



PEMBERDAYAAN IBU HAMIL

Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan

UPAYA MENURUNKAN

SECTIO CAESAREA

INDIKASI NON MEDIS

DR. SAMSIDER SITORUS, SST., M.KES.



PEMBERDAYAAN IBU HAMIL

Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan

UPAYA MENURUNKAN

SECTIO CAESAREA

INDIKASI NON MEDIS

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis

Dr. Samsider Sitorus, SST., M.Kes.



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Dr. Samsider Sitorus, SST., M.Kes.

Editor: Janner Simarmata

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

Anggota IKAPI: 044/SUT/2021

Samsider Sitorus

Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis

Yayasan Kita Menulis, 2021

xii; 112 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-033-4

Cetakan 1, April 2021

- I. Pemberdayaan Ibu Hamil untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, sehingga dapat menyelesaikan Buku Monograf dengan judul “Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis ”.

Buku monograf ini sebagai tambahan bacaan disamping buku-buku sejenis yang telah terbit. Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian dengan topik serupa yang dilakukan penulis tahun 2016. Buku ini diangkat berdasarkan kenyataan angka persalinan sectio caesarea mengalami kenaikan yang sangat pesat, terjadi perubahan pandangan ibu hamil bahwa persalinan sectio caesarea merupakan pilihan untuk mempercepat persalinan yang dianggap aman.

Penulis menyadari bahwa buku monograf ini belum sempurna, dibutuhkan masukan dan saran untuk menyempurnakannya. Penulis menyadari, kekurangan atau kesalahan pasti masih ada. Penulis berharap ada kritik dan masukan yang positif dan bersifat membangun, demi penyempurnaannya. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa memberi rahmat dan anugerah-Nya kepada kita semua.

Medan , Maret 2021
Penulis

Samsider Sitorus

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel.....	xi

Bab 1 Pendahuluan

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Novelty	9

Bab 2 Tinjauan Pustaka

2.1 Promosi Kesehatan.....	13
2.2 Pemberdayaan	15
2.3 Keberdayaan	20
2.4 Pemberdayaan Ibu Hamil sebagai “Change of Agent ”	24
2.5 Perilaku Kesehatan	45
2.6 Model Perubahan Perilaku Kesehatan	55
2.7 Persalinan Sectio Caesarea	63

Bab 3 Metodologi Penelitian

Bab 4 Hasil dan Pembahasan

4.1 Gambaran Persalinan di Kota Medan	77
4.1.1 Gambaran Demografi Ibu Hamil (Responden)	78
4.1.2 Pengetahuan, Sikap, Tindakan Memilih Persalinan	79
4.1.3 Sikap Ibu Hamil Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan Tahap 1 dan 2 ...	80
4.1.4 Tindakan Memilih Persalinan Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan Tahap 1 dan 2.....	80
4.1.5 Pengetahuan Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan	81

4.1.6 Sikap Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan.....	81
4.1.7 Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan Tanpa Pemberdayaan Sebelum (Pre-test) dan Sesudah (Pos-test)	81
4.1.8 Pengaruh Pemberdayaan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan Ibu Hamil	82
4.1.9 Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu hamil tanpa Pemberdayaan Memilih Persalinan	83
4.1.10 Perbedaan Efektivitas Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan	83
4.1.11 Pengaruh Pemberdayaan terhadap Persalinan	84
4.1.12 Pengaruh Karakteristik Ibu Hamil dan Perilaku Memilih Persalinan ..	85
4.2 Pembahasan	87

Bab 5 Penutup

5.1 Simpulan	91
5.2 Saran	91
Daftar Pustaka	93
Biodata Penulis	111

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Social Ecological Theory	14
Gambar 2.2: Tahapan Pemberdayaan	18
Gambar 2.3: Lima Komponen Pelatihan	28
Gambar 2.4: Determinan Perilaku	46
Gambar 2.5: Kerangka Teoritis dari IBM.....	51
Gambar 2.6: Social Cognitive Theory	55
Gambar 2.7: The Stages of Change Model, After Prochaska & DiClemente 1984	60
Gambar 2.8: Stages of The Precaution Adoption Process.....	61
Gambar. 2.9: Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication	62
Gambar 4.1: Grafik Kasus persalinan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Kota Medan.....	77

Daftar Tabel

Tabel 2.1: Tahapan Pemberdayaan Knowledge, Attitudes, Practice dengan Pendekatan Aspek Afektif, Kognitif, Psikomotorik dan Konatif	22
Tabel 2.2: Penjelasan Sintesis dari TRA, TPB, dan IBM	48
Tabel 2.3: Konstruk dan Definisi Dari TRA, TPB dan Teori Integrative Model of Behavior Prediction (IBM)	52
Tabel 4.1: Profil Demografi Ibu Hamil	78
Tabel 4.2: Pengetahuan, Sikap, Tindakan Memilih Persalinan	79
Tabel 4.3: Sikap Ibu Hamil terhadap Persalinan	80
Tabel 4.4: Tindakan Ibu Hamil Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan	80
Tabel 4.5: Pengetahuan Ibu Hamil Sebelum (Pre-test) dan Sesudah (Pos-test) Tanpa Pemberdayaan	81
Tabel 4.6: Sikap Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan	81
Tabel 4.7: Tindakan Memilih Ibu Hamil Tanpa Pemberdaya (Pre-test) (Pos-test)	81
Tabel 4.8: Pengaruh Pemberdayaan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan Ibu Hamil	82
Tabel 4.9: Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan Tanpa Pemberdayaan	83
Tabel 4.13: Efektivitas Pemberdayaan dan tanpa Pemberdayaan pada Pengetahuan Sikap dan Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan	84
Tabel 4.11: Pengaruh Pemberdayaan Ibu hamil terhadap Persalinan	84
Tabel 4.12: Pengaruh Demografi dan Perilaku terhadap Persalinan Ibu	85

Bab 1

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Melahirkan merupakan fungsi yang bersifat fisiologis. Wajar apabila para ibu ingin melaksanakan fungsi ini dengan cara yang mereka pertimbangkan paling tepat. Anggapan individu sebelum hamil, dan latar belakang sosial serta kultural merupakan hal-hal yang turut berperan terhadap harapan ibu mengenai persalinan. Keselamatan ibu dan janin atau bayi baru lahir harus menjadi tujuan utama (Dillen Jeroen Van, 2007).

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami (normal) dan persalinan *sectio caesar* atau *section caesarea* (SC). Istilah persalinan *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *cedere* yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Todman, 2007; Lia et.al, 2010).

Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami (normal) dan persalinan *sectio caesar* atau *section caesarea* (SC). Istilah persalinan *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *cedere* yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah

tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Todman, 2007; Lia et.al, 2010).

Persalinan *sectio caesarea* ditujukan untuk indikasi medis tertentu, yang terbagi atas indikasi untuk ibu dan indikasi untuk bayi. Persalinan *sectio caesarea* harus dipahami sebagai alternatif persalinan ketika dilakukan persalinan secara normal tidak bisa lagi (Patricia, 2005; Lang, 2011). Meskipun (90%) persalinan termasuk kategori normal atau tanpa komplikasi persalinan, namun apabila terjadi komplikasi maka penanganan selalu berpegang teguh pada prioritas keselamatan ibu dan bayi. Persalinan *sectio caesarea* ini merupakan pilihan persalinan yang terakhir setelah dipertimbangkan cara-cara persalinan normal atau pervaginam tidak layak untuk dikerjakan (Akhmad, 2008; Asamoah et.al., 2011).

Persalinan *sectio caesarea* yang tepat dilakukan adalah sesuai dengan indikasi medis yang berpotensi menyelamatkan ibu dan bayi. Persalinan *sectio caesarea* yang tepat waktu dan aman akan mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibumaternal di sebuah negara dan di dunia yang merupakan tantangan utamayang dihadapi olehsistem kesehatan nasional (Ronsmans C, Holtz S, Stanton C 2006) dan Betrán AP et al.,2007). Pada saat ini di beberapa negara perempuan semakin banyak menjalani persalinan SC tanpa indikasi medis yang merupakan trend sekuler terhadap peningkatan angka persalinan SC di seluruh dunia (Stjernholm YV., Petersson K., Eneroth E., 2007).

Selama dua dekade terakhir, telah terjadi perdebatan tentang persalinan SC apakah boleh dilakukan karena permintaan ibu atau harus mengikuti indikasi medis yang sesuai dengan prinsip kesehatan. Persalinan SC tanpa alasan medis yang jelas, harus dipertimbangan untuk keselamatan ibu dan bayi,biaya,hak-hak perempuan dan kualitas profesional atau dokter (Villar J, Carroli G, et al 2007, Lumbiganon P et al., 2007, Chong YS, Kwek KY, et al., 2010, Gibbons L, et al., 2010).

Van Deventer membuktikan bahwa ketidakmampuan bayi melewati panggul ibu karena bentuk dan ukuran panggul sempit sehingga bayi tidak bisa melewati panggul sebagai bukti yang akurat dalam mengeluarkan bayi dengan cara kraniotomi. William Smellie yang pertama menemukan bahwamekanisme kerja yang mendeskripsikan bagian kepala melewati rongga panggul dengan keadaan fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal dan ekspulsi(James. L. 2009).Namun dengan berkembangnya kecanggihan bidang

ilmu kedokteran di bidang kebidanan pandangan tersebut mulai bergeser. Persalinan *sectio caesarea* menjadi alternatif pilihan persalinan. Di Washington DC tahun 1994 menunjukkan bahwa setengah dari jumlah persalinan *sectio caesarea* yang tercatat, secara medis sebenarnya tidak diperlukan atau dengan indikasi non medis. *Caesarean Section Rate* (CSR) atau angka persalinan SC telah meningkat sejak tahun 1970-an yang membuat perdebatan kesehatan masyarakat. Masalah baru ini telah menyebabkan pengenalan indikasi baru dalam persalinan *sectio caesarea* yakni indikasi medis dan indikasi non medis yang sering disebut dengan indikasi sosial. Meskipun kenaikan angka persalinan SC (CSR) adalah fenomena dunia, tetapi sangat bervariasi baik di negara Indonesia maupun Internasional (James. L. 2009).

Organisasi Kesehatan Dunia telah menerbitkan revisi pada tahun 1994, yang menyatakan bahwa angka persalinan SC berkisar antara (5%) sampai (15%) Persalinan SC di negara-negara berkembang terkait dengan peningkatan angka kesakitan(morbiditas) ibu secara signifikan (Althabe F. et al., 2006 dan Hofmeyr G. et al., 2005), khususnya persalinan SC elektif (Oladapo. O et al., 2007) dan persalinan SC tanpa indikasi medis (Mac. Dorman M.et al., 2006). Meningkat morbiditas dan mortalitas bayi yang berhubungan dengan persalinan SC di negara-negara berkembang (Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al., 2006), Althabe F. et al., 2006, Mac. Dorman, M.et al., 2006). Untuk mengatasi tingginya persalinan SC dilakukan upaya menggalkan *vaginal birth after caesarean* (VBAC) (Mac. Dorman M, Declercq E, Menacker F, et, al., 2011), Namun, di negara yang berpenghasilan rendah, Persalinan SC juga rendah (kurang dari 1%) hal ini dikaitkan dengan tingginya kematian ibu dan bayi. Kematian tersebut karena ketidakmampuan untuk melakukan persalinan SC sementara persalinan dengan indikasi medis persalinan SC (Althabe F.et al., 2006, Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. 2005).

Di 4 (empat) negara Asia Tenggara ditemukan rata-rata angka persalinan SC tahun 2007 menjadi (27%) diambil dari sembilan rumah sakit yang berpartisipasi dalam proyek SEA-ANGGREK mewakili beberapa rumah sakit di empat negara di Asia Tenggara yakni Indonesia, Malaysia, Filipina dan Thailand yang diambil sampel dari beberapa rumah sakit (The SEA-ORCHID Study Group, 2008) sementara angka Persalinan SC di Indonesia sekitar (29%) (Festin MR. et, al., 2009).

Seiring kemajuan zaman, timbul kekhawatiran tentang persalinan *sectio caesarea* yang semula dilakukan atas indikasi medis, tetapi pada kenyataannya

saat ini dilakukan tanpa indikasi medis. Hasil studi di beberapa rumah sakit di China dan Taiwan menunjukkan peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* yang mencapai angka (70%). Para calon ibu tersebut melakukan persalinan *sectio caesarea* bukan karena bayi berisiko, tetapi hanya karena ingin mendapatkan jam atau hari kelahiran tertentu (Zhang J. et al., 2008).

Beberapa alasan non medis lain adalah faktor kenyamanan dokter. Proses persalinan *sectio caesarea* dianggap oleh dokter ahli kebidanan dan kandungan lebih singkat (Durham. J. 2010). Selain itu, terdapat beberapa wanita yang meminta persalinan *sectio caesarea* karena tidak ingin mengalami nyeri pada persalinan normal (Sarmana 2004). Alasan lain adalah anggapan bahwa persalinan *sectio caesarea* lebih aman untuk ibu dan bayi dibandingkan dengan persalinan normal dan hal ini semakin dianggap umum di seluruh dunia (World Health Organization 2010).

Biaya rata-rata untuk persalinan pervaginam (spontan dari sisi rumah sakit adalah 40 US\$ (2688 rupee), Rp 540.000., dan dari perspektif pasien adalah 79 US \$ (5278 rupee), Rp 1.066.500., Biaya rata-rata untuk persalinan SC dari pihak rumah sakit adalah 162 US \$ (10.868 rupee), Rp 2.187.000., dan 204 US \$ (13.678 rupee), Rp 2.754.000., dari sisi pasien.

Dalam menghadapi persalinan *sectio caesarea* penting dilakukan perencanaan karena menyangkut kesehatan ibu dalam menghadapinya. Perencanaan ini juga menyangkut perencanaan ekonomi karena biaya yang dikeluarkan jika melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* tidak sedikit. Persalinan *sectio caesarea* akan menghabiskan biaya 3-5 kali lebih besar dari persalinan normal. Pemulihan persalinan yang berlangsung lama sehingga ibu akan lebih lama tinggal di rumah sakit, dan otomatis biayannya semakin mahal. Pemulihan lebih lama akibat sayatan yang belum kering dan masih sakit, ibu akan menunda aktivitas lebih lama dibandingkan ibu yang melahirkan normal, termasuk hubungan seksual dan olahraga sehingga penurunan berat badan berlangsung lebih lama. Selain itu seorang ibu yang mengalami persalinan *sectio caesarea* hanya dibatasi memiliki tiga anak saja (Churchill F 1866).

Perawatan sangat dibutuhkan pada post persalinan *sectio caesarea* menurut (Subiston 1992) membutuhkan perawatan inap sekitar 3-5 hari, penutupan luka insisi persalinan *sectio caesarea* terjadi pada hari ke 5 pasca persalinan, luka pada kulit akan sembuh dengan baik dalam waktu 2-3 minggu sedangkan luka fascia abdomen akan merapat dalam waktu 6 minggu, tetapi tetap terus berkembang makin erat selama 6 bulan untuk penyembuhan awal dan terus

makin kuat dalam waktu lebih dari 1 tahun. Persalinan *sectio caesarea* berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam (Cunningham, 2006).

Kekhawatiran ini menjadi semakin kuat ketika hasil studi di berbagai negara dan kota besar di dunia sejak pertengahan tahun 1970-an menunjukkan peningkatan angka persalinan *sectio caesarea* yang cukup pesat. Salah satunya, angka persalinan *sectio caesarea* di Inggris pada tahun 1970 adalah (4,5%). Tahun 2011 bahwa 1 dari 4 bayi yang dilahirkan adalah melalui persalinan *sectio caesarea* (Worden. J. 2011). Angka persalinan melalui *sectio caesarea* di Amerika Serikat juga meningkat empat kali lipat, dari 5,5 per 100 kelahiran pada tahun 1970 menjadi 22,7 per 100 kelahiran pada tahun 1985. Insidensi persalinan SC masing-masing unit obstetrik bergantung pada populasi pasien dan sikap dokter. Sekarang ini angkanya berkisar (10-40%) dari semua kelahiran, karena SC telah ikut mengurangi angka kematian perinatal. Angka persalinan *sectio caesarea* yang ada sebenarnya terlalu tinggi sehingga ada berbagai upaya untuk menguranginya karena meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu (Ensor et al., 2010).

Rata-rata persalinan *sectio caesarea* di 9 (sembilan) negara Asia mencapai (27%) sedangkan di negara Amerika Latin mencapai (35%) (Betrán A. P. et al., 2009). Di Amerika, angka persalinan *sectio caesarea* mencapai (32%) (MacDorman. Fayand M. Eugene. D. 2008). Pertolongan persalinan SC mempunyai sejarah yang panjang. Bahaya infeksi merupakan ancaman serius sehingga banyak terjadi kematian. Walaupun perkembangan teknologi demikian majunya yang dapat menekan bahaya dan risiko persalinan SC tetapi bahaya dan risikopersalinan SC jauh lebih besar di banding dengan persalinan normal. Pertolongan persalinan *sectio caesarea* makin banyak dilakukan dengan pertimbangan "well born baby and well health mother". Misalnya pertolongan persalinan melalui vagina dengan berat bayi melebihi normal lebih baik dengan persalinan *sectio caesarea* lebih aman bagi keduanya (Mac. Dorman. Fay and M. Eugene. D. 2008).

Kelahiran primipara pada orang Polandia di Skotlandia. Orang Polandia cenderung memilih persalinan normal atau persalinan pervaginam. Sedangkan orang Skotlandia lebih menyukai persalinan SC. Angka Persalinan SC di Skotlandia secara signifikan lebih tinggi di banding dengan orang Polandia Persalinan normal menyebabkan ibu orang Polandia menjadi lebih sehat karena itu angka persalinan SC di Polandia lebih rendah dibandingkan dengan Skotlandia (Gorman D.RKatikireddi S.V., et, al., 2014).

Persepsi ibu hamil tentang persalinan SC yang mengurangi kejadian yang mengakibatkan cedera akibat persalinan lama dan persalinan traumatik vagina. Di samping itu, persepsi terhadap kualitas kehidupan dan perkembangan intelektual pada bayi telah menambah tingginya persalinan *sectio caesarea*. Dari tahun ke tahun CSR terus meningkat. Di Inggris, pada tahun 2008-tahun 2009 CSR sekitar (24,6%) yang pada tahun 1980 hanya sekitar (9%). Selain itu CSR di Australia pada tahun 1998 sekitar (21%) dan pada tahun 2007 telah mencapai sekitar (31%) (Kealy, MA, Small RE, Lamputtong P. 2010).

Persalinan SC terus meningkat hingga tahun 1998 yakni (68,8%) pada primigravida dan (47,7%) pada multigravida. Kekurangan dan ketidaktengkapan data di Inggris dan Wales tidak dapat menafsirkan peningkatan angka persalinan SC terbaru. Di Scotlandia data dikumpulkan secara rutin pada semua kelahiran, CSR pada tahun 1970 sekitar (5%) meningkat menjadi (12%) tahun 1980 dan (20%) di tahun 1999. Negara-negara Nordic (Norwegia, Negara Finlandia, Swedia dan Denmark) mempunyai data yang baik dan pasti. Di negara-negara ini, pola peningkatan angka persalinan SC serupa dengan yang diamati di Inggris sampai dengan tahun 1990. Angka persalinan SC tersebut sekitar (2-6%) di tahun 1970, naik menjadi (8-12%) tahun 1980, dan (12-13%) tahun 1990, dan selanjutnya peningkatan CSR tidak terjadi seperti peningkatan yang terjadi di Inggris dan Scotlandia karena di Negara Nordic hanya sebatas (12-14%) karena pemerintah membuat kebijakan bahwa persalinan SC harus sesuai dengan Indikasi medis. Angka ini tidak melewati angka yang direkomendasikan oleh WHO yakni sekitar (10-15%)(WHO 1994).

Di Irlandia sebagai sebuah negara industri tidak mengalami peningkatan CSR, karena pemerintah menerapkan program manajemen persalinan aktif pada rumah sakit di Dublin. Program ini berhasil menjaga tingkat CSR sekitar (5%) pada tahun 80-an dan sampai tahun 2008 CSR tidak mengalami peningkatan seperti di negara yang lain. Di negara ini angka kematian ibu dan perinatal juga mengalami penurunan tanpa diikuti oleh kenaikan persalinan *sectio caesarea* (Kaufmann. 2006).

Mengacu pada WHO, Indonesia mempunyai kriteria angka *sectio caesarea* standar antara 15-20% untuk RS rujukan. Angka itu dipakai juga untuk pertimbangan akreditasi Rumah Sakit (Gondo, 2010). Menurut penelitian Sitorus, S., (2008) di Kota Medan Indikasi medis persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah (69,3%) dan indikasi non medis (29,1%). Indikasi medis di rumah sakit swasta (30,7%) dan Indikasi non medis (70,9%). Hasil

uji analisis bivariat dan multivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta terhadap indikasi persalinan *sectio caesarea* OR 5.5 (CI3.41-9.11) $p < 0.001$. Indikasi medis terbanyak di RS Pemerintah adalah indikasi previous SC (73.8%) (Sitorus, S. 2008).

Indikasi non medis ini berupa permintaan ibu, keyakinan dan budaya yang menyakini tanggal dan jam kelahiran bayinya, tanggal yang bersejarah ibu hamil menjadwalkan persalinan dengan persalinan SC, Alasan kecemasan dan takut rasa nyeri (his sebelum kala II), alasan estetika jalan lahir dan banyak ibu hamil di mana anak pertama (G1) sampai kehamilan ketiga atau gravida ketiga (G3) dengan persalinan normal namun pada kehamilan keempat atau Gravida ke 4 (G4) ibu memilih untuk persalinan SC dengan alasan ingin sekaligus tubektomi, sementara ibu tersebut bisa melahirkan dengan persalinan normal alasan tersebut bahwa kasus fisiologis bisa beralih menjadi patologis (SC) oleh karena permintaan ibu sekaligus tubektomi, meskipun tanpa indikasi medis (Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z., 2008).

Prevalensi persalinan *sectio caesarea* mengalami peningkatan yang sangat pesat hampir di seluruh negara di dunia termasuk di kota-kota besar di Indonesia. Peningkatan ini disebabkan oleh kemajuan teknologi di bidang kebidanan, permintaan ibu karena tidak tahan nyeri, faktor umur, faktor rumah sakit, faktor kepercayaan menginginkan tanggal dan jam kelahiran anak tersebut, sosial budaya, penghasilan, gaya hidup dan menjaga agar vagina tetap bagus (estetika jalan lahir) serta SC dengan alasan tubektomi (Villar J, Carroli G, Zavaleta N, 2007).

WHO menetapkan standar persalinan *sectio caesarea* di sebuah negara sebesar (5-15%). Pelayanan medik Departemen Kesehatan menetapkan standar CSR untuk rumah sakit pemerintah (10-20%) dan rumah sakit swasta kurang dari (30%). Hal ini sesuai dengan angka persalinan normal atau pervaginam yang disebut dengan persalinan fisiologis sebesar (80-90%) dan persalinan patologis sebesar (10-20%) (Lawrence L., 2005).

Komplikasi persalinan *sectio caesarea* dapat menyebabkan 5 kali lebih besar dari persalinan normal. Pemulihan lebih lama, biaya persalinan 3-5 kali lebih besar, risiko kematian 25 kali dan risiko infeksi 80 kali lebih besar dibanding dengan persalinan normal. Keputusan dokter dalam menegakkan indikasi persalinan yang semakin longgar dan semakin berkembang, selain indikasi medis ada pula indikasi non medis (indikasi sosial), dalam konsep ilmu

kebidanan bahwa persalinan SC harus sesuai dengan indikasi medis, Regulasi dan perundang - undangan serta kebijakan dalam menetapkan indikasi tersebut belum menjadi masalah yang akan diselesaikan oleh Steakholder (Mathole, Thubelihle, et. al.,2005).

1.2 Perumusan Masalah

Pemberdayaan ibu hamil merupakan sebuah terobosan untuk mengatasi ketidakberdayaan ibu hamil untuk memilih persalinan upaya menyelamatkan jiwa ibu dan janinnya sehingga sesuai dengan kondisi kehamilan wanita tersebut. Perilaku memilih persalinan harus didasari dari pengetahuan dan sikap yang positif dan tindakan memilih sesuai dengan keadaan kehamilannya. Pemberdayaan ini merupakan bagian dari strategi promosi kesehatan di lakukan dengan mengutamakan upaya *promotife*, *preventife* tanpa meninggalkan *kuratife* dan *rehabilitatife*. Persalinan normal merupakan persalinan alamiah atau persalinan fisiologis. Persalinan *sectio caesarea* merupakan upaya untuk dapat menyelamatkan nyawa ibu maupun janin ketika persalinan normal tidak dapat dilakukan karena berbagai alasan seperti panggul sempit, placenta previa, dan solutio plasenta serta alasan medis lainnya. Ketidaksesuaian indikasi persalinan SC ini merupakan masalah bagi kesehatan Ibu/Anak dan Kesehatan Reproduksi yang menyebabkan proses pemulihan organ reproduksi lebih lama dan lebih berisiko dibanding dengan persalinan normal. Indikasi persalinan SC sebaiknya ditetapkan oleh dokter atas indikasi medis tetapi saat ini ada pula indikasi non medis yakni permintaan ibu, anak berharga, menginginkan tanggal dan jam kelahiran serta ibu yang ingin melahirkan memilih persalinan SC dengan alasan sekaligus untuk tubektomy dan berbagai macam alasan yang tidak medis yang mengakibatkan terjadi peningkatan CSR di kota Medan.

Penelitian diarahkan pada ibu hamil dengan pemberdayaan terhadap perilaku memilih persalinan upaya mengurangi *sectio caesarea* dengan indikasi non medis di Kota Medan .Permasalahan penelitian adalah bagaimanakah pengaruh pemberdayaan ibu hamil terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) memilih persalinan upaya mengurangi angka persalinan *sectio caesarea* dengan indikasi non medis dan meningkatkan cakupan persalinan normal di Kota Medan?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis dan mengkaji pengaruh pemberdayaan terhadap perilaku memilih persalinan (pengetahuan, sikap dan tindakan) memilih persalinan Kota Medan.

2. Tujuan Khusus

- a. Membuktikan pengaruh pemberdayaan terhadap pengetahuan, Sikap dan tindakan Persalinan di Kota Medan.
- b. Membuktikan efek pemberdayaan terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan persalinan.
- c. Membuktikan pengaruh pemberdayaan terhadap persalinan ibu Kota Medan.
- d. Membuktikan pengaruh demografi dan perilaku terhadap persalinan ibu.

1.4 Novelty

1. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak

- a. Pemberdayaan ibu hamil merupakan model yang memanfaatkan sumber daya lokal (dalam hal ini ibu hamil) memilih persalinan normal, karena dengan melibatkan ibu hamil sebagai suatu upaya yang strategis dalam membantu memilih persalinan normal yang aman bagi ibu dan bayi, persalinan yang aman merupakan bagian *making pregnancy safer* (MPS) dan *making delivery safer* sebagai konsep dasar persalinan.
- b. Pemberdayaan ibu hamil mampu membagikan dan penyampaian pesan-pesan pemilihan persalinan kepada ibu hamil yang ada disekitar tempat tinggal ibu hamil yang telah dilatih. Sehingga dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi tentang pemilihan persalinan normal atau fisiologis oleh ibu hamil yang

merupakan salah satu bentuk upaya dalam mendukung ilmu kesehatan masyarakat terutama dalam mengurangi kesakitan dan kematian serta waktu penyembuhan lebih singkat

- c. Program pemberdayaan perlu dipadankan dengan ANC yang telah dilaksanakan oleh dinas kesehatan untuk deteksi dini komplikasi pada kehamilan sehingga ibu hamil diakhir kehamilan sudah mengetahui persalinan yang akan di hadapi ibu tersebut serta memperkuat dan mempertajam hubungan antara bidan dengan ibu hamil dalam persalinan normal.
 - d. Pemberdayaan ibu hamil efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan memilih persalinan, pemberdayaan menjadi investasi yang dapat di kembangkan untuk program di puskesmas maupun di Klinik bersalin karena akan lebih berarti dan berguna karena ibu hamil dan lebih sering bertemu dengan bidan di Klinik dan Puskesmas karena lebih dekat dengan tempat tinggal ibu hamil dan aksesnya lebih mudah.
 - e. Pemberdayaan dapat dimodifikasi dengan program lain yang berkaitan dengan penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, mengingatkan ibu hamil tinggal dekat klinik bersalin misalnya bersamaan pada program dinas kesehatan yakni kelas ibu hamil.
 - f. Pemberdayaan mampu memberikan pilihan kepada ibu hamil untuk melahirkan normal dan mampu memberikan pandangan bahwa persalinan yang dialaminya sangat menguntungkan buat diri sendiri dan bayinya maupun buat keluarganya, serta mampu membagikan materi kepada ibu hamil yang ada disekitar tempat tinggalnya.
2. Pengembangan Keilmuan Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Reproduksi serta Ilmu Perilaku maupun Ilmu Kesehatan Masyarakat

Pemberdayaan merupakan salah satu sarana untuk mempelajari dan mengetahui terjadinya proses perubahan perilaku pada ibu hamil dalam memilih persalinan yang menguntungkan ibu dan bayi dan keluarga bahkan

ibu tersebut akan menjadi orang yang mampu memberi informasi tentang persalinan.

