

UPAYA PEMBERDAYAAN IBU HAMIL UNTUK DETEKSI DINI RISIKO TINGGI KEHAMILAN TRIMESTER SATU

Sugiarti, Oedojo Soedirham, Imam S. Mochny
Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Alamat korespondensi:
Oedojo Soedirham
Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
Kampus C Unair Jl. Mulyorejo - 60115
Telp. (031) 5920948 – 5920949, Fax. (031) 5924618
email: Oedojo@yahoo.com

ABSTRACT

Millennium development goals addresses the civilization of the healthy society through promotion, prevention and community empowerment. But early detection of the high risk pregnancy by the society is still under target, about 80 percent. Early detection of the high risk pregnancy relates to the classification or activities to get pregnant women detected as high risk population. It enables the society or health workers to do adequate treatment and eventually successfully decrease the death of mother and child. Pregnant women empowerment seems to have great impact and beneficial to the decreasing number of mother and child death. The research analyzed the empowerment of pregnant women to detect earlier their first three months high risk pregnancy in Posyandu at Puskesmas Jagir, Surabaya. The research was quantitative and applied as pre-experiment, "one group pretest - posttest design." Based on purposive sampling, thirty five women on their first three semester pregnancy were participated in this research. Dependent variable was pregnant women empowerment, independent variable were character, knowledge, behavior, personal autonomy, social support, information access, situation to act. Data was analyzed according to Wilcoxon Signed Rank Test with the significance level of $p = 0.001$ ($p < 0.05$). Logistic Regression Test showed no influence on the ability of pregnant women to detect early risk pregnancy. But personal autonomy indicates $p = 0.047$ ($p < 0.05$), as having significant influence on personal autonomy with the ability to detect early high risk pregnancy. Pregnant women with better personal autonomy will detect their risk and assess their pregnancy as well as to choose health service institution.

Keywords: *empowerment, pregnant women, early detection of high risk pregnancy*

ABSTRAK

Millennium development goals ditujukan kepada peradaban masyarakat sehat melalui upaya promosi, preventif, dan pemberdayaan masyarakat. Namun deteksi dini kehamilan risiko tinggi oleh masyarakat masih di bawah target, sekitar 80 persen. Deteksi dini kehamilan berisiko tinggi berkaitan dengan klasifikasi atau kegiatan untuk mendapatkan informasi mengenai ibu hamil yang terdeteksi sebagai populasi berisiko tinggi. Hal ini memungkinkan masyarakat dan petugas kesehatan untuk melakukan perawatan yang memadai dan berhasil menurunkan kematian ibu dan anak. Penelitian ini menganalisis pemberdayaan ibu hamil untuk deteksi dini risiko kehamilan trimester satu di Posyandu di Puskesmas Jagir, Surabaya. Jenis penelitian ini adalah pra-eksperimen, dengan rancangan satu kelompok pretest - posttest". Tiga puluh lima ibu hamil trimester pertama ditetapkan berdasarkan purposive sampling, berpartisipasi dalam penelitian ini. Data dianalisis menggunakan Wilcoxon Signed Uji Peringkat dengan tingkat signifikansi $p = 0,001$. Uji regresi logistik menunjukkan tidak ada pengaruh upaya terhadap pemberdayaan kemampuan ibu hamil untuk mendeteksi risiko awal mereka. Tapi otonomi pribadi menunjukkan $p = 0,047$ ($p < 0,05$), menunjukkan pengaruh yang signifikan pada kemampuan untuk mendeteksi kehamilan risiko tinggi awal. Ibu hamil dengan otonomi pribadi yang lebih baik akan mendeteksi risiko dan menilai kehamilan mereka serta dapat memilih institusi pelayanan kesehatan.

Kata kunci: pemberdayaan, ibu hamil, deteksi dini kehamilan berisiko tinggi

PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tertinggi di Asia Tenggara, dan sekaligus di negara-negara muslim lainnya (YKP, 2006). Profil Kesehatan Indonesia (2008) menyebutkan, menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1992 besar AKI adalah 390/100.000 kelahiran hidup (KH),

di tahun 1997 menjadi 334/100.000 KH dan tahun 2002–2003 angka kematian ibu menjadi 307/100.000 KH. Berdasarkan perhitungan BPS diperoleh AKI tahun 2007 sebesar 248/100.000 KH. SDKI tahun 2007 menemukan AKI 228/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu di Indonesia menurut SDKI 2007 tersebut adalah karena terkait kehamilan dan

persalinan terutama perdarahan (30%), eklamsi (25%), infeksi (12%), partus lama (5%), dan abortus (5%), komplikasi masa nifas (8%) dan penyebab lain (15%). Kasus perdarahan yang paling banyak adalah perdarahan postpartum akibat uri tertinggal, sedangkan infeksi umumnya merupakan komplikasi akibat ketuban pecah dini, robekan jalan lahir, persalinan macet serta perdarahan.

