



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DISERTASI**

**PEMBERDAYAAN KEPALA DUSUN DALAM MEMPROMOSIKAN  
KESIAPSIAGAAN PERSALINAN BERBASIS BUDAYA  
DI KABUPATEN PACITAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2022**

**MARYUNI**

**NPM 2006512271**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
2023**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PEMBERDAYAAN KEPALA DUSUN DALAM MEMPROMOSIKAN  
KESIAPSIAGAAN PERSALINAN BERBASIS BUDAYA  
DI KABUPATEN PACITAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2022**

**LAPORAN DISERTASI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Doktor dibidang Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**MARYUNI  
NPM 2006512271**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Maryuni**

**NPM : 2006512271**

**Tanda Tangan :** 

**Tanggal : Juli 2023**

## HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh :  
Nama : Maryuni  
NPM : 2006512271  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Disertasi : Pemberdayaan Kepala Dusun Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya Di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Ketua tim Penguji : Prof. Dr. Dr. Kemal Siregar, SKM, MPA, Ph.D  
Promotor : Prof. Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc  
Co-Promotor 1 : Prof. Dr. Evi Martha, MKes  
Co-Promotor 2 : Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra. MKes  
Penguji : Dr. Drs. Jajang Gunawijaya, MA  
: Jerico Franciscus Pardosi, Ph.D  
: Dr. dr. Trihono, MKes  
: Dr. dr. Arietta Puspongoro, SpOG (K)  
: Dr. Indra Supradewi, SKM, MKM  
Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : Juli 2023

  
.....  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Maryuni  
NPM : 2006512271  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2022/2023

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan disertasi saya yang berjudul:

**“PEMBERDAYAAN KEPALA DUSUN DALAM MEMPROMOSIKAN KESIAPSIAGAAN PERSALINAN BERBASIS BUDAYA DI KABUPATEN PACITAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2022”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, Juli 2023



(Maryuni)

## KATA PENGANTAR

*“Sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan. Apabila engkau telah selesai (dengan satu kebajikan), teruslah bekerja keras (untuk kebajikan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmu berharaplah” (QS Al Insyirah : 6-8)*

Puji syukur tak terhingga kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat, karunia serta kemudahan disetiap perjalanan yang dilalui penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi yang berjudul “Pemberdayaan Kepala Dusun dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022” ini tepat pada waktunya.

Selesaiannya laporan disertasi ini juga tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari semua pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ari Kuncoro, SE., MA. Ph.D, Rektor Universitas Indonesia.
2. Prof. Dr. dr. Mondastri Korib Sudaryo, MS., D.Sc, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
3. Prof. Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc, Guru besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan sekaligus sebagai Promotor, yang selalu sabar memberikan bimbingan, bantuan, dukungan dan arahan kepada penulis dari mulai mencari ide penelitian, mendorong peneliti untuk senantiasa *“Iqra”* (membaca) dan terus membaca untuk penyempurnaan disertasi ini.
4. Prof. dr. Kemal Siregar, SKM, MPA, Ph.D, Guru besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia dan sebagai ketua tim penguji.
5. Prof. Dr. Evi Martha, MKes Guru besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sebagai dosen penguji sekaligus sebagai Co-Promotor.
6. Dr. dr. Trihono, MKes, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, sebagai dosen penguji.
7. Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra.,MKes Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Airlangga sebagai dosen penguji sekaligus sebagai Co-Promotor.
8. Jerico Franciscus Pardosi, Ph.D, Dosen di *School of Public Health and Social Work, Queensland University of Technology*, Brisbane Australia, sebagai dosen penguji.
9. Dr. Drs. Jajang Gunawijaya, MA dosen Fakultas FISIP Universitas Indonesia sebagai dosen penguji.
10. Dr. dr. Arietta Puspongoro., SpOG (K) dosen Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia sebagai dosen penguji.
11. Dr. Indra Supradewi, SKM, MKM Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sebagai dosen penguji.
12. Yayasan dan segenap pimpinan Universitas Binawan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan studi lanjut.
13. Direktorat Riset dan Pengembangan Universitas Indonesia, melalui Hibah PUTI Pascasarjana.
14. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan dan Koordinator di Bidang Kesga.
15. Bapak Camat Bandar dan Nawangan beserta jajarannya.
16. Kepala Puskesmas Kecamatan Jeruk, Kecamatan Bandar beserta Bidan Koordinator.

17. Bidan Desa di wilayah Kecamatan Bandar dan Kecamatan Nawangan.
18. Bapak Kepala Desa dan Kepala Dusun di Wilayah Kecamatan Bandar ( Desa Bandar, Desa Tumpuk, Desa Watupathok dan Desa Bangunsari) dan Kecamatan Nawangan (Desa Mujing, Jetis Lor, Nawangan, Sempu dan Gondang) yang telah memberikan dukungan, bantuan waktu, tenaga serta menerima penulis dengan terbuka selama melakukan kegiatan penelitian.
19. Kepada tokoh masyarakat, tokoh agama, ibu hamil dan keluarga serta semua pihak yang telah membantu penulis selama melakukan kegiatan penelitian, di Wilayah Kecamatan Bandar dan Kecamatan Nawangan.
20. Kepada orang tua yang telah menjadi motivator dan inspirator dalam hidup penulis, yang telah mengajarkan kepada penulis untuk selalu berjuang, bekerja keras serta mengasihi orang yang lemah.
21. Keluarga yang telah menjadi *support system*, kepada suami terima kasih atas doa-doa disepertiga malamnya, kedua anak penulis Muhammad Alifian Al Fawwaz dan Nayla Ghina Salsabila, yang sudah bisa memahami kesibukan penulis disaat penyusunan disertasi ini.
22. Teman-teman seperjuangan mahasiswa S3 IKM UI angkatan 2020, yang selalu memberikan semangat, berbagi ilmu dan menguatkan satu sama lain.
23. Kepada semua sahabat, teman sejawat dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas semua bantuan dan doa-doanya.

*"Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat untuk orang lain"* (HR. Ahmad). Demikian yang dapat penulis sampaikan, semoga apa yang telah penulis lakukan selama menyelesaikan disertasi ini bukan hanya sebagai syarat untuk mencapai kelulusan serta gelar Doktorat, tetapi lebih dari itu mampu memberikan kebermanfaatn bagi masyarakat di lokasi penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan. Terakhir semoga semua masukan, arahan dan kontribusi dari semua pihak untuk penyempurnaan hasil disertasi ini menjadi amal kebaikan dan mendapat pahala dari Allah SWT.

Depok, Juli 2023

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maryuni

NPM : 2006512271

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)

Departemen : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Disertasi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**“Pemberdayaan Kepala Dusun Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya Di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022”**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juli 2023

Yang menyatakan



(Maryuni)

## ABSTRAK

Nama : Maryuni  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Pemberdayaan Kepala Dusun Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya Di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022

**Latar belakang** mayoritas ibu hamil di Kabupaten Pacitan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan (85,61%), akan tetapi hal ini masih dibawah target rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan.

**Tujuan** penelitian ini mengembangkan model pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan, yang mempertimbangkan latar belakang sosial budaya di Daerah Pedesaan, Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur.

**Metode** penelitian menggunakan *Mixed Methods Exploratory Sequential Design*. Penelitian kualitatif menggunakan desain *etnografi*. Penelitian kuantitatif menggunakan desain *Quasi eksperimental*. Penelitian dilakukan di Kecamatan Bandar (intervensi) dan Nawangan (kontrol). Waktu penelitian Juni 2022 s.d Februari 2023. Sampel ibu hamil umur 15-49 tahun, usia kehamilan  $\leq 32$  yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, besar sampel 172 orang (n1= 87 orang; n2=85 orang). Kelompok intervensi diberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun. Kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi. Analisa data menggunakan analisa *univariate*, *bivariate*, *multivariate* dan *Difference in Difference (DiD)* Analisis.

**Hasil penelitian** kualitatif ibu hamil dan keluarga mempersepsikan kehamilan adalah suatu rejeki atau anugerah yang harus disyukuri. Mayoritas ibu hamil belum mempersiapkan persalinannya. Masih banyak ditemukan budaya pernikahan dini, sehingga mendorong untuk diterbitkannya peraturan desa (perdes) tentang pencegahan pernikahan dini. Terdapat hubungan yang *signifikan* ( $p \text{ value} < 0,05$ ) antara pengetahuan tanda bahaya kehamilan, pengetahuan kesiapsiagaan persalinan dan intervensi oleh kepala dusun dengan perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil, variabel yang paling dominan adalah intervensi oleh kepala dusun OR=2,091. Edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun secara signifikan memberikan dampak meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil sebesar 41 %.

### **Kesimpulan dan Saran**

Edukasi kesiapsiagaan persalinan oleh kepala dusun berdampak signifikan meningkatkan perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil. Perlu adanya keberlanjutan program edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun sebagai upaya memperkuat kelas ibu hamil di daerah pedesaan.

**Kata kunci:** Kesiapsiagaan persalinan, Ibu hamil, Kepala Dusun, Pemberdayaan.

## ABSTRACT

Name : Maryuni  
Study Program: Public Health Sciences  
Title : Empowerment of Hamlet Heads in Promoting Birth Preparedness in Pacitan Regency, East Java Province

**Background** majority of pregnant women in Pacitan Regency give birth at health facilities (85.61%), however, this is still below the target of the strategic plan of the Ministry of Health.

**The purpose** of this research is to develop a model for empowering hamlet heads in promoting birth preparedness, which takes into account socio-cultural backgrounds in rural areas, Pacitan Regency, East Java Province.

**The research method** uses a Mixed Methods Exploratory Sequential Design. Qualitative research uses an ethnographic design. Quantitative research uses a quasi-experimental design. The research was conducted in Bandar (intervention) and Nawangan (control) sub-districts. Time of study June 2022 to February 2023. Sample of pregnant women aged 15-49 years, gestational age  $\leq 32$  who met the inclusion and exclusion criteria, the sample size was 172 people ( $n_1 = 87$  people;  $n_2 = 85$  people). The intervention group was given culture-based childbirth preparedness education by the Hamlet head. The control group was not intervened. Data analysis used univariate, bivariate, multivariate and Difference in Difference (DiD) analysis.

**Results** of the study qualitative research on pregnant women and their families perceive pregnancy as a blessing or a gift to be grateful for. The majority of pregnant women have not prepared for childbirth. There are still many cultures of early marriage found, thus encouraging the issuance of village regulations regarding the prevention of early marriage. There is a significant relationship ( $p$ -value  $< 0.05$ ) between knowledge of danger signs of pregnancy, knowledge of birth preparedness and intervention by the hamlet head with birth preparedness behavior in pregnant women, the most dominant variable is intervention by the hamlet head OR=2.091. Culture-based birth preparedness education by the sub-village head had a significantly increased preparedness score for pregnant women by 41%.

### **Conclusions and recommendations**

Birth preparedness education by hamlet head has a significant impact on increasing birth preparedness behavior in pregnant women. There needs to be a continuation of the culture-based childbirth preparedness education program by the Hamlet as an effort to strengthen the class of pregnant women in rural areas.

Keywords: Birth Preparedness, Pregnant women, Hamlet Head, Empowerment.

## DAFTAR ISI

<b>COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMBUNG</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>19</b>
1.1 Latar Belakang .....	19
1.2 Rumusan Masalah .....	27
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	27
1.4 Tujuan Penelitian.....	27
1.4.1 Tujuan Umum.....	27
1.4.2 Tujuan Khusus .....	28
1.5 Manfaat Penelitian.....	28
1.5.1 Bagi Institusi .....	28
1.5.2 Bagi Masyarakat .....	28
1.5.3 Bagi Pengambilan Kebijakan .....	29
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	29
<b>BAB II TINJAUAN LITERATURE</b> .....	<b>12</b>
2.1 Kesiapsiagaan Persalinan.....	12
2.1.1 Definisi Kesiapsiagaan Persalinan .....	12
2.1.2 Komponen Kesiapsiagaan Persalinan .....	14
2.1.3 Empat Terlambat Penyebab Kematian Ibu .....	16
2.1.4 Kerangka Konsep Kesiapsiagaan Persalinan JHPIEGO.....	18
2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Persalinan .....	20
2.1.6 Komplikasi dan tanda-tanda Bahaya Kehamilan.....	24
2.2 <i>Public Health Emergency Preparedness (PHEP)</i> dan <i>Community Readiness</i> .....	25
2.2.1 <i>Public Health Emergency Preparedness (PHEP)</i> .....	25
2.2.2 <i>Community Readiness</i> .....	27
2.3 Pemberdayaan Masyarakat .....	27
2.3.1 Konsep Pemberdayaan Masyarakat.....	27
2.3.2 Strategi Pemberdayaan Masyarakat .....	31
2.3.3 Definisi Komunitas .....	33
2.4 Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa .....	34
2.5 Kepala Dusun (Pamong).....	35
2.6 Health Education & Health Promotion .....	36
2.7 Kebudayaan .....	38
2.7.1 Definisi Kebudayaan.....	38

2.7.2	Wujud Kebudayaan.....	39
2.7.3	Kebudayaan Jawa .....	39
2.7.4	Sistem Kekerabatan dalam Budaya Jawa .....	40
2.7.5	Kehamilan dan Persalinan dalam Pandangan Budaya Jawa .....	42
2.7.6	Pengaruh Faktor Budaya dalam Kehamilan dan Persalinan .....	44
2.8	Konsep Perilaku Kesehatan .....	46
2.8.1	Bentuk Perilaku Manusia .....	46
2.8.2	Pengukuran Perilaku .....	47
2.9	Teori <i>PRECEDE PROCEED</i> Model .....	48
2.10	TEORI BUDAYA PEN-3 MODEL.....	52
2.11	Kerangka Teori Penelitian .....	53
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>		<b>56</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	56
3.2	Definisi Operasional .....	58
3.3	Hipotesis Penelitian .....	63
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>64</b>
4.1	Tahap I Studi Pendahuluan (Studi Kualitatif) .....	64
4.1.1	Desain Penelitian .....	64
4.1.2	Sumber Data Penelitian.....	65
4.1.3	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	65
4.1.4	Instrumen Penelitian .....	66
4.1.5	Pengumpulan Data Penelitian .....	66
4.1.6	Analisis Data.....	68
4.1.7	Keabsahan Data .....	68
4.1.8	Penyajian Data .....	69
4.2	Tahap II : Pengembangan Modul dan Model.....	69
4.3	Tahap III: Tahap Intervensi dan Evaluasi .....	71
4.3.1	Tahap Intervensi .....	71
4.3.2	Penelitian Kuantitatif .....	73
4.3.3	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	74
4.3.4	Populasi dan Sample .....	75
4.3.5	Pengumpulan Data Penelitian .....	78
4.3.6	Instrumen Penelitian .....	79
4.3.7	Pengolahan Data .....	80
4.3.8	Analisis Data.....	80
4.3.9	Upaya Menjaga Keabsahan Data .....	82
4.3.10	Etika Penelitian.....	85
4.3.11	Alur Kegiatan Penelitian .....	86
4.3.12	Kegiatan Intervensi .....	87
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>		<b>88</b>
5.1	Eksporasi Pemahaman masyarakat tentang kehamilan dan persalinan .....	88
5.1.1	Karakteristik informan .....	88
5.1.2	Persepsi tentang kehamilan dalam konteks sosial budaya .....	89
5.1.3	Persepsi tentang persalinan dalam konteks sosial budaya .....	91
5.1.4	Persepsi tentang masa nifas dalam konteks sosial budaya.....	92
5.1.5	Persepsi tentang Persiapan Persalinan dalam konteks sosial budaya.....	93
5.1.6	Persepsi tentang nilai-nilai budaya selama kehamilan .....	95

5.1.7	Persepsi tentang nilai-nilai budaya.....	97
5.1.8	Persepsi tentang Pola Pengambilan Keputusan Kesiapsiagaan Persalinan .....	99
5.1.9	Persepsi informan tentang tokoh yang berpengaruh.....	100
5.2	Pengembangan Model Pemberdayaan Kepala Dusun.....	100
5.2.1	Pengembangan Modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya .....	100
5.2.2	Pengembangan Modul.....	104
5.2.3	Pengembangan model Pelatihan Pemberdayaan Kepala Dusun .....	106
5.3	Implementasi Model Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya .....	108
5.3.1	Intervensi Edukasi Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya .....	108
5.3.2	Pengukuran Perilaku kesiapsiagaan persalinan (Post test II).....	117
5.3.3	Pelaksanaan Pengukuran Pre-test dan Post test Ibu Hamil.....	117
5.4	Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil.....	118
5.4.1	Distribusi Frekuensi Perubahan Tingkat Kesiapsiagaan Persalinan .....	119
5.4.2	Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan .....	120
5.4.3	Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan Tanda Bahaya.....	121
5.4.4	Hubungan Perilaku kesiapsiagaan persalinan dengan berbagai faktor .....	121
5.5	Faktor Penentu Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil.....	123
5.6	Efek model Edukasi Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya .....	125
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>		<b>129</b>
6.1	Keterbatasan Penelitian .....	129
6.1.1	Keterbatasan Penelitian.....	129
6.1.2	Kelebihan Penelitian .....	129
6.1.3	Generalisasi Penelitian.....	130
6.2	Implikasi Hasil Studi Terhadap Program.....	131
6.3	Implikasi Hasil Studi Terhadap Perkembangan Ilmu Pengetahuan.....	147
<b>BAB VII KESIMPULAN dan REKOMENDASI .....</b>		<b>149</b>
7.1	Kesimpulan.....	149
7.2	Rekomendasi .....	150
7.2.1	Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan .....	150
7.2.2	Pemerintah Desa .....	150
7.2.3	Penelitian selanjutnya .....	151
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>152</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel .....	58
Tabel 4.1 Matriks Deskripsi Pengumpulan Data Kualitatif .....	66
Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Pelatihan Pemberdayaan Untuk Kepala Dusun .....	70
Tabel 4.3 Kegiatan Intervensi oleh Kepala Dusun .....	72
Tabel 4.5 Profil Lokasi Penelitian Daerah Intervensi dan Kontrol .....	74
Tabel 4.4 Sebaran Sampel Ibu Hamil Daerah Intervensi dan Kontrol .....	77
Tabel 4.6 Hasil Uji Reabilitas.....	84
Tabel 5.1 Karakteristik Informan Utama Ibu Hamil .....	88
Tabel 5.2 Pembuatan Modul Fasilitator Bidan .....	102
Tabel 5.3 Pembuatan Modul Kesiapsiagaan Persalinan Panduan Pamong .....	103
Tabel 5.4 Karakteristik Kepala Dusun .....	107
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Perubahan Tingkat Kesiapsiagaan Persalinan .....	119
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan .....	120
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tanda Bahaya Kehamilan.....	121
Tabel 5.8 Hubungan Tingkat Kesiapsiagaan Persalinan .....	122
Tabel 5.9 Faktor Penentu Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil.....	124
Tabel 5.10 Perbedaan rata-rata skor pre-post test kesiapsiagaan persalinan .....	125
Tabel 5.11 Perbedaan Peningkatan Rata-Rata Skor Kesiapsiagaan Persalinan .....	127
Tabel 5.12 Perbedaan Peningkatan Rata-Rata Skor Kesiapsiagaan Persalinan .....	127

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Angka Kematian Ibu.....	19
Gambar 1.2 Empat Terlambat Penyebab Kematian Ibu .....	21
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Kesiapsiagaan Persalinan JHPIEGO.....	18
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Kesiapsiagaan Persalinan JHPIEGO.....	18
Gambar 2.2 Kerangka Kerja <i>Public Health Emergency Preparedness</i> (PHEP) .....	26
Gambar 2.3 <i>Combining the empowermen</i> .....	29
Gambar 2.4 Kerangka Konsep Pemberdayaan Masyarakat .....	30
Gambar 2.5 <i>The Community Action Cycle</i> .....	33
Gambar 2.6 Susunan Organisasi Pemerintah Desa .....	35
Gambar 2.7 Teori <i>PRECEDE-PROCEED</i> model .....	49
Gambar 2.8 The PEN-3 Cultural Model.....	53
Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian <i>PRECEDE-PROCEED</i> .....	55
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	56
Gambar 4.1 Desain Penelitian <i>mixed methods exploratory sequential design</i> .....	64
Gambar 4.2 Alur Kegiatan Penelitian.....	86
Gambar 4.3 Kerangka Kerja Penelitian .....	87
Gambar 5.1 Perbedaan rata-rata skor kesiapsiagaan persalinan.....	126

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Surat Keterangan Lolos Kaji Etik dan Rekomendasi penelitian.....	152
Lampiran link kuesioner, hasil wawancara, modul.....	160
<i>Lesson Learned</i> .....	160

## DAFTAR SINGKATAN

ASEAN	: <i>Association of Southeast Asian Nations</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPCR	: <i>Birth Preparedness and Complication Readiness</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CM	: <i>Community Mobilization</i>
CMO	: <i>Chief Marketing Officer</i>
DID	: <i>Difference in Difference</i>
EMAS	: <i>Expanding Maternal and Neonatal Survival</i>
FKM	: Fakultas Kesehatan Masyarakat
Germas	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
GRKS	: Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
HBLSS	: <i>Home Based Life Saving Skills</i>
IKS	: Indikator Keluarga Sehat
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JHPIEGO	: <i>Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics</i>
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KH	: Kelahiran Hidup
KTD	: Kehamilan Tidak Diinginkan
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
MKJP	: Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MMR	: <i>Maternal Mortality Ratio</i>
NKRI	: Negara Kesatuan Republik Indonesia
PHC	: <i>Primary Health Care</i>
PISPK	: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PKH	: Program Keluarga Harapan
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan
PHEP	: <i>Public Health Emergency Preparedness</i>
PPKD	: Pejabat Pengelola Keuangan Daerah
Renstra	: Rencana Strategis
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survey Dasar Kesehatan Indonesia
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SLR	: <i>Systematic literature Review</i>
S-O-R	: <i>Stimulus-Organisme-Respon</i>
SPM	: Standar Pelayanan Minimal

SUPAS : Survei Penduduk Antar Sensus  
Susenas : Survey Sosial Ekonomi Nasional  
UU : Undang-undang  
UKBM : Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat  
WHO : *World Health Organization*

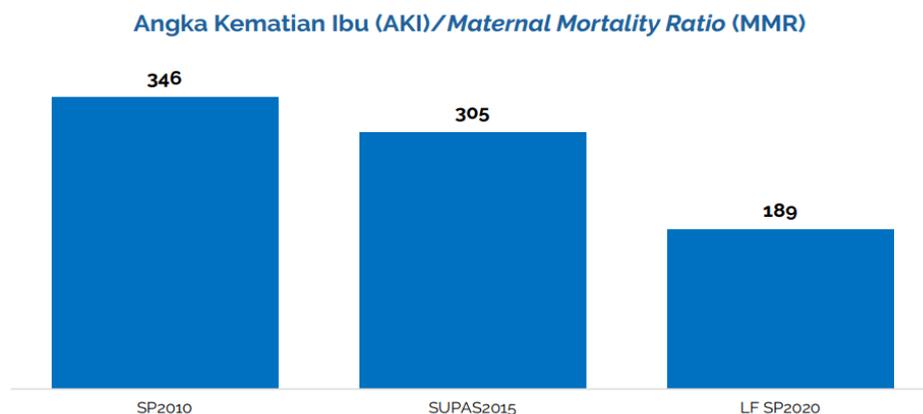
# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Secara global angka kematian maternal (*Maternal Mortality Ratio* atau MMR) merupakan masalah kesehatan masyarakat utama, terutama di negara-negara berkembang. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan setengah juta perempuan meninggal setiap tahunnya akibat kehamilannya dan 99% dari kematian ibu terjadi pada negara berkembang. (El-Nagar et al., 2017; UNICEF, 2023)

Indonesia merupakan Negara dengan angka kematian ibu tertinggi nomor urut kedua di *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN) setelah Laos. Data hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan angka kematian ibu (AKI) sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. *Sustainable Development Goals* (SDGs), menargetkan mengurangi rasio angka kematian ibu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil *Long Form* sensus penduduk 2020 (*LF SP2020*) mencatat AKI Indonesia sebesar 189 per 100.000 KH, sementara AKI di Provinsi Jawa Timur sebesar 184 per 100.000 KH. Meskipun AKI pada tahun 2020 sudah ada penurunan dibanding dengan AKI pada tahun 2015, akan tetapi masih perlu upaya keras untuk mencapai target SDGs. (BPS, 2023; WHO, 2018)



Gambar 1.1 Angka Kematian Ibu (sumber hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020)

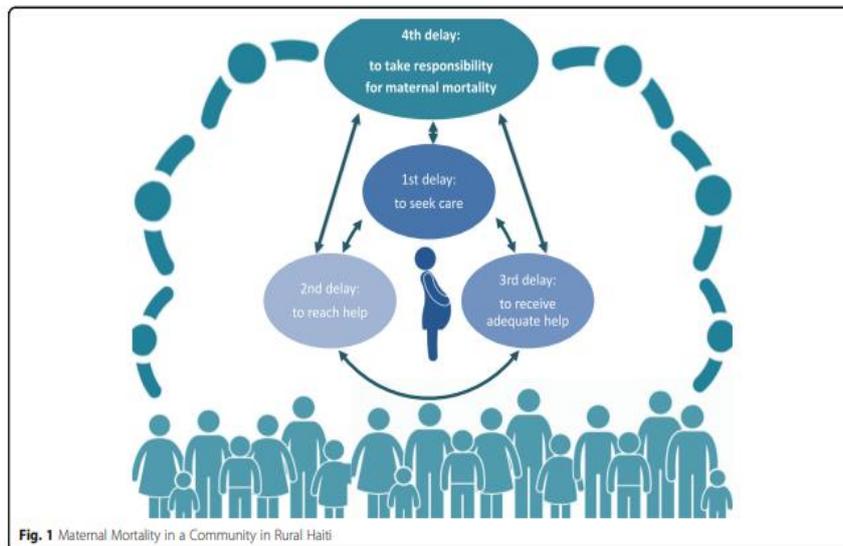
Penyebab kematian ibu antara lain penyebab langsung dan tidak langsung. Sekitar 75% kematian ibu akibat komplikasi obstetri langsung, antara lain perdarahan 27%,

hipertensi 14%, sepsis 11%, aborsi 8%, emboli 3% dan penyebab langsung lainnya. (Maseresha et al., 2016; Teng et al., 2015).

Banyak komplikasi selama kehamilan yang mengakibatkan kematian ibu dan kematian perinatal yang tidak dapat diprediksi, namun dapat dicegah dan dideteksi, hal ini dikarenakan kasus komplikasi sering terjadi tiba-tiba pada ibu hamil. Oleh karena itu, perlu adanya persiapan dan akses ketenaga kesehatan yang terampil secara tepat waktu, sehingga apabila sewaktu-waktu terjadi komplikasi tidak mengalami keterlambatan baik dalam pengambilan keputusan dan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan terutama di daerah pedesaan. (Andarge et al., 2017)

Tingginya kematian ibu di Indonesia juga masih dipengaruhi oleh penyebab tidak langsung yaitu fenomena empat terlalu (4 T) yaitu terlalu tua ( $> 35$  tahun), terlalu muda ( $< 20$  tahun), terlalu dekat ( $< 2$  tahun) dan terlalu banyak ( $> 3$  anak) dan dipengaruhi oleh tiga terlambat (3T) yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan, terlambat sampai ke tempat rujukan serta terlambat mendapat penanganan ditempat pelayanan kesehatan dan. (Kemenkes RI, 2011)

MacDonald *et.al* (2018) dalam penelitiannya di Rural Haiti, mengidentifikasi masalah kematian ibu selain dipengaruhi oleh fenomena tiga terlambat juga dipengaruhi oleh faktor terlambat keempat. MacDonald *et.al* melakukan penggabungan kerangka konsep tiga terlambat Thaddeus dan Maine, dan terlambat keempat yaitu keterlambatan komunitas dalam mengambil tanggung jawab terhadap kematian ibu seperti pada gambar 1.2 Keterlambatan komunitas untuk bertanggung jawab atas kematian ibu juga dapat berkontribusi pada kematian ibu. Keterlambatan keempat adalah keterlambatan dimana sebagian besar potensi berada ditangan komunitas karena keterlambatan ini berpotensi dan berdampak (positif atau negatif) terhadap tiga terlambat lainnya. (MacDonald et al., 2018; Thaddeus, S., & Maine, 1991)



Gambar 1.2 Empat Terlambat Penyebab Kematian Ibu

Keterlambatan pertama hingga keempat banyak dipengaruhi oleh faktor kontekstual misalnya kondisi masyarakat seperti pendidikan, pengetahuan, sosial ekonomi, budaya dan dukungan sosial. Kondisi geografis seperti akses terhadap pelayanan kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu. (Andarge et al., 2017)

Berdasarkan hasil studi Banten I menunjukkan bahwa keterlambatan yang paling sering dialami ibu hamil adalah keterlambatan ditingkat keluarga dalam memutuskan mencari tempat pelayanan kesehatan 45%, keterlambatan dalam mencari perawatan 66% dan terlambat mendapat pelayanan difasilitas kesehatan sebesar 44%. (E. L. Achadi, 2019)

Keterlambatan dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga dapat dihindari apabila ibu hamil dan keluarga mempersiapkan persalinan, mengetahui tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta tindakan yang perlu dilakukan untuk mengatasinya ditingkat keluarga. Keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dapat dihindari apabila ibu hamil dan keluarga dari awal telah mempersiapkan rencana transportasi dengan baik. (Kemenkes RI, 2011)

Tingginya kematian ibu juga dipengaruhi oleh faktor sosial budaya masyarakat. Masyarakat memiliki konsep dan nilai sendiri tentang kehamilan, persalinan, penolong persalinan, dan tentang nilai anak dalam suatu keluarga. Hal tersebut berbeda dengan pandangan pemegang program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang menyatakan bahwa

persalinan harus direncanakan mulai awal dengan melakukan pemeriksaan dan bersalin ditempat fasilitas pelayanan kesehatan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, akan tetapi masih ditemukan persalinan yang dilakukan oleh tenaga non fasilitas pelayanan kesehatan terutama di daerah pedesaan. dinamika budaya ini sangat penting untuk kesehatan masyarakat, sehingga intervensi menjadi efektif dan berkelanjutan.(Lestari et al., 2018)

Keluarga Jawa dalam mengambil keputusan biasanya akan melibatkan keluarga besar sebagai pola pengambilan keputusannya. Perilaku pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan kesehatan selama masa kehamilan, dipengaruhi oleh beberapa variabel seperti hirarki kekuasaan keluarga, tipe bentuk keluarga, pembentukan koalisi, jaringan kerja komunikasi keluarga, status soial dan siklus kehidupan keluarga. Dimana variabel tersebut akan mempengaruhi proses dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. (Listiowati et al., 2018)

Pengambilan keputusan dalam pemilihan pertolongan persalinan juga dipengaruhi kepercayaan/budaya tradisional, norma (keyakinan bahwa pengambilan keputusan harus dilakukan dihadapan sesepuh keluarga jika ada masalah yang tidak bisa diantisipasi), kurangnya kesiapan persalinan, kurangnya keterlibatan laki-laki/pasangan dalam rencana kesiapan persalinan, kurangnya pemahaman masyarakat tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan.(Ngoma-Hazemba et al., 2019)

Hasil penelitian di Iran Utara menunjukkan bahwa faktor sosial budaya secara signifikan mempengaruhi sikap ibu hamil terhadap praktek pertolongan persalinan. sosial budaya, dan kepercayaan agama dapat menentukan bagaimana seorang wanita melihat, menafsirkan, dan memikirkan rasa sakit selama persalinan.(Roudsari et al., 2015)

Strategi utama secara global yang dapat membantu wanita dalam mencapai pelayanan kesehatan di tenaga professional dan mengurangi keterlambatan dalam pengambilan keputusan serta pengenalan tanda-tanda bahaya kehamilan ditingkat keluarga tersebut adalah mempersiapkan rencana persalinan dan kesiapsiagaan dalam menghadapi komplikasi bagi wanita hamil, pasangan mereka dan keluarga mereka.(Kakaire et al., 2011; Sabageh et al., 2017)

Kesiapsiagaan persalinan dan kesiapan komplikasi (*Birth Preparedness and Complication Readiness/BPCR*) merupakan salah satu kunci intervensi utama untuk

mengurangi kematian ibu dan mencapai target *SDG's* yang telah diterapkan diberbagai negara. (Akinwaare & Oluwatosin, 2019; Akshaya & Shivalli, 2017).

*Birth Preparedness* mendorong wanita hamil dan keluarganya untuk membuat keputusan secara cepat, mencari pertolongan persalinan ke petugas pelayanan kesehatan yang terampil, memilih tempat pelayanan kesehatan yang sesuai, mempersiapkan transportasi dan dana alternative untuk biaya persalinan apabila terjadi kegawatdaruratan, dan mengidentifikasi calon pendonor darah, sehingga mengurangi tiga terlambat penyebab AKI. (JHPIEGO, 2004; Kaso & Addisse, 2014; Wudu & Tsegaye, 2021a)

Sasaran Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes 2020-2024 adalah meningkatkan kesehatan Ibu, Anak dan Gizi Masyarakat, dimana salah satu indikator strategisnya adalah peningkatan presentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 95%. Berdasarkan data Indikator Keluarga Sehat (IKS) Provinsi Jawa Timur tahun 2021, presentase ibu yang melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Pacitan sebesar 85,61%, hal ini mengindikasikan masih adanya pertolongan persalinan di non fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Pacitan.

Hasil penelitian Widodo et.al (2017) akar masalah ibu hamil tidak melakukan persalinan yang aman adalah kurang dukungan keluarga, kurang dukungan lingkungan sosial, kekhawaritan adanya diskriminasi dalam pelayanan, ketidakpastian biaya pelayanan, dan persyaratan dokumen untuk kelengkapan administrasi. Upaya yang paling efisien untuk mengatasi masalah tersebut adalah pelayanan penyuluhan untuk meningkatkan dukungan keluarga dan dukungan lingkungan sosial, serta memfasilitasi kelengkapan administrasi. (Widodo et al., 2017)

Berdasarkan data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Kabupaten Pacitan tahun 2021, data Indeks Keluarga Sehat Kabupaten Pacitan, presentase ibu yang melakukan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan berdasarkan kecamatan, kecamatan Bandar presentasenya masih dibawah angka presentase Kabupaten Pacitan yaitu 61,68%, angka ini tentunya jauh lebih rendah dibandingkan cakupan di kabupaten Pacitan. (Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan, 2021)

Selain permasalahan belum tercapainya cakupan persalinan di fasilitas kesehatan di Kabupaten Pacitan, permasalahan lainnya yaitu Kabupaten Pacitan merupakan

Kabupaten dengan Penggunaan Kontrasepsi Pasca Persalinan paling rendah diantara Kabupaten lainnya di Provinsi Jawa Timur yaitu 12,77 %; sementara capaian Provinsi sebesar 53,43%. Intervensi penggunaan kontrasepsi pascapersalinan dapat dilakukan mulai pada masa kehamilan, sehingga pada saat sesudah melahirkan ibu sudah mulai memikirkan dan mempunyai pilihan kontrasepsi apa yang akan digunakan, hal ini akhirnya dapat membatasi jarak kehamilan, sehingga mampu mencegah kematian ibu akibat komplikasi kehamilan yang disebabkan oleh 4 terlalu yaitu jarak kehamilan yang terlalu dekat. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur., 2020)

Pemerintah telah melakukan penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir kepada masyarakat. Upaya lainnya yaitu strategi *Making Pregnancy Safer* tahun 2000. Selanjutnya pada tahun 2012 diluncurkan *Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)* dalam rangka menurunkan AKI dan neonatal sebesar 25%, dimana Provinsi yang terpilih yaitu Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah dan Jawa Timur yang menyumbangkan kurang lebih 50% kematian ibu dan bayi di Indonesia namun semua itu belum maksimal. (Sali, 2019)

Intervensi lainnya berupa program Gerakan Sayang Ibu (GSI), Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera (GRKS), pemberian dana bantuan operasional kesehatan (BOK), perbaikan pelayanan kegawatdaruratan obstetric, Program Desa Siaga, Program Keluarga Harapan (PKH), Peraturan Presiden No. 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) 39/2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, Instruksi Presiden (Inpres) I/2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), namun program ini belum bisa menurunkan AKI secara signifikan. (Yusriani, 2017)

Pemerintah juga telah melakukan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) sebagai salah satu upaya untuk mempercepat penurunan AKI. Target yang ingin dicapai dalam P4K dimulai dengan dilakukan pemantauan pada sasaran dengan risiko tinggi, sedang, rendah secara langsung dengan harapan komplikasi dapat dicegah dan diatasi secara dini, akan tetapi P4K ini belum terlaksana secara maksimal, pada tahun 2020 baru sebanyak 53,94% puskesmas teregistrasi melaksanakan orientasi P4K. (Kemenkes RI, 2021)

Pemerintah melalui Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Peraturan Nomor 21 Tahun 2021 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, dimana pemerintah menjamin kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas. (Kemenkes RI, 2019)

Perlu adanya implementasi program kesiapsiagaan persalinan pada masyarakat pedesaan melalui kegiatan pemberdayaan dan partisipasi keluarga atau keterlibatan komunitas dengan memperhatikan sosial budaya dan praktik lokal yang sesuai dengan masyarakat setempat. (Eze et al., 2020)

Upaya penurunan kematian ibu bukan hanya dilakukan oleh pemerintah dari sektor kesehatan, perlu kerjasama antar stake holder, dan juga masyarakat. Intervensi ditingkat komunitas salah satunya melalui pemberdayaan komunitas (masyarakat) adalah cara yang berpotensi efektif untuk mengatasi masalah pada akhirnya, karena keputusan untuk mencari akses pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial budaya yang ada di masyarakat. Intervensi melalui metode penyuluhan kesehatan bisa dilakukan melalui pendekatan kepada aktor yang cukup berperan dalam komunitas yang ada dimasyarakat seperti tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama (kyai) dan orang tua. (Yusriani, 2017)

Hasil penelitian perilaku persalinan aman di daerah AKI rendah di Indonesia dipengaruhi oleh status sosial istri atau ibu dalam keluarga, dukungan lingkungan dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Dukungan sosial yang kuat ditunjukkan oleh kader kesehatan dan pamong desa yang menyarankan agar melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan memfasilitasi dalam mengurus jaminan biaya persalinan. (Widodo et al., 2017)

Kepala dusun (pamong Desa) merupakan salah satu unsur dalam organisasi pemerintah desa yang terpenting dan sebagai pemegang kekuasaan wilayah. Pembangunan yang bermakna adalah saat seseorang atau sebuah kelompok dapat merencanakan perbaikan dan melakukan pemecahan masalahnya, termasuk masyarakat pedesaan. Hal ini tidak terlepas dari peran aktif kepala dusun, untuk menggerakkan masyarakat sehingga dapat berpartisipasi dalam proses pembangunan. (Kemendagri, 2015)

Terbitnya Undang-Undang No. 6 tahun 2014, tentang Desa membawa harapan sekaligus tantangan baru bagi bagi desa. UU ini mengarahkan desa menjadi sebuah entitas mandiri dengan konsep *self-governing community* dan *local self-government*, dimana hal ini terjadi perubahan paradigma dari pendekatan “membangun desa” diubah menjadi “Desa membangun”, yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat desa dan kualitas hidup manusia salah satunya dari aspek kesehatan melalui program pemberdayaan masyarakat desa sehingga diharapkan jika desa maju negara akan maju. (UU Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa, 2014)

Kepala Dusun bagi masyarakat pedesaan di Kabupaten Pacitan mempunyai pengaruh yang sangat kuat dari dahulu hingga saat ini. Beberapa tugas pokok kepala dusun diantaranya yaitu melaksanakan pembinaan kemasyarakatan dalam meningkatkan kemampuan dan kesadaran masyarakat dalam menjaga lingkungannya serta melakukan upaya – upaya pemberdayaan masyarakat dalam menunjang kelancaran penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan di desanya salah satunya dari segi aspek kesehatan.

Mengacu kepada teori Glen Laverack (2000), pengembangan organisasi komunitas secara berkelanjutan melalui pemberdayaan masyarakat oleh kepala dusun, sangat penting sehingga dapat membantu masyarakat menjadi lebih berdaya. Oleh karena itu alasan pemilihan kepala dusun dalam memberikan intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil dan keluarganya diharapkan dapat menjaga *sustainability* kegiatan intervensi yang diberikan. (Laverack & Labonte, 2000)

Berdasarkan temuan dan observasi awal peneliti saat berada di daerah pedesaan di lokasi penelitian, hasil wawancara dengan bidan desa, kader kesehatan dan tokoh masyarakat didapatkan informasi bahwa kepala dusun merupakan orang yang mempunyai peranan penting di desanya, serta paling disegani oleh masyarakat. Masyarakat akan mengikuti hal-hal yang diperintahkan oleh kepala Dusun, misalnya apabila ada kegiatan posyandu, pertemuan warga dll, jika yang memerintahkan kepala dusun maka semua warga tersebut akan patuh untuk mengikuti.

Masih tingginya atensi masyarakat pedesaan terhadap kepala dusun menjadi potensi yang sangat besar untuk dilibatkan dalam mengubah perilaku hidup masyarakat, salah satunya masyarakat pedesaan. Keberadaan kepala dusun menjadi penting untuk

dikaji dan pelibatangannya dalam penyuluhan atau sosialisasi pentingnya kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan.

Oleh karena itu penelitian ini akan memanfaatkan keberadaan kepala dusun sebagai *personal reference* dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya kepada ibu hamil dan keluarganya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Wilayah Geografis Kabupaten Pacitan sebagian besar merupakan daerah pegunungan dan perbukitan, hal ini sering kali menjadi hambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Ibu hamil memerlukan waktu yang lama apabila baru memutuskan dan mempersiapkan persalinan ketika seorang ibu hamil sudah memasuki fase persalinan, ditambah dengan pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan persalinan tersebut sangat dipengaruhi oleh keluarga dan juga sering melibatkan keluarga besar sehingga menyebabkan terjadinya keterlambatan dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga.

Masih adanya pertolongan persalinan di non Fasilitas kesehatan di Kabupaten Pacitan, hal ini banyak dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, fenomena 4 terlalu sehingga menyebabkan kurangnya kesiapsiagaan persalinan, yang berdampak terhadap 4 terlambat penyebab kematian ibu, terutama terlambat 1 dan 2. Perlu intervensi melalui eksplorasi budaya dan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan aktor misalnya kepala dusun sebagai *Agent of change* dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil, suami dan orang tua ibu hamil dalam konteks sosial budaya.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- a. Bagaimana ibu hamil mempersiapkan persalinan di daerah pedesaan dalam konteks sosial budaya?
- b. Bagaimana pengembangan model pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan dalam konteks sosiobudaya?
- c. Bagaimana efek model pemberdayaan kepala dusun dalam peningkatan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengembangkan model pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan yang mempertimbangkan latar belakang

sosial budaya pada ibu hamil di daerah Pedesaan di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- a. Melakukan eksplorasi bagaimana ibu hamil, orang tua (mertua ibu hamil), kepala dusun, dan masyarakat pedesaan memahami kehamilan dan mempersiapkan persalinan dalam konteks sosial budaya.
- b. Mengembangkan model pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan dalam konteks sosial budaya.
- c. Menilai efek model pemberdayaan kepala dusun dalam meningkatkan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah Pedesaan.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### **1.5.1 Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah dan landasan bagi penelitian selanjutnya terutama bagi peneliti yang tertarik untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan penelitian yang berkaitan dengan kesiapsiagaan dibidang kesehatan masyarakat (*Public Health Emergency Readiness*) salah satunya yaitu tentang kesiapsiagaan persalinan (*Birth Preparedness*) yang mempertimbangkan latar belakang sosial budaya dalam rangka pencegahan empat terlambat penyebab Kematian Ibu.

#### **1.5.2 Bagi Masyarakat**

##### **a. Ibu Hamil**

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dan keluarganya, sehingga meningkatkan cakupan persalinan ditenga Kesehatan
2. Mengurangi resiko empat terlambat penyebab kematian ibu terutama terlambat dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga dan terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.

##### **b. Masyarakat**

Sebagai upaya pendekatan inovatif dan pemberdayaan masyarakat melalui kepala dusun (pamong) dalam mempromosikan kesiapan persalinan (*Birth preparedness*) bagi ibu hamil dan keluarganya dengan memperhatikan sosial budaya masyarakat lokal setempat.

### **1.5.3 Bagi Pengambilan Kebijakan**

1. Memberikan masukan kepada pembuat kebijakan terutama pemerintah daerah dalam mempromosikan program Persiapan Persalinan salah satunya melalui pemberdayaan kepala dusun (pamong) dalam membantu mempromosikan dan mengkampanyekan program persiapan persalinan bagi ibu hamil dan keluarganya.
2. Meningkatkan partisipasi masyarakat lokal dalam upaya mempromosikan program kesiapsiagaan persalinan, sebagai upaya promotif dan preventif dalam penurunan angka kematian ibu (AKI).