- a. Pemberdayaan merupakan upaya untuk memengaruhi perilaku ibu hamil dalam memilih persalinan yang baik yang merupakan penggalian kearifan lokal, dan sebagai potensi untuk mengembangkan kesehatan ibu dan anak dan kesehatan reproduksi (KIA-KR) serta ilmu perilaku yakni dapat meningkatkan pengetahuan, sikap yang positif serta tindakan memilih persalinan normal bahkan ibu tersebut bersalin normal, maupun Ilmu kesehatan masyarakat (IKM) yakni ibu hamil mampu memilih dan meningkatkan upaya promotif dan preventif serta mengurangi upaya kuratif serta rehabilitatif. Misalnya dengan persalinan normal akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta mengurangi kejadian cidera pada ibu dan bayi.
- b. Menerapkan 3 (tiga) pilar Indonesia sehat yakni pilar pertama: menerapkan paradigma sehat yakni menjadikan promotif & preventif sebagai pilar utama upaya kesehatan yakni mengutamakan persalinan normal daripada persalinan SC, pengarus-utamaan kesehatan dalam pembangunan dan pemberdayaan masyarakat dalam hal ini pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan ibu hamil terhadap perilaku memilih persalinan. Pilar kedua adalah penguatan kemasyarakatan yakni mengarahkan kebijakan dengan membuat program pemberdayaan ini sebagai kebijakan di klinik bersalin dan di Puskesmas sebagai penguatan public health care (PHC), pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis health risk. Program yakni pemberdayaan ini meningkatkan akses terutama pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti Klinik bersalin dan Puskesmas, dan optimalisasi sistem rujukan yakni bidan dari klinik bersalin dan dokter puskesmas dalam merujuk persalinan ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) adalah persalinan SC dengan indikasi medis. Pilar ketiga adalah jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah kerangka pendanaan dengan peningkatan pendanaan promotif & preventif, peningkatan efektivitas

pembiayaan kesehatan dalam hal ini untuk biaya persalinan normal sekitar Rp. 600.000 pada PPK 1 sementara untuk persalinan SC berdasarkan INA-CBG RS tipe A paling sedikit Rp.,5,237.000.,untuk SC ringan, SC., sedang sekitar Rp., 5.750.000., SC berat sebesar Rp.,7.915.300., di kelas 3 (Permenkes 2015).

3. Bagi Masyarakat

- a. Pemberdayaan ini memberikan peranan yang jelas pada ibu hamil dalam memilih persalinan dan juga sebagai penyampai pesan-pesan kesehatan khususnya dalam hal persalinan serta sebagai motivator pada ibu hamil yang lain dalam memilih persalinan.
- b. Pemberdayaan membuat kelompok ibu hamil lebih mudah dalam mengakses pesan kesehatan khususnya pemilihan persalinan, kepada ibu yang ada yang tidak terpapar dengan karena ibu hamil trisemester ke-2 tidak diikutsertakan dalam pemberdayaan.

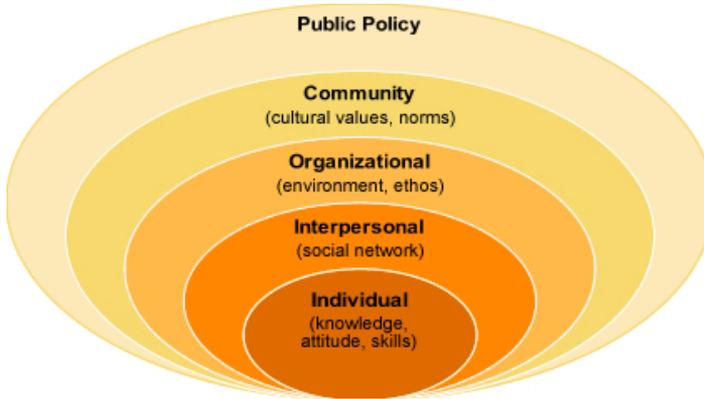
Bab 2

Tinjauan Pustaka

2.1 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan merupakan cabang ilmu kesehatan yang terdiri dari sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan yang merupakan penunjang program-program kesehatan lain. Program kesehatan yang telah ada misalnya pembrantasan penyakit menular/tidak menular, program perbaikan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan lain sebagainya sangat perlu di tunjang oleh adanya promosi kesehatan.

Promosi kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan mereka (WHO, 1984). Proses untuk meningkatkan kemampuan orang dalam mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan sehat, seseorang kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan (Piagam Ottawa, 1986).



Gambar 2.1: Social Ecological Theory

Sementara indikator kesehatan keluarga adalah jumlah kebijakan publik yang berwawasan kesehatan yakni kebijakan publik berwawasan kesehatan dalam peningkatan perilaku sehat. Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS yakni kabupaten/kota memiliki kebijakan PHBS untuk peningkatan perilaku. Berapa persen desa/kelurahan yang memanfaatkan dana untuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yakni kelompok kerja operasional UKBM atau forum peduli kesehatan dalam peningkatan perilaku, dana desa/kelurahan untuk penyelenggaraan UBKM, model intervensi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

1. Pengaruh Promosi Kesehatan terhadap Perilaku

Promosi kesehatan adalah berhubungan dengan orang. Jadi komunikasi suatu hal yang penting dan mendasar Elwiss dan Simnett 1994. Komunikasi kesehatan memiliki peran nyata dalam upaya merubah perilaku. Pengaruh pesan yang diterima oleh sasaran setelah komunikasi edukasi informasi diberikan adalah adanya perbedaan sebelum dan sesudah pelaksanaan terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku (Cangara, 2004).

Dasar keberhasilan promosi kesehatan adalah komunikasi yang baik. Komunikasi adalah suatu proses simbolik yang menghendaki orang-orang mengatur lingkungannya dengan membangun hubungan antara sesama manusia melalui pertukaran informasi untuk menguatkan sikap dan tingkah laku orang lain serta berusaha mengubah sikap dan tingkah laku (Cagara, 2004).

Komunikasi yang dilakukan secara terencana bertujuan untuk memengaruhi penerima atau orang lain. Komunikasi kesehatan merupakan suatu upaya secara sistematis untuk memengaruhi praktik-praktik kesehatan masyarakat sehingga ada perubahan menuju status kesehatan yang lebih baik. Salah satu komunikasi kesehatan adalah penyuluhan kesehatan, atau pendidikan kesehatan yang merupakan pendekatan edukatif dalam upaya menanamkan pemahaman dan membina kebiasaan hidup sehat masyarakat untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dibidang kesehatan sehingga masyarakat dapat memecahkan masalahnya (Sugiyono, 2008).

2. Strategi Promosi Kesehatan

WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi Promosi kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok, yakni: 1. *advocacy* (advokasi), 2. *Social support* (dukungan sosial) dan 3. *Empowerment* (pemberdayaan masyarakat). Strategi global ini dimaksudkan bahwa, dalam pelaksanaan suatu program kesehatan di dalam masyarakat, maka langkah yang di ambil adalah:

- a. Melakukan pendekatan/lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan "committed". dan akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam kesehatan para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah ini disebut sasaran tersier.
- b. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh masyarakat formal maupun informal.
- c. Selanjutnya petugas kesehatan bersama-sama tokoh masyarakat tersebut melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling, dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media (Cagara, 2004).

2.2 Pemberdayaan

Pemberdayaan merupakan bagian yang sangat penting dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus-

menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek attitude) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek practice). Oleh sebab itu, sesuai dengan sasaran (klien) nya dapat dibedakan adanya (a) pemberdayaan individu, (b) pemberdayaan keluarga dan (c) pemberdayaan kelompok dan masyarakat.

Tujuan pokok pembangunan adalah memperluas pilihan-pilihan manusia. Pengertian ini mempunyai dua sisipertama, pembentukan kemampuan manusia seperti tercermin dalam kesehatan, pengetahuan dan keahlian yang meningkat. Kedua, penggunaan kemampuan yang telah dipunyai untuk bekerja, untuk menikmati kehidupan atau untuk aktif dalam kegiatan kebudayaan, sosial, dan politik. Paradigma pembangunan manusia yang disebut sebagai sebuah konsep yang holistik mempunyai 4 unsur penting, yakni: (1) peningkatan produktivitas; (2) pemerataan kesempatan; (3) kesinambungan pembangunan; (4) pemberdayaan manusia. Konsep ini dapat mengembangkan indeks pembangunan manusia (Human Development Index). Indeks ini merupakan indikator komposit/gabungan yang terdiri dari 3 ukuran, yaitu kesehatan (sebagai ukuran longevity), pendidikan (sebagai ukuran knowledge) dan tingkat pendapatan riil (sebagai ukuran living standards).

Dalam mengupayakan agar klien tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat klien tersebut memahami bahwa sesuatu adalah masalah baginya dan bagi masyarakatnya. Sepanjang klien yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka klien tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Saat klien telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan. Perubahan dari tahu ke mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi (Pattiasina 2010).

Agar mampu keluar dari ketidakberdayaan dibutuhkan adanya perubahan sikap dan perubahan perilaku, karena adanya sikap menerima keadaan (pasrah) merupakan cermin dari ibu hamil dan keluarga serta masyarakat. Teori sikap yang dikembangkan oleh Fishbein dan Azjen (1975) menyebutkan sikap seseorang sangat dipengaruhi oleh stimuli yang diterima dan stimuli ini berpengaruh terhadap perilaku. Berperilaku ditentukan oleh sikap seseorang,

seseorang akan lebih mudah melakukan tindakan tertentu bila telah memiliki sikap positif terhadap perilaku itu sendiri. Perubahan perilaku merupakan upaya singkat untuk meningkatkan keberdayaan dalam menentukan dan memilih persalinan yang sesuai dengan kondisi kehamilan.

Menurut Azwar (2011) menyebutkan (85%) keberhasilan seseorang sangat ditentukan oleh sikap terhadap persoalan yang dihadapi, selebihnya ditentukan oleh kemampuan diri sendiri. Menurut Pattiasina (2010), Pemberdayaan atau empowerment merupakan sebuah konsep yang lahir sebagai bagian dari perkembangan dan pemikiran serta kecenderungan. Kecenderungan primer merupakan pemberdayaan yang menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu menjadi lebih berdaya. Sedangkan, kecenderungan sekunder merupakan pemberdayaan yang menekankan pada proses stimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan mereka.

Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu dan keluarga, serta kelompok masyarakat. Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu adalah masalah baginya. Sepanjang orang yang bersangkutan belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut. Manakala ia telah menyadari masalah yang dihadapinya, maka kepadanya harus diberikan informasi lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan (Depkes RI, 2006).

Perubahan dari tahu ke mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi. Di sini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan; misalnya seorang tokoh agama yang dia sendiri dan keluarganya tak pernah terserang diare karena perilaku yang dipraktikkannya (Depkes RI, 2006).

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan serta menggunakan metode dan teknik yang tepat. Menurut Bookman dan Morgen (1988) mengemukakan bahwa pemberdayaan sebagai konsep mengacu pada usaha menumbuhkan keinginan seseorang untuk mengaktualisasi diri,

melakukan mobilitas ke atas, serta memberikan psikologis yang membuat seseorang merasa berdaya.

Adapun kegiatan pemberdayaan adalah sebagai berikut a. Fasilitasi pelaksanaan kegiatan promosi; b. Pengembangan dan pengorganisasian; c. Fasilitasi kelompok-kelompok dalam melaksanakan berbagai kegiatan; d. Fasilitasi kunjungan, toma untuk meningkatkan motivasi ibu hamil; e. Fasilitasi sarana kesehatan untuk meningkatkan kapasitas provider dalam pendampingan kepada ibu hamil.

Pandangan Pearse dan Stiefel (1996) dinyatakan bahwa pemberdayaan mengandung dua kecenderungan, yakni primer dan sekunder. Kecenderungan primer berarti proses pemberdayaan menekankan proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan agar individu menjadi lebih berdaya. Selanjutnya kecenderungan sekunder melihat pemberdayaan sebagai proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihannya (Priyono dan Pranarka, 1996).

Menurut Wrihatnolo dan Nugroho (2007) pemberdayaan dijalankan dengan kesadaran dan partisipasi penuh dari para pihak untuk meningkatkan kapasitas dan kapabilitas individu, keluarga dan masyarakat sebagai sumber daya pembangunan agar mampu mengenali permasalahan yang dihadapi dalam mengembangkan dan menolong diri menuju keadaan yang lebih baik, mampu menggali dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk kepentingan diri dan kelompoknya, serta mampu mengeksistensikan diri secara jelas dengan mendapat manfaat darinya. Pemberdayaan adalah sebuah "proses menjadi", bukan "proses instan". Pemberdayaan mempunyai tiga tahapan dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.2: Tahapan Pemberdayaan Sumber : Wrihatnolo dan Nugroho (2007)

Tahap pendayaan, target sasaran yaitu masyarakat kurang mampu diberikan pemahaman bahwa mereka mempunyai hak untuk menjadi mampu. Di samping itu mereka juga diberikan penyadaran bahwa mereka mempunyai kemampuan untuk keluar dari ketidakberdayaan. Pada tahap ini, masyarakat

dibuat mengerti bahwa proses pemberdayaan itu harus berasal dari diri mereka sendiri. Diupayakan pula agar mendapat cukup informasi. Melalui informasi aktual dan akurat terjadi proses penyadaran secara alamiah. Proses ini dapat dipercepat dan dirasionalkan hasilnya dengan hadirnya upaya pendampingan (Wrihatnolo dan Nugroho 2007).

Tahap pengkapasitasan, tahap ini bertujuan untuk memampukan Ibu hamil sehingga mereka memiliki keterampilan untuk mengelola peluang yang akan diberikan. Tahap ini dilakukan dengan memberikan pelatihan-pelatihan, lokakarya dan kegiatan sejenis yang bertujuan untuk meningkatkan life skill ibu hamil yang kurang berdaya. Pada tahap ini sekaligus dikenalkan dan dibukakan akses kepada sumberdaya kunci yang berada di luar sebagai jembatan mewujudkan harapan dan eksistensi dirinya. Selain memampukan masyarakat baik secara individu maupun kelompok, proses memampukan juga menyangkut organisasi dan sistem nilai. Pengkapasitasan organisasi melalui restrukturisasi organisasi pelaksana sedangkan pengkapasitasan sistem nilai terkait dengan "aturan main" yang akan digunakan dalam mengelola peluang (Wrihatnolo dan Nugroho 2007).

Tahap pendayaan, pada tahap ini masyarakat diberikan peluang yang disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki melalui partisipasi aktif dan berkelanjutan yang ditempuh dengan memberikan peran yang lebih besar secara bertahap sesuai dengan kapasitas dan kapabilitasnya, diakomodasi aspirasinya serta dituntun untuk melakukan self evaluation terhadap pilihan dan hasil pelaksanaan atas pilihan.

Memberdayakan masyarakat dalam melaksanakan program mengurangi angka persalinan *sectio caesarea* (CSR) yang tinggi harus mampu meningkatkan partisipasi dan rasa memiliki terhadap program yang dilaksanakan. Jadi dalam melaksanakan program menurunkan CSR yang tinggi bukanlah jumlah bantuan yang diutamakan tetapi bagaimana menggerakkan partisipasi sehingga menciptakan perilaku yang baik dalam memilih persalinan. Pemberdayaan terkait erat dengan faktor internal dan eksternal. tanpa mengecilkan arti dan peranan salah satu faktor, sebenarnya kedua faktor tersebut saling berkontribusi dan memengaruhi secara sinergis dan dinamis.

Proses pemberdayaan sebaiknya didampingi oleh suatu tim fasilitator yang bersifat multidisiplin. Tim pendamping ini merupakan salah satu faktor eksternal dalam pemberdayaan. Peran tim pada awal proses sangat aktif tetapi akan berkurang secara bertahap selama proses berjalan sampai individu sudah

mampu melanjutkan kegiatannya secara mandiri. Dalam operasionalnya inisiatif tim pemberdayaan akan pelan-pelan dikurangi dan akhirnya berhenti. Peran tim pemberdaya sebagai fasilitator akan dipenuhi oleh pengurus kelompok atau pihak lain yang dianggap mampu.

2.3 Keberdayaan

Pemberdayaan sebagai proses menunjuk pada serangkaian tindakan yang dilakukan secara sistematis dan mencerminkan pentahapan kegiatan atau upaya mengubah individu dan masyarakat yang kurang atau belum berdaya, berkekuatan, dan berkemampuan menuju keberdayaan. Makna memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan menunjuk pada sumber inisiatif dalam rangka mendapatkan atau meningkatkan daya, kekuatan atau kemampuan sehingga memiliki keberdayaan. Untuk bisa berdaya akan sangat tergantung dari objek pemberdayaan itu sendiri, oleh karena itu individu dan masyarakat hendaknya menyadari untuk keluar dari benang kusut ketidak tahuan perlu memperoleh daya atau kemampuan sebagai stimuli.

Upaya pemecahan dengan mengoptimalkan sumberdaya yang dimiliki diharapkan mampu menciptakan nilai-nilai yang diharapkan masyarakat untuk bisa keluar permasalahan yang menyebabkan risiko-risiko yang lebih berat akibat tindakan yang tidak sesuai dengan tindakan karena ketidak berdayaan pasien tersebut. Upaya pemecahan masalah melalui pemberdayaan dilakukan secara berkesinambungan mengingat pencapaian tujuan pemberdayaan bukan hanya untuk mampu memilih Persalinan, tetapi juga mampu mempertahankan haknya saat provider mengatakan tindakan yang tidak sesuai dengan yang seharusnya (Sumarjo 1999).

Pencapaian tujuan pemberdayaan dapat diwujudkan dalam keberdayaan. Suatu individu atau masyarakat dikatakan berdaya jika yang awalnya tidak mampu memilih tindakan yang sesuai dengan kondisi kehamilannya oleh karena ketidaktahuan dalam memilih persalinan sesuai dengan kondisi ibu dan janinnya, alternatif pilihan tindakan agar terwujudnya keinginan yang diharapkan.

Sumarjo (1999) mengatakan ciri-ciri masyarakat berdaya yaitu:

1. Mampu memahami diri dan potensinya, mampu merencanakan (menganalisis kondisi perubahan ke depan).
2. Mampu mengarahkan dirinya sendiri.
3. Memiliki kekuatan untuk berunding.
4. Memiliki bargaining power yang memadai dalam melakukan kerjasama yang saling menguntungkan.
5. Bertanggung jawab atas tindakannya.

Implementasi dari pemberdayaan sering mendapat hambatan dalam pelaksanaannya, mengingat keanekaragaman persepsi individu maupun kelompok sosial yang ada. Menurut Watson Adi, (2003) beberapa kendala yang dihadapi dalam pemberdayaan berasal dari: a. Kepribadian individu: kestabilan (homeostatis), kebiasaan (habit), seleksi Ingatan dan Persepsi (selective perception and retention), ketergantungan (dependence), super-ego, yang terlalu kuat, cenderung membuat seseorang tidak mau menerima pembaharuan, dan rasa tak percaya diri (self-distrust); b. Sistem sosial: kesepakatan terhadap norma tertentu (conformity tonorms), yang mengikat sebagian anggota masyarakat pada suatu komunitas tertentu, kesatuan dan kepaduan sistem dan budaya (systemic and cultural coherence), kelompok kepentingan (vested Interest), hal yang bersifat sakral (The Sacrosanct), dan penolakan terhadap Orang Luar (rejection of outsiders).

Hambatan pemberdayaan dalam rangka keberdayaan tidak hanya disebabkan oleh faktor individu dan sistem sosial tetapi juga terjadi karena hambatan psikologis seperti masalah gender. Dalam penelitian Marhaeni (2010) menyimpulkan faktor hambatan sosial psikologis berpengaruh signifikan terhadap tingkat keberdayaan perempuan Bali dalam jabatan eselon. Ini mencerminkan semakin kuat hambatan sosial psikologis yang dialami kaum perempuan maka semakin rendah tingkat keberdayaan kaum perempuan.

Tujuan yang hendak dicapai dari pemberdayaan adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berpikir, bertindak dan mengendalikan apa yang mereka lakukan. Kemandirian merupakan suatu kondisi yang dialami oleh individu, kelompok dan masyarakat yang ditandai dengan kemampuan memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan

masalah-masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya/kemampuan yang dimiliki (Sulistiyani 2004).

Daya kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan kognitif, konatif, psikomotorik dan afektif serta sumber daya lainnya yang bersifat fisik/material. Lebih lanjut Sulistiyani, mengatakan bahwa terjadinya keberdayaan pada empat aspek tersebut dapat memberikan kontribusi pada terciptanya kemandirian masyarakat yang dicita-citakan. Tahapan pemberdayaan melalui pendekatan tersebut di atas dapat disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1: Tahapan Pemberdayaan Knowledge, Attitudes, Practice dengan Pendekatan Aspek Afektif, Kognitif, Psikomotorik dan Konatif

No	Aspek Afektif	Kognitif	Psikomotorik	Konatif
1	Belum merasa sadar & peduli	Belum memiliki Wawasan pengetahuan	Belum memiliki ketrampilan dasar	Tidak berperilaku membangun
2	Tumbuh rasa Kesadaran & kepedulian	Menguasai pengetahuan dasar	Menguasai keterampilan dasar	Bersedia terlibat dalam pembangunan
3	Memupuk semangat kesadaran & kepedulian	Mengembangkan pengetahuan dasar	mengembangkan ketrampilan dasar	Berinisiatif untuk mengambil peran dalam pembangunan
4	Merasa membutuhkan kemandirian	Mendalami pengetahuan pada tingkat yang lebih tinggi	Memperkaya variasi ketrampilan	Berposisi secara mandiri untuk membangun diri dan lingkungan

Orang tidak dapat diberdayakan oleh orang lain, tetapi orang hanya dapat memberdayakan diri dengan memperoleh power dengan berbagai bentuk (Laverack, 2008). Ini mengasumsikan bahwa orang adalah aset diri sendiri, dan peran agen eksternal untuk menghidupkan, memfasilitasi atau 'menemani' dalam memperoleh kekuasaan. Berdasarkan pengertian tersebut, pemberdayaan adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan individu, kelompok dan masyarakat tertindas supaya memiliki kemampuan

untuk mengaktualisasi diri sehingga mampu menolong diri sendiri dan meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Reproduksi (Laverack, 2008).

Upaya pemberdayaan dapat dilihat dari tiga sisi yakni menciptakan suasana yang memungkinkan potensi berkembang, memperkuat potensi dan daya yang dimiliki, dan melindungi potensi yang lemah. Inti dari ketiga upaya tersebut adalah suasana dan iklim yang mampu mengembangkan potensi masyarakat, harus dibarengi dengan langkah nyata untuk memperkuat potensi tersebut sekaligus mampu memberikan akses dalam berbagai peluang yang membuat individu dan kelompok berdaya dan merasa terlindungi pada saat potensi melemah serta terselamatkan berkat adanya pemberdayaan. Pemberdayaan bukan membuat menjadi makin tergantung pada berbagai program-program. Tujuan akhir pemberdayaan adalah membuat mandiri, berdaya, dan membangun kemampuan untuk memajukan diri ke arah kesehatan yang lebih baik secara bersinambungan (Laverack, 2008).

Pendamping merupakan tim fasilitator sebagai input proyek, secara intensif memfasilitasi. Kader; lembaga komunitas, tim fasilitator merupakan bagian dari tim konsultan yang memiliki tugas sebagai berikut :

1. Melakukan sosialisasi yaitu menyebarkan informasi mengenai program pemberdayaan dalam meningkatkan perilaku memilih persalinan.
2. Menyebarluaskan pengetahuan, sikap dan tindakan memilih persalinan.
3. Mencatat semua data kemajuan.
4. Melaksanakan kegiatan pemberdayaan dengan pelatihan untuk memperkuat dan mengembangkan kapasitas individu sebagai agen perubahan di masyarakat dalam memberikan informasi kepada ibu hamil tentang persalinan di wilayah lokasi pilot project.
5. Dalam melaksanakan pemberdayaan, tim fasilitator bertugas antara lain bersama kader memfasilitasi proses diskusi kelompok terfokus, mengembangkan lembaga kemasyarakatan yang berkaitan dengan masalah-masalah yang menyebabkan ibu hamil memilih persalinan SC dengan indikasi non medis atau indikasi sosial. Mempromosikan persalinan normal kepada ibu hamil dengan meningkatkan

pengetahuan dan sikap dan tindakan memilih persalinan oleh ibu hamil tersebut.

6. Melaksanakan tugas advokasi, mediasi dan kemitraan strategis (networking) antar semua pihak terkait yang bermanfaat bagi individu dan masyarakat.
7. Melaksanakan monitoring dan evaluasi (Laverack, 2008).

2.4 Pemberdayaan Ibu Hamil sebagai "Change of Agent "

Menurut kamus bahasa, *Change Agent* adalah "Seseorang yang dapat merubah perilaku masyarakat atau sistem organisasi dalam mencapai keadaan atau aktualisasi diri yang lebih baik". Biasanya seorang *agent of change* memiliki tujuan dan keinginan untuk merubah keadaan yang kemudian direalisasikan dengan berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut memungkinkan masyarakat untuk melakukan sesuatu yang di luar kebiasaan atau mencari tujuan hidup (perspective on life) yang lebih baik (Stevenson 2008).

Menurut Arrata (2007), *Change Agent* adalah seseorang yang memimpin serta memiliki keberanian untuk melakukan perubahan yang diluar kebiasaan dengan tetap memperhatikan budaya yang ada sebelumnya. Biasanya seorang *change agent*, baik lelaki maupun perempuan; fokus, memimpin, dan mengarahkan sekelilingnya untuk melakukan perubahan. Mereka secara langsung maupun tidak langsung selalu mengimplementasikan dan melatih orang lain mengenai prosedur yang baru, serta menjadi contoh (role model) dari perubahan yang menjadi tujuan akhirnya serta menunjukkan bahwa perubahan yang dilakukan membawa pada kondisi yang lebih baik.

Peran *Change Agent*, menurut Roger (2007) terdapat 7 hal:

1. Mengembangkan kebutuhan untuk melakukan perubahan.
2. Memastikan terjadinya pertukaran informasi: orang yang terlibat proses perubahan harus sudah menerima *change agent* sebelum inovasi dilakukan oleh *change agent*.

3. Mendiagnosa masalah: Harus dapat memahami permasalahan dengan melihat dari prespektif orang yang akan terlibat proses perubahan.
4. Mengubah keinginan menjadi aksi : a). Memotivasi orang yang terlibat proses perubahan agar tertarik dengan perubahan; b). Menerima dan melaksanakan pendapat dari early adopter untuk menggerakkan peer networks.
5. Menjaga adopsi perubahan tetap berlanjut & mencegah terputusnya adopsi tersebut.
6. Membantu orang yang pertama kali terlibat dengan perubahan menjadi change agent dilingkungannya.
7. Memperkuat prespektif dan pemberdayaan.

Roger (2007) menguraikan faktor yang memengaruhi keberhasilan *Change Agent*:

1. Upaya *Change Agent*: Secara umum, keberhasilan adopsi atau perubahan yang dilakukan oleh sasaran sangat dipengaruhi oleh seberapa besar usaha change agent untuk mengajak sasaran untuk melakukan perubahan.
2. Tujuan Sasaran Perubahan: secara umum, keberhasilan adopsi perubahan yang dilakukan *change agent* dapat sesuai dengan yang menjadi orientasi dari sasaran perubahan daripada yang menjadi orientasi *change agent*.
3. Cocok dengan kebutuhan sasaran perubahan: seorang *change agent* seharusnya menyadari kebutuhan dari sasaran perubahan serta mengadaptasi program perubahan yang sesuai dengan sasaran perubahan. *Change agent* harus memperhatikan kebutuhan agar jika perubahan berhasil diadaptasi maka perubahan tersebut akan terus berlanjut.
4. Rasa Empati dari change agent: rasa empati yang dimiliki oleh *change agent* menyebabkan rasa pengertian antara *change agent* dengan sasaran sehingga dapat menjaga hubungan baik dalam proses perubahan. Dilihat dari media kampanye, ada empat elemen yang memengaruhi keberhasilan kampanye oleh *change agent* yaitu

pemanfaatan penelitian mengenai keinginan sasaran agar pesan yang disampaikan dalam kampanye dapat diterima dengan baik, rancangan tujuan kampanye yang spesifik yang disesuaikan dengan segmen sasaran, pengelompokan sasaran dalam satu kelompok kecil yang homogen, merancang pesan kampanye di media masa sehingga terjalin komunikasi interpersonal antara change agent dengan sasaran perubahan.