Menurut Rochjati (2004), faktor-faktor yang mempunyai pengaruh terhadap kelambanan penurunan AKI di Indonesia adalah sebagai berikut: pertama, dari sisi geografis sebagai negara kepulauan, pegunungan, dataran rendah dengan sungai serta bahaya banjir besar mempunyai banyak desa terpencil yang jauh dari pusat rujukan dengan hambatan pengiriman ibu dengan komplikasi persalinan. Kedua, persalinan rumah masih tinggi yaitu 70%. Ketiga, sosial budaya dan kepercayaan tradisional masih tinggi, antara lain kepada dukun. Keempat, sosial ekonomi rendah dengan kemampuan biaya terbatas dalam upaya mendapatkan pelayanan adekuat di pusat rujukan yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Kelima, tenaga dan fasilitas kesehatan dengan kemampuan dan kelengkapan kurang di tingkat pelayanan dasar, puskesmas rawat inap dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal *Essensial/Emerjensi* Dasar (PONED) dan RS Kabupaten dengan Pelayanan Obstetrik dan *Neonatal Essensial/Emerjensi* Komprehensif (PONEK).

Berdasarkan hasil Sensus tahun 2000 Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) di Jawa Timur sebesar 168 per 100.000 kelahiran hidup, masih cukup tinggi dibandingkan dengan AKI secara nasional maupun dengan target yang akan dicapai pada tahun 2010 yaitu 125/100.000 KH. Di Propinsi Jawa Timur pada tahun 2006 terdapat 690.282 jumlah ibu hamil, dari sejumlah kelahiran, tercatat 354 kasus kematian ibu maternal, yang terjadi pada saat kehamilan 65 orang, kematian pada saat persalinan 221 orang dan kematian ibu nifas 68 orang.

Menurut LB. 3 KIA tahun 2006 penyebab terbesar kematian ibu berturut-turut adalah perdarahan 34,62% diikuti keracunan kehamilan (*Pre eklamsi*) 14,01%, infeksi 3,02% dan penyebab yang lainnya 40,11%. Bila dilihat dari hasil laporan tersebut, perlu dicermati bahwa masyarakat masih belum memahami secara benar penanganan ibu hamil, masyarakat masih menganggap perdarahan yang dialami bumil merupakan suatu hal yang biasa, sehingga berdampak pada keterlambatan merujuk ke fasilitas kesehatan terdekat. Persiapan rujukan yang dilakukan oleh keluarga serta penanganan perdarahan di fasilitas kesehatan perlu dilakukan secara *adekuat* sehingga kesiapan peralatan yang memadai serta keterampilan petugas merupakan sesuatu yang wajib ada di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor lain yang berperan terhadap terjadinya kematian ibu dan bayi seperti

tingkat ekonomi dan pendidikan ibu yang rendah, serta sarana transportasi yang kurang memadai, menyebabkan penanganan terhadap kasus kematian bayi dan ibu sangat komprehensif yang perlu melibatkan lintas sektor. Untuk itu perlu dilakukan evaluasi terhadap upaya yang telah dilakukan untuk menilai keberhasilan program tersebut.

Menurut data Informasi Laporan Pelayanan Pemerintah Daerah Kota Surabaya tahun 2010 angka kematian ibu melahirkan di Kota Surabaya pada tahun 2010 sebesar 71,07 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut menunjukkan bahwa terjadi 29 kematian ibu melahirkan dari 40.804 jumlah kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, angka tersebut menunjukkan kurang 125 per 100.000 kelahiran hidup.

Faktor yang memengaruhi kesehatan ibu dan bayi menurut Walsh (2007) antara lain adalah pertama, fisik ibu yaitu: status kesehatan meliputi usia ≥ 35 tahun, primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil < 2 tahun, tinggi badan ≤ 145 cm, kehamilan ganda, kehamilan hidramnion, pernah operasi, riwayat penyakit yang diderita. Kedua, status gizi meliputi anemia, kekurangan energi protein, gondok. Ketiga, gaya hidup meliputi merokok, alkohol, perilaku hidup sehat yang kurang. Keempat, psikologis bisa internal maupun eksternal. Kelima, lingkungan: sosial budaya dan ekonomi.

Departemen Kesehatan sejak tahun 2000 telah menerapkan MPS (*Making Pregnancy Safer*) atau Gerakan Nasional Kehamilan yang aman dicanangkan oleh pemerintah yang merupakan strategi sektor kesehatan secara terfokus. Fokus strategi MPS adalah untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin penyediaan dan pemantapan pelayanan yang ditujukan untuk menanggulangi penyebab utama kematian ibu dan bayi baru lahir. Strategi yang ditempuh adalah: (1) perbaikan akses, (2) kemitraan lintas sektor, (3) pemberdayaan perempuan, dan (4) keterlibatan masyarakat. Sedangkan fokus kegiatannya yang ditetapkan untuk tahun 2010 akan menurunkan AKI menjadi 125/100.000 kelahiran hidup. Percepatan penurunan AKI dilaksanakan dengan tiga pesan kuncinya yaitu: 1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil, 2) Setiap komplikasi kehamilan dan persalinan mendapat penanganan yang adekuat, 3) Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Dalam mengimplementasikan strategi tersebut disampaikan kebijakan pelaksanaan program penurunan AKI-AKB 2008 difokuskan pada pelaksanaan: 1) Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stiker di seluruh puskesmas; 2) Kemitraan Bidan dan Dukun; 3) Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi

Dasar (PONED)/Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK); 4) UTD di daerah; 5) Pelayanan KB berkualitas serta; 6) Pemenuhan SDM Kesehatan (Depkes RI, 2008). Untuk itu integrasi program MPS dengan program Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang lebih memfokuskan pada pemberdayaan masyarakat segera dilakukan agar percepatan penurunan AKI dan AKB dapat segera terwujud. Konsep dasar yang harus diadopsi dalam kebijakan GSI adalah kesiapan persalinan dan kesiagaan komplikasi untuk ibu dan bayi baru lahir (Depkes, 2004). Konsep ini meliputi peran utama masyarakat yakni tokoh masyarakat, keluarga, suami dan ibu semasa hamil, persalinan serta nifas.