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini akan memfokuskan pada kesehatan maternal khususnya pada masa kehamilan, melalui intervensi yang memperhatikan sosiabudaya ditinjau dari dimensi masyarakat pedesaan, khususnya di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATURE**

#### **2.1 Kesiapsiagaan Persalinan**

##### **2.1.1 Definisi Kesiapsiagaan Persalinan**

Kesiapsiagaan Persalinan dan persiapan komplikasi (*Birth Preparedness and Complication Readiness/BPCR*) adalah proses perencanaan persalinan normal dan mengantisipasi intervensi dalam kasus kegawatdaruratan sehingga ibu hamil, keluarga dan masyarakat mampu menyiapkan transportasi, biaya persalinan, donor darah sehingga mengurangi keterlambatan dalam pengambilan keputusan dan merupakan kunci intervensi untuk mengurangi angka kematian ibu dan mencapai target SDG's. Selain itu ibu hamil mampu menyiapkan dan mengidentifikasi tempat melahirkan dan penolong persalinan yang terampil. (Akinwaare & Oluwatosin, 2019; Akshaya & Shivalli, 2017; Aziz et al., 2020; Kaso & Addisse, 2014; Ngoma-Hazemba et al., 2019; Samuel Dessu & Bojola, 2019; Silwal et al., 2020; Wudu & Tsegaye, 2021a)

Kesiapsiagaan persalinan merupakan tanggungjawab semua pemangku kepentingan, diperlukan upaya yang terkoordinasi untuk mengurangi keempat terlambat yang berkontribusi terhadap kematian ibu dan bayi. Studi di Nepal menemukan bahwa wanita tidak pergi ke pelayanan kesehatan saat melahirkan meskipun jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan dekat karena praktik budaya yang mengisolasi seorang wanita selama persalinan dan beberapa hari setelah melahirkan. (Ibadin et al., 2016; Moshi et al., 2018)

Penelitian oleh Swain *et. al* (2019) di Pedesaan Oddisha India, sekitar 40% ibu yang melakukan antenatal telah mendengar tentang BPCR dan mendapatkan informasi tentang kesiapan persalinan dan kesiapan komplikasi melalui tenaga kesehatan Profesional. Hasil penelitian ini menemukan bahwa hanya 44,30% responden yang memiliki pengetahuan baik tentang kesiapan persalinan, dan hanya 18,40% responden yang menyatakan bahwa mereka telah menyiapkan Kesiapan Persalinan dari kehamilan sebelumnya. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan perilaku kesiapan persalinan pada ibu hamil setelah diberikan intervensi berupa pelatihan *Birth Preparedness*, tingkat kesiapan persalinan meningkat

minimal 10–20% dengan hasil uji statistik terdapat hubungan *significant* ( $p < 0,05$ ). Ibu hamil yang mengikuti pelatihan *birth preparedness*, 88% mendapatkan hasil kehamilan yang lebih baik, dibandingkan dengan yang tidak mengikuti pelatihan *birth preparedness*. Penelitian ini juga sangat merekomendasikan bahwa pada kehamilan yang tidak diinginkan dapat dicegah melalui kesiapan persalinan yang rutin dan tepat waktu dengan memotivasi, konseling dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai yang direkomendasikan oleh WHO. (Swain et al., 2019)

Hasil penelitian di Mizan-Aman Town, Ethiopia Barat, dari 491 ibu, hanya 109 (22,2%) responden yang mempersiapkan dengan baik untuk persalinan dan kesiapan komplikasinya. Ibu tersebut mengetahui istilah *Birth Preparedness* dari teman-teman mereka 3.05 (AOR: 95% CI: 1.04, 8.89) dan yang mengetahui tanda bahaya kehamilan sebesar 2,82 (AOR: 95% CI: 1,21,6,57). Tingkat kesiapsiagaan persalinan dan kesiapan komplikasi ditemukan rendah dalam penelitian ini oleh karena itu, penelitian ini merekomendasikan peningkatan kesadaran yang intensif dan kegiatan promosi perlu dilaksanakan di tingkat masyarakat dan fasilitas kesehatan. (Wudu & Tsegaye, 2021b)

Hasil penelitian di Pedesaan Nigeria menunjukkan bahwa skor pengetahuan rata-rata tentang elemen *birth preparedness* meningkat secara signifikan setelah intervensi. Peningkatan skor pengetahuan tentang *Birth Preparedness* meningkat dari 4,0 pada baseline menjadi 4,27 pada *post intervention* ( $p < 0,001$ ). (Eze et al., 2020)

Hasil penelitian Silwal et.al (2020) menunjukkan ada hubungan signifikan secara statistik antara usia, agama, jenis keluarga, pendidikan, pendidikan suami, usia pernikahan, paritas, dan jumlah anak yang hidup dengan praktek kesiapan persalinan ( $P < 0:05$ ). Namun, pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kesiapan persalinan (nilai  $P = 0:512$ ). (Silwal et al., 2020)

Hasil penelitian di Zambia menunjukkan bahwa 66% kelahiran terjadi di fasilitas kesehatan, sementara 31% terjadi di rumah; kelahiran di daerah perkotaan lebih mungkin berada di fasilitas kesehatan (89%) daripada kelahiran di daerah pedesaan (56%). Faktor sosial budaya dan struktural, serta kurangnya pengetahuan tentang perawatan ibu dan bayi baru lahir, menjadi hambatan untuk mencari

perawatan kesehatan di antara keluarga, terutama yang berada di daerah pedesaan.(Mutale et al., 2017)

Berdasarkan hasil analisis lanjut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi di Indonesia yaitu umur, pendidikan, tempat tinggal, dukungan suami, tempat pemeriksaan kehamilan, riwayat lahir mati/keguguran, umur kandungan, paritas dan pengetahuan tentang tanda bahaya komplikasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan pendidikan OR = 1,52 (95% CI: 1,43–1,62), tempat tinggal OR = 1,21 (95% CI: 1,11–1,32), dukungan suami OR = 1,93 (95% CI: 1,77–2,10), riwayat lahir mati/keguguran OR = 1,24 (95% CI: 1,05–1,47), usia kehamilan OR = 1,36 (95% CI: 1,26–1,47), dan pengetahuan tanda bahaya komplikasi OR = 1,84 (95% CI: 1,70–1,98) merupakan prediktor terhadap persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi.(Stovyanti, 2021)

Implementasi kesiapan persalinan dan kesiapan komplikasi untuk meningkatkan penggunaan pelayanan kesehatan oleh ibu hamil saat persalinan dapat dilakukan dengan menggabungkan intervensi melalui keterlibatan berbagai tingkatan serta pemangku kepentingan, intervensi diberbagai tingkat sistem pelayanan kesehatan, serta memastikan intervensi dan pesan program konsisten dengan pengetahuan dan praktik lokal dan menyesuaikan kemampuan sistem kesehatan.(Solnes Miltenburg et al., 2017)

### **2.1.2 Komponen Kesiapsiagaan Persalinan**

Kesiapan persalinan (*birth preparednes*) dan perencanaan kegawatdaruratan menurut JHPIEGO (2004) mencakup 5 indikator penting meliputi persiapan rencana tempat melahirkan, persiapan rencana penolong persalinan, persiapan dana untuk persiapan persalinan dan kegawatdaruratan, persiapan transportasi dan persiapan donor darah.(JHPIEGO, 2004)

Hasil penelitian Swain et.al (2019) kurang dari 50% ibu hamil yang telah mempersiapkan dan mengidentifikasi rencana persalinan di tenaga kesehatan yang terampil. Banyak wanita yang belum mengambil keputusan yang tepat untuk persiapan persalinannya pada saat kehamilan. (Swain et al., 2019)

Hasil penelitian di India menunjukkan bahwa 93% wanita telah memeriksakan kehamilan; 67,4% telah menyiapkan dana untuk persalinan; 76%

melaporkan telah menyiapkan transportasi, dan 84% telah memutuskan tempat persalinan. Hasil analisis *multivariate* menunjukkan bahwa peningkatan tingkat pendidikan perempuan berhubungan dengan peningkatan kesiapsiagaan persalinan (OR :4.159; 95% CI: 1.794–9.644). Wanita dengan pengetahuan baik tentang komplikasi selama kehamilan lebih siap untuk melahirkan (OR: 4.235; 95%CI: 2.275–7.882); dan wanita dengan pengetahuan baik tentang komplikasi post natal juga memiliki peluang lebih tinggi untuk mempersiapkan persalinan (OR: 3.072; 95% CI: 1.944–4.855). (Jungari, 2020)

Hasil penelitian lainnya di Pedesaan Mysore, India, didapatkan wanita yang melakukan persalinan di rumah disebabkan karena tidak merencanakan transportasi sebesar (55%), tidak mempersiapkan keuangan sebesar (48%), dan yang melahirkan dengan tenaga kesehatan terampil sebesar (55%). Perempuan yang melakukan kunjungan antenatal  $\geq 4$  kali memiliki peluang lebih besar untuk melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan. Wanita yang memiliki skor kesiapan persalinan yang lebih tinggi juga memiliki peluang yang lebih besar untuk melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan (AOR<sup>1</sup>42.53, po0.001) dan lembaga swasta (AOR<sup>1</sup>43.00, po0.001). (Wilcox et al., 2016)

Hasil *systematic review* dan Meta analysis di Ethiopia menunjukkan 32% sampai 95% dari wanita hamil telah mempersiapkan persalinan dan kesiapan terhadap komplikasi. Selain itu, 51,35% wanita telah menyiapkan uang untuk persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan, 38,74% wanita telah mengidentifikasi petugas kelahiran yang terampil, dan hanya 26,33% wanita hamil yang menyadari tanda-tanda bahaya selama Kehamilan. Sementara hanya seperlima (20,59%) perempuan yang telah mempersiapkan transportasi dan sebanyak 54,85% wanita telah mengidentifikasi tempat kelahiran. Hanya 8,18% wanita hamil yang telah mengidentifikasi calon pendonor darah untuk kasus kegawat daruratan. (Abadi Kidanemariam Berhe & Gedefaw Abeje Fekadu and Getachew Mullu Kassa, 2018)

Berdasarkan teori JHPIEGO dan buku KIA 2020 bagian ibu, setiap ibu hamil perlu melakukan persiapan melahirkan (bersalin), antara lain;

1. Suami atau keluarga mendampingi ibu saat periksa kehamilan
2. Siapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya, (kartu Jaminan Kesehatan Nasional).

3. Rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan.
4. Menyiapkan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan.
5. Menyiapkan lebih dari 1 orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan. Persiapkan pendonor yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu bersalin, upayakan pendonor berasal dari orang terdekat (keluarga atau tetangga).
6. Suami, keluarga dan masyarakat. menyiapkan kendaraan jika sewaktu waktu diperlukan
7. Rencanakan ikut keluarga Berencana (KB) pasca persalinan.
8. Penyiapan dokumen penting
9. Pemberian ASI eksklusif (JHPIEGO, 2004; Kementerian Kesehatan RI, 2020)

### **2.1.3 Empat Terlambat Penyebab Kematian Ibu**

Thaddeus dan Maine melalui program *safe motherhood* merumuskan suatu model pencegahan kematian ibu dengan mengidentifikasi keterlambatan dalam memutuskan mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan, keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan, dimana hal ini merupakan faktor kunci yang menyebabkan kematian ibu. Model ini dikenal sebagai model tiga terlambat (*Three Delays Model*). (MacDonald et al., 2018; Thaddeus, S., & Maine, 1991)

MacDonald *et.al* dalam penelitiannya di Rural Haiti (2018), mengidentifikasi masalah kematian ibu selain dipengaruhi oleh fenomena tiga terlambat juga dipengaruhi oleh faktor terlambat keempat. MacDonal *et.al* melakukan penggabungan kerangka konsep tiga terlambat Thaddeus dan Maine dengan menambahkan terlambat keempat yaitu keterlambatan komunitas untuk mengambil tanggung jawab terhadap kejadian kematian ibu. Keterlambatan komunitas untuk bertanggung jawab atas kematian ibu juga dapat berkontribusi pada kematian ibu. Studi ini menekankan pentingnya keterlibatan anggota komunitas dalam rangka penurunan angka kematian ibu, terutama di daerah pedesaan. (MacDonald et al., 2018)

Dalam kerangka konseptual empat terlambat ini lingkaran luar yang besar mewakili komunitas di pedesaan Haiti, yang merupakan masyarakat miskin dan tersebar secara geografis jauh dari ketersediaan dan aksesibilitas air, makanan,

listrik, pekerjaan, perawatan kesehatan, dan transportasi dll. Dalam kerangka konsep empat terlambat ini kesehatan ibu berada di jantung komunitas pedesaan Haiti, dimana masalah kematian ibu sangat dipengaruhi oleh empat keterlambatan seperti yang terlihat oleh penggabungan kerangka teori tiga terlambat Thaddeus dan Maine, dan terlambat keempat. (MacDonald et al., 2018)

Beberapa penyebab terlambat pertama yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan antara lain; kepercayaan/budaya tradisional, norma (keyakinan bahwa pengambilan keputusan harus dilakukan dihadapan sesepuh keluarga jika ada masalah yang tidak bisa diantisipasi), kurangnya kesiapan persalinan, kurangnya keterlibatan laki-laki / pasangan dalam rencana kesiapan persalinan, kurangnya pemahaman masyarakat tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan.(Ngoma-Hazemba et al., 2019)

Terlambat kedua, terlambat menjangkau fasilitas kesehatan hal ini disebabkan jarak ke fasilitas kesehatan, jalan yang buruk dan kesulitan akses, terutama saat musim hujan, kurangnya transportasi dan kurangnya komunikasi.(Ngoma-Hazemba et al., 2019; Sukirman et al., 2020) Suatu study di Timor Leste mendapat hasil bahwa keterlambatan menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya disebabkan karena kesulitan mendapat akses perawatan selama dan saat persalinan, karena salah satunya faktor kemiskinan.(Wallace et al., 2018)

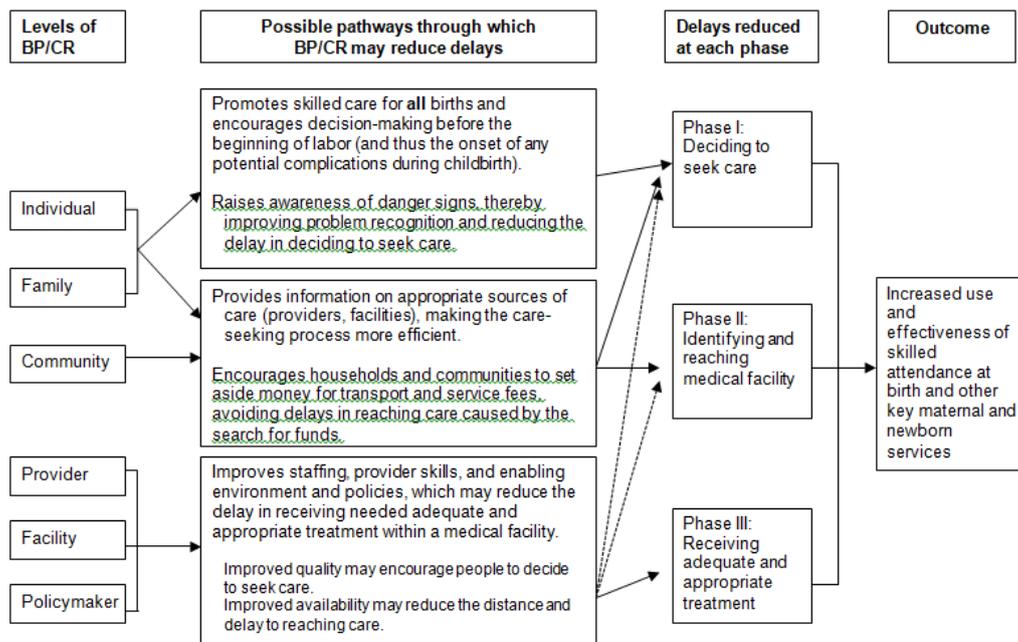
Terlambat ketiga, terlambat menerima perawatan di fasilitas kesehatan hal ini disebabkan karena terbatasnya tenaga kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan terlatih, sikap pemberi pelayanan yang buruk, kurangnya peralatan kesehatan yang memadai.(Ngoma-Hazemba et al., 2019)

Terlambat keempat yaitu keterlambatan komunitas untuk ikut mengambil tanggung jawab terhadap kejadian kematian ibu. Kejadian kematian ibu juga banyak dipengaruhi oleh komunitas. Penelitian MacDonal di Rural Haiti menekankan bahwa sebagian besar ibu hamil yang diwawancarai tidak memiliki kesadaran tertentu tentang kebutuhan perawatan kesehatan mereka saat kehamilan dan mengandalkan nasihat pasangan/suami dan/atau ibu mereka dalam mencari perawatan kesehatan saat kehamilan dan persalinan. Hal ini mengindikasikan kebutuhan kampanye promosi kesehatan berbasis budaya yang kompeten yang

ditargetkan untuk wanita dan orang-orang kunci lainnya di lingkungan sosial mereka. Penelitian MacDonal dan rekan-rekannya di pedesaan Haiti, menyorot pentingnya keterlibatan anggota komunitas dalam kegiatan penurunan angka kematian ibu. Terlambat keempat tersebut berada di dalam komunitas, dipengaruhi oleh komunitas dan pada gilirannya berdampak pada komunitas secara keseluruhan. Kekuasaan yang berada pada tingkat komunitas memiliki peluang terbesar terhadap perubahan yang dapat dicapai secara berkelanjutan. Perubahan Positif dipengaruhi oleh pengetahuan anggota komunitas tentang masalah kematian ibu dan upaya untuk memobilisasi komunitas, pemberdayaan komunitas dan keyakinan bahwa mereka dapat mengurangi kematian ibu. (MacDonald et al., 2018)

Hasil penelitian di Indonesia terkait 3 terlambat penyebab AKI, ibu hamil terlambat mencari pelayanan kesehatan disebabkan oleh faktor sosiokultural dan tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan karena kualitas layanan yang buruk. Pada saat ibu hamil memutuskan untuk mencari perawatan ada hambatan jarak jauh ke pelayanan kesehatan dan hambatan masalah transportasi yang buruk. Perlu adanya peran serta masyarakat terutama di wilayah pedesaan sehingga bisa mencegah tiga terlambat penyebab AKI tersebut. (Bennouna et al., 2016)

#### 2.1.4 Kerangka Konsep Kesiapsiagaan Persalinan JHPIEGO



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Kesiapsiagaan Persalinan JHPIEGO

Pada Gambar 2.1 *Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics* (JHPIEGO) mengembangkan matriks BPCR yang menggambarkan pentingnya peran dan koordinasi dari semua pihak terkait pemangku kepentingan dalam program “*Safe Motherhood*” untuk menerapkan BPCR. Matriks ini mendiskripsikan untuk mengukur BPCR pada enam tingkat yang berbeda: wanita (individu), keluarganya (suami/masyarakat), penyedia layanan kesehatan, fasilitas kesehatan, dan pembuat kebijakan. Wanita hamil merupakan populasi target utama untuk mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan yang tepat, dapat diakses, dapat diterima, dan berkualitas baik selama kehamilan, persalinan sampai dengan masa postpartum. (JHPIEGO, 2004)

Intervensi kesiapsiagaan persalinan dilevel individu, keluarga dan komunitas diharapkan mampu mengurangi “4 terlambat” penyebab kematian ibu, terutama terlambat pertama yaitu terlambat dalam mengambil keputusan ditingkat keluarga, terlambat kedua yaitu terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dan terlambat keempat yaitu keterlambatan komunitas dalam bertanggung jawab terhadap kematian ibu. (JHPIEGO, 2004; MacDonald et al., 2018)

*Birth Preparedness* mengurangi keterlambatan dalam mengambil keputusan dengan dua cara, pertama, melalui kesiapan persalinan (dalam pendekatan program yang berfokus pada pelayanan kesehatan oleh petugas terampil selama persalinan), memotivasi ibu hamil untuk merencanakan persalinannya pada tenaga kesehatan yang terampil di setiap kelahiran. Jika wanita dan keluarga membuat keputusan untuk mencari perawatan kepada tenaga kesehatan yang terampil sebelum persalinan, dan mereka berhasil mengikuti rencana ini, wanita itu akan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan sebelum terjadinya komplikasi selama persalinan, sehingga menghindari dua terlambat, yaitu terlambat pertama pengambilan keputusan ditingkat keluarga. Kedua, kesiapan komplikasi meningkatkan kesadaran deteksi tanda-tanda bahaya oleh ibu hamil, keluarga, dan masyarakat, sehingga meningkatkan kemampuan mengenali masalah dan mengurangi keterlambatan dalam memutuskan untuk mencari perawatan dan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. (JHPIEGO, 2004)

*Birth Preparedness* mendorong perempuan, ibu rumah tangga, dan komunitas untuk membuat perencanaan dalam rangka mempersiapkan persalinan seperti mengidentifikasi atau menyiapkan transportasi dalam rangka mengurangi keterlambatan dalam mencapai tempat pelayanan kesehatan, memfasilitasi pengambilan keputusan yang cepat, menyiapkan dana/uang untuk membayar biaya persalinan jika terjadi kegawatdaruratan, mengidentifikasi calon pendonor darah, mempromosikan penggunaan pelayanan kesehatan oleh tenaga yang terampil. (JHPIEGO, 2004)

*Birth Preparedness* juga mengurangi keterlambatan dalam menerima perawatan yang tepat, dengan menghimbau kepada setiap perempuan untuk melakukan pemeriksaan dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. *Birth preparedness* menganjurkan kepada setiap perempuan untuk melakukan praktik persalinan normal yang sehat dan mengurangi kemungkinan komplikasi yang dapat dicegah. (JHPIEGO, 2004).

Terlambat keempat mempunyai pengaruh besar terhadap tiga terlambat lainnya, terutama terlambat pertama dan kedua. Intervensi ditingkat komunitas melalui mobilisasi sumberdaya dan pemberdayaan masyarakat diharapkan mampu mencegah 3 terlambat lainnya yang menjadi penyebab tingginya AKI. (MacDonald et al., 2018)

### **2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Persalinan**

Beberapa hasil penelitian variabel-variabel yang mempengaruhi kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil :

a. Umur hamil pertama kali

Ibu dengan umur hamil pertama kali kurang dari 18 tahun kurang mempersiapkan persalinan, dibanding dengan ibu yang hamil pertama kali umur 19 sampai 34 tahun, dimana ibu hamil pertama kali dengan umur 19 sampai 34 tahun mempunyai hubungan yang *signifikan* terhadap kesiapan persalinan, dengan *p* value 0.001. (Swain et al., 2019). Hasil penelitian Akshaya dan Shivali (2018), didapatkan umur berhubungan dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan, ibu hamil dengan usia >26 tahun *adjusted OR* = 2,97; 95% CI: 1,15-7,7), hampir 3 kali lebih mempersiapkan kehamilan dan persalinan. (Akshaya & Shivalli, 2017)

Semakin muda wanita menikah, semakin besar kemungkinan mereka akan memiliki “panggul sempit” dan akan berisiko saat melahirkan. Kematian ibu sebagian terjadi karena tradisi pernikahan dini. Anak perempuan dipandang sebagai beban keuangan bagi orang tua mereka, pernikahan dini masuk akal secara ekonomi. Risiko kematian meningkat sebagai akibat paritas meningkat. (Shirin & Nahar, 2012)

b. Jumlah kehamilan

Terdapat hubungan yang *signifikan* antara jumlah kehamilan dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan. Ibu dengan jumlah kehamilan  $\geq 4$  kali, didapatkan lebih mempersiapkan kelahiran dengan hasil *p* value 0.001, sementara ibu dengan jumlah kehamilan  $< 4$  kali didapatkan hasil yang tidak *signifikan*.

Hasil penelitian lainnya di India, menemukan wanita yang mempunyai tiga anak atau lebih mempunyai pengetahuan tentang berbagai komplikasi kebidanan. Namun, mereka melaporkan lebih sedikit yang mempunyai kesiapan persalinan, hal ini karena mereka memiliki lebih banyak anak. Wanita dengan lebih banyak kelahiran terpapar berbagai sistem kesehatan dan pengalaman mereka menyebabkan kesadaran yang lebih besar tentang berbagai komplikasi terkait kehamilan. Perawatan pra-konsepsi akan menjadi cara intervensi yang tepat untuk mendidik calon ibu tentang masalah yang terkait dengan kehamilan dan komplikasi terkait persalinan serta pentingnya persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi. (Jungari, 2020)

c. Jarak kehamilan

Dalam penelitian Swain et.al (2019) ini ibu hamil dengan jarak kehamilan lebih dari 2 tahun mempunyai hubungan yang *signifikan* terhadap kesiapan persalinan (*p* value = 0.003), sementara ibu hamil dengan jarak kehamilan  $< 2$  tahun didapatkan hubungan yang tidak *signifikan*. (Swain et al., 2019)

d. Tempat melahirkan

Dalam penelitian Swain et.al (2019) ini, ditemukan hanya 50% ibu hamil yang sudah memikirkan tempat persalinan di tenaga kesehatan. Ibu yang merencanakan tempat melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai hubungan yang *signifikan* terhadap kesiapan melahirkan dengan *p* value 0.039.

e. Pendapatan keluarga

Pada penelitian Swain et.al (2019) ini didapatkan tidak terdapat hubungan yang *signifikan* antara pendapatan keluarga dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan.

f. Pendidikan ibu

Pendidikan ibu, merupakan faktor prediktor kuat yang mempengaruhi Kesiapan Persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi. Pada penelitian Swain et.al (2019) ini didapatkan ibu dengan pendidikan menengah dan perguruan tinggi mempunyai hubungan yang *signifikan* terhadap Kesiapan Persalinan dengan *p* value masing-masing sebesar 0.001. Tingkat pendidikan ibu hamil adalah faktor penting dalam konteks perawatan kesehatan. Secara umum, perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung mencari lebih banyak melakukan perawatan pencegahan, yang berkontribusi pada pengurangan tingkat kematian ibu. Tingkat pendidikan perempuan secara signifikan dapat mempengaruhi kesehatan ibu. Pendidikan merupakan determinan sosial dalam kesehatan yang merupakan strategi untuk meningkatkan kesehatan individu karena semakin tinggi tingkat pendidikan suatu populasi, semakin besar permintaannya untuk mendapatkan hak sosial dan pelayanan kesehatan yang merata. (Figueiredo et al., 2018)

Penelitian di Arba Minch, Ethiopia Selatan mengungkapkan bahwa status pendidikan responden dan suami adalah faktor *signifikan* terhadap tingkat kesiapan persalinan. Ibu hamil yang belajar kelas tujuh ke atas adalah 1,9 kali lebih siap melahirkan dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak bisa membaca dan menulis. Hal ini mungkin disebabkan oleh meningkatnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi di perguruan tinggi dan juga di sekolah SMA dan meningkatnya perilaku kesehatan dalam mencari perawatan, karena meningkatnya pengetahuan. (Samuel Dessu & Bojola, 2019)

g. Jumlah kunjungan ANC

Ibu hamil yang telah melakukan kunjungan antenatal care secara lengkap, mempunyai persiapan persalinan yang lebih baik serta ditemukan memiliki dua kali *outcome* kehamilan yang menguntungkan daripada ibu hamil yang kunjungan antenatal carenya tidak lengkap (OR 2.79). Ibu hamil, yang melakukan 2 kali

kunjungan ANC, ditemukan lebih mempersiapkan kelahiran daripada mereka yang tidak melakukan kunjungan (OR 9,05). (Swain et al., 2019)

Hasil penelitian Wilcox, *et.al* (2016) perempuan yang melakukan kunjungan ANC  $\geq 4$  kali memiliki peluang lebih besar untuk melahirkan di fasilitas pelayanan Kesehatan. Keterlambatan melakukan *antenatal care* menyebabkan ibu hamil kurang mendapatkan pendidikan kesehatan yang cukup, yang akhirnya dapat mempengaruhi terhadap pengetahuan tentang kesiapan persalinan.(Wilcox et al., 2016)

#### h. Pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan

Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan adalah faktor yang paling penting dalam mempersiapkan kesiagaan kelahiran dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya komplikasi kehamilan adalah langkah pertama dalam memotivasi wanita untuk menghindari tiga terlambat dan mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan secara cepat. Pengetahuan tentang bahaya tanda-tanda kehamilan adalah prediktor yang baik dalam mempersiapkan kelahiran/komplikasi. Wanita yang tahu tiga tanda bahaya kehamilan atau lebih cenderung mempersiapkan kelahiran dan lebih siap menghadapi komplikasi daripada ibu yang tidak tahu setidaknya satu tanda bahaya kehamilan (OR 0,18). (Swain et al., 2019)

Hasil penelitian di Ethiopia menunjukkan pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan secara signifikan berhubungan dengan kesiapan persalinan dan kelahiran. Wanita dengan tingkat pengetahuan baik tentang tanda-tanda bahaya selama kehamilan (AOR=2.517; 95% CI=1.39, 4.55) dan selama periode *postnatal* (AOR=2.245; 95% CI=1.26, 3.97), lebih siap dalam menghadapi persalinan, sehingga bisa mengurangi kejadian komplikasi saat persalinan. (Tilahun, T., & Sinaga, 2016)

#### i. Informasi tentang kesiapsiagaan Persalinan

Hasil penelitian di Area Pedesaan Belagavi, menemukan hanya 50% tenaga kesehatan yang menyampaikan informasi kepada wanita hamil untuk melakukan kesiapsiagaan persalinan dari mulai melakukan identifikasi rencana tempat pelayanan kesehatan, menyiapkan biaya, mengidentifikasi pendamping kelahiran,

donor darah dan menjelaskan resiko terkait tanda bahaya kehamilan dan persalinan. (Annapurna Kari and Mubashir Angolkar, 2021)

Perilaku dapat terbentuk karena adanya norma dan budaya yang dianut oleh suatu masyarakat. Kehamilan merupakan suatu risiko untuk kesehatan ibu. Banyak masyarakat menganggap bahwa kehamilan itu adalah hal biasa dan kodrat yang harus ditanggung oleh wanita dalam perkawinan. Rendahnya pengetahuan dan pantangan yang dianut masyarakat suku tertentu berpengaruh terhadap terjadinya risiko terhadap kesehatan ibu dan janin. Pengaruh keluarga terhadap status kehamilan ibu secara umum masih kental untuk masyarakat pedesaan di Indonesia. (Aryastami & Mubasyiroh, 2019)

Studi di daerah pedesaan Indonesia menunjukkan bahwa perilaku persalinan aman dipengaruhi oleh kesetaraan status sosial ibu dengan suami, dukungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Ketika membandingkan desa dengan angka kematian ibu rendah dan tinggi, 99,2% ibu di daerah dengan angka kematian rendah melakukan persalinan aman. (Lestari et al., 2018)

### **2.1.6 Komplikasi dan tanda-tanda Bahaya Kehamilan**

Komplikasi kehamilan dan persalinan seringkali terjadi di negara berkembang. Lebih dari 40% ibu hamil akan mengalami beberapa komplikasi selama kehamilan, 15% dari komplikasi kehamilan bisa mengancam kehidupan dan memerlukan perawatan obstetric segera. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan setengah juta perempuan meninggal setiap tahunnya akibat kehamilannya dan 99% dari kematian ini terjadi pada negara berkembang. (El-Nagar et al., 2017)

Berdasarkan Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, 19% wanita hamil mengalami komplikasi selama kehamilan. Diantara wanita yang mengalami komplikasi kehamilan, 5% mengalami perdarahan berlebihan, masing-masing 3% mengalami muntah terus menerus dan bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala yang disertai kejang, serta masing-masing 2% mengalami mulas sebelum 9 bulan dan ketuban pecah dini serta 8% wanita mengalami komplikasi kehamilan lainnya seperti demam tinggi, kejang, anemia dan hipertensi. (BKKBN et al., 2017)

Setiap wanita hamil beserta pasangan dan keluarganya harus mempunyai kemampuan dan kepedulian dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan melakukan deteksi dini komplikasi kegawatdaruratan pada kehamilan sehingga bisa terhindar dari bahaya kematian akibat kehamilan tersebut. (WHO, 2016)

Beberapa studi menunjukkan wanita hamil mempunyai pengetahuan yang kurang tentang resiko kesehatan saat kehamilan. Hal ini mengindikasikan wanita hamil tersebut memerlukan beberapa metode edukasi kesehatan yang efektif dan membantu mereka untuk meningkatkan pengetahuan sehingga bisa melalui kehamilannya dengan sehat. Edukasi kesehatan salah satunya dilakukan melalui penyuluhan kesehatan dan kelas ibu hamil. (Teng et al., 2015)

Macam-macam tanda-tanda bahaya kehamilan menurut teori WHO (2013) terdiri dari, perdarahan pervaginam, nyeri abdomen yang hebat, berkurangnya gerakan janin, bengkak/oedema pada muka, tangan, kaki; penglihatan kabur, sakit kepala hebat, demam, muntah-muntah hebat, keluar cairan tiba-tiba dari vaginam. Faktor resiko yang dapat menyebabkan timbulnya tanda bahaya kehamilan antara lain, umur ibu hamil < 20 tahun, umur ibu hamil > 35 tahun, jumlah anak 4 orang atau lebih, jarak dengan anak sebelumnya < 2 tahun, tinggi badan < 145 cm, lingkar lengan atas < 23,5 cm. (WHO, 2016)

## **2.2 *Public Health Emergency Preparedness (PHEP) dan Community Readiness***

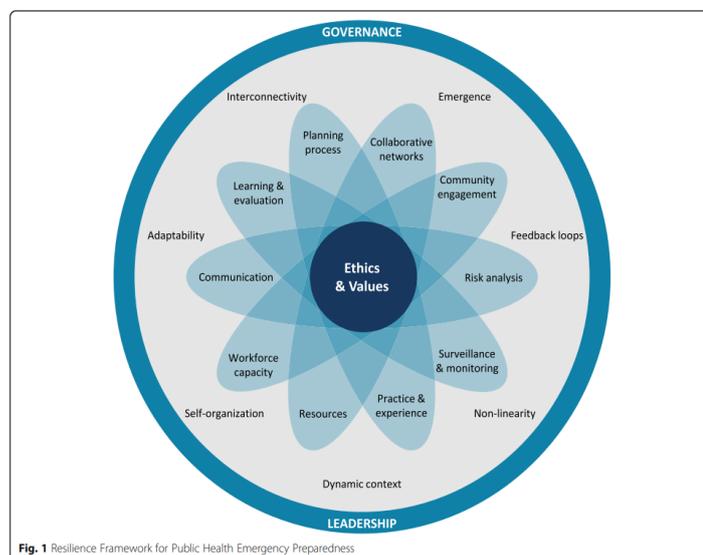
### **2.2.1 *Public Health Emergency Preparedness (PHEP)***

WHO meminta semua negara untuk menciptakan system terintegrasi yang tangguh sehingga dapat tanggap dan proaktif terhadap setiap ancaman di masa depan, supaya lebih cepat memperoleh informasi, tentang lingkungan, perilaku dan struktur mereka, secara luas mampu memobilisasi jaringan dari berbagai keahlian, sumber daya dan infrastruktur kesehatan masyarakat, melalui *Public Health Emergency Preparedness (PHEP)*. (Khan et al., 2018)

WHO mendefinisikan *emergency preparedness* sebagai peningkatan pengetahuan dan kapasitas system organisasi yang dikembangkan oleh pemerintah untuk merespon dan melakukan pemulihan pada individu dan masyarakat untuk secara efektif mengantisipasi, merespon dan melakukan pemulihan dari dampak keadaan darurat yang terjadi atau tiba-tiba muncul tanpa dapat diprediksi. (Khan et al., 2018)

*Public Health Emergency Preparedness (PHEP)* adalah kemampuan kesehatan masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan pada individu dan komunitas untuk mencegah, melindungi, merespons dengan cepat, dan melakukan pemulihan pada saat mengalami kegawatdaruratan kesehatan. Kesiapsiagaan melibatkan proses perencanaan dan implementasi yang terkoordinasi dan berkesinambungan yang bergantung pada pengukuran kinerja dan pengambilan tindakan korektif, dengan mendidik, melibatkan, dan memobilisasi masyarakat untuk menjadi peserta penuh dan aktif dalam kesiapsiagaan darurat kesehatan masyarakat. (Nelson et al., 2007)

*Public Health Emergency Preparedness (PHEP)*, mengidentifikasi elemen-elemen dari system kesehatan masyarakat yang tangguh dan bagaimana elemen-elemen tersebut berinteraksi dengan system yang adaptif kompleks dan berorientasi ke hulu. PHEP bertujuan untuk mengurangi risiko bencana, kerugian dalam berbagai aspek, terutama aspek kesehatan, perlindungan kesehatan, pengurangan morbiditas dan mortalitas akibat bencana melalui pendekatan berbagai sektor. (Khan et al., 2018; Nelson et al., 2007)



Gambar 2.2 Kerangka Kerja *Public Health Emergency Preparedness (PHEP)*

Kerangka kerja PHEP diharapkan mampu untuk meningkatkan kesiapsiagaan melalui lembaga kesehatan dan masyarakat lokal sehingga dapat berkontribusi untuk memajukan kesehatan global dalam mengurangi resiko dan dampak bencana, melalui perbaikan infrastruktur dan mobilisasi masyarakat salah

satunya disektor kesehatan. Berdasarkan gambar 2.2 kerangka kerja PHEP, etika dan nilai merupakan inti dari PHEP, hal ini mencerminkan pentingnya prinsip etika dalam kesehatan masyarakat. Kolaborasi, keterlibatan (pemberdayaan) masyarakat, kepemimpinan dan kemampuan untuk belajar adalah dimensi sosial yang penting untuk praktik PHEP. (Khan et al., 2018)

### **2.2.2 Community Readiness**

Model kesiapsiagaan komunitas (*Community Readiness*) adalah alat bagi pemangku kepentingan dan masyarakat, membantu menilai kesiapsiagaan, serta membantu mereka mengembangkan strategi yang tepat dalam menghadapi setiap masalah kegawatdaruratan.

Dalam melaksanakan program pembangunan, hal yang menggerakkan masyarakat dilandasi oleh adanya kegiatan dan motif tertentu. Terdapat 4 (empat) motif dalam menggerakkan masyarakat : motif psikologi, sosial, keagamaan dan ekonomi.

Kaitannya dengan *community readiness*, Frietman (2007) menyatakan bahwa untuk menilai dan membangun keberdayaan masyarakat agar mengambil tindakan atas masalah kesehatan. Model ini menyediakan kerangka kerja yang dapat dipergunakan untuk menilai konteks sosial dimana perilaku seseorang akan dilakukan. Model ini mengintegrasikan antara kultur masyarakat, sumberdaya dan tingkat kesiapsiagaan yang lebih efektif untuk mengatasi permasalahan. Model kesiapsiagaan masyarakat ini akan membantu meningkatkan kemitraan, partisipasi dan intervensi masyarakat dalam menyampaikan layanan intervensi. Lebih lanjut Frietman (2007) penilaian kesiapsiagaan masyarakat bukan dilakukan berdasarkan pengalaman sebelumnya, melainkan ditujukan untuk menilai kesiapsiagaan intervensi baru melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat.

## **2.3 Pemberdayaan Masyarakat**

### **2.3.1 Konsep Pemberdayaan Masyarakat**

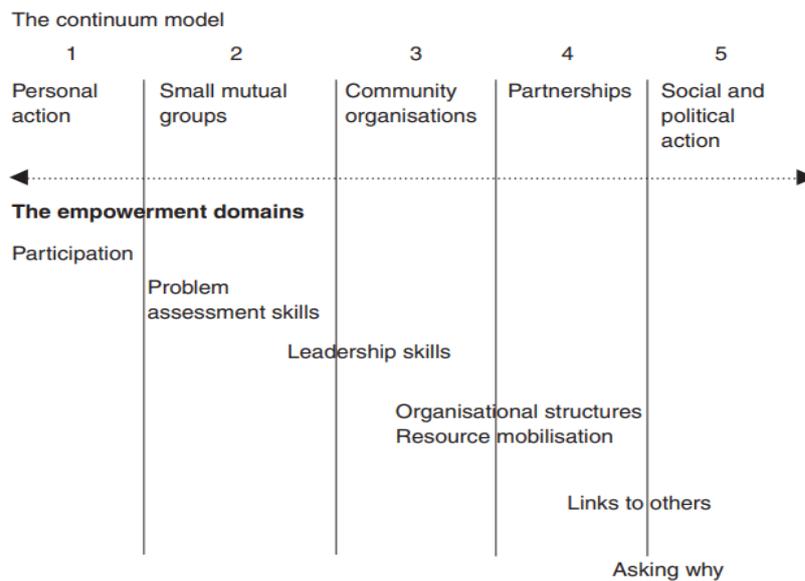
Konsep pemberdayaan telah disebarluaskan oleh gerakan promosi kesehatan yang muncul pada tahun 1980-an dan berfokus pada pencapaian pemerataan dalam kesehatan dan peningkatan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan

program kesehatan. Konsep ini telah dilegitimasi dan di deklarasikan oleh WHO. (Laverack, 2005; Laverack & Labonte, 2000)

Pemberdayaan didefinisikan sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup dan meningkatkan pengaruh pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi. Sementara itu, menurut pemerintah Republik Indonesia dan *United Nations International Children's Emergency Funds*, pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat noninstruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektor maupun LSM dan tokoh masyarakat. Pemberdayaan menggambarkan proses meningkatnya kekuasaan masyarakat untuk mengubah realitas sosial yang ada. (Sulaeman et al., 2012)

Berdasarkan Laverack (2005), menjelaskan pemberdayaan masyarakat sebagai suatu proses yang terbaik dianggap sebagai upaya kontinum, terorganisir dan berbasis luas dalam bentuk aksi sosial dan kolektif. (Laverack, 2005). Laverack mengidentifikasi lima langkah model kontinum sebagai unsur penting dalam upaya pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan yaitu:

1. Partisipasi individu
2. Penilaian masalah pada kelompok kecil
3. Organisasi masyarakat
4. Kerjasama dan kemitraan
5. Aksi sosial dan politik



Gambar 2.3 *Combining the empowerment continuum and empowerment 'domains'*  
(sumber : Laverack 2005)

Berdasarkan Undang-Undang No. 06 tahun 2014 tentang Desa disebutkan pemberdayaan masyarakat desa adalah upaya mengembangkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran serta memanfaatkan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan dan pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat desa. (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa, 2014*)

Konsep tentang pemberdayaan masyarakat juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Strategi Pemberdayaan Masyarakat menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, meliputi;

- a. Peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi;
- b. Peningkatan kesadaran masyarakat melalui penggerakan masyarakat;
- c. Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat;
- d. penguatan dan peningkatan advokasi kepada pemangku kepentingan;
- e. Peningkatan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, dan swasta;

- f. Peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal
- g. Pengintegrasian program, kegiatan, dan/atau kelembagaan Pemberdayaan Masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat secara perseorangan maupun terorganisasi dilaksanakan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan ibu yang optimal. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk memungkinkan masyarakat menentukan praktek/tindakan dalam menyelesaikan masalah dan mengelola kegiatan yang direncanakan, dengan peningkatan kapasitas individu, upaya pengendalian, kelembagaan dan Peningkatan partisipasi dari lingkungan. (Kasmel & Andersen, 2011; Samoylova & Heino, 2013)

Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat dilaksanakan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif. Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 meliputi kesehatan ibu, bayi dan balita, kesehatan anak usia sekolah dan remaja, kesehatan usia produktif, kesehatan lanjut usia, kesehatan kerja, perbaikan gizi masyarakat, penyehatan lingkungan, penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, kesehatan tradisional, kesehatan jiwa dan kesiapsiagaan bencana dan krisis kesehatan. (Kemenkes RI, 2019)



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Krisis sumber daya manusia di sektor kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menjadi perhatian global. Kurangnya jumlah tenaga kesehatan dan kinerja yang buruk dari petugas kesehatan menyebabkan kurangnya kualitas pelayanan yang diterima oleh masyarakat, terutama ibu hamil, oleh karena itu perlunya pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan. (Dieleman et al., 2009)

### **2.3.2 Strategi Pemberdayaan Masyarakat**

Salah satu strategi dalam pemberdayaan masyarakat adalah melalui *Community Mobilization* (CM). *Community Mobilization* didefinisikan sebagai proses membangun kapasitas masyarakat, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi kegiatan dengan cara partisipatif dan berkelanjutan untuk meningkatkan kesehatan mereka. (Government of Malawi, 2011)

*Community Mobilization* (CM) bertujuan untuk memfasilitasi perubahan positif dan berkelanjutan dalam norma-norma sosial dan sikap dan juga dalam praktik individu, rumah tangga, dan masyarakat. CM adalah pendekatan yang telah dikembangkan dan terbukti dapat membantu orang-orang di seluruh dunia mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan yang mendesak. Sebagai contoh, banyak penelitian telah dipublikasikan yang menunjukkan kekuatan mobilisasi masyarakat untuk mengurangi kematian ibu dan bayi baru lahir. (Government of Malawi, 2011)

Pendekatan ini tidak hanya membantu orang dalam meningkatkan status kesehatan dan kondisi kehidupan mereka, tetapi pada dasarnya memperkuat dan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan yang penting bagi anggotanya. Hasil akhir dari upaya mobilisasi masyarakat yang sukses, dengan kata lain, tidak hanya 'masalah terpecahkan' tetapi juga peningkatan kapasitas untuk memecahkan masalah lain. (Government of Malawi, 2011)

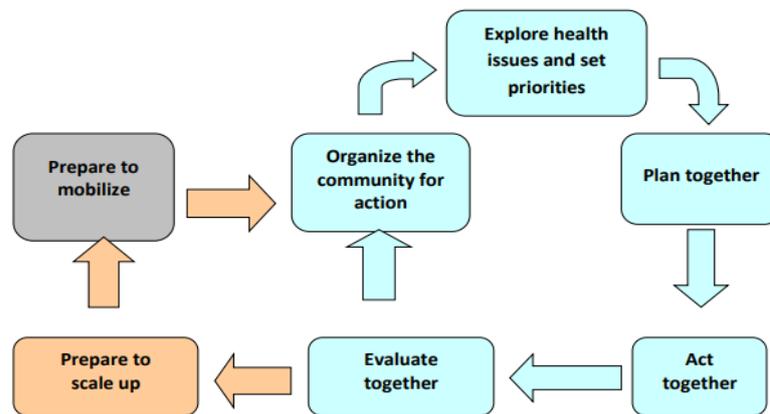
Prinsip-prinsip mobilisasi komunitas antara lain;

- a. Perubahan sosial lebih berkelanjutan jika individu dan masyarakat yang paling terkena dampak memiliki proses dan isi pendekatan yang berpusat pada perilaku;
- b. Komunikasi untuk perubahan sosial harus menjadi pemberdayaan, yang bersifat horizontal (*versus top-down*)

- c. CM harus memberikan suara kepada anggota komunitas yang sebelumnya tidak pernah terdengar dan berpusat pada konten dan kepemilikan lokal;
- d. Orang tua, keluarga, dan masyarakat harus menjadi agen perubahan;
- e. Penekanan harus bergeser dari persuasi dan transmisi informasi dari ahli teknis luar untuk mendukung dialog, debat, dan negosiasi tentang isu-isu yang beresonansi dengan anggota komunitas;
- f. Penekanan pada hasil harus bergeser dari hanya berfokus pada perilaku individu ke penekanan yang lebih besar pada norma-norma sosial, kebijakan, budaya, dan lingkungan pendukung.

Tujuan mobilisasi komunitas antara lain;

- a. Menciptakan permintaan untuk layanan kesehatan yang komprehensif dengan membantu masyarakat untuk mengenali kebutuhan kesehatan mereka dan menuntut layanan kesehatan yang tepat dan berkualitas.
- b. Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dengan memberdayakan masyarakat untuk memobilisasi sumber daya masyarakat dan meningkatkan partisipasi dalam dan kepemilikan layanan kesehatan.
- c. Meningkatkan cakupan layanan kesehatan yang adil dengan membantu kelompok orang-orang yang paling rentan dan terpinggirkan di semua wilayah geografis untuk dapat mengakses layanan kesehatan yang tersedia.
- d. Mengatasi penyebab yang mendasari masalah kesehatan (ketidakadilan kekuasaan antara anggota masyarakat dan penyedia layanan kesehatan terkait gender, stigma, keyakinan budaya yang berbahaya, diskriminasi)
- e. Meningkatkan kepemilikan dan keberlanjutan program di masyarakat dengan mengembangkan sistem untuk memastikan keterlibatan masyarakat yang sedang berlangsung dan kepemilikan layanan kesehatan yang disampaikan. Komitmen untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup akan dipertahankan di dalam kehidupan di luar proyek tersebut. Siklus mobilisasi komunitas adalah sebagai berikut :
  1. Mengidentifikasi prioritas masalah kesehatan
  2. Menyiapkan desain intervensi yang konsisten
  3. Menerapkan intervensi
  4. Memantau dan mengevaluasi hasil intervensi



Gambar 2.5 *The Community Action Cycle*

Mobilisasi komunitas yang mendorong keterlibatan melalui partisipasi masyarakat lokal adalah mekanisme populer untuk meningkatkan perencanaan dan pelayanan kesehatan dengan sumber daya yang terbatas terutama di daerah Pedesaan. Mobilisasi semacam itu dapat meningkatkan kesadaran terhadap perawatan kesehatan, dan bagaimana mencari perawatan kesehatan secara tepat waktu, dan dapat memanfaatkan sumber daya yang ada di komunitas sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan responsif terhadap masalah kesehatan. (Undie et al., 2014)

### 2.3.3 Definisi Komunitas

Menurut Wenger (2002), komunitas adalah sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama. Dalam komunitas manusia, individu-individu di dalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa. (Wenger, E., 2002)

Pengertian komunitas menurut Koentjaraningrat adalah suatu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan yang berinteraksi menurut suatu sistem adat-istiadat serta terikat oleh suatu rasa identitas dalam komunitas. (Koentjaraningrat, 2015a)

Pemberdayaan (keterlibatan) komunitas telah didefinisikan secara luas dengan melibatkan komunitas dalam pengambilan keputusan dan dalam perencanaan, desain, tata kelola dan dalam pemberian pelayanan. (O'Mara-Eves et al., 2015)

*World Health Organization* (WHO) menjelaskan bahwa *community engagement* merupakan proses yang mendatangkan manfaat baik bagi individu maupun sekelompok orang guna membangun hubungan jangka panjang dengan visi bersama untuk kepentingan bersama di dalam komunitas tersebut. Definisi ini menegaskan bahwa didalam keterlibatan komunitas terdapat upaya untuk mengontruksi hubungan diantara sesama pemangku kepentingan dalam jangka waktu yang panjang dengan mengembangkan visi bersama untuk memberikan manfaat yang lebih luas bagi semua anggota baik secara individual maupun kelompok di dalam sebuah komunitas yang merupakan kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama. (WHO, 2015).

