ketanggapan dalam menangani keluhan pasien, informatif/komunikatif, perhatian dan kepedulian, perawat dan badan</p>	<p>Kuesioner/ wawancara</p> <p>Kuesioner/ wawancara</p>	<p>1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju</p> <p>1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

4.6 Cara pengumpulan data

Data yang digunakan penelitian ini adalah data primer yang diambil secara langsung yaitu wawancara dan observasi untuk menjaga keakuratan data yang dibutuhkan. Peneliti juga menggunakan Profil Dinas Kesehatan dan Profil Puskesmas sebagai data sekunder. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi : Kuesioner dan lembar observasi bagi ibu hamil

4.7 Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1. Analisis Univariat

Pada penelitian ini digunakan analisis Univariat dengan tujuan untuk melihat distribusi frekuensi dari Karakteristik responden dan menganalisis variabel independen.

4.7.2. Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah metode pengolahan variabel dalam jumlah yang banyak dimana mempunyai tujuan untuk mencari pengaruh variabel-variabel tersebut terhadap suatu obyek secara simultan atau serentak (Gita,2016). Uji yang digunakan adalah regresi linier berganda dengan metode *backward* adalah jenis uji statistika yang bertujuan untuk mengscreening variabel independen mana saja yang mampu memberikan informasi dan kontribusi yang di urutkan dari terbesar sampai yang terkecil terhadap variabel dependen yang secara akurat dapat dihitung menggunakan SPSS.

Sebelum dilakukan regresi linier bergadadilakukan uji MSI kemudian dilakukan uji normalitas data dengan uji *Kolmogorov-smirnov test*.Data dinyatakan memiliki varian yang sama (*equal variance*) bila F-Hitung <F-Tabel dan sebaliknya, varian data dinyatakan tidak sama (*unequal variance*) bila F-Hitung >F-Tabel. Bentuk varian kedua kelompok data akan berpengaruh pada nilai *standar error* yang akhirnya akan membedakan rumus pengujiannya.

4.7.3. Uji Validitas

Validitas suatu alat ukur menunjukkan sejauhmana alat ukur itu mengukur apa yang seharusnya diukur oleh alat ukur tersebut sehingga validitas menunjukkan sejauh mana alat ukur tersebut memenuhi fungsinya. Menurut Sugiono (2010), untuk menguji validitas variabel dilakukan dengan cara mengkorelasikan antara skor butir pertanyaan dengan skor totalnya menggunakan rumus korelasi *product moment pearson correlation*:

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X) (\sum Y)}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum X)^2) (N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Dimana:

r_{xy} = Koefisien korelasi antara variabel X dan variabel Y

$\sum xy$ = Jumlah perkalian antara variabel x dan Y

$\sum x^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai X

$\sum y^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai Y



Pengujian validitas dalam penelitian ini menggunakan bantuan program SPSS 21.00. Syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat bahwa item kuesioner penelitian valid adalah kalau $r > r$ tabel, sehingga item soal dianggap valid jika memiliki nilai r lebih besar dari r tabel. Pada penelitian ini dilakukan uji validitas kepada 30 sampel penelitian, sehingga item soal dikatakan valid jika nilai r hitungannya lebih besar dari 0.361. Sedangkan uji reabilitas menunjuk pada suatu pengertian bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik (Arikunto, 2006).

Hasil uji validitas yang disajikan pada tabel di atas menunjukkan masing-masing butir pertanyaan mempunyai nilai koefisien korelasi $> 0,361$ dengan nilai signifikansi $< 0,05$. Maka kesimpulannya semua item-item dalam penelitian ini dikatakan valid.

4.7.4. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah instrumen yang *reliable*, berarti bila terdapat kesamaan data dalam waktu yang berbeda (Sugiyono, 2005:176). Uji reliabilitas dapat diukur dengan menggunakan *Alpha Cronbach* sebagai berikut (Arikunto, 2006:178):

$$r_n = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sigma_{\sum b^2}}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan:

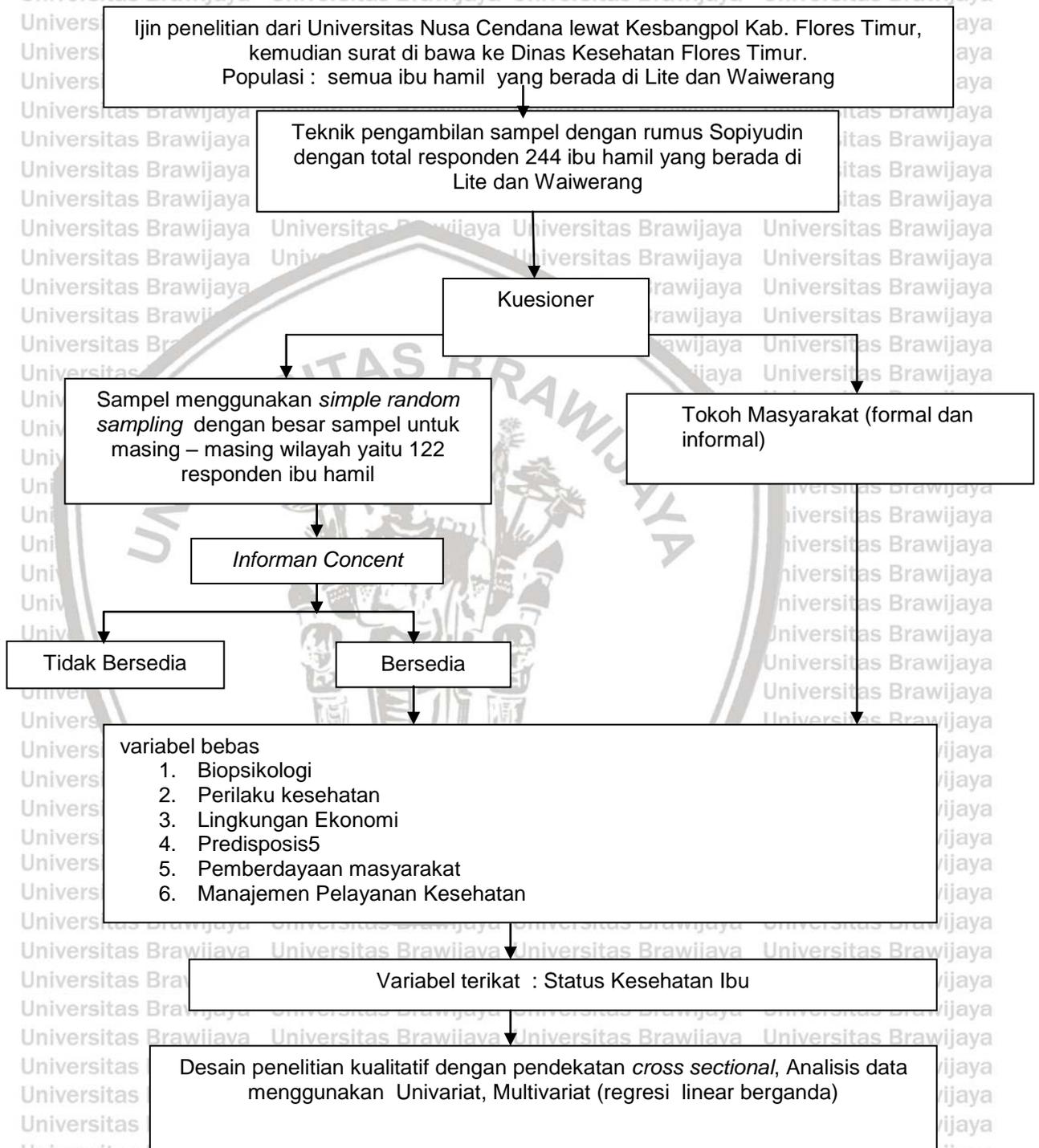
r_n = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pernyataan atau banyaknya soal

Suatu varian reliabel jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* $\geq 0,60$. Setelah dilakukan pengujian terhadap data maka dapat diketahui bahwa data yang diperoleh adalah *valid* dan *reliable* sehingga proses analisis berikutnya dapat dilanjutkan. Instrumen dinyatakan reliabel jika nilai *Alpha Cronbach* paling tidak mencapai 0,6. Berdasarkan hasil uji reliabilitas pada tabel 4.8 dapat diketahui bahwa nilai reliabilitas yang dicapai pada masing-masing variabel lebih besar dari 0,6 artinya instrumen yang digunakan reliabel.

4.8 Alur Penelitian

Langkah-langkah dalam melakukan penelitian dan teknik yang digunakan dalam pengumpulan data digambarkan secara jelas sebagai berikut:



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.9 Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini teknik analisis data akan dilakukan tiga tahapan perhitungan, berturut-turut yaitu *Method of Successive Interval* (MSI), uji normalitas, dan uji regresi berganda dengan metode *backward*. Semua penghitungan dilakukan dengan bantuan piranti lunak (*software*) *Excel* 2007 dan *SPSS for Windows* 19.0. Secara lengkap dijelaskan di bawah ini.

4.9.1 *Method of Successive Interval*(MSI)

Pada skala data ordinal misal skala likert, untuk keperluan analisis data maka skor-skor jawaban dari angket tersebut akan ditransformasikan ke dalam skala interval dengan menggunakan MSI. MSI adalah suatu metode untuk mengkonversikan (mentransformasikan) data berskala ordinal menjadi data berskala interval. Hal ini dilakukan untuk kepentingan prasyarat bilamana uji yang digunakan adalah uji statistika parametrik. Pada uji statistika parametrik dipilih uji regresi berganda untuk pembuktian hipotesis penelitian. Dalam transformasi data ini akan digunakan *software Excel* sebagai alat bantu penghitungan. Adapun langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

- Menghitung frekuensi (f) setiap respon kategorik yang sesuai dengan gradasi skala yang ada;
- Menghitung proporsi (p) dari setiap bilangan pada f dibagi jumlah sampel (N);
- Membuat proporsi kumulatif (pk) yang jumlahnya = 1;
- Menyusun nilai z untuk setiap kategori jawaban dengan asumsi pk mengikuti distribusi normal baku;
- Menentukan *Density*;
- Menghitung nilai skala (*scale-value*) dengan rumus

$$\text{Scale Value} = \frac{(\text{Density at lower limit}) - (\text{Density at upper limit})}{(\text{Area below upper limit}) - (\text{Area below lower limit})}; \text{ dan}$$

- Langkah terakhir, dengan nilai *density* yang diperoleh dari tabel ordinat normal baku, apabila nilai-nilai skala negatif, maka nilai skala masing-masing kategori ditambah sehingga menjadi positif dengan angka terendah 1. Angka yang telah diubah menjadi positif digunakan untuk menggantikan skor kategorik pada tiap-tiap subjek penelitian (Al Rasyid, 2000).

4.9.2 Uji Normalitas

Untuk pengambilan kesimpulan mengenai keseluruhan hasil penelitian yang didasarkan data yang diperoleh dari sampel membutuhkan asumsi, persyaratan-persyaratan atau kondisi tertentu. Dalam statistika inferensial,

asumsi atau persyaratan ini adalah bahwa distribusi populasi/sampel diketahui, misalnya menyebar secara normal. Statistika inferensial yang memenuhi persyaratan yang demikian termasuk dalam statistika parametrik (*parametric statistic*) (Rukmigarsari dan Soenardi, 2010). Dalam pengujian hipotesis penelitian akan digunakan beberapa uji regresi berganda dengan metode *backward*. Oleh karena itu uji normalitas perlu dilakukan di awal sebelum data dianalisis ketika akan menguji hipotesis penelitian.

Untuk menguji data sampel apakah terdistribusi normal atau tidak, akan digunakan uji *One-Sample Kolmogorov-Smirnov*. Kriteria keputusan apakah data terdistribusi normal atau tidak, dapat dilihat dari nilai peluang empirik atau *p-value* yang dibandingkan dengan taraf signifikansi $\alpha = 0.05$. Jika peluang *p-value* pada uji *One-Sample Kolmogorov-Smirnov* menunjukkan nilai lebih besar dari taraf signifikansi $\alpha = 0.05$, maka disimpulkan bahwa data terdistribusi normal. Sedangkan bila *Sig-p-value* pada uji *One-Sample Kolmogorov-Smirnov* kurang dari $\alpha = 0.05$, maka disimpulkan data tidak terdistribusi normal (Santoso, 2005).

4.9.3 Uji regresi berganda dengan metode *backward*

Uji regresi berganda dengan metode *backward* digunakan untuk memprediksi variabel dependent dengan menggunakan semua variabel independent dan tujuan teknik analisis ini digunakan untuk mengetahui pengaruh semua variabel independent terhadap variabel dependent, termasuk di dalamnya untuk mengetahui variabel independen mana yang memberikan kontribusi terbesar (pengaruh paling kuat) terhadap variabel dependen. Dalam teknik analisis regresi berganda dengan metode *backward*, bila hasil model $\hat{Y} = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4$ yang diperoleh jika masih memuat variabel independen yang tidak signifikan maka variabel independen tersebut harus keluar dari model analisis demikian seterusnya sehingga diperoleh variabel independen yang terkuat yang berpengaruh terhadap variabel dependen. Teknik ini dikenal dengan *backward study* (Draper dan Smith, 1992).

4.10 Etika Penelitian

Peneliti dalam melakukan riset harus mematuhi etika dalam penelitian mengingat riset ini melibatkan manusia. Etika penelitian menurut Santoso (2011) terdiri dari :

1. *Ethical Clearance* (persetujuan etika)

Berdasarkan peraturan perundang-undangan dan dasar-dasar etik kesehatan, maka setiap riset yang akan melibatkan manusia dan hewan percobaan

sebagai sampel untuk uji coba wajib terlebih dahulu memperoleh kelayakan dan persetujuan etik penelitian dari suatu komisi yang berwenang di bidang tersebut. Dalam riset ini peneliti mengajukan permohonan *ethical clearance* kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Nusa Cendana Kupang.

2. *Respect for person* (prinsip menghormati harkat dan martabat manusia)

Berdasarkan prinsip etik penelitian seorang peneliti harus menghormati harkat dan martabat manusia dengan memandang setiap individu sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Setiap individu berhak mendapatkan semua informasi yang diperlukan agar individu tersebut bisa mengambil keputusan secara cerdas seperti melakukan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian serta keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Ibu hamil di beri lembar *incormed consent* (IC) sebagai bentuk kesediaan ibu untuk terlibat dalam penelitian ini.

3. *Beneficence and non maleficence* (prinsip etik berbuat baik dan tidak merugikan)

Dalam penelitian ini perlu diperhatikan berkaitan dengan prinsip untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan untuk tidak mencelakakannya yaitu suatu kewajiban untuk meminimalisir risiko dan meningkatkan potensi keuntungan yang diperoleh dari riset (*Beneficence*). Pada riset ini peneliti memberi manfaat kepada responden yang berpartisipasi maupun masyarakat luas tentang manfaat dari pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan status kesehatan ibu. Adapun manfaat penelitian ini adalah responden dapat mengetahui metode pemberdayaan masyarakat yang tepat untuk meningkatkan rasa kepedulian terhadap dirinya sendiri maupun sesama ibu hamil, melahirkan dan nifas serta bertambahnya pengetahuan ibu tentang pendekatan pemberdayaan masyarakat yang dapat dilakukan secara sederhana.

4. *Justice* (prinsip keadilan)

Dalam prinsip ini menyangkut kewajiban untuk memperlakukan manusia dengan baik dan benar. Dalam riset kesehatan, peneliti meminta subjek untuk berkorban, dengan harapan mendapatkan keuntungan untuk kemaslahatan masyarakat banyak. Sedangkan dalam riset ini peneliti harus bersikap adil

terhadap responden seperti prinsip keadilan yang berkaitan dengan kewajiban bidang untuk berlaku adil pada semua orang yaitu tidak memihak/berat sebelah ataupun tidak memilih siapa yang harus menjadi responden peneliti dan setiap responden diberikan kontribusi yang relative sama untuk kebaikan hidupnya serta setiap responden berhak mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapatkan informasi sesuaidengan kebutuhannya.



BAB 5**HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA****5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian**

Adonara merupakan nama dari sebuah pulau kecil yang berada dalam wilayah administrasi Propinsi Nusa Tenggara Timur tepatnya berada di Kabupaten Flores Timur dimana kabupaten Flores Timur merupakan Kabupaten kepulauan dengan luas wilayah daratan 1.812,85 km² yang tersebar di 17 pulau yang terdiri dari 19 kecamatan, 229 desa dan 21 kelurahan (Profil Dinkes Flores Timur, 2016).

Pulau Adonara memiliki 8 kecamatan diantaranya Adonara, Barat, Tengah, Timur, Witihama, Ile Boleng, Wotanulumado dan Kelubagolit. Pada penelitian ini peneliti mengambil 2 kecamatan yang ada di Adonara sebagai pusat penelitian yaitu Adonara Timur dengan ibu kota kecamatan Waiwerang yang berada hilir dengan jumlah penduduk 27.377 rb jiwa yang tersebar di 21 desa dan memiliki Puskesmas dengan status Puskesmas PONE (penanganan obstetri neonatal esensial dasar) dan Adonara Tengah dengan ibu kota kecamatan Lite yang berada di hulu dengan jumlah penduduk 11.650 jiwa yang tersebar di 13 desa dengan memiliki status Puskesmas rawat jalan (Adonara Tengah dan Timur dalam Angka, 2018)

5.2 Karakteristik Responden

Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil berjumlah 244 orang berasal dari Puskesmas Waiwerang dan Lite. Data yang telah dikumpulkan, dianalisis dan diinterpretasikan sesuai variabel. Data karakteristik responden dan berskala ordinal ditransformasi dengan menggunakan *Methods of successive interval* (MSI) menjadi skala interval dan selanjutnya data tersebut dianalisis menggunakan uji statistika parametrik untuk membuktikan hipotesis penelitian. Data tentang karakteristik responden dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi ibu berdasarkan Umur, Pendapatan Keluarga, Agama, Pendidikan dan Pekerjaan

Variabel	Kec. Lite frekuensi (%)	Kec. Weiwerang frekuensi (%)	p-value
Umur (tahun)	27,65±5,39*	27,39±5,44*	0,699**
Pendapatan keluarga (Rp)	564.598±664.002*	676.752±744.754*	0,018**
Agama:			0.000***
Islam	29	114	
Katolik	93	8	
Pendidikan :			
Tdk pernah sekolah	1	0	
Tidak tamat SD	2	13	
SD	53	23	
SLTP	33	28	
SLTA	25	41	
DIII	1	4	
S1	7	13	
Pekerjaan :			
Tidak kerja/IRT	78	95	
Tani	34	0	
Wiraswasta	3	6	
Pedagang	1	7	
Guru honorer	4	2	
Pegawai swasta	1	5	
PNS	1	7	

*rata-rata±standar_deviasi; ** dari hasil uji *Mann-Whitney*; *** dari hasil uji *Chi-Square*

Berdasarkan data pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa persebaran umur responden pada kedua puskesmas hampir sama karena rata-rata umur responden di Puskesmas Lite 27,65 tahun sedangkan di Puskesmas Weiwerang 27,39 tahun, namun jika dilihat berdasarkan jumlah pendapatan keluarga maka di Puskesmas Weiwerang lebih tinggi (Rp.744.754,00) dibandingkan dengan pendapatan keluarga di Puskesmas Lite (Rp 564.598,00). Berdasarkan agama yang dianut, mayoritas responden di Puskesmas Waewerang beragama Islam (93,4%) sedangkan responden dari puskesmas Lite mayoritas beragama Katolik (73,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, dari Puskesmas Lite mayoritas responden berpendidikan Sekolah Dasar (43,4%) dan SLTP (27%) dan masih terdapat 0,8 % responden yang tidak pernah sekolah sedangkan responden dari Puskesmas Weiwerang mayoritas pendidikan SLTA (33,6%), SLTP (23%), tidak ada responden yang tidak pernah sekolah. Pada data jenis pekerjaan, mayoritas

responden pada kedua puskesmas adalah ibu rumah tangga yaitu 63,9% dari Puskesmas Lite dan 77,9 % berasal dari Puskesmas Waiwerang.

5.3 Hasil Univariat

5.3.1 Faktor Biopsikologi (pola makan ibu hamil)

Berdasarkan penelitian yang menjadi faktor biopsikologi adalah pola makan ibu hamil. Pengkategorian ini dibagi menjadi dua yaitu apakah ibu mengkonsumsi makanan tertentu selamam hamil dan apakah ibu mengkonsumsi tablet zat besi (Fe) dan asam folat secara teratur yang dapat mempengaruhi status kesehatan ibumaka di temukan hasil dalam tabel berikut :

Tabel 5.2Distribusi Ibu berdasarkan Pola Makan Ibu Hamil di Puskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	Tidak mengkonsumsi makanan tertentu		Konsumsi Fe dan asam folat secara teratur	
	N	%	N	%
Waiwerang	52	31,1	122	100
Lite	38	42,6	122	100

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan (31,1 %) responden Puskesmas Waiwerang dan (42,6%) tidak mengkonsumsi makanan tertentu selama hamil dan (100%) responden dari kedua puskesmas mengkonsumsi zat besi (Fe) dan asam folat secara teratur.

5.3.2 Faktor Lingkungan Ekonomi (pendapatan keluarga)

Menurut Blum faktor lingkungan terdiri dari lingkungan fisik, biologi, sosial dan ekonomi. Dalam penelitian ini yang di angkat adalah lingkungan ekonomi yaitu pendapatan keluarga dengan melihat ketersediaan biaya untuk memenuhi kebutuhan ibu dan transportasi ke fasilitas kesehatan.Tabel 5.3 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan pendapatan keluarga.

Tabel 5.3Distribusi Ibu berdasarkan Pendapatan Keluargadi Puskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	Pendapatan Keluarga
Waiwerang	Rp. 676.752 ± 744.754
Lite	Rp. 564.598 ± 664.002

Berdasarkan responden yang diteliti, pada data jenis pekerjaan, mayoritas responden pada kedua puskesmas adalah ibu rumah tangga yaitu :

63,9% dari Puskesmas Lite dan 77,9 % berasal dari Puskesmas Waiwerang. Berdasarkan jumlah pendapatan keluarga maka di Puskesmas Weiwerang lebih tinggi (Rp.744.754,00) dibandingkan dengan pendapatan keluarga di Puskesmas Lite (Rp 564.598,00).