Bagi semua ibu hamil, ibu Gawat *Obstetrik* (GO), Gawat Darurat *Obstetrik* (GDO) dan Komplikasi *Obstetrik* (KO) telah dikembangkan suatu Model Rujukan Terencana (Rochjati 2004). Untuk mendeteksi dini risiko tinggi pada ibu hamil yang menggunakan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati), pelaksanaannya dilakukan dengan kontak I- kontak IV yakni temu muka, temu wicara, temu faktor risiko dan temu ibu hamil bersama keluarga dan suami di Posyandu, Polindes, Puskesmas dan Rumah Sakit.

Hasil pencapaian deteksi risiko tinggi atau komplikasi yang ditangani/ dirujuk, berdasarkan data dari bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Kota Surabaya, di wilayah kecamatan Wonokromo, Puskesmas Jagir ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk 23,25%, Puskesmas Wonokromo ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk 84,78%, sedangkan Puskesmas Ngagel Rejo ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk 97,31% (Profil Dinkes Kota Surabaya, 2008).

Selain program pemberdayaan masyarakat lainnya adalah penggunaan buku KIA. Buku KIA dapat dibaca oleh ibu, suami dan anggota keluarga lainnya karena berisikan informasi yang sangat berguna bagi kesehatan ibu dan anak balita. Buku KIA juga memuat informasi tanda bahaya pada kehamilan dan masalah kesehatan ibu dan anak yang dapat membahayakan kesehatan, diharapkan ibu tidak malu dan ragu untuk bertanya kepada petugas apabila ditemukan hal yang tidak sesuai dengan informasi (Depkes RI, 2008).

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), untuk mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat melalui wadah keterpaduan lintas sektor dan masyarakat. Yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh

pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Depkes RI, 2006).

Jumlah posyandu di Puskesmas Jagir Surabaya sebanyak 79 posyandu yang terdiri dari 40 Posyandu Pratama, 22 Posyandu Madya, 13 Posyandu Purnama, 4 Posyandu Mandiri dengan jumlah kader 90 orang. Pendampingan posyandu oleh semua petugas kesehatan yang ada di Puskesmas Jagir Surabaya, sehingga untuk penanganan ibu hamil hanya pemberian tablet fe dan ukur lingkaran lengan untuk deteksi status gizi ibu hamil, dikarenakan tempat yang tidak memungkinkan untuk pemeriksaan ibu hamil di Posyandu. Maka ibu hamil langsung periksa ke puskesmas, wilayah binaan Puskesmas Jagir Surabaya ada 3 Kelurahan yaitu: Kelurahan Jagir, Kelurahan Darmo dan Kelurahan Sawonggaling.

Laporan PWS KIA Puskesmas Jagir tahun 2011 menunjukkan bahwa deteksi risiko tinggi oleh masyarakat tiap bulan mengalami peningkatan, biarpun masih di bawah target yang ditentukan yaitu 80%. Usaha yang dilakukan oleh puskesmas Jagir untuk mendukung program deteksi dini risiko tinggi pada kader kesehatan pada tahun 2011 adalah memberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan, serta memberikan media yang mendukung untuk sosialisasi atau penyuluhan berupa lembar balik atau *leaflet* yang berkaitan dengan ibu hamil risiko tinggi. Kegiatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Tugas kader kesehatan dalam deteksi dini ibu hamil dengan faktor risiko adalah mengidentifikasi ibu hamil, penyuluhan/konseling selama kehamilan, serta melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan (Puskesmas/Rumah Sakit) sesuai risiko yang ditemukan. Keberhasilan dalam deteksi dini pelayanan ibu hamil risiko tinggi tergantung pada diri ibu sendiri dan kader kesehatan.

Menurut Gibson *et al.*, (1992) untuk mengetahui faktor yang memengaruhi individu dalam deteksi dini dipengaruhi oleh perilaku, psikologis dan kinerja. Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya antara lain Mahmudah (2011), tentang pengetahuan ibu hamil deteksi dini risiko tinggi kehamilan menunjukkan bahwa ibu hamil di Puskesmas Batu Putih Kabupaten Sumenep mempunyai pengetahuan kurang yaitu sebesar 51,22%, dan ibu hamil yang mempunyai pengetahuan baik dan cukup yaitu sebesar 24,39%. Penelitian lain Mulasti (2009) tentang kinerja bidan desa dalam deteksi dini risiko tinggi ibu hamil di Kabupaten Jepara, adalah faktor pengetahuan, motivasi, beban kerja, intensif, kesempatan promosi.