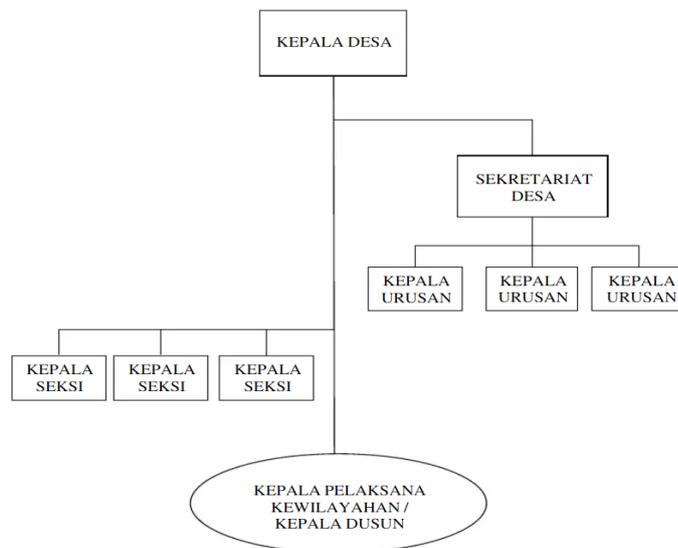
#### **2.4 Undang-Undang Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa**

Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Republik Indonesia. Hal ini berarti pemerintah desa memiliki kewenangan mengatur rumah tangga sendiri salah satunya memberikan kesejahteraan bagi masyarakat desa melalui pemberdayaan masyarakat untuk dapat memberikan kehidupan kesejahteraan sehingga perlu digali potensi lokal yang ada pada desa. (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa*, 2014)

Lahirnya Undang-Undang (UU) Nomor 6 Tahun 2014 tentang desa harus mampu merubah cara pandang dalam sistem pembangunan Indonesia. Pembangunan yang berjalan bersifat *top down* sehingga desa dapat dikatakan sebagai obyek penerima kebijakan yang datang dari pusat, pemerintah daerah Provinsi atau kabupaten tanpa mendengarkan aspirasi datang dari masyarakat desa sendiri. Pada sektor kesehatan, desa memiliki kewenangan dalam menentukan kegiatan-kegiatan prioritas pada sektor kesehatan dalam mewujudkan sumber daya manusia (SDM) berkualitas bagi masyarakat. (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa*, 2014)

Pemerintah Desa adalah penyelenggara urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam system pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya disingkat PPKD adalah Kepala Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan APBD dan bertindak sebagai bendahara umum daerah. (Kemendagri, 2015)

Struktur organisasi pemerintah desa diatur melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No. 84 tahun 2015 tentang susunan organisasi dan tatakerja pemerintah desa, sebagai berikut :



Gambar 2.6 Susunan Organisasi Pemerintah Desa

Pemberdayaan masyarakat intinya membangkitkan potensi yang ada dalam diri individu atau kelompok dengan memberikan dorongan, memberikan kesadaran akan potensi yang dimiliki orang atau kelompok tersebut dengan tujuan pemberdayaan mengarah kepada keadaan capaian atau yang ingin dihasilkan kearah perubahan masyarakat yang berdaya guna dan memiliki kemampuan dalam merubah dan memperbaiki kehidupan sosial ekonomi masyarakatnya.(Laverack, 2005)

## 2.5 Kepala Dusun (Pamong)

Kepala dusun adalah orang yang mengetuai sebuah dusun, sebutan kepala dusun ini hanya ada khusus di Provinsi Jawa Timur. Sebuah desa biasanya terdiri dari beberapa dusun. Kepala dusun berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala desa. (UU Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa, 2014)

Dalam sebuah desa akan terbagi menjadi beberapa Dusun, dimana kepala dusun bertugas untuk melaksanakan penyelenggaraan pemerintah desa, pelaksanaan

pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa dan pemberdayaan masyarakat desa. (Kemendagri, 2015)

Kepala dusun biasanya diangkat dan diberhentikan oleh kepala desa, namun, ada juga dipilih langsung oleh penduduk yang berada di wilayah dusun yang berada di suatu desa. Fungsi kepala dusun dalam membantu kepala Desa sebagai kepala kewilayahan berdasarkan Pasal 10 ayat 2 Peraturan Menteri dalam Negeri Republik Indonesia No 84 Tahun 2015 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Pemerintahan tugas kepala dusun dan fungsinya sebagai berikut:

1. Pembinaan ketentraman dan ketertiban, pelaksanaan upaya perlindungan masyarakat, mobilitas kependudukan, dan penataan dan pengelolaan wilayah.
2. Mengawasi pelaksanaan pembangunan di wilayahnya.
3. Melaksanakan pembinaan kemasyarakatan dalam meningkatkan kemampuan dan kesadaran masyarakat dalam menjaga lingkungannya.
4. Melakukan upaya – upaya pemberdayaan masyarakat dalam menunjang kelancaran penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan. (Kemendagri, 2015)

## **2.6 Health Education & Health Promotion**

*Health education* (edukasi kesehatan) adalah kombinasi dari pengalaman belajar yang direncanakan dengan menggunakan praktik berbasis bukti dan /atau teori yang kuat yang memberikan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengadopsi dan memelihara perilaku yang sehat. (McKenzie, 2013)

*Health Promotion* adalah setiap kombinasi yang direncanakan dari mekanisme pendidikan, politik, lingkungan, peraturan, atau organisasi yang mendukung tindakan dan kondisi hidup yang kondusif bagi kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat. Promosi kesehatan penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap perubahan perilaku dan kesehatan ibu. (Windsor, 2015)

Promosi pendidikan kesehatan adalah salah satu tindakan yang dilakukan pada level Perawatan Kesehatan Primer (*Primary Health Care/PHC*) untuk mengurangi kejadian kematian ibu, dimulai dari mengenali dan mengetahui tingkat pendidikan pemberi pelayanan dan peserta, hal ini sangat penting saat merencanakan kegiatan promosi pendidikan kesehatan sehingga bisa meningkatkan pengetahuan dan

meningkatkan kesadaran tentang masalah tertentu, salah satunya masalah kesehatan ibu.(Figueiredo et al., 2018)

Laporan WHO baru-baru ini tentang intervensi promosi kesehatan untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir merekomendasikan kesiapan persalinan dan intervensi kesiapan komplikasi untuk meningkatkan penggunaan pelayanan tenaga kesehatan yang terampil saat melahirkan dan untuk meningkatkan penggunaan pelayanan fasilitas kesehatan yang tepat waktu pada saat terjadi komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir. (Solnes Miltenburg et al., 2017)

Intervensi promosi kesehatan sebagian besar dirancang untuk meningkatkan praktik pencarian perawatan di pelayanan kesehatan dan pemanfaatan perawatan antenatal, persalinan dengan petugas kesehatan yang terampil di fasilitas pelayanan kesehatan, dan pelayanan oleh petugas kesehatan yang terampil saat terjadi komplikasi atau kegawatdaruratan pada wanita dan bayi baru lahir.(Smith et al., 2017)

Tujuan pendidikan kesehatan selama periode antenatal adalah untuk memberikan saran, pendidikan, kepastian dan dukungan, untuk mengatasi dan mengobati masalah-masalah kehamilan, dan untuk memberikan skrining yang efektif selama kehamilan. (Al-Ateeq & Al-Rusaiess, 2015)

Keterlibatan masyarakat dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan lebih mudah dan merupakan cara yang sukses dan lebih menghemat biaya. Tingkat kepuasan yang tinggi dilaporkan oleh staf kesehatan masyarakat di Cambodia. Dalam kegiatan penelitian di Cambodia ini terjadi peningkatan 22% dalam perawatan antenatal, terjadi peningkatan 32% jumlah ibu melahirkan di Bidan, dan peningkatan rujukan ke Rumah Sakit sebesar 28%. Diskusi tentang kesiapan persalinan harus terjadi tidak hanya dengan wanita hamil tetapi juga dengan komunitas yang mendukung mereka. Masyarakat yang miskin dan terisolasi responsif terhadap kebutuhan kesehatan wanita terutama saat melahirkan.(Skinner & Rathavy, 2009)

Efektivitas program promosi kesehatan dapat sangat bervariasi. Namun, keberhasilan program biasanya dapat dikaitkan dengan perencanaan yang berlangsung sebelum pelaksanaan program dimulai. Program yang telah menjalani proses perencanaan menyeluruh biasanya yang paling sukses. (McKenzie, 2013)

Praktik promosi kesehatan berada digaris depan dalam merancang dan mengimplementasikan intervensi. Supaya lebih efektif secara umum disepakati bahwa

intervensi promosi kesehatan harus multidimensi, yang berarti sasaran intervensi tidak hanya individu tetapi juga masyarakat, atau struktur politik (seperti pembuat kebijakan public). Intervensi promosi kesehatan yang melibatkan program pendidikan dan pengembangan keterampilan dimulai pada tingkat individu. (DiClemente, 2015)

Pendidikan dan pemberdayaan perempuan telah terbukti mampu meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, meningkatkan pengambilan keputusan, perempuan lebih mempunyai kesempatan dalam melakukan praktik kesehatan yang bermanfaat dan meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan ibu. Memberikan pendidikan kesehatan memberikan peluang bagi ibu hamil di pedesaan untuk meningkatkan kesiapan persalinan serta mempromosikan pemanfaatan persalinan di petugas kesehatan. (Ibadin et al., 2016)

## **2.7 Kebudayaan**

### **2.7.1 Definisi Kebudayaan**

Kedua ahli antropologi Carol R. Ember dan Melvim Ember dalam Peregrine (2015) mencoba menjelaskan definisi mengenai antropologi sebagai suatu disiplin ilmu yang didasarkan pada rasa keingintahuan yang tidak terbatas mengenai kehidupan manusia secara luas. (Peregrine, 2015)

Kebudayaan adalah keseluruhan system gagasan, tindakan dan hasil karya manusia dalam kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar. Hal tersebut berarti bahwa hampir seluruh tindakan manusia adalah “kebudayaan” karena hanya sedikit tindakan manusia dalam kehidupan masyarakat yang tidak perlu dibiasakan dengan belajar, yaitu hanya beberapa tindakan naluri, beberapa refleks, beberapa tindakan akibat proses fisiologi, atau kelakuan membabi buta. Bahkan berbagai tindakan manusia yang merupakan kemampuan naluri yang terbawa dalam gen bersama kelahirannya (seperti makan, minum, atau berjalan dengan kedua kakinya), juga dirombak olehnya menjadi tindakan berkebudayaan. Manusia makan diwaktu-waktu tertentu yang dianggapnya wajar dan pantas, ia makan dan minum dengan alat-alat, cara-cara dan sopan santun atau protokol yang sering kali sangat rumit, harus dipelajarinya dahulu dengan susah payah. (Koentjaraningrat, 2015b)

### **2.7.2 Wujud Kebudayaan**

Tiga wujud kebudayaan menurut (Koentjaraningrat, 2015b) antara lain;

- a. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide, gagasan, nilai, norma, peraturan dan sebagainya
- b. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks aktivitas serta tindakan berpola dari manusia dalam masyarakat
- c. Wujud kebudayaan sebagai benda-benda hasil karya manusia

Wujud pertama adalah wujud ideas dari kebudayaan. sifatnya abstrak, tidak dapat diraba atau difoto. Lokasinya ada di dalam kepala atau dengan perkataan lain, dalam alam pikiran warga masyarakat tempat kebudayaan bersangkutan itu hidup.(Koentjaraningrat, 2015b)

Wujud kedua dari kebudayaan disebut system sosial atau sosial system, mengenai tindakan berpola dari manusia itu sendiri. Sistem sosial terdiri dari aktivitas-aktivitas yang berinteraksi, berhubungan, dan bergaul satu sama lain dari detik ke detik, dari hari ke hari dan dari tahun ke tahun, selalu menurut pola-pola tertentu yang berdasarkan adat kebiasaan, bisa diobservasi, difoto dan didokumentasikan.(Koentjaraningrat, 1984a, 2015a)

Wujud kebudayaan sebagai aktivitas adalah tindakan yang sifatnya konkret karena dapat dilihat, diamati, dan juga didokumentasikan. Kebudayaan sebagai aktivitas dilihat melalui tindakan berpola yang dilakukan masyarakat. Pola tersebut menunjukkan bagaimana masyarakat dalam suatu kebudayaan berperilaku menurut adat istiadat mereka. Contohnya adalah upacara adat kehamilan, persalinan dll. (Koentjaraningrat, 2015a)

### **2.7.3 Kebudayaan Jawa**

Suku Jawa merupakan suku bangsa terbesar di Indonesia yang berasal dari Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Yogyakarta. Setidaknya 41,7% penduduk Indonesia merupakan etnis Jawa. Suku bangsa Jawa sebagian besar menggunakan Bahasa Jawa dalam berbicara sehari-hari. Bahasa Jawa memiliki aturan perbedaan kosakata dan intonasi berdasarkan hubungan antara pembicara dan lawan bicara, yang dikenal dengan unggah-ungguh. Aspek kebahasaan ini memiliki pengaruh sosial yang kuat dalam budaya Jawa, dan membuat orang Jawa biasanya sangat sadar akan status sosialnya di masyarakat. (Endraswara, 2015)

Dalam budaya Jawa kehidupan manusia dimulai semenjak tumbuhnya bayi dalam kandungan ibu kemudian setelah bayi dilahirkan ke dunia, dimulailah kehidupan yang sebenarnya di dunia yang diakhiri dengan kematian seseorang yaitu berpisah roh dan wadah manusia, dimulailah kehidupannya di alam lain yang belum kita ketahui pasti. Pemahaman tentang tiga kehidupan ini bisa dimanifestasikan sebagai alam *purwa*, *madya* dan *wasana*. Makna ungkapan “*Wong urip iku mung mampir ngombe*” mengacu kepada alam *madya*, yaitu kehidupan setelah manusia dilahirkan di dunia. (Sunarno, 2012)

Meskipun budaya Jawa saat ini hidup dalam ruang genetika (warisan) tanpa masyarakatnya mengetahui secara nyata, tapi terus melakukan sebagai pilihan untuk mempertahankan eksistensi hidupnya. Seni hidup budaya Jawa terdapat pada pesan, nasehat, tata karma atau kebijaksanaan leluhurnya yang tumbuh hingga saat ini diruang pergaulan atau keluarga. Seni hidup budaya Jawa masih mewarnai dan menuntun masyarakatnya mencari jati diri dan identitasnya, tanpa harus mengetahui arti dan maknanya. Ketegasan budaya Jawa bahwa manusia tidak akan bisa lepas atas keberadaan ruang abstrak atau mental serta spirit didalam jiwa, seperti impian, cita – cita, angan – angan, kehendak dan keinginan. (Rofi'i, 2013)

#### **2.7.4 Sistem Keekerabatan dalam Budaya Jawa**

Suku Jawa adalah suku terbesar di Indonesia. Terhitung jumlahnya mencapai sekitar sepertiga dari populasi di Indonesia. Suku Jawa umumnya terdapat di daerah-daerah berdirinya Kerajaan Mataram. Suku Jawa memiliki aneka ragam kebudayaan. Selain itu, suku Jawa juga merupakan satu kesatuan masyarakat yang diikat oleh norma-norma hidup karena sejarah, tradisi, maupun agama. (Koentjaraningrat, 1984b)

Sistem kekerabatan Jawa adalah sistem kekerabatan yang berkembang di antara masyarakat Jawa. Istilah kerabat merujuk pada pertalian kekeluargaan yang ada dalam sebuah masyarakat. Sistem kekerabatan orang Jawa lebih didasarkan pada sisi fungsi dalam pergaulan, pengenalan dan daya ingat seseorang. Sistem kekerabatan Jawa tidak tergantung pada suatu sistem normatif atau sebuah konsep tertentu. Pada umumnya orang Jawa hanya berhubungan dengan keluarga intinya, yaitu orang tua saudara kandung, saudara kandung orang tua. Keekerabatan orang Jawa juga akan meluas ketika terjadi perkawinan antara dua orang yang melangsungkan perkawinan

sah menurut agama dan adat. Sistem kekerabatan orang Jawa lebih bersifat patrilineal.(Clifford Geertz, 1981)

Sistem kekerabatan berfungsi dalam hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan rumah tangga. Sistem kekerabatan memberikan kehangatan dalam sebuah keluarga besar. Kehangatan dan kedekatan keluarga memberi jaminan saudara di hari tua. Sistem kekerabatan juga memberikan identitas keluarga besar seseorang yang akan menentukan kedudukan dan gengsinya dalam masyarakat. Sistem kekerabatan memberikan patokan untuk memberikan warisan sesuai dengan alur nenek moyang. (Clifford Geertz, 1981; Koentjaraningrat, 1984b)

Dalam masyarakat Jawa, sistem kekerabatan didasarkan pada garis keturunan bilateral (diperhitungkan dari dua belah pihak, ibu dan ayah). Dengan prinsip bilateral atau parental ini, seorang Jawa berhubungan sama luasnya dengan keluarga dari pihak ibu dan juga ayah. Kekerabatan yang relatif solid biasanya terjalin dalam keturunan satu nenek moyang hingga generasi ketiga. Namun demikian, kualitas hubungan keluarga inti (*nuclear family*) dan keluarga luas (*extended family*) berbeda-beda antara satu lingkaran keluarga dengan yang lainnya, bergantung pada kondisi masing-masing keluarga. (Endraswara, 2015; Koentjaraningrat, 1984a)

Menurut Koentjaraningrat fungsi kekerabatan Orang Jawa di daerah pedesaan, jaringan kekerabatan orang Jawa terbatas pada asas kegunaan yang nyata dalam pergaulan, pengenalan dan daya ingat seseorang, dan biasanya tidak tergantung pada suatu system normative atau konsepsi, dan karena itu bagi tiap orang Jawa wujud jaringan kekerabatan itu berlainan, tergantung keadaan masing-masing. Pada umumnya seorang penduduk desa Jawa hanya berhubungan dengan anggota keluarga intinya, dengan para saudara kandung orang tuanya serta anak-anak mereka, dengan kedua kakek dan nenek dari pihak ayah maupun ibunya, dengan anak-anak saudara-saudara kandungnya sendiri, dengan para iparnya dll. (Koentjaraningrat, 1984a, 2015a)

Demikian halnya dalam hal pemerintahan desa, hubungan antara mereka yang duduk dalam pemerintahan desa, biasanya diwarnai dan diperkuat dengan hubungan kekerabatan, ataupun ketetanggaan yang membuat hubungan lebih bersifat personal. Hal ini berpengaruh dalam hubungan antara masyarakat dengan pemerintahan desa. Bagi masyarakat Jawa sistem kebudayaan Jawa dipegang teguh dan digunakan

sebagai salah satu pola hidup sehari-hari. Sistem penghormatan kepada orang tua, penggunaan bahasa Jawa krama inggil, dan budaya gotong-royong merupakan contoh budaya yang masih mengakar kuat di daerah pedesaan.(Endraswara, 2015)

Sistem kekerabatan dalam budaya Jawa bisa dilihat dari pola pengambilan keputusan. Pada masyarakat Jawa yang menganut pola garis keturunan patrilineal maka dalam adat kebiasaan keluarga, peranan suami/ayah sangat berpengaruh. Ayah/suami sebagai kepala rumah tangga adalah perantara dalam penentuan nasib termasuk yang menguasai sumber-sumber ekonomi keluarga salah satunya dalam pengambilan keputusan.(Suryawati, 2007)

Pola pengambilan keputusan dalam system kekerabatan keluarga Jawa biasanya akan melibatkan keluarga besar sebagai pola pengambilan keputusannya. Perilaku pengambilan keputusan dalam mencari kesehatan selama masa kehamilan, keluarga dipengaruhi oleh beberapa variabel seperti hirarki kekuasaan keluarga, tipe bentuk keluarga, pembentukan koalisi, jaringan kerja komunikasi keluarga, status soaial, siklus kehidupan keluarga. Dimana variabel tersebut akan mempengaruhi proses dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. (Listiowati et al., 2018)

### **2.7.5 Kehamilan dan Persalinan dalam Pandangan Budaya Jawa**

Orang Jawa sampai sekarang pada umumnya masih senang untuk mempunyai anak. Seorang anak sudah dilimpahi banyak perhatian sejak sebelum ia lahir. Pada waktu kandungan berumur tujuh bulan orang Jawa di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan hampir selalu mengadakan *slametan mitoni* yang dianggap sebagai suatu upacara yang penting. Upacara ini merupakan suatu peristiwa yang penuh kebahagiaan yang sekaligus berfungsi untuk memberitahukan tentang bekal adanya suatu peristiwa kelahiran, tetapi dipihak lain upacara ini juga mencerminkan perasaan cemas dalam hal menghadapi kelahiran nanti. Berbagai jenis makanan yang disajikan pada upacara slametan itu, serta berbagai pantangan yang harus ditaati oleh calon orang tua itu dimaksudkan untuk menawarkan berbagai macam bahaya yang mungkin timbul pada waktu melahirkan, dan untuk menjaga keselamatan bayi dan ibunya serta para anggota keluarga lainnya. (Koentjaraningrat, 1984a)

Puncak dari saat-saat penuh bahaya adalah waktu melahirkan (*babaran*), dan untuk persalinan jaman dahulu keluarga petani meminta bantuan seorang dukun bayi. Orang itu harus mengetahui segala macam upacara, sajian serta mantera, dan harus

memiliki pengetahuan mengenai jamu-jamu untuk merawat bayi yang baru lahir serta ibunya. Dalam masyarakat Jawa selain dukun bayi, juga dikenal Bidan, yaitu tenaga-tenaga yang khusus dibina untuk membantu persalinan. Masyarakat pedesaan di Jawa saat-saat melahirkan tidak hanya merupakan peristiwa biomedical saja, melainkan juga suatu peristiwa religiomagi, maka kebutuhan akan dukun bayi tradisional masih ada. (Koentjaraningrat, 1984a)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di lapangan dan juga hasil wawancara dengan dukun bayi, meskipun sudah ada bidan desa, masyarakat pedesaan masih sangat percaya terhadap keberadaan dukun bayi, meskipun saat ini dukun bayi tersebut sudah tidak diperbolehkan menolong persalinan akan tetapi dukun bayi tersebut masih melakukan pendampingan kepada ibu pada masa sesudah persalinan (masa nifas). Hal-hal yang dilakukan oleh dukun bayi di masyarakat pedesaan saat ini antara lain memandikan bayi sampai “pagut” setiap pagi dan sore, melakukan urut pada bayi dan juga ibunya.

Suatu peristiwa kelahiran dalam masyarakat Jawa merupakan suatu peristiwa religi, tetapi juga suatu peristiwa sosial. Selama tali pusat bayi yang lahir itu belum lepas, ayah si bayi bersama para penghuni rumah yang sudah dewasa berusaha untuk tidak tidur sebelum tengah malam (istilah Jawa Jagongan bayi). Mereka sering mengundang kaum kerabatnya, teman-teman serta tetangga-tetangganya untuk menemani istilah Jawanya “lek-lek an”, sambil mengobrol atau minum kopi, hal ini juga masih ditemukan oleh peneliti pada saat melakukan observasi dilapangan. Kegiatan jagongan bayi ini selanjutnya ditutup dengan upacara brokohan untuk bayi yang disebut dengan istilah “kething-kething” atau “sepasaran”. (Koentjaraningrat, 1984a)

Salah satu kendala utama penerimaan program kesehatan adalah kendala budaya pada masyarakat yang semula hanya mengenali system medis tradisional. Masyarakat dalam kesatuan suku-suku dengan identitas kebudayaannya masing-masing, memiliki dan mengembangkan system medisnya sendiri sebagai bagian dari kebudayaan mereka secara turun temurun. Artinya penjelasan masyarakat tradisional tentang kesehatan dan perawatan kesehatan secara umum, berbeda dengan penjelasan medis modern. Demikian pula pandangan mereka terhadap tahap-tahap dalam siklus hidup manusia dari seorang individu lahir, dewasa hingga meninggal. Peralihan dari setiap

tahap dalam siklus hidup manusia tersebut selalu dianggap masa krisis (rawan), dalam arti “mudah mendapat gangguan dari berbagai macam roh yang dapat berakibat buruk bagi kesehatan dan keselamatan seseorang”, demikian pula tahap kehamilan dan melahirkan. (Sukapti, 2012b)

### **2.7.6 Pengaruh Faktor Budaya dalam Kehamilan dan Persalinan**

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap masalah kematian ibu adalah faktor sosial budaya, dimana faktor sosial budaya inilah yang menjadi penyebab salah satu dari 3 terlambat penyebab AKI yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan ditingkat keluarga. Pengambilan keputusan terutama pada keluarga Jawa banyak dipengaruhi oleh unsur budaya. (Bennouna et al., 2016)

Hasil penelitian di Tanzania, ibu hamil mempunyai keyakinan untuk tidak mempersiapkan persalinan, mereka beranggapan anak bisa mati saat lahir jika persiapan dibuat saat sebelum persalinan. Ibu hamil lebih mematuhi budaya dan hal-hal yang dianggap tabu selama kehamilan termasuk praktik budaya tradisional seperti penggunaan herbal selama persalinan daripada ke fasilitas kesehatan. (Cheptum, 2018)

Hasil penelitian di Indonesia pada daerah angka kematian ibu rendah, hampir seluruh ibu hamil (99,2%) melakukan persalinan aman. Perilaku persalinan aman dipengaruhi oleh kesetaraan status sosial ibu dengan suami, dukungan sosial kepada perilaku sehat, dan nilai sosial ibu yang tinggi bagi keluarga. Pada daerah angka kematian ibu tinggi sebagian besar (66,6%) ibu hamil melakukan persalinan tidak aman. Perilaku persalinan tidak aman dipengaruhi oleh kuatnya dukungan sosial kepada perilaku kurang sehat dan rendahnya dukungan finansial suami. (Widodo et al., 2017)

Masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku dengan latar belakang budaya berbeda yang sangat mempengaruhi tingkah laku kehidupan masyarakat termasuk perilaku kesehatan. Banyak praktek-praktek budaya yang berpengaruh secara negatif terhadap perilaku kesehatan masyarakat. Pada beberapa budaya, pantang makan pada ibu hamil dapat berpengaruh terhadap asupan gizi. Tingkat pengetahuan masyarakat yang rendah sangat mempengaruhi kesehatan ibu. Budaya melakukan pantangan makanan selama kehamilan sudah ada sejak jaman dulu di Indonesia. Masyarakat

masih percaya hubungan antara konsumsi makanan tertentu dengan kesehatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.(Mardiyati et al., 2019)

Studi kualitatif tentang perilaku yang dilarang selama masa kehamilan di daerah Jawa adalah bepergian jauh, membunuh binatang, membatin orang, bepergian ditempat umum, memotong kaki binatang, makan didepan pintu, merendam baju atau pakaian atau cucian piring dan gelas, memancing ikan, menyakiti hewan, memotong ayam, duduk ditengah pintu, mandi saat maghrib, menyembelih ayam atau sapi, memukul hewan dan ke pasar atau tempat umum selama hamil tua, selain itu juga ada beberapa pantangan makanan selama kehamilan dan masa nifas. Adanya anggapan dampak apabila melakukan perilaku yang dilarang selama masa kehamilan bisa mengalami keguguran, bayi yang dikandung akan pindah, musibah, bayi lahirnya susah, air ketuban jadi banyak dan kecacatan pada bayi. (Rofi'i, 2013)

Kesehatan ibu hamil merupakan salah satu indikator status kesehatan masyarakat. Masalah kelahiran dan kehamilan berkaitan erat dengan unsur budaya di masyarakat. Bila kita lihat dari bentangan wilayah, hampir semua budaya dari Sabang hingga Merauke memiliki tradisi dalam proses kehamilan, persalinan dan kelahiran bayi.(Aryastami & Mubasyiroh, 2019)

Dengan pendekatan biososiokultural dalam kajian antropologi, kehamilan dan kelahiran bukan hanya dilihat dari semata-mata aspek biologis dan fisiologisnya saja. Lebih dari itu fenomena ini juga harus dilihat sebagai suatu proses yang mencakup pemahaman dan pengaturan hal-hal seperti pandangan budaya, mengenai kehamilan dan persalinan, persiapan persalinan, para pelaku dalam pertolongan persalinan, wilayah tempat kelahiran berlangsung, cara-cara pencegahan bahaya, penggunaan ramu-ramuan atau obat-obatan dalam proses persalinan dan cara-cara penolong persalinan. (Sukapti, 2012a)

Mitos-mitos kehamilan baik sadar atau tidak disadari selalu hidup secara turun temurun dalam masyarakat dewasa ini. Mitos-mitos kehamilan ini dapat memberikan pengaruh bagi perilaku ibu hamil baik itu positif maupun negatif. Faktor- faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab akibat dan kondisi sehat sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan sering membawa dampak positif maupun negatif. Perilaku yang berdampak negatif dapat menyebabkan beberapa komplikasi, yaitu hipertensi dalam

kehamilan, perdarahan, gangguan pertumbuhan janin, selain itu dapat menyebabkan anemia dalam kehamilan. (Furilta et al., 2020)

Banyak sekali mitos yang berkembang dimasyarakat Indonesia diantaranya mengenai kepercayaan bahwa ibu yang sedang hamil tidak boleh membathin kejelekan atau cacat orang lain. Seorang ibu hamil atau suami yang mengejek dan membathin orang yang bibir sumbing, maka anak yang nanti dilahirkan juga akan mengalami bibir sumbing. (Rofi'i, 2013)

Masyarakat Jawa percaya bahwa wanita yang sedang mengandung tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi telur, mereka percaya jika wanita hamil mengkonsumsi telur maka akan susah saat melakukan persalinan. Ibu hamil juga dilarang untuk mengkonsumsi daging karena mereka percaya bahwa jika wanita yang sedang hamil mengkonsumsi daging akan menimbulkan pendarahan. Secara medis budaya pantangan makan malah justru akan merugikan kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Contohnya seperti dilarang mengkonsumsi telur dan daging. Sebenarnya ibu hamil sangat perlu untuk mengkonsumsi telur dan daging gunanya untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dan janin yang dikandungnya juga perlu nutrisi. (Nisa, 2021)

## **2.8 Konsep Perilaku Kesehatan**

### **2.8.1 Bentuk Perilaku Manusia**

Perilaku kesehatan ibu dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu dari sisi penyedia (*supply side*) dan dari sisi pengguna layanan (*demand side*). Dari sisi penyedia layanan, faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan ibu adalah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (saranaprasarana, tenaga kesehatan, jaminan kesehatan) dan kualitas pelayanan. (Astuti & Widayatun, 2018) Apabila dilihat dari sisi pengguna layanan, perilaku kesehatan ibu sangat erat kaitannya dengan faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, etnis, otonomi perempuan terhadap dirinya, kemampuan ekonomi rumah tangga, pekerjaan suami, jumlah anak, serta adat istiadat dan budaya di masyarakat merupakan faktor-faktor yang memegang peranan terkait dengan perilaku. (Soharwardi et al., 2015)

Skinner (1938) dalam Notoatmojo 2014, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar),

sehingga teori skinner ini disebut teori “ S-O-R” (*Stimulus-Organisme-Respon*). Menurut teori ini ada dua jenis respon :

- a. Respondent respons atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut eliciting stimulus, karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap.
- b. Operant respons atau instrumental respons, yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut reinforcing stimuli atau reinforcer, karena berfungsi memperkuat respon. (Notoatmodjo, 2014)

Berdasarkan teori S-O-R tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “ *unobservable behavior* “ atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap (attitude).

2. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau “ *observable behavior*”.berbentuk tindakan nyata, dalam bentuk kegiatan, atau dalam bentuk praktik (Practice). (Notoatmodjo, 2014)

### **2.8.2 Pengukuran Perilaku**

Berdasarkan teori Notoatmodjo (2014), pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan menggunakan cara;

1. Langsung :

Observasi atau mengamati terhadap perilaku sasaran (responden)

2. Tidak langsung:

- a. Metode “*recall*” atau mengingat kembali terhadap apa yang telah dilakukan responden.
- b. Melalui orang ketiga (orang) lain yang “dekat” dengan responden yang diteliti.

- c. Melalui “indikator” (hasil perilaku) responden, misalnya perilaku personal hygiene diukur dari kebersihan kuku, rambut, kulit, dan sebagainya.

Pengukuran perilaku dalam penelitian ini dilakukan dengan metode “recall” yaitu dengan mengingat dan menanyakan kembali kepada responden sejauh mana persiapan persalinan yang telah dilakukan oleh responden. (Notoatmodjo, 2014)

## 2.9 Teori *PRECEDE PROCEED* Model

Model *PRECEDE PROCEED* dianggap sebagai model yang paling populer dan paling banyak digunakan dalam perencanaan program promosi kesehatan di lapangan. Model ini menggunakan pendekatan ekologis untuk perencanaan program dan dianggap oleh banyak orang sebagai *Gold Standar* dalam perencanaan promosi kesehatan. (Green and Kreuter, 2005)

Perlu penekanan kuat untuk mendapatkan pemahaman menyeluruh tentang masalah kesehatan, target peserta, dan lingkungan sebelum menerapkan program atau kebijakan. *PRECEDE-PROCEED* model ini mendorong keterlibatan masyarakat dan dukungan komunitas yang penting untuk mempertahankan perilaku. (Anastasia Snelling, 2014; DiClemente, 2015)

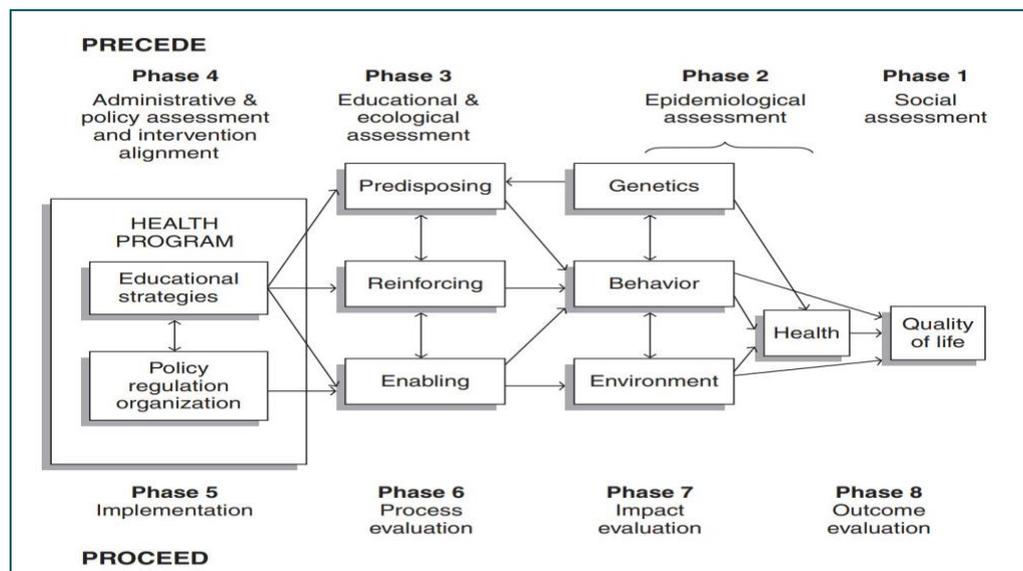
*PRECEDE-PROCEED* dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan dan perencanaan kesehatan. Model ini dapat mengatur dengan mudah kesesuaian perencanaan dengan budaya, melalui penelitian berbagai faktor yang berpotensi memperuhi perilaku kesehatan, termasuk situasi sosial budaya. Menurut Green dan Kreuter (2005) identifikasi masalah kesehatan dengan mengikutsertakan masyarakat sangat penting pada setiap tahap perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan untuk menciptakan kepemilikan intervensi. (Green and Kreuter, 2005)

Berdasarkan teori *PROCEED PRECEED* perilaku terbentuk dari 3 faktor :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pendukung (*Enabling factors*), yang terwujud dalam akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, sarana transportasi dan sebagainya.
- c. Faktor-faktor pendorong (*Renforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Crosby, 2019)

Penggunaan kerangka kerja *PRECEDE* and *PROCEED* adalah sebagai berikut, *PRECEDE* terdiri dari *Predisposing; Reinforcing* dan *Enabling cause in educational diagnosis and evaluation* (Fase 1 sampai 4). Kerangka kerja ini menunjukkan sasaran yang sangat terarah untuk intervensi. *PRECEDE* digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas dan tujuan program. (Crosby, 2019)

*PROCEED* terdiri dari *Policy, Regulation, Organizational* dan *Environmental development*. *PROCEED* ini menampilkan kriteria tahapan kebijakan dan implementasi serta evaluasi. Adapun model *PRECEDE-PROCEED* seperti gambar dibawah ini :



Gambar 2.7 Teori PRECEDE-PROCEED model (Green & Kreuter, 2005)

Adapun penjelasan dari tiap fase dalam kerangka *PRECEDE PROCEED theory* diatas adalah sebagai berikut:

### 1. Fase 1 : Diagnosa Sosial (*Social Assesment*)

Adalah proses penentuan persepsi seseorang terhadap kebutuhan dan kualitas hidupnya dan aspirasi untuk lebih baik lagi, dengan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Partisipasi masyarakat adalah sebuah konsep pondasi dalam diagnosis sosial dan telah lama menjadi prinsip dasar bagi kesehatan dan pengembangan komunitas. Hubungan sehat dengan kualitas hidup merupakan hubungan sebab akibat. Input pendidikan kesehatan, kebijakan, regulasi dan organisasi menyebabkan perubahan *out come*, yaitu kualitas hidup. Fase ini membantu masyarakat (*community*) menilai kualitas hidupnya tidak hanya pada kesehatan. Adapun untuk melakukan diagnosa sosial dilaksanakan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan melalui *review literature* (hasil-hasil

penelitian), data (misalnya Badan Pusat Statistik, Media massa), dll.(McKenzie, 2013)

## **2. Fase 2: Diagnosa Epidemiologi (*Epidemiological Assessment*)**

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Penelusuran masalah-masalah kesehatan dapat menjadi penyebab dari diagnosa sosial yang telah diprioritaskan. Hal ini dapat dilihat dari data kesehatan yang ada dimasyarakat berdasarkan indikator kesehatan yang bersifat negatif yaitu morbiditas dan mortalitas, termasuk didalamnya *Maternal Mortality Ratio*/Angka Kematian Ibu (AKI), serta yang bersifat positif yaitu misalnya angka harapan hidup. (Windsor, 2015)

## **3. Fase 3 : Diagnosa Pendidikan dan Organisasi (*Educational and Ecological Assesment*)**

Pada fase ini dilakukan identifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-faktor penyebabnya. Mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diubah untuk kelangsungan perubahan perilaku dan lingkungan.(Anastasia Snelling, 2014). Ada 3 kelompok masalah yang berpengaruh terhadap perilaku, yaitu:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*): pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dan lain-lain.
- b. Faktor penguat (*reinforcing factor*): perilaku petugas kesehatan atau petugas lain.
- c. Faktor pemungkin (*enabling factor*): lingkungan fisik tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, dan lain-lain.

## **4. Fase 4 : Diagnosa Administrasi dan Kebijakan (*Administrasi and Policy Assesment*)**

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan, dalam hal ini upaya mempromosikan perilaku positif kesiapsiagaan persalinan. (Green and Kreuter, 2005; Windsor, 2015)

- a. Administrative diagnosis
  - 1) Memperkirakan atau menilai *resources*/ sumber daya yang dibutuhkan program
  - 2) Menilai *resources* yang ada didalam organisasi atau masyarakat
  - 3) Mengidentifikasi faktor penghambat dalam mengimplementasi program
- b. Administrasi kebijakan
  - 1) Menilai kebijakan, regulasi dan organisasi
  - 2) Menilai kekuatan politik

#### **5. Fase 5 : Program Implementasi (*Program Implementation*)**

Dilaksanakan berdasarkan proses penilaian dan perencanaan yang diidentifikasi dari fase sebelumnya. Implementasi program dapat bervariasi berdasarkan hasil penilaian dan keinginan target peserta. Pada masa awal promosi kesehatan, program pendidikan adalah pilihan intervensi. (Windsor, 2015)

#### **6. Fase 6,7,8 : Fase Evaluasi (*Evaluation Phases*)**

Pada fase ini ada tiga tipe evaluasi :

- a. *Proses Evaluation* (Evaluasi Proses)

Mengumpulkan informasi mengenai implementasi program serta melakukan evaluasi dari program promosi kesehatan yang dilaksanakan. mengumpulkan informasi mengenai implementasi program. Apakah program yang dilaksanakan sesuai dengan protokol yang dikembangkan? Evaluasi proses sangat berharga untuk tujuan perbaikan dan replikasi program tetapi tidak memeriksa perubahan perilaku yang dihasilkan. (Anastasia Snelling, 2014)

- b. Evaluasi *impact*

Menilai efek langsung dari program pada target perilaku (*predisposing, enabling, reinforcing factors*) dan lingkungan. Mengukur dampak program. secara khusus apa perubahan terukur dalam kecenderungan (pengetahuan, keterampilan, atau sikap), memungkinkan (lingkungan fisik atau kebijakan) dan memperkuat faktor (umpan balik positif atau negatif). (Anastasia Snelling, 2014; Windsor, 2015)

c. Evaluasi *outcome*

Evaluasi terhadap masalah pokok yang pada proses awal perencanaan akan diperbaiki satus kesehatan dan *quality of life*. (Crosby, 2019)

## 2.10 TEORI BUDAYA PEN-3 MODEL

PEN-3 Model menyediakan metode fungsional menangani budaya dalam pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program pendidikan dan promosi kesehatan. Awalnya, PEN-3 Model termasuk tiga dimensi keyakinan kesehatan dan perilaku: pendidikan kesehatan, pendidikan diagnosis perilaku kesehatan, dan kesesuaian budaya perilaku kesehatan. PEN-3 Model Direvisi, terdiri dari tiga domain utama yaitu identitas budaya, hubungan dan harapan, dan pemberdayaan budaya dan tiga komponen dengan huruf awal PEN dalam setiap domain. Setelah pendidik kesehatan dan praktisi mengidentifikasi masalah kesehatan, mereka bisa membingkai masalah sosial budaya yang relevan ke dalam sembilan kategori. (Airhihenbuwa, 1990)

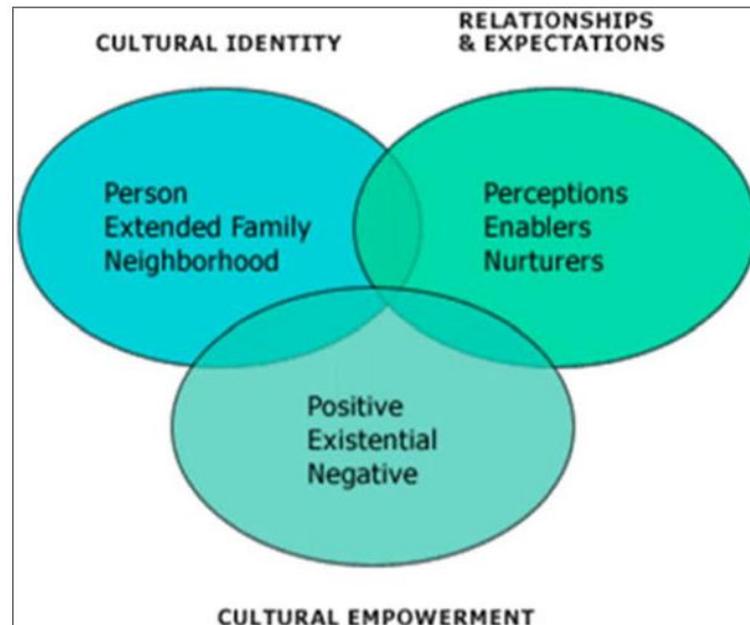
Di antara tiga komponen domain ini menurut Airhihenbuw (1995) :

- a. **Persepsi** terdiri dari pengetahuan, sikap, nilai-nilai, dan keyakinan yang ada dalam konteks budaya dan yang memotivasi atau menghambat individu atau kelompok merubah perilaku.
- b. **Enabler** adalah sumber daya, dukungan kelembagaan, dan faktor sosial atau struktural yang dapat meningkatkan atau menghalangi keputusan kesehatan preventif dan tindakan.
- c. **Nurtures** (Pengasuh) adalah keluarga, teman, dan anggota masyarakat yang positif atau negatif mempengaruhi keyakinan kesehatan, sikap, dan tindakan.