5.3.3 Faktor Perilaku (*antenatal caresesuai standar*)

Perilaku responden yang di lihat pada penelitian ini adalah *antenatal care* sesuai standar. Riwayat ANCdi kategorikan dalam 2 kelompok yaitu responden yang setuju melakukan ANC minimal 4 kali dan tidak setuju melakukan kalau hanya melakukan 4 kali saja pemeriksaan selama hamil. berdasarkan hasil penelitian maka ditemukan hasil seperti tabel berikut :

Tabel 5.4Distribusi Ibu berdasarkan *Antenatal Care* sesuai Standar di Puskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	ANC minimal 4 kali				Ada peraturan desa	
	Setuju		Tidak setuju		n	%
	N	%	N	%		
Waiwerang	52	42,6	70	57,4	45	36,8
Lite	68	55,7	54	44,3	52	42,6

Dari hasil penelitian di atas, di dapatkan (42,6%) responden yang berada di puskesmas Waiwerang dan (55,7%) responden dari puskesmas Lite menyatakan pendapat ibu tentang *antenatal care* sesuai standar yaitu minimal 4 kali selama kehamilan di mana ibu yang mengatakan setuju ini adalah mereka yang telah memiliki riwayat ANC sebelumnya. Adanya peraturan desa di wilayah kerja puskesmas Lite (42.6%) dan (36.8%) di Puskesmas Weiwerang.

5.3.4 Faktor Predisposisi (*pengetahuan dan sikap*)

Menurut teori Green (1980) perilaku seseorang dapat di tentukan oleh 3 faktor yaitu *predisposing/predisposisi*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*. Dalam penelitian ini peneliti mengangkat salah satu faktor yaitu faktor predisposisi dalam hal ini adalah bagaimana pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan bagaimana sikap ibu dengan memberikan pernyataan setuju atau tidak setuju untuk ke fasilitas kesehatan bila terdeteksi risiko tinggi atau adanya tanda bahaya pada kehamilan. Tabel 5.5 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan pengetahuan dan sikap ibu.

Tabel 5.5 Distribusi Ibu berdasarkan Pengetahuan dan Sikap di Puskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	Pengetahuan				Sikap	
	Tahu cara mengetahui tanda dan penyebab bahaya kehamilan	Tidak mengetahui jenis risiko tinggi pada ibu dan janin	Setuju melakukan deteksi dini dan segera ke faskesjika mengalami resti tanda bahaya kehamilan			
	n	%	N	%	n	%
Waiwerang	112	91,8	20	17,21	122	100
Lite	111	90,9	21	16,39	122	100

Berdasarkan hasil penelitian di atas di dapatkan pengetahuan responden tentang tahu cara mengetahui tanda dan penyebab bahaya kehamilan di Puskesmas Waiwerang yaitu (91%) dan Puskesmas Lite (90,9%) namun tidak semua ibu mengetahui jenis risiko tinggi pada ibu dan janin yaitu Puskesmas Waiwerang (17,21%) dan Puskesmas Lite (16,39%), sedangkan sikap Ibu terhadap tanda bahaya kehamilan di dapatkan semua ibu (100%) dari kedua puskesmas tersebut setuju melakukan deteksi dini dan segera ke fasilitas kesehatan jika mengalami resti tanda bahaya kehamilan.

5.3.5 Faktor Pemberdayaan Masyarakat (peraturan desa, dana sosial bersalin, rumah tunggu kelahiran /RTK)

Pemberdayaan masyarakat yang di lihat dalam penelitian ini adalah tentang ada tidaknya peraturan desa, ada dana sosial bersalin yaitu dana bergulir dan tabungan ibu bersalin (tabulin) dan rumah tunggu kelahiran yang ada di kedua puskesmas apakah sudah digunakan sesuai fungsinya atau tidak. Dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat kedua puskesmas ini telah melakukan kegiatan yang sama namun terdapat perbedaan jumlah AKI selama 7 tahun terakhir dimana Puskesmas Waiwerang masing menyumbangkan AKI sedangkan diPuskesmas Lite mengalami *zeromortality*.

Tabel 5.6 Distribusi Ibu berdasarkan Perdes, Dasolin dan RTK diPuskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	Tabulin		Dana Bergulir		Peraturan Desa		RTK Yang tidak dgunakan sesuai fungsinya	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Waiwerang	81	66,3	28	23	45	36,8	0	100
Lite	77	63,1	20	16,39	50	42,8	55	45,8

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat (66,3%) ibu di Puskesmas Waiwerang dan terdapat (63,1%) ibu di Puskesmas Lite memiliki tabungan bersalin, dan juga terdapat (23%) responden di Puskesmas Waiwerang dan (16,39%) responden di Puskesmas Lite mengatakan bahwa di desa mereka ada dana bergulir yang di gunakan untuk membantu ibu untuk merujuk pada saat hamil,persalinan dan nifas. Terdapat peraturan desa yang di kembangkan dari hukum adat sebagai aturan untuk mengikat masyarakat yaitu (36,8%) responden dari Puskesmas Waiwerang dan (42,8%) responden dari Puskesmas Lite. Selain itu hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa Puskesmas Lite memiliki RTK namun tidak digunakan sesuai fungsinya dan digunakan sebagai tempat untuk bersalin dan (45,8%) ibu pernah memanfaatkan RTK sebagai tempat persalinan sedangkan Puskesmas Waiwerang memiliki RTK namun digunakan sebagai tempat tinggal dokter.

5.3.6 Faktor Manajemen Pelayanan Kesehatan (sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan)

Berdasarkan penelitian yang menjadi faktor manajemen pelayanan kesehatan adalah sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan. Pengkategorian sarana dan prasarana ada 2 yaitu memanfaatkan fasilitas kesehatan atau tidak, sedangkan sumber daya manusia kesehatan yang di lihat adalah ketersediaan tenaga kesehatan apakah sudah sesuai dengan rasio atau belum. Tabel 5.7 menunjukkan distribusi ibu berdasarkan ketersediaan sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan.

Tabel 5.7 Distribusi Ibu berdasarkan SaranaPrasarana dan SDM Kesehatan di Puskesmas Waiwerang dan Lite

Nama Puskesmas	Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan		Jumlah Tenaga	
	N	%	Perawat	Bidan
Waiwerang	116	95	39	46
Lite	117	96	25	26

Data penelitian di atas menunjukkan bahwa responden yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah (95 %) berasal dari Puskesmas Waiwerang dan (96%) berasal dari puskesmas Lite. Adapun unsur ketenagaan kesehatan yang berada di Puskesmas Waiwerang yang meliputi bidan (46 orang), perawat (39 orang) dan Puskesmas Lite terdiri dari bidan 26 orang dan perawat 25 orang.

5.4 Hasil Multivariat

5.4.1 Hasil Analisis Regresi Linear Berganda pada Puskesmas Lite.

Hasil analisis regresi linier berganda pada data Puskesmas Lite menggunakan metode *backward* secara ringkas dijelaskan seperti berikut

(Lampiran 5).

Tabel 5.8 Hasil Uji Regresi pada Puskesmas Lite

Model 1	$\hat{Y} = -1.146 - 0.156X_1 + 0.015X_2 - 0.028X_3 - 0.016X_4 + 0.009X_5 - 0.048X_6$	p=0.000
	p: (0.014) (0.000) (0.139) (0.000) (0.048) (0.607) (0.000)	
Model 2	$\hat{Y} = -1.141 - 0.155X_1 + 0.013X_2 - 0.028X_3 - 0.014X_4 - 0.048X_6$	p=0.000
	p: (0.014) (0.000) (0.161) (0.000) (0.050) (0.000)	
Model 3	$\hat{Y} = -1.451 - 0.156X_1 - 0.027X_3 - 0.017X_4 - 0.049X_6$	p=0.000
	p: (0.001) (0.000) (0.000) (0.023) (0.000)	

Keterangan: Nilai $p < 0.05$ artinya signifikan dan $p > 0.05$ artinya tidak signifikan. \hat{Y} = status kesehatan ibu, X_1 = pemberdayaan masyarakat, X_2 = f. predisposisi, X_3 = f. perilaku, X_4 = f. manajemen, X_5 = f. biopsikologi, dan X_6 = f. lingkungan.

Berdasarkan data tabel 5.8 digambarkan bahwa pada model 1 diperoleh ada pengaruh yang signifikan secara bersama-sama pengaruh pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor predisposisi (X_2), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), faktor biopsikologi (X_5), dan faktor lingkungan (X_6) terhadap Status Kesehatan Ibu (Y) ($p = 0,000 < \alpha$).

Hasil model 1 menunjukkan bahwa adanya variabel independen yang tidak signifikan berpengaruh pada status kesehatan ibu (Y) adalah faktor biopsikologi (X_5) ($p = 0.607 > \alpha$) dengan demikian maka faktor biopsikologi ini dikeluarkan. Model 2 menunjukkan model regresi yang tidak melibatkan faktor biopsikologi (X_5) sehingga diperoleh secara bersamaan adanya pengaruh yang signifikan antara pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor predisposing (X_2), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan faktor lingkungan (X_6) terhadap status kesehatan ibu (Y) ($p = 0,000 < \alpha$).

Model 2 juga menggambarkan bahwa faktor predisposisi (X_2) dengan nilai $p = 0.161 > \alpha$ yang berarti variabel ini tidak berpengaruh signifikan terhadap status kesehatan ibu sehingga faktor predisposisi (X_2) harus dikeluarkan dari model 2. Dengan kata lain model 2 meskipun signifikan tetapi model tersebut tidak dapat dianggap model regresi yang baik, maka analisis regresi harus

diulang dengan mengeluarkan faktor predisposing (X_2) dalam analisis yang selanjutnya diperoleh model 3.

Hasil pada model 3 menunjukkan model regresi yang tidak melibatkan faktor predisposing (X_2) lagi dan diperoleh ada pengaruh signifikan pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan faktor lingkungan (X_6) terhadap status kesehatan ibu (Y) ($p=0,000<\alpha$). Pada model 3 ini baik konstanta dan semua variabel independen telah menunjukkan signifikan, yaitu semua nilai p lebih kecil dari taraf signifikansi $\alpha=0,05$. Jadi model 3 ini merupakan model regresi terbaik yang dapat dipergunakan untuk pembuktian hipotesis penelitian.

Pada model 3 regresi yang dihasilkan dengan menggunakan metode *backward* telah menunjukkan model yang terbaik dengan tidak lagi memuat variabel independen yang tidak signifikan. Adapun variabel independen yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) adalah pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan faktor lingkungan (X_6).

Hasil analisis metode *backward* diperoleh urutan variabel independen yang sangat berpengaruh terhadap variabel dependen. Urutan pertama variabel bebas yang dianggap paling berpengaruh terhadap variabel dependen status kesehatan ibu (Y) adalah pemberdayaan masyarakat (X_1) dengan koefisien pengaruh negatif sebesar -0,156 dan bermakna secara statistik ($p=0,000$). Nilai negatif -0,156 mengandung makna bahwa ada pengaruh berlawanan dari variabel Independen dengan dependen, yaitu bila pemberdayaan masyarakat meningkat maka status kesehatan ibu membaik sehingga kematian ibu menurun demikian pula sebaliknya bila pemberdayaan masyarakat menurun maka status kesehatan ibu memburuk sehingga angka kematian ibu meningkat. Hal ini berarti bahwa di Kecamatan Lite pemberdayaan masyarakat (X_1) merupakan variabel yang sangat berpengaruh dan memberi kontribusi terbesar terhadap status kesehatan ibu (Y) sehingga tidak terjadi kematian ibu selama 7 tahun.

Variabel independen sebagai urutan kedua yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) setelah pemberdayaan masyarakat (X_1) adalah faktor lingkungan (X_6) dengan koefisien pengaruh sebesar -0,049 dan bermakna ($p=0,000$). Jadi faktor lingkungan memberi kontribusi terbesar kedua dalam hal memengaruhi status kesehatan ibu di Puskesmas Lite sedangkan faktor perilaku (X_3) merupakan urutan ketiga yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu

(Y) dengan koefisien pengaruh sebesar -0,027 dan bermakna secara statistik (p=0,000). Selanjutnya faktor manajemen (X₄) memberikan pengaruh atau kontribusi terbesar keempat terhadap status kesehatan ibu (Y) dengan koefisien pengaruh sebesar 0,017 dan bermakna (p=0,023). Pada model 3 ini $\hat{Y} = - 1.451$

- 0.156X₁ - 0.027X₃ - 0.017X₄ - 0.049X₆ merupakan model regresi terbaik yang menjelaskan pengaruh variabel-variabel independen terhadap dependen.

Adapun besar presentase pengaruh keempat variabel tersebut terhadap status kesehatan ibu sebesar koefisien determinasi kali 100%, yaitu $0.745 \times 100\% = 74,5\%$ (*Adjusted R Square* x 100%) sedangkan status kesehatan ibu dipengaruhi oleh variabel lain selain keempat variabel tersebut dan tidak ada pada konsep penelitian ini adalah sebesar adalah 25,5% (100%-74,5%) yang tidak terdapat pada model (Lampiran 4).

5.4.2 Hasil Analisis Regresi Linear Berganda pada Puskesmas Waiwerang

Adapun hasil analisis regresi linier berganda pada data di Puskesmas Weiwerang dengan menggunakan metode *backward* secara ringkas dijelaskan dalam kolom di bawah ini (Lampiran 6).

Tabel 5.9 Hasil Uji Regresi pada Puskesmas Weiwerang

Model 1	$\hat{Y} = -1.016 - 0.136X_1 + 0.003X_2 - 0.014X_3 - 0.045X_4 + 0.023X_5 - 0.031X_6$	p=0.000
	p: (0.102) (0.000) (0.769) (0.103) (0.000) (0.336) (0.009)	
Model 2	$\hat{Y} = -0.958 - 0.137X_1 - 0.013X_3 - 0.045X_4 + 0.023X_5 - 0.031X_6$	p=0.000
	p: (0.102) (0.000) (0.106) (0.000) (0.334) (0.008)	
Model 3	$\hat{Y} = - 1.159 - 0.135X_1 - 0.016X_3 - 0.043X_4 - 0.032X_6$	p=0.000
	p: (0.035) (0.000) (0.037) (0.000) (0.006)	

Keterangan: Nilai $p < 0.05$ artinya signifikan, $p > 0.05$ artinya tidak signifikan. \hat{Y} = status kesehatan ibu, X₁ = pemberdayaan masyarakat, X₂ = f. predisposisi, X₃ = f. perilaku, X₄ = f. manajemen, X₅ = f. biopsikologi, dan X₆ = f. lingkungan.

Berdasarkan data pada tabel 5.9 digambarkan hasil analisis regresi linier berganda dengan metode *backward*. Pada model 1 dapat disimpulkan bahwa variabel independen secara signifikan berpengaruh pada pemberdayaan masyarakat (X₁), faktor predisposisi (X₂), faktor perilaku (X₃), faktor manajemen (X₄), faktor biopsikologi (X₅), dan faktor lingkungan (X₆) terhadap status kesehatan ibu (Y) ($p = 0,000 < \alpha$).

Pada model 1 digambarkan juga bahwa ada variabel bebas yang tidak berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) yaitu faktor predisposisi (X₂)

($p=0.769 > \alpha$) sehingga faktor predisposisi harus dikeluarkan dari model 1. Dengan kata lain model 1 meskipun hasilnya secara bersama-sama signifikan tetapi model tersebut tidak dapat dianggap model regresi yang baik. Maka analisis regresi harus diulang dengan mengeluarkan faktor predisposisi (X_2) dalam analisis yang selanjutnya diperoleh model 2.

Model 2 menunjukkan model regresi yang tidak melibatkan faktor predisposisi (X_2) lagi dan didapati ada pengaruh signifikan pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), f. manajemen (X_4), faktor biopsikologi (X_5), dan faktor lingkungan (X_6) terhadap status kesehatan ibu (Y) ($p=0,000 < \alpha$).

Model 2 menunjukkan adanya variabel bebas yang tidak signifikan pada status kesehatan ibu anata lain faktor biopsikologi (X_5) ($p=0.334 > \alpha$). Jadi faktor biopsikologi (X_5) harus dikeluarkan dari model 2. Dengan kata lain model 2 meskipun signifikan tetapi model tersebut tidak dapat dianggap model regresi yang baik. Maka analisis regresi harus diulang dengan mengeluarkan faktor biopsikologi (X_5) tidak diikuti dalam analisis yang selanjutnya diperoleh model 3.

Hasil pada model 3 menunjukkan model regresi yang tidak melibatkan faktor biopsikologi (X_5) lagi dan diperoleh adanya pengaruh signifikan antara pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan determinan lingkungan (X_6) terhadap status kesehatan ibu (Y) ($p=0,000 < \alpha$).

Pada model 3 ini baik konstanta dan semua variabel independen telah menunjukkan signifikan, yaitu semua nilai p lebih kecil dari taraf signifikansi $\alpha=0,05$. Jadi model 3 ini merupakan model regresi terbaik yang dapat dipergunakan untuk pembuktian hipotesis penelitian.

Pada model 3 regresi yang dihasilkan dengan menggunakan metode *backward* telah menunjukkan model yang terbaik dengan tidak lagi memuat variabel independen yang tidak signifikan. Adapun variabel independen yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) adalah pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan faktor lingkungan (X_6).

Hasil analisis metode *backward* menunjukkan urutan variabel bebas yang sangat besar pengaruhnya terhadap variabel terikat sampai yang tidak berpengaruh. Adapun urutan pertama variabel bebas yang dianggap paling berpengaruh terhadap variabel terikat status kesehatan ibu (Y) adalah pemberdayaan masyarakat (X_1) dengan koefisien pengaruh negatif sebesar -

0,135 dan bermakna secara statistik ($p=0,000$). Nilai negatif -0,135 mengandung makna bahwa ada pengaruh yang berlawanan dari variabel bebas dengan terikat, yaitu bila pemberdayaan masyarakat meningkat maka status kesehatan ibu membaik sehingga kematian ibu menurun, demikian pula sebaliknya bila pemberdayaan masyarakat menurun maka status kesehatan ibu memburuk sehingga angka kematian ibu meningkat. Hal ini berarti bahwa di Puskesmas Weiwerang faktor pemberdayaan masyarakat (X_1) merupakan variabel yang sangat berpengaruh dan memberi kontribusi terbesar terhadap status kesehatan ibu (Y) sehingga setiap tahun menyumbang kematian ibu.

Urutan kedua variabel independen yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) setelah pemberdayaan masyarakat (X_1) adalah faktor manajemen (X_4), dengan koefisien pengaruh sebesar -0,043 dan bermakna ($p=0,000$). Jadi faktor manajemen memberi kontribusi terbesar kedua dalam hal memengaruhi status kesehatan ibu di Puskesmas Weiwerang. Faktor lingkungan (X_6) merupakan urutan ketiga yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Y) dengan koefisien pengaruh sebesar -0,032 dan bermakna secara statistik ($p=0,006$). Selanjutnya faktor perilaku (X_3) memberikan pengaruh atau kontribusi terbesar keempat terhadap status kesehatan ibu (Y) dengan koefisien pengaruh sebesar -0,016 dan bermakna ($p=0,037$). Pada model 3 ini $\hat{Y} = - 1.159 - 0.135X_1 - 0.016X_3 - 0.043X_4 - 0.032X_6$ merupakan model regresi terbaik yang menjelaskan pengaruh variabel-variabel independen terhadap variabel dependen, jadi pemberdayaan masyarakat (X_1), faktor perilaku (X_3), faktor manajemen (X_4), dan faktor lingkungan (X_6) merupakan variabel-variabel yang memberi kontribusi terkuat terhadap status kesehatan ibu (Y). Adapun prosentase besar pengaruh keempat variabel tersebut terhadap status kesehatan ibu sebesar koefisien determinasi kali 100%, yaitu $0.536 \times 100\% = 53,6\%$ (*Adjusted R Square* x 100%). Status kesehatan ibu dipengaruhi oleh variabel lain selain keempat variabel tersebut dan tidak ada pada konsep penelitian ini adalah sebesar 46,4% ($100\% - 53,6\%$) yang tidak terdapat pada model (Lampiran 4).

BAB 6

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh variabel independen (faktor biopsikologi, faktor perilaku, faktor lingkungan, faktor pemberdayaan masyarakat, faktor predisposisi dan faktor manajemen pelayanan kesehatan) terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Lite dan Puskesmas Waiwerang. Hubungan variabel independen dapat dijelaskan berdasarkan urutan pengaruhnya secara signifikan terhadap status kesehatan ibu dapat diuraikan sebagai berikut :

6.1 Pengaruh Faktor Biopsikologi (pola makan ibu hamil) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan AKI

Faktor Biopsikologi dalam penelitian ini merupakan pengaruh pola konsumsi ibu hamil karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu hamil (Sitanggang,2010). Dari hasil penelitian ini kami dapatkan (31.1%) responden dari Puskesmas Lite dan (42.6%) responden Puskesmas Weiwerang tidak mengkonsumsi makanan tertentu selama hamil karena dianggap dapat mengganggu proses pertumbuhan janin dan mempersulit ibu dalam proses persalinan padahal makanan tersebut memiliki nilai gizi yang sangat tinggi misalnya gurita atau cumi-cumi, sayuran hijau dan lainnya. Namun 100 % responden dari kedua puskesmas mengkonsumsi tablet zat besi dan asam folat secara teratur. Secara garis besar kebutuhan ibu hamil antara lain yaitu asam folat dan zat besi (Fe) Kusmiati (2008) dalam Sitanggang (2010). *World health organizations* (2005) juga mengungkapkan ada 52 % ibu hamil menderita anemia pada negara berkembang sedangkan Indonesia menurut SKRT (survei kesehatan rumah tangga) tahun 2001 menemukan 40% ibu hamil mengalami anemia (Atmarita dkk,2004) dan kurang lebih 20 % sebagai penyebab kematian ibu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pola konsumsi ibu hamil terhadap status kesehatan ibu sehingga dapat diasumsi bahwa pola makan ibu hamil tidak berpengaruh dengan status kesehatan ibu karena pola konsumsi ibu hamil bukan satu-satunya faktor yang memengaruhi status kesehatan ibu, faktor mental, genetik, lingkungan dan faktor medik turut memengaruhi status kesehatan ibu hamil. Selain itu masalah gizi adalah masalah yang penting dan di pengaruhi oleh berbagai faktor akan tetapi dari beberapa

program yang dilaksanakan secara intensif telah menunjukkan hasil cukup mengembirakan di antaranya AKI menurun dan meningkatnya umur harapan hidup, sedangkan konteks Indonesia perkembangan gizi masyarakat menggambarkan kecenderungan yang sejalan (Handayani,2014).