Berdasarkan survei pendahuluan pada tanggal 26 Maret 2012, didapatkan angka kematian ibu melahirkan pada bulan Januari–Maret 2012 sebanyak dua orang dikarenakan persalinan di

rumah yang ditolong oleh dukun mengalami perdarahan satu orang dan infeksi masa nifas satu orang. Wawancara dengan lima orang ibu hamil mengatakan tidak pernah ke posyandu karena tidak ada tempat untuk periksa kehamilan, maka langsung ke puskesmas; belum pernah melakukan penilaian akan diri sendiri yang ada di kartu skor Poedji Rochjati maupun buku KIA; serta kader tidak pernah memberikan penyuluhan tentang tanda bahaya/ risiko tinggi kehamilan. Bidan atau kader belum pernah melakukan pelatihan kepada ibu hamil, tentang deteksi dini risiko tinggi di posyandu. Lima kader kesehatan mengatakan menemukan ibu hamil dengan umur ≤ 16 tahun dan ≥ 5 tahun, serta jumlah anak > 4 , terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun), dilakukan rujukan ke petugas kesehatan, tidak pernah melakukan penyuluhan karena merasa tidak percaya diri. Kader hanya melakukan kegiatan posyandu balita/ lansia secara rutin. Sedangkan deteksi dini risiko tinggi yang dilakukan oleh kader dan masyarakat di bulan Maret 2012 sebesar 15%, masih di bawah target pemerintah sebesar 80%.

Faktor yang memengaruhi pemberdayaan ibu dalam deteksi dini kehamilan oleh ibu hamil, suami atau keluarga adalah: faktor eksternal antara lain ekonomi, sosial budaya, dukungan sosial, akses informasi, situasi untuk bertindak, jarak rumah dengan posyandu, lingkungan dan faktor internal diri individu yaitu: karakteristik ibu hamil (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, motivasi, niat, otonomi pribadi, pengetahuan dan sikap).

Backett (1984) mengatakan bahwa pendekatan risiko dimulai dengan gagasan bahwa ukuran risiko adalah gambaran adanya kebutuhan pelayanan promotif, preventif dan penanganan yang intensif serta adekuat dan tuntas. Kebutuhan ini sebetulnya dapat diramalkan berdasarkan masalah/faktor risiko yang ada, yaitu sebelum komplikasi obstetrik terjadi pada saat persalinan.

Berdasarkan berbagai hal yang telah disampaikan di atas, maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah upaya pemberdayaan ibu hamil untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan trimester satu di posyandu wilayah kerja Puskesmas Jagir Surabaya.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian *pra eksperimental* dengan “*One Group pretest-posttest design*” yaitu terdapat satu kelompok yang diberi *pretest* (pengamatan awal) sebelum diberi perlakuan/ *treatment*, dan selanjutnya diberi *posttest* (pengamatan terakhir) sesudah diberi perlakuan (Sugiyono, 2009), seperti gambaran sebagai berikut:

01 ————— X ————— 02

Keterangan:

- O1 = Pengamatan awal (observasi sebelum perlakuan)
- O2 = Pengamatan akhir (sesudah perlakuan/ *treatment*)
- X = Diberi perlakuan (penyuluhan, praktek menilai dirinya berisiko/tidak dengan ceklist)

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang ada di posyandu Kelurahan Jagir wilayah Puskesmas Jagir Surabaya berjumlah 111 ibu hamil. Sampel penelitian adalah ibu hamil dengan kriteria inklusi sebagai berikut: usia kehamilan 0–3 bulan (0–12 minggu), bisa membaca dan menulis, bersedia menjadi responden, tanpa memandang jumlah anak (paritas), mempunyai KTP Surabaya.

Sehingga besar sampel penelitian adalah 35 ibu hamil trimester satu, dengan menggunakan *Purposive* sampling. Responden ibu hamil trimester satu yang diambil satu wilayah kerja Puskesmas Jagir yaitu 9 RW dalam satu kelurahan secara bertahap yaitu Kelurahan Jagir. Responden yang didapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kedua kelompok baik kelompok perlakuan maupun kontrol diobservasi dahulu motivasi dan prestasi belajar. Setelah dilakukan observasi, kelompok perlakuan diberi cerita tentang *role playing* profesi sejumlah 8 (delapan) tokoh, sedangkan kelompok kontrol diberi cerita tentang beberapa legenda, fenomena alam dan beberapa tempat pariwisata. Setelah diberi cerita, kedua kelompok baik perlakuan maupun kontrol dilakukan observasi lagi motivasi dan prestasi belajarnya.

Penelitian dilakukan di posyandu kelurahan Jagir wilayah kerja Puskesmas Jagir Surabaya, karena didapatkan data deteksi risiko tinggi oleh masyarakat 15%, deteksi dini oleh tenaga pelayanan kesehatan 20%.

HASIL PENELITIAN

Pembentukan Kelas/Kelompok Ibu Hamil Trimester Satu

Menjaring ibu hamil trimester satu (0–12 minggu) dari puskesmas dibawa ke Posyandu di wilayah kelurahan Jagir, ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak, serta diberi penyuluhan tentang deteksi dini risiko tinggi kehamilan serta kapan harus ke pelayanan kesehatan/rujukan mandiri. Ibu hamil juga diberi ceklis apakah mampu untuk menilai dirinya sendiri apakah termasuk ibu hamil yang berisiko atau tidak, yang difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan. Selama datang ke posyandu ibu hamil sebagian besar datang sendiri tidak diantar oleh suami/keluarga. Ibu hamil yang tidak datang di kelas ibu hamil dikarenakan bekerja maka didatangi ke rumah untuk diberi penyuluhan serta tanya jawab tentang kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil dalam

kelompok/kelas ibu hamil masih dalam proses pemberdayaan pada tahap sadar, dan memahami pentingnya deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Hal ini terbukti saat penyuluhan banyak yang bertanya, dan mau melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke pelayanan kesehatan.