Domain pemberdayaan budaya merupakan penegasan dari kemungkinan pengaruh budaya yang positif, eksistensial, dan negative. Dimensi ini sangat penting dalam pengembangan intervensi pendidikan kesehatan dan promosi yang sesuai dengan budaya. (Airhihenbuwa, 1995)

- a. **Pemberdayaan budaya positif** mempromosikan perilaku kesehatan: misalnya, makan diet seimbang, olahraga, berdoa, dan pergi beribadah adalah aspek budaya dan perilaku positif. (Airhihenbuwa, 1995)
- b. **Aspek eksistensial budaya** adalah keyakinan budaya, praktik, dan perilaku yang alami untuk kelompok dan juga tidak memiliki efek yang merugikan pada kesehatan.

c. **Aspek negatif** didasarkan pada values, keyakinan, dan hubungan yang diketahui berbahaya bagi perilaku kesehatan. Untuk menjadi pendidik kesehatan yang berhasil harus mengembangkan program yang meningkatkan perilaku positif yang terjadi secara alami sekaligus mengurangi perilaku negatif dan menghormati yang eksistensial.(Airhihenbuwa, 1995)



Gambar 2.8 The PEN-3 Cultural Model, Airhihenbuwa (1990)

The PEN-3 Model, merupakan model konseptual yang berfokus pada kesesuaian budaya dalam pengembangan program pendidikan kesehatan di negara-negara berkembang. Pendidik kesehatan didorong untuk menggunakan model ini untuk memastikan pemberdayaan melalui promosi perilaku positif, dan untuk mengenali dan menghargai perilaku lainnya, dan mencoba untuk memodifikasi perilaku negatif. (Airhihenbuwa, 1990)

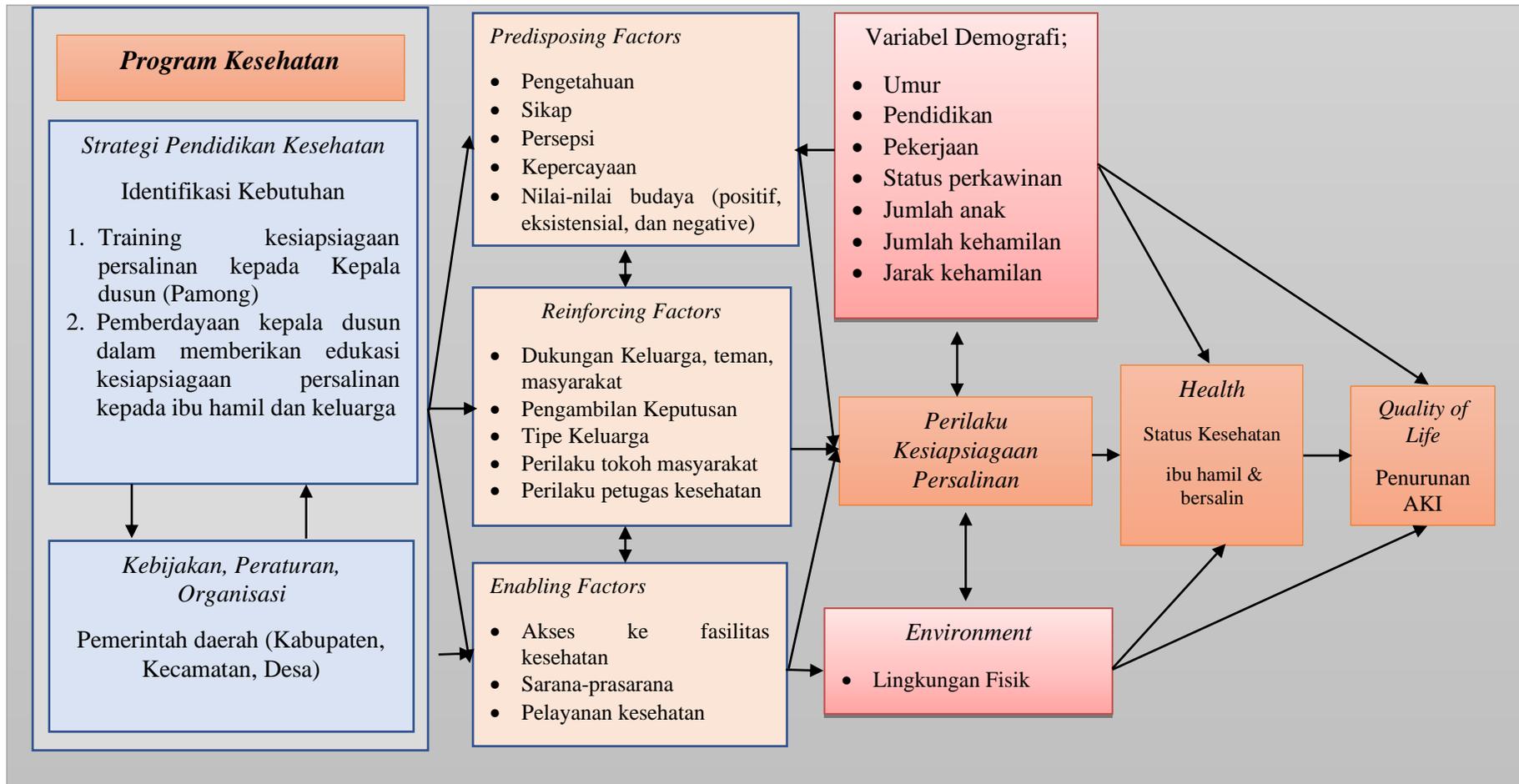
## 2.11 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian ini berangkat dari kerangka teori PEN-3 Model yang dikembangkan oleh Airhihenbuwa, 1995. Kerangka teori PEN 3 model ini terdiri dari 3 domain, domain pertama dimulai dengan mengidentifikasi budaya dalam pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program pendidikan dan promosi kesehatan. Sesuai dengan teori PEN-3 Model dalam penelitian ini akan diawali dengan identifikasi budaya yang berhubungan dengan kehamilan dan persiapan persalinan, pada *Person* (ibu hamil), *Extended Family* (keluarga besar) dan *Neighbourhood* (masyarakat).

Setelah dilakukan tahap identifikasi budaya dengan menggunakan teori PEN-3 Model, tahap selanjutnya untuk intervensi menggunakan teori *PRECEDE-PROCEED* model. Teori perubahan perilaku *PRECEDE-PROCEED* ini digunakan sebagai kerangka struktur proses intervensi yang dapat dipadukan dengan berbagai teori maupun pendekatan. Model ini merupakan salah satu teori modifikasi perilaku oleh Green dan Kreuter (2005).

Kerangka kerja *PRECEDE* ini mempertimbangkan beberapa faktor yang membentuk status kesehatan dan membantu perencana terfokus pada faktor tersebut sebagai target untuk intervensi. Oleh karena itu berdasarkan kerangka teori PEN-3 model dan *PRECEDE PROCEED* model dapat dibuat kerangka teori penelitian ini adalah sebagai berikut;

## Bagan Kerangka Teori

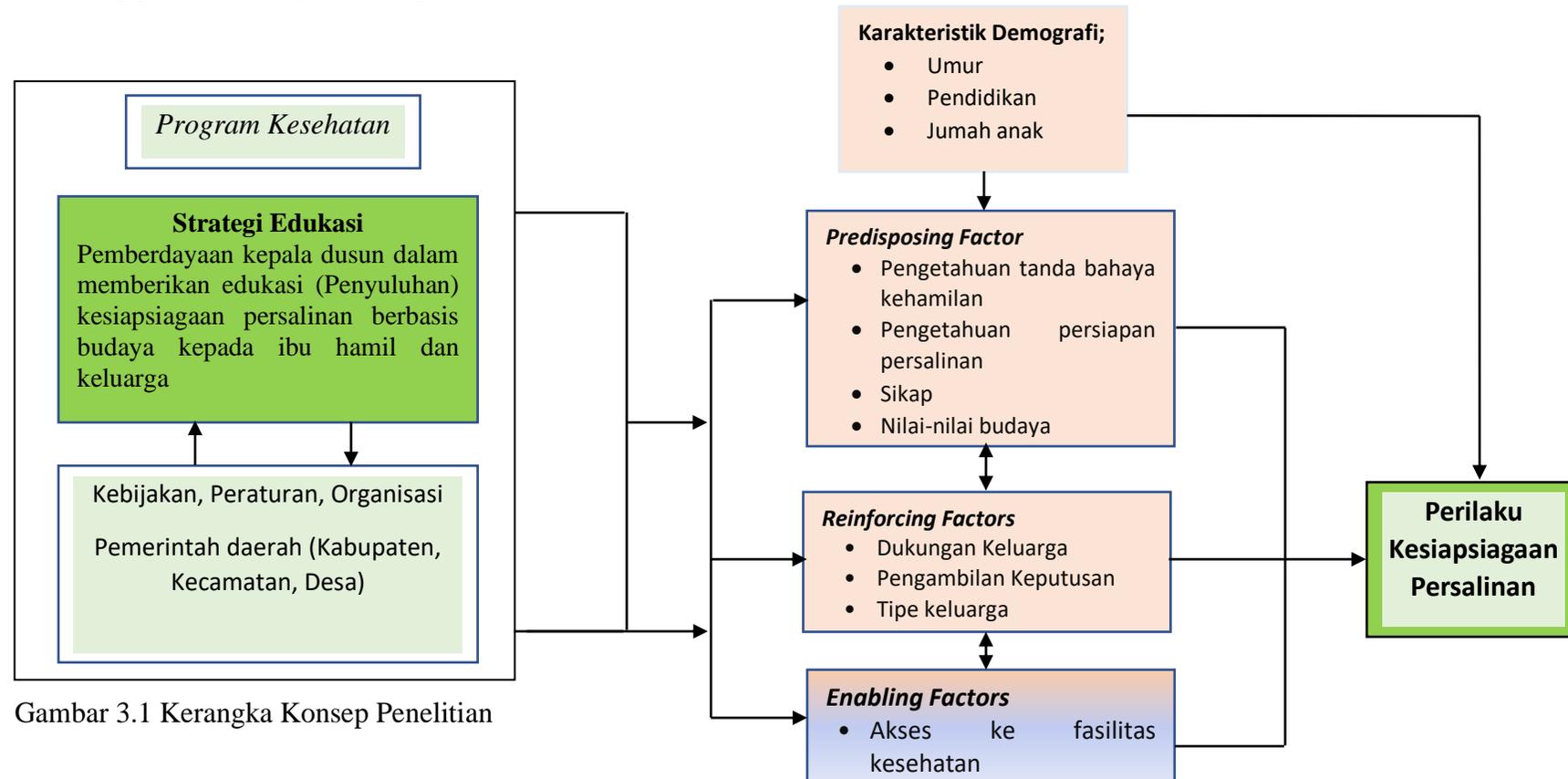


Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian *PRECEDE-PROCEED*, modifikasi Green dan Kreuter (2005)

## BAB III KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini merupakan pengembangan dari kerangka teori *PRECEDE-PROCEED* model yang merupakan salah satu teori perilaku oleh Green dan Kreuter (2005) dan kerangka teori PEN-3 model maka dapat dibuat kerangka konsep penelitian ini yaitu sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Variabel *independent* dalam penelitian ini yaitu pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan melalui edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya kepada ibu hamil, suami, dan ibu mertua/orang tua ibu hamil. Variabel *Dependent* adalah perilaku kesiapsiagaan persalinan.

Berdasarkan teori Green dan Kreuter (2005), perilaku dalam hal ini perilaku persiapan persalinan ditentukan oleh 3 faktor yang selanjutnya disebut sebagai faktor *confounding* yaitu faktor predisposisi (*Predisposing factors*), dalam bentuk pengetahuan tanda bahaya kehamilan, pengetahuan tentang kesiapsiagaan persalinan sikap dan nilai-nilai budaya. Menurut teori PEN 3 Model (*Culture model*), nilai-nilai budaya pada ibu hamil, keluarga dan masyarakat ada yang bersifat positif, eksistensial dan nilai budaya negative. Diperlukan adanya faktor-faktor pendukung (*Enabling factors*), untuk berperilaku dalam hal ini yang terwujud dalam akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Sementara faktor pendorong (*Renforcing factors*) yaitu dukungan keluarga, pengambilan keputusan dan tipe keluarga. Selain itu perilaku seseorang dalam melakukan persiapan persalinan juga dipengaruhi oleh karakteristik ibu hamil seperti umur, pendidikan, jumlah anak.

### 3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Dependent</b>						
1.	Kesiapsiagaan Persalinan	<p>Proses persiapan dan perencanaan persalinan normal dan mengantisipasi kegawatdaruratan yang terdiri dari 10 komponen pertanyaan. (JHPIEGO, 2004; Kemenkes RI, 2020)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan biaya persalinan</li> <li>2. Rencana Penolong Persalinan oleh Nakes</li> <li>3. Rencana tempat Persalinan di Pelayanan kesehatan</li> <li>4. Persiapan transportasi</li> <li>5. Persiapan perlengkapan ibu dan bayi</li> <li>6. Identifikasi calon pendonor darah</li> <li>7. Rencana Pendamping persalinan</li> <li>8. Rencana Penggunaan KB Pasca Persalinan</li> <li>9. Persiapan dokumen penting (KTP, KK)</li> <li>10. Rencana pemberian ASI eksklusif</li> </ol>	Wawancara	<p>Kuesioner bagian M yang terdiri dari 10 pertanyaan.</p> <p>Semua item, diukur “iya” (1) dan “tidak” (0) kemudian dibuat <i>score</i>, total <i>score</i> 0-10, dibagi menjadi 2 kelompok, data kategorik dan numerik;</p> <p>Kategorik :</p> <p>0. <i>Well Prepare</i> (Score = 10)</p> <p>1. <i>Less Prepare</i> (Score &lt; 10)</p> <p>Numerik :</p> <p>0= score 10</p> <p>1=score &lt; 10</p>	<p>0 = <i>Well Prepare</i></p> <p>1= <i>Less Prepare</i></p> <p>0= Score 10</p> <p>1= Score &lt;10</p>	Ordinal

Variabel independent						
2.	Pemberdayaan kepada dusun	Suatu upaya dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kepala dusun melalui pelatihan kesiapsiagaan persalinan, dimana kepala dusun yang sudah dilatih ini nantinya akan memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya kepada ibu hamil dan keluarga.		Mencatat ada desa yang diintervensi dan tidak diintervensi	0. Dilakukan 1. Tidak dilakukan	Ordinal
3.	Umur	Lamanya hidup responden dari mulai dilahirkan sampai dilakukan wawancara, yang ditunjukkan dengan melihat KTP0.  Dikatakan berisiko jika responden berumur < 20 atau > 35 tahun  Tidak berisiko apabila responden berumur 20-35	Wawancara	Kuesioner bagian A1	0= tidak berisiko 1=berisiko	Ordinal
4.	Pendidikan	Pendidikan dari subyek penelitian yang dilihat dari Ijazah terakhir, dikelompokkan menjadi :  Rendah = SD-SMP  Tinggi = SMA – Perguruan Tinggi	Wawancara	Kuesioner bagian A2	0 = Tinggi 1 = Rendah	Ordinal
5.	Jumlah anak	Jumlah anak hidup yang dilahirkan oleh responden.	Wawancara	Kuesioner bagian B	0 = $\leq 2$ 1 = $> 2$	Ordinal

6.	Pengetahuan tanda bahaya kehamilan	<p>Pengetahuan tanda-tanda bahaya kehamilan yang diketahui oleh responden, menurut teori WHO (2013) tanda-tanda bahaya kehamilan terdiri dari;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan pervaginam</li> <li>2. Nyeri perut hebat</li> <li>3. Gerakan janin berkurang</li> <li>4. Bengkak/oedema pada muka tangan, kaki;</li> <li>5. Penglihatan kabur</li> <li>6. Sakit kepala hebat</li> <li>7. Demam,</li> <li>8. muntah-muntah hebat,</li> <li>9. keluar cairan tiba-tiba dari vaginam</li> </ol>	Wawancara	<p>Kuesioner bagian D</p> <p>Pengukuran Pengetahuan tanda-tanda bahaya kehamilan yang terdiri dari 9 item tanda bahaya kehamilan, jika jawaban benar diberikan skor 1.</p> <p>0=Pengetahuan baik jika responden mampu menyebutkan secara spontan <math>\geq 5</math> tanda bahaya kehamilan</p> <p>1= pengetahuan kurang jika responden hanya mampu menyebutkan 1-4 tanda bahaya kehamilan</p>	<p>0 = baik</p> <p>1 = kurang</p>	Ordinal
7.	Pengetahuan Kesiapsiagaan persalinan	<p>Pengetahuan responden tentang kesiapsiagaan persalinan, yang meliputi;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan biaya persalinan</li> <li>2. Persiapan transportasi</li> <li>3. Identifikasi calon pendonor darah</li> <li>4. Rencana Penolong Persalinan</li> <li>5. Rencana tempat Persalinan</li> <li>6. Persiapan perlengkapan ibu dan bayi</li> <li>7. Rencana Pendamping persalinan</li> <li>8. Rencana Penggunaan KB Pasca Persalinan</li> <li>9. Persiapan dokumen penting (KTP, KK)</li> <li>10. Rencana pemberian ASI Eksklusif</li> </ol>	Wawancara	<p>Kuesioner bagian G</p> <p>Pengukuran Pengetahuan tentang kesiapsiagaan persalinan;</p> <p>0=Pengetahuan baik jika responden mampu menyebutkan secara spontan minimal <math>\geq 5</math> komponen kesiapsiagaan persalinan</p> <p>1= Pengetahuan kurang jika responden hanya mampu menyebutkan <math>&lt; 5</math> komponen kesiapsiagaan persalinan</p>	<p>0= baik</p> <p>1= Kurang</p>	Ordinal

8.	Sikap	Tanggapan atau reaksi yang ditunjukkan responden tentang pernyataan dalam rangka mempersiapkan persalinan	Wawancara	Kuesioner bagian H  Kuesioner pengukuran sikap ibu hamil terhadap rencana persiapan persalinan yang terdiri dari 10 komponen pertanyaan sikap, skala 1-4 dengan score maksimal 40, dengan kategori;  0=Positif score 21-40  1= Negatif score 10-20	0=Positif  1= Negatif	Ordinal
8.	Nilai-nilai Budaya	Nilai budaya yang dipercayai oleh ibu hamil selama kehamilan, budaya positif jika responden tidak mempunyai pantangan tertentu selama kehamilan, budaya negative jika responden mempunyai pantangan tertentu selama kehamilan.	Wawancara	Kuesioner bagian I  Kuesioner tentang nilai budaya ibu hamil selama kehamilan dan mendekati persalinan.	0= Positif  1= Negatif	Ordinal
9.	Dukungan suami	Bentuk dukungan suami yang diberikan kepada ibu hamil, baik selama kehamilan persalinan dan masa nifas.	Wawancara	Kuesioner bagian J  Pengukuran dukungan suami, terdiri dari 10 pernyataan, dengan score maksimal 30.  0=Baik score $\geq 21$  1=Cukup score $\leq 20$	0 = Baik  1 = Cukup	Ordinal
10.	Pengambilan keputusan	Pola pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan dan persiapan persalinan yang dilakukan	Wawancara	Kuesioner bagian K	0=Ibu hamil bersama suami	Ordinal

		oleh ibu hamil dan keluarga.			1=Keluarga besar	
11.	Tipe Keluarga	Pengelompokan keluarga berdasarkan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, yang terdiri dari keluarga inti dan keluarga besar.	Wawancara	Kuesioner bagian A3	0= Keluarga inti 1=Keluarga Besar	Ordinal
12.	Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jarak tempuh ke tempat pelayanan kesehatan , terutama yang berhubungan dengan kehamilan dan persiapan persalinan.	Wawancara	Kuesioner bagian L	0. Mudah 1. Sulit	Ordinal

### 3.3 Hipotesis Penelitian

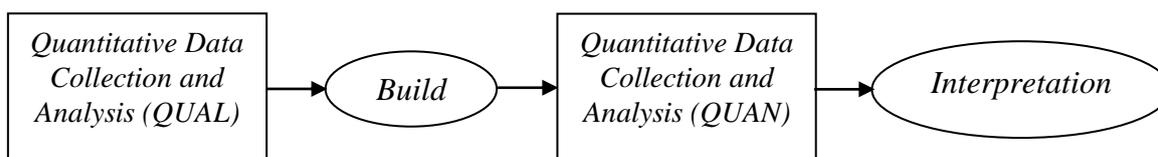
Berdasarkan *literature review* MacDonald *et.al* (2018) perlu adanya keterlibatan dan mobilisasi masyarakat/komunitas untuk mencegah terlambat keempat penyebab kematian ibu. Eze *et.al* (2020), menemukan intervensi berbasis komunitas mampu meningkatkan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil; Swain *et.al* (2019) pelatihan berkelanjutan berbasis komunitas berhasil mempromosikan perilaku positif persiapan persalinan dan kesiapan dalam menghadapi komplikasi. Strategi intervensi kesiapsiagaan persalinan ini dapat digunakan sebagai rencana aksi masyarakat yang tepat waktu dan efektif untuk memastikan *outcome* kehamilan yang aman dan sehat. Moshi *et.al* (2018), pelatihan dan edukasi kesiapsiagaan persalinan berkelanjutan mampu meningkatkan persalinan ditenga kesehatan, intervensi ini berpotensi mengurangi 3 terlambat penyebab AKI. Smith *et.al* (2017) menemukan bahwa pemberdayaan masyarakat terutama di Negara berkembang efektif dalam memberikan berbagai intervensi promosi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan ibu, terutama dalam upaya promotif dan menjangkau populasi di daerah terpencil misalnya di daerah pedesaan sehingga mampu membantu program pemerintah dalam mengurangi kematian ibu.

Oleh karena itu berdasarkan berbagai hasil *litature review* tersebut dapat dibuat hipotesis dari penelitian ini adalah “Edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun mampu meningkatkan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah Pedesaan”.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed methods exploratory sequential design*. Penelitian *mixed method exploratory sequential design* menggunakan prosedur tiga fase, fase pertama adalah eksploratori melalui pengumpulan data kualitatif, fase kedua pengembangan instrument, dan fase ketiga adalah pengumpulan data kuantitatif dengan menerapkan instrument ke sampel populasi (Creswell, 2014)



Gambar 4.1 Desain Penelitian *mixed methods exploratory sequential design*

#### 4.1 Tahap I Studi Pendahuluan (Studi Kualitatif)

##### 4.1.1 Desain Penelitian

Penelitian kualitatif pada penelitian ini menggunakan pendekatan etnografi. Etnografi adalah rancangan penelitian yang berasal dari antropologi dan sosiologi yang didalamnya peneliti menyelidiki pola perilaku, bahasa, dan tindakan dari suatu kelompok kebudayaan di lingkungan yang alamiah dalam periode waktu tertentu. Pengumpulan data sering melibatkan wawancara mendalam dan observasi terus menerus pada para partisipan dalam situasi tertentu. (Creswell, 2014)

Data yang dikumpulkan dalam penelitian etnografi meliputi data *emic*, data *etic* serta data negosiasi. Data *emic* merupakan informasi atau jawaban langsung yang diberikan oleh partisipan. Data *emic* ini berbentuk ekspresi, bahasa lokal, pandangan, pengetahuan atau pemikiran dari informan. Data *etic* merupakan interpretasi peneliti sesuai dengan sudut pandang partisipan berupa konsep-konsep untuk menjelaskan fenomena yang sama yang diungkapkan partisipan. Data negosiasi berupa informasi yang telah disepakati oleh peneliti dan partisipan. (Christie W. Kiefer, 2007)

Tujuan Penelitian tahap I ini untuk mengidentifikasi sosial budaya yang dilakukan oleh ibu hamil, suami, orang tua (mertua ibu hamil) dan masyarakat selama kehamilan dan persiapan persalinan, sebagai bahan untuk pengembangan model intervensi.

#### **4.1.2 Sumber Data Penelitian**

Prinsip informan pada penelitian kualitatif dilakukan dengan menetapkan atau menunjuk langsung subyek yang akan dijadikan informan atau *purposive sampling*. Prinsip pengambilan sampel dalam penelitian kualitatif yaitu *appropriateness & adequacy* (kecukupan dan kesesuaian). Kecukupan artinya data yang diperoleh dari informan seharusnya bisa dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian, oleh karena itu harus memenuhi kategori-kategori yang berkaitan dengan penelitian. Kesesuaian berarti informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. (Cropley, 2019)

Sumber informan dalam penelitian kualitatif terdiri dari bidan komunitas, orang tua (mertua) ibu hamil, ibu hamil, suami ibu hamil, dukun bayi (paraji), Kepala dusun (pamong) dan kader kesehatan. Sumber informan utama penelitian ini adalah ibu hamil. Sebagai informan kunci (*key informan*) adalah bidan dan kader kesehatan.

#### **4.1.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Kegiatan penelitian ini akan dilaksanakan di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur. Adapun lokasi penelitian akan dipilih di Kecamatan Bandar. Pelaksanaan studi pendahuluan dalam penelitian ini akan dilakukan selama 3 bulan, yaitu dari bulan Juli s.d September 2022.



Gambar 4.2 Peta Lokasi Penelitian

#### 4.1.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif, peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain merupakan alat pengumpul data utama. Para peneliti kualitatif mengumpulkan sendiri data melalui dokumentasi, observasi perilaku, atau wawancara dengan para informan.

#### 4.1.5 Pengumpulan Data Penelitian

. Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam FGD dan observasi kepada ibu hamil. Adapun garis besar wawancara pada penelitian ini seperti pada tabel berikut :

**Tabel 4. 1 Matriks Deskripsi Pengumpulan Data Kualitatif**

No.	Partisipan	Metode	Jenis Informasi
1.	Ibu hamil	wawancara mendalam dan Observasi, Memo	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengeksplorasi pemahaman ibu hamil tentang kehamilan dan persiapan persalinan dalam konteks sosial budaya.</li> <li>Melakukan eksplorasi bentuk dukungan keluarga ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan</li> <li>Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</li> <li>Melakukan observasi bagaimana perilaku ibu hamil dalam kehamilan dan dalam rangka persiapan persalinan dalam kehidupan sehari-hari dalam konteks sosial budaya.</li> <li>Menulis memo dari data ekspresi, perilaku dari partisipan.</li> </ol>

2.	Suami Ibu Hamil	Wawancara mendalam	<p>a. Mengeksplorasi pemahaman suami ibu hamil tentang kehamilan dan persiapan persalinan dalam konteks sosial budaya.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
3.	Ibu Nifas	Wawancara mendalam dan observasi	<p>a. Eksplorasi bagaimana pengalaman ibu nifas selama kehamilan dan persalinan.</p> <p>b. Eksplorasi sosial budaya yang dilakukan oleh ibu selama masa nifas</p>
4.	Orang tua (mertua) ibu hamil	Wawancara mendalam	<p>a. Melakukan eksplorasi nilai-nilai budaya yang dilakukan oleh orang tua (ibu mertua hamil) selama kehamilan, persalinan dan nifas.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
5.	Bidan Komunitas	Wawancara mendalam	<p>a. Mengeksplorasi bagaimana perilaku dan nilai-nilai budaya ibu hamil dalam kehamilan dan persiapan persalinan yang berkembang dilokasi penelitian.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
7.	Kepala dusun	Wawancara mendalam	<p>a. Mengeksplorasi pemahaman kepala dusun (pamong) tentang kehamilan dan persiapan persalinan dalam konteks sosial budaya.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
8.	Kader kesehatan	FGD	<p>a. Mengeksplorasi pemahaman kader Kesehatan tentang kehamilan dan persiapan persalinan dalam konteks sosial budaya.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
9.	Dukun Bayi	Wawancara mendalam	<p>a. Mengeksplorasi pemahaman kader Kesehatan tentang kehamilan dan persiapan persalinan dalam konteks sosial budaya.</p> <p>b. Menanyakan dan mengidentifikasi siapa yang berpotensi mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>
10.	Tokoh masyarakat	Kunjungan Advokasi	Advokasi dan meminta dukungan untuk keberlanjutan dan kepemilikan program.

Observasi pada penelitian ini dilakukan dengan melihat, mendengarkan dan berbicara dengan subyek yang diteliti untuk memperoleh deskripsi perilaku

budaya ibu hamil tersebut. Perilaku budaya ini diketahui dari perilaku ibu hamil sehari-hari, yang berhubungan dengan kehamilan dan mempersiapkan persalinan. Kegiatan observasi pada penelitian ini dilakukan di Desa Bangunsari, Bnadar, Tumpuk dan Watupathok. Beberapa kegiatan observasi yang dilakukan antara lain;

1. Observasi kegiatan ibu hamil sehari-hari, dengan melihat aktivitas yang dilakukan oleh ibu hamil.
2. Observasi kegiatan pelayanan kesehatan di Posyandu.
3. Observasi pelayanan pemeriksaan ibu hamil di Polindes.
4. Observasi ibu nifas, untuk melihat budaya yang dilakukan oleh ibu selama masa nifas.

#### **4.1.6 Analisis Data**

Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan dan analisa data harus berlangsung secara serempak (*simultaneously*). Analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis isi (*content analysis*). Analisis isi digunakan untuk menarik kesimpulan melalui upaya menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara obyektif dan sistematis. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk hasil penelitian kualitatif. (Creswell, 2014; DiClemente, 2015)

#### **4.1.7 Keabsahan Data**

Dalam melakukan penelitian kualitatif diperlukan pemeriksaan kebenaran data atau validitas data. Ada beberapa strategi yang bisa dilakukan dalam rangka memastikan validitas internal salah satunya melalui triangulasi.. (Creswell, 2014; Mourtada et al., 2019)

Triangulasi dalam penelitian ini dengan menggunakan triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber dengan observasi kepada ibu hamil, wawancara kepada orang tua (mertua) dan bidan komunitas. Triangulasi metode melalui FGD dengan kader kesehatan. Tujuan triangulasi dalam penelitian ini untuk mengetahui bagaimana ibu hamil mempersiapkan kehamilan dan persalinan dalam konteks sosial budaya.

#### 4.1.8 Penyajian Data

Data kualitatif dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi dan dalam bentuk matriks hasil wawancara semi terstruktur. Matriks adalah suatu bagan yang menyerupai table, tetapi terdiri dari kata-kata bukan angka.

### 4.2 Tahap II : Pengembangan Modul dan Model

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, tokoh yang dianggap paling berpengaruh dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil dan keluarganya adalah kepala dusun, selanjutnya peneliti akan melakukan tahap pengembangan model intervensi. Pada tahap pengembangan model ini beberapa langkah yang dilakukan oleh peneliti antara lain:

1. Identifikasi pihak yang berpotensi mempromosikan program kesiapsiagaan persalinan

Pada tahap ini dilakukan identifikasi pihak yang berpotensi untuk mempromosikan program kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil. Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu hamil, kader kesehatan, bidan desa dan suami ibu hamil tokoh yang dianggap paling berpengaruh dan tepat sebagai *personal reference* dalam mempromosikan program kesiapsiagaan persalinan adalah kepala dusun (pamong).

2. Pengembangan modul intervensi

Pada tahap ini dilakukan persiapan dan studi literatur untuk pengembangan media edukasi yaitu modul intervensi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya Pacitan dan poster yang berisi pesan tentang kesiapsiagaan persalinan yang dikemas dengan menggunakan bahasa Jawa untuk memudahkan pelaksanaan intervensi. Selain dari hasil studi literatur pengembangan materi modul ini juga mengacu pada temuan studi kualitatif tahap I. Sebelum digunakan modul tersebut terlebih dahulu diuji cobakan pada kelompok kecil dengan karakteristik sesuai dengan karakteristik sasaran dan dilakukan Panel *Expert* dengan pakar meminta masukan antara lain ahli ginekologi, ahli budaya, ahli promosi kesehatan, bidan desa, dan tokoh masyarakat. Pada tahap pengembangan modul ini dihasilkan 2 modul yaitu modul untuk bidan fasilitator dan modul berbasis budaya untuk pamong yang menggunakan Bahasa Jawa sebagai media yang akan digunakan untuk memberikan edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya

### 3. Merancang model intervensi

Pada tahap ini dilakukan pelatihan kesiapsiagaan persalinan kepada kepala dusun serta mengundang kader kesehatan dan melibatkan tokoh masyarakat serta BPD di wilayah setempat. Kepala dusun atau pamong ini nantinya yang akan memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dan keluarga yang ada di wilayah masing-masing sesuai dengan sosial budaya setempat.

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Pelatihan Pemberdayaan Untuk Kepala Dusun dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan

No.	Keterangan	Nama Desa	Nama Dusun	Peserta	Waktu Pelaksanaan	Materi
1.	<b>Pelatihan tahap I</b>	Bangunsari	Sono Sepring Pendem Krajan Sendi Tanjung	20	19-20 Desember 2022, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	<b>Hari I</b> : Pentingnya <i>Antenatal Care</i> (ANC) dan Kesiapsiagaan Persalinan Tanda-tanda bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas.
2.		Watupathok	Pinggir Pudak Krajan Sampiran Banaran	21	21-22 Desember 2022, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	<b>Hari II</b> : ASI eksklusif dan KB Pasca Persalinan. <b>Fasilitator</b> : Bidan Puskesmas
3.		Tumpuk	Bendo Surendal Ngrejo Gondang L Jatiroto	21	23-24 Desember 2022, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	<b>Peserta</b> : Kepala dusun (Pamong), kader kesehatan, tokoh masyarakat dan tokoh agama
4.		Bandar	K.Wungu Salam Panjing Krajan Saren Tratas Ngagik	22	26-27 Desember 2022, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	
Jumlah total peserta pelatihan tahap I				<b>84</b>		
5.	<b>Pelatihan tahap II</b>	Desa Bangunsari	Sono Sepring Pendem Krajan Sendi Tanjung	19	14 Januari 2023, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	<b>Materi</b> : Pengulangan dan pengutan materi tahap I <b>Fasilitator</b> : Bidan Puskesmas <b>Peserta</b> : Kepala dusun (Pamong),
		Desa	Pinggir	20	18 Januari	

		Tumpuk	Pudak Krajan Sampiran Banaran		2023, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	kader kesehatan, tokoh masyarakat/tokoh agama
		Desa Watupathok	Pinggir Pudak Krajan Sampiran Banaran	20	16 Januari 2023, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	
		Desa Bandar	K.Wungu Salam Panjing Krajan Saren Tratas Ngagik	21	18 Januari 2023, Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB	
Jumlah total peserta pelatihan tahap II				<b>80</b>		

Kegiatan pelatihan kepala dusun (pamong) ini dilakukan di balai desa masing-masing wilayah selama 2 hari. Kegiatan Pelatihan dimulai dari Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB. Kegiatan pelatihan ini melibatkan fasilitator bidan Desa dan Bidan koordinator wilayah Puskesmas Kecamatan Jeruk. Peserta pelatihan terdiri dari kepala dusun dari masing-masing desa yang berjumlah total 25 orang, dengan rincian desa Bangunsari berjumlah 6 orang, desa Tumpuk berjumlah 6 orang, desa Bandar berjumlah 7 orang dan desa Watupathok berjumlah 6 orang, kader kesehatan, tokoh masyarakat dan tokoh agama. Kepada peserta yang tidak hadir pada saat pelatihan tahap II tetap dilakukan penguatan dan pengulangan materi dengan mendatangi peserta tersebut.

#### 4. Uji coba model

Setelah model intervensi terbentuk, tahap selanjutnya dilakukan uji coba model. Uji coba model dilakukan di desa yang mempunyai karakteristik yang sama dengan desa di lokasi penelitian di Kecamatan Bandar.

### 4.3 Tahap III: Tahap Intervensi dan Evaluasi

#### 4.3.1 Tahap Intervensi

Pada Tahap III penelitian ini diawali dengan intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun kepada ibu hamil, suami dan keluarga. Pada kegiatan intervensi ini kepala dusun didampingi oleh kader kesehatan dan juga bidan desa wilayah setempat. Berikut adalah tabel

intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun untuk ibu hamil dan keluarganya:

Tabel 4.3 Kegiatan Intervensi oleh Kepala Dusun dalam mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya untuk Ibu Hamil dan Keluarga

No.	Waktu /Media	Materi/Media	Sasaran	Penyuluh	Capaian
1.	Intervensi I Waktu 180 menit	<p>Pentingnya pemeriksaan kehamilan “<b>Priksan</b>”, persiapan persalinan dan tanda-tanda bahaya kehamilan yang harus diwaspadai.</p> <p>disela-sela materi dilakukan diskusi dan tanya jawab dengan ibu hamil, suami dan keluarga.</p> <p><b>Media:</b> modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya</p> <p><b>Poster:</b> Komponen kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil</p>	Ibu hamil, suami dan keluarga (orang tua/ibu mertua), sebanyak 87 ibu hamil bersama keluarga.	Kepala Dusun (pamong) didampingi oleh Kader dan bidan desa	Peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku ibu hamil dan keluarga dalam mempersiapkan persalinan
2.	Intervensi II Waktu 180 menit	<p><i>Feed back</i> apa yang sudah disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya untuk persiapan persalinan.</p> <p>Materi intervensi kedua : pengulangan tentang kesiapsiagaan persalinan</p> <p>ASI Eksklusif, KB Sesudah persalinan dan budaya yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan</p> <p><b>Media:</b> modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya</p> <p><b>Poster:</b> Komponen</p>	Ibu hamil, suami dan keluarga (orang tua/ibu mertua) sebanyak 86 ibu hamil bersama keluarga.	Kepala Dusun (pamong) didampingi oleh Kader dan bidan desa	Meningkatnya tingkat kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dan keluarga yang ditandai dengan adanya persiapan dana, calon pendonor, transportasi, rencana penolong dan tempat persalinan, serta rencana KB pasca persalinan.

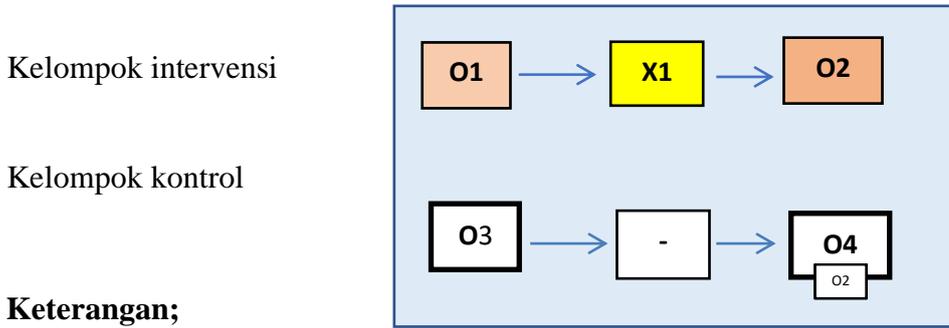
		kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil			
III	Intervensi III Waktu 180 menit	<i>Feed back</i> apa yang sudah disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya untuk persiapan persalinan. Review materi pertemuan I dan II  <b>Media:</b> modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya <b>Poster:</b> Komponen kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil	Ibu hamil, suami dan keluarga (orang tua/ibu mertua) sebanyak 85 ibu hamil bersama keluarga.	Kepala Dusun (pamong) didampingi oleh Kader dan bidan desa	Meningkatnya tingkat kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dan keluarga yang ditandai dengan adanya persiapan dana, calon pendonor, transportasi, rencana penolong dan tempat persalinan, serta rencana KB pasca persalinan.

Kegiatan edukasi oleh kepala dusun ini dilakukan di dusunnya masing-masing, menyesuaikan dengan kegiatan sosial budaya pada masyarakat setempat misalnya pada kegiatan arisan, kegiatan yasinan, pertemuan kelompok PKK dsbnya.

#### 4.3.2 Penelitian Kuantitatif

Desain penelitian tahap III ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan Desain *A quasi eksperimental study, Nonequivalent Control Group Design, Pre-post test control group design* yaitu penelitian yang memiliki kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang tidak dipilih secara random, selanjutnya dilakukan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi pada tiap kelompok. Desain penelitian eksperimen merupakan penelitian dengan adanya perlakuan atau intervensi yang bertujuan untuk mengetahui akibat yang ditimbulkan setelah dilakukan intervensi kepada satu atau lebih kelompok. Kemudian, hasil intervensi tersebut dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan intervensi (kontrol). (Creswell, 2014; William M. Trochim, James P. Donnelly, 2014)

Adapun skema gambaran desain *Quasi eksperimen* dalam penelitian ini sebagai berikut;



**Keterangan;**

Kelompok intervensi :

(x1) Penyuluhan kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun kepada ibu hamil, ibu mertua atau orang tua ibu hamil dan suami

Kelompok kontrol ; (-) tidak diberikan intervensi

O1: nilai *pre test* tingkat kesiapsiagaan persalinan kelompok intervensi

O3: nilai *pre test* tingkat kesiapsiagaan persalinan kelompok kontrol

O2: nilai *post test* tingkat kesiapsiagaan persalinan Kelompok intervensi

O4: nilai *post test* tingkat kesiapan persalinan Kelompok intervensi

**4.3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Pelaksanaan penelitian kuantitatif akan dilakukan pada bulan Desember 2022 s.d Februari 2023. Lokasi penelitian di Kabupaten Pacitan, yaitu Kecamatan Bandar dan Kecamatan Nawangan. Adapun kesetaraan (*comparable*) pada kedua daerah intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.4 Profil Lokasi Penelitian Daerah Intervensi dan Kontrol

No.	Keterangan	Intervensi Kecamatan Bandar	Kontrol Kecamatan Nawangan
1.	Jumlah Desa	8	9
2.	Jumlah Dusun	50	64
3.	Jumlah Penduduk	45497	51757
4.	Puskesmas Rawat Inap	2	2
5.	Keradaan Bidan ditiap Desa	Ada	Ada
6.	Kelas Ibu Hamil	1-2 kali setahun	1-2 kali setahun
7.	Kader kesehatan	Ada	Ada
7.	Rumah Sakit	Tidak ada	Tidak ada
8.	Rujukan	Ponorogo, Pacitan	Ponorogo, Pacitan

	kegawatdaruratan		
9.	Mata Pencaharian	Petani dan berkebun	Petani dan berkebun
10.	Kondisi Geografis	Berada diatas perbukitan dengan ketinggian 946 m dari permukaan air laut	Perbukitan, Daratan tinggi dan pegunungan terletak pada ketinggian 500-1000 m dpl
11.	Sosial budaya	Mayoritas penduduk beragama Islam, pola hidup masyarakat gotong royong dan kekeluargaan	Mayoritas penduduk beragama Islam, pola hidup masyarakat gotong royong dan kekeluargaan
12.	Desa terpilih lokasi penelitian	Bangunsari Bandar Tumpuk Watupathok	Jetis Lor Sempu Mujing Gondang Nawangan
13.	Ibu Hamil terpilih	87	85
14.	Suku Bangsa	Jawa asli	Jawa asli
15.	Bahasa sehari-hari	Jawa kromo inggil, kromo alus dan ngoko	Jawa kromo inggil, kromo alus dan ngoko

Profil Kecamatan Bandar terdiri dari 8 desa dan Nawangan 9 desa, jumlah Puskesmas rawat inap, kondisi geografis, sosial budaya, keberadaan kader, bidan dan kelas ibu hamil sama dikedua wilayah, belum ada Rumah Sakit di kedua wilayah, rujukan kegawat daruratan di Kabupaten Ponorogo dan Pacitan.

#### 4.3.4 Populasi dan Sample

##### 1. Populasi Penelitian

Populasi terjangkau (*source population*) dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang berada di wilayah di Kabupaten Pacitan, Jawa Timur.

##### 2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini yaitu ibu hamil dengan usia kehamilan  $\leq 32$  minggu, dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut;

##### **Kriteria inklusi Ibu Hamil;**

1. Ibu hamil umur 15-49 tahun
2. Wanita Jawa asli, tinggal dilokasi penelitian
3. Usia kehamilan  $\leq 32$  minggu
4. Bersedia menjadi responden dan mengikuti kegiatan intervensi
5. Tidak ada hambatan atau masalah komunikasi

6. Tidak akan melakukan bepergian atau rencana persalinan keluar daerah selama kegiatan penelitian berlangsung
7. Ibu hamil bukan karena kasus kehamilan diluar nikah (KTD), dimana pada saat penelitian berlangsung belum terjadi pernikahan.

**Kriteria eksklusi;**

1. Ibu hamil yang bersalin sebelum usia kehamilan 37 minggu
2. Ibu hamil dengan kegawatdaruratan sehingga memerlukan rujukan
3. Tidak bersedia mengikuti kegiatan intervensi

**3. Besar Sample**

Besar sampel dalam penelitian kuantitatif ditentukan dengan rumus Uji hipotesis beda proporsi. (Stanley Lemeshow, 1997)

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan : n=besar sampel, *level of signifikan* ( $\alpha$ ) = 5%, *power of the test* (1- $\beta$ )=80%, P1 dan P2 pada penelitian ini diperoleh dari penelitian terdahulu yaitu penelitian Turan *et. al* (2011), estimasi proporsi populasi kelp. 1 (**P1**) = 0,8 dan estimasi proporsi populasi kelp. 2 (**P2**)= 0,47, sehingga didapatkan sampel 33, untuk antisipasi *drop out* maka ditambah 10%, jadi didapatkan jumlah sampel kelompok Intervensi dan kontrol masing-masing 38 responden.

Pada penelitian ini ada 11 variabel penelitian yang akan diteliti, Estimasi interaksi misalnya urban rural untuk tingkat Pendidikan, pengetahuan diperkirakan sekitar 4 variabel, oleh karena itu untuk memenuhi *rule of thumb* uji multivariate maka besar sampel dalam penelitian ini 15 variabel x 10 = 150, dilebihkan 10% perkiraan *drop out rate*, jadi besar sample penelitian ini 150 + 15= 165 : 2, jadi n1, n2 = 83 sample. Pada kenyataannya n1= 87, n2=85, sudah melebihi *sample size* minimal (besar sample minimal). Berikut adalah sebaran ibu hamil dari masing-masing wilayah Desa daerah intervensi dan daerah kontrol :

Tabel 4.5 Sebaran Sampel Ibu Hamil Daerah Intervensi dan Kontrol

No.	Daerah Intervensi Kec. Bandar				Daerah Kontrol Kec. Nawangan			
	Wilayah Puskesmas	Desa	Jumlah Dusun	Jumlah Ibu Hamil	Wilayah Puskesmas	Desa	Jumlah Dusun	Jumlah Ibu Hamil
1.	UPT. Puskesmas Jeruk	Desa Bangunsari	6	21	Puskesmas Nawangan	Desa Gondang	6	16
		Desa Watupathok	6	14		Desa Sempu	6	18
		Desa Tumpuk	6	16		Desa Nawangan	6	17
2.	UPT. Puskesmas Bandar	Desa Bandar	7	36		Desa Mujing	6	18
						Desa Jetis Lor	6	16
	<b>Jumlah ibu hamil per kelompok</b>			<b>87</b>				<b>85</b>

#### 4. Teknik Sampling

Pemilihan lokasi penelitian dilakukan dengan tehnik *Purposive Sampling* terpilih Kecamatan Bandar sebagai daerah intervensi dan Kecamatan Nawangan sebagai daerah kontrol. Selanjutnya dipilih masing-masing desa untuk dijadikan lokasi penelitian. Daerah intervensi ada 4 desa yaitu Desa Bangunsari, Desa Watupathok, Desa Bandar dan Desa Tumpuk. Pada daerah kontrol dipilih 5 desa karena untuk memenuhi jumlah sampel yaitu Desa Jetis Lor, Desa Mujing, Desa Nawangan, Desa Gondang dan Desa Sempu. Tahap selanjutnya menentukan lokasi rumah tangga yang ada ibu hamil di desa terpilih. Peneliti mendapat data dari Bidan desa dan kader wilayah setempat. Semua ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan eskresi diikutkan untuk berpartisipasi sampai besar sampel terpenuhi. Adapun profil desa lokasi penelitian sebagai berikut :

Tabel 5.1 Profil Desa Lokasi

No.	Keterangan	Nama desa			
		Bangunsari	Watu Pathok	Tumpuk	Bandar
1.	Jumlah dusun	6	6	6	7
2.	Posyandu aktif	tiap-tiap dusun	tiap-tiap dusun	tiap-tiap dusun	tiap-tiap dusun
3.	Fasilitas Kesehatan	Polindes	Polindes	Polindes	Polindes
4.	Dokter umum	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
5.	Bidan Desa	2 orang (1 orang bidan Desa + 1 assiten bidan)	1 orang	1 orang	2 orang (1 orang bidan Desa + 1 assiten bidan)
6.	Kader	aktif	aktif	aktif	aktif
7.	Mata pencaharian penduduk	Petani, peternak	Petani, peternak	Petani, peternak	Petani, peternak
8.	Agama	Mayoritas Islam	Mayoritas Islam	Mayoritas Islam	Mayoritas Islam
9.	Kegiatan sosial kemasyarakatan	Arisan PKK, kelompok Yasinan, pertemuan warga			
10.	Kondisi Geografis	Pegunungan, sawah, kebon-kebon	Pegunungan, sawah, kebon-kebon	Pegunungan, sawah, kebon-kebon	Pegunungan, sawah, kebon-kebon
11.	Transportasi sehari-hari	Motor, jalan kaki	Motor, jalan kaki	Motor, jalan kaki	Motor, jalan kaki
12.	Suku	Jawa asli	Jawa asli	Jawa asli	Jawa asli
13.	Bahasa sehari-hari	Bahasa Jawa krama inggil, kromo alus dan ngoko	Bahasa Jawa krama inggil, kromo alus dan ngoko	Bahasa Jawa krama inggil, kromo alus dan ngoko	Bahasa Jawa krama inggil, kromo alus dan ngoko

#### 4.3.5 Pengumpulan Data Penelitian

Pengumpulan data penelitian kuantitatif meliputi data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari wawancara ibu hamil. Data sekunder dengan cara menelusuri berbagai hasil penelitian yang ada, mengkaji pustaka yang relevan, serta pencatatan yang telah dikumpulkan oleh pihak lain yang berkompeten yaitu Biro Pusat Statistik (BPS), Badan Perencana Pembangunan Nasional (Bappenas), Kemenkes RI, Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan dan Kantor Urusan Agama (KUA).