1. Pemberdayaan dengan Pelatihan

Pelatihan merupakan proses pembelajaran dari rangkaian program perubahan perilaku. Pelatihan tersebut melibatkan pengetahuan sehingga pengetahuan seseorang akan meningkat serta menjadi lebih waspada terhadap aturan dan prosedur. Jika pengetahuan dan kewaspadaan meningkat maka perilakunya juga akan sesuai dengan aturan dan prosedur yang kemudian memengaruhi perubahan yang positif terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik (Kalra & Bhatia 2008).

Selanjutnya pelatihan merupakan suatu kegiatan yang menambah dan meningkatkan kemampuan seseorang agar memiliki keterampilan yang lebih baik dari sebelumnya. Dalam kegiatan tersebut biasanya terjadi transfer pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan sikap dalam mengerjakan suatu kemampuan yang spesifik (UMFDA 2002).

Pelatihan adalah proses yang terus berulang atau tidak akan pernah berakhir. Pelatihan dapat diberikan pada seseorang sebagai pengenalan maupun untuk penyegaran atau pengulangan kembali dari materi pelatihan. Pelatihan yang diberikan kepada seseorang sebagai pengenalan materi pelatihan biasanya diberikan pada seseorang yang sama sekali belum mengerti mengenai materi pelatihan disebut “induction training”. Setelah induction training, seseorang dalam jangka waktu tertentu biasanya membutuhkan pelatihan ulang untuk menyegarkan kembali pengetahuannya serta mampu menggunakan metode dan materi yang terdahulu maupun yang baru disampaikan dalam pelatihan ulang dengan lebih baik lagi (Kalra & Bhatia 2008).

Setiap pelatihan memiliki harapan yang positif, secara filosofis, harapan yang ingin dicapai dari suatu pelatihan adalah adanya perubahan perilaku dari peserta pelatihan seperti penambahan pengetahuan yang dari tidak tahu menjadi tahu, keterampilan melakukan suatu pekerjaan dengan lebih

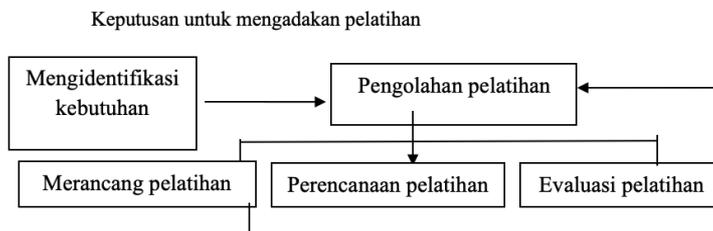
sempurna, sikap kerja yang menjadi berorientasi pada hari esok yang lebih baik (Munir 2004).

Proses pembelajaran agar dapat memengaruhi perubahan perilaku yang positif melibatkan waktu, usaha, dan biaya sehingga dalam merancang suatu pelatihan harus sangat berhati-hati. Tujuan dan kebutuhan pelatihan diidentifikasi dengan jelas serta memilih metode pelatihan yang tepat serta sesuai dengan tujuan dan kebutuhan diadakannya pelatihan (Kalra & Bhatia 2008).

Selanjutnya menurut yang bersangkutan, ada dua metode yang sering dipakai sewaktu mengadakan pelatihan, yaitu metode “on-the-job training” dan “off-the-job training”. Metode *on-the-job training* merupakan metode yang paling hemat dan efisien karena peserta pelatihan ikut terlibat langsung dan waktu yang digunakan untuk pelatihan relatif tidak lama. Teknik pengajaran yang termasuk dalam metode *on-the-job training* adalah teknik pengajaran *coaching* yaitu teknik pengajaran yang menerapkan sistem belajar mandiri dan teknik pengajaran rotasi atau rotasi yang menerapkan perputaran tugas kerja peserta pelatihan.

Metode pelatihan berikutnya adalah metode *off-the-job training*. Metode pelatihan di mana peserta pelatihan menerima materi secara pasif karena tidak terlibat secara langsung seperti metode sebelumnya. Teknik pengajaran dalam metode *off the-job training* meliputi teknik pengajaran konferensi, pemutaran film, simulasi, studi kasus, magang, dan *role play*. Seluruh teknik pengajaran dalam metode *off-the job training* mempunyai kesamaan, yaitu menggunakan alat bantu audio visual dan peserta pelatihan mendapatkan pengetahuan secara pasif.

Dalam suatu pelatihan, baik pelatihan yang bersifat “on-the-job training” dan “off-the-job training”, memiliki 2 pelaku pelatihan. Dua pelaku itu adalah pelatih dan peserta pelatihan. Pelatih dapat meliputi pelatih tambahan, pelatih dari universitas, pegawai pemerintahan, maupun konsultan. Sementara, peserta pelatihan adalah orang yang diharapkan nantinya memiliki pengetahuan, sikap, keterampilan, dan praktik yang lebih baik. Menurut Sullivan dalam *training works* (USAID 2003) ada 5 hal yang mesti diperhatikan dalam pelatihan yang dapat dilihat pada gambar berikut keterangannya.



Gambar 2.3: Lima Komponen Pelatihan

Sumber : USAID,2003, Training Works. Published by: JHPIEGO. Baltimore-Maryland, USA.

Menurut Sullivan dalam Training Works (USAID 2003) ada 5 hal yang mesti diperhatikan dalam pelatihan yaitu:

1. Identifikasi Kebutuhan Pelatihan

Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi gap atau masalah yang ada dan menentukan intervensi yang paling sesuai. Tahapannya antara lain; temukan tujuan yang diinginkan, uraikan tujuan yang akan diraih, lakukan analisis hingga ke akar masalah sehingga bisa ditemukan gap yang ada, tentukan intervensi yang paling sesuai. Informasi dari tahapan ini, akan sangat penting dalam mendesain, melakukan, dan mengevaluasi pelatihan.

Hal yang sama juga dijelaskan oleh (Swanson et al., 1997 dalam UMFDA 2002), bahwa salah satu tahapan perencanaan pelatihan yang terpenting dan aspek yang sering ditinjau adalah tahap indentifikasi kebutuhan pelatihan. Identifikasi kebutuhan pelatihan merupakan langkah pertama untuk mengadakan pelatihan dan pengembangan program (Miller & Osinski 1996). Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi gap atau masalah yang ada dan menentukan intervensi yang paling sesuai dengan kebutuhan pelatihan (Swanson et al., 1997 dalam UMFDA 2002).

Identifikasi kebutuhan biasanya dilakukan oleh pelatih dan ia harus melakukannya secara hati-hati. Identifikasi tersebut dapat membantu pelatih untuk menentukan kriteria peserta pelatihan yang akan mengikuti pelatihan dengan tepat, merancang pelatihan sesuai kebutuhan dan menetapkan metoda yang efektif bagi mereka (USAID 2003). Hal tersebut menandakan suatu pelatihan sebaiknya fokus dan dapat menguraikan tujuan pelatihan yang tepat guna (Swanson et al., 1997 dalam UMFDA 2002).

Secara rinci Sullivan dalam USAID (2003) menguraikan tahapan identifikasi kebutuhan pelatihan sebagai berikut:

- a. Menentukan keterampilan atau perilaku baru yang diharapkan akan dilakukan oleh peserta setelah mengikuti pelatihan.
 - b. Menganalisa keterampilan peserta pelatihan yang menjadi perilaku saat ini atau sebelum mengikuti pelatihan. Pada saat melakukan tahap ini, sebaiknya pelatih fokus pada perilaku individu atau sekelompok. Jika menemukan perbedaan antara perilaku yang diharapkan dengan yang dilakukan saat ini maka hal itu yang disebut dengan “masalah” atau gap.
 - c. Melakukan analisis hingga ke akar masalah sehingga ditemukan sebab perbedaan antara perilaku yang diharapkan dengan perilaku saat ini. Informasi yang diperlukan dalam tahap ini dapat diperoleh dengan mengumpulkan info dari berbagai sumber yang terkait dengan perilaku yang diharapkan. Misalnya ingin mengetahui permasalahan di pelayanan kesehatan (yankes) maka info dapat diperoleh dari pengguna fasilitas pelayanan kesesehatan, fasilitator, maupun tokoh masyarakat.
 - d. Tentukan intervensi yang paling sesuai untuk meningkatkan serta memperbaiki perilaku. Jika penyebab dari perilaku yang tidak baik adalah kurangnya pengetahuan dan keterampilan maka pelatihan adalah intervensi yang tepat. Informasi dari tahapan ini sangat penting dalam tahap selanjutnya, yaitu tahap mendesain, melakukan, dan mengevaluasi pelatihan.
2. Manajemen Pelatihan (Pengelolaan Pelatihan)

Setelah memperoleh informasi pada tahap identifikasi kebutuhan pelatihan, tahap selanjutnya adalah mengolah informasi tersebut untuk merancang, melaksanakan dan mengevaluasi pelatihan. Agar pengelolaan informasi berjalan efektif di semua tahap pelatihan, maka pelatih harus memahami segala informasi dan rekomendasi yang telah diperoleh.

Berikut adalah tahapan dalam pengelolaan pelatihan:

- a. Merencanakan, Mencari dan Mendapatkan Sumber Daya Untuk Mencapai Tujuan Pelatihan yang menjadi prioritas dalam tahap ini, setelah dipastikan akan dilakukan pelatihan, adalah membuat anggaran biaya untuk semua keperluan pelatihan, mulai dari biaya merancang, melaksanakan, dan evaluasi. Biaya yang dianggarkan kurang lebih terdiri dari biaya pelatihan, fasilitas, transportasi tim pelatih dan peserta, media pelatihan (termasuk biaya pembuatan media audio visual), peralatan, dan persediaan kebutuhan lainnya. Setelah selesai membuat anggaran keuangan maka selanjutnya memastikan sumber dana pelatihan. Dengan demikian dapat disimpulkan dalam tahap ini yang diperlukan antara lain: membuat anggaran biaya dari semua keperluan pelatihan; mencari dana untuk mendukung anggaran biaya; mengawasi penggunaan biaya agar sesuai anggaran biaya pelatihan,
- b. Menyeleksi tim yang merancang pelatihan sebuah pelatihan akan sukses jika dirancang dengan baik. Rancangan pelatihan yang baik tentu saja dipengaruhi oleh tim perancang pelatihan yang juga baik. Oleh karenanya, tim perancang bertugas merancang perencanaan, materi, dan media pelatihan. Agar tim perencana dapat merancang pelatihan dengan baik mereka membutuhkan dan harus memahami informasi yang menjadi masalah peserta pelatihan, jenis pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Pada akhirnya mereka juga harus mengetahui seberapa dana yang disediakan untuk melaksanakan pelatihan yang sesuai untuk menyelesaikan masalah peserta pelatihan atau dalam kata lain mencapai tujuan pelatihan. Idealnya, sebuah tim perancang pelatihan terdiri dari pelatih, manajer pelatihan, perancang materi pelatihan, supervisor, pengevaluasi pelatihan, atau lainnya. Jadi 1 (satu) orang bertanggung jawab untuk 1 (satu) tugas. Jika memungkinkan beberapa anggota dari tim perancang pelatihan juga termasuk dalam tim pelaksana pelatihan. Jika tidak memungkinkan maka orang yang

termasuk dalam tim pelaksana pelatihan harus paham dan mengenali rancangan pelatihan sebelum pelatihan dilaksanakan.

- c. Menyusun Strategi Evaluasi dan Monitoring adalah sesuatu yang penting untuk membandingkan perilaku yang diharapkan dengan kenyataan secara terus menerus. Tujuannya mengetahui dan menetapkan perubahan apa saja yang sudah terjadi. Selain itu juga untuk mengetahui sejauh mana pelatihan memengaruhi perilaku secara individual dan masyarakat. Informasi yang diperoleh pada saat evaluasi dapat mengidentifikasi kembali perubahan rancangan dan pelaksanaan pelatihan yang diperlukan. Media yang perlu dikembangkan dan diperhatikan Tim Evaluasi yaitu: 1) Media evaluasi dari tujuan pelatihan, misalnya dengan kuesioner evaluasi pelatihan dan wawancara; 2) Media pendampingan dan evaluasi perilaku peserta pelatihan di lingkungan setelah mengikuti pelatihan, dapat menggunakan daftar tilik perilaku atau pendampingan; 3) Media yang mengidentifikasi hambatan peserta pelatihan dalam mengaplikasikan pengetahuan dan perilaku barunya di lingkungan, misalnya menggunakan lembar “Rencana Tindak Lanjut”.
- d. Mengelola Keperluan Logistik Pelatihan Kegiatan dalam pengelolaan logistik pelatihan (tetapi tidak terbatas) sebagai berikut: 1) Mengirimkan kurikulum dan tujuan pelatihan kepada tim pelatih dan peserta sebelum pelatihan dimulai; 2) Mempersiapkan lokasi pelatihan dengan mengunjungi dan mengecek keperluan logistiknya (konsumsi, kemudahan transportasi, dll) bersama tim pelaksana pelatihan; 3) Membuat materi dan media pelatihan, termasuk media audiovisual; 4) Menyiapkan biaya pelatihan; 5) Berkoordinasi dengan tim pelaksana pelatihan.
- e. Mensosialisasikan Pelatihan kepada Peserta dan Tim Pelatih Setelah keperluan logistik terpenuhi maka tim pelaksana dan tim yang merancang pelatihan sebaiknya bertemu untuk saling berbagi mengenai situasi lokasi dan pengetahuan peserta pelatihan. Manfaatnya agar tim pelaksana pelatihan memiliki gambaran mengenai pelatihan yang akan mereka selenggarakan dan

pengetahuan serta keterampilan baru yang harus dikuasai peserta latih.

- f. Mengadakan Tindak Lanjut Bagi Peserta Pelatihan Setelah Kembali ke Lingkungannya. Sebenarnya sangat penting untuk melakukan tindak lanjut setelah pelatihan, akan tetapi tahap ini sering terlupakan pada pelatihan. Tindak lanjut dapat dilakukan dengan pendampingan yang berupa kegiatan kunjungan ke peserta oleh pelatih. Dalam kegiatan pendampingan tersebut dapat membantu mengetahui pengetahuan dan keterampilan baru yang dipelajari selama pelatihan telah menjadi bagian dari praktik di kehidupan kesehariannya atau belum. Pada saat kunjungan pendampingan juga dapat diperoleh dan diketahui hambatan apa saja dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan barunya. Kegiatan dalam kunjungan pendampingan meliputi observasi, membimbing, memberikan alternatif pemecahan masalah, menganalisa kemajuan peserta latih, dan identifikasi masalah yang timbul dalam penerapan materi pelatihan. Kegiatan pendampingan menjadi efektif jika tim pendamping maupun pelatih aktif berpartisipasi dalam mendampingi peserta latih dan terjadi interaksi antara tim pendamping/pelatih dengan peserta latih. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Sullivan (USAID 2003), bahwa dalam pengelolaan pelatihan perlu memperhatikan beberapa hal berikut; Pastikan bahwa sudah tidak ada gap/masalah yang ada, Merencanakan dan mengatur sumber daya agar tujuan dapat tercapai, Pilih tim yang akan mendesain pelatihan, Buat strategi monitoring dan evaluasi, Rencanakan kebutuhan pelatihan (logistik), Komunikasi dengan siswa dan supervisi sebelum pelatihan dimulai, Sediakan *follow up* bagi siswa dan supervisi setelah pelatihan.

3. Desain Pelatihan (Merancang Pelatihan)

Ada beberapa langkah dalam merancang pelatihan agar efektif dan dapat memberikan perubahan pengetahuan serta keterampilan peserta latih. Langkahnya terdiri dari:

- a. Verifikasi ulang gap yang ada dan tujuan dari pelatihan: yang perlu dilakukan dalam verifikasi ulang sebagai berikut: 1) Menggunakan informasi yang diperoleh saat identifikasi kebutuhan pelatihan sebagai bahan referensi dalam merancang pelatihan; 2) Gambarkan perubahan perilaku yang ingin dicapai dalam pelatihan; 3) Menuliskan secara jelas tujuan dan pelatihan; 4) Menghubungkan antara perubahan perilaku yang diharapkan dengan tujuan yang ingin dicapai.
- b. Mengumpulkan Informasi tentang latar belakang peserta pelatihan, identifikasi pengetahuan, keterampilan, yang mereka butuhkan: Berbagai informasi yang perlu dikumpulkan meliputi: 1) Budaya, pengetahuan, sikap, dan praktik dari materi pelatihan saat sebelum diberi pelatihan; 2) Latar belakang pendidikan seperti kemampuan membaca, menulis, serta bahasa yang digunakan sehari – hari; 3) Pekerjaan peserta pelatihan; 4) Lokasi pekerjaan saat ini dan selanjutnya; 5) Motivasi dan insentif yang dapat menggairahkan pelatihan; 6) Hubungan kerja antara peserta pelatihan dengan pekerja di sekitarnya; 7) Kebijakan dan panduan kerja nasional; 8) Sistem kerja yang ada sebelum pelatihan; 9) Tipe dan jenis fasilitas kerja dari peserta pelatihan.
- c. Identifikasi materi pelatihan dari sumber referensi yang ada: mengidentifikasi, mengkaji, dan mengadaptasi sumber referensi materi pelatihan dapat membantu penyusunan materi pelatihan dan biasanya dapat menghemat waktu yang diperlukan untuk merancang pelatihan. Beberapa contoh sumber referensi yang dapat digunakan adalah buku pedoman, buku literatur, video, atau pengalaman ahli.
- d. Membuat tujuan pelatihan: tujuan pelatihan sebaiknya jelas dan dapat diukur, sesuai dengan rancangan, pelaksanaan, dan evaluasi pelatihan. Misalnya tujuan berdasarkan pengetahuan, sikap, dan praktik peserta pelatihan, yang dimaksud dengan tujuan sebaiknya jelas adalah peserta pelatihan mengerti perubahan apa yang harus mereka capai dan praktik yang baik. Contoh tujuan, “Setelah

mengikuti pelatihan, peserta pelatihan dapat memberikan konsultasi keluarga berencana berdasarkan lembar ceklis konsultasi”.

- e. Mengembangkan rencana pelatihan: perencanaan pelatihan yang baik adalah dasar dari mensukseskan pelatihan. Komponen dasar pelatihan yang harus dipersiapkan dengan baik adalah silabus, jadwal, dan garis besar pelatihan: 1) Silabus pelatihan agar sesuai dengan perubahan yang diharapkan maka harus sesuai dengan tujuan pelatihan, tujuan pembelajaran setiap materi, kriteria peserta pelatihan, kriteria evaluasi, anjuran dari peserta pelatihan yang diberikan sebelum, saat, dan setelah pelatihan; 2) Jadwal pelatihan terkait dengan jumlah hari yang diperlukan selama melaksanakan pelatihan, serta deskripsi secara umum kegiatan per-hari-nya; 3) Garis besar pelatihan mendeskripsikan apa saja yang harus disampaikan dan diajarkan tim pelatih di setiap sesi pelatihan. Jika pelatihan yang sama akan diberikan di tempat lain yang berbeda atau oleh tim pelatih yang lain maka garis besar pelatihan dapat memastikan penyelenggaraan pelatihan sesuai standar.

Menurut Suaedy (2011), ketika merancang pelatihan, khususnya silabus, juga direncanakan metoda yang akan digunakan. Ada pun jenis metode pelatihan yang biasa digunakan:

- a. Metode ceramah: metode ceramah biasa dikenal dengan metode kuliah atau tutorial. Metode ini salah satu cara belajarnya dengan ucapan atau verbal sehingga sering terjadi komunikasi searah. Oleh karena untuk menutupi kekurangan tersebut, sebaiknya metode ceramah dipadukan dengan metode tanya jawab. Kelebihannya, metode ceramah akan lebih efisien diterapkan pada kegiatan belajar yang melibatkan peserta dalam jumlah banyak sedangkan waktu yang tersedia kurang mencukupi.
- b. Metode tanya jawab: tujuan dari metode tanya jawab untuk menumbuhkan sikap, mengembangkan pengetahuan, dan melatih peserta berkomunikasi verbal dan mengukur tingkat pemahaman terhadap materi pelatihan yang diterima selama pelatihan

- berlangsung. Cara pelaksanaan dari metode ini dengan memberikan pertanyaan kepada peserta atau sebaliknya.
- c. Metode diskusi kelompok: dalam metode diskusi terjadi pertukaran maupun penyatuan pemikiran 2 orang atau lebih yang bertujuan memecahkan topik permasalahan. Sebenarnya, metode ini lebih cocok diterapkan pada kegiatan belajar dengan peserta yang jumlahnya sedikit. Kelebihan metode diskusi adalah sebagai media berinteraksi dalam memecahkan suatu permasalahan dan mengembangkan kepercayaan diri.
 - d. Studi kasus: metode studi kasus juga dikenal dengan nama metode problem solving. metode ini sangat efektif untuk memperdalam pengetahuan serta kemampuan menganalisa kemudian mencari penyelesaian suatu kasus, selain itu, metode studi kasus mengajak peserta pelatihan menumbuhkan kepekaan dan kreativitas peserta memecahkan suatu kasus.
 - e. Curah pendapat: bagian terpenting dari metode curah pendapat adalah mengetahui pemikiran peserta pelatihan yang sebenarnya dan mengembangkan kreativitas mereka untuk mengungkapkan pendapat agar dipahami lainnya.
 - f. Seminar: Pada umumnya saat metode seminar dilakukan dilengkapi dengan suatu makalah. Peserta pelatihan membahas isi makalah yang merupakan permasalahan, mengambil kesimpulan, lalu memecahkan permasalahan secara bersama.
 - g. Simulasi: simulasi seringkali dikombinasi dengan metode belajar ceramah. Tujuannya memberikan contoh keterampilan dari kasus yang dikehendaki. Caranya dengan melakukan permainan yang berkaitan dengan isi materi atau keterampilan yang ingin dikuasai peserta.
 - h. Bermain peran: bermain peran sangat cocok diterapkan saat ingin menggambarkan karakter dari suatu tokoh tertentu. Tujuannya supaya peserta dapat memahami serta menjiwai karakter tersebut, oleh karenanya, cara metode bermain peran biasanya peserta pelatihan memerankan kembali tokoh yang dimaksud.

- i. **Demonstrasi:** demonstrasi adalah cara penyajian materi dengan memperagakan suatu kegiatan di depan para peserta pelatihan. Biasanya metode ini dikombinasikan dengan metode ceramah dan tanya jawab.
 - j. **Praktek kerja lapangan (PKL) atau observasi lapangan :** pada saat peserta pelatihan melakukan observasi lapangan, mereka dapat membandingkan pengetahuan yang diperoleh selama pelatihan dengan kenyataan di lapangan. Caranya dengan mengunjungi langsung tempat kegiatan yang diceritakan dalam materi pelatihan.
 - k. **Tugas baca:** metode baca dilakukan dengan memberikan tugas membaca literatur yang sesuai dengan materi pelatihan. Tujuannya agar peserta pelatihan mendalami materi pelatihan dan dapat membaca cepat dalam waktu singkat.
4. **Mengembangkan media pelatihan:** saat mengembangkan media pelatihan tentu mempertimbangkan kemampuan dan informasi yang ada pada saat identifikasi kebutuhan. Jika merasa kurang memahami materi yang diberikan saat pelatihan maka sebaiknya materi dibuat dengan mengadaptasi berbagai sumber literatur. Beberapa literatur yang dapat digunakan adalah pedoman yang digunakan secara nasional maupun internasional. Setelah mengembangkan materi pelatihan kemudian mengembangkan media audiovisual. Isi yang disajikan media audiovisual harus mewakili serta menibug materi pelatihan yang diberikan agar terjadi kesesuaian dan memperjelas maksud dari materi pelatihan. Media lainnya yang perlu dikembangkan adalah Buku Pedoman Peserta Pelatihan dan Modul Pelatihan. Buku pedoman tersebut berisi silabus, jadwal, studi kasus, gambaran metoda permainan, lembar rencana tindak lanjut.
 5. **Mengembangkan instrumen evaluasi:** diadakannya evaluasi bertujuan menganalisa peserta pelatihan telah mengalami perubahan perilaku yang diharapkan dan pelatih yakin bahwa tujuan pelatihan telah dicapai. Beberapa cara evaluasi pengetahuan yang dapat digunakan adalah kuesioner dengan pilihan ganda, kuesioner dengan pertanyaan

terbuka, wawancara mendalam, ataupun laporan tertulis. Sementara pendekatan untuk evaluasi keterampilan dengan metode bermain peran yang dilakukan peserta saat pelatihan kemudian diobservasi menggunakan lembar ceklis. Cara lainnya dengan mengobservasi saat mereka sedang mengaplikasikan pengetahuan barunya. Evaluasi sikap dapat dilakukan selama evaluasi keterampilan.

Pelaksanaan Pemberdayaan dengan Pelatihan

Pada saat pelaksanaan pelatihan tentunya ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Hal yang perlu diperhatikan meliputi:

- a. Membangun dan mempertahankan kredibilitas pelatih yang terlihat kredibel atau ahli dengan pengetahuan dan keterampilan yang diajarkan dapat menginspirasi serta mendorong peserta pelatihan untuk memahami dan terus belajar. Membangun kredibilitas dapat dengan menunjukkan kemampuan melatih yang kuat, menjelaskan materi dan tujuan pelatihan dengan jelas. Oleh karena itu hal yang sebaiknya dilakukan: 1) Datang yang paling awal ke lokasi pelatihan setiap hari, terutama pada hari pertama pelatihan; 2) Sambut peserta pelatihan ketika datang, terutama saat hari pertama pelatihan; 3) Mengingat nama peserta pelatihan secepatnya; 4) Menjelaskan metode pelatihan dengan jelas dan bersemangat; 5) Ajak peserta untuk bertanya jika tidak mengerti; 6) Merujuk pada pengalaman pribadi secara rendah hati jika ada studi kasus; 7) Menjadi model sikap dan perilaku yang positif terkait tujuan pelatihan dan pembelajaran; 8) Menjelaskan peraturan, tanggung jawab, tujuan pembelajaran, harapan, dan norma belajar dengan jelas; 9) Memberikan kesempatan bagi peserta pelatihan untuk berbagi pengalamannya; 10) Menghargai dan membangun pengetahuan maupun keterampilan peserta pelatihan.
- b. Menciptakan pelatihan yang dua arah dan diwarnai kerjasama : pelatihan yang efektif artinya peserta pelatihan adalah rekan dalam proses belajar dan secara aktif terlibat mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru. Untuk membangun kerjasama seperti itu

diperlukan kepekaan terhadap keragaman sosial budaya. Langkah yang perlu dilakukan pelatih untuk menciptakan pelatihan yang dua arah dan penuh kerjasama sebagai berikut: 1) Menyesuaikan gaya berkomunikasi dengan kebutuhan peserta pelatihan berdasarkan observasi terhadap kehidupan keseharian mereka; 2) Melakukan interaksi dengan peserta, menanyakan pertanyaan terkait pelatihan, menggunakan humor yang tepat untuk pencairan; 3) Mengendalikan permasalahan dengan bijak; 4) Menyesuaikan dan mematuhi norma yang berlaku di lokasi pelatihan; 5) Selalu tepat waktu.

- c. Menciptakan suasana belajar yang nyaman dan aman: pentingnya menciptakan suasana belajar nyaman dan aman adalah agar peserta mau mengemukakan ide, mau belajar dari yang lain, lebih mengeksplor pengetahuan baru, dan nyaman untuk merubah perilaku mereka. Yang dapat dilakukan agar tercipta suasana belajar yang nyaman dan aman: 1) Memberikan respon yang sopan walaupun untuk pertanyaan yang polos; 2) Menggunakan pendekatan belajar yang bervariasi. Misalnya mengkombinasi metode bermain peran, studi kasus, simulasi, kompetisi dalam 1 pelatihan ; 3) Mempertahankan kolaborasi antara pelatih dan peserta; 4) Hargai jawaban maupun pandangan yang berbeda dari setiap orang yang hadir dalam pelatihan, jangan mengecilkan peserta latih maupun pelatih lainnya, serta memberikan umpan balik yang sesuai dengan budaya setempat serta dengan cara yang dapat mereka terima; 5) Dorong peserta pelatihan untuk menerapkan perilaku maupun pengetahuan yang baru mereka terima ; 6) Kelola orang dan perilaku yang memberikan pengaruh negatif; 7) Bantu peserta pelatihan untuk merasa nyaman sewaktu mempelajari perilaku baru ; 8) Berikan kesempatan pada peserta untuk menjawab pertanyaan yang diberikan oleh temannya; 9) Berikan kesempatan pada peserta pelatihan untuk menyimpulkan maksud dari pelatihan kepada temannya; 10) Berikan balasan yang menyenangkan jika ada kemajuan sekecil apapun yang ditunjukkan oleh peserta pelatihan; 11) Ciptakan suasana yang menyenangkan sewaktu melakukan sesuatu.