Analisis Karakteristik Ibu Hamil

Mayoritas umur ibu hamil trimester satu berumur lebih dari 20 tahun (94,3%), dengan tingkat pendidikan menengah (87,88%), ibu bekerja secara formal (57,58%), paritas primi gravida (45,45%), kadar hemoglobin kurang dari 11 gr%, dan sudah melakukan kunjungan ke layanan kesehatan serta mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Tabel 1. Karakteristik responden

Karakteristik	Frekuensi	n (%)
Umur		
< 20 tahun	2	5,7
> 20 tahun	33	94,3
Pendidikan		
Tingkat Dasar (SD)	1	9,09
Tingkat Menengah (S M P , SMA)	29	87,88
Tingkat Atas (PT)	3	30,30
Paritas		
Primi Gravida	15	45,45
Multi Gravida	13	39,40
Grande Gravida	5	15,15
Pekerjaan		
Tidak bekerja (Ibu R u m a h Tangga)	14	42,42
Bekerja secara formal	19	57,58

Pengukuran Perbedaan Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Semua hasil pengukuran terdapat perbedaan sebelum dan sesudah diberi perlakuan yaitu penyuluhan tentang deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan melakukan penilaian diri sendiri termasuk berisiko atau tidak berisiko.

Pengukuran pengaruh terhadap deteksi dini risiko tinggi kehamilan

Otonomi pribadi yang berpengaruh terhadap deteksi dini risiko tinggi kehamilan, ibu hamil trimester satu yang delta otonomi pribadi dalam kategori rendah dan mampu mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan sebanyak 20 orang (74,1%) dan yang tidak mampu untuk mendeteksi risiko tinggi kehamilan sebanyak 7 orang (25,9%). Ibu hamil trimester satu yang delta otonomi pribadi dalam kategori sedang sebanyak 4 orang (50%) mampu mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan dan 4 orang (50%) tidak mampu mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan. Tidak ada ibu hamil trimester satu yang nilai delta otonomi pribadi dalam kategori tinggi.

Hasil analisis uji *regresi logistik* menunjukkan $p = 0,047$ ($p < 0,05$) artinya ada pengaruh antara otonomi pribadi dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan, seperti terlihat pada tabel 1 sebagai berikut:

Perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari keluarga atau masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang memungkinkan individu berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/bertindak. Seorang ibu yang tidak mau melakukan deteksi dini kehamilan, mungkin karena ia tidak ada minat dan niat terhadap kehamilannya (*behaviour intention*), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari keluarga, masyarakat sekitarnya (*social-support*). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi

Tabel 2. Kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan berdasarkan delta otonomi pribadi

Delta Otonomi Pribadi	Kemampuan Deteksi Dini				Total	
	Tidak Mampu		Mampu		n	%
	N	%	n	%		
Rendah	7	25,9	20	74,1	27	100
Sedang	4	50,0	4	50,0	8	100
Tinggi	0	0	0	0	0	100

Keterangan: $p = 0,047$

yang kuat tentang kehamilan (*accessibility of information*), atau mungkin ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan, misalnya harus tunduk kepada suami, mertuanya atau orang lain yang ia segani (*personal autonomy*). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu tidak mau melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (*action situation*).

PEMBAHASAN

Pengaruh karakteristik ibu hamil terhadap deteksi dini risiko tinggi kehamilan

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat ulang tahun (Hurlock, 1995) dikutip oleh Nursalam dan Pariani (2001). Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih dewasa dan matang dalam berpikir dari segi kepercayaan masyarakat. Seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Azwar, 2000). Dari hasil tabulasi silang responden berumur kurang dari 20 tahun mampu mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan 100%, dibandingkan dengan responden berumur lebih dari 20 tahun ada yang tidak mampu mendeteksi risiko tinggi kehamilan 33,3%. Hal ini tidak sesuai dengan teori Hunlock (1998) usia kurang dari 20 tahun di mana seseorang dikatakan belum cukup matang terutama dalam menyikapi suatu masalah dan dianggap kurang bijak dalam mengambil suatu keputusan karena tingkat emosi yang masih labil sehingga dapat menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi. Menurut Poedji (2003), rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain: bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir, perdarahan dapat terjadi setelah bayi lahir. Sedangkan usia lebih dari 20 tahun dikatakan sebagai masa usia reproduktif dari segi fisik dan juga dari segi psikologis dapat dijumpai adanya kematangan dalam berpikir dan mengambil keputusan. Hal ini disebabkan karena adanya kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan dan problema kehidupan, selain itu adanya kontrol terhadap emosi dalam pengambilan keputusan juga menjadi bagian pada rentan usia ini.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya antara lain Mulasti (2009) tentang kinerja bidan desa dalam deteksi risiko tinggi ibu hamil di Kabupaten Jepara—membuktikan bahwa faktor yang berhubungan dengan deteksi risiko tinggi ibu hamil adalah kesempatan promosi, insentif,

kepemimpinan dan motivasi. Hasil uji *regresi logistic* menunjukkan tidak ada pengaruh terhadap kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Giarci (2001) memandang *community development* sebagai suatu hal yang memiliki pusat perhatian dalam membantu masyarakat pada berbagai tingkat umur untuk tumbuh dan berkembang melalui berbagai fasilitasi dan dukungan agar mereka mampu memutuskan, merencanakan dan mengambil tindakan untuk kesejahteraan.