Meskipun dalam penelitian ini tidak berpengaruh secara statistik namun secara teori berpengaruh berdasarkan teori *Academy for Education Development (US)* tahun 2004 menyampaikan bahwa Ibu yang dalam proses kehamilan sangat membutuhkan konsumsi makanan yang lebih dari sebelum hamil, Pola asupan makanan yang adekuat sejak tahap awal kehamilan sangat penting untuk menunjang kesehatan fisik dan perkembangan mental janin (WHO,2014) di kutip dari (Narasiang et al,2016). Sejalan dengan Monteiro et al (1996) yang di kutip dalam Narasiang et al (2016) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa kekurangan gizi pada kehamilan akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin serta menghambat pembentukan fungsi otak janin. Janin yang kekurangan gizi berisiko lahir dengan BBLR dan ketika tumbuh dewasa akan berisiko lebih tinggi untuk menderita penyakit degeneratif (diabetes, hipertensi, penyakit jantung dan stroke). Dimana kontribusi faktor genetik dalam menyebabkan sakit yaitu sekitar 30% – 50% (Kayame, Pongtiku, 2016).

Berdasarkan hasil observasi, masyarakat di Lite yang berada di hulu dengan mayoritas bekerja sebagai petani karena kondisi geografis dengan hasil pertanian anantara lain: jagung, ubi, kelapa, tembakau, vanili, coklat, cengkeh dan kopi (Adonara Tengah Dalam Angka,2018) sehingga masyarakat merasa tidak kekurangan kebutuhan akan makanan namun kebutuhan sumber protein hewani terutama ikan sangat minim karena berada di daerah pegunungan.

Pola makan merupakan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang di makan setiap hari oleh suatu orang dan merupakan ciri khas suatu kelompok masyarakat tertentu (Santoso dan Rianti,2004). Hasil penelitian Narasiang et al (2016) yang menyimpulkan bahwa beras merupakan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi oleh ibu hamil di kota Manado yaitu (95,58%). Hal ini juga sesuai dengan penelitian pola makan terhadap ibu hamil yang di lakukan Widy (2014), yang mengatakan bahwa beras menjadi sumber karbohidrat utama yang paling sering di konsumsi ibu selama hamil karena beras merupakan makanan pokok orang Indonesia (Hessie,2009).

Dari berbagai pernyataan di atas dapat diasumsikan bahwa ibu hamil di Lite berdasarkan mata pencahariannya sebagai petani lebih banyak mengonsumsi jenis karbohidrat dibandingkan dengan sumber protein hewani seperti ikan namun bukan menjadi masalah karena setiap minggu ada satu kali pasar tradisional di Lite yaitu hari jumat dan setiap harinya ada penjual ikan yang membawa dengan menggunakan sepeda motor sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi walaupun tidak setiap hari ibu mengonsumsi ikan segar.

Sedangkan masyarakat di Waiwerang karena letak geografis yang berada di pesisir pantai dan sebagian besar bermata pencaharian sebagai nelayan sehingga mereka kaya akan hasil laut, selain itu ada juga yang berprofesi sebagai petani dengan hasil pertanian seperti kemiri, kopi dan lain-lain dari hasil laut dan pertanian yang dimiliki mereka jual ke pulau-pulau tetangga (Patimoa, 2017). Adonara Tengah dengan ibukota Waiwerang memiliki pasar tradisional yang buka setiap hari sehingga kebutuhan ibu hamil dapat dipenuhi akan sayur-mayur dan sumber protein lainnya namun ibu hamilnya hampir setiap harinya mengonsumsi ikan karena berada di pesisir pantai. Berdasarkan hasil penelitian Narasiang et al (2016) menemukan ibu hamil yang berada di kota Manado mengonsumsi zat gizi protein terutama ikan air laut dengan frekuensi tertinggi dengan jumlah konsumsi sebesar (102,55 gr/hari).

Berdasarkan kebutuhan nutrisi yang seimbang bagi ibu hamil jelas terdapat perbedaan antara kebutuhan ibu hamil di Lite dan Waiwerang hal ini disebabkan oleh perbedaan geografi dan topografi dimana Waiwerang berada di pesisir pantai dengan kekuatan ekonomi tinggi terhadap hasil laut membuat ikan air laut mudah didapat dan ditemukan di kota ini. Sebaliknya di Lite merupakan daerah pegunungan yang kaya akan hasil pertanian sehingga kebutuhan akan karbohidrat dan sayuran mayur yang mudah didapat sehingga nampak bahwa faktor biopsikologi terutama dengan pola makan ibu hamil ini tidak memengaruhi status kesehatan ibu di kedua Puskesmas.

Berdasarkan teori status gizi bayi, balita dan ibu hamil di daerah pegunungan dan daerah pesisir secara konsep mempunyai kecenderungan perbedaan yang dikarenakan oleh perbedaan sumber makanan, faktor geografis, pendidikan dan ekonomi (Sasmiyanto dan Hadayani, 2016). Namun pada hasil penelitian tidak ada pengaruh pola makan ibu hamil di Lite (pegunungan) dan Waiwerang (pesisir pantai) terhadap status kesehatan ibu. Penelitian ini juga didukung oleh Aulia (2015) yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan

yang signifikan antara status gizi balita, tingkat konsumsi energi balita, tingkat ketersediaan pangan sumber energi dan tingkat ketersediaan pangan sumber protein antara wilayah pantai dan wilayah pegunungan bukit di Kabupaten Jepara.

Hal ini dikarenakan tempat tinggal yang berada di desa atau pegunungan saling jauh terpisah letaknya sehingga mereka harus mengandalkan diri hanya pada yang ada di tempat mereka. Umumnya masyarakat yang tinggal di desa atau pegunungan memperoleh bahan makanan dari kebun atau lahan masing-masing yang tersedia di sekitarnya berupa sayur- mayur dan makanan pokok berupa beras serta sumber makanan penunjang dan pelengkap lainnya. Akan tetapi di era masa kini akses perolehan bahan sumber pangan lebih mudah dikarenakan akses transportasi yang lebih mudah serta menjamurnya usaha jual beli seperti warung serta pedagang keliling setiap harinya yang menjual beraneka ragam kebutuhan makanan sehingga menjadi tidak ada perbedaan yang nyata pada tingkat ketersediaan panganan pada keluarga yang bertempat tinggal di pantai dengan di wilayah pegunungan atau bukit. karena masyarakat daerah pantai dan pegunungan mampu mencari bahan makanan pengganti yang mempunyai zat gizi sama dengan pangan yang tidak tersedia tersebut (Sasmiyanto dan Hadayani,2016).

Dengan demikian pola makan ibu hamil yang berada di Puskesmas Lite dan Waiwerang berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh pola konsumsi ibu hamil terhadap status kesehatan ibu sehingga dapat diasumsi pola makan ibu hamil di Puskesmas Lite tidak menjadi masalah bagi ibu hamil sehingga AKI tidak ada.

6.2 Pengaruh Faktor Faktor Lingkungan Ekonomi (pendapatan keluarga) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan AKI

Faktor lingkungan yang diteliti adalah tentang pendapat keluarga yang memungkinkan untuk mendukung keluarga dalam pencarian tempat pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lite dan Waiwerang cenderung sama yaitu rata-rata Rp. 564.598- Rp. 744.754.. mayoritas pekerjaan adalah ibu rumah tangga, yaitu (77.86%) dari Puskesmas Weiwerang dan Puskesmas Lite (63.93%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh faktor lingkungan sosialekonomi terhadap status kesehatan ibu di kedua Puskesmas.

Menurut Dunlop dan Muzakir (1981), dan Fruchs (1998) yang dikutip dari Sri Hartuti (2011) mengatakan bahwa pengaruh pengguna pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan ekonomi adalah penghasilan masyarakat, hal ini dapat diasumsikan bahwa kenaikan penghasilan keluarga dapat meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan (Waang,2012). Selain itu Hause (2002) yang di kutip dari Sulaeman et al (2012) dalam penelitian lintas negara menemukan adanya hubungan yang kuat antara pendapatan yang tidak memadai dengan kesehatan. Penelitian ini juga di dukung Rahmadewi (2011) hasil penelitian Sinaga (2007) bahwa faktor sosial demografi yang memengaruhi tingginya AKI di NTT salah satunya adalah tingkat pendapatan yang rendah (miskin). Hal ini dapat diasumsi sesuai teori Green (1991) terkait faktor *enabling* bahwa seseorang dapat menjangkau semakin banyak sarana pelayanan dan tenaga kesehatan untuk meningkatkan status kesehatannya ketika memiliki ketersediaan biaya untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil, transport ke fasilitas kesehatan ataupun biaya pelayanan kesehatan lainnya. Hendrik L. Blum dalam *Planning for Health, Development and Application of Social Change Theory* menyatakan bahwa determinan status kesehatan masyarakat bukan dari sisi medis namun 45 % berasal dari lingkungan termasuk lingkungan ekonomi (Waryana,2016).

Hasil penelitian ini karena terfokus pada lingkungan ekonomi dimana yang berpengaruh terhadap status kesehatan ibu adalah pendapatan keluarga dari kedua puskesmas jelas ada perbedaan, berdasarkan hasil observasi Waiwerang memiliki pendapatan yang lebih tinggi di dibandingkan dengan Lite, karena adanya pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat di Waiwerang selain itu sudah banyak pendatang yang melakukan jual beli sehingga perputaran uang sangat cepat sedangkan di Lite perputaran uang tidak sama dengan di Waiwerang karena terbatas dengan transportasi untuk mengangkut hasil pertanian yang akan di jual ke waiwerang sehingga banyak masyarakat lebih memilih menjual hasil pertanian kepada tengkulak dengan harga yang rendah. Tingkat ekonomi akan berpengaruh terhadap kesehatan, keluarga dengan tingkat ekonomi yang rendah tidak mampu untuk menyediakan dana bagi pemeriksaan kehamilan (Bobak,Lowdermilk dan Jansen,2004). Sesuai dengan penelitian Karman et al (2016) mengatakan bahwa pendapatan berupa uang yang mempengaruhi daya beli seseorang untuk membeli sesuatu karena penghasilan merupakan faktor yang paling penting menentukan kuantitas

maupun kualitas kesehatan sehingga ada hubungan yang erat antara penghasilan keluarga dengan keadaan kesehatan seseorang, dimana pendapatan seseorang yang baik tidak menjamin suatu kondisi yang selalu dapat menunjang semua kebutuhan bagi keadaan kesehatan seseorang menjadi memadai atau tercukupi.

Berdasarkan hasil observasi Puskesmas Lite yang berada di daerah pegunungan dengan nuansa pedesaannya masih sangat kental dan belum terkontaminasi, lingkungannya pun masih asri, dan kaya akan potensi sumber daya alam namun akses ke Waiwerang sebagai pusat kota di mana mereka dapat melakukan jual beli untuk memenuhi kebutuhannya masih sangat terbatas dimana kesulitan transportasi seperti pik-up yang tidak ada setiap hari dan jarak yang jauh karena membutuhkan waktu sekitar 30 menit dengan menggunakan roda 4 membuat masyarakat sulit menjual hasil kebunya ke pasar sehingga mereka harus menjual hasil kebunya kepada para tengkulak dengan harga yang rendah sehingga mempengaruhi penghasilan mereka untuk memenuhi kebutuhannya. Oleh karena itu pemberdayaan masyarakat di bidang ekonomi perlu di tingkatkan dengan mengajari/melatih masyarakat untuk dapat mengelolah hasil alam yang ada sehingga dapat meningkatkan ekonomi keluarga.

Selain faktor lingkungan ekonomi, ada juga faktor lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi status kesehatan ibu, berdasarkan hasil observasi yang dilakukan maka di temukan faktor sosial berupa *support* dan dukungan dari petugas kesehatan yang masih di rasa sangat kurang dari masyarakat hal ini dapat di asumsikan bahwa petugas kesehatan sebagai stakeholder kurang *care* (peduli) dengan ibu hamil dan data ini di dapat hasil wawancara di salah satu desa penyumbang angka kematian ibu yaitu desa Lamahala Kecamatan Adonara Timur Waiwerang. Berdasarkan teori bahwa salah satu peran petugas kesehatan adalah untuk memberi *support* dan dukungan kepada ibu hamil (Kusmiyati,2008). Sesuai dengan Alamsyah (2011) dalam Madunde et al (2013) menyatakan kurangnya pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat salah satunya di sebabkan oleh keramahan petugas dalam pelayanan yang masih sangat lemah. Pernyataan ini juga di dukung oleh Pekabanda (2016) pada hasil penelitiannya ia menemukan ada 2 ibu hamil mengatakan bahwa masih ada bidan yang kurang ramah dan pelayanannya kurang memuaskan serta bidan sering membeda-bedakan status sosial masyarakat.

Hal inilah yang membuat masyarakat kurang membuka diri terhadap petugas sehingga permasalahan yang hubungan dengan kesehatan ibu tidak terdeteksi dengan baik sehingga terjadi kematian ibu. Oleh karena itu petugas kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar tejalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien (Kusmiyati,2008) sehingga perlu dilakukan pendekatan secara kekeluargaan dengan mengajak semua pihak yang ada dimasyarakat terutama ketua adat, tokoh agama dan kapitan sebagai orang yang dapat di dengar oleh masyarakat untuk menumbuhkan rasa empati, peduli dan memberi perhatian pada ibu hamil.

Di samping lingkungan ekonomi juga ada lingkungan sosial yang berperan dimana masyarakat dan petugas kesehatan maupun stakeholder lainnya harus peduli dan *care* dengan memberi perhatian yang lebih terhadap ibu hamil, Astuti H dalam Subekti (2016) menyampaikan bahwa dukungan selama kehamilan sangat dibutuhkan selama kehamilan, terutama dari orang terdekat apalagi bagi wanita yang baru pertama hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat. Susanti et al (2017) berasumsi bahwa ibu hamil juga bisa mendapat dukungan sosial dari petugas kesehatan ataupun teman seperti yang dilakukan masyarakat di Lite bila ada ibu hamil yang sedang berjalan ke Puskesmas untuk memeriksakan diri maka masyarakat yang berpapasan tersebut dengan menggunakan kendaraannya akan mengantarkan ibu ke Puskesmas (wawancara dengan Patrisius Ketua desa siaga,2018). Berdasarkan teori hal ini sesuai dengan dukungan instrumental yaitu yang melibatkan bantuan secara langsung seperti memberikan atau mengantar ke tempat senam ibu hamil (Susanti et al,2017). Hal ini di karenakan jarak dan keterbatasan dari pendapatan keluarga yang sangat minim sehingga semua masyarakat yang ada di Lite di ajarkan untuk menumbuhkan rasa empati kepada ibu hamil. Suryaningsih dalam maharani (2014) menyampaikan bahwa dukungan sosial berupa perhatian dapat diperoleh dari suami, anak, orang tua, atau kerabat dan teman akrab. Dukungan sosial berupa dukungan emosional, dapat di tunjukan melalui ekspresi empati, perhatian dan kepedulian terhadap seseorang (Susanti et al,2017).

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa adanya interaksi yang baik antara ibu hamil dan masyarakat dengan saling membagi informasi antar sesama ibu hamil dengan ibu lain khususnya yang telah berpengalaman serta adanya koordinasi yang baik antara masyarakat, kader dan petugas kesehatan dengan

memberikan informasi bila ada ibu yang ingin melahirkan atau terdeteksi faktor risiko yang terjadi pada ibu hamil. Abdollapour (2015) mengatakan bahwa dukungan informasi yaitu pemberian nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik mengenai apa yang dapat dilakukan.

Dari pernyataan di atas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa dukungan sosial melibatkan hubungan sosial yang berarti, sehingga dapat menimbulkan pengaruh positif bagi penerimanya meskipun secara teoritis dukungan sosial menekankan pada pertukaran interpersonal antara individu tersebut, namun tetap saja masing-masing individu harus memastikan apakah mereka benar-benar menerima dukungan dari orang-orang di sekitar mereka (Tietjen dan Bradley, 1985 dalam Collins, 2013). Menurut King, 2010 dalam Yuniawati dan Marni (2015), mengatakan bahwa dukungan sosial adalah informasi dan umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang di cintai, diperhatikan, dihargai, dihormati, dan dilibatkan dalam jaringan berkomunikasi dan kewajiban timbal balik, karena sebagai makhluk sosial kita membutuhkan bantuan orang lain sehingga interaksi individu satu dengan yang lain harus terjalin dengan baik. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah kejiwaan yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu (Endra, 2010).

Pada hasil penelitian ini nampak bahwa penghasilan keluarga merupakan faktor yang dianggap mewakili keadaan sosial ekonomi keluarga dan merupakan salah satu faktor lingkungan yang dapat memengaruhi status kesehatan ibu karena dengan pendapat keluarga yang cukup maka ibu mampu meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan. Pengaruh faktor lingkungan di Lite berada pada urutan ke 2 sedangkan di Waiwerang berada pada urutan ke 3.

6.3 Pengaruh Faktor Perilaku (*antenatal care* sesuai standar) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan AKI

Faktor perilaku dalam penelitian ini adalah pendapat ibu tentang *antenatal care* sesuai standar yaitu minimal 4 kali selama kehamilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang setuju mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar adalah mereka yang telah memiliki Riwayat ANC sebelumnya (55.7%) berasal dari Puskesmas Lite sedangkan (42.6%) berasal dari Puskesmas Waiwerang. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh perilaku terhadap status kesehatan ibu di kedua Puskesmas yaitu Puskesmas Lite dan Waiwerang.

Pemeriksaan Kehamilan penting dilakukan untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Hasil penelitian ini sejalan dengan Celik dan Hotchkiss (2000) dalam Isdiaty (2013) dimana sebagian besar respondenya menunjukkan perilaku yang baik dalam melakukan ANC pada tenaga kesehatan. Penelitian ini sejalan dengan Istiningtyas (2010) yang menyatakan terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap seseorang terhadap perilakunya dalam meningkatkan kualitas hidup dan taraf hidup untuk menjadi lebih baik dan sejahtera. Hasil penelitian ini juga menggambarkan bahwa hampir (85 %) ibu hamil di kedua puskesmas ini berada pada usia yang tidak berisiko sehingga sangat berpengaruh pada status kesehatan ibu ketika hamil, melahirkan dan masa nifas. Menurut Ngalim (2007) dalam Mufidah et al (2010) bahwa setiap organ dalam tubuh manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan sehingga setiap orga (fisik dan psikis) dapat dikatakan matang jika ia telah mencapai kesanggupan menjalankan fungsinya, sehingga kematangan berhubungan erat dengan umur seseorang. Sesuai dengan penelitian Mufidah et al (2010) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan erat usia ibu hamil trimester III dengan Keteraturan *Antenatal Care* K4 karena kondisi mental dan kesiapan ibu hamil usia 20-35 tahun dalam menghadapi kehamilannya lebih siap jika dibandingkan dengan ibu hamil dengan usia yang terlalu mudah. Sehingga ibu yang berusia 20-35 tahun cenderung melakukan ANC secara teratur dalam menghadapi kehamilannya.

Adanya peraturan desa di wilayah kerja puskesmas Lite (42.6%) dan (36.8%) di Puskesmas Weiwerang. Peraturan desa menurut pasal 1 undang-undang Nomor 10 tahun 2004 tentang pembentukan peraturan perundang-undangan mendefinisikan sebagai peraturan perundang-undangan yang di buat oleh badan perwakilan desa atau nama lain bersama dengan kepala desa atau nama lainnya. pentingnya peraturan desa ini juga bertujuan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan, pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat serta meningkatkan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan dan keistimewaan dan kekhususasn daerah tersebut (Saiful,2014)

Peraturan desa menjadi salah satu faktor pendorong (*reinforcing*) sesuai teori Green (1991) yang mengikat masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan sebagai tempat mendapat pelayanan kesehatan dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas dalam upaya peningkatkan status kesehatan ibu

untuk menurunkan angka kematian ibu (Waang,2012). Sejalan dengan Yulandari (2010) menyatakan bahwa peraturan perundang-undangan adalah keputusan tertulis negara atau pemerintah yang berisi petunjuk atas pola tingkah laku yang bersifat mengikat secara umum. Peraturan desa merupakan regulasi yang sangat penting terutama di Indonesia karena merupakan negara yang multi, yang dapat menimbulkan keberagaman sumber daya alam, sumber daya manusia, kebutuhan masyarakat yang berbeda-beda, luas wilayah, adat istiadat, agama dan budaya (Saiful, 2014).

Dari hasil observasi di temukan perilaku masyarakat yang berbeda antara kedua Puskesmas. DiLitemasyarakat memiliki disiplin dan ketaatan yang tinggi terhadap TOMA maupun TOGA (Patimoa,2017). Salah satu tokoh masyarakat mengatakan bahwa hal ini di karenakan sistem pemerintahan berdasarkan suku yang turut berperan dalam sistim pemerintahan adat, selain itu ada juga peran petugas kesehatan yang memberi pelayanan kepada ibu hamil dengan penuh cinta dan kasih sayang karena mereka menganggap bahwa ibu hamil yang mereka layani adalah adik ataupun saudara mereka sendiri, sehingga timbulah kesadaran dari masyarakat tentang pentingnya sebuah kehidupan karena asal muasal kehidupan itu dari seorang ibu (Petronela Odjan,2018). Hal ini juga di dukung oleh Penelitian Siti Uswatun (2015) Bahwa meskipun tenga kesehatan memiliki peran yang sangat besar namun di perlukan juga peran masyarakat yang tidak kalah pentingnya dengan mengoptimalkan kegiatan organisasi yang ada di masyarakat dalam upaya penurunan angka kematian ibu.