- d. Berikan umpan balik yang mendukung: dalam pelatihan yang baik, ada kesempatan bagi peserta pelatihan untuk bertanya, memberikan komentar, berbagi sesuatu yang menjadi perhatiannya, dan mendapat umpan balik atas partisipasi mereka. Pelatih yang ahli dalam pelatihan dapat menciptakan suasana di mana peserta termotivasi bertanya serta menjawab sendiri pertanyaan yang diberikan oleh temannya. Hal ini membantu peserta pelatihan mengerti kebutuhan belajar dengan sendirinya, menyerap pengetahuan baru, mengaplikasi keterampilan baru, dan membantu peserta lainnya untuk belajar. Langkah yang dapat dilakukan pelatih sebagai berikut: 1) Berikan umpan balik yang positif secara berkelanjutan jika mereka menunjukkan kemajuan yang positif; 2) Ikuti kemajuan peserta selama pelatihan, berikan petunjuk, umpan balik yang spesifik untuk mendorong perubahan yang positif dan membenarkan informasi yang kurang tepat; 3) Validasi pertanyaan peserta pelatihan, umpan balik, dan perhatian; 4) Dengarkan dengan hati-hati mengenai umpan balik dari kesan peserta pelatihan selama mengikuti pelatihan; 5) Tambahkan anjuran pelatih terhadap umpan balik yang diberikan peserta mengenai kesan mereka terhadap pelatihan untuk meningkatkan kualitas pelatihan, menemukan kebutuhan pelatihan, dan perubahan apa saja yang harus dilakukan.
- e. Berkomunikasi dan presentasi yang efektif: komunikasi oral maupun tertulis yang dilakukan oleh pelatih sebaiknya langsung dan tidak bertele-tele. Tanyakan pemahaman peserta dengan menanyakan kembali materi pelatihan dan menyimpulkannya. Peserta tentu akan menggunakan gaya bahasa dan istilah yang sesuai dengan latar belakang budaya mereka. Hal seperti ini juga yang membantu pelatih untuk mempelajari dan mengerti bagaimana cara berkomunikasi yang baik dengan peserta. Oleh karenanya, hal yang dilakukan pelatih agar komunikasi berjalan efektif: 1) Menggunakan komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai dengan budaya setempat; 2) Memberikan instruksi yang jelas; 3) Menggunakan media komunikasi yang bervariasi dan tepat untuk menibug komunikasi sesuai budaya

- setempat. Contohnya menggunakan lembar flipcharts; 4) Menanyakan pengalaman peserta pelatihan terkait materi pelatihan; 5) Menjelaskan konsep dan prosedur dengan jelas; 6) Menggunakan suara, gestur tubuh, ketenangan, gerakan, memberikan jarak, dan peralatan yang tepat; 7) Lemparkan pertanyaan dan bangun interaksi terhadap pertanyaan di antara peserta pelatihan; 8) Gunakan humor atau anekdot sesuai dengan latar belakang budaya peserta pelatihan.
- f. Gunakan fasilitas dengan efektif: penggunaan fasilitas yang efektif membantu penciptaan suasana belajar yang efektif juga. Caranya dapat dengan: 1) Menggunakan teknik fasilitas yang bervariasi; 2) Bantu peserta pelatihan membedakan fakta dengan pendapat; 3) Simpulkan pengalaman belajar pelatihan.
 - g. Menyediakan kesempatan mempraktikkan pengetahuan dan keterampilan baru peserta harus memiliki kesempatan untuk mempraktikkan seluruh materi yang diperoleh saat pelatihan di situasi nyata, yang dapat dilakukan pelatih dalam tahap ini adalah: 1) Memastikan peserta pelatihan mempraktikkan keterampilan dan pengetahuan barunya dengan tepat di situasi nyata. Dapat dengan metode bermain peran, permainan, atau studi kasus; 2) Memberikan kesempatan peserta untuk berlatih sebelum melakukan metode bermain peran; 3) Hubungkan materi yang diterima dan situasi kenyataan dengan menerjunkan mereka ke lokasi nyata, misalnya klinik praktik; 4) Bantu peserta pelatihan membuat rencana tindak lanjut.
 - h. Monitor proses pelatihan, dan membuat penyesuaian bila diperlukan: Monitoring proses pelatihan sangat diperlukan agar dapat terciptakan suasana belajar yang diinginkan peserta pelatihan. Jika suasana belajar tercipta dengan baik maka proses belajar pesertapun menjadi mudah. Peran dari pelatih dalam tahap ini sebagai berikut: 1) Kelola lingkungan fisik yang menibug peserta pelatihan dapat menerapkan tujuan pembelajaran; 2) Menyiapkan peralatan yang diperlukan untuk media audiovisual dan memiliki rencana cadangan jika terjadi sesuatu; 3) Modifikasi media untuk mengakomodir kebutuhan belajar

peserta yang sesuai dengan kehidupan nyata; 4) Observasi perilaku individu dan kelompok; 5) Berinteraksi dengan peserta pelatihan saat jam istirahat dan mengumpulkan berbagai informasi yang diperlukan saat monitoring.

2. Evaluasi Pemberdayaan dengan Pelatihan

Ketika melakukan evaluasi pelatihan, diperlukan instrumen untuk mengukur kepuasan peserta agar dapat membantu peningkatan kualitas dan menemukan kesesuaian antara kebutuhan peserta dengan pelatihan yang dilaksanakan. Para peserta dapat mendiskusikan pelaksanaan pelatihan di kelompok kecil atau mengisi lembar evaluasi. Jika menggunakan lembar evaluasi maka kebanyakan isian dari lembar evaluasi berupa skala dan pertanyaan terbuka mengenai materi dan kegiatan pelatihan, kesan mengenai pelatih, dan suasana belajar. Dalam lembar evaluasi diberikan juga pertanyaan yang menanyakan bagian dari pelatihan yang membantu dan hambatan yang ditemui selama mengikuti pelatihan, serta relevansi antara materi pelatihan dengan pekerjaan mereka. Proses evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa komitmen dari pelatih, tim perancang pelatihan, dan pelatihan memang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan peserta pelatihan.

Selanjutnya dalam evaluasi dilakukan pengenalan terhadap beberapa hal sebagai berikut: 1). Mengetahui peserta telah mencapai tujuan pembelajaran dengan cara menskoring pengetahuan di lembar evaluasi; 2). Melakukan penilaian kemampuan, sehingga dapat diketahui apakah partisipan telah mengetahui tujuan dari pelatihan; 3). Meningkatkan pelatihan lebih baik lagi, informasi yang diperoleh dari penilaian pengetahuan dan kemampuan; 4). Monitor dan evaluasi praktik dari materi pelatihan di situasi nyata. Caranya dengan pendampingan dan kunjungan ke tempat kerja mereka. Saat melakukan kunjungan, evaluator mengobservasi dan mendampingi peserta dengan menggunakan lembar evaluasi yang sama dengan saat pelatihan; 5). Melihat keefektifan dari pelatihan sebagai sebuah intervensi untuk meningkatkan tujuan.

Cara lainnya untuk mengevaluasi suatu pelatihan dapat menggunakan model 4 tingkat (level) yang dikembangkan oleh Donald Kirkpatrick di akhir tahun 1950-an. Model 4 tingkat terdiri dari tingkat 1 (respon), tingkat 2 (pembelajaran), tingkat 3 (perilaku), dan tingkat 4 (hasil akhir). Informasi yang ingin diperoleh pada tingkat 1 (respon) adalah “respon peserta terhadap pelatihan yang diikutinya”, tingkat 2 mengenai “seberapa besar peningkatan

pengetahuan, sikap, dan praktik peserta pelatihan”, tingkat 3 tentang “perubahan perilaku peserta pelatihan saat menerapkan materi yang diterima selama pelatihan di kehidupan kesehariannya”, dan tingkat 4 mengetahui tentang “manfaat yang diperoleh suatu organisasi dari pelatihan”. Setiap informasi yang diperoleh tersebut akan menjadi dasar informasi di tingkat selanjutnya, yang pada akhirnya diperoleh informasi yang berurutan. Rangkaian informasi tersebut mewakili pengukuran efektivitas pelatihan (Kirkpatrick, 1976).

Berikut penjelasan dari evaluasi 4 tingkat Kirk Patrick :

- 1) Evaluasi Tingkat 1 (Respon): Tujuan dari evaluasi tingkat 1 adalah mencari respon peserta terhadap pelatihan yang mereka ikuti. Saat evaluasi peserta menjawab pertanyaan yang berkenaan dengan persepsi mereka selama pelatihan. Sebagai contoh, peserta pelatihan menjawab pertanyaan dengan bercerita mengenai persepsi tentang proses selama pelatihan dan apakah materi pelatihan sesuai dengan kebutuhan mereka dalam kesehariannya. Respon yang diberikan peserta terhadap pelatihan inilah yang memiliki konsekuensi penting. Konsekuensi penting pada tingkat berikutnya, yaitu tingkat 2 pembelajaran. Walaupun respon yang diberikan peserta saat tingkat 1-nya positif tidak menjamin respon pada tingkat pembelajaran menjadi positif. Metode evaluasi yang dapat digunakan pada tingkat 1 adalah: Kuesioner evaluasi pelatihan, Komentar dari peserta yang disampaikan secara informal, fokus grup diskusi yang dilakukan oleh peserta pelatihan.

Evaluasi Tingkat 2 (Pembelajaran): Pengukuran yang dilakukan pada tingkat 2, selain mengukur kepuasan peserta pelatihan, juga mengevaluasi seberapa besar perubahan pengetahuan, sikap, dan tindakan mereka. Metode pengukurannya dapat secara formal maupun informal, serta penilaian pribadi dari pelatih dan tim pelatih. Cara pelaksanaannya dengan mengukur skor sebelum (pre-test) dan sesudah (pos-test) peserta mengikuti pelatihan. Dengan cara skoring pun dapat ditentukan kuantitas pembelajaran yang berhasil diraih peserta selama mengikuti pelatihan.

- 2) Evaluasi Tingkat 3 (Perilaku): Bagi pelatih, pada evaluasi tingkat 3 ini yang menjadi evaluasi terpenting karena merupakan evaluasi efektivitas program yang sebenarnya. Pada tingkat 3, dilakukan

dengan mengevaluasi perilaku yang diadopsi peserta pelatihan di kehidupan sehari-hari sehingga menjawab pertanyaan, “Apakah peserta memiliki kemampuan, pengetahuan, dan sikap yang diterima selama pelatihan telah diterapkan dalam kehidupan sebenarnya?”. Dalam memutuskan waktu evaluasi, seberapa sering dilakukan, dan metode yang digunakan untuk evaluasi dalam evaluasi tingkat 3 sebaiknya diputuskan dengan tepat agar dapat memprediksi waktu peserta mengubah perilaku dengan sebenarnya serta memperoleh informasi yang tepat mengenai.

- 3) Evaluasi tingkat 4 (hasil akhir): yang sering digaribawahi saat evaluasi tingkat 4 adalah mengukur keberhasilan dalam mencapai tujuan program pelatihan. Caranya dapat dengan mengukur angka kematian bayi, angka pelaksanaan praktik dari materi pelatihan dan lainnya. Keberhasilan yang diukur inilah yang akan menjadi alasan untuk tetap dilangsungkannya pelatihan jika dilihat dari prespektif organisasi walaupun informasi diperoleh tidak dicari secara khusus.

Beberapa metode yang biasa digunakan pada tingkat 4 adalah laporan keuangan, inspeksi kualitas atau observasi, dan wawancara. Sementara sumber data yang dapat digunakan adalah berkas laporan kuantitatif, catatan pekerjaan wawancara dengan peserta maupun masyarakat, lembar daftar tilik, observasi langsung, kuesioner, dan diskusi kelompok.

Selanjutnya menurut Best (1998), untuk meningkatkan efektivitas pelatihan, tergantung pada banyak faktor: siapa yang dilatih, di mana, topik apa yang dipelajari, bagaimana cara penyampaian informasi, proses follow up, dan pengukuran output dan outcome pelatihan. Pelatihan sebaiknya diawali dengan pemahaman kapabilitas peserta, kebutuhan dan kondisi lingkungan di mana mereka sehari-hari berada. Salah satu teknik analisis kebutuhan terhadap pelatihan adalah COPE (Client-Oriented, Provider-Efficient). Setiap peserta atau anggota komunitas yang akan direkrut untuk pelatihan diminta untuk mengisi kuesioner analisis kebutuhan pelatihan. Strategi ini menekankan pelatihan di tempat kerja lebih baik daripada harus membawa peserta keluar atau ke tempat lain yang asing baginya. Namun pelatihan di tempat lain juga ada manfaatnya untuk memberikan suasana baru yang menyenangkan bagi peserta.

Best (1998) menambahkan bahwa pendekatan pelatihan dalam tim dengan melibatkan anggota masyarakat dari komunitas lokal sebagai peserta pelatihan akan memberikan manfaat yang lebih besar dalam penyebaran informasi dibandingkan jika melatih beberapa profesional kesehatan yang jumlah dan keberadaannya di komunitas selalu terbatas. Keterbatasan ini tentu saja menghambat percepatan penyebaran informasi kepada masyarakat sebagai objek dan subjek program kesehatan. Beberapa teknik pelatihan: 1) pendekatan interaktif (bermain peran, studi kasus, diskusi kelompok, dll); 2) belajar dengan model/manekin; 3) training of trainer, dll. Teknik pelatihan dengan pendekatan interaktif dapat menimbulkan suasana menyenangkan dan tidak bosan, sehingga mempermudah peserta memahami informasi yang disampaikan. Pendekatan interaktif bermanfaat untuk mengetahui sudut pandang dan nilai yang dianut seseorang, yang seringkali menjadi hambatan bagi pelayanan kesehatan.

Pengembangan pelatihan dengan pendekatan interaktif:

- a. Interaksi harus berfokus pada perilaku yang ingin diubah atau topik utama pelatihan.
- b. Peserta diberikan kesempatan untuk mempraktekkan perubahan perilaku, menerima feedback dan kembali mempraktikkan perubahan perilaku.
- c. Bersifat fleksibel, jika satu metode kurang berjalan dengan baik dapat segera menggunakan teknik/metode yang lain.
- d. Jika mungkin, libatkan tokoh masyarakat atau pimpinan fasilitas kesehatan dalam proses pelatihan.
- e. Pelatihan konseling selalu berorientasi pada klien. sebagai contoh, bermain peran memberikan pengalaman pada peserta tentang apa yang dirasakannya jika harus menanyakan pertanyaan yang bersifat sangat pribadi.
- f. Untuk pelatihan ketrampilan klinik sebaiknya menggunakan alat peraga atau manekin, sehingga peserta merasa seolah-olah berada di tempat yang sebenarnya atau sedang menangani pasien.

Kemudian untuk evaluasi pelatihan dilakukan dengan cara: membandingkan skor antara sebelum dan sesudah pelatihan; menanyakan pada peserta apakah cukup puas dengan pelatihan yang sudah dijalani; analisis perubahan perilaku

atau tindakan peserta saat berada pada kondisi sesungguhnya; melakukan wawancara, observasi, dll. Mengenai pemeliharaan (perubahan perilaku) dapat dilakukan dengan cara: 1) pelatihan penyegaran; 2) follow up pelatihan.

2.5 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai suatu atribut dari seseorang yang meliputi kepercayaan, harapan, motivasi, norma, persepsi, termasuk yang memengaruhi keadaan emosional lainnya; perilaku yang terlihat, tindakan, dan kebiasaan yang berhubungan dengan upaya untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatannya (Gochman 1988).

Tipe perilaku kesehatan menurut Sarafino (2006): perilaku sehat (memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan), perilaku sakit (merasa tidak sehat dan berusaha melakukan tindakan pengobatan), dan perilaku peran sakit (upaya yang dilakukan seseorang agar segera sembuh dari penyakitnya). Hal serupa diungkapkan oleh Karl & Cobb (1966) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002), Notoatmodjo (2007) dan Gochman (1988).

Perilaku kesehatan tidak hanya berbicara tentang pemulihan kesehatan secara klinis atau fisiologis. Perilaku kesehatan memiliki lingkup yang lebih luas termasuk analisis perilaku dan perubahan perilaku yang berhubungan dengan pemulihan dan pemeliharaan kesehatan serta upaya peningkatan derajat kesehatan. Perilaku kesehatan mencakup tindakan yang dapat diobservasi (overt behaviour) dan perilaku yang tidak bisa diobservasi langsung (covert behaviour), berkaitan dengan aspek kognitif dan afektif misalnya pengetahuan, persepsi dan sikap (Gochman 1988).

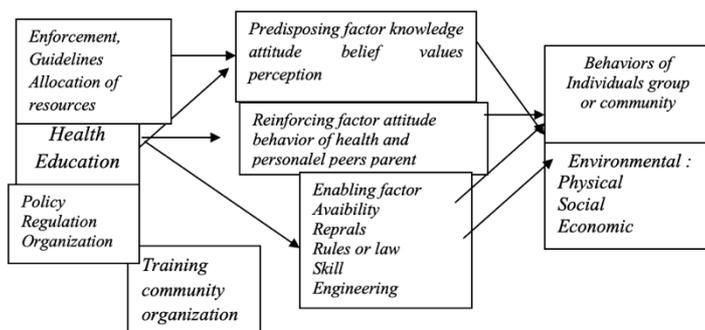
Berikut adalah beberapa teori perilaku yang menjadi referensi dalam tulisan ini.

1. Determinan Perilaku (Green, 2005)

Di dalam komponen Precede dapat dikelompokkan 3 faktor perubahan perilaku yaitu *predisposing* (predisposisi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat). Faktor *predisposing* di dalamnya termasuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, nilai seseorang atau masyarakat, dan persepsi yang memfasilitasi atau menghambat untuk suatu perubahan. *enabling factors* (faktor pemungkin) adalah keterampilan, sumber-sumber

daya, atau penghambat yang bisa membantu atau merintangi perubahan perilaku yang diinginkan demikian pula perubahan lingkungan. *Reinforcing* (faktor penguat), adalah penghargaan yang diterima dan umpan balik yang diterima dari/karena mengikuti suatu adopsi yang dapat mendorong atau menghambat kelanjutan suatu perilaku. Perilaku penguat menghasilkan gaya hidup yang pada gilirannya memengaruhi lingkungan melalui norma-norma sosial, advokasi politis, permintaan konsumen atau tindakan kumulatif.

Faktor-faktor tersebut memengaruhi perilaku secara bersamaan dan memberikan kontribusi pengaruhnya masing-masing, tidak ada yang berdiri sendiri. Antara faktor satu dengan yang lain saling memengaruhi, karena perilaku adalah sebuah fenomena *multifacet*. Secara umum ketiga faktor tersebut harus tersedia untuk mendorong seseorang berperilaku tertentu, namun ada pengecualian pada orang yang memiliki motivasi yang tinggi ada yang bisa mengatasi keterbatasan sumber daya, serta tidak mempedulikan imbalan yang diterimanya. Program yang bertujuan untuk mengubah perilaku harus memperhatikan ketiga faktor ini. Program yang hanya menyediakan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran (faktor predisposisi) namun tidak memperhatikan pengaruh faktor pemungkin dan penguat memiliki kemungkinan sangat besar untuk gagal.



Gambar 2.4: Determinan Perilaku Menurut Green (2005)

Sumber : Green, L. W., & Kreuter, M. W., 2005, *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach* 4th Ed, Boston, Mc. Graw Hill.

2. Teori Reasoned-Action & Planned Behaviour (Fishbein & Ajzen, 1975)

Teori *Reasoned-Action* (TRA) mengasumsikan bahwa ada beberapa alasan yang melatarbelakangi motivasi seseorang untuk berperilaku tertentu. Alasan-alasan ini dibentuk oleh sikap dan norma individu, apakah keyakinan yang dimiliki dinilai rasional, logis, atau benar sesuai dengan standar. Teori ini dapat digunakan untuk menggali hal-hal yang melatarbelakangi tindakan seseorang dengan cara mengidentifikasi, mengukur, dan mengkombinasikan keyakinan yang dimiliki individu atau kelompok, beserta alasan-alasan yang memotivasi perilaku tersebut.

3. Pengertian dan Elemen Integrated Behavioral Model (IBM)

Kerangka IBM menjelaskan determinan terpenting dari perilaku adalah niat untuk menampilkan perilaku tertentu. Terdapat 4 determinan penting dalam menentukan niat untuk berperilaku dapat menampilkan perilaku tertentu, yaitu: 1) adanya niat yang kuat untuk berperilaku tertentu di samping adanya pengetahuan dan keterampilan untuk melakukannya. 2) Tidak ada hambatan lingkungan untuk mencegah timbulnya perilaku tertentu. 3) Perilaku tersebut adalah penting atau menyolok, dan 4) ada perilaku yang telah dilakukan sebelumnya. Jadi, determinan terpenting dari perilaku adalah niat atau motivasi, karena tanpa didasari motivasi seseorang sulit untuk menunjukkan suatu perilaku (Ajzen, 1991).

Integrated Behavioral Model (IBM) adalah satu sintesis dari *Theory Reasoned Action* (TRA), *Social-Cognitive Theory*, *the Health Belief Model*, dan *Theory of Planned Behavior* (TPB). Fokus dari model ini pada 2 aspek pusat dari niat untuk menunjukkan perilaku tertentu (atau target perilaku), faktor-faktor yang memengaruhi bentuk niat dan hubungan antara niat serta penampilan dari target perilaku berikutnya (Fishbein, 2000). Determinan yang paling dekat dari niat adalah sikap, tekanan-tekanan normatif yang diterima, dan kontrol yang dirasakan dikelompokkan di bawah kolom disebut pengukuran langsung atau *direct measures*. Berbagai teori perilaku menyarankan paling banyak 3 determinan kritis dari niat dan tingkah laku seseorang (Fishbein, 2000).

Pertama, sikap seseorang tentang perilaku yang ditampilkan, yang berdasarkan atas suatu keyakinan mengenai konsekuensi positif atau negatif. Kedua, norma-norma yang diketahui, meliputi persepsi tentang seseorang yang berinteraksi paling dekat dengan individu yang menibug perilaku seseorang

dan masyarakat lainnya menunjukkan perilaku. Ketiga, *self-efficacy* atau persepsi seseorang yang ditunjukkan dalam perilaku di bawah berbagai tantangan atau hambatan yang memengaruhi.

Teori IBM menyajikan lebih banyak pandangan konvensional bahwa untuk mengubah keyakinan dilandasi niat untuk menampilkan perilaku dan hasil akhirnya dalam perubahan niat. Jika dibandingkan dengan TRA dan TPB, maka kedua teori tersebut menyediakan kerangka kerja untuk memahami alasan-alasan individu menampilkan tingkah laku tertentu, atau motivasi utama seseorang menampilkan tingkah laku yang diinginkan. Hasil TRA dan TPB berupa akibat dari tingkah laku yang relevan, rujukan, dan perilaku kontrol akan menjadi berbeda untuk populasi dan perilaku yang berbeda. Jadi, TRA dan TPB menyediakan kerangka kerja untuk mengidentifikasi perilaku kunci, normatif, dan mengontrol keyakinan yang memengaruhi perilaku. Akhirnya, intervensi bisa dirancang untuk target dan perubahan keyakinan atau nilai-nilai yang diletakkan di atasnya, dengan memengaruhi sikap, norma subjektif, atau kontrol yang diketahui dan memicu perubahan dalam niat serta perilaku.

Asumsi dari TRA dan TPB, bahwa prediktor terbaik dari suatu perilaku adalah niat berperilaku. Niat berperilaku ditentukan oleh sikap tentang satu perilaku dan persepsi-persepsi mengenai norma sosial. Penjabaran dari TRA, TPB, dan IBM akan dibuat pada Tabel di bawah ini.

Tabel 2.2: Penjelasan Sintesis dari TRA, TPB, dan IBM

<i>Theory Reasoned Action (TRA)</i>	<i>Theory of Planned Behavior (TPB)</i>	<i>Integrated Behavioral Model (IBM)</i>
Determinan langsung dari niat berperilaku adalah sikap untuk menampilkan perilaku dan norma subjektif berhubungan dengan perilaku.	Determinan dari kontrol yang dirasakan adalah keyakinan-keyakinan kontrol (<i>control beliefs</i>), yang diperberat oleh kekuatan yang dirasakan (<i>perceived power</i>) atau pengaruh kuat dari faktor kontrol untuk memfasilitasi atau menghambat	Terdapat 4 komponen lain yang memengaruhi perilaku secara langsung. Tiga komponen tersebut sebagai determinan penting bagi munculnya perilaku didasari oleh niat berperilaku. Pertama: ada niat yang kuat untuk menampilkan perilaku, dibutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk berperilaku. Kedua: tidak ada hambatan dari lingkungan yang membuat suatu perilaku

<i>Theory Reasoned Action (TRA)</i>	<i>Theory of Planned Behavior (TPB)</i>	<i>Integrated Behavioral Model (IBM)</i>
	perilaku	sulit ditampilkan. Ketiga: perilaku harus penting/menonjol bagi seseorang. Keempat; perilaku yang telah ditampilkan sebelumnya (Jaccardet <i>al.</i> , 2002)
<p>Determinan sikap mencakup keyakinan individu (<i>behavioral beliefs</i>) mengenai dampak perilaku yang ditampilkan, dan evaluasi dampak perilaku yang ditampilkan (<i>evaluations of behavioral outcomes</i>).</p> <p>Determinan dari norma subjektif (<i>subjective norm</i>) adalah keyakinan normatif (<i>subjective norm</i>) dan motivasi untuk melakukan perilaku tertentu (<i>motivation to comply</i>).</p>		<p>Niat berperilaku ditentukan oleh 3 kategori konstruk. Pertama; sikap tentang perilaku yang dipengaruhi oleh <i>experiential attitude</i> (perasaan) dan <i>instrumental attitude</i> (sikap) yang didasari oleh pengetahuan, yang dideterminasi oleh keyakinan mengenai dampak dari perilaku yang ditampilkan seperti pada TRA/TPB. Kedua: <i>perceived norm</i> (norma yang dirasakan), mencakup <i>injunctive norm</i> (keyakinan normatif tentang perilaku yang dipikirkan oleh orang lain yang harus dilakukan dan dipatuhi), serta <i>descriptive norm</i> (norma deskriptif), yaitu persepsi tentang apa yang dilakukan orang lain (Fishbein, 2007; Triandis, 1980).Ketiga; <i>personal agency</i>, mencakup 2 konstruk, yaitu <i>self-efficacy</i> dan <i>perceived control</i>.</p>

Sumber: Glanz et al., 2008)

Intention atau niat adalah satu komitmen untuk menampilkan satu perilaku. Niat bisa ditampilkan jika;1). tidak ada hambatan lingkungan;2). mempunyai keterampilan yang memadai;3). sikap positif tentang perilaku yang

ditampilkan; 4). tekanan normatif sosial untuk bertindak. Selain itu, terdapat; 5). konsistensi antara perilaku dan gambaran diri seseorang atau standar personal; 6). reaksi emosional yang positif terhadap perilaku dan; 7). keyakinan akan perilaku di bawah pengaruh yang berbeda. Faktor-faktor tersebut menjadi determinan yang memengaruhi individu-individu yang telah terlibat dalam satu tindakan - tindakan tertentu yang berhubungan dengan kesehatan (Fishbein, 2000).

Niat adalah sebuah fungsi dari 2 faktor yaitu; 1). Sikap individu mengenai perilaku tertentu dan; 2). Persepsi individu dari norma sosial umum yang berkenaan dengan perilaku tertentu. Sikap maupun norma dibentuk atas dasar seperangkat keyakinan mengenai perilaku, mencakup: 3) Keyakinan mengenai konsekuensi dari perilaku yang ditampilkan (misalnya, bisa menjadi hamil), dan keyakinan mengenai seberapa signifikan perasaan orang lain mengenai perilaku yang ditampilkan seseorang, seperti: teman baik saya yakin/percaya (Gillmore et al., 2002).

Selanjutnya, Fishbein (2000) telah mengkonseptualisasikan proses elemen-elemen tersebut saling terkait dan membentuk kerangka kerja yang dikenal dengan “an integrative model” (IBM) atau *Integrative Model of Behavior Prediction*. Gambaran IBM menunjukkan peran-peran yang dimainkan melalui lebih banyak demografi tradisional, kepribadian, sikap, dan variabel perbedaan individu seperti halnya mempersepsikan risiko atau mencari sensasi.