Pendidikan ialah bimbingan yang diberikan dengan sengaja oleh orang dewasa kepada anak-anak, dalam pertumbuhannya (jasmani dan rohani) agar berguna bagi diri sendiri dan bagi masyarakat (Ngalim, 2006). Pendidikan kesehatan adalah suatu konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. (Notoatmodjo, 2005). Tujuan pendidikan adalah mengubah tingkah laku ke arah yang diinginkan. Menurut Kuntjoroningrat yang dikutip oleh Nursalam dan Pariani (2001), makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan memengaruhi wawasan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenalkan, termasuk tentang pentingnya deteksi dini risiko tinggi kehamilan sehingga tidak terjadi faktor risiko baik pada ibu maupun janinnya. Dari hasil tabulasi silang bahwa pendidikan dasar mampu mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan sebanyak 100%, demikian juga pendidikan menengah mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan sebanyak 73%. Freire (1973) menyatakan pendidikan merupakan praktek pembebasan diri dari ketidaktahuan, tekanan yang membelenggu seseorang dan atau kelompok masyarakat untuk memperbaiki kehidupannya. Menurut penelitian Rizki Anna Lestari tahun 2006 di Tegal dengan desain *cross sectional*, ada hubungan antara pendidikan dengan pemeriksaan *antenatal care* risiko tinggi kehamilan.

Pada uji *regresi logistic* menunjukkan tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Hal ini disebabkan karena semua ibu hamil yang pendidikan rendah sampai tinggi mempunyai peluang untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak bekerja mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan 80%, demikian juga yang bekerja mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan 60%, menurut Depkes RI (1996). Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian. Masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih sedikit untuk memperoleh informasi khususnya dalam melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Analisis uji *regresi logistic* menunjukkan tidak ada pengaruh antara pekerjaan dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Hal ini disebabkan karena setiap orang yang bekerja maupun yang tidak bekerja mempunyai kecenderungan kesempatan yang sama untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Dari hasil tabulasi silang bahwa *paritas grandemultipara* mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan 80%. Menurut Saifuddin (2002) *grandemultipara* adalah wanita yang telah melahirkan empat orang anak atau lebih. Jumlah anak yang banyak memerlukan persiapan baik secara mental maupun material. Kehamilan yang termasuk kategori "4 terlalu" diantaranya adalah terlalu sering hamil dan terlalu banyak anak. Hal ini selain akan memengaruhi status kesehatan ibu dan anak juga memengaruhi kesejahteraan keluarga.

Demikian juga *paritas primi* mampu melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan sebanyak 82,4% di mana *paritas* ibu yang bersangkutan memengaruhi *morbiditas* dan *mortalitas* ibu dan anak. Risiko terhadap ibu dan anak pada kelahiran bayi pertama cukup tinggi, akan tetapi risiko ini tidak dapat dihindari. Kemudian risiko itu menurun pada *paritas* kedua dan ketiga serta meningkat lagi pada *paritas* keempat dan seterusnya. Hasil analisis *regresi logistik* juga menunjukkan tidak ada pengaruh antara *paritas* dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Hal ini disebabkan bahwa semua ibu hamil dengan *paritas* apa pun mempunyai peluang yang besar untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan sehingga berdampak pada penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Menurut penelitian Sadik (1996) yang dikutip Henri Perangin-angin, ibu hamil yang mempunyai anak kurang dari tiga orang memeriksakan kehamilannya sekitar 58,9% sedangkan ibu hamil yang mempunyai anak tiga atau lebih memeriksakan kehamilannya 35,6%. Wanita yang hamil pertama pada umumnya mempunyai kecenderungan untuk menjaga kehamilannya dengan cara memeriksakan kesehatan (*antenatal care*) secara intensif pada setiap trimester. Hal ini dikarenakan pada kehamilan pertama seorang wanita akan mengalami berbagai macam perubahan yang merupakan suatu pengalaman baru sekaligus memberikan peran wanita, yaitu sebagai calon ibu yang pada akhirnya membutuhkan perhatian dan dukungan lebih banyak terutama dari pihak keluarga. Namun pada kenyataan tidak semua wanita yang hamil pertama melakukan *antenatal care* secara intensif pada setiap trimesternya. Banyak di antara mereka melakukan *antenatal care* pada tahap awal saja atau bahkan hanya tahap akhir masa kehamilan, meskipun ada juga yang memeriksakan kehamilannya pada awal sampai akhir (Basuki, 2003).

Pengaruh Pengetahuan Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Hasil penelitian pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan adanya perbedaan tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah perlakuan. Hal ini akan berdampak positif pada ibu hamil yaitu membantu pemerintah menurunkan angka *morbiditas* dan *mortalitas*.