Keberhasilan yang dilakukan petugas kesehatan dan penyuluh keluarga berencana (PLKB) juga terlihat dengan meningkatnya akseptor KB di Puskesmas Lite yang menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yaitu 429 akseptor dari total akseptor 695 (Adonara Tengah Dalam Angka, 2018) dan pendekatan yang dilakukan bidan maupun petugas PLKB yaitu dengan sistim jemput bola dengan mengunjungi ke rumah ibu nifas untuk di lakukan kunjungan nifas sekaligus memberi penyuluhan dan konseling dan pemasangan alat kontrasepsisehingga dapat menekan kehamilan selanjutnya berdampak apada menurunnya angka kematian ibu (Petronela Odjan,2018). Pelayanan KB pasca persalinan merupakan salah satu program strategis untuk menurunkan kehamilan yang tidak di inginkan (Mujianti dalam Data Informasi Kesehatan Kemenkes,2013). Hasil penelitian ini sesuai dengan Jayanti et al (2016) yang menyimpulkan bahwa ada pengaruh riwayat KB terhadap kematian ibu dengan

($p=0,027$) atau dengan *oddsratio* sebesar 14,615 dimana ibu hamil yang tidak pernah KB sebelum kehamilan mempunyai risiko 4,151 kali lebih besar untuk mengalami kematian dari pada ibu yang pernah KB.

Hasil Penelitian ini di perkuat oleh penelitian Yego et al (2014) di rumah sakit kenya yang menyatakan bahwa riwayat KB berpengaruh terhadap kematian ibu, dimana riwayat KB merupakan faktor protektif sebesar 0,3 yang dapat melindungi ibu dari kematian pada saat kehamilan, persalinan dan nifas. sehingga dapat di asumsikan bahwa penggunaan KB dalam mengurangi kematian ibu ini bertujuan untuk mengurangi jumlah kehamilan, mengurangi bahaya dari jumlah anak yang banyak dan mengurangi bahaya dari aborsi dan menunda kehamilan (Jayanti et al,2016).

Berbeda dengan Puskesmas Waiwerang dimana beradara di pinggir laut dan berdasarkan sejarah nenek moyang mereka di tempat dengan kehidupan yang sangat keras sehingga membuat karakter dan watak masyarakatnya menjadi keras dan untuk meyelesaikan masalah dengan cara kekerasan dengan karakter mereka inilah yang membuat mereka tidak patuh dan kurang disiplin (Patimoa,2017). Berdasarkan teori perilaku di pengaruhi oleh faktor internal atara lain jenis ras/keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, dan intelegensia. Jenis ras atau keturunan setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas, tingkah laku yang khas ini berbeda pada setiap ras karena memiliki ciri tersendiri. Ciri perilaku orang Negroid antara lain bertempramen keras, tahan menderita, menonjol dalam kegiatan olah raga Waryana,2016). Kondisi ini sesuai dengan ciri khas orang yang berada di Waiwerang yaitu berkulit hitam sehingga mereka memiliki watak yang keras.

Untuk menumbuhkan kesadaran dan kepatuhan dari masyarakat Dinas Kesehatan Flores Timur melakukan kerjasama lintas sektor yang melibatkan tim dari kepolisian dimana bila ada ibu yang tidak mau melahirkan di fasilitas kesehatan maka dari kepolisian akan menelpon atau mendatangi rumah ibu tersebut dan menyampaikan bahwa ibu telah melakukan pelanggaran sehingga harus di bawa, pernyataan ini juga dapat membuat masyarakat takut dan akhirnya dengan keadaan terpaksa masyarakat keluarga untuk mengikuti aturan yang sudah ada dan hal ini berlaku di seluruh puskesmas di wilayah kerja Kabupaten Flores Timur (Kamaria,2018). Dari hasil penelitian ini di dapatkan pengaruh perilaku kesehatan di puskesmas Lite berada pada urutan ke 3 sedangkan Waiwerang di urutan ke 4.

6.4 Pengaruh Faktor Predisposisi (pengetahuan dan sikap) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam menurunkan AKI

Faktor predisposisi dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang tanda-tanda bahaya dan faktor risiko pada ibu hamil (Sumarni et al, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua responden di Puskesmas Lite dan Weiwerang mengetahui tanda-tanda bahaya pada ibu hamil yang mencakup cara mengetahui tanda dan penyebab bahaya kehamilan yaitu Puskesmas Lite (90.9 %) Puskesmas Weiwerang (91.8 %) namun tidak semua ibu mengetahui jenis risiko tinggi ibu hamil dan bahaya terhadap ibu dan janin, yaitu Puskesmas Lite (17.21 %) sedangkan Puskesmas Weiwerang (16.39 %). Semua responden (100%) dari kedua puskesmas bersikap positif atau setuju untuk melakukan deteksi dini dan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan jika mengalami kondisi risiko tinggi atau tanda bahaya kehamilan.

Dari hasil penelitian kami di dapatkan tidak ada pengaruh faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap) terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Lite dan Puskesmas Weiwerang. Berdasarkan teori Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) karena jika seseorang tidak mengetahui tentang sebuah objek maka objek tersebut tidak akan menarik bagi seseorang, begitu juga halnya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan khususnya di puskesmas (Risksdas, 2013). Dalam penelitian Pembe et al (2009) Kabakyenga et al (2011) dan Hailu et al (2010) dalam Isdiyati dan Ungsianik (2013) sebagian besar peneliti menyatakan bahwa responden memiliki pengetahuan yang rendah dalam menyebutkan tanda-tanda bahaya kehamilan. Dapat diasumsikan bahwa meskipun seseorang berpengetahuan baik tentang tanda-tanda bahaya kehamilan dan bersikap positif terhadap faktor risiko kehamilan namun tidak menjamin seseorang dapat berperilaku yang mendukung pengetahuannya untuk mengambil keputusan ke fasilitas kesehatan ketika mengalami tanda bahaya atau risiko tinggi. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal seperti pendidikan, pada umumnya makin tinggi pendidikan, makin mudah menerima informasi. Hal ini didukung juga oleh riset Lailatul, et al (2014). bahwa pengetahuan memiliki dampak terhadap pemanfaatan pelayanan maternal yaitu kehamilan dengan semakin tinggi pengetahuan maka semakin tinggi pula pemanfaatan pelayanan maternal.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan Sufiawati (2012) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan pemilihan fasilitas kesehatan sebagai tempat pertama dan utama mendapatkan pelayanan kesehatan. Adapun perbedaan pada penelitian ini yaitu pada sampel di mana pada penelitian ini menggunakan ibu yang telah bersalin dengan masa persalinan 0-3 bulan dan metode yang di gunakan adalah *crros sectional* dengan menggunakan *prevalensi ratio* (PR) atau *odds ratio* (OR).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, menurut Allport (1973) yang di kutip dari Pratiwi (2013) sikap seseorang dapat terwujud bila individu memiliki keyakinan sehingga akan memengaruhi tindakannya, hal ini juga di perkuat oleh Purba (2009) dimana seseorang dapat bersikap baik terhadap suatu objek dengan memberikan perhatian.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan ternyata ibu hamil yang berada di Puskesmas Lite walaupun responden mayoritas memiliki tingkat pendidikan SD dan namun di lihat dari segi budaya mereka memiliki tingkat kepatuhan dan ketaatan yang sangat tinggi dalam menghargai saran dari para TOMA maupun TOGA (Patimoa,2017). Selain itu ibu hamil juga mencari informasi tentang kehamilan untuk mendapat nasehat kepada yang berpengalaman atau yang di tuakan. Hal ini di dukung oleh Karman et al (2016) bahwa pengetahuan seseorang bisa di dapat dari pengalaman sehingga walaupun pendidikan SD namun mereka patuh dan mau mendengarkan saran dan masukan orang lain sehingga berdampak pada sikap yang di ambil. Selain itu mereka juga mendapatkan pendidikan non formal seperti penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan saling membagi informasi berdasarkan pengalaman yang di dapat sehingga memperkaya pengetahuan mereka. Waryana (2016) mendefenisikan penyuluhan kesehatan sebagai pendidikan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menambah keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penelitian ini juga di dukung oleh Waang (2012) yang mengatakan bahwa 54,6 % ibu yang berpendidikan rendah memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan hal ini dapat di asumsikan bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal tetapi dengan teknologi yang mudah di akses oleh ibu melalui televisi, radio, internet maupun majalah.

Sedangkan di Waiwerang mayoritas responden berpendidikan SLTA artinya pengetahuannya baik namun tidak di ikutkan dengan sikap mereka hal ini bisa dikarenakan oleh sifat dan karakter yang keras dan sulit untuk menerima masukan dari luar serta kurang rasa empati terhadap sesama dan kurangnya pendidikan kesehatan. Sesuai dengan penelitian Monita et al (2014) yang menyimpulkan bahwa walaupun pengetahuan ibu sudah baik, tetapi pengetahuan yang baik belum tentu mempengaruhi kesadaran atau sikap seseorang untuk menggunakan pengetahuannya. Oleh karena itu petugas kesehatan perlu melakukan evaluasi terhadap kelas ibu hamil dan perlu di tingkatkan peran serta masyarakat dalam kelas ibu hamil. Dengan demikian hasil uji statistik menunjukkan bahwa faktor predisposisi dari kedua puskesmas tidak berpengaruh terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan angka kematian ibu baik di puskesmas Waiwerang maupun Lite.

6.5 Pengaruh Faktor Pemberdayaan Masyarakat (peraturan desa, dana sosial bersalin dan rumah tunggu kelahiran/RTK) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan AKI

Dari hasil penelitian kami di dapatkan (63,1%) ibu di wilayah Puskesmas Lite dan 81 orang (66,3%) di Puskesmas Waiwerang memiliki tabungan bersalin yang dapat digunakan untuk membiayai kebutuhannya selama masa persalinan, masih ada ibu yang tidak memiliki tabungan bersalin karena kondisi ekonomi masyarakat karena untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari masih kesulitan sehingga uang untuk menabung tidak ada, dan juga terdapat (23%) responden di Puskesmas Lite dan (16.39%) responden dari Puskesmas Weiwerang menyatakan bahwa desa mereka memiliki dana bergulir desa yang disiapkan untuk membantu ibu yang akan dirujuk dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini juga didukung oleh pernyataan tokoh masyarakat bahwa terdapat dana bergulir desa siaga yang dapat dipinjam oleh ibu hamil untuk biaya persalinan dan dikembalikan setelah 40 hari persalinan dan juga ada biaya sukarela dari masyarakat yang dikumpulkan di desa yang dinamai dana sosial bersalin (Patrisius,2018). Sistem pengumpulannya adalah disediakan kotak dasolin di kantor desa, setiap tamu atau pengunjung kantor desa wajib memasukan uang dengan jumlah yang tidak ditentukan ke dalam kotak dasolin yang digunakan untuk mencegah terjadinya 3 (tiga) terlambat yang memicu kematian ibu yaitu terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan (Patrisius,2018).

Pemberdayaan masyarakat sangat menentukan keberhasilan, kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan dan terdapat juga peraturan desa yang dikembangkan dari hukum adat sebagai aturan untuk mengikat masyarakat sebagai bentuk upaya pemberdayaan masyarakat dilakukan oleh beberapa desa di wilayah kerja Puskesmas Lite dan Waiwerang sehingga nampak pada hasil penelitian bahwa (36.8%) responden dari puskesmas waiwerang sedangkan di Puskesmas Lite (42.8%) menjawab ada peraturan desa yang mengatur tentang kesehatan ibu dan anak.

Dari hasil penelitian Pranata et al (2011) pada sasaran tersier yaitu tokoh masyarakat harus mampu mengadvokasi pengelola posyandu untuk terlibat dalam upaya pencegahan adanya kasus kematian ibu dan bayi. Hal ini sesuai dengan salah satu unsur dalam pemberdayaan masyarakat yaitu dana yang mengacu pada Kemenkes RI tahun 2013 yang menyatakan bahwa ketersediaan dana merupakan strategi untuk mendukung keberhasilan upaya pemberdayaan masyarakat, sehingga tanpa adanya dana maka banyak kegiatan masyarakat yang tidak berjalan secara optimal. Menurut Eka Yuni (2016) dalam penelitiannya tentang sikap masyarakat dalam upaya pemberdayaan masyarakat pada program P4K di Kabupaten Malang dimana salah satu hasil penelitiannya mengatakan bahwa masyarakat mempunyai dana bergulir yang di kumpulkan secara suka rela dan gotong royong untuk membantu ibu hamil di wilayahnya ketika membutuhkan dana, hal ini dapat diasumsikan bahwa pemberdayaan masyarakat dalam bentuk *community fund* di Kabupaten Malang sudah berjalan secara optimal.

Bertolak belakang dengan hasil penelitian dari Tuti Restuastuti (2017) yang mengatakan bahwa ketersediaan dana masyarakat di Pekanbaru belum semuanya terlaksana di puskesmas sehingga perlu keaktifan dari masyarakat terkait dengan *community fund* yaitu adanya swadana dari masyarakat selain itu perlu adanya kemitraan dengan pemerintah maupun swasta untuk menggali sumber dana. Selain itu swadana masyarakat juga dapat diaktifkan sumber dana lokal yang ada di masyarakat seperti arisan warga, tabulin, tabumas, iuran posyandu dan iuran warga (Darmawan,2012).

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa Puskesmas Lite memiliki Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) namun tidak digunakan sesuai fungsinya dan digunakan sebagai tempat untuk bersalin (45.08%) ibu pernah memanfaatkan RTK sebagai tempat persalinan sedangkan Puskesmas Waiwerang memiliki RTK

namun digunakan sebagai tempat tinggal dokter sehingga pemanfaatan tidak sesuai fungsi yang sebenarnya padahal ketersediaan UKBM sangat diperlukan di suatu kelompok masyarakat yang merupakan salah satu langkah dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat didalam wilayah puskesmas tersebut.

Dari hasil penelitian yang dilakukan Waang (2012) diketahui bahwa rumah tunggu merupakan salah satu daya ungkit untuk meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan.

Rumah tunggu di Kabupaten Flores Timur dikenal dengan nama 2H2 center (tinggal di rumah tunggu 2 hari sebelum persalinan dan 2 hari setelah persalinan) namun kenyataannya di puskesmas pasien datang 1 hari sebelum persalinan dan 1 hari sesudah persalinan bagi yang fisiologis tetapi yang kasus pathologi tinggal dan dirawat 3 hari dengan aturan biaya makanan dan minuman disediakan oleh masyarakat, meskipun demikian kebutuhan masyarakat untuk menggunakannya 40-50 %. Hal ini sesuai dengan teori fungsi dari Katz yang dikutip oleh Pratiwi (2013) *need* (kebutuhan) merupakan stimulus langsung untuk menggunakan RTK. Berarti masyarakat sadar bahwa rumah tunggu merupakan kebutuhannya sehingga meskipun digabung dengan ruang bersalin, masyarakat menyediakan makanan sendiri ia akan tetap menggunakan rumah tunggu sebagai sarana yang mendekatkan dirinya dengan fasilitas kesehatan.

Menurut Green (1991) bahwa faktor *enabling* / faktor yang memungkinkan ibu menggunakan fasilitas kesehatan karena keterjangkauan. Rumah tunggu merupakan salah satu faktor *enabling* ibu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan status kesehatannya. Hal ini berarti dalam mempercepat keberhasilan upaya peningkatan status kesehatan ibu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, masyarakat dengan segenap potensi dan peran sertanya merupakan faktor penentu (Pratiwi, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian faktor yang berpengaruh paling besar terhadap status kesehatan ibu di ke dua Puskesmas Lite dan Waiwerang adalah pemberdayaan masyarakat dengan jenis kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Lite dan Waiwerang sebagai indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat adalah terlokasinya anggaran dari masyarakat sebagai dana sosial desa atau tabungan ibu bersalin yang digunakan untuk membantu ibu bersalin di desa dalam bentuk pelayanan dasar maupun rujukan. Adanya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dalam bentuk Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) yang dibuat oleh masyarakat yang

letaknya dekat fasilitas kesehatan dasar atau rujukan yang berfungsi sebagai tempat ibu hamil dan pendamping menunggu selama 1-2 hari dan 7-14 hari bagi ibu hamil berisiko sebelum tafsiran persalinan (Bakoil,2017)

Kerjasama lintas sektor baik dari camat, aparat desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader, petugas kesehatan dan kepolisian dalam meningkatkan status kesehatan ibu dengan memberikan perhatian kepada ibu hamil seperti pemeriksaan berkala di puskesmas atau posyandu dan persalinan di puskesmas, merujuk ke bidan atau Puskesmas dan Rumah Sakit bila di temukan komplikasi, Menurut Kementerian Kesehatan melalui buku dana desa dimana salah satu jenis kegiatan pemberdayaan masyarakat desa yaitu kunjungan rumah untuk pemberdayaan keluarga yang bertujuan memberikan bimbingan dalam keluarga agar dapat mengenali dan mencegah penyakit (Kementerian kesehatan RI,2017). Melakukan kursus perkawinan yang dilakukan oleh tokoh agama (penyuluhan tentang persiapan kehamilan maupun kesehatan Ibu dan anak serta KB). Adanya Dana sosial bersalin yang di kelolah oleh desa siaga untuk membantu ibu dalam proses persalinan (di Lite) dan menurut tokoh agama mereka bersama dengan organisasi masyarakat maupun pemuda melakukan penyuluhan tentang bahaya pernikahan dini maupun masalah kesehatan yang sedang di alami masyarakatnya khususnya di desa Lamahala Kecamatan Adonara Timur.

Bentuk perhatian yang di berikan oleh desa siaga di Puskesmas Lite yaitu dengan menyiapkan 2 orang kader yang berasal dari 1 kader posyandu yang memiliki fungsi untuk menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi dan 1 kader desa siangan yang akan menyiapkan surat-surat yang di perlukan seperti kartu BPJS/KIS dan juga buku pink yang mencatat riwayat kehamilan ibu dan kedua kader ini tidak hanya mengantar tetapi mendampingi sampai selesai proses persalinan karena mereka memiliki motto SIAGA (siap antar jaga) dan setelah itu mereka melaporkan kepada ketua desa siaga dan beliau akan berkunjung dan memastikan sekaligus memberikan *support* kepada ibu dan keluarga di puskesmas (Patrisius, ketua desa siaga Lite,2018).

Puskesmas Waiwerang walaupun faktor pemberdayaan merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh yang sangat besar namun masih ada desa siaga yang tidak aktif yaitu di desa Lamahala yang mana desa inilah yang setiap tahunnya menyumbangkan angka kematian ibu, desa siaga ini tidak aktif karena kurang dukungan dari pemerintah desa selaku pengelola anggaran desa

sehingga fungsi dari desa siaga tidak berjalan dengan baik dan ini merupakan salah satu kendala terbesar yang berada di desa Lamahala (wawancara dengan Ketua BPD Lamahala,2018) selain itu desa Lamahala yang memiliki jumlah penduduk terpadat di Kecamatan Adonara Timur dengan jumlah penduduk 5.675 dan memiliki 6 (enam) dusun (data kecamatan,2017) ini tidak memiliki satupun posyandu yang di bangun dari swadaya masyarakat, melainkan posyandu akan dilaksanakan di rumah warga dengan memanfaatkan ruang teras rumah warga.Sedangkan di desa Saosinaberdasarkan hasil wawancara dengan salah satu aparat desa menyampaikan bahwa mereka sangat mendukung kegiatan kesehatan dengan menganggarkan keuangan desa dengan porsi yang cukup besar dan masyarakat sudah mampu menganalisa penyakit apa yang sering terjadi dan mencari solusinya dengan menyiapkan kebutuhan seperti stik untuk pemeriksaan kolesterol dan gula darah.

Dari hasil analisis Uji statistik yang dilakukan walaupun pemberdayaan masyarakat ini mempunyai pengaruh yang sangat besar di kedua puskesmas namun masih terdapat angka kematian ibu di Puskesmas Waiwerang terutama daerah penyumbangnya AKI yaitu Lamahala hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran dan kepatuhan serta disiplin dari masyarakat, kurangnya perhatian dari petugas puskesmas dan adanya pengaruh budaya.

6.6 Pengaruh Faktor Manajemen Pelayanan Kesehatan (sarana prasarana dan SDM kesehatan) terhadap Status Kesehatan Ibu dalam Menurunkan AKI

Faktor manajemen pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tentang pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan.Dari hasil penelitian kami didapatkan responden yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah (96%) berasal dari Puskesmas Lite dan (95%) berasal dari Puskesmas Waiwerang. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada pengaruh manajemen pelayanan kesehatan terhadap status kesehatan ibu di kedua puskesmas yaitu Puskesmas Lite Weiwerang. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan Andersen (1974) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan tergantung kondisi seseorang untuk menggunakan jasa pelayanan, kemampuan untuk mencari pelayanan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Sufiawati (2012) bahwa terdapat beberapa faktor yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan diantaranya faktor kemiskinan, akses layanan ke sarana kesehatan, pendidikan, kurangnya tenaga kesehatan di daerah, kurangnya dukungan suami/keluarga, kondisi

geografis, transportasi, kultur budaya masyarakat dan masih rendahnya kepercayaan pada bidan atau dokter yang masih muda secara usia yang dianggap minim pengalamannya dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Bertolak belakang dengan penelitian Pekabanda et al (2016) yang menyimpulkan bahwa sebagian besar ibu hamil tidak memanfaatkan pelayanan K4 yaitu sebanyak (71.8%) atau tidak ada hubungan antara ketersediaan sarana prasarana puskesmas ($p=0.444$) dengan pemanfaatan pelayanan K4 oleh ibu hamil di sumba timur, Hal ini terjadi karena terdapat perbedaan metode, dalam penelitian ini menggunakan analitik observasional dan analisis bivariatnya menggunakan analisis tabulasi silang (*croddtab*) dan analisis multivariatnya menggunakan statistik regresi logistik dengan dengan metode enter dan teknik pengambilan sample menggunakan *multistage random sampling* namun terdapat 52.1% sarana dan prasarana puskesmas baik dan tersedia.