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh enumerator. Jumlah enumerator sebanyak 16 orang, 8 orang daerah intervensi dan 8 orang daerah kontrol. Minimal enumerator berpendidikan SMA. Sebelum turun ke lapangan, terlebih dahulu dilakukan pelatihan kepada enumerator, sehingga semua enumerator mempunyai pemahaman dan persepsi yang sama. Enumerator diberi penjelasan yang berkaitan dengan kuesioner, teknik menjelaskan kuesioner, peralatan yang digunakan dan cara pemilihan responden. Di samping itu, enumerator juga akan dilengkapi dengan surat perintah tugas serta disampaikan kontribusi yang akan diterima enumerator.

#### **4.3.6 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian kuantitatif ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari beberapa bagian pertanyaan yaitu :

- a. Kuesioner bagian A; kuesioner karakteristik responden yang terdiri dari pertanyaan umur, pendidikan dan jumlah anak
- b. Kuesioner bagian B ; kuesioner pengetahuan tanda-tanda bahaya kehamilan, Nilai-nilai budaya dan pengambilan keputusan.
- c. Kuesioner bagian C ; kuesioner pengetahuan kesiapsiagaan persalinan
- d. Kuesioner bagian D; kuesioner tentang sikap responden dalam mempersiapkan persalinan , terdiri dari 10 pertanyaan
- e. Kuesioner bagian E; kuesioner tentang dukungan suami terdiri dari 10 pertanyaan
- f. Kuesioner bagian F ; kuesioner akses ke fasilitas pelayanan kesehatan
- g. Kuesioner bagian G dan H ; kuesioner tentang kesiapsiagaan persalinan (*pre* dan *post test*) yang terdiri dari 10 komponen pertanyaan kuesioner *Birth Preparedness* JHPIEGO dan yang sudah dimodifikasi dalam buku KIA Kemenkes tahun 2020 bagian ibu, serta disesuaikan dengan kondisi Indonesia yang terdiri dari pertanyaan tentang Persiapan biaya persalinan, Persiapan transportasi, Persiapan donor darah, Rencana Penolong Persalinan, Rencana tempat Persalinan, persiapan perlengkapan ibu dan bayi, rencana pendamping saat persalinan dan rencana penggunaan KB persalinan, dokumen dan rencana pemberian ASI eksklusif.

#### 4.3.7 Pengolahan Data

Tahapan pengolahan data pada penelitian ini sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan kembali terhadap kuesioner yang telah diisi. Langkah ini dilakukan untuk memastikan setiap kuesioner telah dijawab dengan lengkap, jelas, relevan dan konsisten sehingga dapat memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

b. Penandaan Data (*Coding*)

Pada tahapan ini diberikan kode pada setiap variabel penelitian untuk memberikan kemudahan dalam proses entry data. setiap jawaban diberi kode dengan angka-angka yang sesuai dan telah disediakan berupa kotak-kotak terletak di sebelah kanan kuesioner.

c. Memasukkan data ke program di komputer (*Entry dan processing*)

Semua kode jawaban yang telah diberikan selanjutnya dipindahkan ke komputer dengan menggunakan program Epi Data Entry 3.1. Perangkat lunak ini merupakan *open source* yang dapat diunduh secara gratis di <http://www.epidata.dk>. Dengan EpiData kesalahan entri dapat diminimalisir karena hanya koding-koding jawaban yang sudah ditentukan saja yang dapat dientri.

#### 4.3.8 Analisis Data

Analisa data kuantitatif dalam penelitian ini dilakukan dengan beberapa tahapan sebagai berikut;

**a. Analisa Univariate**

Analisa univariat dipergunakan untuk melihat deskriptif masing-masing variabel penelitian yang diukur. Hasil analisa univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, dengan ukuran proporsi atau presentasi pada variabel kategorik. untuk mengetahui karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan ibu, jumlah anak, pengetahuan tanda-tanda bahaya kehamilan, pengetahuan kesiapsiagaan persalinan, nilai-nilai budaya, sikap, dukungan suami, tipe keluarga, pengambilan keputusan dan jarak ke fasilitas Kesehatan.

**b. Analisa Bivariate**

Analisa Bivariate dalam penelitian ini menggunakan *Uji Chi Square* dikarenakan data dalam penelitian ini berbentuk kategorik, dimana pada tahapan

ini untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independent serta untuk seleksi variabel kandidat model. Untuk melihat uji kemaknaan akan dilihat hasil perhitungan statistic dengan batas kemaknaan 0,05 dan nilai *confidence interval* (CI) sebesar 95%, sehingga akan disimpulkan terdapat hubungan bermakna secara statistic jika nilai  $p < 0,05$  dan nilai *confidence interval* (CI) sebesar 95%. Software yang digunakan untuk Analisa *bivariate* adalah SPSS versi 20.

### c. Analisa *Multivariate*

Analisa *multivariate* dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik ganda yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesiapsiagaan persalinan (hubungan antara variabel independent dengan dependent). Prinsip utama pemodelan adalah memperoleh model yang valid, yaitu model yang dapat menggambarkan hubungan yang sesungguhnya antara variabel independent terhadap variabel dependen di populasi. *Software* yang digunakan untuk Analisa *multivariate* adalah SPSS versi 20 yang berlisensi.

Langkah-langkah regresi logistik ganda dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Identifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel dependennya.
2. Analisis dilakukan satu persatu untuk masing-masing kovariat, bukan satu analisis dengan seluruh kovariat.
3. Kovariate dengan nilai uji *likelihood ratio*  $< 0,25$  merupakan kandidat kovariate untuk masuk dalam model *multivariate* atau secara substansi dianggap penting meskipun secara statistik tidak memenuhi persyaratan nilai  $P < 0,25$ .
4. Berdasarkan evaluasi regresi logistik masing-masing kovariat dengan variabel dependen dimasukkan model *multivariat*.
5. Melakukan evaluasi hasil regresi logistik *multivariat* menggunakan nilai uji statistik Wald untuk masing-masing variabel dengan standar  $\alpha=0,05$ .
6. Mengeluarkan satu persatu variabel yang mempunyai nilai  $\alpha > 0,05$  dari model dimulai dari variabel yang nilai  $\alpha$ -nya terbesar. (M. Sopiudin Dahlan, 2012)

#### **d. *Difference in Difference Analysis (DiD)***

*Difference In Differences (DID)* Analysis adalah teknik Analisa data yang digunakan untuk mengestimasi efek dari suatu perlakuan atau intervensi dengan membandingkan perubahan variabel dependen (outcome) dari waktu ke waktu (sebelum dan setelah perlakuan) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. analisis did dapat digunakan pada disain studi observasional atau pada disain eksperimental-quasi.

Konsep dasar analisis *DID* adalah untuk membandingkan perubahan pada variabel dependen antara kelompok perlakuan dan kontrol (sebelum dengan setelah perlakuan atau intervensi), sehingga dapat mengestimasi efek dari perlakuan atau efek dari intervensi terhadap *outcome*. Analisa DiD pada penelitian ini menggunakan regresi linear, dengan menggunakan *software* STATA versi 17. Langkah-langkah melakukan analisis data dengan DID :

1. Menghitung perbedaan skor antara kelompok perlakuan dan kontrol sebelum perlakuan atau intervensi.
2. Menghitung perbedaan hasil antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah perlakuan atau intervensi. Perbedaan antara kedua perbedaan ini mewakili efek perlakuan atau efek kausal dari perlakuan atau intervensi .

#### **4.3.9 Upaya Menjaga Keabsahan Data**

Upaya menjaga keabsahan data dalam penelitian kuantitatif dilakukan dengan *uji validitas* dan *reliabilitas instrument*. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan kuesioner. Proses penyusunan kuesioner dimulai dari penyusunan awal, ujicoba di lapangan, perbaikan, hingga tahap finalisasi. Pemeriksaan validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan dua cara yaitu pemeriksaan validitas internal dan validitas eksternal. Validitas internal didasari oleh teori dan hasil penelitian sebelumnya. Pemeriksaan validitas eksternal atau uji konten dilakukan melalui diskusi dengan pakar dan akademisi di bidang promosi kesehatan, kebidanan, budaya dan ilmu perilaku. Hasil diskusi ini digunakan sebagai bahan untuk merevisi dan menyempurnakan isi kuesioner.

Instrumen pengumpulan data menurut (Colleen Dilorio, 2005) minimal memiliki dua dari empat tipe pengukuran validitas, sebagai berikut:

a. *Face Validity*

*Face validity* dalam penelitian ini dilakukan dengan mengevaluasi kuesioner yang sudah dibuat seperti tata cara penulisan, penggunaan kalimat, tata bahasa, dan pencetakan kuesioner. Peneliti melakukan diskusi dengan pakar dan akademisi di bidang kebidanan, budaya dan ilmu perilaku. Hasil diskusi ini digunakan sebagai bahan untuk merevisi dan menyempurnakan isi kuesioner. Peneliti juga meminta pendapat kepada ibu hamil, bidan desa dan kader kesehatan secara terpisah untuk membaca dan mengevaluasi penggunaan tata bahasa dan kemudahan untuk memahami tiap item kalimat sehingga mudah dipahami

b. *Content Validity*

*Content validity* dalam penelitian ini dicapai dengan cara memeriksa kesesuaian instrumen dengan berbagai referensi. Pembuktian validitas isi dapat dilakukan dengan meminta pertimbangan ahli (*expert judgment*) yang sesuai. Melalui pertimbangan ahli tersebut diharapkan tidak akan terjadi kesalahan pengukuran, atau dengan kata lain kuesioner tersebut dinyatakan benar mengukur apa yang hendak diukur (*valid*).

c. *Construct Validity*

Validitas konstruk mengevaluasi apakah alat ukur benar-benar mewakili hal yang ingin kita ukur. Hal ini penting untuk menetapkan validitas keseluruhan suatu metode.

d. *Criterion Validity*

Validitas kriteria merupakan jenis validitas yang menekankan apakah hasilnya sesuai dengan tes yang berbeda untuk hal yang sama atau dengan kata lain, validitas kriteria mengevaluasi seberapa dekat hasil pengujian kita sesuai dengan hasil pengujian yang berbeda.

Setelah dilakukan pemeriksaan validitas, tahap selanjutnya dilakukan uji reabilitas kuesioner. Uji reabilitas kuesioner dilakukan pada ibu hamil di daerah pedesaan di Kecamatan Bandar, yang mempunyai karakteristik yang sama dengan ibu hamil di lokasi penelitian. Uji reabilitas ini disebarkan kepada 25 ibu hamil.

Setelah kuesioner uji reabilitas terkumpul, selanjutnya diolah dengan menggunakan program komputer dengan tujuan mengetahui pertanyaan mana saja yang valid dan reliabel. Jika pertanyaannya valid dan reliabel maka pertanyaan

tersebut digunakan dikuesioner akan tetapi jika pertanyaan tidak valid dan reliabel maka pertanyaan tersebut dihilangkan dari kuesioner. Pertanyaan yang tidak valid dapat tetap dipertahankan jika berhubungan secara substansi dan dapat memberikan informasi yang penting, namun sebelumnya dilakukan revisi kalimat agar pertanyaan lebih mudah dimengerti. Berikut adalah tabel hasil uji reabilitas menggunakan *analisis factors* untuk pertanyaan dukungan suami dan sikap ibu hamil.

Tabel 4.6 Hasil Uji Reabilitas

Variabel	Validitas			Reliabilitas	
	Nilai KMO	Faktor Loading	Hasil	Alpha Cronbach	Hasil
<b>Dukungan Suami</b>					
DS1	0,453	0,508	Valid	0,746	Reliabel
DS2		0,793	Valid		
DS3		0,633	Valid		
DS4		0,614	Valid		
DS5		0,572	Valid		
DS6		0,639	Valid		
DS7		0,686	Valid		
DS8		0,680	Valid		
DS9		0,711	Valid		
DS0		0,715	Valid		
<b>Sikap Ibu Hamil</b>					
S1	0,860	0,772	Valid	0,879	Reliabel
S2		0,635	Valid		
S3		0,835	Valid		
S4		0,699	Valid		
S5		0,626	Valid		
S6		0,895	Valid		
S7		0,762	Valid		
S8		0,873	Valid		
S9		0,642	Valid		
S10		0,770	Valid		

Adapun hasil uji reabilitas untuk pertanyaan dukungan suami didapatkan nilai Cronbach's Alpha 0,746 ( $> 0,6$ ) maka kuesioner reliabel dan sikap ibu hamil nilai Cronbach's Alpha 0,879 ( $>0,6$ ) maka pertanyaan untuk sikap ibu hamil reliabel. Sehingga dapat disimpulkan pertanyaan untuk dukungan suami dan sikap ibu hamil *valid* dan *reliabel*.

#### 4.3.10 Etika Penelitian

Sebelum kegiatan turun lapangan penelitian ini telah lolos kaji etik di Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dengan Nomor: Ket-444/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2022. Setelah melakukan kaji etik dilakukan pengurusan perijinan penelitian di Universitas Indonesia (UI) serta Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur, di Kecamatan Bandar dan Nawangan serta masing-masing desa terpilih di lokasi penelitian. Pada penelitian ini peneliti menerapkan 3 prinsip dasar etika penelitian, yaitu :

**a. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for Person*)**

Penelitian ini akan dilakukan oleh tim peneliti dengan dibantu oleh enumerator, penelitian ini tidak memiliki risiko minimal, namun responden tetap harus diberikan kejelasan mengenai prosedur penelitian, manfaat serta rasa ketidaknyamanan yang mungkin timbul dalam proses penelitian. Responden yang menyatakan sukarela bersedia mengikuti penelitian ini kemudian diminta menyatakan persetujuan tertulis dengan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden. Data atau hasil penelitian berkaitan dengan responden dijamin kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian. Dalam penelitian ini tidak terdapat *coercion* (pemaksaan) terhadap responden. Jika responden merasa tidak nyaman dengan pertanyaan-pertanyaan atau proses penelitian yang dilakukan oleh peneliti, maka responden berhak untuk menghentikan aktivitas wawancara atau penelitian.

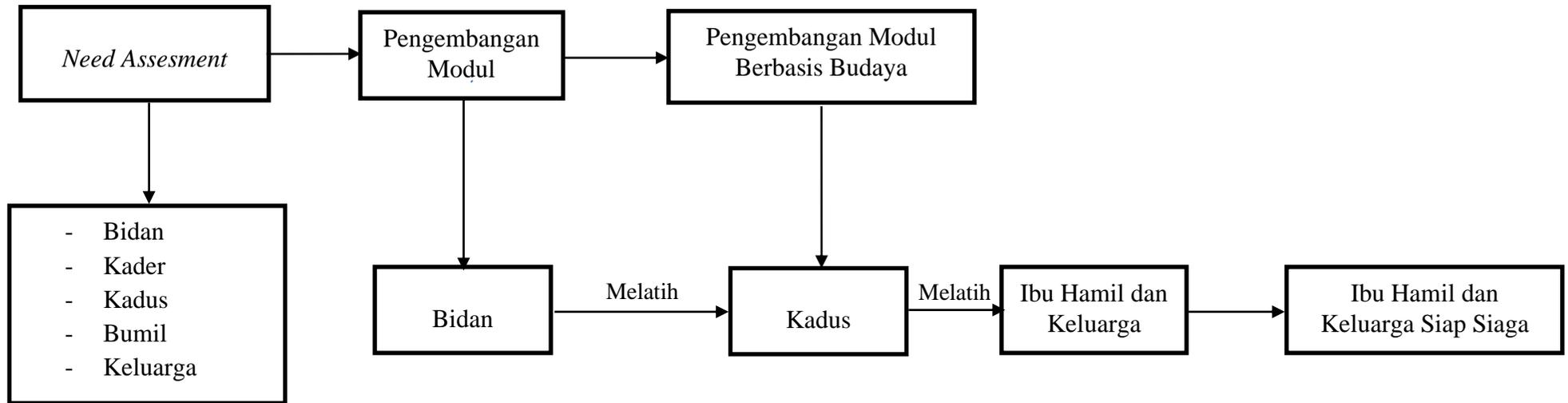
**b. Memenuhi persyaratan ilmiah bermanfaat dan tidak merugikan (*Beneficence and non maleficence*)**

Manfaat penelitian ini adalah untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat terutama bagi ibu hamil di pedesaan, terutama dalam mempersiapkan persalinan dan periode postnatal, sehingga bisa mengurangi kejadian 3 terlambat penyebab kematian ibu. Tidak ada risiko secara fisik yang ditimbulkan dalam penelitian ini, hanya responden diperlukan kesediaan waktu untuk mengisi kuesioner penelitian yang berkaitan dengan kesiapsiagaan persalinan dan periode post natal.

**c. Keadilan (*Justice*)**

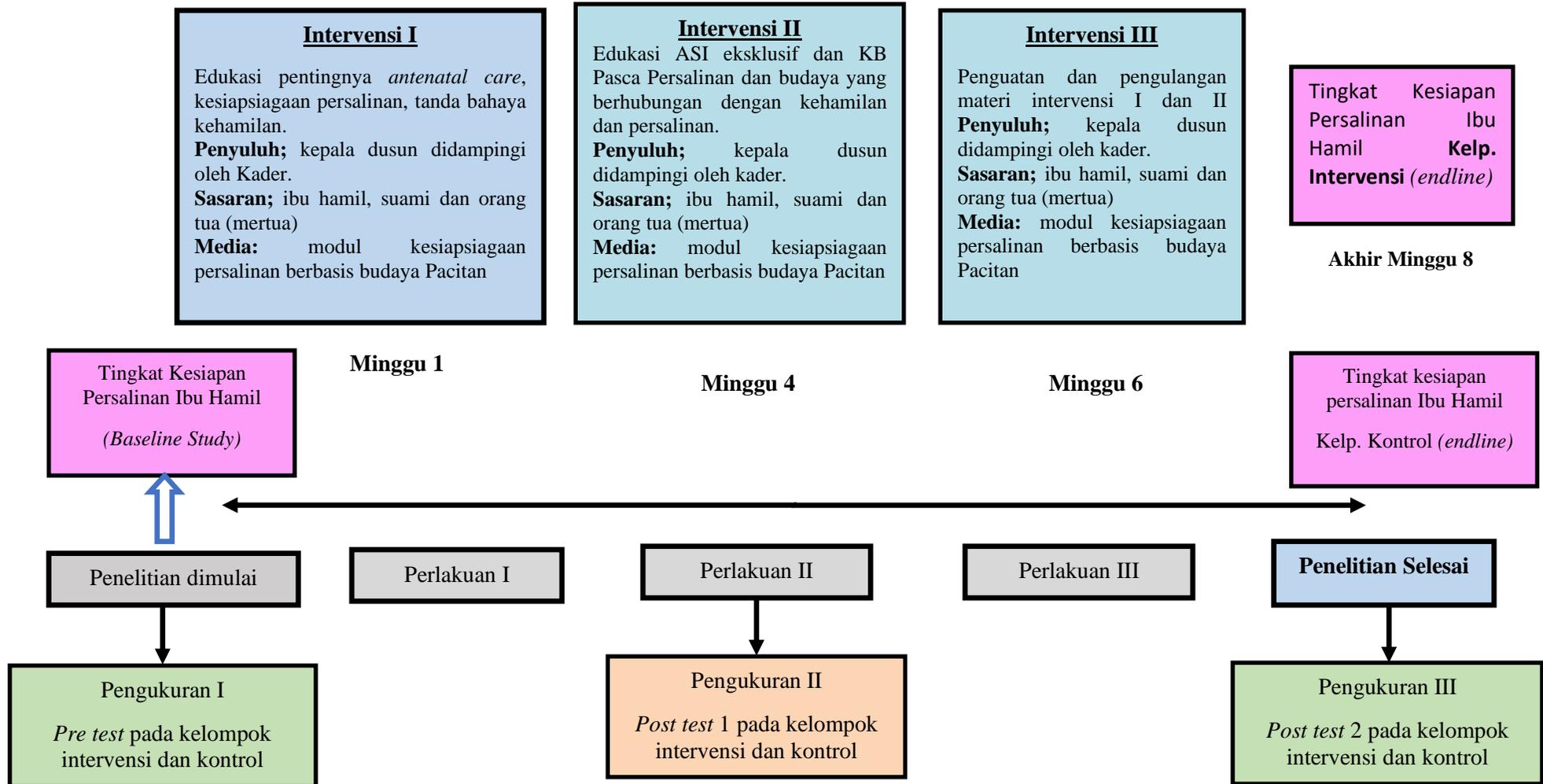
Semua responden yang menjadi subjek penelitian ini diperlakukan sama dan tidak membeda-bedakan dalam proses wawancara atau pengumpulan data lainnya.

### 4.3.11 Alur Kegiatan Penelitian



Gambar 4.2 Alur Kegiatan Penelitian

### 4.3.12 Kegiatan Intervensi



Gambar 4.3 Kerangka Kerja Penelitian

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini terdiri dari hasil studi pendahuluan, pengembangan model dan hasil dari studi kuantitatif. Penelitian kualitatif dalam penelitian ini digunakan untuk pengembangan model. Penelitian utama dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif.

#### 5.1 Eksplorasi Pemahaman masyarakat tentang kehamilan dan persalinan

##### 5.1.1 Karakteristik informan

Jumlah informan utama penelitian kualitatif ini terdiri dari 10 orang ibu hamil, informan kunci terdiri dari 2 orang dukun bayi, 3 orang bidan desa, 2 orang tua ibu hamil, 2 orang suami ibu hamil dan 2 orang ibu nifas. Selain itu pada penelitian ini juga dilakukan FGD pada 1 kelompok kader Kesehatan.

Tabel 5.1 Karakteristik Informan Utama Ibu Hamil

Variabel	n (%)
Umur (tahun)	Mean (SD) 25,1 Median : 27 (17-44)
Kategori umur	
< 20 tahun	4 (40)
20-35 tahun	4 (40)
> 35 tahun	2 (20)
Usia pertama menikah	
≤ 19 tahun	6(60)
> 19 tahun	4(40)
Pendidikan Terakhir	
Rendah (SD-SMP)	5(50)
Sedang (SMA)	3(30)
Tinggi (DIII/S1)	2(20)
Pekerjaan	
IRT (Petani)	8(80)
Guru	2(20)
Pekerjaan Suami	
Petani	3(30)

Buruh	5(50)
Guru	2(20)
Tipe Keluarga	
Keluarga inti	4(50)
Keluarga besar	6(60)
Usia Kehamilan	
Trimester I	1(10)
Trimester II	6(60)
Trimester III	3(30)
Jumlah kunjungan ANC	
<4 kali	8(80)
≥4kali	2(20)

Berdasarkan table 5.1 sebagian besar ibu hamil berusia <20 tahun dan 20-35 tahun yaitu masing-masing 40%, usia pertama menikah  $\leq$  19 tahun 60 %, sebagian besar berpendidikan rendah (50%), mayoritas bekerja sebagai petani atau buruh, tipe keluarga mayoritas keluarga besar (60%), usia kehamilan sebagian besar trimester II (60%) dan jumlah kunjungan ANC Sebagian besar < 4 kali.

### 5.1.2 Persepsi tentang kehamilan dalam konteks sosial budaya

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu hamil, mayoritas ibu hamil didaerah pedesaan mempersepsikan kehamilan adalah suatu rejeki atau anugerah yang harus disyukuri, seperti berikut;

“Rejeki..ya rejeki yang disyukuri saja (sambil berfikir)..., sebenarnya kehamilan ini tidak diharapkan.... (sambil tertawa)” (Ny. A, G5P4)

“Kehamilan eeeem (diam sejenak) ...bagi saya adalah anugerah..” (Ny. I, G2P1)

“Kehamilan merupakan rejeki, anugrah, jadi ya bersyukur...” (Ny. M, G2P0A1)

Persepsi yang sama disampaikan oleh orang tua ibu hamil, kader kesehatan dan suami ibu hamil yang mempersepsikan bahwa kehamilan adalah rejeki seperti berikut ini;

“Kehamilan nopo nggeh, nggeh rejeki (kehamilan itu apa ya, ya rejeki)...” (Ny, T. ortu ibu hamil)

“.. rejeki titipan dari Allah Swt” (Tn. N, Suami Ny.P)

Berdasarkan persepsi Bidan tentang kehamilan dalam konteks sosial budaya, kehamilan di wilayahnya masih banyak dipengaruhi oleh sosial budaya, banyak peran dari orang tua, kehamilan dianggap sebagai rejeki oleh keluarga, akan tetapi masih banyak kehamilan karena kasus kehamilan tidak diinginkan (KTD), akibat KTD ini akhirnya ada yang persalinannya terjadi dirumah sebagai berikut;

“Kehamilan disini banyak dipengaruhi oleh sosial budaya.. orang tua yang banyak berperan, yang ngurus semuanya mertua.. anggapannya kehamilan itu rejeki bagi keluarga... meskipun banyak sekali kasus kehamilan akibat KTD...(Bd. N)

“Disini masih banyak kejadian kasus KTD, akibat KTD ini biasanya ibu hamil itu malu untuk periksa ke bidan, ada yang waktu hamil tidak pernah periksa sama sekali, tahu-tahu udah waktunya bersalin, mules-mules dirumah akhirnya bidan yang dipanggil, dan persalinannya terjadi dirumah” (Bidan A)

Berdasarkan persepsi dari ibu hamil, bidan Desa, orang tua (mertua) ibu hamil, kader Kesehatan, dukun bayi dan kepala dusun (pamong) diatas, rata-rata ibu hamil mempersepsikan bahwa dari segi sosial budaya kehamilan itu adalah **rejeki atau anugerah**. Berdasarkan informasi dari bidan Desa kehamilan merupakan anugerah atau rejeki bagi keluarga, akan tetapi banyak ibu hamil di wilayahnya, dari segi sosial budaya yang kehamilannya terjadi akibat kehamilan tidak diinginkan (KTD), sehingga menyebabkan terjadinya pernikahan dini. Ibu hamil yang mengalami pernikahan dini ini akhirnya tidak mempersiapkan kehamilan dan persalinannya, bahkan ada yang persalinannya di rumah.

Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti, ibu hamil dan keluarga bahagia atas kehamilan ibu tersebut meskipun ibu hamil dan suami ini sebagian besar masih tinggal bersama dengan orang tua (mertua). Hal ini juga sesuai filosofi kekeluargaan masyarakat Jawa yang terkenal sejak zaman

dulu dengan istilah mangan ora mangan sing penting kumpul yang berarti makan tidak makan yang penting berkumpul. Ibu yang mengalami kehamilan ini diperlakukan istimewa dalam sebuah keluarga, misalnya dengan tidak boleh banyak bekerja untuk menjaga kehamilannya.

### 5.1.3 Persepsi tentang persalinan dalam konteks sosial budaya

Makna persalinan menurut ibu hamil pada umumnya persalinan merupakan suatu hal yang luar biasa, penuh perjuangan yang ditandai dengan rasa mules, nyeri dan keluar cairan seperti berikut;

”Persalinan (sambil berfikir, apa ya)... suatu hal yang luar biasa, penuh perjuangan..” (Ny. I, G2P1)

“Persalinan buat saya suatu hal yang luar biasa ya, biasanya ditandai keluar ketuban, keluar cairan sama lendir begitu” (Ny. M, G2P0A1)

“Persalinan menurut saya ya suatu perjuang, tapi saya bersyukur dan bahagia karena itu kan kodrat perempuan, saat saya melahirkan anak pertama kemaren ditandai dengan rasa mules-mules” (Ny. R., G2P1)

Persepsi yang sama disampaikan oleh informan orang tua ibu hamil, suami ibu hamil dan kader yang mempersepsikan bahwa persalinan itu biasanya diawali dengan rasa mules, keluar air ketuban dan saat hamil harus hati-hati supaya persalinannya lancar sebagai berikut :

“ Kalau persalinan itu biasanya diawali mules, keluar lendir bercampur darah, kadang ya keluar air ketuban...yang penting pas hamil ya harus hati-hati supaya persalinannya lancar, tidak boleh yang aneh-aneh” (Ny. L, ortu ibu hamil)

“Persalinan biasanya ditandai mules-mules, kalian keluar toyo (air-air), dulu kalau melahirkan itu di rumah, tapi sekarang begitu mules ya ibu hamil harus segera ke Bidan” (Kader M)

Pertanyaan informan diatas diperkuat oleh jawaban suami ibu hamil dan kepala dusun yang mempersepsikan bahwa persalinan itu adalah perjuangan yang biasanya ditandai dengan rasa mules-mules serta keluar lendir:

“Persalinan itu (sambil berfikir)...**perjuangan bagi perempuan**, ini seperti pengalaman waktu saya mendampingi istri, yang **mules-mules saat mau bersalin** anak pertama kemaren” (Tn. R., Suami Ny. I)

“Ya (diam sejenak).. kalau orang akan bersalin itu biasane kan mules-mules begitu ya, sama keluar lendir bercampur darah”. (Tn. S., Kepala Dusun)

Berdasarkan informasi hasil wawancara dengan Bidan desa, persalinan banyak sekali dipengaruhi oleh faktor sosial budaya, terutama peran orang tua atau mertua, karena dulu orang tua bersalin bisa dilakukan di rumah seperti berikut:

“Persalinan diwilayah sini masih banyak dipengaruhi oleh sosial budaya, terutama peran orang tua atau mertua, apalagi ibu hamil disini masih banyak yang tinggal bersama orang tua atau mertua, terkadang suka terlambat ke Bidan, karena dulu anggapan orang tua bersalin bisa dilakukan dirumah”(Bd. N)

“Biasanya ibu hamil disini jika mau bersalin tergantung sama orang tua atau mertua, bagaimana maunya mertua, kalau maunya mertua begini ya begini, apalagi jika suami istri itu masih jadi satu dengan orang tua atau mertuanya” (Bidan. A)

Hasil wawancara diatas juga diperkuat oleh hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di lapangan, pada saat peneliti melakukan observasi di rumah ibu hamil yang masih tinggal jadi satu dengan kedua orang tuanya, pada saat peneliti menanyakan rencana bersalin kepada ibu hamil dan suami, jawabannya tergantung bagaimana orang tuanya nanti.

#### **5.1.4 Persepsi tentang masa nifas dalam konteks sosial budaya**

Pada penelitian ini peneliti juga memawancarai dan melakukan observasi pada dua orang ibu nifas, untuk mengetahui bagaimana perilaku ibu nifas dalam konteks sosial budaya dalam kehidupan sehari-hari, hasil observasi ada satu orang ibu nifas yang kesehariannya tidur masih dalam kondisi bersenden (tidur dalam posisi sandaran di tembok atau dinding dengan kaki diluruskan) yang biasanya dilakukan sampai nifas 40 hari, dan ibu nifas tersebut juga tidak diperbolehkan dulu untuk keluar dari rumah sebagai berikut :

“Saya sama ibu saya disuruh bersenden, katanya biar darah putihnya tidak naik, sebenarnya saya kurang nyaman, tapi ya saya menuruti kata ibu saya, untuk makanan sebenarnya ga ada yang saya pantang, kemudian saya juga tidak boleh keluar rumah dulu saat ini. (Ny. E, P1, A0)

“Ya kalau sedang masa nifas ini ya harus hati-hati, ga usah banyak gerak, sesuatu harus dibatasi, terutama makanan harus dibatasi karena sedang menyusui, tidak boleh makan yang aneh-aneh.” (Ny. S, P3A0)

Hasil penelitian ini juga diperkuat dari informasi oleh kader kesehatan setempat yang mendampingi peneliti selama kegiatan penelitian, sebagai berikut:

“...disini masih ada ibu nifas...yang tidurnya masih bersenden...selain itu sampai saat ini belum keluar rumah termasuk untuk mengimunisasikan bayinya”. (Kader T)

Hasil informasi yang disampaikan oleh ibu nifas dan kader tersebut diperkuat oleh hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti kepada ibu nifas di lokasi penelitian. Pada saat peneliti berkunjung dan observasi kesalah satu rumah ibu nifas, masih ada ibu nifas yang mempunyai tradisi “bersenden” atau tidur setengah duduk sampai dengan 40 hari, dimana hal ini bertujuan supaya darah putih tidak naik. Selain itu ibu nifas ini juga dilarang keluar rumah sampai masa nifas selesai bahkan untuk mengimunisasikan bayinya, akibat tidak mengimunisasikan bayi ini bisa menyebabkan bayi mudah tertular berbagai penyakit.

#### **5.1.5 Persepsi tentang Persiapan Persalinan dalam konteks sosial budaya**

Berdasarkan informasi dari informan ibu hamil ketika ditanyakan tentang persiapan persalinan apa saja yang perlu disiapkan oleh informan saat mempersiapkan persalinan, menurut pendapat beberapa informan, informan menyampaikan jika persiapan persalinan itu berupa dana, akan tetapi untuk perlengkapan bayi, perlengkapan ibu disiapkan nanti pada saat sudah mendekati atau saat persalinan seperti yang disampaikan oleh beberapa informan berikut;

“Persiapan persalinan biasanya dana, sementara mau normal atau tidak normal kan harus ada dana, perlengkapan bayi nanti kalau mendekati persalinan, Sejauh ini belum mempersiapkan...belum punya BPJS” (Ny. Nu, G1P0)

“Persiapan persalinan biasanya dana, ...kalau pakaian belum mempersiapkan katanya orang dulu itu tidak baik kalau jauh-jauh hari, nanti jika sudah mendekati persalinan, selain itu juga KTP dan surat-surat penting sama golongan darah, karena saya anemia”(Ny. DP, G1P0)

“Persiapan persalinan...yang penting itu dana, BPJS belum ada...”(Ny. A, G5P4)

“Dana, sementara mau normal atau tidak normal kan harus ada dana, nanti perlengkapan bayi, untuk yang lainnya nanti kalau mendekati persalinan, sejauh ini belum punya BPJS” (Ny. N, G1P0)

“Persiapan persalinan biasanya alat yang dibutuhkan, persiapan ibu bayi termasuk dana, tetapi saat ini belum punya BPJS” (Ny. M, G2P0A1)

Hasil wawancara dengan ibu hamil ini juga diperkuat informasi dari orang tua ibu hamil yaitu Ny. L dan suami ibu hamil yang menyatakan bahwa persiapan persalinan misal baju bayi disiapkannya nanti saja pas bersalin, sementara itu BPJS tidak ada yang gratisan sebagai berikut:

“Persiapan apa, wong BPJS juga nggak ada yang gratisan, kalau baju bayi dan lain-lain nanti saja, pas bersalin, dulu saya bersalin bayi keluar juga baru panggil dukun” (Ny. L, Ibu dari Ny. R, G2P1)

“Persiapan persalinan (sambil diam sejenak...),biaya, baju ibu sama baju bayi, tapi itu disiapkannya nanti kalau udah mau bersalin” (Tn. N, suami Ny. P)

Jawaban yang berbeda disampaikan oleh informan ibu hamil Ny. E yang menyatakan kalau persiapan persalinan itu lebih ke mental dan juga tindakan untuk lebih hati-hati supaya persalinannya normal :

“Ya (sambil berfikir)...yang penting kalau mau bersalin itu mental yang harus disiapin, karena pengalaman anak pertama saya itu sangat luar biasa, sama kata orang dulu kalau orang hamil itu ya hati-hati kalau sudah mau bersalin, menjaga sikap supaya persalinannya normal” (Ny. E, G2P1)

Berdasarkan informasi dari bidan komunitas (bidan Desa) menyampaikan bahwa salah satu kendala utama yang ditemukan terkait masalah persalinan di daerah pedesaan adalah masalah dana, banyak masyarakat (ibu hamil) yang belum mempersiapkan biaya persalinan pada

saat lahiran sehingga ada yang persalinannya dirumah, terutama apabila kehamilan itu karena kasus KTD seperti berikut;

“...banyak masyarakat yang ketika mau lahiran tapi tidak pegang dana sama sekali, tahun 2022 ini ada satu, yang lahir dirumah, hal ini karena tidak punya uang, jadinya lahir dirumah, karena KTD, kehamilan tidak diinginkan...” (Bd. N)

“Tidak semua kehamilan diharapkan, bisa karena KTD, sampai ada persalinan yang dari 2 tahun lalu belum dibayar, saya sedang mengajukan dana ke Desa...” (Bd. E)

Pendapat yang sama juga disampaikan oleh kader kesehatan, yang menyampaikan bahwa banyak ibu hamil diwilayahnya yang tidak pernah mempersiapkan persalinannya, karena jika dipersiapkan jauh-jauh hari katanya tidak baik:

“Persiapan persalinan rata-rata disiapkan saat persalinan, kalau jauh-jauh hari kata orang dulu itu ora becik (tidak baik) ...”(Kader S)

“Kalau mempersiapkan persalinan saat kehamilan itu tidak baik...jadi persiapannya nanti saat atau setelah persalinan begitu...” (Kader M)

Meskipun ibu hamil dalam penelitian ini mayoritas menyampaikan bahwa kehamilan adalah rejeki yang harus disyukuri, akan tetapi mayoritas ibu hamil tersebut belum mempersiapkan persalinannya terutama yang berhubungan dengan perlengkapan ibu dan bayi, hal ini karena adanya budaya yang dianggap tabu atau istilah Jawanya “ora becik” apabila mempersiapkan persalinannya jauh-jauh hari dari masa kehamilan, karena anak bisa meninggal. Adapun ibu hamil dan keluarganya hanya memfokuskan untuk masalah dana terkait dengan persiapan persalinannya, hampir tidak ada ibu hamil yang menyebutkan bahwa persiapan persalinan selain dana juga perlu calon pendonor, persiapan untuk rencana KB sesudah persalinan, pemberian ASI eksklusif, dan persiapan dokumen penting.

#### **5.1.6 Persepsi tentang nilai-nilai budaya selama kehamilan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu hamil, masih ada nilai-nilai budaya dalam kehamilan maupun persiapan persalinan yang dilakukan ibu hamil baik yang bersifat positif maupun negatif misalnya upacara 7 bulanan,

melakukan pantangan makanan tertentu, tidak boleh membunuh binatang, tidak boleh tidur terlalu lama pada siang hari seperti berikut;

“...kalau disini biasanya lebih ke upacara 7 bulanan, membuat makanan khusus 7 bulanan, ada beberapa pantangan makanan, misal buah nanas, tape, duren, anggur, yang belum pernah dimakan nanas selama ini, sama pepaya karena takut getahnya katanya tidak baik, secara medis tidak boleh mengangkat berat, banyak berdoa dan positif thinking” (Ny.I, G2P1)

“Kalau pas hamil tidak boleh sering menjahit, duduk di pintu, tidak boleh membunuh binatang, waktu anak pertama tidak boleh makan ayam, tidak boleh makan telur, waktu maghrib tidak boleh keluar” (Ny. E, G2P1)

Jawaban informan ibu hamil ini juga diperkuat, oleh jawaban dukun bayi, yang menyampaikan bahwa ibu hamil tidak boleh tidur terlalu lama pada siang hari maupun angkat-angkat berat, tidak boleh makan nanas dan tebu, sebagai berikut :

“Ndhuk...kalau sedang hamil itu makan apa-apa harus hati-hati, kalau digigit tidak baik, jangan makan nanas, jangan makan tebu, jangan minum es, jika tidak terlalu capek betul jangan tidur siang, apalagi kalau hamil pertama” (Ny. T, Dukun bayi)

Berdasarkan informasi yang disampaikan oleh bidan desa, masih banyak ditemukan budaya pernikahan dini dilokasi penelitian, dimana biasanya pernikahan dini ini terjadi akibat kehamilan yang tidak diinginkan sebagai berikut;

“Masalah pernikahan dini masih banyak terjadi... tahun ini paling banyak KTD (kehamilan tidak diinginkan)...” (Bd. N)

”Tahun ini banyak pernikahan usia kurang dari 20 tahun, mungkin karena masih berdampak dengan pandemi...” (Bd. A)

Hasil informasi dari informan dalam penelitian ini juga diperkuat oleh temuan peneliti pada saat melakukan observasi dilapangan, hampir semua ibu hamil tidak ada yang tidur pada siang hari, ibu hamil tersebut istirahat dengan duduk-duduk dan ngobrol bersama keluarga.

Informasi yang disampaikan oleh bidan tersebut diperkuat oleh hasil observasi di lapangan, peneliti menemukan masih banyak ditemukan budaya kehamilan remaja, dimana remaja tersebut masih berusia 16 tahun dan ada

juga yang masih berusia 14 tahun 10 bulan dan masih duduk di Sekolah Menengah Pertama (SMP).

### **5.1.7 Persepsi tentang nilai-nilai budaya dalam rangka mempersiapkan persalinan**

Persepsi informan tentang nilai budaya dalam rangka mempersiapkan persalinan, ada informan ibu hamil yang mengatakan bahwa ibu hamil yang mau bersalin itu sebaiknya lebih berhati-hati, berdoa supaya persalinannya lancar seperti berikut :

“Persiapan persalinan kalau jauh-jauh hari itu ya ndhak boleh (diam sejenak)... ibu hamil yang mau bersalin itu sebaiknya lebih berhati-hati, baik dalam ucapan maupun sikap, supaya persalinannya lancar” (Ny. I, G2P1)

“Kalau mau bersalin itu harus hati-hati baik dalam sikap atau perbuatan, tidak boleh yang aneh-aneh supaya persalinannya lancar” (Ny. P, G1P0)

“Kalau sudah mau lahiran itu tidak boleh tidur terlalu lama pada siang hari... setelah bersalin biasanya ada upacara-upacara setelah lahiran dan brokohan” (Ny. M, G2P0A1)

“Kalau mau bersalin itu banyak doa saja...yang penting hati-hati dalam bersikap” (Ny. S, G3P2)

Ada seorang informan ibu hamil yang mengatakan bahwa sebelum persalinan rencananya akan melakukan upacara brokohan 7 bulanan sebagai berikut :

“Nanti sebelum lahiran rencananya mau ada brokohan (upacara 7 bulanan), berdoa biar selamat begitu”. (Ny. N, G1P0)

Berdasarkan informasi dari Bidan tentang budaya dalam mempersiapkan persalinan masih ada ibu hamil yang melakukan pantangan misalnya saat menyiapkan baju bayi, baru disiapkan saat persalinan, selain itu akibat kehamilan tidak diinginkan (KTD) masih ada ibu yang persalinannya di rumah seperti berikut :

”...kaitannya budaya mau bersalin masyarakat masih ada saja yang melakukan pantangan, misalnya kalau nyiapin baju bayi itu ya pas lahiran...”. (Bd. E)

“...ada ibu hamil yang tahun 2022 ini lahiran dirumah, hal ini karena tidak punya uang, karena KTD, kehamilan tidak diinginkan, pas saya dipanggil sudah lahir. (Bd. N)

Berdasarkan wawancara mendalam dengan kader kesehatan beberapa budaya dalam rangka mempersiapkan persalinan, misalnya untuk persiapan persalinan dilakukan saat sudah bersalin dan tidak boleh jika disiapkan saat kehamilan, seperti informasi dari kader berikut;

”Kalau dari pihak suami ibu hamil harus merubah sikap, harus banyak berdoa dan tidak boleh macam-macam, tidak boleh berfikiran yang aneh-aneh ke orang lain...” (Kader, Tn, S)

”Dari segi budaya misalnya persiapan baju dan sebagainya baru disiapkan saat persalinan.” (Kader Ny, S )

Menurut informasi dari dukun bayi, budaya yang berhubungan dengan persalinan, misalnya ibu yang mau bersalin itu harus hati-hati dan waspada sebagai berikut:

”...namanya mau bersalin harus hati-hati dan waspada..kalau jaman dulu kan semua lancar-lancar saja, tetapi sekarang banyak yang operasi.” (Ny. S. dukun bayi)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti kepada ibu hamil di lokasi penelitian, masih banyak budaya yang berkembang pada ibu hamil di daerah pedesaan, pada kehamilan maupun menjelang persalinan, misalnya mempersiapkan baju bayi dan baju ibu yang tidak boleh dilakukan saat masa kehamilan, karena ada anggapan ketika persiapan perlengkapan bayi dilakukan pada masa kehamilan bayi bisa meninggal, ibu hamil tidak boleh keluar rumah pada malam hari karena ada anggapan masa kehamilan merupakan masa rawan dan pada malam hari banyak roh halus. Selain itu masih ada ibu hamil melakukan pantangan makan-makanan tertentu misalnya nanas, hal ini dianggap bisa menyebabkan terjadinya keguguran dan ibu hamil tidak boleh tidur pada siang hari karena ada anggapan bisa menyebabkan bayi besar dan sulit nanti saat persalinan.

### **5.1.8 Persepsi tentang Pola Pengambilan Keputusan yang berhubungan dengan Kesiapsiagaan Persalinan**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, kebanyakan pola pengambilan keputusan dalam kehamilan maupun persiapan persalinan, dilakukan oleh keluarga besar, seperti berikut;

Bersama suami dan keluarga(Ny. P, G1P0)

Bersama-sama keluarga (Ny.R, G2P1)

Bersama keluarga... (Ny. N, G1P0)

Jawaban dari informan tersebut diperkuat dari hasil wawancara mendalam dengan bidan komunitas, berdasarkan informasi dari bidan komunitas pola pengambilan keputusan dalam kehamilan maupun persalinan banyak dipengaruhi oleh keluarga terutama oleh orang tua (ayah atau ibu) dari ibu hamil atau suami ibu hamil tersebut, apalagi jika pada kasus kehamilan akibat pernikahan dini, suami ibu hamil tersebut tidak berdaya karena pengambilan keputusan sepenuhnya tergantung pada keluarga (orang tua) dari ibu hamil tersebut:

“Pengambilan keputusan tergantung keluarga...kalau tinggal sama suami, ya pengambilan keputusan sama suami, kalau masih gandeng sama mertua atau orang tua ya suami itu kalah, apalagi misalkan usianya yang tadi belum cukup jadi masih manut sama mbah-mbahe...” (Bd. E)

Jawaban informan dan bidan komunitas diatas diperkuat dengan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di rumah ibu hamil di lokasi penelitian. Pada saat ada ibu hamil mau menentukan tempat untuk persalinan, harus bermusyawarah dulu dengan orang tua yaitu ayah dan ibu dari ibu hamil. Ibu hamil dan suami tersebut masih tinggal bersama dengan orang tua ibu hamil, dimana hasil observasi peneliti ayah (orang tua) ibu hamil ini mempunyai peran besar dalam pengambilan keputusan terkait kehamilan dan rencana persalinan ibu hamil sampai akhirnya diputuskan untuk bersalin di Bidan.

### **5.1.9 Persepsi informan tentang tokoh yang berpengaruh untuk mempromosikan kesiapsiagaan persalinan**

Pada penelitian ini pada saat peneliti menanyakan, siapa tokoh yang paling berpengaruh untuk mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil, semua informan mempunyai jawaban yang sama yaitu Bapak kepala dusun (pamong), sebagai berikut:

”...kalau untuk mempromosikan kesiapsiagaan persalinan ya Pak Kasun atau ibu kasun” (Bd. N)

” ya kalau disini pak Kasun bu...kalau pak kasun yang nyuruh pada manut” (Bd. A)

”Nggeh pak kasun..” (kader M)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, tokoh yang dianggap berpengaruh dan sebagai *personal reference* dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan adalah kepala dusun (pamong), hal ini juga diperkuat dari hasil observasi peneliti di lapangan, dimana kepala dusun merupakan tokoh yang sangat disegani oleh masyarakat pedesaan di wilayahnya, kepala dusun juga merupakan satu-satunya penguasa wilayah tertinggi di dusunnya. Berdasarkan informasi dari masyarakat setempat, warga akan selalu ”manut” atau nurut jika yang memerintahkan adalah Bapak kepala dusun.