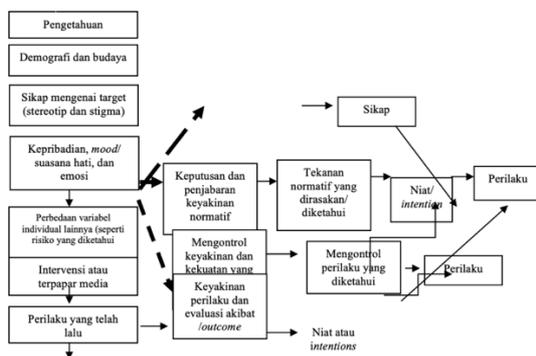
Pada teori IBM, tiap jenis variabel memiliki peran secara tidak langsung dalam memengaruhi perilaku. variabel distal seperti perbedaan kultural dan kepribadian yang direfleksikan dalam struktur keyakinan. Definisi dari perilaku melibatkan banyak elemen, berupa: tindakan atau aksi, target dan konteks. Jadi, dalam IBM terdapat 8 elemen utama yang akhirnya memengaruhi perilaku target, yaitu: niat, keterampilan, lingkungan (hambatan lingkungan termasuk keluarga, monitoring orang tua, peran, atau ibugan), norma (norma subjektif, norma yang diketahui), *self-efficacy* (kepercayaan diri), standar individu, emosi, dan keyakinan atau sikap (Buhi and Goodson, 2007).

Niat determinasi oleh 3 kategori konstruk, yaitu: pertama, sikap terhadap perilaku adalah seseorang yang secara umum mendukung atau tidak mendukung perilaku tertentu. Sikap disusun dari dimensi afektif atau perasaan dan kognitif (Alan Guttmacher Institue, 1994). Affect atau perasaan adalah

respon emosi seseorang terhadap ide dari perilaku tertentu yang ditunjukkan. Individu dengan respon emosional yang negatif terhadap perilaku tertentu tidak akan melakukan perilaku tersebut, sebaliknya jika dengan respon emosional yang positif akan cenderung mengikuti perilaku tertentu (Fishbein, 2000; Fishbein and Yzer, 2003).

Kedua: norma yang dirasakan merefleksikan tekanan sosial suatu perasaan untuk menunjukkan atau tidak menunjukkan perilaku tertentu. Norma subjektif adalah sebagai norma injunctive atau keyakinan normatif mengenai apakah orang lain berpikir harus dilakukan dan motivasi untuk patuh, mungkin tidak sepenuhnya menangkap pengaruh-pengaruh normatif. Persepsi mengenai orang lain di dalam jaringan sosial atau personal melakukan perilaku tertentu atau tidak (norma deskriptif) bisa juga menjadi bagian penting dari pengaruh normatif (Fishbein, 2000).

Ketiga: *personal agency* adalah faktor besar yang memengaruhi niat berperilaku. Faktor personal agency dalam IBM mencakup 2 konstruk, yaitu kemampuan diri dan kontrol yang diketahui. Kontrol yang diketahui adalah satu hal yang diketahui dari kontrol atas perilaku yang ditampilkan, dideterminasi oleh salah satu persepsi melalui derajat berbagai faktor lingkungan membuat satu perilaku mudah atau sulit untuk dilakukan. Kemampuan diri adalah salah satu tingkat dari kepercayaan dalam kemampuan untuk menampilkan perilaku diawali berbagai rintangan atau tantangan, diukur menggunakan skala bipolar dari “tentu saya tidak dapat sampai tentu saya dapat” (Ajzen, 2002).



Gambar 2.5: Kerangka Teoritis dari IBM oleh Fishbein (2000, 2002).
 Sumber: Kerangka Teori Integrative Model of Behavior Prediction (Fishbein, 2000& 2002).

Menurut Bandura (1994), kemampuan diri adalah determinasi keyakinan cara orang-orang berpikir, perasaan, memotivasi dirinya dan bertindak. Keyakinan ini merupakan determinan penting dari motivasi dan bertindak atau tidak bertindak (Bandura, 1994). Jadi, perbedaan demografi dapat memberikan pengaruh yang berbeda pada tiap variabel proksimal, dan variabel proksimal mempunyai hubungan yang paling kuat dengan perilaku tertentu.

4. Mengukur Niat dan Perilaku

Konstruk dan definisi mengenai IBM merupakan pedoman dalam mengembangkan studi mengenai niat dan perilaku tertentu. Pada Tabel 2.3 dijabarkan konstruk dan definisi dari tiap variabel di dalam IBM serta cara pengukurannya.

Tabel 2.3: Konstruk dan Definisi Dari TRA, TPB dan Teori Integrative Model of Behavior Prediction (IBM)

Elemen utama IBM	Konstruk	Definisi	Pengukuran
	Niat berperilaku	Kemungkinan yang diketahui dari perilaku yang ditampilkan	Skala bipolar dari sangat tidak suka sampai sangat suka, skor -3 sampai +3
Sikap	Pengalaman sikap/perasaan Ukuran langsung:	Evaluasi keseluruhan yang memengaruhi perilaku	Skala perbedaan semantik, seperti: menyenangkan sampai tidak menyenangkan, menggembirakan sampai tidak menggembirakan
	Ukuran tidak langsung (indirect): Keyakinan berperilaku	Keyakinan bahwa perilaku yang ditampilkan berhubungan dengan perasaan positif atau negatif tertentu	Skala bipolar, dari tidak suka sampai suka, skor -3 sampai +3

Elemen utama IBM	Konstruk	Definisi	Pengukuran
	Alat ukur sikap Pengukuran langsung (direct):	Keseluruhan evaluasi dari perilaku	Skala perbedaan semantik, contoh: baik-buruk, bijaksana-bodoh
	Pengukuran tidak langsung: keyakinan berperilaku	Keyakinan bahwa perilaku yang ditampilkan berhubungan dengan ciri	Skala bipolar, sangat tidak suka sampai sangat suka, skor -3 sampai +3
	Evaluasi	Nilai-nilai yang dilekatkan pada satu dampak atau ciri perilaku	Skala bipolar dari buruk sampai baik, skor -3 sampai +3
Norma yang diketahui	Norma subjektif (<i>injunctive</i>) ukuran langsung:	Keyakinan mengenai paling banyak orang menyetujui atau tidak perilaku tersebut	Skala bipolar dari tidak setuju sampai setuju, skor -3 sampai +3
	Motivasi untuk menuruti	Motivasi melakukan yang orang lain pikirkan	Skala unipolar tidak suka sampai suka, skor 1 sampai 7
	Norma deskriptif ukuran langsung	Keyakinan kebanyakan orang menampilkan perilaku tertentu	Skala bipolar tidak setuju sampai setuju, skor -3 sampai +3
	Ukuran tidak langsung: keyakinan normatif	Keyakinan tiap-tiap orang menunjukkan perilaku tertentu	Skala bipolar tidak setuju sampai setuju, skor -3 sampai +3
Mewakili individu/pri	Perilaku kontrol yang diketahui	Keseluruhan pengukuran dari	Skala perbedaan semantik, contoh:

Elemen utama IBM	Konstruk	Definisi	Pengukuran
badi (<i>personal agency</i>)	ukuran langsung:	perilaku kontrol yang diketahui	di bawah kendali saya sampai tidak di bawah kendali saya; mudah-sulit
	Ukuran tidak langsung: keyakinan kontrol	Mengetahui kemungkinan kejadian dari tiap kondisi yang memfasilitasi atau menghambat	Skala dari tidak suka sampai suka, skor-3 sampai +3 atau dari 1 sampai 7
	Kekuatan yang diketahui	Pengaruh yang diketahui dari tiap-tiap kondisi di dalam menampilkan perilaku sulit atau mudah	Skala bipolar, sulit sampai mudah, skor -3 sampai +3
	Kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>) ukuran langsung:	Keseluruhan pengukuran dari kemampuan untuk menampilkan perilaku	Tentu saya tidak dapat sampai tentu saya dapat skala dari keseluruhan perilaku, skor -3 sampai +3 atau 1 sampai 7
	Ukuran tidak langsung: keyakinan kemampuan diri (<i>self-efficacy</i>)	Mengenal kemampuan untuk mengenal tiap kondisi yang menghambat atau memfasilitasi	Skala tentu saya tidak dapat sampai tentu saya dapat; skor -3 sampai +3 atau 1 sampai 7

Sumber: (Glanz et al., 2008)

Untuk mengukur variabel-variabel di dalam IBM, mengacu pada berbagai hasil penelitian lain sebelumnya, seperti oleh Busse et al., (2010); Buhi and Goodson (2007); serta Dilorio et al., (2004). Namun, dalam mendefinisikan

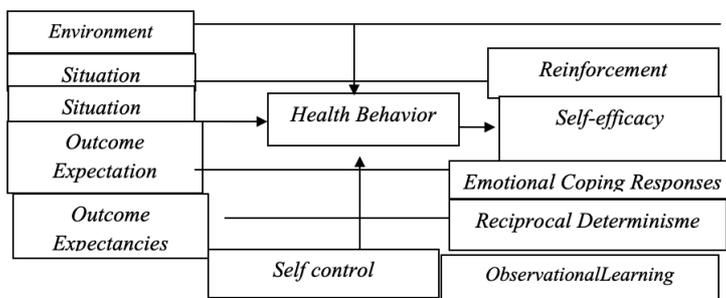
konstruk dan cara mengukur variabel atau elemen IBM menggunakan sumber dari Glanz et al., (2008), karena memberikan pemahaman yang lebih sederhana dan lengkap.

2.6 Model Perubahan Perilaku Kesehatan

Model perubahan perilaku kesehatan antara lain adalah model *Social Cognitive Theory*, *Stages of Change Model*, *Theory Diffusi* and Inovasi, serta *Interdependence Model of Social Influence* and *Interpersonal Communication*.

1. Social Cognitive Theory (Bandura, 2001)

Model perubahan perilaku *Social Cognitive Theory* dapat digambarkan berikut:



Gambar 2.6: Social Cognitive Theory (Bandura, 2001)

Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed.

Menurut Bandura (2001) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) terdapat 11 (sebelas) faktor yang memengaruhi perubahan perilaku individu, yakni faktor:

1) Lingkungan (Environment and Situation)

Environment (faktor lingkungan) adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu, baik berupa lingkungan sosial (anggota keluarga; teman sebaya, atau

rekan kerja dalam sebuah kelompok, dll) maupun lingkungan fisik (luas dan suhu ruangan, ketersediaan makanan, dll).

2) Situasi (Situation)

Situasi adalah faktor lingkungan yang bersifat kognitif atau mental, terbentuk dari persepsi individu terhadap kondisi lingkungan (misalnya persepsi terhadap tempat, waktu, penampilan, aktivitas, partisipan, dan peran individu dalam kondisi tersebut).

3) Kapabilitas yang Berkaitan dengan Perilaku (Behavioural Capability)

Behavioural capability adalah pengetahuan (tentang perilaku) dan ketrampilan (cara melakukan perilaku) yang dimiliki individu berkaitan dengan perilaku tertentu. Menurut Bandura (2001), agar mampu melakukan perilaku tertentu individu harus terlebih dahulu mengetahui apa (pengetahuan) dan bagaimana (skill) melakukan perilaku tersebut.

4) Dampak yang Diharapkan dari Perilaku (Outcome Expectations)

Outcome expectation adalah persepsi individu terhadap akibat yang timbul jika berperilaku tertentu. Misalnya seorang remaja merokok karena menganggap bahwa merokok itu bisa membuatnya menjadi lebih disukai teman-teman, lebih keren, lebih seksi, dsb. atau sebaliknya seorang remaja tidak merokok karena menganggap rokok dapat berbahaya bagi kesehatannya. *Outcome expectation* terbentuk melalui empat cara yakni : a. Pengalaman sebelumnya dengan situasi yang sama (performance attainment); b. Melihat pengalaman orang lain dengan situasi yang sama dengan yang dihadapinya (vicarious experience); c. Mendengar informasi yang berkaitan dengan perilaku tertentu dari orang lain atau persuasi sosial (iklan); d. Hasil respon fisik dan emosional terhadap perilaku.

5) Penilaian Terhadap Dampak Perilaku (Outcome Expectancies)

Outcome expectancies adalah penilaian (positif atau negatif) individu terhadap akibat perilaku. Misalnya seorang remaja menganggap bahwa banyak mengonsumsi sayur-sayuran akan meningkatkan kesehatannya namun tetap tidak mau makan sayur karena menilai sayur tidak enak (*outcome expectancies* terhadap manfaat mengonsumsi sayur negatif).

6) Kendali Diri (Self-control)

Self Control adalah otonomi atau kebebasan individu dalam menetapkan tindakan-tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan. *Self control* yang positif memperbesar kesempatan individu dalam pengambilan keputusan (berkaitan dengan perilaku tertentu), memonitor tindakannya, menetapkan tujuan yang ingin dicapai, mengatasi kendala, dan memberikan reward pada diri sendiri atas keberhasilan melakukan perubahan perilaku.

7) Pembelajaran Observasi (Observational Learning)

Observational learning adalah proses di mana individu melihat dan mempelajari secara langsung contoh tindakan, pengalaman, dan faktor penguat orang lain yang berkaitan dengan perilaku yang sedang dipelajarinya. Proses ini disebut juga dengan *vicarious experiences*. Proses ini menjelaskan mengapa orang-orang dalam satu keluarga cenderung memiliki pola perilaku yang sama. Anak-anak mengobservasi perilaku orang tuanya ketika mereka makan, minum, merokok, atau menggunakan/tidak menggunakan sabuk pengaman. Seorang remaja yang ingin berhenti merokok perlu penguatan melalui pengalaman remaja lain yang sudah berhasil berhenti merokok namun tetap memperoleh citra yang baik dihadapan teman-temannya.

8) Faktor Penguat (Reinforcements)

Reinforcement adalah faktor penguat adalah respon (reward) terhadap individu karena berperilaku tertentu. *Reinforcement* dapat bersifat positif atau negatif. *Reinforcement* positif dapat mendorong individu berperilaku positif (misalnya berhenti merokok), reinforcement negatif dapat mendorong individu berperilaku negatif (misalnya tetap merokok karena merokok dapat menghilangkan stress, rasa sakit, dll).

9) Self Efficacy

Self-efficacy adalah keyakinan individu tentang kemampuannya untuk melakukan perubahan perilaku dan kemampuan mengatasi hambatan selama proses perubahan perilaku tersebut. Bandura mengungkapkan pentingnya *self-efficacy* dalam perubahan perilaku karena *self-efficacy* menentukan besarnya upaya perubahan perilaku individu, kualitas dan kelanggengan perubahan perilaku. Menurut Strecher (1986) ada beberapa strategi membangun self efikasi yang tinggi terhadap perilaku yakni: 1) menggunakan model (reference,

individu lain) yang sudah berhasil melakukan perubahan perilaku; 2) melakukan persuasi secara verbal untuk meyakinkan individu bahwa dia mampu melakukan perubahan perilaku; 3) memberikan informasi yang adekuat berkaitan dengan perubahan perilaku yang diinginkan, termasuk keuntungan dan kerugian jika melakukan/tidak melakukan perubahan perilaku.

10) Respon Koping Emosi (Emotional Coping Responses)

Emotional Coping Responses adalah strategi atau teknik yang digunakan individu untuk mengatasi stimulus emosional. Bandura mengungkapkan bahwa respon emosi seringkali menghambat proses perubahan perilaku. Stimulus tertentu dapat menimbulkan ancaman dan upaya pertahanan diri individu secara emosional. Strategi coping yang baik akan mengurangi rasa takut dan ancaman yang ditimbulkan akibat perubahan perilaku. Moos (1976) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) terdapat beberapa strategi coping, yakni: a. Pertahanan secara psikologis (penolakan, penekanan); b. Teknik kognitif (mengkaji permasalahan); c. Teknik manajemen stress (ice breaker, games, dll); dan: d. Upaya pemecahan masalah (klarifikasi, identifikasi, seleksi, dan implementasi pemecahan masalah). Strategi ini dapat diterapkan dalam berbagai metode pelatihan.

11) Proses Umpan Balik (Reciprocal Determinism)

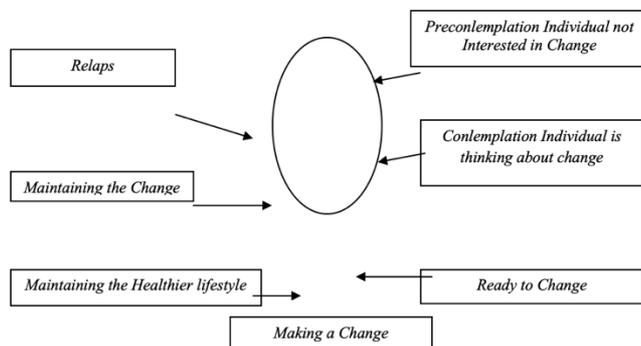
Reciprocal Determinism adalah interaksi dinamis antara individu, perilaku, dan lingkungan yang membentuk perilaku. Perilaku tidak hanya terbentuk karena adanya interaksi antara individu dan lingkungannya, demikian pula lingkungan tidak hanya terbentuk akibat interaksi individu dengan perilaku. Ketiga unsur tersebut saling memengaruhi secara timbal balik.

2. The Stages of Change Model

Terdapat enam tahap perubahan perilaku manusia menurut The stages of change model, yakni (Prochaska et al., 2002).

Prekontemplasi (precontemplation) adalah tahap di mana individu belum/tidak mau melakukan perubahan perilaku dalam 6 bulan berikutnya. Tahap ini terjadi karena: 1) individu belum pernah/tidak memperoleh informasi yang cukup berkaitan dengan perilaku; 2) individu telah beberapa kali mencoba mempraktikkan perilaku namun tidak berhasil. Ciri tahapan ini adalah individu enggan diajak berkomunikasi tentang perilakunya yang berisiko. Individu pada tahapan ini disebut dengan “kelompok yang sulit diubah” (hard to reach).

- a. *Kontemplasi (Contemplation)*: adalah tahap di mana individu berniat untuk melakukan perubahan perilaku dalam enam bulan ke depan. Pada tahap ini individu : 1). lebih tanggap terhadap informasi dan konsekuensi jika tidak melakukan perubahan perilaku; 2) masih melakukan evaluasi manfaat dan kerugian yang diperoleh jika melakukan/tidak melakukan perubahan perilaku; 3) seringkali mengalami kebimbangan dalam mempertimbangkan untung-rugi perubahan perilaku; pertimbangan untung-rugi seringkali menunda individu segera melakukan perubahan perilaku.
- b. *Preparasi (preparation)*: adalah tahap di mana individu berniat segera melakukan perubahan perilaku dalam satu bulan ke depan. Pada tahap ini individu memiliki rencana untuk mengikuti kelas edukasi kesehatan, berkonsultasi dengan konselor, berbicara dengan tenaga kesehatan, mengumpulkan informasi dari berbagai buku, atau mempelajari pendekatan perubahan perilaku mandiri, dan siap berperan serta aktif dalam program kesehatan untuk perubahan perilaku.
- c. *Tindakan (action)*: adalah tahap di mana individu telah melakukan perubahan perilaku dalam enam bulan terakhir.
- d. *Maintenance*: adalah tahap di mana individu berupaya mempertahankan perubahan perilaku agar tidak drop out atau kembali ke perilaku semula selama 6 bulan sampai 5 tahun setelah tahap action. Pada tahap ini individu semakin merasa yakin bahwa dia mampu mempertahankan perubahan perilaku tersebut.
- e. *Termination*: adalah tahapan di mana individu telah berhasil melakukan dan mempertahankan kelanggengan perubahan perilaku, seolah-olah tidak pernah bertindak seperti sebelum perubahan perilaku terjadi. Meskipun terjadi tekanan, masalah, atau depresi individu tetap tidak akan kembali ke perilaku semula. Tahapan ini sangat ekstrim dan sulit dicapai sebagian individu, sehingga tahap ini tidak diukur dalam berbagai penelitian perubahan perilaku.



Gambar 2.7: The Stages of Change Model, After Prochaska & DiClemente 1984

Sumber :Naidoo, Jennie and Willis, Jane, Health Promotion Foundations for Practice, Second Edition, 2000, Elsevier Limited.

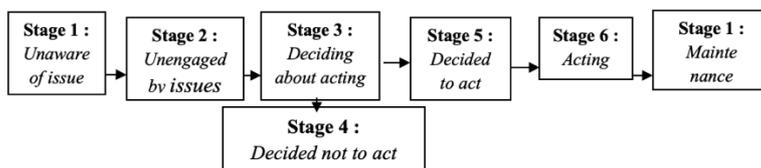
3. Teori Difusi Inovasi

Rogers (1983) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) mendefinisikan inovasi sebagai “an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption”. Sedangkan difusi adalah “the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system with the aim being to maximize the exposure and reach of innovations, strategies, or programs”.

Menurut Rogers, terjadinya adopsi berlangsung melalui 4 tahapan yaitu :

1) knowledge (pengetahuan); 2) persuasion (persuasi); 3) decision (keputusan) ; 4) konfirmation (konfirmasi). Pada tahap *knowledge* kelompok sasaran memperoleh informasi tentang sebuah inovasi, baik melalui perantara media massa maupun komunikasi interpersonal. Setelah mendengar dan mengetahui informasi ini, pada tahap persuasion terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai). Selanjutnya kelompok sasaran akan mengambil keputusan (decision) apakah dia akan mengadopsi inovasi tersebut (adoption) atau tidak (rejection). Setelah pengambilan keputusan tersebut maka tahap selanjutnya adalah confirmation di mana kelompok sasaran bisa menilai apakah keputusan yang telah diambil sebelumnya akan tetap dilanjutkan (continue adoption) atau selanjutnya ditolak (later rejection).

Menurut Weinstein & Sandman (1992) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) proses adopsi melewati beberapa tahap sebagai berikut:



Gambar 2.8: Stages of The Precaution Adoption Process

Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice, 3rd ed.

4. Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication (Kelley & Thibaut, 1978)

Teori interdependensi merupakan teori pada ranah sosial psikologis yang menjelaskan bahwa proses komunikasi berdampak pada perubahan perilaku melalui sebuah proses interaksi (Kelley & Thibaut 1978 dalam Glanz, Rimer, & Lewis 2002). Teori ini sebagai dasar untuk memahami pengaruh sosial dan komunikasi interpersonal terhadap perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Teori ini merupakan pengembangan dari *Social Exchange Theory* yang berfokus pada biaya dan imbalan yang diterima individu dalam proses berinteraksi. Interaksi sosial menggambarkan berbagai jenis hubungan individu satu dengan individu lain atau dengan kelompok dan merupakan proses fundamental untuk mengubah perilaku kesehatan. Interaksi ini terjadi melalui komunikasi interpersonal.

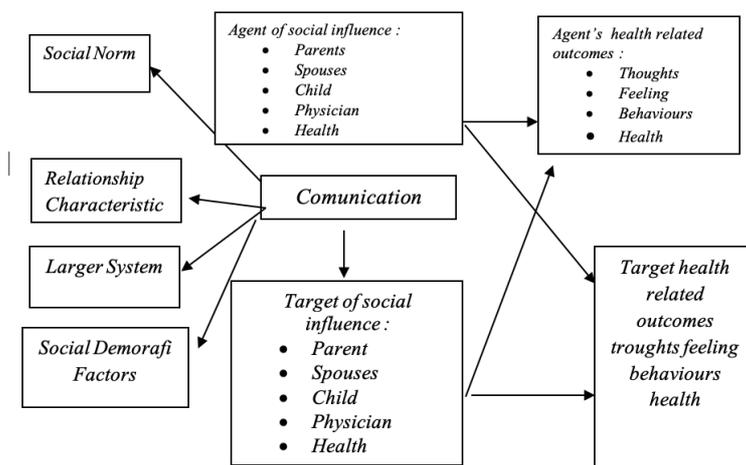
Interaksi dan komunikasi dapat terjadi pada hubungan kerjasama baik formal maupun informal. Hubungan formal mengacu pada hubungan antara dokter dan pasiennya, ahli kesehatan masyarakat dengan masyarakat sasaran. hubungan kerjasama informal misalnya antara suami istri, teman, orang tua dan anak (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002).

Pemahaman mengenai hubungan interaksi dan komunikasi dengan perilaku kesehatan sangat penting bagi profesi kesehatan masyarakat dan pendidik kesehatan.

Manfaatnya adalah (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002):

1. Meningkatkan pengaruhktivitas intervensi untuk perubahan perilaku kesehatan.
2. Konsep dan model interaksi dan komunikasi dapat digunakan sebagai alat pengambilan keputusan, penyusunan program, dan menciptakan lingkungan yang memungkinkan pasien berinteraksi dengan baik dengan petugas kesehatan.
3. Meningkatkan pengaruhktivitas intervensi perubahan perilaku melalui pendampingan rekan kerja (formal dan informal) dalam proses perubahan perilaku kesehatan.

Konsep interdependensi sangat penting untuk mengkaji bagian mana dari perilaku yang dipengaruhi oleh interaksi seseorang dengan orang lain, dan yang mana yang dipengaruhi oleh karakteristik personalnya sendiri (Lewis, DeVellis, & Sleath 2002). Pengaruh sosial dan komunikasi sangat efektif dalam mengubah perilaku kesehatan dapat di lihat pada gambar berikut ini



Gambar. 2.9: Interdependence Model of Social Influence and Interpersonal Communication

Sumber : Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M., editors, 2002, Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice, 3rd ed.

2.7 Persalinan Sectio Caesarea

Persalinan *sectio caesarea* (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (hysterotomi) untuk mengeluarkan bayi. Persalinan SC umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada ibu dan bayi. Sekitar tahun 1980-an persalinan SC mulai memasyarakat di kalangan kedokteran kebidanan yang ditunjang oleh perkembangan ilmu anastesi, kemajuan teknologi kesehatan, khususnya kedokteran, farmasi dan laboratorium (Kasdu, 2003).

1. Prevalensi

Badan Kesehatan Dunia menetapkan bahwa angka persalinan SC adalah sekitar (5-15%) dari semua proses persalinan. Berbagai pertimbangan mengemukakan bahwa persalinan SC seringkali dilakukan bukan karena indikasi medis. Berbagai kritik pula mengemukakan persalinan SC disebut lebih menguntungkan rumah sakit, Persalinan SC lebih mudah dan lebih singkat waktu persalinannya oleh dokter spesialis kandungan. Kritik lainnya adalah bahwa persalinan SC banyak diminati ibu-ibu karena tidak ingin mengalami nyeri seperti yang terjadi pada persalinan normal (Thomas, et al., 2004; Groom, et al., 2000). Di Indonesia standar persalinan SC di rumah sakit pendidikan sebesar (20%) dan di rumah sakit swasta sebesar (15%) (Depkes, 2010).

2. Sejarah

Pada 1316, Robert II dari Skotlandia dilahirkan dengan persalinan SC oleh ibunya Marjorie Bruce, Ibu Robert II meninggal setelah persalinan selesai. Bukti pertama ibu yang selamat dengan persalinan SC adalah di Siegershausen, Swiss tahun 1500. Jacob Nufer seorang pedagang babi, harus membedah istrinya karena proses persalinan yang lama. Prosedur persalinan SC di waktu lampau menyebabkan angka kematian ibu dan bayi yang tinggi. Di Britania Raya dan Irlandia, angka kematian akibat persalinan SC pada 1865 sebesar (85%). Beberapa penemuan yang membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi pada persalinan SC adalah: Pengembangan prinsip-prinsip aseptis. Pengenalan prosedur penjahitan rahim oleh Max Sanger pada 1882. Luar peritoneum pada persalinan SC dilanjutkan dengan sayatan mendatar rendah (Kronig). Perkembangan teknik anastesi, transfusi darah,

penemuan antibiotika pada tanggal 5 Maret 2000. Ines Ramirez melakukan persalinan SC pada dirinya sendiri dan berhasil mempertahankan nyawanya dan bayinya. Wanita ini dipercaya dan dikenal sebagai wanita yang melakukan persalinan SC pada dirinya sendiri dan selamat (Cunningham, et al., 2001).

Manfaat dan Risiko Minkoff dan Chervenak (2003) menyatakan bahwa manfaat persalinan SC bagi ibu adalah melindungi dinding panggul, menurunkan inkontinensia faeses, flatus dan urine. Menurut Chao-Hsiun, et al., (2006) persalinan SC memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap komplikasi dibandingkan dengan persalinan normal atau pervaginam. Data statistik tahun 1990-an menunjukkan bahwa persalinan SC menyebabkan kematian kurang dari 1 kematian pada 2.500 persalinan SC. Pada persalinan normal 1 kematian dari 10.000 persalinan normal. Angka kematian untuk kedua proses persalinan tersebut terus menurun sampai sekarang ini (Minkoff dan Chervenak, 2003).