Berdasarkan unsur tenaga kesehatan, terdapat rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah masyarakat yang dilayani menurut data Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) tahun 2016, yang di paparkan oleh Sumantri (2017) Rasio bidan/masyarat secara Nasional 162/100.000 sedangkan NTT 116/100.000 artinya 1 orang bidan di NTT melayani 862 orang masyarakat, rasio Nasional tenaga perawat 170/100.000 sedangkan NTT 176/100.000 artinya 1 orang perawat di NTT melayani kurang lebih 588 orang masyarakat Itu berarti Puskesmas Lite dengan jumlah penduduk 11.650 jiwa setidaknya memiliki minimal 14 orang bidan dan 20 orang perawat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat Lite, kenyataannya jumlah tenaga bidan di puskesmas lite 26 orang sedangkan perawat 25 perawat yang berada di 13 desa yang artinya jumlah tenaga bidan maupun perawat di Puskesmas Lite telah melampaui jumlah minimal sehingga selama 7 tahun tidak terdapat kematian ibu karena dapat dianalisis bahwa jumlah tenaga bidan/perawat yang memadai mampu menekan terjadinya kematian ibu karena memiliki jumlah tenaga yang cukup untuk mengawasi kehamilan hingga persalinan dan masa nifas. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Waiwerang 27.377 jiwa berarti setidaknya memiliki 32 orang bidan dan 47 orang tenaga perawat untuk memberikan pelayanan di 21 desa. Kenyataannya jumlah tenaga bidan di Puskesmas Waiwerang cukup memadai yaitu 46 orang sedangkan perawat kurang jika dibandingkan dengan jumlah minimal perawat yang harus melayani masyarakat Waiwerang yaitu 39

(selisih 8 orang). Dapat diasumsikan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang melayani masyarakat dapat dijadikan faktor pemicu rendahnya status kesehatan ibu.

Berdasarkan hasil observasi maka di dapat kenyataan bahwa Puskesmas Waiwerang yang berada di Adonara Timur memiliki status Puskesmas PONED di mana dokter siap 24 jam dan memiliki sarana prasarana yang cukup lengkap untuk melayani masyarakat dan memiliki kecukupan tenaga kesehatan walaupun berdasarkan jumlah rasio perawat masih kekurangan 8 orang, hal ini di karenakan wilayah kerja dari puskesmas yang cukup luas namun kegiatan pelayanan tetap berjalan dengan baik dan persalinan pun tetap di lakukan di Puskesmas sehingga masyarakat sangat bergantung pada Puskesmas hal ini menunjukan bahwa ada pengaruh faktor menejemen pelayanan kesehatan terhadap status kesehatan ibu dalam menurunkan AKI di Puskesmas Waiwerang menempati urutan kedua.

Sedangkan Puskesmas Lite yang berada di Adonara Tengah yang memiliki keterbatasan sarana prasarana karena memiliki status Puskesmas adalah rawat jalan dengan memiliki 1 orang dokter yang melayani semua masyarakat. Minimnya sarana prasarana yang ada namun tenaga kesehatan yang berada di puskesmas Lite tetap melaksanakan tugasnya dengan semaksimal mungkin dalam melakukan pertolongan persalinan normal mengingat jarak yang sangat jauh dan akses ke pusat rujukan yang kurang baik sehingga petugas kesehatan tetap melakukan pertolongan persalinan dan melakukan kolaborasi dengan dokter, selain itu bidan sudah mampu menganalisa faktor risiko yang terjadi pada ibu sehingga ibu yang memiliki risiko tinggi akan segera di rujuk ke RSUD Kabupaten Flores timur sehingga angka kematian ibu dapat di tekan. hal ini dapat di asumsikan bahwa adanya rujukan dini yang baik dari masyarakat maupun tenaga kesehatan sehingga dapat menekan AKI.

Dengan demikian dapat di asumsikan bahwa sarana prasarana pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan dapat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu dimana sarana prasarana yang tersedia secara lengkap membuat masyarakat yakin dan percaya bahwa dengan ketersediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan dapat meningkatkan status kesehatannya, dari hasil uji statistik maka di dapatkan pengaruh manajemen pelayanan kesehatan terhadap status kesehatan ibu di Puskesmas Waiwerang ada pada urutan ke 2 dan Lite menempati urutan ke 4.

6.7 Budaya Masyarakat Flores Timur

Filosofi budaya yang mengatur tata kelola cara kehidupan masyarakat Lamahala yang terletak di waiwerang terstruktur dalam "suku bela telo, pagawe lema, kapitan pulo" filosofi ini memiliki makna bahwa semua urusan di Lamahala berada di bawah pimpinan 3 suku utama dan di bantu oleh 5 pegawai yang diwakili oleh 5 suku serta 10 suku kapitan. Pernyataan ini mengandung arti bahwa segala sesuatu yang menjadi urusan di masyarakat akan dimusyawarahkan dan diputuskan di rumah adat yang menjadi sentral kekuatan yang mempersatukan semua komponen masyarakat (Patimoa,2017).

Waiwerang yang merupakan ibu kota kecamatan dari Adonara Timur beradara di pinggir laut dan berdasarkan sejarah nenek moyang mereka di tempat dengan kehidupan yang sangat keras sehingga membuat karakter dan watak masyarakatnya menjadi keras dan untuk meyelesaikan masalah dengan cara kekerasan dengan karakter mereka inilah yang membuat mereka tidak patuh dan kurang disiplin yang akhirnya berdampak pada meningkatnya kasus kematian ibu. Pada kenyataannya tidak semua masyarakat biskap sama, karena dalam satu kecamatan pastinya ada bermacam-macam karakter orang sehingga perlu adanya pendekatan khusus yang dilakukan terhadap masyarakat Waiwerang khususnya desa Lamahala (Patimoa,2017).

Adonara Tengah dengan ibu kota kecamatan Lite memiliki sitim pemerintahan berdasarkan suku. Di dalam sebuah suku terdapat seorang kepala suku selain kepala suku juga terdapat sekelompok masyarakat yang turut berperan dalam sistim pemerintahan adat yaitu kaum bagsawan atau dalam bahasa lamaholot di sebut Ata Kebelen. Kepala suku memegang peran dalam upacara adat, menjatuhkan sangsi adat dan hal-hal yang lebih bersifat spiritual sedangkan para Ata Kabelen biasanya memegang tampuk kekuasaan pemerintahan seperti kepala dusun, kepala desa, lurah dan camat. Diantara keduanya terjalin hubungan yang baik dan tidak saling melangkahi kewenangan masing-masing (Patimoa,2017).

Dalam meningkatkan kepedulian masyarakat kepada ibu hamil, melahirkan dan bayi baru lahir maka pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur mencetuskan sebuah gerakan pesta rakyat yang di sebut PKIA (pekan keselamatan ibu dan anak) yang mana merupakan gerakan moral dan teknis untuk melibatkan semua komponen masyarakat (*community mobilization*).

Gagasan ini di cetuskan dengan menggunakan budaya masyarakat Flores Timur

yang relative gemar dengan pesta rakyat. Kegiatan ini merupakan bagian dari 2H2 center bahkan menjadi salah satu faktor kunci keberhasilan 2H2 center dan keberhasilan pelaksanaan 2H2 center sangat di tentukan dengan keterlibatan stakeholder dan masyarakat (Kamaria,2018)

Gerakan ini dilakukan selama seminggu lebih tiap tahun dan dilakukan secara serentak di seluruh kecamatan. Kegiatan PKIA tidak ubahnya seperti sebuah pesta rakyat yang melibatkan sebagian besar masyarakat baik itu pemerintah, swasta, Toma dan Toga, sara pelayanan serta masyarakat umum termasuk keterlibatan anak-anak sekolah untuk peduli pada ibu hamil, terutama di masa kritis dengan tujuan bersama agar ibu selamat bayipun selamat atau dengan slogan “ Beto Tou, Balik Rua, Telo di Bisa (datang satu,pulang dua,tigapun boleh)” (Kamaria,2018).

Kegiatan PKIA merupakan kegiatan moril untuk menjalin kerjasama mengajak kepedulian tidak hanya keluarga ibu hamil namun semua pihak untuk memberikan perhatian sebelum persalinan dan sesudah persalinan. Kegiatan yang dilakukan adalah : Apel bersama seluruh komponen masyarakat,pawai bersama keliling kota dan kecamatan Pemasangan bendera revolusi KIA dan pemasangan stiker P4K di rumah ibu hamil(Abdulla et al,2016). Berdasarkan informasi dari tokoh masyarakat penempelan stiker P4K ini menandakan bahwa rumah atau keluarga itu ada ibu hamil yang membutuhkan ketenangan sehingga lingkunganya perlu di jaga dengan meningkatkan kepekaan dan kepedulian masyarakat pada seorang ibu yang akan memberikan sebuah kehidupan baru. Arak-arakan ibu hamil yang di sambut dengan suguhan adat dan tarian adat Blepanawa. Semua rangkaian kegiatan PKIA ini kemudian dilakukan doa bersama sebagai bentuk penyerahan diri dan perlindungan bagi ibu-ibu hamil selanjutnya di akhiri dengan resepsi sederhana dalam kebersamaan.

1. Apel bersama komponen masyarakat



2. Pawai bersama keliling kota/kecamatan



3. Menaikkan bendera revolusi KIA



4. Pemasangan stiker P4K



Sumber: Photo dokumentasi dr Henyo

Gambar 6.1 Photo Snap-Spot Kegiatan PKIA (Abdullah,2016)



DAFTAR PUSTAKA

Abdullah Asnawi, Ignatius H. K., Anung Sugihantono. 2016. *Tata Kelola, Kepemimpinan dan Budaya Organisasi dalam Menurunkan Kematian Ibu di Provinsi NTT Selama Tahun 2009-2015*.

Al Rasyid, H. 2000. *Teknik Penarikan Sampel dan Penyusunan Skala*. Modul kuliah tidak diterbitkan. Bandung: Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran.

Adisasmito W. 2007. *Sistem Kesehatan DKI Jakarta, Indonesia*. Pustaka Nasional. Jakarta

_____. 2010. *Sistem Kesehatan : Suatu Pengantar Ringkas*. Bandung. Armico

Adonara Tengah Dalam Angka. 2018. florestimurkab.bps.go.id di akses tanggal 5 Januari 2019

Adonara Timur Dalam Angka. 2018. florestimurkab.bps.go.id di akses tanggal 5 Januari 2019

Arikunto S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Ed Revisi VI. Penerbit PT Rineka Cipta. Jakarta

Asmadi. 2008. *Kontribusi Karakteristik Keluarga dan Karakteristik Lingkungan Keluarga Terhadap Terjadinya Kekerasan pada Anak Usia 10-14 Tahun*. (Tesis). FIK Universitas Indonesia.

Auliya, C. 2015. *Profil Status Gizi Balita di Tinjau dari Topografi Wilayah Tempat Tinggal (Studi Di Wilayah Pantai dan Wilayah Punggung Bukit Kabupaten Jepara)*.

Babitsch, B. Gohl, D. & Von Lengerke, T., 2012. *Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of health services Use: a Systematic review of studies from 1998-2011*. GMS Psycho-Social-Medicine,9 pp 1-15

Bakoil Mareta Bakale. 2017. *Pengembangan Model Akses Rumah Tunggu Persalinan pada Pertolongan Persalinan Berdasarkan Perspektif Ibu Bersalin di Kabupaten Timor Tengah Selatan*. Disertasi. Fakultas Kedokteran. Universitas Airlangga.

Badan Pusat Statistik Propinsi Nusa Tenggara Timur. *Upah Minimum Kabupaten /kota (UMR) sebulan di propinsi Nusa Tenggara Timur, 2015-2017* <https://ntt.bps.go.id> di akses 31 November 2018

Burns, A. August, Roni Lovich, Jane Maxwell and Katharine Shapiro. *Pemberdayaan wanita dalam bidang kesehatan*. 2016. Edisi I bahasa Indonesia. ANDI. Yogyakarta

Candra I Wayan, Harini I Gusti Ayu, Sumirta I Nengah. 2017. *Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa*. cetakan ke 2. penerbit ANDI. Yogyakarta

Choiriyah Ilimi Usrotin. 2016. *Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Sutera Emas (Studi Pada Inovasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. Kabupaten Malang)*

Chasanah Siti Uswatun. 2015. *Peran Petugas Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu Pasca MDGs 2015*. Jurnal Kesehatan Masyarakat ANDALAS, vol. 9, No. 2 ;73-79

Coburn, D; Denny, K; Mykhalovskiy, E .; McDonough, P; Robertson, A; Cinta, R. 2003. "Population Health In Canada Is A Brief Criticism" . American Journal of Public Health. 93 (3):392-396. doi : 10.2105/ ajph. 93. 3. 392. PMC1447750 . PMID12604479 .

Collins, L.N; D.C; Lobel,M; Scrimshaw,M.S. 2013. *Social Support In Pregnancy; Psychosocial Correlates of birth Outcomes and Postpartum Depression*. Journal Of Personality and Social Psychology. Volume 65 Number 6

Darmawan Ede Surya. 2017. *Administrasi Kesehatan Masyarakat (Teori dan Praktik)*. Penerbit PT. RajaGrafindo Persada. Jakarta

Draper, Norman dan Smith, Harry. 1992. *Analisis Regresi Terapan*. Edisi kedua (Terjemahan Bambang Sumantri). Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.

Depkes RI. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025*. Jakarta

Dinas Kesehatan Prpinsi Nusa Tenggara Timur. 2016. *Profil Kesehatan NTT*.

Eka Yuni Indah Nurmala. 2016. *Sikap Masyarakat dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat pada Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Kabupaten Malang*. Vol 2, No 2

Elisabeth C. Neslson, Tibert Verhagen, Matthijs L Noordzij. 2016. *Health Empowerment Through Activity Trackers: An Empirical Smart Wristband Study*, Journal homepage:www.elsevier.com/locate 364-374

Endra Febri. 2010. *Paradigma Sehat*. Artikel. ejournal.umm.ac.id. di akses 29 Desember 2018

Feste C & Anderson, RM, 1995, *Empowerment From Philosophy to Practice, Patien Education and Counseling*, 26 (1), 139-144

Frohlich, KL; Potvin, L (Feb 2008. "Beyond public health practices. The paradox of inequality: a population and vulnerable population approach". Am J Public Health . 98 (2): 216-21. doi : 10.2105 / ajph. 2007. 114777. PMC 2376882. PMID 18172133

Gita Sekar Prihnti. 2016. *Pengantar Biostatistik*. Universitas Muhammadiyah Malang press. Cetakan pertama

Glouberman S. *Menuju Perspektif Baru tentang Kebijakan Kesehatan*. Canadian Research Research Networks, 2001. Diakses pada tanggal 20 Desember 2017.

Handayani Dian. 2014. *Faktor-Faktor Determinan Status Gizi Ibu Hamil*. Jurnal Al-Maiyyah. Volume 7 No. 1 Januari- Juni 2014. hal: 34-52

Handini Dian. 2013. *Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijambe*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.

<https://www.bastamanography.id/teori-h-l-blum/> di Teori H. L. Blum. Akses Tanggal 21 Desember 2017 Jam 17.55

IBI dan Kemenkes. Indonesia Sehat, tanggal 25 Nopember 2017 jam 20.43, MNCTV

Isdiaty N,F. Ungsianik T. 2013. *Pengetahuan Tanda Bahaya Kehamilan dan Perilaku Perawatan Kehamilan pada Ibu Hamil Trimester III*, Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 16 No.1 Maret 2013. Hal : 18-24. pISSN 1410-4490. eISSN 2354-9203

Istiningtyas Anita. 2010. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Tentang Gaya Hidup Sehat dengan Perilaku Gaya Hidup Sehat Mahasiswa PSIK Undip Semarang*. Jurnal KESMADASKA Vol.1 No.1 Juli 2010

Karman, Sakka, A. Saptaputra, K,S. 2016. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Pesisir di Desa Bungin Permai Kecamatan Tinanggea Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2016*.

Kamaria. 2018. wawancara langsung dengan Kabid Yankes Dinas Kesehatan Flores Timur

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Permenkes No. 65 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. di akses tanggal 27 Desember 2017.

_____. 2014. *Permenkes Nomor 65 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. (diakses tanggal 3 Januari 2018. www.hukor.depkes.go.id)

_____. 2014. *Juknis Penyusunan Profil Kesehatan*. Jakarta

_____. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*. Kementerian kesehatan RI. Jakarta

_____. 2/17. *Buku Saku Pengelolaan Dana Desa Untuk Kesehatan*. kesmas-id.com

_____. 2017. *Keberhasilan KB dapat Menurunkan Angka Kematian Ibu* <http://www.depkes.go.id/article/view/17021000003/keberhasilan-kb-dapat-turunkan-angka-kematian-ibu.html> Di akses tgl 22 November 2018.

Kepmenkes RI. 2014. *Undang-Undang No. 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat* (diakses tanggal 3 Januari 2018). www.hukor.depkes.go.id)

Kayame Robby, Pongtiku Arry. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Belajar dari Lapangan*. Nulisbuku.Com. Jakarta

Khoeriyah U.M, Rahayu S. 2013. *Kajian Tingkat Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Banjarnegara*, Jurnal Teknik PWK Volume 2 Nomor 3

Kusmiyati, Heni, Wahyuningsih, P, Sujiyatini. 2008. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu hamil)*. Fitramaya. Yogyakarta

Lailatul, U.M, Herawati, Y.T & Witcahyo, E., 2014. *Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Oleh Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2013*. e-jurnal Pustaka Kesehatan. 2(1), pp. 58-65

Lalonde M. 1974. *Sebuah Perspektif Baru Tentang Kesehatan Orang-Orang Kanada*. Dokumen kerja Ottawa: Pemerintah Kanada.

Laverack, G, dan Wellerstein, N. 2001. *Measuring Community Empowerment; A fresh look at Organizational Domains*. *Health promotion international*. 16 (2) :179-185

Manuaba, I.G. 1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC

Maryam Siti. 2014. *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. EGC. Jakarta

Monita N, Sulasmi, Mohdari. 2014. *Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Alalak Tengah Banjarmasin*.

Mufidah Laily, Ummah Faizatul, Eko Diah. 2010. *Hubungan Usia Ibu Hamil Trimester 3 dengan Keteraturan Antenatal Care K4 di BPS Ny. S Desa Sidomukti Kecamatan Lamongan Kabupaten Lamongan*. Jurnal Surya, Vol. 01, No V April 2010.

Mubarak Wahid Iqbal. 2012. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Salembah Medika. Jakarta

Muhammad, Ali. 2010. *Kesehatan Wanita Gender dan Permasalahannya*. Nuha Medika. Yogyakarta.

Mujiyanti, Inti. 2012. *Situasi Keluarga Berencana di Indonesia*. Jakarta. Buletin Data dan Informasi Kesehatan Kemenkes.

Nawalih Hoirun, M. Bagus Qomaruddin, Rahmat Hargono. 2012. *Desa Siaga: Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Melalui Peran*

- Bidan di Desa. The Indonesia Journal Public Health Vol. 8 No. 3 Maret 2012: 91-98
- Nursalam. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Infomedik. Jakarta
- Notoadmodjo Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- _____. 2005. *Promosi Kesehatan (Teori dan Aplikasi)*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- _____. 2007. *Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- _____. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- Pangemanan. J.N, Rattu.A.J, Salamate.G.A. 2014. *Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara*. JIKMU Suplemen Vol. 4 No 4 Oktober 2014.
- Patrisius. 2018. Ketua Desa Siaga Lite Kecamatan Adonra Tengah
- Ptimoa, DRPA. 2017. *Peran Kepala Adat dalam Penyelesaian Konflik Tanah Adat Antara Desa Lamahala dan Horohura Di Pulau Adonara*, Skripsi. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Pekabanda Kartini, Jati Sutopo Patria, Mawarni Atik. 2016. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan K4 oleh Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Sumba Timur*. Jurnal Manajemen Kesehatan 4 (3) 169-176.
- Petronela Sabu Odjan. 2018. wawancara langsung dengan bidan koordinator Pukesmas Lite
- Pratiwi Ninik Lely. 2013. *Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan (Teori dan Praktek)*. Airlangga University Press. Surabaya
- Purnama Sang Gede. 2007. *Membedah Konsep Blum dan Paradigma Sehat Persatuan Kesehatan Indonesia*.
<http://persakmonline.web.id/cetak.php?id+119>
- Purba, R . 2009. *Pengaruh Karakteristik Bidan Desa Terhadap Kinerja dalam Memberikan Pelayanan Kebidanan di Kabupaten Tapanuli Tengah*. Tesis. Medan. Universitas Sumatera Utara.
- Pemerintah Republik Indonesia. 1999. *United Nations International Children's Emergency Fund. Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat Di Bidang Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta.
- Pranata Setia, Niniek Iely Pratiwi, Sugeng Rahanto. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat Di Bidang Kesehatan. Gambaran Peran Kader Posyandu*



- dalam Upaya Penurunan AKI dan AKB di Kota Manado dan Palangkaraya. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol .14 No.2 April; 174-182
- Puti Sari H, Dwi Hapsari, Ika Dharmayanti, Nunik Kusumawardani. 2014. *Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Risiko Kehamilan 4 terlalu (4-T) Pada Wanita Usia 10-59 Tahun (Analisis Riskesdas 2010)*. Media Litbangkes. Vol. 24 No. 3. September 2014. 143 – 152
- Putri Aragar. 2017. *Kesiapan Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam Menghadapi Masyarakat Ekonomi Asean (MEA)*. Jurnal Medico eticolegal dan Manajemen Rumah Sakit. 6 (1): 55-60,. Januari 2017.
- Prawiroharjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan Edisi III*. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta
- Restuastuti Tuti. Zahtamal, Fifia Chandra, Ridha Restila. 2017. *Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan (Analysis of Community Empowerment in health Sector) Ilmu Kesehatan Masyarakat - Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Riau*. Jurnal Kesehatan melayu (JKM) September ;14-19
- Riskesdas. 2013. *Tim Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pembangunan Kesehatan Departemen Kesehatan RI*. Jakarta di akses tanggal 5 Januari 2019.
- Rizza Alifatul Affa. 2016. *Hubungan Sosial Ekonomi dan Pola Tindakan Ibu dalam Perawatan Perinatal Terhadap kejadian Ruam Popok pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Gribik Tahun 2015*. Skripsi. S1 Kebidanan Universitas Brawijaya. Malang
- Rogo Sukmo., Rozzaq Alhanif Islamudin., Imam Subha Ari pamungkas. 2014, *ICE (Intensive Community Empowerment) Sebagai Solusi Upaya Mencegah Kenaikan Angka Kematian Ibu (AKI) sebagai Program Percontohan di Wilayah Kelurahan Bangetayu Wetan Kecamatan Genuk Kota Semarang*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas diponegoro. Vol.4 No.1,April;12-17.
- Rukiyah, A. Yulianti, L. Maemunah & Susilawati, L. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta. CV Trans Info Media.
- Rukmigasari, Ettie dan Soenardi. 2010. *Belajar Sendiri Statistika Penelitian*. Malang: UM Press.
- Sasmiyanto. Luh Titi Handayani. 2016. *Studi Komparasi Indikator Sehat Bayi, Balita dan Ibu Hamil Di Wilayah Pesisir Pantai dan Pegunungan di Kabupaten Jember Tahun 2015*. NurseLine Journal Vol.1 No.2 Nopember 2016 p-ISSN2540-7937 e-ISSN 2541-464X. hal : 212-218
- Saiful. 2014. *Eksistensi Peraturan Desa Pasca Berlakunya Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011*. Jurnal Ilmu Hukum Lugal Opnion. Edisi 6. Volume 2. Hal : 1-10

Santoso, Singgih. 2005. *Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Jakarta: Elex Media Komputindo (Gramedia)

Sandra Fikawati. Ahmad Syafik. KhaulaKarima. *GizilbudanBayi*. 2015. Press UB

Sufiawati. 2012. *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Penolong dan Tempat Persalinan di Puskesmas Cibadak Kabupaten Lebak Provinsi Banten* (Skripsi) Depok: FKM UI

Susanti, H D. Ariani, T A. Putri R. 2017. *Hubungan Dukungan Sosial (Social Support) Dengan Minat Ibu Hamil Mengikuti Program Senam Hamil*. Prosiding Rapat Kerja Fakultas Ilmu Kesehatan 2017, hal: 41-50

Subekti, I. 2016. *Hubungan Dukungan Suami dengan Minat Ibu Hamil di Desa Tegorejo Kecamatan Pengandoan Kabupaten Kendal*. Jurnal Ilmu Kesehatan. Volume 6 Nomor 1.