## **5.2 Pengembangan Model Pemberdayaan Kepala Dusun**

### **5.2.1 Pengembangan Modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya**

Berdasarkan hasil penelitian pada tahap I (*pre elimanary study*) yang dilakukan kepada 10 ibu hamil, orang tua (mertua ibu hamil), bidan komunitas, dukun bayi (paraji) dan kader kesehatan masih ditemukan beberapa budaya yang dilakukan oleh ibu hamil selama kehamilan maupun dalam rangka mempersiapkan persalinan. Budaya yang masih ditemukan selama kehamilan misalnya beberapa ibu hamil menganggap bahwa mempersiapkan perlengkapan persalinan misalnya baju ibu dan baju bayi dilakukan jauh-jauh hari pada masa kehamilan adalah suatu hal yang tabu

(istilah jawanya ora becik). Meskipun kehamilan dan persalinan adalah suatu proses alamiah atau peristiwa normal, akan tetapi kehamilan dan persalinan perlu dipersiapkan, karena sewaktu-waktu bisa mengalami kegawatdaruratan atau komplikasi yang tidak bisa diprediksi.

Berdasarkan informasi dari ibu hamil dan keluarga serta bidan komunitas tingkat persiapan persalinan pada ibu hamil sangat kurang, hampir semua ibu hamil belum mempersiapkan persalinannya dengan baik, misalnya dalam hal persiapan dana, perlengkapan ibu dan bayi, selain itu juga masih ditemukan banyak kasus pernikahan dini di lokasi penelitian. Berdasarkan wawancara dengan bidan komunitas, kader kesehatan dan ibu hamil serta hasil observasi di lokasi penelitian tokoh masyarakat yang paling berpengaruh dan dianggap sebagai *personal reference* di lokasi penelitian adalah kepala dusun (pamong). Hasil observasi peneliti di sebuah desa di lokasi penelitian pada saat ada kasus ibu hamil yang dirujuk dan harus dilakukan operasi sementara ibu hamil tersebut tidak mempunyai BPJS dan harus membayar operasi yang cukup mahal, kepala dusun ini yang menggerakkan warganya untuk berpartisipasi membantu biaya operasi ibu hamil tersebut. Hasil wawancara lainnya yang dilakukan oleh peneliti kepada beberapa masyarakat di lokasi penelitian, masyarakat tersebut juga menyampaikan informasi yang sama bahwa tokoh yang berpengaruh di lokasi penelitian adalah kepala dusun.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi tersebut tim peneliti mengidentifikasi model pemberdayaan masyarakat yang tepat dalam mempromosikan program kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan khususnya di Kecamatan Bandar Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur. Model pemberdayaan masyarakat yang akan dikembangkan nantinya berupa penyuluhan atau edukasi tentang kesiapsiagaan persalinan melalui pamong atau kepala dusun dengan menggunakan modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya yang dikembangkan oleh tim peneliti dengan menggunakan bahasa Jawa yang mudah dipahami dan disesuaikan dengan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. Pemilihan pamong atau kepala

dusun ini didasari oleh hasil wawancara mendalam yang dilakukan ke Bidan Desa, Kader Kesehatan, ibu hamil dan beberapa tokoh masyarakat yang menyampaikan bahwa orang yang paling berpengaruh di daerah pedesaan adalah kepala dusun atau pamong. Hasil penelitian tahap I ini juga akan dijadikan sebagai bahan untuk mengembangkan modul intervensi.

Pembuatan modul pelatihan ini dilakukan setelah penelitian pendahuluan selesai. Modul yang dibuat terdiri dari modul untuk fasilitator Bidan dan modul untuk kepala dusun. Pembuatan modul fasilitator bidan dilakukan sebanyak empat kali revisi dan modul pamong dilakukan sebanyak 5 kali revisi, seperti pada tabel berikut:

Tabel 5. 2 Pembuatan Modul Fasilitator Bidan

<b>Modul Pelatihan Pamong</b>	<b>Tanggal Pembuatan /Revisi</b>	<b>Catatan Reviewer/Pakar</b>
Draft Modul 1	4 Agustus 2022	Modul bisa lebih dipersingkat, bagian modul tidak usah terlalu banyak.
Revisi 2	18 Agustus 2022	Perbaiki bagian gambar setiap bab, cek penggunaan bahasa.
Revisi 3	4 September 2022	Perlu ditambahkan skrining ibu hamil.
Revisi 4 (modul final)	18 September 2022	Modul siap dicetak

Beberapa masukan dari tim review untuk modul fasilitator bidan ini antara lain modul perlu lebih dipersingkat, penggunaan tata bahasa yang lebih baik, perlu ditambahkan skrining ibu hamil sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 21 tahun 2021, tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual.

Setelah dilakukan revisi modul final untuk fasilitator Bidan ini terdiri dari 7 Bab (Sesi), yaitu Bab 1 Pentingnya pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care), Bab 2 Kesiapsiagaan Persalinan, Bab 3 Tanda-tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas, Bab 4 Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan, Bab 5 Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif, Bab 6 Budaya yang

membahayakan kehamilan dan persalinan dan Bab 7 Skrining pada masa kehamilan.

Tabel 5.3 Pembuatan Modul Kesiapsiagaan Persalinan Panduan Pamong

<b>Modul Pelatihan Pamong</b>	<b>Tanggal Pembuatan /Revisi</b>	<b>Catatan Reviewer/Pakar</b>
Draft Modul 1	8 Agustus 2022	Modul lebih disederhanakan dari jumlah halaman dan kata-katanya
Revisi 2	22 Agustus 2022	Bahasa Jawa yang digunakan dicek lagi.
Revisi 3	3 September 2022	Gambar-gambar yang ada dimodul sebaiknya menggunakan ilustrasi ulang.
Revisi 4	21 September 2022	Pengecekan ulang kata-kata dan tata bahasa Jawa yang ada di dalam modul
Revisi 5 (Modul Final)	12 Oktober 2022.	Draft finalisasi dan editing modul untuk naik cetak

Beberapa masukan dari *tim review* yang terdiri dari pakar komunikasi Bahasa Jawa, Bidan Senior, ahli Gynekologi dan pakar budaya, dari modul yang sudah dikembangkan beberapa hal yang perlu diperbaiki misalnya isi modul lebih disederhanakan dari segi halaman dan kosa kata sehingga modul lebih mudah dipahami oleh masyarakat. Penggunaan istilah-istilah medis dihilangkan. Selain itu draft modul yang sudah dibuat selanjutnya dikonsultasikan kepada tokoh masyarakat (kepala dusun) untuk meminta masukan, apakah kira-kira modul tersebut mudah dipahami atau tidak dan pakar bahasa Jawa di lokasi penelitian setempat untuk mendapat masukan dan penyempurnaan kosa kata bahasa Jawa yang digunakan.

Setelah dilakukan revisi terakhir modul yang final terdiri dari Sesi (1) Pentingnya pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care); (2) Kesiapsiagaan Persalinan; (3) Tanda-tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas; (4) Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan; (5) Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif; (6) Budaya-budaya yang berhubungan dengan Kehamilan dan Persalinan. Modul yang dikembangkan didesain dengan menggunakan bahasa Jawa sehingga mudah dipahami oleh pamong dan masyarakat lokal. Modul tokoh masyarakat ini dibuat sesederhana mungkin, menyesuaikan

dengan latar belakang pendidikan, dan sosial budaya kepala dusun atau pamong yang tinggal dilokasi daerah intervensi sehingga memudahkan kepala dusun dalam menyampaikan pesan-pesan isi modul kepada ibu hamil, suami dan keluarga.

### **5.2.2 Pengembangan Modul**

Sebelum modul yang telah disusun dan model kepala dusun diimplementasikan di daerah intervensi, terlebih dahulu dilakukan uji coba. Uji coba dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bandar, Kabupaten Pacitan, dengan pertimbangan bahwa wilayah kerja Puskesmas ini memiliki karakteristik ibu hamil dan kepala dusun serta sosial ekonomi budaya yang relatif sama dengan keadaan daerah kontrol dan intervensi.

Uji coba modul dan model dilakukan pada bulan November 2022 bertujuan untuk menguji modul dan model pelatihan apakah sudah sesuai dengan kebutuhan ibu hamil dan kepala dusun atau tidak. Jika tidak sesuai dengan kebutuhan ibu hamil dan kepala dusun maka modul dan modelnya diperbaiki agar saat dipakai di daerah intervensi mendapat hasil yang maksimal.

Uji coba modul dan model pelatihan pemberdayaan kepala dusun ini diikuti oleh 6 orang pamong (kepala Dusun) yang terpilih dan 6 orang kader kesehatan, kegiatan diselenggarakan selama 2 hari. Materi yang diberikan sesuai dengan urutan materi yang ada di dalam modul. Materi pada hari pertama yaitu tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care), Kesiapsiagaan Persalinan, Tanda-tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas. Sebelum kegiatan dimulai peserta terlebih dahulu diberikan *pre test* terkait materi yang akan diberikan. Supaya peserta pelatihan tidak terlihat bosan selama mengikuti kegiatan pelatihan, maka peneliti melakukan pemutaran video tentang kelas ibu hamil, menyiapkan game dan *door price* yang diberikan kepada peserta yang aktif bertanya maupun berdiskusi selama kegiatan pelatihan berlangsung. Diakhir sesi pelatihan ada kegiatan role playing, kepala dusun (pamong) tersebut mempraktekkan bagaimana memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu hamil yang ada di Dusunnya.

Kegiatan uji coba dihari pertama ini dimulai pukul 09.00 WIB dan selesai pada pukul 13.30 WIB.

Materi hari kedua tentang Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan; Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif; Budaya-budaya yang berhubungan dengan Kehamilan dan Persalinan. Kegiatan uji coba hari kedua dimulai Pukul 09.00 s.d 12.00 WIB. Kegiatan uji coba modul dan model ini berjalan dengan lancar, kepala dusun sangat antusias dan semangat dalam mengikuti kegiatan pelatihan yang dilakukan, hal ini dikarenakan kepala dusun tersebut selama ini tidak pernah memperoleh pelatihan apalagi dengan adanya pandemi COVID 19.

Berdasarkan hasil uji coba modul kepala dusun tersebut menyatakan modul edukasi yang telah dibuat mudah dipahami dan mudah disampaikan kepada ibu hamil di wilayahnya karena modul ini didisain dengan menggunakan Bahasa Jawa dan ukuran modul yang tidak terlalu tebal serta dilengkapi oleh gambar-gambar yang berwarna sehingga memudahkan kepala dusun tersebut dalam menyampaikan kepada ibu hamil dan keluarganya. Beberapa hal yang masih perlu diperbaiki berdasarkan masukan dari kepala dusun tersebut misalnya masih ada bagian modul yang narasinya terlalu kebanyakan misalnya pada materi *Antenatal Care* dan ASI eksklusif, oleh karena itu masukan dari kepala dusun tersebut masih perlu dipersingkat lagi pada bagian kedua materi tersebut supaya lebih ringkas.

Berdasarkan pendapat dari ibu hamil dan keluarga yang mengikuti kegiatan uji coba, ibu hamil dan keluarga tersebut menyatakan bahwa penyampaian edukasi yang dilakukan oleh kepala dusun tersebut mudah dipahami, karena menggunakan Bahasa Jawa, selain itu kepala dusun dalam menyampaikan materi juga diselengi “guyonan” sehingga tidak membuat bosan.

Uji coba modul bidan pada penelitian ini dilakukan kepada 2 orang Bidan Desa di wilayah Kecamatan Bandar diluar lokasi penelitian. Kegiatan uji coba modul ini dilakukan selama 2 hari. Pada kegiatan uji coba modul bidan ini menghadirkan 6 orang kepala dusun dan 4 orang kader sebagai

peserta uji coba. Berdasarkan hasil uji coba modul Bidan fasilitator ini mudah dipahami dan disampaikan kepada kepala dusun dan kader di wilayahnya.

### **5.2.3 Pengembangan model Pelatihan Pemberdayaan Kepala Dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil**

Setelah melakukan *Pre eliminary study* (study pendahuluan) dan uji coba modul pada tahap sebelumnya, tahap pelaksanaan penelitian selanjutnya adalah melakukan kegiatan pelatihan kepala dusun (pamong) di daerah intervensi, melakukan pre test dan post test pengetahuan tentang kesiapsiagaan persalinan kepada kepala dusun (pamong), pengambilan data penelitian awal kepada ibu hamil di daerah intervensi dan kontrol, pendampingan kepala dusun dalam melakukan sosialisasi dan penyuluhan tentang kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil dan keluarganya, pada kegiatan sosial kemasyarakatan di daerah intervensi, misalnya pada kegiatan rutin kelompok yasinan dan kegiatan arisan warga. Selanjutnya setelah kegiatan intervensi pertama selesai pada minggu keempat dilakukan *post test 1* (pengukuran kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah intervensi dan kontrol), intervensi kepada ibu hamil oleh kepala dusun (pamong) yang kedua di daerah intervensi dilakukan pada minggu ke lima. Pengambilan data *post test* kedua pada ibu hamil di daerah intervensi dan kontrol dilakukan pada akhir minggu ke 8.

Kelompok intervensi berada di Kecamatan Bandar Kabupaten Pacitan, Provinsi Jawa Timur. Intervensi ini dilakukan kepada Dusun di empat desa yaitu Desa Bangunsari, Desa Watu Pathok, Desa Tumpuk dan Desa Bandar. Jumlah total kepala dusun yang mengikuti kegiatan pelatihan 25 orang. Bentuk intervensi meliputi pelatihan kesiapsiagaan persalinan, pendampingan kepada kepala dusun, pembagian modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya sebagai panduan pamong dalam memberikan edukasi kepada ibu hamil. Profil dari Kepala Dusun bisa dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Karakteristik Kepala Dusun

No.	Variabel	Deskripsi
1.	Umur (tahun) Mean (SD) Median (Min-Max) : 47	44.2 tahun 54 (31-54) tahun
2.	Kategori umur 30-39 tahun 40-54 tahun	8(22.7%) 17 (77.3%)
3.	Pendidikan Terakhir SLTP SLTA regular SLTA Kejar Paket	4 (16%) 8 (32%) 13 (52%)
4.	Pekerjaan Petani Wiraswasta	18 (72 %) 7 (28 %)
5.	Pengalaman menjadi Kepala Dusun 5-10 tahun 10-15 tahun	17 (68%) 8 (32%)

Berdasarkan table 5.4 karakteristik kepala dusun penyuluh rata-rata berumur 44,2 tahun, sebagian besar berpendidikan SLTA kejar paket (52%), bekerja sebagai petani (72%) dan pengalaman menjadi kepala dusun paling banyak antara 5-10 tahun.

Kegiatan pelatihan pertama diadakan di Desa Bangunsari, kegiatan pelatihan ini mengundang Bapak Camat Bandar, Kepala Desa, Kepala dusun berjumlah 6 orang dari 6 dusun, Kader Kesehatan pendamping pamong 6 orang (perwakilan dari masing-masing dusun), Bidan Desa di lokasi penelitian terpilih 1 orang, Bidan fasilitator 1 orang, BPD 1 orang dan perwakilan tokoh masyarakat/tokoh agama dari masing-masing dusun. Kegiatan Pelatihan dimulai dari Pukul 08.00 s.d 15.00 WIB. Pada kegiatan pelatihan pertama di Desa Bangunsari, semua undangan Kepala Dusun dan Kader hadir, untuk undangan tokoh agama dan tokoh masyarakat ada yang berhalangan tidak hadir, ada 1 orang tokoh agama yang tidak hadir. Untuk tokoh agama yang tidak hadir dilakukan kunjungan secara personal ke tokoh agama tersebut, dengan menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan pelatihan, serta membagikan modul kesiapsiagaan persalinan yang sudah dikembangkan. Para kepala dusun (Pamong), tokoh masyarakat, dan tokoh agama tersebut sangat antusias dalam mengikuti kegiatan

pelatihan yang diberikan, mengingat pada kepala dusun (pamong) ini sudah sangat lama sekali tidak mendapatkan pelatihan. Fasilitator kegiatan pelatihan ini dengan melibatkan bidan Desa dan Bidan koordinator wilayah Puskesmas Kecamatan Jeruk. Mekanisme kegiatan pelatihan di desa lainnya sama dengan di desa Bangunsari.

Susunan acara pelaksanaan kegiatan pelatihan pemberdayaan kepala dusun (pamong) di tiap-tiap desa ini dari hari pertama dan kedua sebagai berikut :

- a. Pembukaan kegiatan pelatihan
- b. Pre test
- c. Pemberian materi pelatihan dengan metode ceramah, menonton video, games (permainan)
- d. Tanya Jawab
- e. Diskusi kelompok
- f. Pembagian buku modul kesiapsiagaan persalinan
- g. Simulasi (*role playing*) penyuluhan kesiapsiagaan persalinan oleh kepala dusun (pamong)
- h. Penutupan pelatihan

### **5.3 Implementasi Model Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya oleh Kepala Dusun Kepada Ibu Hamil**

#### **5.3.1 Intervensi Edukasi Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya oleh Kepala Dusun Kepada Ibu Hamil**

##### **a. Intervensi tahap I, 19-24 Desember 2022**

Setelah kegiatan pelatihan kepada kepala dusun (pamong) dan kader kesehatan serta tokoh masyarakat perwakilan dari masing-masing dusun, tahap selanjutnya adalah tahap intervensi yaitu berupa edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis sosial budaya oleh kepala dusun di wilayah masing-masing. Media intervensi yang digunakan yaitu berupa modul kesiapsiagaan persalinan berbahasa Jawa, supaya memudahkan Bapak kepala dusun dalam menyampaikan materi maupun ibu hamil dan keluarganya dalam menerima materi yang disampaikan. Kegiatan intervensi ini menyesuaikan dengan

sosial budaya masyarakat lokal pedesaan setempat. Sasaran edukasi (penyuluhan) ini adalah ibu hamil yang didampingi oleh orang tua (mertua) dan suami. Kegiatan intervensi ini dilakukan selama 3 kali, dengan jarak intervensi tiap-tiap kegiatan 2-3 minggu. Sebelum kegiatan intervensi terlebih dahulu pada minggu pertama dilakukan *Pre test* yang sekaligus merupakan *baseline study* dari kegiatan penelitian ini, baik di daerah intervensi maupun di daerah kontrol.

Sebelum kegiatan edukasi oleh kepala dusun di wilayah intervensi, terlebih dahulu dilakukan pengambilan data awal penelitian (*pre test*) kepada ibu hamil yang berada di kedua wilayah baik wilayah intervensi maupun kontrol. Pengambilan data penelitian tahap pertama (*pre test*) ini dilakukan sebelum kegiatan intervensi pertama. Pengambilan data kedua dilakukan oleh tim peneliti bersama dengan tim enumerator yang terlebih dahulu diberikan pelatihan tata cara wawancara dan pengisian kuesioner penelitian. Pengambilan data penelitian *pre test* ini meliputi data karakteristik demografi responden (ibu hamil) yang terdiri dari umur ibu hamil, pendidikan, dan jumlah anak. Pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, pengetahuan kesiapsiagaan persalinan, sikap, nilai-nilai budaya, dukungan keluarga, pengambilan keputusan, tipe keluarga, akses ke pelayanan kesehatan dan tingkat kesiapsiagaan persalinan (*pre test*), baik pada ibu hamil daerah intervensi maupun kontrol. Untuk selanjutnya tingkat kesiapsiagaan persalinan ini yang akan diukur lagi pada *post test 1* dan *post test 2*. Pengukuran *post test 1* dan *2* di daerah intervensi dilakukan setelah semua ibu hamil mendapatkan edukasi (penyuluhan) tentang kesiapsiagaan persalinan selama 3 kali oleh kepala dusun (pamong) pada kegiatan sosial kemasyarakatan yang telah dijadwalkan.

Lama kegiatan intervensi dalam penelitian ini secara keseluruhan selama 8 minggu. Kegiatan pengukuran dilakukan selama 3 kali yaitu *pre test* pada minggu pertama, *post test 1* pada minggu keempat dan *post test 2* pada akhir minggu ke delapan.

Kegiatan pengambilan data *pre test* ini dilakukan sebelum pelaksanaan kegiatan intervensi tahap I. Setelah dilakukan kegiatan pengambilan data awal *pre test I* kepada ibu hamil baik di daerah intervensi maupun kontrol, dilanjutkan dengan kegiatan intervensi tahap I kepada ibu hamil, suami dan orang tua (mertua ibu hamil). Kegiatan intervensi tahap I ini dilakukan di setiap Dusun di masing-masing desa, melalui kegiatan sosial kemasyarakatan sesuai dengan spesifik lokal sosial budaya setempat yang dihadiri oleh ibu hamil dan keluarganya, misalnya pada acara pertemuan warga berupa kegiatan arisan, atau pada pertemuan dan perkumpulan kelompok Yasinan, dimana kegiatan inilah yang ada di tiap masing-masing dusun, dimana setiap ibu hamil di tiap-tiap dusun beserta orang tua (mertua) dari ibu hamil tersebut terlibat pada kegiatan ini. Pada setiap kegiatan intervensi ini juga mengundang suami dari ibu hamil. Kegiatan intervensi berupa penyuluhan ini dilakukan oleh kepala dusun (pamong) yang sebelumnya sudah dilatih di masing-masing Desa dan didampingi oleh kader yang juga ikut serta pada kegiatan pelatihan sebelumnya. Adapun fungsi kader saat mendampingi pamong ini supaya kepala dusun (pamong) ini supaya memperkuat kegiatan intervensi yang dilakukan sehingga suatu saat apabila kepala dusun (pamong) ini mengalami pergantian kepemimpinan kegiatan ini tetap akan berjalan.

Pada setiap kegiatan intervensi dilakukan pendampingan oleh bidan fasilitator maupun dari tim peneliti. Tujuan pendampingan ini untuk mengetahui sejauh mana kemampuan kepala dusun (pamong) dalam menyampaikan penyuluhan kepada ibu hamil dan juga untuk memonitoring dan evaluasi intervensi yang dilakukan, terutama bagaimana kepala dusun (pamong) dalam menyampaikan materi.

Apabila ada orang tua (suami ibu hamil) yang berhalangan datang maka kepala dusun (pamong) didampingi oleh kader datang (berkunjung) ke rumah ibu hamil tersebut untuk mensosialisasikan sekaligus memberikan penyuluhan kesiapsiagaan persalinan ini. Lama kegiatan intervensi pada setiap pertemuan sekitar 180 menit (3 jam). Intervensi dengan menggunakan

modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya yang telah dikembangkan oleh tim peneliti dan disosialisasikan pada pelatihan pamong sebelumnya. Jumlah ibu hamil yang mengikuti kegiatan intervensi tahap I ini dari daerah intervensi 87 ibu hamil dan daerah kontrol 85 ibu hamil.

Alur kegiatan intervensi oleh kepala dusun pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Pembukaan kegiatan (15 menit)

Kegiatan intervensi ini dibuka oleh Bapak Kepala Dusun (Pamong) dengan menggunakan Bahasa Jawa alus (Kromo Inggil). Bapak Kepala Dusun ini menjelaskan maksud dan tujuan dari kegiatan pelatihan ini. Para peserta kegiatan terutama ibu hamil dan suami pada awalnya terlihat tegang dan canggung mengikuti kegiatan ini, hal ini disebabkan karena kegiatan ini pertama kali dilakukan di dusun ini, dimana kegiatan melibatkan ibu hamil dan keluarganya.

Supaya suasana tidak tegang Bapak kepala dusun pun terkadang sambil sesekali “guyon” atau becanda. Bapak kepala dusun kemudian menceritakan maksud dan tujuan dari kegiatan edukasi (penyuluhan ). Seperti halnya di Dusun Tanjung Desa Bangunsari, edukasi dilakukan oleh Bapak kepala Dusun (Pamong). Bapak kepala dusun memulai pembukaan edukasi dengan menceritakan pengalamannya saat mempunyai anak, dimana bapak kepala dusun ini keempat anaknya lahir di rumah dan hanya di dampingi oleh Bapak Kepala Dusun (pamong) itu sendiri, tanpa adanya Bidan atau tenaga kesehatan lainnya, semua proses persalinannya diproses sendiri dirumah, akan tetapi Bapak Kepala Dusun (pamong) ini menekankan kepada ibu hamil dan keluarganya untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan mengingat saat ini semua persalinan harus dilakukan oleh bidan dan tenaga Kesehatan lainnya. Bapak kepala dusun (pamong) ini juga menekankan bahwa perjuangan perempuan saat persalinan itu taruhannya adalah nyawa antara hidup dan mati, oleh karena itu persalinannya harus dilakukan di tenaga Kesehatan.

## 2. Penyampaian Materi oleh Kepala Dusun (120 menit)

Setelah menyampaikan pengantar (pembukaan) kemudian Bapak kepala Dusun ini menyampaikan materi mulai dari pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga Kesehatan (Bidan), tanda-tanda bahaya kehamilan yang harus diwaspadai dan pentingnya kesiapsiagaan persalinan. Penyampaian materi dengan menggunakan modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya yang sudah didesain dan dikembangkan oleh peneliti dengan menggunakan Bahasa Jawa sehingga mudah dipahami oleh ibu hamil, suami dan keluarganya. Pada saat penyampaian materi Bapak kepala dusun ini menekankan pentingnya persiapan persalinan dalam rangka menyambut buah hati, mulai dari biaya harus dipersiapkan dari jauh-jauh hari, mengingat biaya persalinan itu bukan hanya dibutuhkan pada saat bersalin akan tetapi juga untuk kebutuhan lainnya pada masa sesudah persalinan. Persiapan persalinan berikutnya adalah persiapan armada (transportasi) harus dicari dan disiapkan jauh-jauh hari mengingat tidak semua masyarakat pedesaan mempunyai mobil, sementara jarak antara rumah ibu hamil dengan fasilitas Kesehatan jauh. Bapak kepala dusun (pamong) ini juga menghimbau untuk menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi, sebaiknya mulai dicicil, tidak usah mengikuti orang-orang dahulu kalau menyiapkan persiapan atau perlengkapan bayi jauh-jauh hari itu katanya ora becik “tidak baik”. Persiapan persalinan lainnya yang harus disiapkan oleh ibu hamil adalah persiapan pendonor, hal ini juga penting bagi ibu hamil dan keluarganya untuk mengetahui golongan darah dari ibu hamil sendiri dan masing-masing keluarga.

Setelah menyampaikan materi tentang persiapan persalinan, materi penyuluhan berikutnya adalah tentang tanda-tanda bahaya kehamilan. Bapak Kepala dusun menyampaikan beberapa tanda-tanda bahaya kehamilan yang harus diwaspadai pada ibu hamil meliputi pendarahan dan ini sering sekali terjadi pada ibu hamil, tekanan darah tinggi, kaki dan tangan bengkak, keluar air-air. Bapak kepala dusun (pamong) menghimbau apabila ibu hamil mengalami tanda-tanda tersebut harus segera

memeriksa ke Bidan, meskipun kondisi tengah malam tidak harus menunggu datangnya pagi hari.

Bapak Kepala Dusun menambahkan dan menghimbau apabila ibu hamil sudah merasakan mules jangan menunggu lama-lama untuk segera ke Ibu bidan, mengingat jarak ke Ibu bidan yang agak jauh, jangan sampai persalinannya terjadi di rumah. Bapak kepala dusun juga mengingatkan kepada para suami ibu hamil untuk selalu siaga mendampingi ibu hamil dari mulai pemeriksaan kehamilan, mendampingi saat persalinan dan selalu menemani serta membantu ibu dalam pengasuhan bayi di hari-hari setelah melahirkan, serta mulai menyiapkan biaya untuk persalinannya.

### 3. Diskusi dan tanya jawab (30 menit)

Setelah penjelasan materi penyuluhan oleh kepala dusun (pamong), kegiatan selanjutnya adalah diskusi dan tanya jawab. Kepada ibu hamil, suami dan orang tua diberi kesempatan untuk bertanya apabila ada materi yang belum jelas. Ada salah satu suami ibu hamil yang bertanya untuk persiapan persalinan terkait dana kepada Bapak Kepala Dusun (pamong), bagaimana supaya bisa mendapatkan BPJS gratis dari pemerintah. Bapak kepala dusun menjawab dan menjelaskan terkait kriteria supaya bisa mendapat BPJS gratis. Adapun beberapa ibu hamil dan suami masih malu-malu untuk mengajukan pertanyaan.

### 4. Review materi

Sebelum penutupan materi Bapak kepala dusun (pamong) melakukan review materi yang telah disampaikan dengan memberikan beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan pemeriksaan persalinan dan komponen apa-apa saja yang perlu disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya. Tujuan review materi ini adalah untuk memastikan bahwa materi yang telah disampaikan bisa dimengerti oleh ibu hamil, suami dan keluarganya. Bapak kepala Dusun (pamong) ini memberikan pertanyaan satu persatu kepada ibu hamil, keluarga dan suaminya. Beberapa pertanyaan yang disampaikan oleh ibu hamil ini antara lain;

- a. Berapa kali minimal ibu hamil harus memeriksakan diri ke bidan?

- b. Komponen apa saja yang harus disiapkan oleh ibu hamil dalam rangka mempersiapkan persalinan?
  - c. Tanda-tanda bahaya apa saja yang harus diwaspai oleh ibu hamil?
5. Rencana tindak lanjut dan penutup

Setelah diskusi selesai, selanjutnya adalah rencana tindak lanjut dan penutup. Bapak kepala dusun menyampaikan bahwa kegiatan penyuluhan atau edukasi ini akan dilakukan 3 kali. Kegiatan edukasi (penyuluhan) yang kedua akan dilakukan 2 minggu dari sekarang. Pada saat penyuluhan yang kedua kepada ibu hamil dan keluarganya diminta untuk membawa bukti komponen kesiapsiagaan persalinan yang sudah disiapkan, misalnya terkait perlengkapan ibu dan bayi, bukti kepemilikan BPJS atau persiapan biaya persalinannya.

**b. Intervensi tahap II, 9-14 Januari 2023**

Intervensi tahap II dilakukan dua minggu setelah intervensi yang pertama. Materi intervensi kedua ini ASI Eksklusif, KB sesudah persalinan dan budaya yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan serta pengulangan tentang kesiapsiagaan persalinan yang merupakan materi inti dari kegiatan intervensi ini. Pada intervensi tahap II ini juga dilakukan *Feed back* apa yang sudah disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya untuk persiapan persalinan. Pada intervensi sesi 2 ini ibu hamil diminta menunjukkan (foto) apa saja persiapan persalinan yang sudah disiapkan, ditulis dan difoto. Selain itu untuk memudahkan mengevaluasi tingkat kesiapsiagaan persalinan ibu hamil ini juga menyiapkan lembar ceklist yang berisi butir-butir komponen kesiapsiagaan persalinan yang harus disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya. Tempat pelaksanaan kegiatan intervensi kedua ini dilaksanakan di setiap dusun/desa masing-masing. Pelaksanaan kegiatan menyesuaikan dengan kegiatan sosial kemasyarakatan yang ada di wilayah masing-masing dusun, misalnya pada kegiatan kelompok ibu-ibu Yasinan, kelompok arisan dan sosial kemasyarakatan lainnya. Kegiatan intervensi penyuluhan tahap II ini dilaksanakan dari tanggal 9-14 Januari 2023.

Jumlah peserta ibu hamil pada intervensi tahap II ini berjumlah 86 orang ibu hamil. Hal ini dikarenakan 1 orang ibu hamil mengalami keguguran yaitu ibu hamil yang berasal dari Desa Watupathok. Bagi ibu hamil yang tidak datang, intervensi dilakukan dengan mendatangi langsung rumah ibu hamil tersebut. Kepala dusun (pamong) didampingi oleh kader memberikan penyuluhan kepada ibu hamil, suami dan orang tua ibu hamil di rumah masing-masing. Sehingga bagi ibu hamil yang tidak datang tetap mendapatkan informasi dan edukasi yang sama.

Adapun kegiatan intervensi Penyuluhan Kesiapsiagaan Persalinan tahap II ini antara lain pembukaan, *Post test I*, Penyampaian Materi oleh Kepala Dusun didampingi oleh Kader serta bidan fasilitator dan rencana tindak lanjut dan penutupan.

### **c. Pendampingan dan pengamatan kegiatan Intervensi**

Pada setiap kegiatan intervensi tim peneliti bersama dengan bidan fasilitator melakukan kegiatan pendampingan kepada kepala dusun (pamong). Tujuan kegiatan pendampingan ini adalah untuk memastikan bahwa intervensi di tiap-tiap dusun berjalan sesuai dengan yang direncanakan. Selain itu kegiatan pendampingan ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan kepala dusun (pamong) dalam memberikan penyuluhan dan menyampaikan materi dari kegiatan pelatihan yang telah diperoleh. Pada saat pendampingan ini tim peneliti dan fasilitator menanyakan kepada kepala dusun (pamong) ini hambatan apa saja yang ditemui pada saat mengimplementasikan materi penyuluhan yang telah diperoleh dalam memberikan penyuluhan kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil, suami dan keluarganya.

Pada kegiatan pendampingan ini juga diketahui bagaimana pelaksanaan edukasi (penyuluhan) kesiapsiagaan persalinan yang dilakukan oleh kepala dusun (pamong) ini kepada ibu hamil di wilayahnya.

Untuk memudahkan evaluasi pada saat pendampingan tim peneliti menyiapkan *form* berupa ceklist, berupa butir-butir pertanyaan evaluasi dari

materi yang diberikan, supaya materi tentang kesiapsiagaan persalinan ini tidak ada yang terlewat dan disampaikan semua kepada ibu hamil.

#### **d. Intervensi Tahap III, 23-28 Januari 2023**

Intervensi tahap III ini dilakukan pada minggu ke-6 dari kegiatan intervensi awal. Intervensi tahap III ini bertujuan untuk pemantapan dan evaluasi tingkat kesiapsiagaan persalinan yang sudah disiapkan oleh ibu hamil dan keluarganya.

Materi yang disampaikan memfokuskan pada materi kesiapsiagaan persalinan yang merupakan penguatan dari materi sebelumnya dan penambahan materi budaya-budaya yang negatif yang tidak bermanfaat selama kehamilan dan persalinan. Jangka waktu intervensi penyuluhan tahap ketiga dengan tahap pertama ini adalah 6 minggu, dengan tahap kedua 2 minggu. Pada intervensi tahap ke tiga ini tidak dilakukan *post test*, *post test II* akan dilakukan setelah intervensi yang ketiga. Kegiatan intervensi dilakukan di dusunnya masing-masing. Pelaksanaan intervensi tahap III ini di Desa Bangunsari tanggal 23-24 Januari 2023, di desa Bandar tanggal 25-27 Januari 2023, di desa WatuPathok dan desa Tumouk tanggal 27-28 Januari 2023.

Pada kegiatan pelatihan tahap III ini ada 7 orang ibu karena 2 orang mengalami keguguran, 1 orang melahirkan, 2 orang ibu hamil di Watupathok tidak datang karena tidak ada yang mengantar, 3 orang ibu hamil di Desa Bandar tidak datang karena saat pelaksanaan intervensi kondisi hujan. Bagi ibu hamil yang tidak datang saat intervensi, maka dilakukan kunjungan rumah oleh Bapak Kepala Dusun didampingi oleh kader kesehatan. Tujuan kunjungan rumah ini sama dengan kegiatan intervensi yang dilakukan yaitu untuk penguatan dan pemantapan tingkat kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil, mengingat ini merupakan intervensi yang terakhir. Jumlah ibu hamil yang mengikuti kegiatan intervensi tahap III ini ada 80 orang.

Kegiatan intervensi penyuluhan ibu hamil tahap III ini antara lain:

- a. Pembukaan oleh Bapak Kepala Dusun
- b. Berbagi pengalaman (*sharing*) tentang persiapan persalinan oleh masing-masing ibu hamil

- c. Pengulangan materi kesiapsiagaan persalinan
- d. Evaluasi tingkat kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil
- e. Penutup dan rencana tindak lanjut

### **5.3.2 Pengukuran Perilaku kesiapsiagaan persalinan (*Post test II*)**

Kegiatan pengukuran variable penelitian tingkat kesiapsiagaan persalinan ibu hamil yang ketiga ini dilakukan pada minggu ke 8 dari kegiatan *baseline study* yaitu antara tanggal 6-11 Februari 2023. Kegiatan pengukuran dilakukan oleh tim peneliti dengan mendatangi rumah ibu hamil langsung dan didampingi oleh kepala dusun atau kader wilayah setempat. Apabila kepala dusun berhalangan hadir maka pengambilan data pengukuran (*post test*) kedua ini dilakukan bersama-sama dengan ibu kader. Pada saat pengambilan data *post test II* ini sekaligus peneliti melakukan pengamatan kepada ibu hamil, untuk mengetahui tingkat kesiapsiagaan persalinan masing-masing ibu hamil, misalnya minta ibu hamil untuk menunjukkan perlengkapan ibu dan bayi yang sudah disiapkan dalam 1 tas, bagi ibu hamil yang mempunyai JKN/BPJS/KIS diminta menunjukkan kartu JKN/KISnya, bagi ibu yang belum punya JKN/KIS diminta untuk menunjukkan persiapan biaya persalinannya, untuk persiapan pendonor kepada ibu hamil diminta untuk menunjukkan hasil pemeriksaan golongan darah ibu hamil dan calon pendonor yang berasal dari suami, orang tua atau anggota keluarga lainnya.

Soal untuk pengukuran *post test 3* ini sama dengan pertanyaan pada pengukuran *post test 2* yaitu berisi komponen kesiapsiagaan persalinan yang terdiri dari 10 pertanyaan. Setelah dilakukan *post test* tim peneliti dan Bapak kepala Dusun (pamong) tetap mengingatkan kepada ibu hamil dan keluarga tersebut supaya selalu bersiap-siaga dalam mempersiapkan persalinan dan kefasilitas Kesehatan saat sudah ada tanda-tanda persalinan.

### **5.3.3 Pelaksanaan Pengukuran *Pre-test* dan *Post test* Ibu Hamil di Daerah kontrol**

Jumlah ibu hamil yang menjadi responden di daerah kontrol berjumlah 85 orang. Kedelapan puluh lima orang ibu hamil ini tinggal di

Wilayah Puskesmas Nawangan. Berbeda halnya ibu hamil di daerah intervensi yang diberikan penyuluhan, ibu hamil di daerah kontrol ini tidak dilakukan penyuluhan, hanya dilakukan pengumpulan data sebanyak 3 kali, yaitu pengukuran pertama (*pre test 1*), pengukuran kedua (*post test 1*), dan pengukuran ketiga (*post test 2*). Waktu pelaksanaan pengukuran dari mulai *pre test*, *post test 1* dan *post test 2* dilaksanakan bersamaan dengan daerah intervensi. Pengukuran pertama pada tanggal 19 s.d 24 Desember 2022, pengukuran kedua pada 9-14 Januari 2023, Pengukuran kedua pada 6-11 Februari 2023. Kuesioner yang digunakan di daerah kontrol ini sama dengan daerah intervensi, jumlah ibu hamil pada *post test 1* sebanyak 84 orang, 1 orang ibu hamil mengalami keguguran dan pada *post test 2* sebanyak 83 karena 1 orang mengalami persalinan.

Setelah pengukuran selesai dilakukan, sebagai etika penelitian maka ibu hamil di daerah kontrol diberikan penyuluhan tentang kesiapsiagaan persalinan dan diberikan souvenir seperti halnya ibu hamil di daerah intervensi. Bentuk kegiatan di daerah kontrol berupa penyuluhan pentingnya pemeriksaan kehamilan, kesiapsiagaan persalinan, ASI eksklusif, KB Pascapersalinan dan budaya-budaya yang membahayakan kehamilan dan persalinan. Kegiatan penyuluhan di daerah kontrol dilakukan di Pondok Bersalin Desa (Polindes) wilayah setempat.

#### **5.4 Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil**

Kesiapsiagaan persalinan dalam penelitian ini mengacu kepada komponen kesiapsiagaan persalinan (*birth preparedness*) JGPIEGO yang sudah dimodifikasi di dalam buku KIA tahun 2020 dan ditambahkan oleh komponen pemberian ASI eksklusif oleh peneliti karena menyesuaikan dengan kondisi wilayah lokasi penelitian, sehingga semua terdiri dari 10 komponen pertanyaan, terdiri dari rencana pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, rencana pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, persiapan pendonor, persiapan biaya persalinan, persiapan transportasi, rencana pendamping persalinan, rencana KB sesudah persalinan, perlengkapan ibu dan bayi, dokumen penting dan pemberian ASI eksklusif. Masing-masing komponen jika telah disiapkan atau direncanakan

diberikan nilai atau *score* 1, jika belum disiapkan diberikan nilai 0, dikatakan *well prepare* apabila ibu hamil tersebut telah mempersiapkan semua komponen kesiapsiagaan persalinan yang terdiri dari 10 komponen, *less prepare* apabila ibu hamil tersebut belum menyiapkan 10 komponen kesiapsiagaan persalinan. Skala ukur kesiapsiagaan persalinan ini menggunakan skala kategorik, adapun untuk analisa data dengan *Difference in Difference Analisis* (DiD) menggunakan skala numerik, dibagi menjadi 2 yaitu  $score = 10$  dan  $score < 10$ .

#### 5.4.1 Distribusi Frekuensi Perubahan Tingkat kesiapsiagaan Persalinan Pada ibu hamil Daerah Intervensi dan Kontrol

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Perubahan Tingkat Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil daerah Intervensi dan Kontrol

Kesiapsiagaan Persalinan	Pre Test				Post Test 1				Post Test 2			
	Intervensi		Kontrol		Intervensi		Kontrol		Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Well Prepare</i>	12	13,8	10	11,8	44	51,2	38	45,2	63	75	45	53,5
<i>Less Prepare</i>	75	86,2	75	88,2	42	48,8	46	54,8	21	25	38	45,2
<b>Total</b>	87	100	85	100	86	100	84	100	84	100	83	100

Berdasarkan table.5.5 jumlah responden awal pada penelitian ini untuk daerah intervensi berjumlah 87 ibu hamil dan daerah kontrol 85 ibu hamil, pada pengukuran tahap 2 ada 1 orang ibu hamil di daerah intervensi yang mengalami *droup out* (DO) karena keguguran dan daerah kontrol 1 orang. Pada pengukuran tahap 3 ada 1 orang ibu hamil di daerah intervensi mengalami persalinan demikian juga pada daerah kontrol. Sehingga diakhir intervensi ada 84 ibu hamil daerah intervensi dan 83 ibu hamil daerah kontrol.

Perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah intervensi pada saat pengukuran awal (*pre test*) hanya 12 responden yang mempunyai tingkat kesiapsiagaan persalinan baik (*well prepare*), setelah dilakukan intervensi 4 minggu setelah pengukuran *post test I* terdapat 44 responden ibu hamil yang *well prepare*, dan pada saat pengukuran post test II setelah minggu ke 8 sebanyak 63 ibu hamil yang *well prepare*. Pada daerah kontrol ibu hamil yang mempunyai

tingkat kesiapsiagaan persalinan baik (*well prepare*), pada saat *pre test* sebanyak 10 responden (13,8%), meningkat menjadi 38 responden (45,2%) pada *post test 1* dan 45 responden (53,5%) pada *post test 2*.

#### 5.4.2 Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan kesiapsiagaan Persalinan Daerah Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan Kesiapsiagaan Persalinan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi

Komponen pengetahuan kesiapsiagaan persalinan	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
Pengetahuan pertolongan persalinan	55	63,2	41	48,2
Pengetahuan tempat Pertolongan persalinan	53	60,9	43	50,6
Pengetahuan persiapan biaya persalinan	50	57,5	58	68,2
Pengetahuan calon pendonor darah	6	6,8	5	5,9
Persiapan transportasi	33	37,9	17	20
Pengetahuan pendamping Persalinan	15	17,2	5	5,9
Pengetahuan perlengkapan ibu dan bayi	50	57,5	65	76,5
Pengetahuan KB sesudah persalinan	13	14,9	8	9,4
Pengetahuan pemberian ASI eksklusif	15	17,2	5	5,9
Pengetahuan dokumen penting	14	16,8	14	16,8

Berdasarkan tabel 5.6 pada kelompok intervensi responden menjawab dengan benar komponen pertanyaan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan didominasi oleh pertanyaan pengetahuan rencana pertolongan persalinan yaitu sebesar 63,2% dan paling sedikit menjawab dengan benar pada komponen pertanyaan calon pendonor. Pada kelompok kontrol responden menjawab dengan benar komponen pertanyaan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan didominasi oleh pertanyaan pengetahuan perlengkapan ibu dan bayi dan paling sedikit menjawab dengan benar pada komponen pertanyaan pengetahuan calon pendonor darah (5,9%) dan pengetahuan pemberian ASI eksklusif (5,9%)

### 5.4.3 Distribusi Frekuensi Komponen Pengetahuan Tanda Bahaya Kehamilan Daerah Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tanda Bahaya Kehamilan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi

Komponen pengetahuan kesiapsiagaan persalinan	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
Perdarahan Pervagina	67	77,0	53	60,9
Nyeri Perut yang Hebat	11	12,6	12	13,7
Gerakan Janin berkurang	15	17,2	7	8,0
Bengkak pada muka/tangan/kaki	20	22,9	20	23,5
Penglihatan Kabur	8	9,1	9	10,3
Sakit Kepala Hebat	7	8,0	8	9,1
Demam	12	13,7	11	12,6
Muntah-muntah hebat	22	25,2	27	31,0
Keluar air-air dari vagina	40	45,9	34	39,0

Berdasarkan tabel 5.7 distribusi frekuensi pengetahuan tanda bahaya kehamilan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum intervensi, paling banyak responden mengetahui tanda bahaya kehamilan adalah perdarahan pervagina (77,2%), hanya sedikit responden yang menyebutkan tanda bahaya kehamilan penglihatan kabur (9,1%) dan sakit kepala (9,1%).