Badan Kesehatan Britania Raya menyebutkan risiko kematian ibu yang menjalani persalinan SC adalah tiga kali lebih besar dari risiko kematian persalinan normal. Perbandingan langsung untuk tingkat kematian persalinan normal dan persalinan SC, sebenarnya tidak bisa dibandingkan, karena ibu yang menjalani persalinan SC sudah berisiko dalam kehamilan (Chao-Hsiun, et al., 2006). Angka kematian ibu di Israel pada metode persalinan pervaginam sebanyak 797,489 atau 3,6/100.000. Pada persalinan SC 119,165 atau 21,8/100.000. Angka ini terbagi 2 yakni persalinan SC emergency sebesar 83,416 atau 30/100.000 dan elective 35,749 atau 2,8/100.000 (data Yoles and Maschiach, 1998; Cunningham, et al., 2001).

Risiko-risiko pada persalinan sectio caesarea di antaranya:

- a. Pada ibu: merasa nyeri dan penyembuhan luka lebih lama. Risiko mengalami infeksi serta perdarahan lebih besar. Risiko mengalami perlengketan peritoneum di kemudian hari pada bekas sayatan. Risiko meninggal 4 kali lebih besar dibanding persalinan pervaginam. Persalinan SC dapat meningkatkan morbiditas pada ibu, biaya mahal, sulit melakukan laktasi, kesehatan ibu pulih lebih lama (Aries. 1993).
- b. Pada bayi: risiko mengalami sesak napas setelah lahir. Risiko mengalami kematian 2–3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan pervaginam. Pada pembiusan yang terlalu lama, bisa membuat bayi terbius sehingga bayi tersebut

tidak spontan menangis melainkan harus dirangsang sesaat untuk bisa menangis. Kelambatan menangis mengakibatkan kelainan hemodinamika dan mengurangi apgar score (penilaian) bayi. Pengeluaran lendir atau sisa air ketuban di saluran napas anak juga tidak sempurna. Bayi tidak mengalami tekanan pada dada sehingga sisa cairan dalam saluran napas tidak terperas keluar seperti halnya pada persalinan pervaginam. Bayi dengan persalinan SC, selalu dibayangi penyakit hyalin membran disease (HMD). Sayatan yang terlampau dalam dapat mengakibatkan tubuh bayi tersayat (Maria., 2006; Kasdu, 2004). Bayi sering mengantuk karena obat penangkal nyeri atau anastesi yang diberikan kepada ibu (Aries. 1993; Reeder. et al., 1997).

Bayi pada persalinan SC berhadapan langsung dengan lingkungan steril (Gabbe, et al., 2002). Kemampuan jalan lahir tidak teruji dan kapasitas pintu atas panggul untuk melahirkan bayi tidak terdeteksi di mana bayi yang dilahirkan dengan persalinan SC dengan berat badan yang tidak terlalu besar (2.500-4.000 gram).

3. Faktor-Faktor Memengaruhi Persalinan Sectio Caesarea

- a. Persalinan *Sectio Caesarea* Sebelumnya: Persalinan SC berulang (previous SC) secara bermakna menyebabkan peningkatan angka persalinan SC, Indikasi ini sangat besar menyumbang peningkatan CSR. Hal ini dipengaruhi oleh pendapat Dr. Edwin Craigin dari Universitas Colombia yang mengatakan sekali persalinan SC, akan tetap persalinan SC. Pendapat ini di Indonesia tidak dianut, tetapi kenyataan sebagian besar indikasi persalinan SC adalah previous SC (Kaufmann. E. 2006). Pada tahun 1988 American College of Obstetricians and Gynecologists mengeluarkan panduan baru, Panduan ini tegas menyatakan bahwa ibu yang pernah melahirkan SC dengan irisan transversal bawah aman untuk persalinan normal pada kehamilan berikutnya yang disebut dengan VBAC (vaginal birth after caesarean). (Pathadey. et al., 2005). Banyak studi menunjukkan bahwa seorang ibu yang pernah mengalami persalinan SC, maka pada

kehamilan berikutnya persalinan pervaginam aman bagi ibu dan bayi. Keberhasilan ini sekitar (60-80%) dan hanya (1%) yang mengalami pecahnya rahim selama persalinan. Persalinan pervaginam setelah persalinan SC harus dilakukan di rumah sakit, personil dan fasilitas-fasilitas yang lengkap. Bila kegawatdaruratan terjadi, dapat segera diatasi. Komplikasi pecahnya rahim akan berkurang dari (1%) (Kauffmann. E. 2006; Cuningham, et al., 2001). Di Amerika Serikat VBAC (vaginal birth after caesarean) menurunkan CSR (15%) tahun 2000. Penurunan CSR tergantung kepada kenaikan persalinan dengan VBAC (35%). *Publik Citizen* memperkirakan jumlah VBAC yang optimal sebesar (50-55%). Pada tahun 1992 jika (35%) ibu yang melahirkan dengan persalinan SC dan kehamilan berikut menjadi VBAC, maka CSR akan berkurang dari (22%) menjadi (18%). Angka CSR akan tetap menurun jika promosi VBAC dilakukan. Penurunan persalinan SC yang pertama persalinan SC harus dengan indikasi medis dan peningkatan VBAC karena adanya promosi yang diprogramkan oleh pemerintah (Cuningham. et al., 2001).

- b. Jumlah Anak : Jumlah anak semakin sedikit sangat memengaruhi ibu untuk persalinan SC. Hampir separuh wanita yang hamil adalah nullipara. Pada kehamilan nullipara kelainan yang lazim pada persalinan adalah distosia dan kehamilan dengan hipertensi. Peningkatan CSR tahun 1965 -1988 di Amerika Serikat salah satu adalah karena pengurangan paritas (Paul. et al., 2003).
- c. Umur (Peningkatan Usia Melahirkan) : Wanita cenderung mempunyai anak pada usia yang lebih tua. Pada tahun 1980 (20%) dari kelahiran di Amerika Serikat terjadi pada usia 30 tahun atau lebih, tetapi tahun 1985 naik menjadi (25%) (Belizan, et al., 1999). Di Amerika Serikat persentase anak pertama yang lahir dari ibu yang berusia 30-39 tahun meningkat lima kali lipat dalam 20 tahun yakni dari (3,8%) tahun 1971, menjadi (18,1%) tahun 1991, tahun 1993 menjadi (33,6%). Ibu berusia 40-46

tahun (46,2%) dan ibu yang lebih muda yakni ibu berusia 25-29 tahun sebesar (23%) dan ibu yang berusia 20-24 tahun hanya berkisar (20%) (Macfarlane, et al., 2000). Sejak akhir tahun 70-an, ibu yang melahirkan di usia 30 dan 40 tahun meningkat dramatis. Berdasarkan angka statistik, antara tahun 1978 hingga tahun Angka kejadian melahirkan pada wanita berusia 35 sampai 39 tahun dan 40 sampai 44 tahun mencapai dua kali lipat lebih. Para tenaga ahli kesehatan sekarang membantu para ibu hamil yang berusia 30 dan 40 tahun untuk menuju ke kehamilan yang lebih aman dari kejadian di tahun-tahun sebelumnya. Persalinan cenderung terarah ke persalinan SC dan ibu ingin mencari pelayanan kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kemampuan ekonomi keluarga (Paul, et al., 2003).

- d. Kemajuan Iptek : kemajuan teknologi dalam bidang kedokteran mendukung peningkatan CSR. Kemajuan ilmu kedokteran disebabkan monitor janin elektronik dan anastesi epidural mengakibatkan indikasi persalinan SC dengan gawat janin dan distosia meningkat. Monitor janin elektronik melacak denyut jantung bayi dan mencetak rekaman naik/turunnya denyut jantung bayi secara berkesinambungan. Monitor bekerja selama kontraksi atau sepanjang proses persalinan. Penafsiran yang terlampau berhati-hati terhadap hasil yang dicetak mesin monitor tersebut, dapat membuat diagnosis gawat janin yang berlebihan. Pada tahun 1980 di Amerika Serikat, saat monitoring masih sedikit, angka gawat janin dilaporkan hanya (1,2%). Pada tahun 1992 ketika monitor digunakan pada tiga perempat persalinan, maka gawat janin dilaporkan menjadi (9,4%). Persalinan SC dengan indikasi gawat janin, meningkatkan CSR sekitar (10,5%) (Kaufmann. 2006). Persalinan dengan anastesi epidural, menyebabkan distosia atau kemajuan persalinan abnormal terutama pada persalinan pertama (nullipara). Anastesi epidural dapat menurunkan kontraksi rahim dan memperlambat pembukaan servik. Waktu pada kala I bertambah lama dan kala II

- memanjang. Peristiwa ini membuat berkurangnya dorongan atau kemampuan ibu untuk mengejan (Morton, et al., 1994).
- e. Kehamilan Presentase Bokong :Persalinan ini memberikan kontribusi yang tinggi terhadap CSR. Di beberapa negara persalinan SSelektif mencapai (80%) atau sekitar (10-15%) dari seluruh persalinan SC. Presentasi bokong terjadi sekitar (3-4%) dari seluruh kehamilan tunggal cukup bulan. Insidensi peningkatan presentase bokong pada kehamilan ganda muda sekitar (2-3%) terjadi pada usia kehamilan 36 minggu. Persalinan SC dengan indikasi presentase bokong merupakan persalinan yang aman bagi bayi (Sidik, 2004). Rekomendasi persalinan SSelektif dengan indikasi presentasi bokong pada kehamilan 38 minggu dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi. Mayoritas ibu-ibu hamil dengan presentase bokong, janin tunggal melahirkan dengan persalinan SC Persalinan SC dengan indikasi presentase bokong berdasarkan rekomendasi Feige dan Krause adalah bayi yang besar. Batas berat janin adalah 3500gram dan sesuai dengan rekomendasi FIGO (Lowdon, 1998; Macfarlane, et al., 2000).
 - f. Persalinan Pervaginam Operatif Kurang Diminati: Persalinan dengan forcep semakin jarang dilakukan, tahun 1972 persalinan forcep tercatat (37%), dan tahun 1980 turun menjadi (18,5%). Penurunan ini sesuai dengan kenaikan persalinan SC dari (7%) menjadi (17%). Persalinan dengan alat ini kurang dipromosikan oleh tenaga kesehatan dan rumah sakit (Cunningham, et al., 2001).
 - g. Keadaan Ekonomi, Pendidikan Ibu dan Sosial Budaya: Ibu melahirkan dengan persalinan SC banyak berasal dari strata ekonomi mampu Ibu melahirkan di kota lebih memilih yang nyaman, bebas dari rasa sakit, cepat dan terjaga estetika kewanitaannya. Di Amerika Serikat persalinan SC dengan pendapatan rata-rata 30.000 dolar sebesar (23%), dan (13%) pendapatan rata-rata 11.000 dolar (Cunningham, 2001). Beberapa etnis tertentu juga memanfaatkan kemajuan di bidang kedokteran

ini sebagai sarana untuk menjalankan adat istiadatnya, dengan memilih hari lahir bahkan jam lahir. Pendidikan ibu melahirkan juga berpengaruh, semakin tinggi pendidikan semakin takut untuk melahirkan pervaginam. Ibu yang berasal pendidikan yang tinggi lebih banyak membaca mitos persalinan SC sehingga menimbulkan rasa takut karena nyeri alamiah yang timbul pada saat persalinan (Melender. 2002; Haryono. 2006).

- h. Menurut Behague, (2002) keputusan-keputusan persalinan SC di Italia dipengaruhi oleh ibu hamil, para dokter, dan penilaian lingkungan sosial. Penelitian dilakukan kepada ibu yang tinggal wilayah perkotaan di Pelotas Brazil, bahwa ibu-ibu yang pendapatan keluarga dan pendidikan yang tinggi memilih persalinan SC, untuk menghindari prasangka kelas sosial menengah atau miskin. Penilaian lingkungan sosial sangat mendorong ibu untuk persalinan SC. Ibu takut dengan penilaian sosial di bawah standar (Behague, et al., 2002). pendidikan tinggi cenderung mempunyai demand yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan (Trisnantoro, 2005).

4. Indikasi Persalinan Sectio Caesaria

Laporan The National Sentinel Caesaren Section Audit (NSCSA) (2004) bahwa indikasi persalinan SC ada 4 yang utama yakni : gawat janin (22%), partus tak maju (20%), persalinan SC berulang (previous SC) (14%), dan presentase bokong (11%), sedangkan alasan yang kelima adalah permintaan ibu (7%) (National Institute for Clinical Excellence. 2004). Indikasi-indikasi medis pada persalinan SC adalah sebagai berikut:

- a. Distosia adalah gangguan pada satu atau lebih faktor P(power, passage, passenger), berpengaruh buruk bagi ibu maupun janin. Persalinan SC dengan indikasi distosia di Amerika Serikat sebesar (23,3%) (Kaufmann. 2006; Thomas, et al., 2004).
- b. Distosia karena kelainan his adalah relaksasi pada abdomen berkurang di mana kekuatan his tidak baik. Distosia ini ada 2 jenis yakni inersia uteri primer terjadi pada permulaan fase laten.

Inersia uteri sekunder terjadi pada fase aktif kala I atau kala II (Thomas, et al., 2004).

- c. Distosia akibat kelainan jalan lahir disebabkan adanya kelainan pada jaringan keras/tulang panggul dan kelainan pada jaringan lunak panggul. Kelainan bentuk panggul dan kelainan ukuran panggul. Bentuk panggul wanita yang paling ideal untuk persalinan adalah bentuk gynecoid (klasifikasi Caldwell - Moloy). Pada keadaan panggul patologik, bayi dengan berat janin di atas 2500 gram akan sulit dilahirkan. Berat bayi lahir normal antara 2500 - 4000 gram. Bayi dengan berat badan lahir lebih dari 4000 gram disebut makrosomia. Bentuk dan ukuran panggul pada wanita dewasa umumnya tetap seumur hidup. Ukuran panggul berubah jika terjadi trauma panggul, infeksi panggul dan tumor (Notzon. et al., 1994).
- d. Distosia karena kelainan bentuk, ukuran, presentase janin, tidak terjadi putaran paksi (deep transverse arrest) di mana occiput transverse persisten atau occiput posterior persisten. Kedua keadaan ini memperlambat dan mempersulit jalannya persalinan normal (Jones, 1969).
- e. Diagnosis presentasi muka dengan pemeriksaan dalam teraba mata, hidung, mulut dan dagu. Diagnosis presentasi dahi teraba ubun-ubun besar, dahi, mata, kadang hidung. Jika janin besar atau tidak ada perubahan presentase, keputusan terbaik adalah persalinan SC.
- f. Presentase melintang adalah presentasi janin yang tidak baik sama sekali. Persalinan pervaginam pada keadaan janin telah mati.
- g. Presentase bokong pada umumnya dilakukan persalinan SC. Seiring berkembangnya kemajuan kedokteran maka persalinan SC pada presentase bokong menjadi (85%). Persalinan SC dianggap lebih aman bagi bayi, berat janin 3500 gram atau lebih, ibu primipara, ibu multipara dengan riwayat berat badan janin lebih dari 3500 gram (Hartmut. et al., 2005).

- h. Tali pusat pendek atau melilit di leher janin, apabila penurunan bayi tidak maju dalam waktu cukup lama, perlu dicurigai tali pusat pendek atau adanya lilitan tali pusat.
- i. Posisi mengunci (locking) pada persalinan bayi kembar dapat terjadi bayi pertama presentase bokong dan bayi kedua presentase kepala dalam keadaan gawat darurat menyebabkan kematian janin. Kelahiran ganda ibu hamil kembar 2 atau lebih sering mengalami komplikasi dalam persalinan, (50%) kehamilan kembar dilahirkan dengan persalinan SC.
- j. Kelainan anatomik janin (hidrosefalus) dapat menyebabkan distosia.
- k. Kelainan jaringan lunak urogenitaloleh karena tumor ovarium yang mengisi jalan lahir. Kelainan uterus, kelainan serviks, septum vagina dan edema vulva (Mackenzie. 2003).
- l. Gawat janin merupakan indikasi yang mutlak untuk persalinan SC.
- m. Induksi yang gagal sehingga tidak dapat melahirkan bayi pervaginam
- n. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplimentasi di bawah segmen rahim, di mana plasenta tersebut bukan hanya menutupi jalan lahir tetapi dapat mengakibatkan perdarahan.
- o. Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruhnya plasenta dari dinding rahim pada kehamilan tua, menyebabkan hipoksia pada bayi karena bayi tidak memperoleh O₂ dari ibu.
- p. Herpes genitalia aktif untuk mengurangi pajanan pada bayi.

5. Indikasi Non Medis atau Indikasi Sosial

Cakupan luas terhadap keanekaragaman indikasi di dalam studi-studi *Federation International Gynecology dan Obstetrics* (FIGO) sudah meninjau permintaan ibu sebagai salah satu indikasi persalinan SC. Permintaan ibu merupakan pertimbangan tidak medis (Sara. 2000). Permintaan ibu menambah prevalensi persalinan SC yang akan meningkatkan CSR. Informasi yang banyak tentang manfaat dan risiko persalinan SC sangat diperlukan ibu, karena

ibu menginginkan persalinan yang safety pada bayi. Persalinan SC dengan permintaan ibu (50%) disetujui oleh konsultan apabila usia ibu tua pada kehamilan pertama (Paul, et al., 2003).

Di Negara New Zealand telah ada diskusi tentang hak-hak wanita- dengan persalinan SC atas permintaan ibu. Permintaan lebih banyak pada ibu primigravida, tetapi promosi induksi persalinan sangat berhasil menghantarkan ibu ke persalinan pervaginam. Indikasi permintaan ibu dalam persalinan SC bisa dikabulkan. Ibu harus diberi konseling yang benar-benar dapat dimengerti ibu tentang manfaat dan risikonya. Persalinan dengan induksi (75%) dan (25,5%) persalinan yang mengarah ke persalinan SC (Potter, et al., 2002).

Permintaan ibu dengan alasan takut melahirkan pervaginam apakah indikasi medis atau indikasi non medis. Menurut Asosiasi Radical persalinan karena takut dengan pengalaman persalinan lalu buruk dan kerusakan panggul karena persalinan pervaginam merupakan indikasi medis. Beberapa ibu mengatakan bahwa persalinan SC merupakan yang terbaik untuk melahirkan bayi (Ryding, 1991).

Indikasi permintaan ibu (maternal request) di Amerika Serikat tahun 1996 176 orang (19,5%), permintaan pada saat antenatal 162 orang dan pada saat persalinan sebanyak 24 orang. Pada tahun 1996 (2,8%) ibu melahirkan dengan persalinan SC dengan indikasi non medis yakni permintaan ibu-Ibu melahirkan persalinan SC, sepertiga yang dinilai murni karena alasan medis (Churchill, 1997).

Bab 3

Metodologi Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain “Kuasi Eksperimen. biasanya digunakan dalam satu penelitian jika seleksi awal dan randomisasi populasi sulit untuk dilakukan. Berikut adalah gambaran desain penelitian kuasi eksperimen tersebut.

Lokasi Intervensi : O1 X1 O2 O3 X2 O4

Lokasi Kontrol : O4 X0 O5

Keterangan:

- O1 : Pengukuran perilaku ibu hamil sebelum intervensi pemberdayaan tahap 1 (*pre test1*)
- O2 : Pengukuran perilaku ibu hamil setelah intervensi pemberdayaan tahap 1 (*pos-tes1*)
- O3 : Pengukuran perilaku ibu hamil sebelum intervensi pemberdayaan tahap 2(*pre-test2*)
- O4 : Pengukuran perilaku ibu hamil setelah intervensi pemberdayaan tahap 2(*pos-test2*)
- X0 : Tanpa pelatihan

- X1 : Pemberdayaan tahap 1 dengan pelatihan dan pendampingan pertama (intervensi 1)
- X2 : Pemberdayaan tahap 2 dengan pelatihan dan pendampingan kedua/pemberdayaan ulang (intervensi 2)
- O4 : Pengukuran perilaku ibu hamil di Klinik Kontrol dilakukan *pre- test* 1, dan *pos test*1.
- O5 : Pengukuran perilaku ibu hamil di Klinik Kontrol dilakukan *pos-test*1.

Populasi adalah semua ibu hamil pada trisemester ke-3 (tiga) di mana terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan untuk mendeteksi apakah ibu hamil dapat melahirkan normal, atau tidak menunjukkan indikasi medis untuk dilakukan persalinan SC dengan purposive sampling. Subjek penelitian adalah seluruh Ibu hamil trisemester ke-3 atau umur kehamilan 7 bulan atau 28-38 minggu.

Kriteria Inklusi:

- (1) Bersedia menjadi subyek penelitian dan mengikuti pelatihan serta mau bekerjasama dengan bidan yang dilakukan sampai selesai.
- (2) Ibu hamil dengan umur kehamilan trisemester ke-3 (28-38) minggu sampai dengan melahirkan.
- (3) Tidak mengalami kelainan dalam kehamilan.dan tidak ada indikasi medis persalinan SC
- (4) Ibu hamil yang berumur antara 18 sampai 40 tahun.
- (5) Ibu hamil bertempat tinggal minimal selama 1 tahun di lokasi penelitian, karena jika ibu hamil berpindah tempat tinggal tidak dapat dipantau.

Kriteria Eksklusi:

- (1) Ibu hamil usia kehamilan kurang dari 26-28 minggu.
- (2) Ibu hamil yang riwayat keluarga dengan penyakit Diabetes Melitus (DM)
- (3) Ibu hamil dengan kehamilan kembar.

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang serta teori-teori yang mendasari adalah:

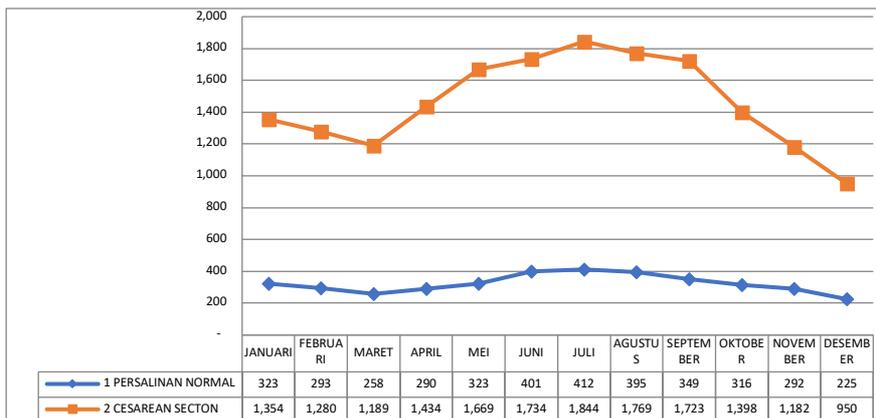
-
- H1 : Ada pengaruh pemberdayaan terhadap pengetahuan ibu hamil memilih persalinan.
 - H2 : Ada pengaruh pemberdayaan terhadap sikap ibu hamil memilih persalinan
 - H3 : Ada pengaruh pemberdayaan terhadap tindakan ibu hamil memilih persalinan.
 - H4 : Ada Pengaruh pemberdayaan terhadap perubahan pengetahuan ibu hamil ,
 - H5 : Ada Pengaruh pemberdayaan terhadap perubahan sikap memilih persalinan oleh ibu hamil
 - H6 : Ada Pengaruh pemberdayaan terhadap perubahan tindakan memilih persalinan oleh ibu hamil
 - H7 : Ada pengaruh pemberdayaan terhadap Perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan memilih persalinan
 - H8 : Ada pengaruh pemberdayaan terhadap Perbedaan persalinan Ibu pada Kelompok intervensi
-

Bab 4

Hasil dan Pembahasan

4.1 Gambaran Persalinan di Kota Medan

Deskripsi persalinan di Kota Medan akan di jelaskan dengan melihat data Persalinan *sectio caesarea* dan persalinan normal yang di bayar dengan asuransi kesehatan yakni badan penyelenggara jaminan kesehatan (BPJS) di Kota Medan



Gambar 4.1: Grafik Kasus persalinan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Kota Medan

Dari grafik di atas bahwa setiap bulan CSR di Kota Medan yang di bayar BPJS tinggi dan penurunan CSR terjadi sejak bulan Oktober sampai Desember. Penurunan ini oleh karena dilakukan berbagai kegiatan termasuk pemberdayaan oleh peneliti dan advokasi yang dilakukan serta adanya pengawasan yang ketat. Kepada provider dalam hal ini dokter Kebidanan dan kandungan dalam mendiagnosa persalinan harus dengan indikasi medis yang akan di bayar dari pihak BPJS dan lain-lain.

4.1.1 Gambaran Demografi Ibu Hamil (Responden)

Gambaran profil demografi ibu hamil (umur, paritas, penghasilan, pendidikan, pekerjaan dan persalinan).

Tabel 4.1: Profil Demografi Ibu Hamil

No	Variabel	Pemberdayaan		Tanpa Pemberdayaan	
		n	%	n	%
1	Umur				
	0.<20 dan > 35 tahun	6	24,0	6	24,0
	1. 20-35 tahun	19	76,0	19	76,0
2	Paritas				
	0. 1– 2 anak	12	48,0	12	48,0
	1. > 2 anak	13	52,0	13	52,0
3	Penghasilan				
	0. >2 juta	9	36,0	9	36,0
	1. 1-2 juta	16	64,0	16	64,0
4	Pendidikan				
	0. SMA	18	72,0	17	68,0
	1 SD dan SMP	7	28,0	8	32,0
5	Pekerja				
	0. . Bekerja	15	60,0	13	52,0
	1 Tidal Bekerja	10	40,0	12	48,0
6	Persalinan				
	0. Normal	23	92,0	11	44,0
	1. SC.	2	8,0	14	56,0

Umur ibu hamil pada kelompok pemberdayaan dikelompokkan <20 tahun dan ≥ 35 tahun. Sebaran umur ibu hamil yakni ≥ 35 dan <20 tahun sebesar (24%) dan sebaran umur 20-35 tahun sebesar (76%). Paritas ibu hamil pada pemberdayaan yakni paritas 1-2 anak sebanyak 12 ibu hamil (48%) dan paritas lebih dari 2 anak sebanyak 13 ibu hamil (52%) dan ketika dilakukan uji kesetaraan tidak ada beda. Penghasilan ibu penghasilan 1-2 juta sebesar (36%) dan lebih dari 2 Juta sebesar (64%). Pendidikan ibu hamil tidak jauh berbeda sebagian besar tamat sekolah menengah atas (SMA) sebesar (72%) dan pendidikan rendah sebanyak (28%). Persalinan yang dialami ibu hamil dengan pemberdayaan jauh berbeda, Persalinan yakni persalinan normal 23 orang (92%) dan persalinan SC sebanyak 2 orang (8%) sementara tanpa pemberdayaan persalinan normal sebanyak 11 orang (44%) dan persalinan SC sebesar 14 orang (55%).

4.1.2 Pengetahuan, Sikap, Tindakan Memilih Persalinan

Pengetahuan, sikap, tindakan ibu hamil memilih persalinan sebelum intervensi pelatihan. dilakukan uji Mann Whitney,

Tabel 4.2: Pengetahuan, Sikap, Tindakan Memilih Persalinan

No	Variabel		Intervensi	Tanpa	<i>p value</i>
			Pemberdayaan	Pemberdayaan	
1	Pengetahuan	Mean /Med Min/Max	9,84/10,00 8–11	10,80/10,00 8–12	0,473
2	Sikap	Mean/ Med Min/Max	9,36/9,00 13–18	9,84/10,00 8–12	0,132
3	Tindakan	Mean/ Med Min/Max	5,00/5,00 4–6	5,04/5,00 4–6	0,818

Dapat disimpulkan ibu hamil homogen artinya bahwa responden pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan pelatihan setara.

4.1.3 Sikap Ibu Hamil Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan Tahap 1 dan 2

Sikap ibu hamil pada kelompok Intervensi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3: Sikap Ibu Hamil terhadap Persalinan

Sikap	n	\bar{x}	Med	SD	Min	Maks
<i>Pre-test 1</i>	25	9,36	9,00	1,22	7	12
<i>Pos-test 1</i>	25	11,92	12,00	1,03	11	15
<i>Pre-test 2</i>	25	12,36	12,00	1,11	11	15
<i>Pos-test 2</i>	25	15,28	15,00	1,24	13	17

Dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan sikap ibu hamil kearah yang positif setelah dilakukan pemberdayaan tahap 1 dan tahap 2.