Notoatmodjo (2007) menyatakan pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Hasil analisis *regresi logistik* menunjukkan pengetahuan tidak ada pengaruh dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Berbeda dengan penelitian di Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2007 ada hubungan pengetahuan dengan pemeriksaan kehamilan. Menurut teori yang dikemukakan sebagai berikut: latar belakang (*background factors*), seperti usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat pribadi dan pengetahuan, memengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal (Ajzen, 2005). Di dalam katagori ini Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosional dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), *etnis*, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan *ekspose* pada media. Menurut Suharto (1997) terdapat beberapa prinsip pemberdayaan menurut perspektif pekerja sosial di mana tingkat kesadaran seseorang merupakan kunci dalam pemberdayaan deteksi dini risiko tinggi kehamilan, karena pengetahuan dapat memobilisasi tindakan bagi perubahan.

Pengaruh Sikap Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Berdasarkan hasil pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan ada perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah perlakuan. Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup). Hasil

analisis *uji regresi logistik* sikap tidak berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu: kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah anjang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Pengaruh Situasi Bertindak Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Berdasarkan hasil pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan ada perbedaan situasi bertindak responden sebelum dan sesudah perlakuan. Secara umum ibu hamil jarang melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan secara mandiri atau kelompok. Hal ini dirasakan oleh ibu karena sulitnya mengumpulkan ibu hamil. Ibu hamil banyak yang bekerja atau segera menyelesaikan pekerjaan rumahnya. Berdasarkan observasi langsung pelaksanaan posyandu, secara nyata dalam bulan Mei–Juni 2012 tidak dijumpai ibu hamil yang datang ke posyandu disebabkan tidak ada tempat pelaksanaan pemeriksaan ibu hamil ke posyandu lebih memilih ke layanan kesehatan yang lainnya terdapat keluhan. Penelitian ini mendukung teori Snehandu B. Kar (1983) yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidak adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/tindakan, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku atau tidak berperilaku. Hasil analisis *uji regresi logistik* menunjukkan situasi bertindak tidak berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Untuk bertindak apa pun memang diperlukan suatu kondisi dan situasi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada. Untuk pergi ke posyandu/ layanan kesehatan memeriksakan kehamilannya perlu biaya biarpun itu sedikit kalau keluarga tersebut tidak mampu maka ibu tersebut tidak akan pergi karena masih ada kebutuhan yang harus dibeli untuk keluarga tersebut. Perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman–pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan,

diyakini, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadinya perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku (Notoatmodjo, 2010).

Pengaruh Otonomi Pribadi Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Berdasarkan hasil pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan ada perbedaan otonomi pribadi ibu hamil trimester satu sebelum dan sesudah perlakuan. Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan bahwa norma subjektif (*subjective norm*) adalah sejauh mana seseorang memiliki motivasi untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukannya (*normative belief*). Kalau individu merasa itu adalah hak pribadinya untuk menentukan apa yang akan dia lakukan, bukan ditentukan oleh orang lain di sekitarnya, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukannya. Fishbein dan Ajzen (1975) menggunakan istilah *motivation to comply* untuk menggambarkan fenomena ini, yaitu apakah individu mematuhi pandangan orang lain yang berpengaruh dalam hidupnya atau tidak. Hasil analisis *uji regresi logistik* menunjukkan ada pengaruh antara otonomi pribadi dengan kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Tetapi budaya di Indonesia, terutama ibu, kebebasan pribadinya masih terbatas, seorang istri dalam mengambil keputusan masih sangat tergantung kepada suami.

Pengaruh Akses Informasi Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Berdasarkan hasil pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan ada perbedaan akses informasi ibu hamil trimester satu sebelum dan sesudah perlakuan. Ibu hamil mempunyai buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) yang setiap kali periksa dibawa. Hal ini merupakan akses informasi yang digunakan untuk mendukung ibu hamil dalam melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Pelatihan yang diselenggarakan oleh puskesmas hanya dilakukan pada ibu hamil dengan umur kehamilan 32 minggu bertempat di puskesmas pada saat hari pemeriksaan ibu hamil, itu pun diberi penyuluhan dan senam hamil, sedangkan pelatihan secara khusus cara melakukan deteksi dini belum pernah dilaksanakan. Penelitian ini kurang mendukung *theory of planned behavior* yang dikemukakan Ajzen (2005), bahwa faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan *ekspose* pada media memengaruhi sikap dan perilaku

individu terhadap sesuatu hal. Hasil analisis uji *regresi logistik* menunjukkan bahwa akses informasi tidak berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan.

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 5 menyatakan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, dan setiap orang secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Dengan demikian, kehadiran jaminan persalinan diharapkan dapat mengurangi terjadinya tiga terlambat sehingga dapat mengakselerasikan tujuan pencapaian MDGs (*Millenium Develomet Goals*).