### 5.4.4 Hubungan Perilaku kesiapsiagaan persalinan dengan berbagai faktor

Pada penelitian ini untuk mengetahui hubungan karakteristik subyek penelitian (usia, pendidikan, jumlah anak), *predisposing factor* (pengetahuan tanda bahaya kehamilan, pengetahuan kesiapsiagaan persalinan, sikap ibu, nilai-nilai budaya), *reinforcing factors* (dukungan keluarga, pengambilan keputusan, tipe keluarga) dan *enabling factors* (akses ke faskes) dengan perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah intervensi dan kontrol dilakukan analisa data menggunakan uji *Chi Square*, seperti pada table berikut

Tabel 5. 8 Hubungan Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan dengan Berbagai Faktor

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		P-value	OR	95%CI
	N	%	N	%			
<b>Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan</b>							
<i>Well Prepare</i>	12	13,8	10	11,8	-	-	-
<i>Less Prepare</i>	75	86,2	75	88,2			
<b>Intervensi Kepala Dusun</b>							
Dilakukan	87	100	0	0	<b>0,012</b>	2,277	1,190-4,356
Tidak dilakukan	0	0	85	100			
<b>Usia</b>							
Tidak Berisiko	68	78,2	53	62,4	0,637	0,848	0,426-1,685
Berisiko	19	21,8	32	37,6			
<b>Pendidikan</b>							
Tinggi	38	43,7	36	42,4	0,563	0,670	0,171-2,626
Rendah	49	56,3	49	57,6			
<b>Jumlah Anak</b>							
≤2	81	93,1	80	94,1	0,467	1,574	0,459-5,395
>2	6	6,9	5	5,9			
<b>Pengetahuan tanda bahaya kehamilan</b>							
Baik	23	26,4	11	12,9	<b>0,033</b>	2,600	1,058-6,387
Kurang	64	73,6	74	87,1			
<b>Pengetahuan kesiapsiagaan persalinan</b>							
Baik	27	31	19	22,4	<b>0,034</b>	2,214	1,050-4,666
Kurang	60	69	66	77,6			
<b>Sikap Ibu</b>							
Positif	84	96,6	77	90,6	0,146	2,288	0,732-7,158
Negatif	3	3,4	8	9,4			
<b>Nilai-nilai Budaya</b>							
Positif	71	81,6	49	57,6	0,988	0,955	0,493-2,005
Negatif	16	18,4	36	42,4			
<b>Dukungan Suami</b>							
Baik	55	63,2	28	32,9	0,463	1,269	0,671-2,401
Cukup	32	36,8	57	67,1			
<b>Pengambilan keputusan</b>							
Ibu hamil bersama suami	64	73,6	58	68,2	0,828	0,924	0,455-1,879
Keluarga besar	23	26,4	27	31,8			
<b>Tipe Keluarga</b>							
Keluarga Inti	30	34,5	18	21,2	0,732	1,132	0,558-2,295
Keluarga besar	57	65,5	67	78,8			
<b>Akses ke Faskes</b>							
Mudah	77	88,5	54	63,5	0,932	1,033	0,489-2,183
Sulit	10	11,5	31	36,5			

Berdasarkan tingkat kesiapsiagaan persalinan pada table 5.8 hasil *pre test*, paling banyak ibu hamil dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan kurang (*less prepare*), baik di daerah intervensi maupun kontrol, di daerah intervensi sebanyak 75 responden (86,2%) ibu hamil dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan kurang (*less prepare*) dan di daerah kontrol sebanyak 75 responden (88,2%). Berdasarkan karakteristik ibu hamil baik pada kelompok intervensi maupun kontrol paling banyak pada kelompok usia tidak berisiko, berdasarkan pendidikan paling banyak dengan pendidikan dasar, berdasarkan jumlah anak paling banyak responden dengan anak  $\leq 2$ .

Hasil analisis data menggunakan uji *chi square* pada tabel 5.10 variabel yang mempunyai hubungan signifikan ( $p\text{-value} < 0,05$ ) dengan perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil adalah variabel intervensi kepala dusun ( $p\text{-value}=0,012$ ), pengetahuan tanda bahaya kehamilan ( $p\text{-value} =0,033$ ) dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan ( $p\text{-value}=0,034$ ). Adapun variabel usia, pendidikan, jumlah anak, sikap ibu, nilai budaya, dukungan keluarga, pengambilan keputusan, tipe keluarga dan akses ke fasilitas kesehatan tidak berhubungan secara signifikan dengan kesiapsiagaan persalinan ( $p\text{-value} > 0,05$ ).

### **5.5 Faktor Penentu Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil**

Pada penelitian ini dilakukan analisis *multivariate* menggunakan regresi logistik ganda untuk menilai pengaruh variable independen utama yaitu variabel intervensi oleh kepala dusun terhadap variable dependen setelah dikontrol dengan variable *confounding*.

Pada tahap ini dilakukan pemilihan kandidat variable yang masuk ke dalam model *multivariate*, kemudian dilakukan analisis satu persatu untuk masing-masing kovariate dengan menggunakan regresi logistik. Variabel yang menjadi kandidat model *multivariate* adalah variable yang mempunyai nilai kovariate hasil uji  $p\text{-value} < 0,25$ , dimana variabel ini akan masuk menjadi kandidat ke dalam model *multivariate*, yaitu intervensi kepala dusun ( $p\text{ value } 0,012$ ), jumlah anak ( $p\text{ value } 0,239$ ), pengetahuan tanda bahaya kehamilan ( $p\text{ value } 0,246$ ) dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan ( $p\text{ value } 0,212$ ). Variabel usia, pendidikan,

sikap ibu, nilai-nilai budaya, dukungan keluarga, pengambil keputusan, tipe keluarga, akses ke faskes dikeluarkan dari model awal karena memiliki p-value > 0,25 sehingga variabel tersebut bukan kandidat untuk dimasukkan kedalam model fit multivariate.

Tabel 5.9 Faktor Penentu Perilaku Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil

Variabel	n	Unadjusted			Adjusted		
		OR	CI 95%	P-value	OR	95%CI	P-Value
<b>Intervensi Kepala Dusun</b>							
Dilakukan	87	2,175	0,992-4,769	<b>0,012**</b>	2,091*	1,081-4,043	0,028
Tidak dilakukan	85	1	ref				
<b>Usia</b>							
Tidak Berisiko	121	1	ref	0,771			
Beresiko	51	1,119	0,526-2,381				
<b>Pendidikan</b>							
Tinggi	74	1	ref	0,408			
Dasar	98	0,538	0,124-2,338				
<b>Jumlah Anak</b>							
≤ 2	161	2,292	0,576-9,125	<b>0,239**</b>			
> 2	11	1	ref				
<b>Pengetahuan tanda bahaya Kehamilan</b>							
Baik	34	1,361	0,809-2,288	<b>0,246**</b>			
Kurang	138	1	ref				
<b>Pengetahuan Kesiapsiagaan Persalinan</b>							
Baik	46	1,314	0,856-2,019	<b>0,212**</b>	1,405*	0,960-2,055	0,08
Kurang	126	1	ref				
<b>Sikap Ibu</b>							
Positif	161	1,326	0,712-2,468	0,374			
Negatif	11	1	ref				
<b>Nilai-nilai Budaya</b>							
Positif	120	1	ref	0,595			
Negatif	52	0,111	0,755-1,635				
<b>Dukungan Suami</b>							
Baik	83	0,95	0,449-2,011	0,893			
Cukup	89	1	ref				
<b>Pengambilan keputusan</b>							
Ibu hamil bersama suami	122	0,96	0,433-2,138	0,925			
Keluarga Besar	50	1	ref				
<b>Tipe Keluarga</b>							
Keluarga Inti	48	1,132	0,481-2,661	0,777			
Keluarga besar	124	1	ref				
<b>Akses ke Faskes</b>							
Mudah	131	0,736	0,317-1,711	0,476			
Sulit	41	1	ref				

\*P value < 0.25 bivariate analysis. \*\* P value < 0.05 multivariate analysis

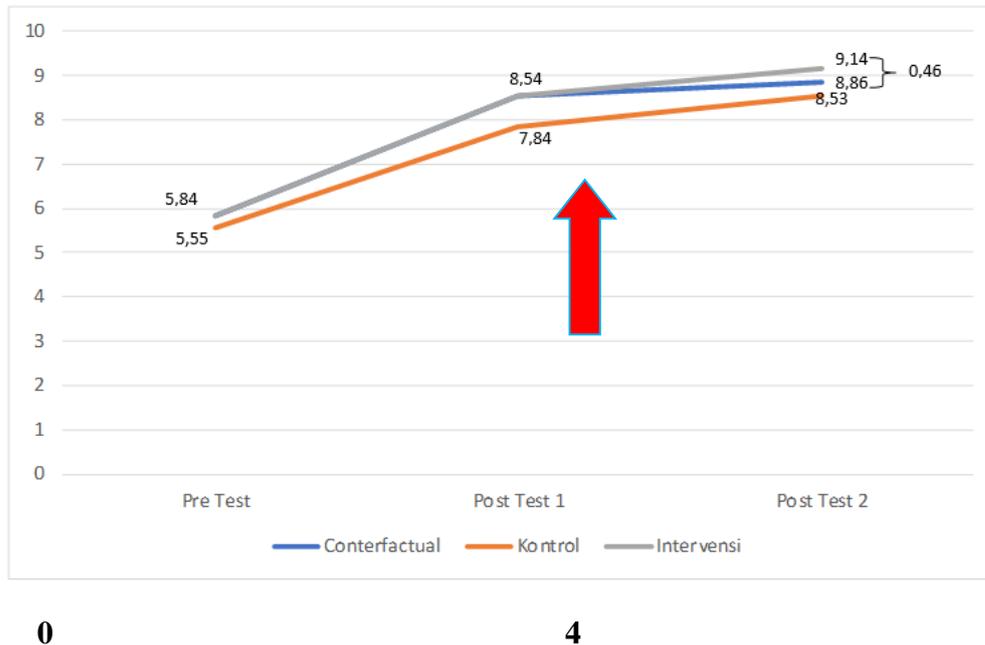
Berdasarkan pemodelan tahap akhir multivariate menggunakan regresi logistik ganda pada table 5.9, hasil akhir pemodelan multivariate ada 2 variabel yang masih bertahan yaitu intervensi oleh kepala dusun dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan. Variabel pengetahuan kesiapsiagaan persalinan merupakan variabel perancu karena memiliki p- value sebesar 0,08. Intervensi oleh kepala dusun merupakan variabel yang paling dominan, dengan nilai OR 2,091 artinya ibu hamil yang diberikan intervensi oleh kepala dusun memiliki peluang 2 kali lebih *well prepered* dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberikan intervensi.

### 5.6 Efek model Edukasi Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya oleh Kepala Dusun kepada ibu Hamil

Untuk mengetahui efek model edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun/pamong kepada ibu hamil dilakukan analisa menggunakan *Difference in Difference Analisis* (DiD). Berikut adalah hasil analisa efek intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun terhadap peningkatan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil.

Tabel 5.10 Perbedaan rata-rata skor pre-post test kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil kelompok intervensi dan kontrol

	Pre test (mean)	Post test 1 (mean)	Post test 2 (mean)	Beda rata-rata (95%CI)
<b>Intervensi</b>	5,84	8,54	9,14	3,64 (3,24;4,02)
<b>Kontrol</b>	5,55	7,84	8,53	3,18 (2,82;3,56)
<b>Beda rata – rata (95%CI)</b>	0,29 (-0,19;0,76)	0,71/(0,135;1,275)	0,59/(-0,001;1,195)	0,46 (-0,079; 1,019)



Gambar 5.1 Perbedaan rata-rata skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Pada table 5.10 dan gambar 5.1 hasil analisa data menunjukkan bahwa pada saat pertama pengukuran (*pre test*), skor rata-rata kesiapsiagaan persalinan kelompok intervensi dan kontrol tidak ada perbedaan. Intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini memberikan hasil yang signifikan pada *post test 1* dengan nilai beda skor (*difference*) antara kelompok intervensi dan kontrol sebesar 0,71 dan nilai 95%CI=3,64 (3,24;4,02) artinya intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini mampu memberikan efek sebesar 4 kali lipat dalam meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan ibu hamil pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol, akan tetapi pada *post test II* tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.11 Perbedaan Peningkatan Rata-Rata Skor Kesiapsiagaan Persalinan Pre dan Post test Kelompok Intervensi dan Kontrol Tiap Komponen

Komponen Kesiapsiagaan Persalinan	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol			Pebedaan Mean antar Kelompok (95% CI)	P-Value
	Pre	Post I	Post II	Pre	Post I	Post II		
Rencana pertolongan persalinan	9,5	10	10	9,6	9,9	10	<i>Not applicable</i>	<i>Not applicable</i>
Rencana tempat Pertolongan persalinan	9,5	10	10	9,6	9,9	10	<i>Not applicable</i>	<i>Not applicable</i>
Persiapan Pendonor	1,4	5,8	8,1	1,6	4,4	5,8	0,241 (0,147-0,335)	<b>0,0001</b>
Persiapan biaya persalinan	5,1	7,7	9,3	5,5	7,4	7,6	0,181 (0,096 - 0,265)	<b>0,0001</b>
Persiapan transportasi	4,9	9,8	9,8	5,3	7,4	9,6	0,024 (0,058 - 0,01)	0,159
Rencana Pendamping Persalinan	8,9	9,7	10	9,1	10	10	<i>Not applicable</i>	<i>Not applicable</i>
Rencana KB sesudah persalinan	1,7	8,3	9,9	1,9	7,4	8,8	0,12 (0,049 - 0,192)	<b>0,001</b>
Perlengkapan ibu dan bayi	1,1	5,7	8,1	0,9	4,3	5,9	0,217 (0,126 - 0,307)	<b>0,0001</b>
Dokumen penting	5,3	9,5	10	5,2	8,4	9,2	0,06 (0,008 - 0,113)	<b>0,024</b>
Rencana Pemberian ASI Eksklusif	7,5	8,7	10	6,6	8,1	9,9	0,12 (0,012 - 0,036)	0,32

Pada table 5.11 hasil uji menggunakan SPSS terdapat perbedaan signifikan pada perubahan skor kesiapsiagaan persalinan yaitu pada komponen persiapan pendonor, persiapan biaya persalinan, perencanaan KB sesudah persalinan, perlengkapan ibu dan bayi serta persiapan dokumen-dokumen penting. Responden ibu hamil pada kelompok intervensi memiliki rata-rata skor kesiapsiagaan persalinan lebih baik dibandingkan dengan responden ibu hamil pada kelompok kontrol terutama pada komponen persiapan pendonor (0,0001), persiapan biaya persalinan (0,0001), perencanaan KB (0,001), perlengkapan ibu dan bayi (0,0001) serta persiapan dokumen penting (0,024) < 0,05 yang artinya

pada komponen tersebut menunjukkan adanya perbedaan peningkatan rata-rata skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.12 Dampak Edukasi Intervensi Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis Budaya oleh Kepala Dusun terhadap Peningkatan Kesiapsiagaan Persalinan Pada Ibu Hamil

Variabel Kesiapsiagaan persalinan	Mean	SE	DiD			
			Coefficient	p-value	R Square	
<b>Sebelum Intervensi (pre)</b>						
Kontrol	6,107				0,41	
Intervensi	6,902					
Diff	0,795	0,231		0,001***		
<b>Setelah Intervensi (post test II)</b>						
Kontrol	7,940					
Intervensi	9,415					
Diff	1,474	0,231		0,0001***		
<b>Diff – in – Diff</b>	0,679	0,327	0,795	0,038**		

Mean dan Standar Error (SE) merupakan estimasi dari regresi linear. Signifikan pada 1%\*\*\* dan 5%\*\*

Tabel 5.12 hasil uji DiD menggunakan STATA versi 17 memperlihatkan dampak edukasi terhadap peningkatan skor kesiapsiagaan persalinan pada kedua kelompok. Nilai perbedaan (*diff*) menyatakan adanya besaran dampak edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun terhadap skor kesiapsiagaan persalinan. Hasil analisa menunjukkan bahwa program intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun kepada ibu hamil secara signifikan ( $p \text{ value} < 0,05$ ) memberikan dampak terhadap skor kesiapsiagaan persalinan yaitu sebesar  $41 \% = 0,41 \rightarrow$  ini diambil dari *r-square*

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

##### **6.1.1 Keterbatasan Penelitian**

Setiap desain penelitian tentunya mempunyai kelebihan dan kekurangan. Keterbatasan penelitian ini terkait dengan metodologi penelitian yang digunakan. Pada penelitian ini tidak mengukur aspek sikap dan pengetahuan responden sesudah dilakukan intervensi.

Pada penelitian ini, saat pengukuran awal (*pre test*) tidak terdapat perbedaan skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dan kontrol. Pada saat pengukuran *post test I* intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini memberikan dampak signifikan dalam meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil kelompok intervensi, akan tetapi pada pengukuran *post test II* tidak terdapat perbedaan yang bermakna skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dan kontrol, hal ini karena semakin bertambahnya usia kehamilan pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kontrol rata-rata ibu hamil sama-sama sudah mempersiapkan persalinannya.

Meskipun pada penelitian ini tidak terjadi induksi antara daerah intervensi dengan daerah kontrol, akan tetapi peneliti tidak sepenuhnya dapat mengontrol variabel luar yang mungkin berpengaruh terhadap intervensi yang diberikan, misalnya program KIA dari masing-masing wilayah puskesmas, keterpaparan ibu hamil terhadap informasi dari posyandu, perilaku ANC ibu hamil, kepemilikan buku KIA, dukungan suami, keberadaan bidan desa, dan kader kesehatan di masing-masing lokasi penelitian.

##### **6.1.2 Kelebihan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan *Exploratory Sequential Mixed Methods Design*, sehingga data yang diperoleh lebih komprehensif. Latar belakang peneliti yang sama dengan daerah penelitian, memudahkan peneliti memahami budaya dan masyarakat di lokasi penelitian

Studi awal penelitian ini menggunakan desain Etnografi dimana peneliti tinggal bersama masyarakat di lokasi penelitian dalam jangka waktu yang cukup lama untuk melakukan wawancara dan observasi langsung bagaimana ibu hamil dan keluarga serta masyarakat pedesaan memahami kehamilan dan mempersiapkan persalinan dalam konteks sosial budaya pada kehidupan sehari-hari. Masyarakat Jawa di lokasi penelitian menganut konsep paternalistik oleh karena itu dalam penelitian ini peneliti melakukan pendekatan ke tokoh masyarakat yaitu kepada kepala dusun yang merupakan tokoh panutan di wilayah pedesaan khususnya di lokasi penelitian serta mempunyai kekuasaan di wilayahnya.

Dari aspek sosial budaya masyarakat pedesaan di lokasi penelitian menganggap bahwa persiapan persalinan biasanya dilakukan pada saat mendekati atau sudah dalam proses persalinan. Masih ada anggapan bahwa mempersiapkan perlengkapan persalinan saat kehamilan itu suatu hal "tabu" atau tidak baik istilah Jawanya "ora becik", terutama terkait persiapan perlengkapan ibu dan bayi. Oleh karena itu dengan adanya penelitian ini, edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun mencoba meluruskan bahwa persiapan persalinan harus sudah disiapkan sedini mungkin sejak terjadinya kehamilan, hal ini untuk mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan dan "4 terlambat" penyebab kematian ibu.

### **6.1.3 Generalisasi Penelitian**

Secara dampak penelitian ini telah berhasil membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun dengan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil. Sehingga model intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini bisa digeneralisasikan di daerah pedesaan lainnya di Kabupaten Pacitan khususnya dan Jawa Timur pada umumnya. Beberapa faktor penguat yang dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk menggeneralisasikan hasil penelitian ini seperti metode pengambilan sampel, validitas internal dan eksternal serta teknis analisa data. Data penelitian sebelum diolah telah dilakukan pemeriksaan dan pembersihan data secara

teliti untuk memastikan data bebas dari kesalahan. Pada penelitian ini peneliti juga melakukan observasi langsung dan tinggal di lokasi penelitian dalam jangka waktu yang lama sehingga bisa memperkaya hasil temuan dari studi yang dilakukan.

## **6.2 Implikasi Hasil Studi Terhadap Program**

Indonesia merupakan negara yang terdiri dari berbagai suku. Perbedaan etnis akan menyebabkan perbedaan adat dan kebiasaan. Selama hamil dan melahirkan, masih banyak perilaku ibu hamil yang dipengaruhi oleh faktor sosial budaya. Budaya merupakan seperangkat perilaku dan gagasan yang dipelajari (termasuk keyakinan, sikap dan nilai), yang merupakan karakteristik dari masyarakat tertentu atau kelompok sosial lainnya. (Ember, 2015) Budaya dapat digambarkan sebagai sistem nilai, konsep, makna, dan keyakinan yang dapat mempengaruhi penilaian, komunikasi, dan perilaku dari seorang individu. (Chemuru & Srinivas, 2015)

Berdasarkan hasil studi kualitatif pada penelitian ini, ibu hamil, orang tua (mertua) ibu hamil, kader kesehatan, dukun bayi dan kepala dusun rata-rata mempersepsikan bahwa kehamilan dianggap sebagai suatu rejeki atau anugerah yang harus disyukuri, demikian juga informasi dari bidan desa, kehamilan dianggap sebagai anugerah atau rejeki bagi keluarga pada masyarakat pedesaan. Pendapat informan ini menurut Koentjaraningrat (1984) menggambarkan salah satu wujud kebudayaan yang berupa gagasan (ideas) yang bersifat abstrack. Kebudayaan dalam wujud ideas ini tidak dapat disentuh maupun diraba karena terletak di dalam pikiran manusia. (Koentjaraningrat, 2015a)

Meskipun dalam penelitian ini ibu hamil dan keluarga mempersepsikan bahwa kehamilan itu adalah suatu rejeki dan anugerah yang harus disyukuri, akan tetapi ibu hamil dan keluarga tersebut mayoritas belum mempersiapkan persalinannya terutama untuk persiapan baju bayi, persiapan perlengkapan ibu, biaya persalinan, calon pendonor dan rencana KB pasca persalinan. Ibu hamil dan keluarga mempersepsikan bahwa menyiapkan perlengkapan persalinan terutama baju bayi dan baju ibu sejak pada saat kehamilan itu “ora becik” atau tidak baik,

karena ada anggapan bisa berakibat bayi akan meninggal jika persiapan perlengkapan bayi dilakukan sejak kehamilan.

Hasil penelitian yang sama di Migori County, Kenya ibu hamil memiliki berbagai keyakinan tentang kesiapsiagaan persalinan, ada anggapan bahwa menyiapkan barang-barang untuk persiapan persalinan yang dilakukan sebelum bayi lahir bisa menyebabkan bayi meninggal atau akan membawa pertanda buruk. (Cheptum, 2018)

Kehamilan merupakan pengalaman kesehatan unik yang dipengaruhi oleh berbagai faktor misalnya sosial budaya, lingkungan masyarakat tempat ibu hamil tinggal, karakteristik sosiodemografis, pola pengambilan keputusan, dukungan sosial dan apakah kehamilan itu direncanakan atau tidak direncanakan, (Soltani et al., 2017)

Hasil penelitian berbeda menyebutkan ibu hamil memaknai suatu kehamilan, bahwa kehamilan berarti tanggung jawab, kehamilan lebih bermakna ketika direncanakan dan diinginkan, kehamilan adalah proses yang mempromosikan hubungan positif antara pasangan serta kehamilan adalah dasar pernikahan untuk memulai sebuah keluarga. Sebagian wanita hamil menggambarkan kehamilan sebagai fenomena ajaib yang dialami setiap wanita dan bahwa bayi adalah aset paling berharga dalam hidup. (Yılmaz et al., 2021)

Edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya yang dilakukan oleh kepala dusun dalam penelitian ini diharapkan mampu merubah pandangan ibu hamil dan keluarga, bahwa persiapan persalinan harus disiapkan sejak awal kehamilan atau sedini mungkin terutama yang berhubungan dengan persiapan dana, persiapan pendonor dan persiapan perlengkapan ibu dan bayi, hal ini untuk mengantisipasi apabila sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan dan mencegah terjadinya empat terlambat penyebab kematian ibu.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi kepada ibu hamil dan ibu nifas di lokasi penelitian masih banyak budaya yang berkembang baik pada saat kehamilan, menjelang persalinan maupun pada masa nifas. Budaya tersebut ada yang bersifat positif maupun bersifat negatif, antara lain budaya melakukan pantangan terhadap makanan tertentu selama kehamilan dan nifas, misalnya tidak

boleh makan telur, ibu hamil tidak boleh tidur siang dan tidak boleh keluar rumah pada malam hari. Pada penelitian ini masih ditemukan ibu nifas yang mempunyai tradisi “senden” atau tidur setengah duduk sampai dengan 40 hari karena ada anggapan hal ini untuk mencegah naiknya sel darah putih, selain itu juga tidak keluar rumah untuk mengimunitasikan bayinya, sehingga akibatnya hal ini bisa berdampak bayi tersebut mudah mengalami penyakit menular kedepannya. Bagi masyarakat Jawa ada anggapan bahwa ibu yang sedang hamil dan nifas sangat rawan terhadap gangguan-gangguan makhluk halus, masa kehamilan sering kali disebut masa peralihan, sehingga ibu hamil dilarang untuk keluar rumah pada malam hari demikian juga pada ibu nifas.

Suatu studi kualitatif tentang perilaku atau kebiasaan yang dilarang selama masa kehamilan di daerah Jawa adalah bepergian jauh. Adanya anggapan dampak apabila melakukan perilaku atau kebiasaan yang dilarang selama masa kehamilan bisa menyebabkan keguguran, bayi yang dikandung akan pindah, bayi lahir susah, air ketuban jadi banyak, kecacatan pada bayi, bayi mau lahir bisa terhambat. (Rofi'i, 2013)

Sebagian besar masyarakat Jawa percaya dengan mitos-mitos yang dikembangkan oleh pendahulu (leluhurnya) termasuk mitos saat kehamilan dan persalinan, meskipun mitos tersebut seringkali bertentangan dengan kesehatan. Seperti halnya pada penelitian ini ibu hamil dan nifas dilarang makan-makanan tertentu, hal ini bertentangan dengan program gizi pada masa kehamilan dan nifas, dimana ibu hamil seharusnya cukup makan-makanan yang bergizi untuk perkembangan janin yang dikandungnya, demikian halnya pada ibu nifas, ibu nifas membutuhkan banyak makanan yang bergizi untuk pemulihan kondisi tubuhnya setelah melahirkan dan juga untuk memperbanyak serta memperbaiki kualitas Air Susu Ibu (ASI).

Berdasarkan teori PEN 3 model (*Culture model*), Airhihenbuwa (1995) nilai-nilai budaya pada ibu hamil, keluarga dan masyarakat ada yang bersifat positif, eksistensial dan nilai budaya negatif. Seperti halnya dalam penelitian ini ada budaya positif yang dilakukan oleh ibu hamil dan keluarganya misalnya budaya untuk banyak berdo'a saat kehamilan dan menjelang persalinan, budaya

untuk berfikir positif dan tidak boleh berfikir yang aneh-aneh. Budaya yang bersifat eksistensial yang dilakukan oleh ibu hamil seperti tidak boleh duduk dipintu, tidak boleh pergi di malam hari, upacara 7 bulanan dan membuat makanan khusus 7 bulanan. Budaya yang bersifat negatif dari segi kesehatan misalnya ibu hamil tidak boleh tidur pada siang hari, larangan makanan tertentu selama kehamilan maupun masa nifas dan budaya pernikahan dini. Budaya yang bersifat positif ini perlu terus dilestarikan dan diberdayakan, sementara budaya yang bersifat eksistensial maupun negative perlu dilakukan suatu edukasi secara terus menerus sehingga mengalami perubahan pola pandang baik pada ibu hamil, ibu nifas maupun keluarganya.

Pada penelitian ini banyak ditemukan budaya pernikahan dini, baik di daerah intervensi maupun kontrol yang terjadi akibat kehamilan tidak diinginkan (KTD). Ibu hamil yang mengalami pernikahan dini banyak yang tidak mempersiapkan persalinannya, bahkan akhirnya ada yang persalinannya di rumah, karena tidak pernah melakukan *Antenatal Care* (ANC), kendala proses pernikahan karena dispensasi menikah yang membutuhkan waktu lama dan juga memerlukan biaya yang cukup mahal.

Berdasarkan penelusuran oleh peneliti ke Kantor Urusan Agama (KUA) Kecamatan Bandar, Kabupaten Pacitan jumlah kejadian pernikahan dini remaja perempuan pada tahun 2021 sebanyak 21 orang dan tahun 2022 sebanyak 29 orang, hal ini diperkuat dengan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti selama tinggal di lokasi penelitian, peneliti menemukan beberapa kasus kejadian kehamilan remaja, dimana remaja tersebut masih berumur sekitar 15-16 tahun. (KUA Kecamatan Bandar, 2023)

Kehamilan remaja selain berdampak secara sosial juga berdampak terhadap aspek kesehatan, kehamilan yang terlalu muda (umur kurang dari 20 tahun) bisa menyebabkan terjadinya komplikasi baik pada kehamilan maupun persalinan, misalnya resiko terjadinya persalinan premature, bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan terjadinya perdarahan pada waktu persalinan sehingga hal ini bisa menyebabkan kematian ibu. Oleh karena itu pemberdayaan kepala dusun dalam memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya

dalam penelitian ini diharapkan mampu mencegah masalah kematian ibu dari segi aspek sosial budaya, yang berkaitan 4 terlalu terutama “terlalu muda” yang diakibatkan karena masih tingginya angka pernikahan dini akibat kehamilan tidak diinginkan terutama di daerah pedesaan di lokasi penelitian. (WHO, 2015)

Sebagai upaya tindak lanjut dalam rangka mencegah pernikahan dini akibat KTD, peneliti bersama-sama dengan pemerintah desa yaitu kepala desa, Badan Permusyawaratan Desa (BPD), Kepala Dusun, tokoh masyarakat dan tokoh agama bersama-sama rapat merancang diterbitkannya Peraturan Desa (Perdes) pencegahan dan larangan pernikahan dini. Hal ini sekaligus sebagai upaya *public health emergency preparedness (PHEP)*, di daerah pedesaan sehingga diharapkan komunitas ikut mencegah, merespons dan melakukan pemulihan dengan cepat pada saat mengalami kondisi kegawatdaruratan, salah satunya adalah kegawatdaruratan terkait kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan pernikahan dini.

Sebagai upaya sosialisasi diterbitkannya Perdes tentang pencegahan dan larangan pernikahan dini, peneliti bersama-sama melakukan advokasi lintas sektor melalui pemerintah desa, Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) Kabupaten Pacitan, Kepala KUA Kecamatan Bandar, Kepala Kepolisian Resor (Kapolres) Bandar bersama-sama melakukan seminar tentang bahaya pernikahan dini, sasaran dari kegiatan ini adalah remaja, orang tua dan masyarakat umum yang berada di lokasi penelitian.

Berdasarkan WHO ada 3 aspek yang berkontribusi terhadap kematian ibu dan bayi, yaitu aspek medis, manajemen pelayanan kesehatan dan sosial budaya. Masalah yang terkait dengan aspek medis dan manajemen dapat ditanggulangi dengan meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan. Sedangkan masalah terkait aspek sosial budaya dinilai tidak mudah diatasi. Masyarakat masih belum berdaya mencegah terjadinya 4 terlalu dan 4 terlambat penyebab kematian ibu. Mengacu pada berbagai prinsip pemberdayaan, terutama pemberdayaan masyarakat pedesaan sesuai dengan UU Desa No. 6 tahun 2014. Pemberdayaan kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya yang didampingi oleh kader dan bidan desa pada penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dan keluarganya, sehingga

mampu mencegah "4 terlambat", terutama terlambat 1,2 dan 4 serta "4 terlalu" penyebab kematian ibu.

Hasil studi kuantitatif pada penelitian ini tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor demografi (umur, pendidikan dan jumlah anak), faktor *reinforcing* (pengambil keputusan, dukungan suami dan tipe keluarga) dan faktor *enabling* (jarak ke fasilitas kesehatan) dengan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil. Berdasarkan distribusi frekuensi karakteristik demografi ibu hamil di daerah kontrol dan intervensi hampir sama (homogen), yaitu umur rata-rata berada pada kelompok tidak beresiko (20-35 tahun), tingkat pendidikan rata-rata relatif rendah (SD-SMP) dan jumlah anak rata-rata kurang dari atau sama dengan 2 orang. Pola pengambilan keputusan di daerah kontrol dan intervensi berdasarkan penelitian ini mempunyai pola yang sama yaitu pengambilan keputusan rata-rata dilakukan oleh ibu hamil bersama suami maupun oleh keluarga besar, demikian juga dengan tipe keluarga pada kedua kelompok intervensi dan kontrol mempunyai tipe keluarga yang sama yaitu keluarga besar. Pada penelitian ini kedua daerah baik intervensi maupun kontrol berada pada lingkungan dengan kondisi geografis yang sama, sehingga berdasarkan akses ke fasilitas kesehatan masing-masing responden pada kedua wilayah hampir sama.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Silwal *et.al* (2020) yang menunjukkan ada hubungan signifikan antara usia, pendidikan, dan jumlah anak yang hidup dengan praktek kesiapsiagaan persalinan ( $P < 0,05$ ). (Silwal et al., 2020)

Hasil penelitian Swain *et.al* (2019) ibu dengan pendidikan menengah dan perguruan tinggi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kesiapsiagaan persalinan. Tingkat pendidikan ibu hamil adalah faktor penting dalam konteks perawatan kesehatan. Secara umum, perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung mencari lebih banyak melakukan perawatan pencegahan, yang berkontribusi pada pengurangan tingkat kematian ibu. (Figueiredo et al., 2018)

Pada penelitian ini ibu hamil di daerah kontrol dan intervensi sama-sama mempunyai tingkat pendidikan yang rendah, sehingga hal ini penting untuk memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan dalam konteks sosial budaya

kepada ibu hamil tersebut, supaya bisa meningkatkan pengetahuan ibu hamil dan keluarganya.

Taddeus dan Maine (1994) mengemukakan bahwa penggunaan layanan kesehatan meningkat seiring dengan peningkatan jenjang pendidikan. Tingkat pendidikan juga meningkatkan pengetahuan dan kepedulian serta akses terhadap informasi kesehatan maternal. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan akses informasi yang lebih tinggi.

Pada keluarga egalitarian pengambilan keputusan keluarga lebih demokratis dibandingkan keluarga Asia tradisional yang lebih otoriter dan kekuasaan penuh ada pada laki-laki (ayah). (Friedman, 2003). Pola pengambilan keputusan keluarga Jawa menganut sistem patriakal, dimana peran laki-laki sangat dominan dalam pelaksanaan pengambilan keputusan keluarga. Keluarga Jawa dalam pengambilan keputusan akan melibatkan keluarga besar sebagai pola pengambilan keputusan, seperti halnya dalam penelitian ini. Demikian juga dalam memutuskan perilaku pencarian pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, dipengaruhi oleh beberapa variabel seperti hirarki kekuasaan keluarga, tipe bentuk keluarga, komunikasi keluarga dan status sosial. (Koentjaraningrat, 1984a)

Pola pengambilan keputusan pada penelitian ini mempunyai pola yang sama antara daerah intervensi dan kontrol yaitu pengambilan keputusan rata-rata dilakukan oleh ibu hamil bersama suami maupun oleh keluarga besar. Hal ini juga berkaitan dengan tipe keluarga, dimana pada penelitian ini sebagian besar responden tinggal bersama keluarga besar. Pada keluarga dengan tipe keluarga besar pengambilan keputusan membutuhkan adanya kesepakatan dari seluruh anggota keluarga sehingga dibutuhkan waktu lebih lama dibandingkan dengan pengambilan keputusan pada keluarga inti. Pada keluarga besar memerlukan pendekatan antara anggota keluarga yang menjadi kunci sebagai pengambil keputusan dalam keluarga sehingga diperlukan waktu untuk bermusyawarah terlebih dahulu dibanding dengan keluarga inti yang mengambil keputusan langsung. Friedman, Bowden & Jones (2010) menyatakan keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang

memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman dan anggota keluarga lainnya. Pada keluarga besar pengambilan keputusan bergantung kepada orang yang paling tua dalam keluarga yang bertindak sebagai orang kunci (*key person*).

Hasil penelitian ini yang sama oleh Wudu dan Tsegaye (2019) di Southwest Ethiopia, berkenaan dengan pengambilan keputusan, mayoritas 460 (93,7%) responden menunjukkan bahwa keputusan terkait dengan kesiapsiagaan persalinan dilakukan oleh ibu hamil dan bersama dengan suami. (Wudu & Tsegaye, 2021a)

Menurut Green dan Kreuter, untuk menumbuhkan perilaku baru dan berusaha mempertahankannya individu perlu mendapatkan dukungan sosial, dukungan kelompok dan dukungan dari orang terdekat yang berpengaruh, salah satunya orang tua. Orang tua merupakan orang yang berpengaruh dan menjadi panutan bagi anak-anaknya, besarnya pengaruh orang tua termasuk dalam perilaku Kesehatan yaitu dalam pengambilan keputusan salah satunya terkait dengan kesiapsiagaan persalinan. (Green and Kreuter, 2005)

Berdasarkan analisis bivariate pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara faktor *predisposing* yaitu pengetahuan tanda bahaya kehamilan dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan dengan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil ( $P$  value  $< 0,05$ ). Pengetahuan tanda bahaya kehamilan adalah faktor yang paling penting dalam mempersiapkan kesiapsiagaan kelahiran dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Pengetahuan tanda bahaya kehamilan adalah langkah pertama dalam memotivasi wanita untuk menghindari tuga terlambat dan mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan secara cepat, selain itu merupakan prediktor yang baik dalam mempersiapkan persalinan/komplikasi. Penelitian Swain et.al ibu hamil yang tahu tiga atau lebih tanda bahaya kehamilan cenderung mempersiapkan kelahiran dan lebih siap menghadapi komplikasi daripada ibu yang tidak tahu setidaknya satu tanda bahaya kehamilan (OR 0,18). (Swain et al., 2019)

Hasil penelitian di Ethiopia menunjukkan pengetahuan tanda-tanda bahaya kehamilan secara signifikan berhubungan dengan kesiapsiagaan persalinan dan kelahiran. Wanita dengan tingkat pengetahuan baik tentang tanda-tanda bahaya

selama kehamilan (AOR=2.517; 95% CI=1.39, 4.55) lebih siap dalam menghadapi persalinan, sehingga bisa mengurangi kejadian komplikasi saat persalinan. (Tilahun, T., & Sinaga, 2016)

Pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan kesiapsiagaan persalinan dengan tingkat kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil. Pada penelitian pengetahuan kesiapsiagaan persalinan yang paling banyak disebutkan oleh responden adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (63,2%), persiapan biaya persalinan (68,2%), perlengkapan ibu dan bayi (76,5%). Hanya sedikit ibu hamil dalam penelitian ini yang menyebutkan komponen kesiapsiagaan persalinan lainnya yang harus dipersiapkan adalah persiapan calon pendonor darah (5,9%). Oleh karena itu diperlukan upaya promosi yang lebih intensif dan sedini mungkin (mulai trimester I) dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan yang memperhatikan sosial budaya di tingkat komunitas kepada ibu hamil dan keluarganya, salah satunya melalui kepala dusun sebagai tokoh masyarakat yang berpengaruh sehingga dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang kesiapsiagaan persalinannya.

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Hailemariam (2015) di Ethiopia. Elemen yang paling sering disebut terkait kesiapsiagaan kelahiran dan komplikasi antara lain tempat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil, persiapan transportasi, persiapan dana oleh ibu hamil dan pasangannya untukantisipasi jika diperlukan rujukan dan terjadi kasus komplikasi. (Abraham Hailemariam, Honelgn Nahusenay & Getaneh, 2015)

Berdasarkan teori Skinner dalam Notoatmodjo (2014) perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, dimana perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan. Demikian halnya perilaku dalam mempersiapkan persalinan dan kelahiran, ibu hamil yang mempunyai pengetahuan baik tentang kesiapsiagaan persalinan, akan lebih mempersiapkan persalinannya dengan baik. (Notoatmodjo, 2014)

Hasil analisis *multivariate* intervensi kepala dusun dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya dalam penelitian ini merupakan variabel

yang paling dominan mempengaruhi kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil (nilai OR=2,091), ibu hamil yang diberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun dua kali lebih *well prepare* dibanding dengan ibu hamil yang tidak diberikan intervensi. Kepala dusun merupakan pelaksana kewilayahan yang memegang peranan penting dalam pembangunan masyarakat khususnya bagi masyarakat pedesaan. Berdasarkan UU Desa No. 6 tahun 2014 dan Permendagri Nomor 84 tahun 2015, salah satu tugas kepala dusun adalah sebagai motor penggerak (mobilisasi) bagi masyarakat pedesaan. Bagi masyarakat pedesaan di Kabupaten Pacitan, kepala dusun dikenal juga dengan sebutan "kamituwo" atau juga "mbah Kasun" yang berarti sebagai orang yang dituwakan atau dianggap sesepuh paling disegani di dusun tersebut, serta merupakan bapaknya orang satu dusun. Seorang kepala dusun memimpin dan mengorganisasi wilayah, mengorganisir dan mengepaloi tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, tokoh pemuda, lembaga RT RW di Dusunnya.

Melalui Edukasi berbasis budaya oleh kepala dusun ini diharapkan mampu mempengaruhi, mengajak, serta merubah pola pikir masyarakat kearah yang lebih baik terutama dalam rangka persiapan persalinan. Dengan pendekatan berbasis budaya ini diharapkan juga dapat mempengaruhi sikap, kesadaran, pengetahuan dan norma sosial yang kesemuanya berperan sebagai pedoman dalam perubahan perilaku hidup sehat pada saat kehamilan sehingga setiap ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan mencari pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan dan di fasilitas kesehatan.

Pada penelitian ini, hasil analisa data saat pengukuran awal (*pre test*) tidak terdapat perbedaan skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dan kontrol. Rata-rata ibu hamil pada saat awal penelitian ini mempunyai tingkat kesiapsiagaan persalinan kurang, terutama pada komponen persiapan pendonor, rencana penggunaan KB Pasca Persalinan, perlengkapan ibu serta bayi, persiapan biaya persalinan, persiapan transportasi dan dokumen penting saat mau bersalin. Setelah dilakukan intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun yang di dampingi oleh kader kesehatan dan bidan Desa, kepada ibu hamil dan keluarganya yang disampaikan pada kegiatan sosial

kemasyarakatan maupun keagamaan sesuai dengan sosial budaya masyarakat setempat, dengan menggunakan modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya menggunakan Bahasa Jawa, pada saat pengukuran *post test* I menunjukkan nilai beda skor rata-rata sebesar 0,71 dengan nilai 95%CI=3,64 (3,24-4,02), hal ini berarti edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun mampu memberikan efek maksimum 4 kali lipat dalam meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah intervensi, edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini memberikan dampak signifikan pada saat pengukuran *post test* 1. Pada pengukuran *post test* II tidak terdapat perbedaan yang bermakna skor kesiapsiagaan persalinan antara kelompok intervensi dan kontrol, hal ini karena semakin bertambahnya usia kehamilan pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kontrol rata-rata ibu hamil sama-sama sudah mempersiapkan persalinannya. Oleh karena itu intervensi edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini untuk selanjutnya bisa dilakukan sedini mungkin sejak awal ibu mengalami kehamilan (trimester I), sehingga ibu hamil dan keluarga sudah siap siaga apabila sewaktu-waktu terjadi komplikasi atau kegawatdaruratan.

Berdasarkan skor kesiapsiagaan persalinan tiap komponen, intervensi edukasi kesiapsiagaan berbasis budaya oleh kepala dusun dalam penelitian ini memberikan hasil yang signifikan dalam meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil kelompok intervensi terutama pada komponen persiapan pendonor, persiapan biaya, rencana KB sesudah persalinan, perlengkapan ibu dan bayi serta persiapan dokumen penting.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Eze *et.al* (2020), pada ibu hamil di pedesaan Nigeria, yang menunjukkan skor rata-rata, praktek kesiapsiagaan persalinan meningkat secara *signifikan* sebesar 0,22 setelah diberikan intervensi.

Pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan signifikan skor komponen persiapan transportasi dan rencana pemberian ASI eksklusif. Adapun variabel kesiapsiagaan persalinan, rencana pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan dan pendamping persalinan tidak ada nilai, hal ini dikarenakan ibu hamil pada

kedua kelompok sudah sama-sama merencanakan persalinannya ditolong oleh bidan di fasilitas pelayanan kesehatan meskipun pada kenyataannya hasil observasi di lapangan masih ada ibu hamil yang persalinannya di rumah akibat kurangnya kesiapsiagaan persalinan terutama dari segi dana. sebagian besar ibu hamil yang diwawancarai dalam penelitian ini juga belum mempunyai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Hasil penelitian yang sama di Pedesaan Mysore, India didapatkan wanita yang melakukan persalinan di rumah disebabkan karena tidak merencanakan transportasi sebesar (55%) dan tidak mempersiapkan dana sebesar (48%). (Wilcox et al., 2016)

Berdasarkan data pemerintah Info BPJS Kesehatan (2019) kepemilikan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) saat ini telah mencakup 80% dari penduduk Indonesia. Secara garis besar jaminan biaya persalinan dikategorikan menjadi tiga, yaitu jaminan biaya pribadi, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan-Penerima Bantuan Iuran (BPJS-PBI), dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan-Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPJS-BPBI). Kepemilikan JKN di Kabupaten Pacitan sebesar 41% yang terdiri dari PBI 26%, biaya mandiri (non PBI) 14%, Swasta 1%. Hasil observasi di lokasi penelitian masih banyak ditemukan ibu hamil yang belum mempunyai BPJS dengan alasan tidak ada yang gratisan. Hasil temuan ini juga diperkuat dari informasi Bapak Kepala Desa setempat bahwa JKN-KIS yang gratis hanya diperuntukkan bagi masyarakat tertentu misalnya keluarga yang kurang mampu atau dibawah garis kemiskinan, sehingga untuk masyarakat lainnya harus mendaftarkan kepesertaan JKN mandiri, hal ini akhirnya memperberat keluarga ibu hamil untuk mendaftar JKN karena harus membayar setiap bulan, sementara mata pencaharian rata-rata petani dengan pendapatan yang tidak menentu.

Beberapa kasus kehamilan akibat KTD, juga berpengaruh terhadap persiapan persalinan pada ibu hamil tersebut terutama dari segi dana, dan juga terhadap kepemilikan JKN, hal ini akhirnya yang menyebabkan terjadinya persalinan di rumah akibatnya kurangnya kesiapsiagaan persalinan oleh ibu hamil dan keluarganya. Hasil wawancara dengan bidan komunitas di daerah intervensi,

sudah ada bantuan dana desa untuk bantuan persalinan, dimana setiap ibu bersalin diberikan bantuan dana sebesar Rp. 500.000, akan tetapi dana ini diberikan kepada ibu setelah persalinan. Oleh karena itu edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini diharapkan dapat memotivasi dan memberdayakan ibu hamil serta keluarga untuk mampu mempersiapkan persalinan seawal mungkin terutama berdasarkan aspek biaya.

Pada penelitian ini setiap ibu hamil sudah merencanakan untuk memberikan ASI kepada bayinya, meskipun masih ada ibu hamil yang belum mengetahui apa itu ASI eksklusif, akan tetapi pada umumnya secara budaya setiap ibu menyusui rata-rata memberikan ASI kepada bayinya, bahkan ada yang memberikan ASI lebih dari 2 tahun, baru nanti dilakukan penyapihan “disapih”. Meskipun rata-rata ibu menyusui dilokasi penelitian ini memberikan ASI sampai dengan 2 tahun akan tetapi pada kenyataannya hasil temuan dan observasi dilapangan masih banyak ibu yang sudah memberikan susu formula atau MP ASI saat bayinya berusia kurang dari 6 bulan. Berdasarkan data Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2022, cakupan pemberian ASI eksklusif di Provinsi Jawa Timur sebesar 69,72% dan Indonesia sebesar 72,04% hal ini mengindikasikan masih perlunya penggalakan dan sosialisasi pemberian ASI eksklusif khususnya di Provinsi Jawa Timur maupun di Kabupaten Pacitan.

WHO meminta semua negara untuk menciptakan system terintegrasi yang tangguh sehingga dapat tanggap dan proaktif terhadap setiap ancaman terutama masalah disektor kesehatan melalui *Public Health Emergency Preparedness* (PHEP), dalam penelitian ini kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil merupakan bagian besar dari masalah kesehatan masyarakat di dunia. (Khan et al., 2018).