4.1.4 Tindakan Memilih Persalinan Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan Tahap 1 dan 2

Tindakan memilih persalinan pada kelompok Intervensi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.4: Tindakan Ibu Hamil Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan

Tindakan	n	\bar{x}	Med	SD	Min	Maks
<i>Pre-test 1</i>	25	5,00	5,00	0,577	4,00	5,00
<i>Pos-test 1</i>	25	6,08	6,00	0,571	5,00	7,00
<i>Pre-test 2</i>	25	6,40	6,00	0,64	5,00	7,00
<i>Pos-test 2</i>	25	7,16	7,00	0,47	6,00	8,00

Dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan tindakan memilih persalinan normal setelah sebelum pemberdayaan tahap 1 dan sesudah pemberdayaan ibu hamil pada tahap 2.

4.1.5 Pengetahuan Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan

Tabel 4.5: Pengetahuan Ibu Hamil Sebelum (Pre-test) dan Sesudah (Pos-test Tanpa Pemberdayaan)

Pengetahuan	n	\bar{x}	Med	SD	Min	Maks
<i>Pre-test 1[^]</i>	25	10,08	10,00	0,90	8,00	12,00
<i>Pos-test 1[^]</i>	25	11,56	12,00	1,04	10,00	13,00

pengetahuan ibu hamil Tanpa Pemberdayaan nilai rata-rata pengetahuan pada sebelum (*pre-test[^]*) adalah 10,08. Nilai rata-rata pengetahuan setelah (*pos-test[^]*) adalah 11,56. Terjadi peningkatan pengetahuan rata-rata 1,48.

4.1.6 Sikap Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan

Tabel 4.6: Sikap Ibu Hamil Tanpa Pemberdayaan

Sikap	n	\bar{x}	Med	SD	Min	Maks
<i>Pre-test 1[^]</i>	25	9,84	10,00	1,06	8,00	12,00
<i>Pos-test 1[^]</i>	25	11,72	12,00	1,02	10,00	13,00

Sikap sebelum (*pre-test[^]*) diperoleh nilai rata-rata sikap 9,84. Nilai rata-rata sikap sesudah (*pos-test 1[^]*) yaitu 11,72. Dapat disimpulkan terjadi peningkatan sikap sebelum (*pre-test[^]*) dan sesudah (*pos-test 1[^]*) dengan rata-rata peningkatan 1,88 poin.

4.1.7 Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan Tanpa Pemberdayaan Sebelum (Pre-test) dan Sesudah (Pos-test)

Tabel 4.7: Tindakan Memilih Ibu Hamil Tanpa Pemberdaya (Pre-test) (Pos-test)

Tindakan	n	\bar{x}	Med	SD	Min	Maks
<i>Pre-test 1[^]</i>	25	5,04	5,00	0,73	4,00	6,00
<i>Pos-test 2[^]</i>	25	5,84	6,00	0,74	4,00	7,00

Tindakan sebelum (pre-test) diperoleh nilai rata-rata 5,04. Nilai rata-rata tindakan setelah (pos-test) adalah 5,84. Dapat disimpulkan bahwaterdapat peningkatan nilai rata-rata tindakan memilih persalinan sebesar 0,80.

4.1.8 Pengaruh Pemberdayaan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan Ibu Hamil

Penelitian kuasi eksperimen setelah data berdistribusi tidak normal adalah melihat ada atau tidak pengaruh pemberdayaan terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan memilih persalinan menggunakan uji wilcoxon.

Tabel 4.8: Pengaruh Pemberdayaan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan Ibu Hamil

Variabel	Mean	Z
Pengetahuan		
<i>Pre-test 1</i>	9,84	0,0001
<i>Pos-test 1</i>	12,28	
<i>Pre-test 2</i>	12,88	0,001
<i>Pos-test 2</i>	15,56	0,0001
Sikap		
<i>Pre-test 1</i>	9,36	0,0001
<i>Pos-test 1</i>	11,92	
<i>Pre-test 2</i>	12,35	0,009
<i>Pos-test 2</i>	15,28	0,000
Tindakan Memilih		
<i>Pre-test 1</i>	5,00	0,0001
<i>Pos-test 1</i>	6,08	
<i>Pre-test 2</i>	6,40	0,005
<i>Pos-test 2</i>	7,16	0,0001

Perbedaan pengetahuan bahwa terdapat pengaruh pemberdayaan tahap 2 perubahan nilai rata-rata sikap bahwa ada pengaruh pemberdayaan tahap 1 terhadap sikap. Perubahan nilai rata-rata sikap sebelum (pre-test2) dengan sesudah (pos-test 2) diberikan pemberdayaan tahap 2 yaitu 12,35 menjadi

15,28 dengan nilai $p < 0,0001$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberdayaan tahap 2

Perubahan nilai rata-rata tindakan memilih persalinan sesudah (pos-test 1) dengan sebelum (pre-test 2) diberikan pemberdayaan tahap tahap 2 yaitu 6,40 menjadi 7,16 dengan nilai $p < 0,0001$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberdayaan tahap 2.

4.1.9 Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu hamil tanpa Pemberdayaan Memilih Persalinan

Penelitian kuasi eksperimen melihat normalitas data setelah data berdistribusi tidak normal dapat melihat ada atau tidak perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan memilih persalinan menggunakan uji wilcoxon

Tabel 4.9: Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan Tanpa Pemberdayaan

Variabel	Mean	Z
Pengetahuan		
<i>Pre-test I[^]</i>	10,08	0,0001
<i>Pos-test I[^]</i>	11,56	
Sikap		
<i>Pre-test I[^]</i>	9,84	0,0001
<i>Pos-test I[^]</i>	11,72	
Tindakan		
<i>Pre-test I[^]</i>	5,04	0,0001
<i>Pos-test I[^]</i>	5,84	

Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan Tindakan (*pre-test I[^]*) dan (*pos-test I[^]*) pada ibu hamil Tanpa Pemberdayaan.

4.1.10 Perbedaan Efektivitas Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Memilih Persalinan

Tahapan kedua dalam penelitian adalah melihat perbedaan efektivitas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan memilih persalinan menggunakan uji Mann-Whitney.

Tabel 4.13: Efektivitas Pemberdayaan dan tanpa Pemberdayaan pada Pengetahuan Sikap dan Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan

Variabel	Mean/ Median	Z	P
Perubahan Pengetahuan			0,0001
Intervensi	5,72/6,00		
Kontrol	1,48/2,00	-6,122	
Perubahan Sikap			0,0001
Intervensi	5,92/6,00	-6,079	
Kontrol	1,88/2,00		
Perubahan Tindakan			0,0001
Intervensi	2,16/2,00	-5,285	
Kontrol	0,80/1,00		

Peningkatan rata-rata pengetahuan ibu hamil pemberdayaan lebih tinggi tanpa pemberdayaan dengan yaitu (5,72/1,48). Sikap yaitu (5,92/1,88, Tindakan (2,16/0,80).

4.1.11 Pengaruh Pemberdayaan terhadap Persalinan

Pengaruh pemberdayaan terhadap persalinan ibu dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.11: Pengaruh Pemberdayaan Ibu hamil terhadap Persalinan

Variabel	Koefisien B	Percentage Correct	Exp (B)	p
Pemberdayaan	2,684	74,0	14,636	0,001
Constant	-0,241			

Hasil uji regresi logistik pengaruh pemberdayaan terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,001$), dengan Exp (B) 14,636 artinya pemberdayaan mempunyai peluang dalam memilih persalinan normal pada ibu hamil 14 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang tanpa pemberdayaan.

Model menunjukkan hasil bahwa variabel pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap persalinan normal pada ibu hamil dengan nilai Percentage Correct diperoleh sebesar (74,0%) yang artinya variabel pemberdayaan bisa

menjelaskan pengaruhnya terhadap persalinan normal sebesar (74,0 %), sedangkan sisanya sebesar (26%) dipengaruhi oleh faktor-faktor lain. Berdasarkan hasil uji regresi logistik tersebut, maka dapat dibuat model persamaan regresi untuk mengidentifikasi probabilitas persalinan normal pada ibu sebagai berikut:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(0,241 + 2,684(X_1))}}$$

Keterangan

p : Probabilitas persalinan normal pada ibu

X_1 : pemberdayaan, koefisien regresi 2,358

a : Ketetapan 0,241

e : Bilangan alamiah 2,71828.

4.1.12 Pengaruh Karakteristik Ibu Hamil dan Perilaku Memilih Persalinan

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik ganda yaitu salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis pengaruh beberapa variabel independen terhadap variabel dependen kategorik yang bersifat dikotomi atau, pada analisis ini ingin diketahui pengaruh dari karakteristik yang meliputi umur, paritas, penghasilan, pendidikan, dan pekerjaan. Perilaku memilih yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan memilih persalinan pada ibu hamil di uji dengan regresi logistik berganda berikut hasilnya:

Tabel 4.12: Pengaruh Demografi dan Perilaku terhadap Persalinan Ibu

Variabel	Koefisien B	Exp (B)	p
Umur	2,285	9,831	0,085
Paritas	0,107	1,113	0,940
Penghasilan	1,883	6,572	0,046
Pendidikan	-2,273	0,103	0,089
Pekerjaan	0,246	0,105	0,099
Pengetahuan	2,168	8,739	0,028
Sikap	0,453	0,636	0,841

Tindakan	2,259	9,570	0,016
Constant	-2,394		
Percentage Correct	84,0%		

Berdasarkan Tabel 4.12 di atas diketahui bahwa variabel umur tidak berpengaruh terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,085$). Berdasarkan hasil uji regresi logistik tidak terdapat pengaruh paritas terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,940$), variabel penghasilan berpengaruh terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,046$), dengan Exp (B) 6,572 artinya pendidikan yang tinggi mempunyai peluang dalam memilih jenis persalinan normal pada ibu hamil 7 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang pendidikannya rendah.

Berdasarkan hasil uji regresi logistik tidak terdapat pengaruh pekerjaan terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,099$), variabel pengetahuan berpengaruh terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,028$), dengan Exp (B) 8,739 artinya pengetahuan ibu yang baik mempunyai peluang dalam memilih jenis persalinan normal pada ibu hamil 9 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang pengetahuannya kurang. Variabel sikap tidak berpengaruh terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,8421$), sedangkan tindakan memilih berpengaruh terhadap persalinan ibu diperoleh nilai signifikansi ($p=0,016$), dengan Exp (B) 9,570 artinya tindakan memilih ibu yang baik mempunyai peluang dalam memilih jenis persalinan normal pada ibu hamil 10 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang tindakan memilih kurang.

Hasil dari model menunjukkan hasil bahwa variabel pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap persalinan normal pada ibu dengan nilai Percentage Correct diperoleh sebesar (84,0%) yang artinya variabel penghasilan, pengetahuan, dan tindakan memilih secara bersama-sama bisa menjelaskan pengaruhnya terhadap persalinan normal pada ibu hamil sebesar (84,0%) sedangkan sisanya sebesar (16%) dipengaruhi oleh faktor-faktor lain. Berdasarkan hasil uji regresi logistik tersebut, maka dapat dibuat model persamaan regresi untuk mengidentifikasi probabilitas persalinan normal pada ibu sebagai berikut:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(0,241 + 1,883(X_1) + 2,168(X_2) + 2,259(X_3))}}$$

Keterangan

- p : Probabilitas persalinan normal pada ibu
X₁ : Pendidikan, koefisien regresi 1,883
X₂ : pengetahuan, koefisien regresi 2,168
X₃ : Tindakan memilih, koefisien regresi 2,259
a : Ketetapan 2,394
e : Bilangan alamiah 2,71828

4.2 Pembahasan

Perbedaan Efektivitas Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Hamil Memilih Persalinan. Berdasarkan perubahan pengetahuan dinyatakan bahwa peningkatan rata-rata pengetahuan pada kelompok yang diberi pemberdayaan lebih tinggi dibandingkan dengan pengetahuan pada kelompok kontrol tanpa pemberdayaan yaitu (5,72/1,48). Sikap (5,92/1,88). Tindakan yaitu (2,16/0,80).

Menurut Bandura (2001) dalam Glanz, Rimer, & Lewis (2002) terdapat 11 (sebelas) faktor yang memengaruhi perubahan perilaku individu, yakni: *Environment and Situation: Behavioural Capability: Outcome Expectation, Outcome Expectancies, Self Control, Observational Learning, Reinforcement: Self-efficacy, Emotional Coping Responses, Reciprocal Determinism*. 2. *The Stages of Change Model* Terdapat enam tahap perubahan perilaku manusia menurut *The stages of change model*, yakni (Prochaska et al., 2002). Prekontemplasi (precontemplation), Kontemplasi (contemplation, Preparasi (preparation, Tindakan (action, Maintenance, Termination).

Pengaruh pemberdayaan terhadap perilaku ibu memilih persalinan diperoleh nilai signifikansi ($p=0,001$), dengan Exp (B) 14,636 artinya pemberdayaan mempunyai peluang dalam memilih persalinan normal pada ibu hamil 14 kali lebih besar dibanding dengan ibu yang tidak mendapatkan pemberdayaan.

Hasil dari model menunjukkan hasil bahwa variabel pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap persalinan normal pada ibu dengan nilai Percentage Correct diperoleh sebesar (74,0%) yang artinya variabel pemberdayaan bisa menjelaskan pengaruhnya terhadap persalinan normal pada ibu hamil sebesar (74,0 %), sedangkan sisanya sebesar (26%) dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti faktor suami, keluarga, tenaga kesehatan dan lain-lain.

Berdasarkan hasil penelitian Mulyawati, I. (2011) bahwa diketahui tidak ada hubungan antara jumlah pemeriksaan kehamilan dengan persalinan *sectio caesarea* pada ibu-ibu yang melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* di Rumah Sakit Islam YAKSSI Gemolong Sragen. Faktor-faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah usia ibu, paritas, dan kejadian anemia. Sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah tinggi badan, jumlah pemeriksaan kehamilan, kejadian ketuban pecah dini, riwayat obstetri ibu, riwayat penyakit hipertensi, dan riwayat penyakit asma.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa ibu yang jarang memeriksakan kehamilannya tidak bisa untuk mendiagnosa secara dini adanya kelainan atau komplikasi baik saat kehamilan atau persalinan semakin meningkat. Masih rendahnya kesadaran ibu-ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya, menyebabkan faktor-faktor penyebab komplikasi kehamilan yang sesungguhnya dapat dicegah, diperbaiki, serta diobati tidak segera dapat ditangani. Komplikasi kehamilan nantinya menyebabkan penyulit persalinan jika tidak segera ditangani, salah satu risiko persalinan dengan *sectio caesarea*.

Hal ini tentunya berdasarkan alasan tertentu, yang pasti dengan persalinan *sectio caesarea* tersebut dijadikan solusi yang terbaik untuk keselamatan ibu dan bayi. Persalinan *sectio caesarea* harus dipahami sebagai alternatif persalinan ketika lahir normal tidak bisa, meskipun (80-90%) persalinan termasuk kategori normal atau tanpa komplikasi persalinan, namun masih banyak ibu-ibu memilih persalinan *sectio caesarea* dalam menyelesaikan kehamilannya. Apapun yang menjadi kesulitan persalinan, penanganan selalu berpegang teguh pada prioritas keselamatan ibu dan bayi (Akhmad, 2008).

Penyebab persalinan *sectio caesarea* ini bisa karena masalah di pihak ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan persalinan *sectio caesarea*, pertama keputusan persalinan *sectio caesarea* yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain bayi sungsang, sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta, bayi kembar, kehamilan pada usia lanjut, SC sebelumnya, dan sebagainya. Kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Contoh kasus ini antara lain, persalinan berkepanjangan, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi terlalu lemah dan sebagainya (Akhmad, 2008).

Sebagai upaya untuk mengurangi komplikasi yang terjadi pada kehamilan dan persalinan, maka WHO menetapkan metode ANC dengan jumlah kunjungan hanya 4 kali. Diharapkan dengan jumlah kunjungan yang lebih sedikit, maka waktu dan biaya yang harus dikeluarkan oleh ibu hamil akan menjadi lebih sedikit sehingga ibu hamil dapat tetap memeriksakan kehamilannya dengan lengkap (Husin M, et al., 1997).

Berdasarkan temuan kualitatif diperoleh informasi, adanya pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan ibu hamil dalam hal persalinan membuat kelompok ibu hamil yang diintervensi sangat antusias dan semangat untuk menyampaikan pengetahuan dan materi tentang persalinan yang mereka peroleh kepada ibu-ibu hamil lainnya, tetangga dan keluarga.

Kebaruan Penelitian

Menurut penelitian Sitorus, S., (2008) di Kota Medan Indikasi medis persalinan *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah (69.3%) dan indikasi non medis (29.1%). Indikasi medis di rumah sakit swasta (30.7%) dan Indikasi non medis (70.9%). Hasil uji analisis univariabel dan multivariabel menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta terhadap indikasi persalinan *sectio caesarea* OR 5.5 (CI 3.41-9.11) $p < 0.001$. Indikasi medis terbanyak di RS pemerintah sebagai berikut indikasi previous SC (73.8 %) (Sitorus, S. 2008).

Penelitian Mulyawati. I dkk (2011) faktor apa sajakah yang berhubungan dengan dilakukannya persalinan melalui tindakan operasi *sectio caesarea*. Metode penelitian menggunakan survei analitik. Populasi penelitian ini ialah seluruh ibu yang melahirkan di RSI YAKSSI selama tahun 2009 sebanyak 792 responden. Sampel pada penelitian ini berjumlah 60 responden yang diambil menggunakan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan persalinan *sectio caesarea* di antaranya usia ibu ($p 0,022$), paritas (0,001), dan kejadian anemia ($p 0,001$).

Pelaksanaan persalinan SC tanpa didasari indikasi medis adalah tidak etis, kecuali telah melalui konseling. Pasien memiliki hak otonomi untuk meminta dilakukan SC, bila pasien dengan sadar dan tanpa tekanan memutuskan untuk dilakukan persalinan SC, surat permintaan tindakan medis harus ditandatangani oleh pasien, saksi dari keluarga pasien, dokter, dan saksi dari kalangan medis.

Dalam menghadapi persalinan SC penting dilakukan perencanaan karena menyangkut kesehatan ibu dalam menghadapinya. Perencanaan ini juga menyangkut perencanaan ekonomi karena biaya yang dikeluarkan jika melahirkan dengan persalinan SC tidak sedikit. Persalinan SC akan menghabiskan biaya 3-5 kali lebih besar dari persalinan normal. Perencanaan kehamilan kembali juga membutuhkan waktu yang cukup lama. Pemulihan persalinan yang berlangsung lama sehingga ibu akan lebih lama tinggal di rumah sakit, dan otomatis biayanya semakin mahal (Kasdu, 2003).

Menurut Mackenzie et al (2006), permintaan ibu merupakan suatu faktor yang berperan dalam angka persalinan sectio caesarea yaitu mencapai (23%). Di samping itu, selain untuk menghindari sakit, alasan untuk melakukan persalinan sectio caesarea adalah untuk menjaga tonus otot vagina, dan bayi dapat lahir sesuai dengan waktu yang diinginkan. Walaupun begitu, menurut FIGO (1999) dalam, pelaksanaan sectio caesarea tanpa indikasi medis tidak dibenarkan secara etik.

Hasil bahwa penelitian dengan kuasi eksperimen membuktikan pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan meningkatkan pengetahuan, sikap, tindakan dan cakupan persalinan normal. Terdapat peningkatan pengetahuan sikap dan tindakan memilih untuk setiap pengukuran baik pengukuran 1 dan pengukuran 2. Pelatihan yang dilanjutkan dengan pendampingan sangat efektif kepada ibu hamil trisemester ke 3 karena persalinan normal menjadi pilihan mereka. Ibu hamil mampu membagikan dan memengaruhi ibu hamil yang tidak ikut serta dalam pelatihan untuk memilih persalinan normal. Pemberdayaan ini menjadikan ibu hamil sebagai agen perubahan dan menggali kearifan lokal yakni ibu hamil dengan berbagai perbedaan baik umur, pendidikan, penghasilan, serta pekerjaan. Dilatih untuk berperilaku yang baik dalam memilih persalinan yakni persalinan normal maka ibu tersebut dapat dikategorikan menjadi ibu yang peduli ibu hamil dan persalinan normal. Kriteria ini yang menjadikan ibu yang dilatih disebut sebagai Agen of change atau agen perubahan karena kepedulian mereka. Agent of change memiliki tujuan dan keinginan untuk merubah keadaan yang kemudian direalisasikan dengan berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut memungkinkan masyarakat untuk melakukan sesuatu yang di luar kebiasaan atau mencari tujuan hidup (perspective on life) yang lebih baik.

Bab 5

Penutup

5.1 Simpulan

1. Pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan terbukti mempunyai pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan memilih persalinan normal.
2. Pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan efektif untuk menurunkan persalinan sectio caesarea dan meningkatkan cakupan persalinan normal.
3. Pemberdayaadaan pelatihan dan pendampingan terbukti dan sangat efektif untuk menjadikan ibu sebagai agent of changes atau agen perubahan yang merubah perilaku masyarakat yang menginginkan persalinan SC.

5.2 Saran

1. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, tindakan memilih persalinan dan persalinan oleh ibu hamil lebih dominan dengan persalinan normal. Oleh sebab itu, disarankan mempertimbangkan adanya kebijakan untuk replikasi pemberdayaan dengan pelatihan dan pendampingan

ke Klinik bersalin dan Puskesmas yang lain dengan mempertimbangkan kesamaan sosial budaya setempat.

2. Perlu pertimbangan dalam melakukan sectio caesarea dan harus sesuai dengan indikasi medis. Kepada Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) diharapkan dapat membuat pedoman yang komprehensif tentang persalinan sehingga dapat dijadikan rujukan ketika terjadi penyalahgunaan persalinan sectio caesarea. Penerapan Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) juga perlu diperkenalkan kepada ibu hamil yang berbasis bukti (evidencebased) sehingga ibu yang pernah mengalami riwayat sectio caesarea sebelumnya tidak ragu untuk memilih VBAC.

Daftar Pustaka

- ACNM 2006, Who's Who Among the ACNM Fellows Inducted in 2006. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5).
- Akhter, H. H., Chowdhury, E. E. K. & Sen, A. 1996A Cross-Sectional Study on Maternal Morbidity in Bangladesh. Dhaka, Bangladesh: BIRPERHT.
- Althabe, F., Jose. M & Belizan, 2006. *Caesarean Section: the Paradox The Lancet ProQuest Medical Library*.
- Althabe F, Sosa C, Belizán J, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E 2006: Caesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-Medium- and High-Income Countries: an Ecological Study. *Birth*, 33: 270-277.
- Anderson, T. 2010 How Can Child and Maternal Mortality Be Cut? *BMJ*, 340.
- Angsar, MD dan Lilakusuma L. S. 2007. *Ilmu Bedah Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*, cetakan ke-7. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Aries. F., 1993. *Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery*, 2nd ed. *Missonri Mosby Year Book*, 400-12.
- Asamoah, et.al., 2011. Distribution of Causes of Maternal Mortality among Different Socio-demographic Groups in Ghana; A Descriptive Study. *BMC Public Health*, 11: 159.
- Bandolier, 1996 Epidurals Increase Caesarean Section Rate.
- Bagus, Lorens, "Edmund Husserl 1992.: Kembali pada Benda-benda Itu Sendiri", *Para Filosof Penentu Gerak Zaman*. Yogyakarta: Kanisius.
- Badan Pusat Statistik, Macro International 2007, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Calverton, Maryland, United States of America: Macro International*.

- Bandura, A., 1994, Self-Efficacy. In: Ramachaudran VS, ed. Encyclopedia of Human Behavior, New York:Academies Press.
- Bennis I. and Vincent D. B. 2012, Fee Exemption for Caesarean Section in Morocco Open Access Article Distributed Under the Terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).
- Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D. 2009, WHO global survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: Classifying Caesarean Sections. *Reproductive Health*.
- Belizan J. M., Althabe F., Barros F. C & Alexander S., 1999, Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological study. *BMJ.*, Vol.,319.
- Benagiano, G., Carrara, S.& Filippi, V., 2010,Sex and Reproduction: an Evolving Relationship. *Human Reproduction Update*, 16(1): 96-107.
- Best, K 1998, 'Training Involves Many Factors: Assessing Needs, Evaluating the Putcomes and Maintaining Skills are Among Important Considerations', *Network* : Fall, vol. 19, no 1.
- Behague D. P., Victora C.G. & Barros F.C. 2002., Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil. Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality ? A Population Based Birth Cohort Study Linking Ethnographic and Epidemiological Methods.Canada.*BMJ*: 324: 942-45.
- Bergstorm, Staffan & Gordburn, Elizabeth 2001, 'The Role of Traditional Birth Attendants in the Reduction of Maternal Mortality'.*Health Policy and Planning*, Vol. 15, no. 4.
- Betrán A.,P., Merialdi M., Lauer J.,A., Bing-Shun W., Thomas J., Van Look P., Wagner M., 2007, : Rates of Caesarean Section: Analysis of Global, Regional and National Estimates. *Pediatrik Perinatal Epidemiologi*.
- Boyle, M., 2008, *Kedaruratan Dalam Persalinan Buku Saku Bidan*. EGC Jakarta.
- Bhutta, Z.,A., Memon, Z.,A., Soofi, Sajid, Salat, M.,S., Cousens, Simon &Martines, Jose 2008, 'Implementing Community Based Perinatal Care : Results from a Pilot Study in Rural Pakistan', *Bulletin of The WHO*, vol 86.

- Caan, et al., 2002, Caesarean Section Rate in England and Wales, *BMJ* 324- 486.
- Cangara, H., 2004, *Pengantar Ilmu Komunikasi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Chao-Hsiun, T., Wang H., Chun-Sen H., Hung-Wen S., Mei-J., C., & Lin, H.C., 2006, *BMC Public Health*.
- Chermazk, 1983, *The Granded Theory Methode An Explication and Interpretation Risk-Adjusted Cesarean Section Rates for the Assessment of Physician Performance in Taiwan* In R. Emerson (Ed) *Comtemporary Field Research Boston, Litle Brown*.
- Committee for Health Statistics in the Nordic Countries, 2001, *Health Statistics in the Nordic Countries 1999*. Copenhagen: Nordisk Medicinal Statistik Komite.
- Cooper, M., A., & Fraser, D., M., 2009, *Myles Buku Ajar Bidan Ed. 14*. EGC., Jakarta.
- Choudry, M., T., M., 2005, *Maternal Mortality and Quality of Maternity Care Implications for Pakistan*. Thesis, Karolinska Institutet Master of Health Promotion Department of Public Health Sciences.
- Chong YS., Kwek, KY., 2010: *Safer Childbirth: Avoiding Medical Interventions for Non-Medical Reasons*. *Lancet*.
- Clark, SL., Belfort MA., Dildy, GA., Herbst MA., Meyers JA., Hankins GD., 2008, *Maternal Death in the 21st Century: Causes, Prevention and Relationship to Caesarean Delivery*. *Am J. Obstet Gynecol*
- Cipta Norwitz, E & Schorge, J . 2007, *At Glance Obstetri & Ginekologi*. Ed.2 EMS.
- Creswell, J., W., 1994, *Research Design: Qualitative and Quantitative Approach*. Sage Publications.
- Churchill F., 1866, *Theory and Practice of Midwifery*. London: H Renshaw.
- Cunningham, F., G., Gant, N., F., Leveno K., J., Gilstrap L.C., Hauth J.C., & Wenstrom K., D., 2001, *William Obstetrics 21st Edition* New York, Mc, Graw Hill Medical Publishing Division, 537-606.
- Darlington, Yyvon 2002, *Qualitative Research in practice Stories From the Field*, Allen & Unwin, Crows Nest NSW 2065, Australia.

- Departemen Kesehatan RI., 2010, Buku Acuan Persalinan Normal. DepKes RI., Jakarta.
- Depkes, RI., 2007, Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta: Depkes, RI. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI., 2010. Buku Acuan Persalinan Normal. DepKes RI., Jakarta.
- Depkes, RI., 2007, Sistem Kesehatan Nasional. Depkes, RI. Jakarta.
- Depkes, 2001, Rencana Strategi Nasional, Making Pregnancy Safer (MPS), di Indonesia 2001-2010, Depkes RI, Jakarta.
- Depkes, RI., 2008, Profil Kesehatan Indonesia 2007, Depkes RI, Jakarta.
- Depkes RI., 2008, Pelatihan Klinik, Asuhan Persalinan Normal (Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Depkes RI., Jakarta.
- Dillen Van Jeroen, Tarek Meguid, Vera Petrova and Jos Van Roosmalen, 2007 Caesarean Section in a Semi-Rural hospital in Northern Namibia *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7:2 doi:10.1186/1471-2393-7-2.
- Declercq, E., Menacker, F., MacDorman, M., 2005 : Rise in "no Indicated Risk" Primary Caesareans in the United States, 1991–2001: Cross Sectional Analysis. *BMJ*, 330:71-2.
- Dinas Kesehatan Kota Medan, 2014. Profil Kesehatan Kota Medan Tahun 2013. Dinas Kesehatan Kota Medan.
- Dwi, M., A., & Norma, N., 2013, Asuhan Kebidanan Patologi Teori Dan Tinjauan Kasus Di Lengkapi Contoh Askeb. Nuha Medica. Yogyakarta.
- Durham, J., 2010, Understanding the Cesarean Epidemic. Available from: <http://www.transitiontoparenthood.com/ttp/parented/laborbirth/cesarean.htm>.
- Edwards G., 2007, Praktik Kebidanan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit EGC.
- Eka, Purnawati Lestari. 2009, STIKES Artha Bodhi Iswara. Surabaya. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Risiko Persalinan dengan Keputusan Memilih Persalinan Sectio Caesarea di RS Bunda Surabaya.