Sopiyudin M Dahlan. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan (Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat di lengkapi dengan Menggunakan SPSS)*. Penerbit Epidemiologi Indonesia. Jakarta

_____. 2016. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Penerbit Epidemiologi Indonesia. Jakarta

Santoso, Moch Ishadjud & Santoso, Eddy. 2011. 2-11. *Buku Ajar Etika Penelitian Kesehatan*. Malang : UB Press

Saifi S., Mehmod T. 2011. *Effect of Socioeconomic Status on Students Achievement*. *International Journal of Sosial Science and Education* Vol. 1,2, April 2011

Sulaeman Endang Sutisna, Ravik Karsidi, Bisma Murti, Drajat Trikartono, Waryana, Rifai Hartanto. 2012. *Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Studi Program Desa Siaga*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. Vol 7, No 4

Sumantri Usman. 2017. *Program Pemenuhan Tenaga Kesehatan, Rakerkesnas 2017, Kementerian Kesehatan RI*, http://depkes.go.id/resources/download/bahan_rakerkesnas_2017/Badan%20PPSDM%20Kesehatan.pdf di akses tgl 21 November 2018

Sumarni, Rahma. Ikhsan M. 2016. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan. Persalinan dan Nifas Terhadap Perilaku ANC Puskesmas Latambaga*. repository.unhas.ac.id

Sitanggung Berliana. Nasution Siti Saidah. 2012. *Faktor-Faktor Status Kesehatan Ibu Hamil*. <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/jkk/articel/view/1144>

Sulistiyani, A.T. 2004. *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. Gava Media. Yogyakarta.

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Penerbit Alfabeta. Bandung

Tando Naomy Marie. 2013. *Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*, IN MEDIA. Jakarta

Toruan. 2009. *Cara Jitu Mengatur Anggaran Rumah Tangga di Masa Krisis*. Jakarta: Trans Info Media

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1997 *Tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup*, http://ciptakarya.pu.go.id/dok/hukum/uu/uu_23_1997.pdf

UNESCO/Karel Prinsloo/ARETE. 2014. *Sustainable Development Begins With Education How Education Can Contribute To The Proposed Post-2015*. Publishb By The United Nations Educational. Scientific And Cultural Organization 7, Place De Fontenoy 75352 Paris 07 SP, Frances

Waang, Istonia. 2012. *Analisis Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Melalui Pelaksanaan Revolusi KIA di Kabupaten Alor Provinsi NTT*. Tidak Diterbitkan. Universitas Indonesia

Waryana. 2016. *Promosi Kesehatan, Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat (Untuk Dosen, Mahasiswa, Bidan, Perawat, Tenaga Kesehatan dan Umum*, Penerbit Nuha Medika. Yogyakarta

Wijaya Maulida Alwi. 2015. *Definisi Operasional (DO) Indikator Program Kesehatan Indonesia*, <https://www.infodokterku.com/index.php/en/82-daftar-isi-content/data/data/249-definisi-operasional-do-indikator-program-kesehatan-indonesia> di akses tanggal 21 desember jam 18.50

WHO. 2014. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/> diakses tanggal 3 Januari 2018 jam 13.38

Yuniawati, R. Marni, A. 2015. *Hubungan Antara Dukungan sosial dengan Penerimaan Diri pada Lansia di Panti Werdha Budhi Dharma Yogyakarta*. Jurnal Fakultas Psikologi. Volume 3 Nomor 1.

Yulandari. 2010. *Asas-Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan yang Baik*. Rajawali Pers. Jakarta.

Lampiran 4 Analisa Data

Hasil Analisis Data Karakteristik

1. Umur responden

Tests of Normality

	kecamatan	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur (tahun)	Lite	.074	122	.098	.972	122	.013
	Weierang	.100	122	.004	.973	122	.017
pendapatan keluarga (Rp)	Lite	.334	122	.000	.509	122	.000
	Weierang	.289	122	.000	.777	122	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	kecamatan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Umur (tahun)	Lite	122	27.65	5.389	.488
	Weierang	122	27.39	5.437	.492

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	kecamatan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Umur (tahun)	Lite	122	124.25	15158.00
	Weierang	122	120.75	14732.00
	Total	244		

Test Statistics^a

	Umur (tahun)
Mann-Whitney U	7229.000
Wilcoxon W	14732.000
Z	-.387
Asymp. Sig. (2-tailed)	.699

a. Grouping Variable: kecamatan

2. Pendapatan keluarga

Group Statistics

	kecamatan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
pendapatan keluarga (Rp)	Llite	122	564598.36	664002.149	60115.930
	Weierang	122	744754.10	676752.348	61270.279

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	kecamatan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pendapatan keluarga (Rp)	Lite	122	112.02	13667.00
	Weiwerang	122	132.98	16223.00
	Total	244		

Test Statistics^a

	pendapatan keluarga (Rp)
Mann-Whitney U	6164.000
Wilcoxon W	13667.000
Z	-2.370
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

a. Grouping Variable: kecamatan

3. Agama yang dipeluk responden

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
agama * kecamatan	244	100.0%	0	0.0%	244	100.0%

agama * kecamatan Crosstabulation

			Kecamatan		Total
			Lite	Weiwerang	
agama	Islam	Count	29	114	143
		Expected Count	71.5	71.5	143.0
		% within kecamatan	23.8%	93.4%	58.6%
		% of Total	11.9%	46.7%	58.6%
	Katolik	Count	93	8	101
		Expected Count	50.5	50.5	101.0
		% within kecamatan	76.2%	6.6%	41.4%
		% of Total	38.1%	3.3%	41.4%
Total		Count	122	122	244
		Expected Count	122.0	122.0	244.0
		% within kecamatan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	122.059 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	119.204	1	.000		
Likelihood Ratio	138.119	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	121.559	1	.000		
N of Valid Cases	244				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Hasil MSI data Kecamatan Lite

1. Variabel Sikap

Successive Detail								
Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale	
1.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.964	1.000	
	3.000	96.000	0.793	0.818	0.264	0.908	3.081	
	4.000	22.000	0.182	1.000	0.000		4.793	
2.000	2.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000	
	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993	
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		4.690	
3.000	2.000	35.000	0.287	0.287	0.341	-0.563	1.000	
	3.000	21.000	0.172	0.459	0.397	-0.103	1.860	
	4.000	66.000	0.541	1.000	0.000		2.921	
4.000	1.000	89.000	0.730	0.730	0.331	0.611	1.000	
	2.000	33.000	0.270	1.000	0.000		2.677	
	3.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000	
5.000	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993	
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		4.690	
	6.000	2.000	35.000	0.287	0.287	0.341	-0.563	1.000
6.000	3.000	21.000	0.172	0.459	0.397	-0.103	1.860	
	4.000	66.000	0.541	1.000	0.000		2.921	
	7.000	1.000	89.000	0.730	0.730	0.331	0.611	1.000
7.000	2.000	33.000	0.270	1.000	0.000		2.677	
	8.000	2.000	20.000	0.164	0.164	0.247	-0.978	1.000
	3.000	67.000	0.549	0.713	0.341	0.563	-2.338	
8.000	4.000	35.000	0.287	1.000	0.000		3.695	
	9.000	3.000	29.000	0.238	0.238	0.309	-0.714	1.000
	4.000	93.000	0.762	1.000	0.000		2.707	
10.000	1.000	77.000	0.631	0.631	0.377	0.335	1.000	
	2.000	45.000	0.369	1.000	0.000		2.620	

2. Variabel Pemeriksaan ANC

Successive Detail							
Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	3.000	25.000	0.205	0.205	0.284	-0.824	1.000
	4.000	97.000	0.795	1.000	0.000		2.743
	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
2.000	3.000	68.000	0.557	0.566	0.394	0.165	3.066
	4.000	53.000	0.434	1.000	0.000		4.638
	3.000	1.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739
3.000	2.000	49.000	0.402	0.443	0.395	-0.144	2.380
	3.000	59.000	0.484	0.926	0.140	1.448	3.672
	4.000	9.000	0.074	1.000	0.000		5.039
4.000	2.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	3.000	93.000	0.762	0.795	0.284	0.824	2.957
	4.000	25.000	0.205	1.000	0.000		4.620



5.000	3.000	85.000	0.697	0.697	0.349	0.515	1.000
	4.000	37.000	0.303	1.000	0.000		2.654
6.000	3.000	78.000	0.639	0.639	0.374	0.357	1.000
	4.000	44.000	0.361	1.000	0.000		2.624
7.000	2.000	32.000	0.262	0.262	0.326	-0.636	1.000
	3.000	68.000	0.557	0.820	0.263	0.914	2.356
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		3.699

3. Variabel melakukan imunisasi TT

Successive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	3.000	72.000	0.590	0.590	0.389	0.228	1.000
	4.000	50.000	0.410	1.000	0.000		2.607
2.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	91.000	0.746	0.754	0.315	0.687	3.340
	4.000	30.000	0.246	1.000	0.000		5.013
3.000	3.000	113.000	0.926	0.926	0.140	1.448	1.000
	4.000	9.000	0.074	1.000	0.000		3.046
4.000	3.000	106.000	0.869	0.869	0.213	1.121	1.000
	4.000	16.000	0.131	1.000	0.000		2.868
5.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	104.000	0.852	0.861	0.222	1.083	3.498
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		5.324

4. Variabel melahirkan di fasilitas kesehatan

Successive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	3.000	63.000	0.516	0.516	0.399	0.041	1.000
	4.000	59.000	0.484	1.000	0.000		2.596
2.000	2.000	31.000	0.254	0.254	0.321	-0.662	1.000
	3.000	67.000	0.549	0.803	0.277	0.853	2.340
	4.000	24.000	0.197	1.000	0.000		3.670
3.000	2.000	30.000	0.246	0.246	0.315	-0.687	1.000
	3.000	60.000	0.492	0.738	0.326	0.636	2.259
	4.000	32.000	0.262	1.000	0.000		3.523
4.000	2.000	12.000	0.098	0.098	0.173	-1.291	1.000
	3.000	97.000	0.795	0.893	0.184	1.245	2.750
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		4.488
5.000	2.000	41.000	0.336	0.336	0.365	-0.423	1.000
	3.000	74.000	0.607	0.943	0.115	1.577	2.497
	4.000	7.000	0.057	1.000	0.000		4.090
6.000	2.000	34.000	0.279	0.279	0.336	-0.587	1.000
	3.000	68.000	0.557	0.836	0.247	0.978	2.364
	4.000	20.000	0.164	1.000	0.000		8.210

5. Variabel fasilitas dan sarana kesehatan

Successive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	43.000	0.352	0.352	0.371	-0.379	1.000
	3.000	65.000	0.533	0.885	0.194	1.202	2.387
	4.000	14.000	0.115	1.000	0.000		3.742
2.000	2.000	8.000	0.066	0.066	0.128	-1.510	1.000
	3.000	101.000	0.828	0.893	0.184	1.245	2.879
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		4.672
3.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	111.000	0.910	0.934	0.128	1.510	3.267
	4.000	8.000	0.066	1.000	0.000		5.291
4.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	107.000	0.877	0.885	0.194	1.202	3.536
	4.000	14.000	0.115	1.000	0.000		5.421
5.000	2.000	41.000	0.336	0.336	0.365	-0.423	1.000
	3.000	53.000	0.434	0.770	0.303	0.740	2.227
	4.000	28.000	0.230	1.000	0.000		3.407
6.000	2.000	63.000	0.516	0.516	0.399	0.041	1.000
	3.000	45.000	0.369	0.885	0.194	1.202	2.327
	4.000	14.000	0.115	1.000	0.000		3.461
7.000	2.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	3.000	86.000	0.705	0.746	0.321	0.662	2.815
	4.000	31.000	0.254	1.000	0.000		4.406

6. Variabel pelayanan para medis

Successive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	81.000	0.664	0.672	0.361	0.446	3.222
	4.000	40.000	0.328	1.000	0.000		4.834
2.000	2.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	3.000	105.000	0.861	0.918	0.151	1.392	2.962
	4.000	10.000	0.082	1.000	0.000		4.852
3.000	2.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	3.000	98.000	0.803	0.820	0.263	0.914	3.217
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		4.950
4.000	2.000	26.000	0.213	0.213	0.291	-0.796	1.000
	3.000	79.000	0.648	0.861	0.222	1.083	2.470
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		3.956
5.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	103.000	0.844	0.852	0.231	1.047	3.485
	3.000	12.000	0.098	0.951	0.102	1.653	5.041
6.000	4.000	6.000	0.049	1.000	0.000		5.802
	3.000	105.000	0.861	0.861	0.222	1.083	1.000
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		2.850
7.000	1.000	22.000	0.180	0.180	0.263	-0.914	1.000
	2.000	3.000	0.025	0.205	0.284	-0.824	1.588
	3.000	72.000	0.590	0.795	0.284	0.824	2.457

	4.000	25.000	0.205	1.000	0.000		3.843
8.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	14.000	0.115	0.139	0.222	-1.083	1.913
	3.000	102.000	0.836	0.975	0.058	1.967	3.540
	4.000	3.000	0.025	1.000	0.000		5.688
9.000	2.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	3.000	97.000	0.795	0.852	0.231	1.047	2.859
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		4.567
10.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	103.000	0.844	0.852	0.231	1.047	3.485
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		5.295

7. Variabel biopsikologi

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	86.000	0.705	0.713	0.341	0.563	3.281
	4.000	35.000	0.287	1.000	0.000		4.919
2.000	1.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	2.000	81.000	0.664	0.697	0.349	0.515	2.817
	3.000	29.000	0.238	0.934	0.128	1.510	4.166
	4.000	8.000	0.066	1.000	0.000	8.210	5.180
3.000	2.000	43.000	0.352	0.352	0.371	-0.379	1.000
	3.000	60.000	0.492	0.844	0.239	1.012	2.323
	4.000	19.000	0.156	1.000	0.000		3.588
4.000	2.000	31.000	0.254	0.254	0.321	+0.662	1.000
	3.000	49.000	0.402	0.656	0.368	0.401	2.143
	4.000	42.000	0.344	1.000	0.000		3.331
5.000	2.000	36.000	0.295	0.295	0.345	+0.539	1.000
	3.000	48.000	0.393	0.689	0.354	0.492	2.148
	4.000	38.000	0.311	1.000	0.000		3.304
6.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	100.000	0.820	0.844	0.239	1.012	3.123
	3.000	18.000	0.148	0.992	0.022	2.400	4.812
	4.000	1.000	0.008	1.000	0.000		6.076

8. Variabel lingkungan sosial

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	39.000	0.320	0.320	0.357	-0.469	1.000
	3.000	73.000	0.598	0.918	0.151	1.392	2.463
	4.000	10.000	0.082	1.000	0.000		3.965
2.000	2.000	35.000	0.287	0.287	0.341	-0.563	1.000
	3.000	80.000	0.656	0.943	0.115	1.577	2.531
	4.000	7.000	0.057	1.000	0.000	8.210	4.192
3.000	3.000	107.000	0.877	0.877	0.203	1.160	1.000
	4.000	15.000	0.123	1.000	0.000		2.887
4.000	2.000	36.000	0.295	0.295	0.345	-0.539	1.000
	3.000	80.000	0.656	0.951	0.102	1.653	2.540

	4.000	6.000	0.049	1.000	0.000		4.239
5.000	2.000	34.000	0.279	0.279	0.336	-0.587	1.000
	3.000	75.000	0.615	0.893	0.184	1.245	2.453
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		3.930
6.000	1.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	2.000	66.000	0.541	0.574	0.392	0.186	2.644
	3.000	39.000	0.320	0.893	0.184	1.245	3.885
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		4.958
7.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	24.000	0.197	0.221	0.297	-0.768	2.127
	3.000	90.000	0.738	0.959	0.088	1.739	3.628
	4.000	5.000	0.041	1.000	0.000		5.489

9. Variabel ekonomi

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	37.000	0.303	0.311	0.354	-0.492	2.640
	3.000	68.000	0.557	0.869	0.213	1.121	3.984
	4.000	16.000	0.131	1.000	0.000		5.355
2.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	87.000	0.713	0.738	0.326	0.636	2.968
	4.000	32.000	0.262	1.000	0.000		4.586
3.000	1.000	10.000	0.082	0.082	0.151	-1.392	1.000
	2.000	78.000	0.639	0.721	0.336	0.587	2.559
	3.000	32.000	0.262	0.984	0.041	2.135	3.972
	4.000	2.000	0.016	1.000	0.000		5.340
4.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	91.000	0.746	0.754	0.315	0.687	3.340
	4.000	30.000	0.246	1.000	0.000		5.013
5.000	1.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	2.000	56.000	0.459	0.500	0.399	0.000	2.467
	3.000	54.000	0.443	0.943	0.115	1.577	3.786
	4.000	7.000	0.057	1.000	0.000		5.149
6.000	1.000	10.000	0.082	0.082	0.151	-1.392	1.000
	2.000	77.000	0.631	0.713	0.341	0.563	2.548
	3.000	31.000	0.254	0.967	0.073	1.841	3.899
	4.000	4.000	0.033	1.000	0.000		5.081

10. Variabel Status Kesehatan Ibu

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	62.000	0.508	0.508	0.399	0.021	1.000
	2.000	40.000	0.328	0.836	0.247	0.978	2.247
	3.000	9.000	0.074	0.910	0.163	1.340	2.931
	4.000	11.000	0.090	1.000	0.000		3.588

Hasil uji normalitas data pada Kecamatan Lite

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pemberdayaan masyarakat (X1)	F. Predisposing (X2)	F. Perilaku (X3)
N		122	122	122
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7.86	29.7719	42.7112
	Std. Deviation	2.224	5.09537	7.80899
Most Extreme Differences	Absolute	.134	.115	.130
	Positive	.134	.076	.130
	Negative	-.127	-.115	-.091
Test Statistic		.134	.115	.130
Asymp. Sig. (2-tailed)		.216 ^c	.072 ^c	.159 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		F. Managemen (X4)	F. Biopsikologi (X5)	F. Lingkungan (X6)	Status kesehatan ibu (Y)
N		122	122	122	122
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	49.1987	16.7939	36.1363	1.7846
	Std. Deviation	6.80738	3.36142	6.73614	.88291
Most Extreme Differences	Absolute	.096	.159	.171	.321
	Positive	.096	.159	.171	.321
	Negative	-.089	-.097	-.106	-.192
Test Statistic		.096	.159	.171	.321
Asymp. Sig. (2-tailed)		.058 ^c	.083 ^c	.193 ^c	.175 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Hasil regresi linier berganda data pada Kecamatan Lite

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1) ^b		Enter
2		F. Biopsikologi (X5)	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= .100).
3		F. Predisposing (X2)	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu (Y)

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.871 ^a	.758	.745	.50050
2	.870 ^b	.758	.747	.49892
3	.868 ^c	.753	.745	.50102

a. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

b. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

c. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	90.270	6	15.045	60.060	.000 ^b
	Residual	28.808	115	.251		
	Total	119.078	121			
2	Regression	90.203	5	18.041	72.476	.000 ^c
	Residual	28.874	116	.249		
	Total	119.078	121			
3	Regression	89.708	4	22.427	89.343	.000 ^d
	Residual	29.370	117	.251		
	Total	119.078	121			

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu (Y)

b. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

c. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

d. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1.146	.461		-2.485	.014
	pemberdayaan masyarakat (X1)	-.156	.028	-.384	5.505	.000
	F. Predisposing (X2)	.015	.010	.079	-1.491	.139
	F. Perilaku (X3)	-.028	.007	-.288	4.135	.000
	F. Managemen (X4)	-.016	.008	-.112	-2.000	.048
	F. Biopsikologi (X5)	.009	.017	.031	.516	.607
	F. Lingkungan (X6)	-.048	.011	-.323	4.293	.000
2	(Constant)	-1.141	.460		-2.483	.014
	pemberdayaan masyarakat (X1)	-.155	.028	-.383	5.506	.000
	F. Predisposing (X2)	.013	.009	.067	-1.410	.161
	F. Perilaku (X3)	-.028	.007	-.289	4.161	.000
	F. Managemen (X4)	-.014	.007	-.099	-1.980	.050
	F. Lingkungan (X6)	-.048	.011	-.321	4.287	.000
3	(Constant)	-1.451	.405		-3.579	.001
	pemberdayaan masyarakat (X1)	-.156	.028	-.386	5.528	.000
	F. Perilaku (X3)	-.027	.007	-.278	4.008	.000
	F. Managemen (X4)	-.017	.007	-.113	-2.298	.023
	F. Lingkungan (X6)	-.049	.011	-.331	4.431	.000

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu(Y)

Excluded Variables^a

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
2	F. Biopsikologi (X5)	.031 ^b	.516	.607	.048	.599
3	F. Biopsikologi (X5)	-.007 ^c	-.137	.891	-.013	.735
	F. Predisposing (X2)	-.067 ^c	-1.410	.161	-.130	.924

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu (Y)

b. Predictors in the Model: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

c. Predictors in the Model: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Managemen (X4), F. Perilaku (X3), pemberdayaan masyarakat (X1)