Penelitian Mac.Donald *et.al* (2018) di Rural Haiti, menemukan bahwa strategi berkelanjutan untuk mengurangi angka kematian ibu membutuhkan pendekatan komprehensif yang berpusat dan berbasis masyarakat atau komunitas sehingga mampu meningkatkan kesehatan ibu. Hal ini sekaligus mencegah terjadinya keterlambatan keempat yaitu keterlambatan komunitas untuk bertanggung jawab terhadap kematian ibu, dimana hal ini akan berpengaruh terhadap tiga terlambat lainnya.(MacDonald et al., 2018)

Melalui intervensi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun dalam penelitian ini diharapkan mampu mendorong komunitas masyarakat pedesaan untuk ikut terlibat dan berpartisipasi dalam mencegah dan menurunkan kematian ibu, terutama karena penyebab “terlambat keempat” yaitu keterlambatan komunitas untuk bertanggung jawab terhadap kematian ibu. Berdasarkan studi Endang Achadi (2018), hampir 20% kematian ibu terjadi di komunitas, yaitu 15,5% ibu meninggal saat di rumah dan 4,1% di perjalanan. Edukasi kesiapsiagaan berbasis budaya oleh kepala dusun ini diharapkan mampu memobilisasi komunitas dan sumberdaya di masyarakat pedesaan, untuk sama-sama ikut terlibat dan bertanggung jawab dalam mencegah kematian ibu. Dalam penelitian ini ibu hamil dan keluarganya di dorong untuk mulai mempersiapkan persalinannya sedini mungkin, terutama dari aspek komponen persiapan dana persalinan, rencana pendonor, persiapan transportasi, perlengkapan ibu dan bayi, dokumen penting, rencana pemberian ASI eksklusif dan rencana penggunaan KB Pasca Persalinan.

Pemberdayaan masyarakat melalui kepala dusun ini sesuai dengan kerangka teori *Birth Preparedness JHPIEGO*, merupakan intervensi di level komunitas yang diharapkan mampu mendorong kelompok rumah tangga yang mempunyai ibu hamil dan masyarakat untuk menyisihkan uang untuk biaya transportasi dan persiapan persalinan di tenaga kesehatan sehingga diharapkan dapat mencegah terlambat pertama yaitu keterlambatan pengambilan keputusan ditingkat keluarga akibat belum ada persiapan dana untuk persalinan. Selain mampu mencegah terlambat pertama pemberdayaan masyarakat melalui kepala dusun ditingkat komunitas ini diharapkan mampu mencegah terlambat kedua yaitu keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan yang disebabkan karena tidak adanya dana serta persiapan transportasi. Melalui edukasi kesiapsiagaan persalinan oleh kepala dusun ini keluarga yang mempunyai ibu hamil mampu menyiapkan dana untuk persalinannya dan menyiapkan transportasi sedini mungkin sehingga tidak terjadi lagi keterlambatan pertama dan kedua yang menjadi penyebab tingginya kematian ibu.(JHPIEGO, 2004)

Secara dampak hasil dari analisa data menggunakan DiD pada penelitian ini edukasi kesiapsiagaan persalinan oleh kepala dusun dalam memberikan dampak sebesar 41% ( $r\ square= 0,41$ ) terhadap peningkatan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah intervensi. Meskipun secara statistik terdapat dampak yang signifikan intervensi yang dilakukan oleh kepala dusun ini, akan tetapi masih ada hambatan variabel sosial yang tidak dapat dikontrol maupun variabel lain yang mempengaruhi intervensi yang diberikan, misalnya keterpaparan informasi tentang kesiapsiagaan persalinan, perilaku ANC ibu hamil, dukungan suami, keberadaan bidan desa, kader kesehatan baik di daerah intervensi maupun kontrol serta adanya program KIA dari Puskesmas di kedua wilayah penelitian. Oleh karena itu hasil penelitian ini masih perlu ditindaklanjuti dan disempurnakan lagi oleh peneliti selanjutnya sehingga mampu memberikan dampak yang lebih besar lagi, terutama dalam peningkatan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan.

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti dan data lapangan di daerah intervensi dan kontrol masing-masing sudah terdapat bidan desa, hampir semua ibu hamil telah melakukan pemeriksaan kehamilan di bidan pada saat penelitian dilakukan, sehingga setiap ibu hamil hampir semua sudah merencanakan rencana penolong dan tempat persalinannya, meskipun dalam penelitian ini masih ada ditemukan ibu hamil yang masih bingung untuk rencana penolong dan tempat persalinannya. Berdasarkan temuan hasil study kualitatif melalui wawancara dengan bidan dan observasi langsung di lapangan di daerah intervensi, masih ditemukan ibu hamil yang persalinannya di rumah, menurut informasi dari bidan hal ini terjadi karena kurangnya persiapan dana untuk persalinan.

Berdasarkan data Indikator Keluarga Sehat (IKS) Provinsi Jawa Timur tahun 2021, presentase ibu yang melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Pacitan sebesar 85,61%, dan Kecamatan Bandar sebagai daerah intervensi 61,68%, hal ini menandakan sesuai dengan temuan dan observasi lapangan masih adanya pertolongan persalinan yang dilakukan di non fasilitas pelayanan kesehatan, meskipun rata-rata dari responden ibu hamil sudah merencanakan untuk bersalin di tenaga kesehatan. Melalui edukasi kesiapsiagaan

persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun ini diharapkan dapat mendorong ibu hamil dan keluarganya untuk mempersiapkan dan merencanakan persalinannya sedini mungkin, terutama untuk pemilihan tempat persalinan dan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan, sehingga bisa meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tidak ada lagi ibu hamil yang persalinannya di rumah yang disebabkan kurangnya kesiapsiagaan persalinannya, yang nantinya bisa berdampak terhadap peningkatan angka kematian ibu.

Hasil informasi dari Bidan desa di kedua wilayah penelitian sudah ada kelas ibu hamil, akan tetapi kelas ibu hamil tersebut hanya dilakukan setiap enam bulan sekali (6 bulan 1 kali) atau setahun hanya 2 kali, sehingga kegiatan kelas ibu hamil ini belum mampu menjangkau semua ibu hamil pada lokasi penelitian. Oleh karena itu dengan adanya pemberdayaan kepala dusun dalam melakukan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya kepada ibu hamil dan keluarganya ini diharapkan mampu memperkuat dan membantu pelaksanaan kelas ibu hamil di wilayahnya.

Pemberdayaan kepala dusun dalam memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dalam konteks sosial budaya pada penelitian ini diharapkan juga dapat mengurangi terlambat keempat penyebab kematian ibu, yaitu keterlambatan komunitas untuk bertanggung jawab terhadap kematian ibu, dimana keterlambatan keempat ini berhubungan langsung dengan masyarakat, dipengaruhi oleh masyarakat dan pada gilirannya berdampak terhadap masyarakat. Keterlambatan keempat merupakan keterlambatan yang paling potensial berada ditangan masyarakat karena keterlambatan ini berpotensi juga berdampak baik positif maupun negatif terhadap tiga keterlambatan lainnya. Kekuasaan yang diperoleh ditingkat komunitas memiliki peluang terbesar untuk perubahan yang praktis, dapat dicapai, segera dan berkelanjutan. Perubahan positif dipengaruhi oleh pengetahuan anggota masyarakat tentang masalah kematian ibu di komunitasnya, kemauan politik untuk membawa perubahan dan upaya untuk memobilisasi masyarakat.(MacDonald et al., 2018)

Pemberdayaan kepala dusun dalam penelitian ini juga diperkuat dengan adanya UU No. 6 tahun 2014 tentang desa, bahwa desa tumbuh menjadi satu

kesatuan atau kekuatan tersendiri yang selama ini tidak pernah diperhitungkan karena hanyalah menjadi obyek pembangunan. Demikian pula pada sektor kesehatan, dimana saat ini desa memiliki hak asal usul dan kewenangan lokal untuk menentukan kegiatan-kegiatan prioritas pada sektor kesehatan dan dalam mewujudkan pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas bagi masyarakat desa. Hal ini menjadi peluang strategis bagi kepala dusun untuk memberikan edukasi dan mempengaruhi ibu hamil serta keluarga dalam mempersiapkan kehamilan dan persalinannya. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa, 2014)

### **6.3 Implikasi Hasil Studi Terhadap Perkembangan Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini mampu membuktikan hipotesis penelitian bahwa edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun mampu meningkatkan kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan.

Kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil dalam penelitian ini selain dipengaruhi intervensi oleh kepala dusun juga dipengaruhi oleh pengetahuan tanda bahaya kehamilan dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan. Meskipun pada penelitian ini intervensi yang diberikan sudah mampu memberikan efek maksimum 4 kali lipat, akan tetapi intervensi ini masih perlu ditingkatkan dan disempurnakan lagi sehingga bisa mendapatkan hasil (efek) yang lebih tinggi lagi. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan memasukkan variabel yang lebih banyak dan bisa diukur melalui intervensi yang diberikan misalnya dengan mengukur variabel pengetahuan tanda bahaya kehamilan dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan sesudah dilakukan intervensi.

Hasil penelitian ini menguatkan rumusan visi dan misi promosi kesehatan yang diperkenalkan oleh WHO melalui Piagam Ottawa, dengan tiga strategi pokok yaitu advokasi, dukungan sosial (*social support*), dan gerakan masyarakat (*empowerment*). *Empowerment* adalah upaya peningkatan kemampuan yang sesungguhnya melalui potensi yang ada, yaitu potensi kepala dusun sebagai orang yang berpengaruh di masyarakat sehingga diharapkan bisa menjadi *agent of change* dalam memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya kepada ibu hamil dan keluarga di wilayahnya. (WHO, 1996)

Hasil penelitian ini juga menguatkan teori *PRECEDE-PROCEED* oleh Green dan Kreuter (2005), sesuai dengan perspektif perilaku, teori ini memberikan penekanan pada tiga faktor utama yang mempengaruhi seseorang untuk berperilaku, salah satunya faktor predisposisi, yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, dalam penelitian ini adalah perilaku kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil, yang dipengaruhi oleh variabel pengetahuan tanda bahaya kehamilan dan pengetahuan kesiapsiagaan persalinan. (Green and Kreuter, 2005)

Berdasarkan identifikasi awal penelitian ini sebagai *personal reference* untuk melakukan edukasi kesiapsiagaan pada ibu hamil adalah pamong, pada saat proses pelaksanaan di lapangan peran pamong ini perlu diperkuat dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yaitu bidan, perwakilan masyarakat yaitu kader sehingga ketiga unsur ini nantinya akan berkolaborasi bersama-sama dalam mempromosikan kesiapsiagaan persalinan supaya masyarakat lebih siap dalam mempersiapkan persalinannya. Hal ini sesuai dengan lima unsur model kontinum sebagai upaya pemberdayaan masyarakat berkelanjutan teori Laverack (2005) yaitu partisipasi individu dalam hal ini melalui peran pamong, kemampuan mengidentifikasi dan kolaborasi dalam pemecahan masalah di komunitas, organisasi masyarakat melalui partisipasi kader, kerjasama dan kemitraan melalui pemerintahan desa dalam hal ini pamong, tenaga kesehatan yaitu bidan serta kader yang mewakili masyarakat, aksi sosial dan politik dalam penelitian ini yaitu diterbitkannya Peraturan Desa (perdes) tentang larangan dan pencegahan pernikahan dini, hal ini sebagai upaya pencegahan 4 terlalu penyebab tingginya kematian ibu, terutama terlalu muda mengalami kehamilan sehingga selain berdampak terhadap kematian dan kesehatan ibu, juga bisa berdampak terhadap masalah sosial, ekonomi dan masa depan dari remaja tersebut.

Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) membutuhkan pendekatan komprehensif berpusat dan berbasis masyarakat. *Public Health Emergency Preparedness* (PHEP) menekankan anggota masyarakat hendaknya mempunyai pengetahuan, sumber daya, infrastruktur dan kemampuan untuk memobilisasi anggotanya untuk ikut terlibat dan bertanggung jawab dalam upaya pencegahan

kematian ibu, melalui kolaborasi dan pemberdayaan masyarakat, untuk bersama-sama mempromosikan kesiapsiagaan persalinan (*Birth Preparedness*).

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat dibuat kesimpulan;

- 7.1.1 Intervensi Penyuluhan Kesiapsiagaan Persalinan berbasis budaya oleh kepala dusun didampingi kader dengan menggunakan modul kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya Jawa, mampu meningkatkan skor kesiapsiagaan persalinan pada ibu hamil di daerah pedesaan

7.1.2 Dari 10 komponen kesiapsiagaan persalinan, ada 5 komponen yang perlu diperhatikan dan dilakukan edukasi sedini mungkin yaitu persiapan pendonor, persiapan biaya, rencana KB Pasca Persalinan, persiapan dokumen penting serta perlengkapan ibu dan bayi

## **7.2 Rekomendasi**

### **7.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan**

1. Melakukan advokasi untuk diterbitkannya peraturan daerah (perda) tentang pencegahan dan larangan pernikahan dini.
2. Mereplikasikan Model Pemberdayaan Kepala Dusun Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan Berbasis budaya ke seluruh Desa di Kabupaten Pacitan
3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan model pemberdayaan kepala dusun yang terbentuk agar program ini lebih *sustainable*

### **7.2.2 Pemerintah Desa**

1. Mengalokasikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang digunakan untuk mendanai edukasi kesiapsiagaan persalinan kepada ibu hamil oleh kepala dusun (pamong), hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2018 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa pada pasal 10.
2. Mengevaluasi keberlanjutan program penyuluhan kesiapsiagaan persalinan berbasis budaya, oleh kepala dusun berkolaborasi dengan kader.
3. Mengevaluasi implementasi dari Perdes larangan dan Pencegahan Pernikahan dini yang telah diterbitkan.

### **7.2.3 Penelitian selanjutnya**

1. Perlu penelitian lebih lanjut untuk penyempurnaan hasil penelitian ini dengan intervensi sedini mungkin sehingga bisa meningkatkan dampak intervensi yang diberikan dengan hasil lebih besar lagi.
2. Pada penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengukur pengetahuan dan sikap responden pada *pre* dan *post* intervensi.
3. Perlu penelitian lebih lanjut bagaimana perempuan mampu melakukan skrining deteksi dini tanda kehamilan terutama di daerah pedesaan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abadi Kidanemariam Berhe, A. A. M., & Gedefaw Abeje Fekadu and Getachew Mullu Kassa. (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and Meta\_analysis. *Reproductive Health*, 15:182.
- Abreham Hailemariam, Honelgn Nahusenay, D. E. G., & Getaneh, A. A. & B. (2015). Assessment of Magnitude and Factors Associated with Birth Preparedness and Complication Readiness among Pregnant Women Attending Antenatal Care Services at Public Health Facilities in Debrebirhan Town, Amhara, Ethiopia, 2015. *Global Journal Of Medical Research: E Gynecology and Obstetrics*, 2(2).
- Airhihenbuwa, C. O. (1990). A Conceptual Model for Culturally Appropriate Health Education Programs in Developing Countries. *International Quarterly of Community Health Education*, 11(1), 53–62. <https://doi.org/10.2190/LPKH-PMPJ-DBW9-FP6X>
- Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and Culture; Beyond the Western Paradigm*.
- Akinwaare, M., & Oluwatosin, A. (2019). Birth Preparedness and Complication Readiness among Pregnant Women Attending Antenatal Classes at Primary Health Center in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 09(10), 1358–1364. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.910131>
- Akshaya, K. M., & Shivalli, S. (2017). Birth preparedness and complication readiness among the women beneficiaries of selected rural primary health centers of Dakshina Kannada district, Karnataka, India. *PLoS ONE*, 12(8), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183739>
- Al-Ateeq, M. A., & Al-Rusaies, A. A. (2015). Health education during antenatal care: The need for more. *International Journal of Women's Health*, 7, 239–242. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S75164>
- Anastasia Snelling. (2014). *Introduction to Health Promotion*.
- Andarge, E., Nigussie, A., & Wondafrash, M. (2017). Factors associated with birth preparedness and complication readiness in Southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1582-3>
- Annapurna Kari and Mubashir Angolkar. (2021). Assessment of knowledge & practice of Birth Preparedness and Complication Readiness among ASHAs – A pilot study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9(Januari-Maret 2021), 175–178.
- Aryastami, N. K., & Mubasyiroh, R. (2019). *Peran Budaya dalam Pemanfaatan Layanan Kesehatan Ibu Hamil*. November, 1–7.
- Astuti, Y., & Widayatun. (2018). Determinan Perilaku Kesehatan Ibu pada Masa Kehamilan : Kasus Kota Medan. *Jurnal Kependudukan*, 13(1), 39–54.
- Aziz, M. M., Shams El-Deen, R. M., & Allithy, M. A. (2020). Birth preparedness and complication readiness among antenatal care clients in Upper Egypt. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 24(March), 100506. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100506>
- Bennouna, C., Feldman, B., Usman, R., Adiputra, R., Kusumaningrum, S., &

- Stark, L. (2016). Using the Three Delays Model to examine civil registration barriers in Indonesia. *PLoS ONE*, *11*(12), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168405>
- BKKBN, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, & IFC International. (2017). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. In *Sdki*.
- BPS. (2023). Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. In *Badan Pusat Statistik* (Issue 27).
- Chemuru, N. R., & Srinivas, S. C. (2015). Application of the PEN-3 Cultural Model in Assessing Factors affecting Adolescent Pregnancies in Rural Eastern Cape, South Africa. *International Journal of Reproduction, Fertility & Sexual Health*, *December*, 1–8. <https://doi.org/10.19070/2377-1887-si01001>
- Cheptum, J. (2018). Factors Affecting Birth Preparedness among Pregnant Women Attending Public Antenatal Clinics in Migori County, Kenya. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, *3*(4). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2018.03.000929>
- Christie W. Kiefer. (2007). *Doing Health Anthropologi : Research Methods For Community Assessment and Change*.
- Clifford Geertz. (1981). *Abangan, santri, priyayi dalam masyarakat Jawa*. Pustaka Jaya.
- Colleen Dilorio. (2005). *Measurement In Health Behavior & Health Education, Methods For Research And Evaluation*. Jossey-Bass.
- Creswell. (2014). *RESEARCH DESIGN Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Cropley, A. (2019). *Introduction to Qualitative Research Methods* (pp. 1–188). <https://doi.org/Open Accses-doi: 10.13140/RG.2.1.3095.6888>
- Crosby, R. A. et. a. (2019). *Health Behavior Theory For Public Health*.
- DiClemente (2015). *Research Methods in Health Promotion* (SECOND EDI).
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: A realist review. In *Health Research Policy and Systems* (Vol. 7). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-7>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan. (2021). *Data PISPCK Kabupaten Pacitan*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.,. (2020). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.*, 1–123. [www.dinkesjatengprov.go.id](http://www.dinkesjatengprov.go.id)
- Endang. L. Achadi. (2019). *"Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia"*.
- El-Nagar, A. E., Ahmed, M. H., & Belal, G. A. E.-S. (2017). Knowledge and Practices of Pregnant Women Regarding Danger Signs of Obstetric Complications. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, *06*(01), 30–41. <https://doi.org/10.9790/1959-0601063041>
- Ember, C. R. (2015). *Anthropology*. Lawrence University and the Santa Fe Institute.
- Endraswara, S. (2015). *Etnologi Jawa*. PT Buku Seru.
- Eze, I. I., Mbach, C. O., Ossai, E. N., Nweze, C. A., & Uneke, C. J. (2020). Unlocking community capabilities for addressing social norms/practices:

- Behavioural change intervention study to improve birth preparedness and complication readiness among pregnant women in rural Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03061-0>
- Figueiredo, K. M. S., Gonçalves, G. A. A., Batista, H. M. T., Akerman, M., Pinheiro, W. R., & Nascimento, V. B. (2018). Actions of primary health care professionals to reduce maternal mortality in the Brazilian Northeast. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0817-x>
- Furilta, A. E., Rosjidi, C. H., & Icha, F. (2020). Praktik Perawatan Kehamilan di Desa Pohijo, Kecamatan Sampung Ponorogo: Analisis Transkultural. *Gaster*, 18(1), 21. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i1.413>
- Government of Malawi. (2011). *Community Mobilization Strategy Support for Service Delivery Integration, Ministry of Health, Malawi*. [https://www.thehealthcompass.org/sites/default/files/project\\_examples/ssdi\\_community\\_mobilization\\_strategy\\_0.pdf](https://www.thehealthcompass.org/sites/default/files/project_examples/ssdi_community_mobilization_strategy_0.pdf)
- Green and Kreuter. (2005). *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach Fourth Edition* (4 edition).
- Ibadin, S., Adam, V., Adeleye, O., & Okojie, O. (2016). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in a rural community in Southern Nigeria. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22, 47. <https://doi.org/10.7196/SAJOG.2016.v22i2.1088>
- JHPIEGO. (2004). *Monitoring Tools Birth Preparedness & Complication Readiness (BPCR)*. 338.
- Jungari, S. (2020). Informed motherhood: Women's knowledge of danger signs of obstetric complications and birth preparedness in low income communities in India. *Children and Youth Services Review*, 117(April), 105276. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105276>
- Kakaire, O., Kaye, D. K., & Osinde, M. O. (2011). Male involvement in birth preparedness and complication readiness for emergency obstetric referrals in rural Uganda. *Reproductive Health*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-12>
- Kasmel, A., & Andersen, P. T. (2011). Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(3), 799–817. <https://doi.org/10.3390/ijerph8030799>
- Kaso, M., & Addisse, M. (2014). Birth preparedness and complication readiness in Robe Woreda, Arsi Zone, Oromia Region, Central Ethiopia: A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-55>
- Kemendagri. (2015). *Peraturan Menteri dalam Negeri Republik Indonesia No 84 Tahun 2015*.
- Kemkes RI. (2011). *Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi Perlu Kerja Keras*. Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan. <https://www.kemkes.go.id/article/view/793/untuk-menurunkan-angka-kematian-ibu-dan-kematian-bayi-perlu-kerja-keras.html>

- Kemendes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*.
- Kemendes RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
- Kemendes RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.  
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak: Bagian Ibu. *Buku KIA Kesehatan Ibu Dan Anak: Bagian Ibu*, 1–38.
- Khan, Y., O’Sullivan, T., Brown, A., Tracey, S., Gibson, J., Génereux, M., Henry, B., & Schwartz, B. (2018). Public health emergency preparedness: A framework to promote resilience. *BMC Public Health*, 18(1), 1–16.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>
- Koentjaraningrat. (1984a). *Kebudayaan Jawa*. Balai Pustaka.
- Koentjaraningrat. (1984b). *Seri Etnografi Indonesia No.2*. PN Balai Pustaka.
- Koentjaraningrat. (2015a). *Pengantar Ilmu Antropologi* (xii). Perpustakaan Nasional RI.
- Laverack, G. (2005). Public Health – Power, Empowerment and Professional Practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(7).  
<https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2005.06218gae.001>
- Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. In *Health Policy and Planning* (Vol. 15, Issue 3, pp. 255–262). <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>
- Lestari, W., Auliyati, Z., Pusat, A., Dan, P., Humaniora, P., Kesehatan, M., Litbangkes, B., & Ri, K. (2018). Meta-Etnografi Budaya Persalinan Di Indonesia Meta-Ethnography of Delivery Cultures in Indonesia. *Jurnal Masyarakat & Budaya*, 20(1), 49–60.  
<http://jmb.lipi.go.id/index.php/jmb/article/view/511>
- Listiowati, D., Rejeki, S., & Nurrahina, A. (2018). Gambaran Pengambilan Keputusan Keluarga Bersuku Jawa Dalam Menghadapi Tanda Bahaya Kehamilan. *Unissula Nursing Conference Call for Paper & National Conference*, 1, 203–209.
- M. Sopiudin Dahlan. (2012). *Analisis Multivariate Regresi Logistik*. Epidemiologi Indonesia.
- MacDonald, T., Jackson, S., Charles, M. C., Priel, M., Jean-Baptiste, M. V., Salomon, A., & Premilus, É. (2018). The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: A community-based action research study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1881-3>
- Mardiyati, R. A., Damayanti, K. E., & Kakanita, B. (2019). Pengaruh Kelas Ibu Hamil Terhadap Persepsi Budaya Pantang Makan. *Smart Medical Journal*, 2(1).
- Maseresha, N., Woldemichael, K., & Dube, L. (2016). Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women in Erer district,

- Somali region, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0309-3>
- McKenzie. (2013). Health Promotion Programs. In *United States: Vol. 6th ed.* <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Moshi, F. V, Kibusi, S. M., & Fabian, F. (2018). *The Effectiveness of Community-Based Continuous Training on Promoting Positive Behaviors towards Birth Preparedness, Male Involvement, and Maternal Services Utilization among Expecting Couples in Rukwa, Tanzania: A Theory of Planned Behavior Quasi-Experimental Study.* <https://doi.org/10.1155/2018/1293760>
- Mourtada, R., Bottomley, C., Houben, F., Bashour, H., & Campbell, O. M. R. (2019). A mixed methods analysis of factors affecting antenatal care content: A Syrian case study. *PLoS ONE*, 14(3), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214375>
- Mutale, W., Masoso, C., Mwanza, B., Chirwa, C., Mwaba, L., Siwale, Z., Lamisa, B., Musatwe, D., & Chilengi, R. (2017). Exploring community participation in project design: application of the community conversation approach to improve maternal and newborn health in Zambia. *BMC Public Health*, 17(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4187-x>
- Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., & Zakowski, S. (2007). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. *American Journal of Public Health*, 97 Suppl 1, 9–11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114496>
- Ngoma-Hazemba, A., Hamomba, L., Silumbwe, A., Munakampe, M. N., & Soud, F. (2019). Community perspectives of a 3-delays model intervention: A qualitative evaluation of saving mothers, giving life in Zambia. *Global Health Science and Practice*, 7, S139–S150. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00287>
- Nisa, U. (2021). *Literatur Review : Budaya Perilaku Ibu Hamil di Indonesia.* 1(November), 1507–1512.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan.* Rineka Cipta.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Peregrine, C. R. E. E. N. (2015). *Anthropology (2015 (ed.); Fourteenth).* Lawrence University and the Santa Fe Institute.
- Rofi'i, M. (2013). Kepercayaan wanita jawa tentang perilaku atau kebiasaan yang dianjurkan dan dilarang selama masa kehamilan. *Prosiding Konferensi Nasional Ppni Jawa Tengah*, 116–120. perawat komunitas, kehamilan, pasca persalinan, makanan pantangan, minuman pantangan
- Roudsari, R. L., Zakerihamidi, M., & Khoei, E. M. (2015). Socio-cultural beliefs, values and traditions regarding women's preferred mode of birth in the north of Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(3), 165–176.
- Sabageh, A. O., Adeoye, O. A., Adeomi, A. A., Sabageh, D., & Adejimi, A. A.

- (2017). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Osogbo Metropolis, Southwest Nigeria. *The Pan African Medical Journal*, 27(July), 74. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.74.7266>
- Sali, S. (2019). *Susiana, S. 2019. Angka Kematian Ibu: Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya. Vol. XI, No.24. 11, 13–18.*
- Samoylova, V. A., & Heino, E. (2013). Empowering Social Work : Research & Practice. In *Empowering Social Work : Research & Practice* (Issue March 2015). <https://doi.org/10.31885/2018.00023>
- Samuel Dessu, Z. D. and, & Bojola, F. (2019). Assessment of birth preparedness & complication readiness and associated factors among ANC attendant pregnant mothers in Arba Minch Town Governmental Institutions, Arba Minch, Southern Ethiopia. *International Journal of Sexual and Reproductive Health Care*, 2, 001–006. <https://doi.org/10.17352/ijsrhc.000003>
- Shirin, S., & Nahar, and S. (2012). Maternal Mortality – A Public Health Problem. *Journalism*, 6(2), 64–69. <https://doi.org/10.1177/1461444810365020>
- Silwal, K., Poudyal, J. K., Shah, R., Parajuli, S., Basaula, Y., Munikar, S., & Thapa, K. (2020). Factors Influencing Birth Preparedness in Rapti Municipality of Chitwan, Nepal. *International Journal of Pediatrics*, 2020(April), 1–9. <https://doi.org/10.1155/2020/7402163>
- Skinner, J., & Rathavy, T. (2009). Design and evaluation of a community participatory, birth preparedness project in Cambodia. In *Midwifery* (Vol. 25, Issue 6, pp. 738–743). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.006>
- Smith, H. J., Portela, A. G., & Marston, C. (2017). Improving implementation of health promotion interventions for maternal and newborn health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1450-1>
- Soharwardi, M., Khan, A., & Khalid, M. (2015). Socio-economic Determinants of Women Empowerment: A Case Study of Cholistan Desert, Pakistan. *Ijser.Org*, 5(December 2014), 1200–1213. <http://www.ijser.org/researchpaper%5CSocio-economic-Determinants-of-Women-Empowerment.pdf>
- Solnes Miltenburg, A., Roggeveen, Y., Roosmalen, J., & Smith, H. (2017). Factors influencing implementation of interventions to promote birth preparedness and complication readiness. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1448-8>
- Soltani, F., Maleki, A., Shobeiri, F., Shamsaei, F., Ahmadi, F., & Roshanaei, G. (2017). The limbo of motherhood: Women’s experiences of major challenges to cope with the first pregnancy. *Midwifery*, 55, 38–44. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.08.009>
- Stanley Lemeshow. (1997). *Besar Sampel*. Gajah Mada University Press.
- Stovyanti. (2021). *Determinan persiapan persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi pada wanita hamil yang menghadiri layanan antenatal di Indonesia*. Universitas Hasanuddin.
- Sukapti, A. N. G. P. I. A. S. (2012a). *Pemanfaatan “Empolo” Dalam Upaya Meningkatkan Cakupan Antenatal Care dan Persalinan Dengan Tenaga*

- Kesehatan di Dusun Sei Riye Kecamatan Kuora Kabupaten Paser Kalimantan Timur*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Mulawarman.
- Sukapti, A. N. G. P. I. A. S. (2012b). *Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat* (Issue 03 1).
- Sukirman, R., Wahyono, T. Y. M., & Shivalli, S. (2020). Determinants of healthcare facility utilization for childbirth in Kuantan Singingi regency, Riau province, Indonesia 2017. *BMC Public Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09035-3>
- Sulaeman, E. S., Karsidi, R., Murti, B., Kartono, D. T., Waryana, W., & Hartanto, R. (2012). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(4), 186. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i4.54>
- Sunarno, I. (2012). Konsep Sehat Menurut Perspektif Budaya Jawa. In *Universitas Airlangga* (Vol. 4, Issue 3).
- Suryawati, C. (2007). Faktor Sosial Budaya dalam Praktik Perawatan Kehamilan, Persalinan, dan Pasca Persalinan (Studi di Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara). *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2(1), 21-31–31. <https://doi.org/10.14710/jpki.2.1.21-31>
- Swain, D., Parida, S. P., Jena, S. K., Das, M., & Das, H. (2019). Impact of Community-Based Continuous Training on Promoting Birth Preparedness and Pregnancy Outcome in Rural Odisha, India: An Interventional Study. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 69(6), 520–528. <https://doi.org/10.1007/s13224-019-01255-x>
- Teng, S. P., Zuo, T. C., Jummaat, F. B., & Keng, S. L. (2015). Knowledge of pregnancy danger signs and associated factors among Malaysian mothers. *British Journal of Midwifery*, 23(11), 800–806. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.11.800>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1991). Too far to walk: maternal mortality in context. *Newsl Womens Glob Netw Reprod Rights.*, Jul-Sep;(3).
- Tilahun, T., & Sinaga, M. (2016). Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among pregnant women in rural communities of Eastern Ethiopia. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 1–11.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa*. (2014). 15 Januari(1), 45–54. <https://doi.org/10.1145/2904081.2904088>
- Undie, C. C., Van Lith, L. M., Wahome, M., Obare, F., Oloo, E., & Curtis, C. (2014). Community mobilization and service strengthening to increase awareness and use of postabortion care and family planning in Kenya. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.12.016>
- UNICEF. (2023). *Maternal Mortality*.
- UU Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, 15 Januari 45 (2014). <https://doi.org/10.1145/2904081.2904088>
- Wallace, H. J., McDonald, S., Belton, S., Miranda, A. I., da Costa, E., Matos, L. da C., Henderson, H., & Taft, A. (2018). The decision to seek care antenatally and during labour and birth – Who and what influences this in Timor-Leste? A qualitative project exploring the perceptions of Timorese

- women and men. *Midwifery*, 65, 35–42.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.013>
- Wenger, E., et al. (2002). *Cultivating Communities of Practice A Guide to Managing Knowledge*. Scientific Research Publishing.
- WHO. (1996). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO. (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*.
- WHO. (2016). *WHO Recommendations Antenatal Care For a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization.
- WHO. (2018). 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs) lth. In *Zagreb International Review of Economics & Business* (Vol. 18, Issue 1).  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf;jsessionid=1DA98C59A9722C7D11320401101D1E16?sequence=1>
- Widodo, Y., Amanah, S., Pandjaitan, N. K., & Susanto, D. (2017). Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Perilaku Persalinan di Perdesaan Daerah Angka Kematian Ibu Rendah dan Tinggi. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(2017), 77–88.  
<https://doi.org/10.22435/kespro.v8i1.6753.77-88>
- Wilcox, M. L., Krupp, K., Niranjankumar, B., Srinivas, V., Jaykrishna, P., Arun, A., & Madhivanan, P. (2016). Birth preparedness and place of birth in rural Mysore, India: A prospective cohort study. *Midwifery*, 34, 245–252.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.001>
- William M. Trochim, James P. Donnelly, K. A. (2014). *Research Methods*.
- Windsor, R. A. (2015). *Evaluation of Health Promotion and Disease Prevention Programs*. 1–385.
- Wudu, M. A., & Tsegaye, T. B. (2021a). Birth preparedness and complication readiness and associated factors among recently delivered mothers in mizan-aman town, Southwest Ethiopia, 2019. *International Journal of Women's Health*, 13, 177–187. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S279201>
- Wudu, M. A., & Tsegaye, T. B. (2021b). Birth Preparedness and Complication Readiness and Associated Factors Among Recently Delivered Mothers in Mizan-Aman Town, Southwest Ethiopia, 2019. *International Journal of Women's Health*, Volume 13, 177–187.  
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S279201>
- Yilmaz, M., Değirmenci, F., & Yilmaz, D. V. (2021). A psychosocial examination of feelings and thoughts about pregnancy: A qualitative study. *Midwifery*, 103(May). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103106>
- Yusriani. (2017). Program Safe Motherhood Promoters (SMPs) Berbasis Masyarakat Dalam Upaya Menurunkan Risiko Kematian Ibu di Kabupaten Jeneponto. *Universitas Hasanuddin Makassar*, 100.

## LAMPIRAN SURAT KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK



UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung Dekanat Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Kampus UI Depok 16424,  
T. 62.21.7864975, 7864976 F. 62.21.7864975, 7863472  
E. fkmui@ui.ac.id | www.fkm.ui.ac.id

**KOMISI ETIK RISET DAN PENGABDIAN KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA**  
*THE RESEARCH AND COMMUNITY ENGAGEMENT ETHICAL COMMITTEE  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITAS INDONESIA*

### SURAT KETERANGAN

*ETHICAL APPROVAL*

Nomor: Ket-444/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2022

Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, menyatakan dengan ini bahwa penelitian dengan judul :  
*The Research and Community Engagement Ethical Committee of Faculty of Public Health Universitas Indonesia states hereby that the following proposal:*

**"Pemberdayaan Masyarakat Pedesaan Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan  
(Birth Preparedness) di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur"**  
*"Empowerment of Rural Communities in Promoting Birth Preparedness in Pacitan Regency,  
East Java Province"*

Lokasi Penelitian : Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur  
*Location*

Waktu Penelitian : Mei 2022 s.d November 2022  
*Time schedule*

Responden/Subyek : Ibu Hamil  
Penelitian  
*Respondent/Research  
Subject*

Peneliti Utama : **Maryuni**  
Principal Investigator  
*Mahasiswa Program Studi S3  
NPM: 2006512271*

**Telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan**

*Has proceeded the ethical assessment procedure and been approved for the implementation*

Demikianlah surat keterangan lolos kaji etik ini dibuat untuk diketahui dan dimaklumi oleh yang berkepentingan dan berlaku sejak tanggal 30 Juni 2022 sampai dengan 30 Juni 2023  
*This ethical approval is issued to be used appropriately and understood by all stakeholders and valid from 30 June 2022 until 30 June 2023*



30 June 2022  
Chairman,

Prof. Dr. dr. Ratna Djuwita, MPH  
NIP. 195007251980032001

## Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol



**PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
JL. Ronggowarsito No. 07 Telp. ( 0357 ) 881066  
email : bakesbangpol@pacitankab.go.id

---

**REKOMENDASI PENELITIAN**  
NOMOR : 072 /365/ 408.58 / 2022

Dasar : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian , Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan Teknologi;  
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah;  
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;  
4. Peraturan Bupati Pacitan Nomor 3 Tahun 2013 tentang Uraian Tugas Fungsi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pacitan.

Memperhatikan : Surat Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Universitas Indonesia tanggal 14 April 2022, Nomor : S-1424/UN2.F10.D1/PDP.04.04/2022, Perihal: Permohonan Ijin/Rekomendasi Penelitian Pendahuluan dan Pengambilan Data Awal

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Pacitan, memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : **MARYUNI**  
b. Alamat : Kp. Parung Serab, RT 005 / RW 004, Tirtajaya, Sukmajaya  
c. Telp/NIM : 081210872739/2006512271  
d. Lembaga/Instansi : Universitas Indonesia  
e. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswi

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul Penelitian : **"Pemberdayaan Masyarakat Pedesaan Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan (Birth Preparedness) di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur"**  
b. Tujuan : Permohonan Izin Penelitian Pendahuluan & Pengambilan Data Awal  
c. Bidang Penelitian : Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan  
d. Penanggungjawab : Prof.Dr.dr. Sbarinah Prasetya, MSc  
e. Anggota/Peserta : - Prof.Dr.Evi Martha, Mkes  
- Dr.Shrimarti Rukmini Devy, Dra., Mkes  
f. Waktu Kegiatan : 09 Mei 2022 s.d 09 Agustus 2022  
g. Lokasi Kegiatan : Kecamatan Bandar dan Kecamatan Punung

*Lampiran Surat Rekomendasi Penelitian lanjutan dari kesbangpol Pacitan*

 **PEMERINTAH KABUPATEN PACITAN**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
JL. Ronggowarsito No. 07 Telp. ( 0357 ) 881066  
email : bakesbangpol@pacitankab.go.id

---

**REKOMENDASI PENELITIAN**  
NOMOR : 072 /1234/ 408.58 / 2022

Dasar : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian , Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan Teknologi;  
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah;  
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;  
4. Peraturan Bupati Pacitan Nomor 155 Tahun 2021 tentang Kedudukan Tugas dan Fungsi, Susunan Organisasi Serta Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pacitan

Memperhatikan : Surat Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Universitas Indonesia tanggal 24 November 2022, Nomor : S-6041/UN2.F10.D1/PDP.04.04/2022, Perihal: Permohonan Pengambilan Data Penelitian

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Pacitan, memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : **MARYUNI**  
b. Alamat : Kp. Parung Serab, RT 005 / RW 004, Tirtajaya, Sukmajaya /SONO, BANWENSARI, BANDARE, PACITAN  
c. Telp/NIM : 081210872739/2006512271  
d. Lembaga/Instansi : Universitas Indonesia  
e. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswi

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul Penelitian : **"Pemberdayaan Masyarakat Pedesaan Dalam Mempromosikan Kesiapsiagaan Persalinan (Birth Preparedness) di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur"**  
b. Tujuan : Pengambilan Data Penelitian  
c. Bidang Penelitian : Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan  
d. Penanggungjawab : Prof.Dr.dr. Sbarinah Prasetya, MSc  
e. Anggota/Peserta : - Prof.Dr.Evi Martha, Mkes  
- Dr.Shrimarti Rukmini Devy, Dra., Mkes  
f. Waktu Kegiatan : 15 Desember 2022 s.d 15 Maret 2023  
g. Lokasi Kegiatan : Kecamatan Bandar, Kecamatan Punung, dan Kecamatan Nawangan

## **LAMPIRAN DOKUMEN PENELITIAN**

Lampiran Kuesioner :

<https://docs.google.com/document/d/19jQBp0iNtprDJWP5uJhvJpsLUYrjEkzG/edit#heading=h.gjdgxs>

Lampiran Matriks Wawancara mendalam :

<https://docs.google.com/document/d/1rqgCygCuquKbYEFpjWb2emcrZqEmSR8/edit>

Lampiran Modul Bidan :

<https://drive.google.com/drive/folders/1PaeFRkAxSFdZbYwcYQYfqRSh-uvP24SU>

Lampiran Modul Kepala Dusun :

<https://drive.google.com/drive/folders/1PaeFRkAxSFdZbYwcYQYfqRSh-uvP24SU>

Lampiran Poster Kesiapsiagaan Persalinan :

<https://drive.google.com/drive/folders/1PaeFRkAxSFdZbYwcYQYfqRSh-uvP24SU>

### *Lesson Learned*

Disertasi ini diawali dengan pencarian ide awal topik penelitian yang dimulai pada saat penulis duduk disemester II, yaitu tepatnya pada saat perkuliahan Seminar Doktoral (semdok). Setelah muncul ide terkait topik disertasi penulis berdiskusi dengan promotor. Hasil diskusi dengan promotor muncul ide terkait novelty penelitian untuk mengangkat tema tentang budaya, hingga akhirnya penelitian ini memilih lokasi di Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur, sebagai tanah kelahiran penulis. Sebelum melangkah ke tahap yang lebih jauh, penulis terlebih dahulu melakukan peninjauan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan dan juga melakukan survey lokasi di wilayah Kabupaten Pacitan untuk mengetahui kira-kira penelitian ini mampu untuk dilaksanakan atau tidak serta bagaimana penerimaan dari pemerintah daerah setempat terkait penelitian yang akan dikembangkan. Setelah bertemu dengan bagian Kesehatan Keluarga (Kesga) Kabupaten Pacitan, ternyata ide penelitian ini disambut dengan baik.

Sempat ada keraguan dihati penulis, apakah kira-kira penulis mampu untuk melakukan penelitian ini di wilayah Kabupaten Pacitan, mengingat kondisi geografis pedesaan di Kabupaten Pacitan berada di daerah pegunungan serta jarak antara satu desa dengan desa lain yang sangat berjauhan. Akan tetapi sebagai putri daerah asal Pacitan, penulis mencoba menguatkan mental dan mengumpulkan energi serta berdoa kepada Allah SWT supaya diberi kekuatan dan kemudahan untuk menjalani kegiatan penelitian ini.

Alhamdulillah pada saat mulai melakukan survey awal dan peninjauan di lokasi penelitian dengan memperkenalkan diri bahwa penulis adalah asli Putri daerah Pacitan dan menggunakan bahasa Jawa Kromo Inggil saat berkomunikasi, penulis mendapat sambutan yang baik dari Bapak Camat, Bapak Kades maupun penduduk wilayah setempat, hal ini sekaligus menjadi kekuatan bagi penulis untuk melanjutkan kegiatan penelitian ini.

Karakteristik masyarakat Jawa yang ramah di lokasi penelitian, menjadi kekuatan dan mempermudah penulis pada saat melakukan wawancara, meskipun

pada awal-awal sempat ada beberapa informan yang agak takut saat diwawancarai, akan tetapi dengan adanya penjelasan dari penulis dan juga suasana wawancara yang dibuat dalam suasana santai membuat situasi wawancara semakin cair. Selain itu dengan latar belakang penulis yang juga sebagai Bidan, hal ini juga mempermudah jalannya penelitian, dimana pada saat atau disela-sela wawancara ibu hamil dan keluarga sekaligus berkonsultasi terkait kehamilannya.

Penelitian ini cukup memakan waktu yang panjang, karena hampir satu tahun peneliti berada di wilayah Kabupaten Pacitan, hingga penulis sangat dikenal di kedua lokasi Kecamatan Penelitian. Disini penulis sekaligus merasakan sebuah kebermanfaatan dari studi yang penulis lakukan khususnya bagi ibu hamil, keluarga dan pemerintah Desa setempat.

Beberapa kendala yang penulis temui pada saat pengambilan data dilapangan dari segi geografis misalnya jarak desa satu dengan desa lain yang sangat berjauhan, jalanan yang terjal yang hanya bisa dilalui dengan sepeda motor, menyusuri gunung satu ke gunung yang lain, terkadang cuaca hujan, sehingga penulis keuhujan, suatu ketika sempat terfikir penulis merasa lelah dan ingin menyerah. Pada satu hari kegiatan penelitian pada studi kualitatif, penulis hanya bisa mewawancarai paling banyak 2-3 informan, sehingga membutuhkan waktu yang lama. Kendala lainnya yaitu kendala jaringan internet (sinyal) di lokasi penelitian, karena berada di daerah pegunungan sinyal sering hilang timbul, hal ini juga menjadi kendala saat penulis ingin berkomunikasi dan membuat janji untuk kegiatan penelitian, maupun untuk mencari data-data pendukung lainnya. Kendala terkait pengumpulan data, informan terutama ibu hamil dan keluarga ada yang kurang terbuka pada saat dilakukan wawancara, akan tetapi penulis berusaha untuk mencairkan suasana dan melakukan pendekatan dengan lebih baik. Selain itu pada saat pengambilan data di lapangan penulis adakalanya didampingi oleh kader wilayah setempat dan petugas pendamping desa, hal ini akhirnya membantu dan memudahkan penulis dalam pengumpulan data.

Satu hal yang sangat berkesan dari kegiatan penelitian ini, pada saat penulis memperkenalkan diri dan mendatangi Bapak Camat, kepala Desa dan kepala dusun di lokasi penelitian, penulis disambut dengan baik dan sangat ramah,

hal ini karena penulis adalah putri daerah asli Pacitan dan kuliah di Universitas Indonesia, hal ini akhirnya menjadi kekuatan tersendiri untuk menyelesaikan penelitian ini. Program Pemberdayaan Kepala Dusun dalam memberikan edukasi kesiapsiagaan persalinan ini disambut dengan baik dan mendapat dukungan dari Bidan Desa, Bapak Camat, Bapak kades dan Bapak Kadus serta masyarakat di lokasi penelitian. Bapak Kepala Desa dan Kepala Dusun sangat senang dengan adanya pelatihan kesiapsiagaan persalinan di wilayahnya, termasuk juga bidan desa, karena dengan adanya kegiatan pelatihan ini sekaligus bisa membantu tugas bidan desa, karena ada Kepala Dusun (Pamong) yang membantu menggerakkan warganya terutama ibu hamil dan keluarga untuk lebih mempersiapkan persalinannya.

Penulis bersyukur tidak terhingga kepada Allah SWT, karena penulis berhasil menyelesaikan penelitian ini, tentunya hal ini tidak terlepas dari doa dari orang-orang di sekeliling penulis, hal ini sekaligus memberikan kekuatan bagi penulis, untuk menjalani sesuatu yang sepertinya tidak mungkin itu menjadi mungkin. Selain itu juga berkat peran dan motivasi dari promotor maupun co-promotor akhirnya penelitian ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya. Semoga hasil dari penelitian ini bisa memberikan sumbangsih bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan memberikan kebermanfaatan bagi masyarakat lokal di lokasi penelitian, khususnya di Kabupaten Pacitan. **Alhamdulillah rabbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT.**