- Ellinger, D., Watkins, K.E., Marsick, V.J., 2005, Case Study Research Methods. in R.A. Swanson and E.F. Holton (eds). Research in Organizations. San Francisco. 327-358.
- Elliot, J., 2005, Using Narrative in Sosial Research Qualitatif and Quantitatif Approaches London Sage.
- Ensor, T., Cooper, S., Davidson, L., Fitzmaurice, A. and Graham, W.J., 2010, The Impact of Economic Recession on Maternal, and Infant Mortality: Lessons from History. BMC Public Health, 10: 727.
- Ewles L, Simnett I, 1994, Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis, edisi 2, Gadjah Mada university Press.
- Festin, MR., Laopaiboon M., Pattanittum P, Ewens MR., Henderson-Smart DJ., Kealy CAC 2009, Caesarean Section in Four South East Asian Countries: Reason for Rates, Associated Care Practices, and Health Outcomes. BMC Pregnancy and Chilbirth 9: 17.
- Forte, W., R & Oxorn, H., 2010, Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan Human Labor and Birth. Yayasan Essentia Medica. Yogyakarta.
- Gibbons, L., Belizán JM., Lauer JA., Betrán AP., Meriardi M., Althabe F., 2010.; The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Section Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. In World Health Report Edited by: World Health Organization. Geneva.
- Gochman, D.S 1988, Health Behaviour, Emerging Research Perspectives, Plenum Press, New York
- Goodburn, Elizabeth, Chowdhury, Mushtaque, Gazi, Rukhsana, Marshal, Tom & Graham, Wendy 2000, 'Training Traditional Birth Attendants in Clean Delivery does not Prevent Postpartum Infection. Health Policy and Planning, vol. 15, no. 4.
- Gondo, H.K. 2010. Proporsi Ibu Operasi Sectio Caesarea di SMF Obstetri, dan Ginekologi RSUP Sanglah, Denpasar Bali Tahun 2006, dan 2009. CDK. 37 (2).
- Gorman D.R, S.V. Katikireddi , C. Morris , J.W.T. Chalmers , J. Sim, K. Szamotulska , E. Mierzejewska , R.G. Hughes. 2014, Ethnic Variation in

- Maternity Care: a Comparison of Polish and Scottish Women Delivering in Scotland 2004- 2009 Public Health Journal. Homepage Jurnal: www.elsevier.com.
- Grace, V. J. 2007, Fenomena Sosial Operasi Sectio Caesarea di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Besar Surabaya Periode 1 Jan - 31Des 2005. *Journal Dexa Medika*.
- Ghosh S. 2010, Increasing Trend in Caesarean Section Delivery in India: Role of Medicalisation of Maternal Health. The Institute for Social and Economic Change, Bangalore, India. Working Paper.: 236.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M (ed.) 2002, *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed. San Francisco, Jossey Bass.
- Groom, et al., 2000, Caesarean Section Controversy. *BMJ*, 320.
- Haryono R., 2006, Sulbaktam/Ampisilin sebagai Antibiotika Profilaksis pada Seksio Sesarea Elektif di RSIA Rosiva Medan, *Cermin Dunia Kedokteran No.*, 151.
- Hidayat, A.,A.,A., 2007, *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta.
- Hartmut K., Wolfgang A., Thomas E., Michael S., Erwin S & Gernot T., 2005, Assisted Vaginal Delivery Versus Caesarean Section in Breech Presentation. *Acta Obstet Gynecol Vol.*, 84, 588 –592.
- Henderson J, Macfarlane A., Mugford M. Furtado A., Stevens J & Dunn A., 2006, Obstetric Intervention Rates by Mothers Age and Parity. *NHS Hospital Births, England and Wales, 1967, 1975, 1980, England 1980, 1985, 1994/5. Birth Counts. Statistics of Pregnancy and Childbirth. London. The Stationery Office.* p. 535–6.
- Hofmeyr G, Say L, Gulmezoglu A., 2005: WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: the Prevalence of Uterine Rupture. *BJOG*,112:1221-1228.
- Hutabalian, D., 2011, Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Ibu Bersalin terhadap Indikasi Tindakan Sectio Caesaria dalam Persalinan di Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Tarutung [tesis]. Sumatera Utara: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

- Indiarti 2009, Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan, dan Perawatan Bayi. Bahagia Menyambut si Buah Hati. Cetakan X. Diglossia Media. Yogyakarta.
- IPPF 2001, Expanding the Role of Traditional Birth Attendants, Experiences from South Asia, IPPF Regent's College, Inner Circle, Regent's Park, London.
- Jitowiyono, S & Kristiyanasari, W. 2010, Asuhan Keperawatan PostOperasi dengan SC Pendekatan, NIC, NOC. Nuha Medica Yogyakarta.
- Jokhio, Abdul Hakeem, Winter, Heather R. & Cheng, Kar Keung 2005, 'An Intervention Involving Traditional Birth Attendants and Perinatal and Maternal Mortality in Pakistan', The New England Journal of Medicine, Vol. 352, no. 20.
- I.R., Poedjiwijatna, 1997, Pembimbing ke arah Alam Filsafat, Jakarta; Rineka Cipta, Cet X.
- K., Bertens., 1981, Filsafat Barat Abad XX: Inggris-Jerman (Jakarta: Gramedia.
- Kolas, Toril., & Hoppoos. Dag., 2003, Indication for Caesarean Deliveries in Norway, American J. Obstet. Gynecol., 188, 864 -70.
- Kasdu, D., 2003, Operasi Sesarea Masalah dan Solusinya. Puspa Swara, Jakarta.
- . 2005. Solusi Problem Persalinan . Jakarta. Puspa Swara.
- Kalra & Bhatia, 2008, Training - Concept & Methods, School of Management Ansal Institute of Technology. Tersedia di: www.indianmba.com/Faculty_Column/FC797/fc797.html.
- Kauffmann E., 2006, Persalinan Normal Setelah Operasi Cesarea. Buana Ilmu Populer Gramedia, Jakarta.
- Kealy, MA, Small RE, Lamputtong P. 2010, Recovery after Caesarean Birth : a Qualitative Study of Women's Accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth.; 10: 47.
- Kirkpatrick, D., 1976, Evaluation of Training and Development Handbook, R.L. Craig (ed.), McGraw Hill, New York.
- Kolas Toril & Hoppoos Dag, 2003, Indication for Caesarean Deliveries in Norway, American J. Obstet. Gynecol., 188, 864 -70.

- Kerlinger, F. N. 2003, *Asas-Asas Penelitian, Behavioral* (9th,ed) Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Kemendes RI., 2009, *Profil Kesehatan Indonesia* Jakarta:Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, *Profil Kesehatan Indonesia* Kemendes RI. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2004, (SK Menkes No. 1193/Menkes/SK/X/2004) tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Jakarta 2004.
- Kruske, Sue & Barclay, Lesly 2004, 'Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training', *The American College of Nurse-Midwives*, vol. 49, no. 4.
- Lang, J., and Rothman, K.J., 2011, Field Test Results of The Motherhood Method to Measure Maternal Mortality. *Indian J Med Res*, 133: 64-69.
- Lawrence L., 2005, Patient-Choice Cesarean Delivery *American Family Physician*. ProQuest Medical Library pg. 697. 72, 4.
- Lemeshow, S., David W. Hosmer D.W., Klar. J., & Lwanga, S.K. 1996, *Adequacy of Sample Size in Health Studies*, (1st. Ed)., Pramo, D. 1997 (alih bahasa). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Labonte R, 1998, Healthy Public Policy and the World Trade Organization a Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks. *Health Promotion International* 13(3): 245-56.
- Laverack, G. & Wallerstein, N., 2001, Measuring Community Empowerment: a Fresh Look at Organizational Domains. *Health Promotion International*, 16(2).
- Lewis, M.A., DeVellis, B.M., & Sleath, B., 2002, 'Social Influence and Interpersonal Communication in Health Behaviour', and *Health Education*, ed Glanz, Jossey-Bass, San Fransisco.
- Lincoln.S.Y., 2005, Context, Lived Experience, and Qualitative Research. in R.A. Swanson and E. F. Holton (eds). *Research in Organization*. San Francisco.

- Lorens Bagus, "Edmund Husserl, 1992: Kembali pada Benda-benda Itu Sendiri", Para Filosof Penentu Gerak Zaman Yogyakarta: Kanisius.
- Lowdon G., 1998. Caesarean Operation Versus Normal Birth. AIMS Journal Autumn, Vol., 10 No., 3 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health:Caesarean Section: Clinical Guideline.London: RCOG Press ; 2004.
- Lumbiganon P et al., 2010, Method of Delivery and Pregnancy Outcomes in Asia: the WHO global Survey on Maternal and Perinatal Health Lancet.
- Mac Dorman, Fay M., Eugene D., 2008, Cesarean Birth in United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes. Clinics and Perinatology Journal. 35 (2).
- MacDorman M., Declercq E., Menacker F., Malloy M., 2006.; Infant and Neonatal Mortality for Primary Caesarean and Vaginal Births to Women With "no Indicated Risk". United States, 1998.- 2001 Birth Cohorts. Birth, 33.
- MacDorman M., Declercq E., Menacker F., 2011: Recent Trends and Patterns Incesarean and Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) Deliveries in the United States. Clin Perinatology, 38:179–92.
- Macfarlane, A., Mugford, M., Henderson, J., Furtado A., Stevens J & Dunn A., 2000, Obstetric Intervention Rates by Mothers Age and Parity. NHS Hospital Births, England and Wales, 1967, 1975, 1980, England 1980, 1985, 1994/5. Birth Counts. Statistics of Pregnancy and Childbirth. London. The Stationery Office.
- Mackenzie., Inez Cooke & Annan, 2003, Indications for Caesarean Section in a Consultant Obstetric Unit Over Three Decades. Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology Vol., 23, No., 3.
- McCarthy, J. & Maine, D., 1992, A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. Studies in Family Planning, 23.
- Mackenzie., Inez Cooke & Annan, 2003, Indications for Caesarean Section in a Consultant Obstetric Unit Over Three Decades. Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology Vol., 23, No., 3.
- Manuaba, A.C & Manuaba, B. F & Manuaba, B. I. 2009, Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta.

- Marhaeni, A.A.I.N. 2011, "Tingkat Keberdayaan Perempuan Bali dalam Jabatan Eselon di Propinsi Bali: Ditinjau dari Dimensi Internal dan Eksterna". Disertasi. Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Mathole, Thubelihle, Lindmark, Gunilla & Ahlberg, Beith Maina 2005, 'Competing knowledge claims in the Provision of Antenatal care A Qualitative study of Traditional Birth Attendants in Rural Zimbabwe', Health care for Women International, vol. 26.
- Moleong, L., J., 2009, Metodologi Penelitian Kualitatif, Cet. Ke-26, PT. Remaja Rosdakaria, Bandung.
- Melender H. L., 2002, Experiences of Fears Associated With Pregnancy and Childbirth: a Study of 329 Pregnant Women. *BMJ*, 29.
- Miles, Matthew B, et al., 1992, Analisis Data Kualitatif (edisi terjemahan), Penerbit Universitas Indonesia, Salemba, Jakarta.
- Minkoff & Chervenak, 2003, Elective Primary Cesarean Delivery. *NEJM*. 384, no., 10.
- Morse, C 2003, 'Improving the Post Natal Outcomes of New Mothers', *Journal of Advanced Nursing*, vol 45, no. 5.
- Mubarak, Wahid Iqbal dan Nurul Chayatin, 2009, Ilmu Kesehatan Masyarakat :Teori dan Aplikasi.Salemba Medika : Jakarta.
- Mulyawati, 2011, Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Persalinan Melalui Operasi SectioJournal keperawatan (e-Kp) Volume 2, Nomor 1. Februari 2014caesarea di RS YAKKSI Gemolong Kab.Sragen.
- Murti, Bhisma, 1997, Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Mueller, Daniel, J., 1986, Mengukur Sikap Sosial Edisi Bahasa Indonesia :Pegangan Untuk Peneliti dan Praktisi, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta.
- Munir, 2004, Pengkajian Kebutuhan Pelatihan, Bapelkes Cilandak, Jakarta.
- National Vital Statistics Report, 2013, Births: Final Data for 2012. US Department of Health and Human Services Centers for Diseases Control and Prevention.
- Notoatmodjo, S., 2010, Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta: Jakarta.

- Notzon. F.C., Cnattingius S., Bergsjö P., Cole S., Taffe S., Irgens L., et al., 1994, Cesarean Section Delivery in the 1980s. International Comparison by Indication. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 170.
- Nugroho, T., 2010, Kasus Emergency Kebidanan Untuk Kebidanan dan Keperawatan, Nuha Medica, Yogyakarta.
- Okubagzhi, Gebre Selassie 1988, 'Fulfilling the Potential of Traditional Birth Attendants', *World Health Forum*, vol. 9.
- Oladapo O., Lamina M., Sule-Odu A., 2007, Maternal Morbidity and Mortality Associated with Elective Caesarean Delivery at a University Hospital in Nigeria. *Aust N J Obst Gynaecol* 47(2).
- Onsrud L, Onsrud M., 1999, Increasing use of Caesarean Section, Even in Developing Countries. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 116(1).
- PAHO, 2007, Beyond Survival Integrated Delivery Care Practices For Long Term Maternal and Infant Nutrition, Health and Development, WHO.
- Pathadey. S. D., H. C. Van Woerden & S. D. Jenkinson., 2005, Induction of Labour After a Previous Caesarean Section: A Retrospective Study in a District General Hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Patricia, Faas-Fehervary. 2005, Caesarean Section On Demand: Influence of Personal Birth Experience and Working Environment On Attitude of German Gynaecologists. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*, 122(2).
- Pattiasina, J., R., 2010, Strategi Pemberdayaan Masyarakat Nelayan Desa Kusu Lovra Kecamatan Kao Kabupaten Halmahera Utara. Tesis Sekolah Pasca Sarjana IPB, Bogor.
- Paul Wilkes T., Wolf M. D., Kronbach D. W., Kunze M & Gibbs R., S., 2003, Risk Factors for Cesarean Delivery at Presentation of Nulliparous Patients in Labor The American College of Obstetricians and Gynecologists 102.
- Perkins ER, Simnett I, Wright L, 1999, Evidence Based Promotion, John Wiley & Sons.
- Permenkes RI nomor 75 tahun 2014, tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Jakarta 2014.
- Permenkes nomor 59 tahun 2015, tentang Standar Pembiayaan JKN, Jakarta.

- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E., 2002, 'The Transtheoretical Model and Stages of Change' dalam *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd ed, eds Glanz, K, Rimer, BK & Lewis, FM, Jossey Bass, San Francisco.
- Potter, et al., 2002, Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil. *British Medical Journal* 325-335.
- Potter E.J., Berquo E., Perpetuo I.H.O., Leal O.F., Hopkins K., Souza M.R., et al., 2001, Unwanted Caesarean Sections Among Public and Private Patients in Brazil, Prospective Study. *BMJ*.
- Prawirohardjo S., 2002, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Prijono dan Pranarka 1996, *Pemberdayaan; Konsep, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta. CSIS.
- Reeder S. J., Martin L. L. & Koniak D. 1997, *Maternity Nursing Family, Newborn and Women's Health Care*. 18th ed.). Philadelphia-New York.
- Roger 2007, Change agent definition - Change Agents Provide a Communication Link Between a Resource System with Some Kind of Expertise and a Client System. tersedia di:
- Riskesdas 2008, *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar, Indonesia-Tahun 2007*, Depkes RI, Jakarta.
- Ritzer George dan J. Goodman Douglas 2011, *Teori Sosiologi Modern, Cet.IV*, Jakarta, Kencana.
- Ryding E.L., 1991, Investigation of 33 Women Who Demanded a Caesarean Section for Personal Reasons. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 72, 280 – 5.
- Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. 2006, Socioeconomic Differentials in Caesarean Rates in Developing Countries: a Retrospective Analysis. *Lancet*, 368.
- Rouna, WEA. 2005, *Analyzing Qualitative Data. Research in Organization: Foundation and Methods of Inquiry*. Swason eds. Berrett-Koehler Publisher. San Fransisco.
- Salham, Munir, Baan, Ferry, Arianto, Mansyur, Nurhayati & Pageno, Isbon 2006, *Kemitraan Bidan dengan Dukun Bayi dalam Rangka Alih Peran Pertolongan Persalinan*, Dinkes Prov Sulawesi Tengah, Palu.

- Saifuddin, A., B., .2009, Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Sarmana, 2004, Determinan Non Medis dalam Permintaan Persalinan Sectio Caesaria di Rumah Sakit St. Elisabeth Medan [skripsi]. Sumatera Utara:Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Sibley, Lynn & Sipe, Theresa Ann 2003, 'What Can a Meta- Analysis Tell us About Traditional Birth Attendant Training and Pregnancy Outcomes?', *Midwifery*, Vol. 20.
- Sibley, Lynn & Sipe, Theresa Ann 2004, 'Transition to Skilled Birth Attendant: Isthere a Future Role For Trained Traditional Birth Attendants?', *J HealthPopul Nut*, Vol. 24, no. 4.
- Sibley, Lynn, Sipe, Theresa Ann & Brown, CM 2008, *Traditional Birth tendantraining for improving health behaviours and pregnancy outcomes Review*), Wiley Pub.Ltd, USA.
- SKRT 2004, *Survei Kesehatan Rumah Tangga Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI*, Depkes RI, Jakarta.
- Sitorus, S. 2008, *Indikasi Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta di Kota Medan*, Thesis,: Fakultas Kedokteran Ilmu Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Reproduksi, Universita Gadjah Mada Yogyakarta.
- Siddik D., 2004, *Elective Caesar Section is the Best Method of Delivery for Breech Presentation*. Dalam *Naskah Lengkap PIT XIV POGI Medan Sumatra Utara*.
- SDKI, 2012, *Survei Dasar Kesehatan Indonesia*, Jakarta
- Sinha Kounteya 2010, *Article Times Of India*.
- Suaedy, 2011, *Penerapan Berbagai Metode Pembelajaran Dalam Kegiatan Diklat*.
- Suryati, T., 2012, (Analisis Lanjut Data Riskedas 2010) *Presentase Operasi Caesarea di Indonesia Melebihi Standard Maksimal, Apakah Sesuai Indikasi Medis?.Out Put File-e-journal Badan Penelitian*.<http://www.google.com/fejournal.litbang.depkes.go.id>.

- Strauss, A., Corbin, J., 2003, *Dasar-dasar Penelitian Kualitatif* (terjemahan). Pustaka Pelajar Offset.
- Sugiyono, 2008, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Departemen Kesehatan RI-Pusat Promosi Kesehatan: Jakarta.
- Stanton C, Holtz S., 2006, : Levels and trends in caesarean birth in the developing world. *Studi Fam Plann*, 37.
- Stevenson, Dennis 2008, What is a “Change Agent. Tersedia di: <<http://OriginalThinking.com/What-is-a-Change-Agent-23764>>.
- Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. 2010, Changed Indications for Cesarean Sections. *Acta Obstet Gynecol Scand*
- Syamala, TS 2004, Do Health Worker Female and Traditional Birth Attendant Equipped to Provide Health Care in Tribal Areas? Evidence from Tribal Andhra Pradesh’, *Kamla-Raj*, vol 2, no. 2.
- Tangcharoensathien V., Jongkol L., Mills P.H.A & Bennett S., 2006, Caesarean Deliveries in Thailand Cause for Concern, *RHF. WHO South-East Asia Region*, Vol., 6, No., 2.
- Taylor., SJ & Bogdan, R., 1998, *Introduction to Qualitative Research Methods*, 3rd ed, John Wiley & Son, New York.
- Tjipta. D. G., Riza I. N., Siregar D.A.Z., 2003, Pattern of Newborn Babies Delivered by Cesarean Section. *Paediatrica Indonesian Vol.*, 43.
- The SEA-ORCHID Study Group, 2008, Use of Evidence-Based Practices in Pregnancy and Childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries Project. *PLoS ONE*.
- Thomas, J., Paranjothy S. & James D., 2004, National Cross Sectional Survey to Determine Whether the Decision to Delivery Interval Critical in Emergency Caesarean Section. *BMJ.*, 32., 665 - 7.
- Trisnantoro L., 2005, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Todman D., 2007, A History of Caesarean Section: From Ancient World to The Modern Era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetri* 21.
- UMFDA, 2002, *Developing an Effective Training Course*, University of Maryland. Symons Hall, Maryland.

- UNFPA 2011, *The State of World's Midwifery 2011*, New York: UNFPA.
- UU RI, N. 29. 2004, UU RI No. 29/2004 Tentang Praktek Kedokteran.
- UNICEF 2007, *The State of the World's Children 2008: Child Survival*, New York: UNICEF.
- _____. 2011, *UNICEF Annual Report 2011*, New York: UNICEF.
- USAID 2003, *Training Works*. Published by : JHPIEGO. Baltimore Maryland,USA.
- Varney, H & Kriebs, J. M & Gegor, C. L., 2008, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Ed. 4. Vol 2 EGC. Jakarta.
- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, Campodónico L, Bataglia V, Faundes A, Langer A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A, 2006, *WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: Erratum in Lancet*. 367:1819-1829.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N., Donner A, Wojdyla D., Faundes A, Velazco A., Bataglia V., Langer A, Narváez A, Valladares E, Shah A, Campodónico L, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A.,2007, *World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study*. BMJ.
- Wang, S.,& Noe, R. A., 2010, *Knowledge Sharing: A Review and Directions for Future Research*. *Human Resource Management Review*, 20(2).
- Wahab, Solichin A., 1991, *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan*, Bumi Aksara Jakarta.Wibawa, Samodra. *Kebijakan Publik*, Intermedia Jakarta.
- Walraven,Gijs & Weeks, Andrew 1999, 'Editorial The Role of Traditional Birth Attendants with Midwifery Skills in the reduction of maternal Mmortality', *Topical Medicine and International Health*, vol. 4.
- Walsh, Linda V 2006, 'Beliefs and Rituals in Traditional Birth Attendant Practice in Guatemala', *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 17.

- Winarno, Budi. 2007, *Teori dan Proses Kebijakan Publik*, Media Pressindo Yogyakarta.
- Wiliam, Dunn, 1994, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Drs Somudra Wibawa, Penerjemah Yogyakarta Gadjah Mada University Press.
- Wrihatnolo, Randy dan Rianto Nugroho D.,2007, *Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta. PT. Elex Media Komputindo.
- World Health Organization 1985, *Appropriate technology for Birth*. Lancet, 2.
- _____.: 1994, *Indicators to monitor maternal health goals*.In Report of a Technical Working Group Geneva: WHO.
- _____. 2010, *World Health Statistics*. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press.
- _____. 1978, *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Retrieved February, 142006.
- _____. 2000, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- _____. 2001, *Safe Motherhood Assessment Tool (SWAT)*. Geneva: WHO.
- _____. 2003a, *Quality and Accreditation in Health Care Services : A Global Review*, Geneva:World Health Organization.
- _____. 2003b, *The World Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization.
- _____. 2005, *Asia Pacific Workshop on Continuum of Care for Maternal and Newborn Health*. Geneva: WHO.
- _____. 2006, *Neonatal Health in The Context of Maternal, Newborn and Child Health for The Attainment of The Millenium Development Goals of The United Nations Millenium Declaration*. Washington.D.C, USA: WHO.
- _____. 2007, *Health Workforce Supply and Requirements Projection Models*. Presented at the HRH Workforce Planning Model Workshop. Washington, DC, December 2007.
- _____. 2009, *Mental Health Aspects of Women’s Reproductive Health: A Global Review of the Literature*, Geneva:World Health Organization.

-
- _____. 2010, Who is Eligible for a Permanent Residence Permit?, Norwegia: WHO.
- _____. 2010, World Health Statistics. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press.
- _____. 2011, Strengthening Midwifery Toolkit, Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson C., McIlwaine G., Boulton-Jones C. & Cole S., 1998, Is a Rising Caesarean Section Rate Inevitable? *J. Obstet. Gynaecol.*, 105.
- Wiknjosastro, H. 2007, Ilmu Kebidanan Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Yin, R. 2000, Studi Kasus (Desain and Metode). Raja Grafindo Persada.
- Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z., 2008, Cesarean Delivery on Maternal Request in Southeast China. *Obstetrics Gynecology*. 111.

Biodata Penulis

Penulis bernama Samsider Sitorus, SST, M.Kes, Tempat/Tanggal Lahir: Bukit Baringin /09-06-1972 Kecamatan Silima Pungga-Pungga Kabupaten Dairi Provinsi Sumatera Utara, Indonesia. Menikah dengan Rustam Napitupulu SE dan memiliki 4 (empat) orang anak yakni Daniel Darusman Napitupulu, S. Tr. K, Supadmia melinda Napitupulu, Davin Felix Napitupulu, Advan Firdaus Napitupulu, Jenis Kelamin Perempuan dan Beragama Kristen Protestan, Alamat Rumah Jl. Karya Dharma No. 30 Polonia Kota Medan dan Bekerja sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes KeMenKes RI Medan Provinsi Sumatera Utara.

Riwayat Pendidikan: Sekolah dasar (SD) Negeri 4 (No 030391) tahun 1978-1985 di Bukit Baringin Kecamatan Silima Pungga-Pungga Kabupaten Dairi Provinsi Sumatera Utara. Sekolah menengah pertama (SMP) Negeri 1 Tahun 1985-1988 di Parongil Kecamatan Silima Pungga-Pungga Kabupaten Dairi Provinsi Sumatera Utara. Sekolah perawat kesehatan (SPK) Dep.Kes RI Tahun 1988-1991 di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Diploma 1 (D.I) Bidan Dep.kes RI Medan Tahun 1991-1992 di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Diploma III (D.III) Kebidanan Dep. Kes RI Medan Tahun 1997-2000 di Kota Medan, Provinsi Sumatera Utara. Diploma IV (D.IV) Bidan Pendidik Tahun 2002-2003 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara (USU) di Kota Medan Provinsi Sumatera Utara.

Paska Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2) Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Reproduksi (KIA/KR) Tahun 2005-2007 Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (UGM) di Kota Yogyakarta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Program Doktor (S3) Tahun 2012-2016 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara (USU) di Kota Medan Provinsi Sumatera Utara.

Pengalaman Kerja: Maret 1992 sampai dengan 1 Desember 2001 sebagai Bidan di Desa Siboras Kecamatan Silima Pungga-Pungga Kabupaten Dairi, Provinsi

Sumatera Utara. Tanggal 1 Januari 2001 sampai sekarang sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poli teknik kesehatan (POLTEKKES) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KeMenKes RI) Medan, Provinsi Sumatera Utara.

PEMBERDAYAAN IBU HAMIL Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan UPAYA MENURUNKAN **SECTIO CAESAREA** INDIKASI NON MEDIS

Buku monograf ini sebagai tambahan bacaan disamping buku-buku sejenis yang telah terbit. Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian dengan topik serupa yang dilakukan penulis tahun 2016. Buku ini diangkat berdasarkan kenyataan angka persalinan *sectio caesarea* mengalami kenaikan yang sangat pesat, terjadi perubahan pandangan ibu hamil bahwa persalinan *sectio caesarea* merupakan pilihan untuk mempercepat persalinan yang dianggap aman.



Dr. Samsider Sitorus, SST, M.Kes, Tempat dan Tanggal Lahir : Bukit Baringin / 09 Juni 1972, E-mail : samsidarsitorus@yahoo.co.id, Nomor Telepon/HP : 08126592472. Domisili di Kota Medan bekerja di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan dan diberdayakan di S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institute Helvetia Medan. Sudah menerbitkan beberapa artikel di *Journal Internasional* yang bereputasi dengan yang berindeks Scopus dengan Id scopus 57194779166. Pernah mereview artikel di Jurnal yang berindeks Scopus dan menjadi reviwer di Jurnal Kesehatan Global Helvetia Medan.



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-033-4



9 786233 420334