Hasil MSI data Kecamatan Waiwerang

1. Variabel Sikap

Succesive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.964	1.000
	3.000	96.000	0.793	0.818	0.264	0.908	3.081
	4.000	22.000	0.182	1.000	0.000		4.793
2.000	2.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		4.690
3.000	2.000	35.000	0.287	0.287	0.341	-0.563	1.000
	3.000	21.000	0.172	0.459	0.397	-0.103	1.860
	4.000	66.000	0.541	1.000	0.000		2.921
4.000	1.000	91.000	0.746	0.746	0.321	0.662	1.000
	2.000	31.000	0.254	1.000	0.000		2.691
	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993
5.000	2.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993
	4.000	22.000	0.180	1.000	0.000		4.690
6.000	2.000	35.000	0.287	0.287	0.341	-0.563	1.000
	3.000	21.000	0.172	0.459	0.397	-0.103	1.860
	4.000	66.000	0.541	1.000	0.000		2.921
7.000	1.000	91.000	0.746	0.746	0.321	0.662	1.000
	2.000	31.000	0.254	1.000	0.000		2.691
	3.000	96.000	0.787	0.820	0.263	0.914	2.993
8.000	2.000	18.000	0.148	0.148	0.231	-1.047	1.000
	3.000	68.000	0.557	0.705	0.345	0.539	2.358
	4.000	36.000	0.295	1.000	0.000	8.210	3.732
9.000	3.000	30.000	0.246	0.246	0.315	-0.687	1.000
	4.000	92.000	0.754	1.000	0.000		2.699
10.000	1.000	79.000	0.648	0.648	0.371	0.379	1.000
	2.000	43.000	0.352	1.000	0.000		2.627

2. Variabel Pemeriksaan ANC

Succesive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	57.000	0.467	0.475	0.398	-0.062	2.928
	4.000	64.000	0.525	1.000	0.000		4.491
2.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	63.000	0.516	0.541	0.397	0.103	2.687
	4.000	56.000	0.459	1.000	0.000		4.209
3.000	1.000	9.000	0.074	0.074	0.140	-1.448	1.000
	2.000	60.000	0.492	0.566	0.394	0.165	2.379
	3.000	40.000	0.328	0.893	0.184	1.245	3.535
4.000	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		4.620
	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000



	2.000	7.000	0.057	0.066	0.128	-1.510	1.897
	3.000	90.000	0.738	0.803	0.277	0.853	3.529
	4.000	24.000	0.197	1.000	0.000		5.141
5.000	3.000	87.000	0.713	0.713	0.341	0.563	1.000
	4.000	35.000	0.287	1.000	0.000		2.665
6.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	71.000	0.582	0.590	0.389	0.228	3.102
	4.000	50.000	0.410	1.000	0.000		4.680
7.000	2.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	3.000	90.000	0.738	0.779	0.297	0.768	2.861
	4.000	27.000	0.221	1.000	0.000		4.487

3. Variabel melakukan imunisasi TT

Successive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	69.000	0.566	0.574	0.392	0.186	3.078
	4.000	52.000	0.426	1.000	0.000		4.652
2.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	90.000	0.738	0.762	0.309	0.714	3.003
	4.000	29.000	0.238	1.000	0.000		4.645
3.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	104.000	0.852	0.861	0.222	1.083	3.498
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		5.324
4.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	96.000	0.787	0.795	0.284	0.824	3.399
	4.000	25.000	0.205	1.000	0.000		5.118
5.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	96.000	0.787	0.795	0.284	0.824	3.399
	4.000	25.000	0.205	1.000	0.000		5.118

4. Variabel melahirkan di fasilitas kesehatan

Successive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	3.000	59.000	0.484	0.484	0.399	-0.041	1.000
	4.000	63.000	0.516	1.000	0.000		2.596
2.000	2.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	3.000	93.000	0.762	0.779	0.297	0.768	3.157
	4.000	27.000	0.221	1.000	0.000		4.835
3.000	2.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	3.000	89.000	0.730	0.738	0.326	0.636	3.316
	4.000	32.000	0.262	1.000	0.000		4.974
4.000	2.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	3.000	98.000	0.803	0.861	0.222	1.083	2.872
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		4.597
5.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	23.000	0.189	0.197	0.277	-0.853	2.380
	3.000	86.000	0.705	0.902	0.173	1.291	3.879
	4.000	12.000	0.098	1.000	0.000		5.495

6.000	2.000	6.000	0.049	0.049	0.102	-1.653	1.000
	3.000	91.000	0.746	0.795	0.284	0.824	2.825
	4.000	25.000	0.205	1.000	0.000		4.456

5. Variabel fasilitas dan sarana kesehatan

Successive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	22.000	0.180	0.205	0.284	-0.824	2.088
	3.000	84.000	0.689	0.893	0.184	1.245	3.490
2.000	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		5.069
	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	23.000	0.189	0.213	0.291	-0.796	2.108
	3.000	85.000	0.697	0.910	0.163	1.340	3.528
3.000	4.000	11.000	0.090	1.000	0.000		5.148
	2.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	3.000	106.000	0.869	0.926	0.140	1.448	2.976
4.000	4.000	9.000	0.074	1.000	0.000	8.210	4.899
	2.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	3.000	99.000	0.811	0.852	0.231	1.047	2.969
5.000	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		4.707
	2.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	3.000	93.000	0.762	0.803	0.277	0.853	2.896
6.000	4.000	24.000	0.197	1.000	0.000		4.554
	2.000	25.000	0.205	0.205	0.284	-0.824	1.000
	3.000	78.000	0.639	0.844	0.239	1.012	2.457
7.000	4.000	19.000	0.156	1.000	0.000		3.921
	2.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	3.000	86.000	0.705	0.738	0.326	0.636	2.875
	4.000	32.000	0.262	1.000	0.000		4.476

6. Variabel pelayanan para medis

Successive Detail

Co1	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	85.000	0.697	0.721	0.336	0.587	2.945
	4.000	34.000	0.279	1.000	0.000		4.549
2.000	2.000	8.000	0.066	0.066	0.128	-1.510	1.000
	3.000	101.000	0.828	0.893	0.184	1.245	2.879
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		4.672
3.000	2.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	3.000	101.000	0.828	0.852	0.231	1.047	3.135
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		4.907
4.000	2.000	14.000	0.115	0.115	0.194	-1.202	1.000
	3.000	96.000	0.787	0.902	0.173	1.291	2.715
	4.000	12.000	0.098	1.000	0.000		4.452
5.000	1.000	8.000	0.066	0.066	0.128	-1.510	1.000
	2.000	86.000	0.705	0.770	0.303	0.740	2.698
	3.000	27.000	0.221	0.992	0.022	2.400	4.216



	4.000	1.000	0.008	1.000	0.000		5.679
6.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	6.000	0.049	0.057	0.115	-1.577	1.849
	3.000	97.000	0.795	0.852	0.231	1.047	3.587
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		5.295
7.000	1.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	2.000	8.000	0.066	0.082	0.151	-1.392	1.807
	3.000	85.000	0.697	0.779	0.297	0.768	3.284
	4.000	27.000	0.221	1.000	0.000		4.835
8.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	23.000	0.189	0.213	0.291	-0.796	2.108
	3.000	88.000	0.721	0.934	0.128	1.510	3.570
	4.000	8.000	0.066	1.000	0.000		5.291
9.000	1.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	2.000	16.000	0.131	0.148	0.231	-1.047	2.046
	3.000	96.000	0.787	0.934	0.128	1.510	3.624
	4.000	8.000	0.066	1.000	0.000	8.210	5.440
10.000	2.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	3.000	103.000	0.844	0.861	0.222	1.083	3.279
	4.000	17.000	0.139	1.000	0.000		5.085

7. Variabel biopsikologi

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	2.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	3.000	81.000	0.664	0.680	0.357	0.469	3.016
	4.000	39.000	0.320	1.000	0.000		4.611
2.000	1.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	2.000	66.000	0.541	0.557	0.395	0.144	2.839
	3.000	48.000	0.393	0.951	0.102	1.653	4.238
	4.000	6.000	0.049	1.000	0.000		5.563
3.000	2.000	23.000	0.189	0.189	0.270	-0.883	1.000
	3.000	81.000	0.664	0.852	0.231	1.047	2.492
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		3.995
4.000	2.000	2.000	0.016	0.016	0.041	-2.135	1.000
	3.000	83.000	0.680	0.697	0.349	0.515	3.040
	4.000	37.000	0.303	1.000	0.000		4.645
5.000	2.000	9.000	0.074	0.074	0.140	-1.448	1.000
	3.000	78.000	0.639	0.713	0.341	0.563	2.581
	4.000	35.000	0.287	1.000	0.000		4.082
6.000	1.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	2.000	90.000	0.738	0.770	0.303	0.740	2.922
	3.000	27.000	0.221	0.992	0.022	2.400	4.503
	4.000	1.000	0.008	1.000	0.000		5.965

8. Variabel lingkungan sosial

Succesive Detail

Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	19.000	0.156	0.180	0.263	-0.914	2.027
	3.000	87.000	0.713	0.893	0.184	1.245	3.455
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		5.069
2.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	13.000	0.107	0.115	0.194	-1.202	2.123
	3.000	98.000	0.803	0.918	0.151	1.392	3.785
	4.000	10.000	0.082	1.000	0.000		5.579
3.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	5.000	0.041	0.049	0.102	-1.653	1.795
	3.000	103.000	0.844	0.893	0.184	1.245	3.635
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		5.457
4.000	1.000	1.000	0.008	0.008	0.022	-2.400	1.000
	2.000	14.000	0.115	0.123	0.203	-1.160	2.154
	3.000	102.000	0.836	0.959	0.088	1.739	3.870
	4.000	5.000	0.041	1.000	0.000		5.876
5.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	11.000	0.090	0.115	0.194	-1.202	1.834
	3.000	95.000	0.779	0.893	0.184	1.245	3.357
	4.000	13.000	0.107	1.000	0.000		5.069
6.000	1.000	4.000	0.033	0.033	0.073	-1.841	1.000
	2.000	41.000	0.336	0.369	0.377	-0.335	2.329
	3.000	66.000	0.541	0.910	0.163	1.340	3.630
	4.000	11.000	0.090	1.000	0.000		5.037
7.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	37.000	0.303	0.328	0.361	-0.446	2.343
	3.000	77.000	0.631	0.959	0.088	1.739	3.777
	4.000	5.000	0.041	1.000	0.000		5.489

9. Variabel ekonomi

Succesive Detail

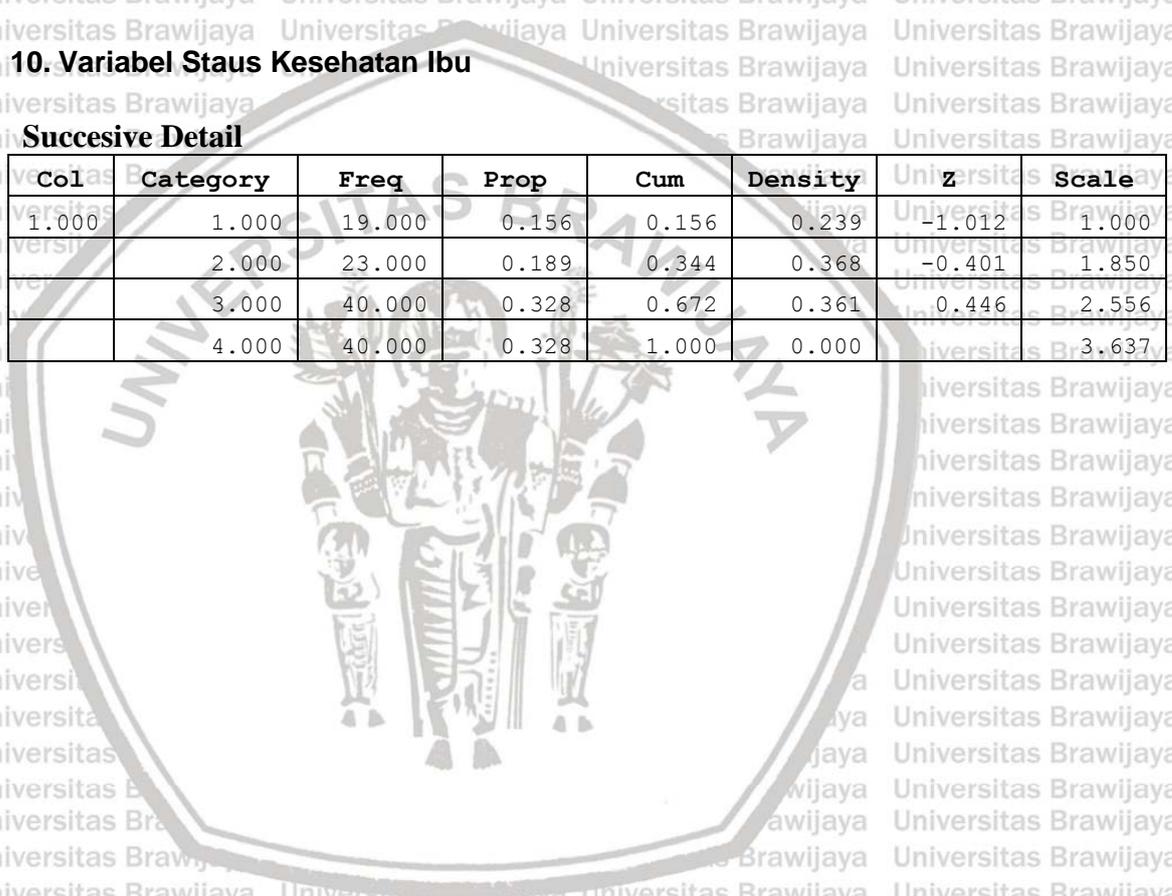
Col	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	3.000	0.025	0.025	0.058	-1.967	1.000
	2.000	22.000	0.180	0.205	0.284	-0.824	2.088
	3.000	79.000	0.648	0.852	0.231	1.047	3.427
	4.000	18.000	0.148	1.000	0.000		4.907
2.000	2.000	6.000	0.049	0.049	0.102	-1.653	1.000
	3.000	88.000	0.721	0.770	0.303	0.740	2.790
	4.000	28.000	0.230	1.000	0.000		4.391
3.000	1.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	2.000	69.000	0.566	0.623	0.380	0.313	2.536

	3.000	43.000	0.352	0.975	0.058	1.967	3.919
	4.000	3.000	0.025	1.000	0.000	8.210	5.349
4.000	2.000	5.000	0.041	0.041	0.088	-1.739	1.000
	3.000	97.000	0.795	0.836	0.247	0.978	2.944
	4.000	20.000	0.164	1.000	0.000		4.652
5.000	1.000	7.000	0.057	0.057	0.115	-1.577	1.000
	2.000	38.000	0.311	0.369	0.377	-0.335	2.163
	3.000	68.000	0.557	0.926	0.140	1.448	3.430
	4.000	9.000	0.074	1.000	0.000		4.899
6.000	1.000	10.000	0.082	0.082	0.151	-1.392	1.000
	2.000	65.000	0.533	0.615	0.382	0.292	2.414
	3.000	42.000	0.344	0.959	0.088	1.739	3.703
	4.000	5.000	0.041	1.000	0.000		4.992

10. Variabel Staus Kesehatan Ibu

Succesive Detail

CoI	Category	Freq	Prop	Cum	Density	Z	Scale
1.000	1.000	19.000	0.156	0.156	0.239	-1.012	1.000
	2.000	23.000	0.189	0.344	0.368	-0.401	1.850
	3.000	40.000	0.328	0.672	0.361	0.446	2.556
	4.000	40.000	0.328	1.000	0.000		3.637



Hasil uji normalitas data pada Kecamatan Weiwerang

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pemberdayaan masyarakat (X1)	F. Predisposing (X2)	F. Perilaku (X3)
N		122	122	122
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7.84	29.7511	59.1835
	Std. Deviation	2.231	5.07407	7.58318
Most Extreme Differences	Absolute	.131	.118	.096
	Positive	.131	.084	.093
	Negative	-.128	-.118	-.096
Test Statistic		.131	.118	.096
Asymp. Sig. (2-tailed)		.249 ^c	.155 ^c	.108 ^c

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. Lilliefors Significance Correction.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		F. Managemen (X4)	F. Biopsikologi (X5)	F. Lingkungan (X6)	Status Kesehatan Ibu (Y)
N		122	122	122	122
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	54.4270	19.0399	42.8758	2.5350
	Std. Deviation	7.00391	2.59558	6.28424	.92778
Most Extreme Differences	Absolute	.140	.158	.112	.210
	Positive	.140	.158	.112	.163
	Negative	-.100	-.102	-.102	-.210
Test Statistic		.140	.158	.112	.210
Asymp. Sig. (2-tailed)		.095 ^c	.076 ^c	.081 ^c	.084 ^c

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. Lilliefors Significance Correction.



Hasil regresi linier berganda data pada Kecamatan Weiwerang

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4) ^b		Enter
2		F. Predisposing (X2)	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= .100).
3		F. Biopsikologi (X5)	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: Angka kematian ibu (Y)

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.745 ^a	.555	.532	.60376
2	.745 ^b	.555	.535	.60134
3	.742 ^c	.551	.536	.60118

a. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

b. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

c. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	51.413	6	8.569	23.507	.000 ^p
	Residual	41.192	113	.365		
	Total	92.605	119			
2	Regression	51.382	5	10.276	28.418	.000 ^c
	Residual	41.223	114	.362		
	Total	92.605	119			
3	Regression	51.041	4	12.760	35.306	.000 ^d
	Residual	41.564	115	.361		
	Total	92.605	119			

a. Dependent Variable: Status kesehatan ibu (Y)

b. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Predisposing (X2), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

c. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

d. Predictors: (Constant), F. Lingkungan (X6), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1.016	.616		-1.649	.102

	pemberdayaan masyarakat (X1)	-0.136	.027	-.344	4.975	.000
	F. Predisposing (X2)	.003	.011	.019	.294	.769
	F. Perilaku (X3)	-.014	.008	-.120	-1.643	.103
	F. Managemen (X4)	-.045	.011	-.382	4.054	.000
	F. Biopsikologi (X5)	.023	.023	.067	-.967	.336
	F. Lingkungan (X6)	-.031	.012	-.245	2.665	.009
2	(Constant)	-.958	.582		-1.647	.102
	pemberdayaan masyarakat (X1)	-.137	.027	-.346	5.055	.000
	F. Perilaku (X3)	-.013	.008	-.114	-1.627	.106
	F. Managemen (X4)	-.045	.011	-.381	4.063	.000
	F. Biopsikologi (X5)	.023	.023	.067	-.970	.334
	F. Lingkungan (X6)	-.031	.011	-.245	2.686	.008
3	(Constant)	-1.159	.543		-2.134	.035
	pemberdayaan masyarakat (X1)	-.135	.027	-.341	4.999	.000
	F. Perilaku (X3)	-.016	.008	-.138	-2.105	.037
	F. Managemen (X4)	-.043	.011	-.365	3.953	.000
	F. Lingkungan (X6)	-.032	.011	-.255	2.812	.006

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu(Y)

Excluded Variables^a

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
2	F. Predisposing (X2)	.019 ^b	.294	.769	.028	.899
3	F. Predisposing (X2)	.019 ^c	.291	.772	.027	.899
	F. Biopsikologi (X5)	-.067 ^c	-0.970	.334	-.090	.820

a. Dependent Variable: Status Kesehatan Ibu (Y)

b. Predictors in the Model: (Constant), F. Lingkungan (X6), F. Biopsikologi (X5), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)

c. Predictors in the Model: (Constant), F. Lingkungan (X6), pemberdayaan masyarakat (X1), F. Perilaku (X3), F. Managemen (X4)



LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBJEK PENELITIAN

Kepada Yth.

Ibu yang saya hormati

Terimakasih atas kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul :

“ Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunan Angka Kematian Ibu Kecamatan Lite dan Kecamatan Waiwerang Adonara “

Nama saya Namsyah Baso, saat ini saya sedang menjalani Program Pendidikan Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Saya meneliti tentang “ Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunan Angka Kematian Ibu Kecamatan Lite dan Kecamatan Waiwerang Adonara “

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk melihat adanya pengaruh faktor biopsikologi, lingkungan, perilaku dan manajemen pelayanan kesehatan, pengetahuan dan sikap terhadap pemberdayaan masyarakat dalam penurunan angka kematian ibu di kecamatan Lite dan kecamatan Waiwerang Adonara. Penelitian ini dilakukan dengan cara memberi kuesioner kepada ibu untuk di isi namun sebelumnya peneliti akan menjelaskan prosedur pengisian kuesioner, bila ibu menyetujuinya maka peneliti akan memberikan *informed consent* (IC).

Partisipasi ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa ada paksaan maupun tekanan dari pihak manapun. Seandainya ibu menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka tidak akan hilang sebagai pasien. Setelah memahami berbagai hal yang menyangkut penelitian ini, diharapkan ibu yang terpilih sebagai subjek sukarela dalam penelitian ini dapat mengisi lembar persetujuan turut serta dalam penelitian yang disiapkan.

Terimakasih saya ucapkan kepada ibu yang telah berpartisipasi didalam penelitian ini. Jika selama menjalani wawancara ini terdapat hal-hal yang kurang jelas maka dapat menghubungi saya Namsyah Baso, No. Telp. 081339073021.

Malang, 2018

Hormat Saya

Namsyah Baso

LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

SUBJEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan :

Setelah mendapat penjelasan dan menyadari serta memahami tentang maksud dan tujuan serta tata laksana penelitian yang berjudul :

“ Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu Kecamatan Lite dan Kecamatan Waiwerang Adonara “

Saya menyatakan bersedia / tidak keberatan untuk dilibatkan dan berpartisipasi dalam penelitian ini, dengan sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri karena berbagai alasan. Biaya penelitian tidak dibebankan kepada saya.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan penuh tanggung jawab tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Larantuka,.....2018

Peneliti

Yang membuat pernyataan

Namsyah Baso

(.....)



LEMBAR KUESIONER

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu Di Kecamatan Lite Dan Kecamatan Waiwerang Adonara

Tanggal Wawancara : / / 2018

No. Kode Responden :

Wawancara oleh :

A. Identitas

Nama Responden

Tanggal lahir

Umurtahun

Nama Suami

Agama

Alamat

No. HP

Pendidikan Terakhir Ibu :

Tidak pernah sekolah

Tidak Tamat SD

Tamat SD

Tamat SLTP

Tamat SLTA

Tamat D1/D2/D3

Tamat PT/S1/S2/S3

Pekerjaan Ibu :

Tidak Kerja

Buruh pelabuhan

Buruh Toko

Nelayan

Buru tani

Nelayan

Tukang bangunan

Pegawai swasta

PNS/ABRI/POLRI

Wiraswasta (pedagang)

Lain-lain (sebutkan.....)

Pendidikan Terakhir Suami :

Tidak pernah sekolah

Tidak Tamat SD

Tamat SD

Tamat SLTP

Tamat SLTA

Tamat D1/D2/D3

Tamat PT/S1/S2/S3

Pekerjaan Suami :

Tidak Kerja

Buruh pelabuhan

Buruh Toko

Nelayan

Buru tani

Nelayan

Tukang bangunan

Pegawai swasta

PNS/ABRI/POLRI

Wiraswasta (pedagang)

Lain-lain (sebutkan.....)

Berapa pendapatan dalam keluarga sebulan ? Rp.

A. Biopsikologi (kebutuhan gizi ibu hamil)

Sangat tidak setuju = STS

Setuju = S

Tidak Setuju = TS

Sangat setuju = SS

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Apakah petugas kesehatan selalu melihat kesesuaian usia kemahilan dengan berat janin dengan mengukur tinggi fundus ibu				
2	Selama hamil ibu tidak boleh makan-makanan tertentu atau dengan kata lain adanya makanan pantangan pada ibu hamil.				
3	Selama proses kehamilan ibu untuk tidak boleh melakukan pekerjaan yang berat				
4	Tenaga kesehatan memberikan suplemen tablet zat besi dan asam folat untuk mencegah anemia				
5	Bila ibu menemukan masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan bayi di dalam kandungan, maka ibu seharusnya bertanya kepada petugas kesehatan dan masyarakat				
6	Apakah makanan yang di makan ibu selama kehamilan harus di laporkan kepada petugas kesehatan.				

B. Perilaku (ANC teratur, Imunisasi TT, Persalinan di faskes)

1. ANC teratur

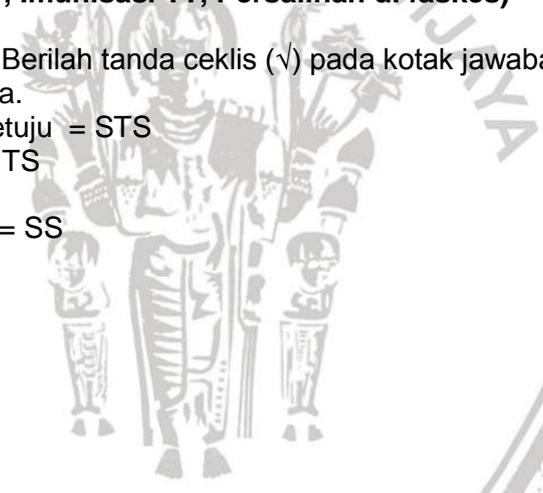
Petunjuk Pengisian : Berilah tanda ceklis (√) pada kotak jawaban di bawah ini yang sesuai pendapat anda.

Sangat tidak setuju = STS

Tidak setuju = TS

Setuju = S

Sangat setuju = SS



No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Selama hamil ibu harus memeriksakan kehamilan secara rutin setiap bulan di puskesmas				
2	Untuk mencegah terjadinya perdarahan saat hamil maka kita harus memeriksakan diri secara rutin ke puskesmas				
3	Apakah selama hamil ibu cukup memeriksakan kehamilan ke puskesmas sebanyak 4 kali saja				
4	Apakah ibu berkonsultasi ke tenaga kesehatan apabila mendapatkan sesuatu yang tidak wajar dengan kehamilannya				
5	Pemeriksaan kehamilan penting untuk menemukan dan merawat masalah kesehatan secara dini				
6	Pemeriksaan kehamilan penting dilakukan untuk memastikan bahwa kesehatan ibu dan bayi berkembang dengan baik				
7	Dalam pemeriksaan kehamilan bidan selalu mengajari ibu dan mengingatkan ibu untuk merasakan gerakan bayi setiap hari				

2. Imunisasi TT

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Bila ibu hamil, maka seharusnya ke petugas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi tetanus toksid (TT)				
2	Apakah imunisasi TT itu sangat penting dalam kehamilan karena bila tidak mendapatkan imunisasi TT maka akan membahayakan jiwa				
3	Ibu dan bayi sangat rentan terhadap proses persalinan sehingga untuk mencegah terjadinya infeksi kita harus melakukan imunisasi TT				
4	Bila ibu sudah mendapatkan imunisasi TT 1 maka seharusnya 1 bulan kemudian ibu datang kembali ke petugas kesehatan untuk melakukan imunisasi TT2				
5	Imunisasi TT hanya di dapatkan di puskesmas atau rumah sakit				

3. Persalinan di fasilitas kesehatan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Bila sudah ada tanda-tanda melahirkan apakah ibu langsung ke puskesmas untuk mendapatkan pertolongan				
2	Apakah ibu setiap kali membutuhkan pelayanan kesehatan,ibu berkunjung ke puskesmas				
3	Ibu dan suami sudah harus memutuskan tempat persalinan yaitu di tenaga kesehatan				
4	Jika tidak ada bantuan lagi, apakah ibu tetap datang ke puskesmas atau rumah sakit untuk melahirkan				
5	Apakah petugas kesehatan,TOMA,TOGA dan masyarakat selalu mengingatkan ibu dan keluarga untuk melahirkan di fasilitas kesehatan				
6	Saya melakukan kunjungan untuk memeriksakan kehamilan				

C. Lingkungan

1. Lingkungan sosial

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Masyarakat, TOGA, TOMA dan tenaga kesehatan mengadakan pertemuan musyawarah masyarakat desa berkaitan dengan upaya menurunkan angka kematian ibu				
2	Dalam kegiatan sosialisasi kesehatan petugas kesehatan perlu bekerjasama dengan TOGA, TOMA dan masyarakat				
3	Setiap ada program yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak dari tenaga kesehatan saya harus mengkomunikasikan dengan suami				
4	Kegiatan organisasi perempuan yang memfasilitasi kegiatan penyuluhan untuk ibu hamil				
5	Bila petugas kesehatan, TOMA, TOGA dan masyarakat menemukan ibu hamil, maka mereka harus mendampingi ibu dan menganjurkan ibu untuk periksa di puskesmas				
6	Apakah ada aturan atau sangksi yang diberikan kepada ibu dan keluarga yang tidak memeriksakan kehamilannya dan tidak melahirkan di puskesmas				
7	Dalam setiap organisasi masyarakat apakah ibu dan keluarga serta masyarakat umum harus di ikut sertakan				

2. Lingkungan ekonomi

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Tenaga kesehatan memberikan penjelasan tentang program tabulin kepada ibu hamil				
2	Saya menyisihkan penghasilan yang saya dapat untuk persiapan persalinan				
3	Apabila ibu hamil ingin melahirkan maka akan mendapat bantuan dana bergulir yang dikumpulkan secara suka rela dan gotong royong untuk membantu ibu hamil di wilayah ketika membutuhkan dana				
4	Ibu hamil dan keluarga harus menyiapkan dana /barang yang di simpan untuk keperluan biaya kehamilan, persalinan dan kegawat darurat				
5	Apakah ibu mendapat bantuan dana dari pemerintah untuk kehamilan dan proses persalinan				
6	Apakah ada sumbangan sukarela dari masyarakat yang diberikan ke pada ibu hamil yang di kumpulkan setiap bulan				

D. Manajemen Pelayanan Kesehatan

1. Fasilitas dan sarana

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Tenaga kesehatan wajib memberikan informasi tentang manfaat dan penggunaan rumah tunggu bagi keluarga yang ingin melahirkan dalam pelayanan pada ibu hamil				
2	Masyarakat menggunakan fasilitas rumah tunggu sesuai fungsinya				
3	Masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di pelayanan kesehatan				
4	Keberadaan puskesmas di tempat anda mempermudah masyarakat dalam menggunakan				

	fasilitas kesehatan				
5	Pelayanan yang diberikan oleh puskesmas harus sama ke semua orang tanpa membeda-bedakannya				
6	Dalam memberikan pelayanan seharusnya pihak puskesmas tidak boleh memungut biaya				
7	Setiap anggota keluarga yang sakit di anjurkan berobat ke puskesmas				

2. Pelayanan paramedis

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Tenaga kesehatan memberikan pelayanan dengan 5S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun)				
2	Pada saat ibu di periksa, apakah petugas kesehatan berkomunikasi dengan ibu				
3	Setelah memeriksa, apakah petugas kesehatan akan menjelaskan tentang hal-hal yang berkaitan dengan perkembangan kesehatan ibu				
4	Apakah pelayanan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di puskesmas dilakukan dengan segera setelah ibu datang				
5	Pada saat ibu di periksa apakah petugas kesehatan berbicara dengan orang lain				
6	Petugas kesehatan memberikan perhatian terhadap semua keluhan ibu				
7	Kesediaan petugas kesehatan untuk meminta maaf bila terjadi kesalahan				
8	Petugas kesehatan bersama TOMA, TOGA melakukan kunjungan rumah untuk ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan di puskesmas				
9	Petugas kesehatan melakukan konseling secara individu kepada ibu hamil mengalami kekurangan gizi				
10	Petugas kesehatan memberikan imunisasi TT pada ibu hamil.				

E. Pengetahuan Responden tentang tanda-tanda bahaya dan faktor resiko pada ibu hamil, bersalin dan nifas.

1. Menurut Ibu apa yang dimaksud dengan tanda bahaya kehamilan
 - a. Keadaan yang mengancam ibu dan bayi
 - b. Keadaan kritis pada proses persalinan
 - c. Keadaan yang mengancam proses persalinan
 - d. Gejala yang menunjukkan ibu dan bayi dikandungannya dalam keadaan bahaya
2. Menurut ibu, apa yang harus dilakukan untuk mengenali deteksi dini tanda bahaya kehamilan.....
 - a. Melakukan pengobatan tradisional
 - b. Melakukan pijat badan (khusus tradisional)
 - c. Minum obat – obat tradisional (jamu atau ramuan)

- d. Melakukan Pemeriksaan kehamilan
3. Menurut ibu apa saja tanda bahaya kehamilan pada kehamilan muda atau trimester 1 (0-12 minggu)
 - a. Sakit kepala yang hebat
 - b. Perdarahan dari jalan lahir, mual muntah yang berlebihan dan nyeri abdominal yang hebat
 - c. Bengkak pada muka dan tangan serta berat badan ibu tidak naik
 - d. Bayi kurang bergerak seperti biasa
4. Menurut ibu apakah penyebab perdarahan pada kehamilan
 - a. Kondisi Fisik
 - b. Kekurangan gizi, ketidak seimbangan hormon dan infeksi
 - c. Kondisi kejiwaan ibu hamil dan janin yang dikandungnya
 - d. Kondisi ekonomi
5. Menurut ibu dimana tempat yang ibu tahu bila ibu mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan
 - a. Pengobatan tradisional
 - b. Dukun bayi
 - c. Rumah ahli gizi
 - d. Bidan, Puskesmas dan rumah sakit
6. Apa resiko ibu hamil yang kurang Gizi?
 - a. Janin tidak berkembang
 - b. Perdarahan sewaktu melahirkan
 - c. Ibu mudah terkena penyakit
 - d. Bayi yang dilahirkan BB kurang
7. Apa saja akibatnya bila ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya?
 - a. Keadaan ibu dan janin tidak terdeteksi
 - b. Bila terjadi resiko dalam kehamilan tidak diketahui
 - c. Tidak mendapat penyuluhan
 - d. Membahayakan sewaktu melahirkan
8. Sepengetahuan ibu apa akibatnya jika ibu hamil dengan riwayat kehamilan terdahulu tidak baik ?
 - a. Mungkin terulang lagi riwayat kehamilan yang terdahulu
 - b. Menimbulkan rasa takut
 - c. Akan membahayakan ibu dan janin

- d. Psikologi ibu dan keluarga terganggu
- 9. Disebut kehamilan sehat apabila?
 - a. Besar perut sesuai umur kehamilan
 - b. Gizi ibu terpenuhi
 - c. Jarak anak lebih dari 2 tahun
 - d. Ibu tidak mempunyai penyakit yang menyertai kehamilan
- 10. Menurut ibu apa saja yang merupakan resiko tinggi dari kehamilan?
 - a. Anemia
 - b. Darah tinggi
 - c. Perdarahan
 - d. Sesak napas



F. Sikap Responden

Berilah tanda (✓) pada kolom yang tersedia dan dipilih sesuai menurut anda

No	Pernyataan	Respon			
		STS	TS	S	SS
1	Melakukan deteksi dini tanda bahaya kehamilan bertujuan untuk mengenali tanda bahaya kehamilan				
2	Pada awal kehamilan atau kehamilan muda tidak perlu dilakukan pemeriksaan kehamilan				
3	Pandangan kabur atau rabun senja merupakan kejadian hal yang sudah biasa dalam kehamilan sehingga tidak butuh penanganan yang tepat oleh tenaga kesehatan				
4	Ibu segera melakukan pemeriksaan kehamilan ditempat pelayanan kesahatan terdekat apabila tiba-tiba nyeri perut dan perdarahan dari jalan lahir selama kehamilan berlangsung				
5	Bengkak pada muka dan tangan merupakan tanda-tanda kehamilan yang sering terjadi pada kehamilan akhir kehamilan.				
6	Tertentu ibu hamil makanya harus lebih banyak dari orang biasa dan tidak perlu pantang makanann tertentu supaya bayi dan ibunya sehat, bagaimana menurut pendapat ibu?				
7	Ibu nita pada kehamilan pertamanya pernah mengalami perdarahan. sekarang ibu nita sedang hamil anak kedua, karena memiliki jarak rumah yang jauh maka ibu nita tidak memeriksakan kehamilannya. Pendapat ibu				
8	Bila ibu ingin hamil lagi sebaiknya jarak anak diatur 2 tahun				
9	Apabila ibu mengalami pusing, dan kekurangan darah maka kita harus segera ke puskesmas				
10	Tetangga ibu hamil anak ke dua, tetapi tidak mau memeriksakan kehamilan seperti kehamilan sebelumnya, karena walaupun persalinannya bermasalah anaknya tetap sehat, pendapat				

LEMBAR KUESIONER

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu di kecamatan Lite dan kecamatan Waiwerang Untuk Ibu Hamil

No	Pemberdayaan Masyarakat	Jawaban	
		YA	TIDAK
1	Apakah Camat pernah ke rumah ibu		
2	Apakah Bidan dan PLKB melakukan penyuluhan setiap bulan dan melakukan pemasangan alat kontrasepsi		
3	Apakah ibu sudah mengetahui bahwa ada rumah tunggu persalinan yang digunakan untuk proses persalinan		
4	Apakah ibu mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan		
5	Apakah ibu mempunyai tabungan ibu bersalin		
6	Apakah ada dana bergulir yang disiapkan untuk membantu ibu yang akan di rujuk dalam proses kehamilan maupun persalinan a		
7	Apakah ibu sudah memanfaatkan rumah tunggu		
8	Apakah tokoh masyarakat dan tokoh agama ikut mengantar ibu ke puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan dan proses persalinan		
9	Apakah ibu mengikuti kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh kader, tokoh masyarakat dan tokoh agama		
10	Apakah ibu pernah mengikuti senam ibu hamil yang dilakukan oleh petugas kesehatan		
11	Apakah ibu di ajari oleh petugas kesehatan untuk mengenal tanda bahaya kehamilan		
12	Apakah ibu pergi ke puskesmas bila ketuban ibu pecah sebelum waktunya		
13	Apakah ibu mau mengikuti anjuran dari tokoh masyarakat untuk memeriksakan kehamilan dan melahirkan di puskesmas		
14	Apakah ibu dan keluarga meminta pertimbangan tokoh masyarakat dalam pengambilan keputusan saat dirujuk		

LEMBAR KUESIONER

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu di kecamatan Lite dan kecamatan Waiwerang Untuk Tokoh Masyarakat.

Pertanyaan !

1. Apakah bapak/ibu dilibatkan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat untuk menurunkan angka kematian ibu secara aktif ?

a. Ya

b. Tidak

Bila Tidak, berikan alasan.....

2. Apakah peran Bapak/ibu dalam pemberdayaan masyarakat sangat penting pengaruhnya dalam mendukung penurunan angka kematian ibu?

a. Ya

b. Tidak

Bila ya berapa besar kontribusi yang diberikan?.....

3. Apakah Bapak/ibu memberikan perhatian atau rasa peduli kepada ibu hamil dan melahirkan ?

a. Ya

b. Tidak

Bila ya, bentuknya seperti apa

4. Ada berapa jenis organisasi masyarakat atau UKBM di daerah bapak/ibu? sebutkan.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Keberadaan Organisasi Masyarakat dan UKBM sangat berperan dalam mendukung penurunan angka kematian ibu?

- a. Ya
- b. Tidak

6. Apakah Bapak/ibu di libatkan dalam perencanaan organisasi masyarakat dan UKBM?

- a. Ya
- b. Tidak

Bila ya, bentuknya seperti apa.....

7. Apakah Bapak/ibu terlibat dalam pengadaan Tabulin (tabungan ibu bersalin), Tassia (tabungan suami sayang ibu dan anak)?

- a. Ya
- b. Tidak

8. Apakah ada dana bergulir yang di siapkan oleh pemerintah desa dan masyarakat ?

- a. Ada
- b. Tidak

Bila ada sebutkan

.....

9. Apakah menurut bapak/ibu keberhasilan pemberdayaan masyarakat, didukung oleh adanya dana sehingga tanpa adanya dana maka banyak kegiatan masyarakat yang tidak berjalan secara optimal?

- a. Ya
- b. Tidak

10. Apakah Pemanfaatan sarana kesehatan oleh masyarakat telah membawa dampak yang positif, dengan meningkatnya persalinan di fasilitas kesehatan?

- a. Ya
- b. Tidak

11. Apakah rumah tunggu persalinan yang merupakan salah satu bentuk UKBM sudah dimanfaatkan secara optimal oleh masyarakat?

- a. Ya
- b. Tidak

Bila tidak, apa
 alasannya.....

12. Apakah bapak/ibu pernah terlibat dalam kegiatan penyuluhan maupun pelatihan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan?

- a. Ya
- b. Tidak

Bila ya, berapa besar keterlibatan Bapak/ibu dalam kegiatan penyuluhan.....

13. Apakah Bapak/ibu pernah memberikan penyuluhan dan pelatihan kepada masyarakat?

- a. Ya
- b. Tidak

14. Apakah bapak/ibu mengetahui ada teknologi sederhana Pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas) yang bisa dimanfaatkan oleh ibu hamil ?

- a. Ya
- b. Tidak

15. Apakah Bapak/ibu pernah memberikan teknologi sederhana ini kepada ibu hamil?

- a. Ya
- b. Tidak

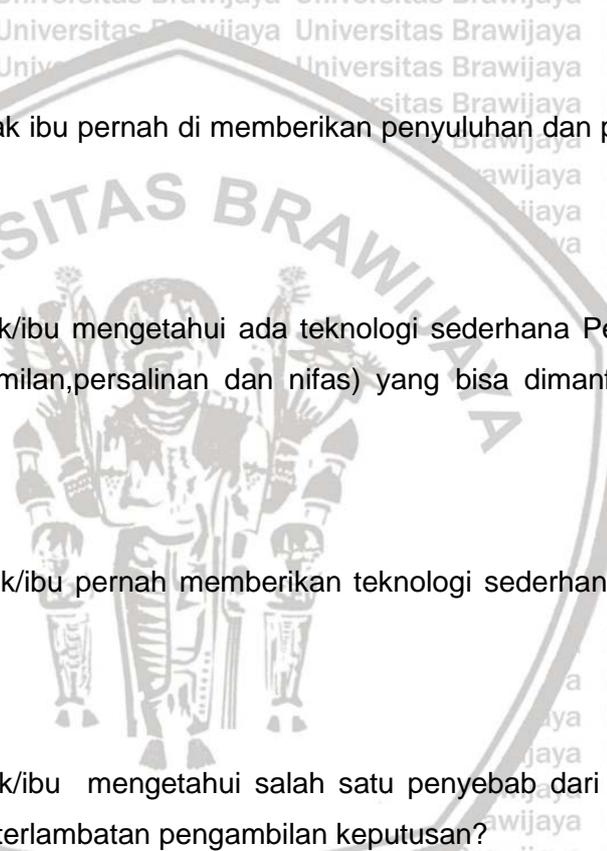
16. Apakah bapak/ibu mengetahui salah satu penyebab dari angka kematian ibu adalah keterlambatan pengambilan keputusan?

- a. Ya
- b. Tidak

Bila ya, apa solusi yang dilakukan.....

17. Apakah bapak/ibu mau melakukan pengambilan keputusan secara partisipatif jika terjadi gangguan kesehatan pada ibu hamil?

- a. Ya



b. Tidak

18. Apakah menurut bapak/ibu dalam pengambilan keputusan diperlukan koordinasi antara berbagai pihak (Puskesmas, TOMA, RT/RW, Kader Posyandu)?

a. Ya

b. Tidak

19. Apakah Bapak/ibu mengetahui bahwa sistem patriakal masih diterapkan dalam pengambilan keputusan dalam merujuk ibu ke puskesmas.....



Lembar Observasi Terhadap Perilaku ANC, Imunisasi TT dan Persalinan Di Fasilitas Kesehatan

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda silang checklist (√) pada kolom yang tersedia menurut hasil pengamatan.

No	Jenis Kegiatan	Beri tanda checklist (√)	Keterangan
ANC			
1.	Apakah selama kehamilan ibu datang ke puskesmas atau posyandu untuk memeriksakan kehamilannya		
2.	Lebih dari 4 kali kunjungan berturut-turut dalam 4 bulan terakhir		
3	Kurang dari 4 kali kunjungan berturut-turut dalam 4 bulan terakhir		
Imunisasi TT			
1	Apakah ibu datang ke puskesmas untuk melakukan imunisasi TT		
2	Berapa kali ibu melakukan imunisasi TT (Lihat di buku KIA)		
Persalinan di fasilitas kesehatan			
1	Bila ada tanda persalinan apakah ibu akan bersalin di puskesmas		
2	Apakah ibu menggunakan fasilitas rumah tunggu		