Pengaruh Dukungan Sosial Ibu Hamil Trimester Satu terhadap Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan

Berdasarkan hasil pengujian *Wilcoxon Signed Rank Test*—menunjukkan ada perbedaan dukungan sosial ibu hamil trimester satu sebelum dan sesudah perlakuan. Hasil analisis uji *regresi logistik* bahwa dukungan sosial tidak berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Di dalam kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat di sekitarnya. Apabila perilaku tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan dari masyarakat, maka individu akan merasa kurang atau tidak nyaman. Demikian pula, untuk berperilaku kesehatan orang memerlukan dukungan masyarakat sekitarnya, terutama untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Menurut penelitian dengan desain *cross sectional* yang dilakukan Heriati di Surabaya tahun 2008, sebanyak 54,5% ibu yang mendapat dukungan keluarga memeriksakan kehamilannya. Dukungan keluarga dibutuhkan oleh wanita yang sedang menjalani masa kehamilan. Bantuan orang-orang dekat maupun dari tenaga ahli. Keluarga dapat menjadi sumber dukungan perhatian emosional, instrumental, informasi dan penilaian yang diperlukan dalam menumbuhkan kesadaran untuk ke layanan kesehatan/posyandu.

Astuti (2000) menyampaikan dukungan sosial merupakan bantuan yang diberikan oleh sekelompok individu terhadap individu atau kelompok individu yang lain. Dukungan sosial (*social support*) ketika dihadapkan pada kondisi stress yang sama, akan dapat membantu individu mengatasi suatu permasalahan secara lebih baik jika dibandingkan dengan orang lain yang tidak mendapat dukungan sosial. Melalui dukungan sosial, individu akan merasakan adanya kelekatan, perasaan memiliki, penghargaan, serta adanya ikatan yang dapat dipercaya dan mampu memberikan bantuan dalam berbagai keadaan (Harjono, 1984).

Dukungan sosial untuk wanita hamil pada umumnya dapat diwujudkan dengan adanya tingkat toleransi yang tinggi pada wanita hamil. Tujuan pemberian kelonggaran adalah pertama: karena adanya perubahan fisik dan psikologis dapat dengan mudah dikaitkan dengan kehamilan, kedua: karena *Estimated Date of Delivery (EDD)* menunjukkan bahwa betapapun anehnya kehidupan yang diperlihatkan ibu hamil sekarang, semua akan kembali normal pada bulan ketiga, karena ibu hamil kurang dapat diterima sebagaimana adanya dan dianggap berbeda, karena adanya harapan akan hadirnya makhluk kecil yang belum diketahui, yang sedang dikandungnya (Pitt, 1996). Pelaksanaan dan pencapaian tujuan dari pemberdayaan melalui pendekatan Penyokong memberikan bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas kehidupan. Pemberdayaan harus mampu menyokong masyarakat/ibu hamil agar tidak terjadi faktor risiko pada saat kehamilan, persalinan dan masa nifas (Suharto, 1997). Dari hasil penelitian ini, dapat dimengerti bahwa pemberdayaan deteksi dini risiko tinggi kehamilan oleh ibu hamil merupakan aspek penting dalam membantu pemerintah untuk mencapai MDGs 2015 (*Millennium Developmen Goals*). Apabila pemberdayaan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil dilihat dari segi pendidikan, paritas, umur, pekerjaan, situasi bertindak, akses informasi, dukungan sosial, pengetahuan dan sikap ibu hamil dapat terpenuhi, maka pemberdayaan akan berhasil dengan baik sehingga dapat mendorong masyarakat/ibu hamil melakukan penilaian risiko kehamilan secara mandiri di trimester satu, sampai mampu untuk memilih tempat pelayanan kesehatan sehingga angka kematian ibu dan bayi menurun.

Upaya pemberdayaan ibu hamil untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan di posyandu wilayah kelurahan Jagir masih dalam proses tahap sadar dan memahami. Belum sampai memanfaatkan tempat pelayanan kesehatan dasar yaitu posyandu; keterampilan perawatan kehamilan serta senam ibu hamil pada kehamilan trimester dua dan tiga; persiapan persalinan; serta perawatan setelah persalinan baik pada ibu maupun anak. Hal ini memerlukan waktu yang lama dan berkesinambungan. Kegiatan kelas/ kelompok ibu hamil diperlukan jadwal sehingga ibu mau datang dalam kegiatan tersebut antara lain ceramah, tanya jawab, demonstrasi, dan praktek. Kegiatan kelas/ kelompok ibu hamil harus bersumber dari ibu sendiri, namun demikian dukungan dan intervensi yang sesuai dari pihak lain juga tetap sangat diperlukan (Oxaal & Baden, 1997). Otonomi pribadi yang baik akan menjadikan seseorang melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan. Tetapi di Indonesia, terutama ibu, kebebasan pribadinya masih terbatas. Seorang istri dalam mengambil keputusan

masih sangat tergantung kepada suami. Oleh karena itu keberhasilan pemberdayaan dapat dilihat dari berbagai faktor yaitu: kekuasaan di dalam (*power within*), kekuasaan untuk (*power to*), kekuasaan atas (*power over*), kekuasaan dengan (*power with*). Pendekatan yang dilakukan adalah: **Pemungkin**, yaitu menciptakan suasana dan iklim memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal. **Penguat**, yaitu memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan, untuk menunjang kemandirian masyarakat. **Perlindungan**, yaitu melindungi masyarakat terutama kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat. **Penyokong**, yaitu memberikan bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas kehidupan. **Pemeliharaan**, yaitu memelihara kondisi yang kondusif agar tetap terjadi keseimbangan distribusi antara berbagai kelompok dalam masyarakat. Pemberdayaan harus mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan/kelayakan kesehatan untuk mencegah terjadinya risiko pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas.

KESIMPULAN

Upaya pemberdayaan ibu hamil untuk deteksi dini risiko tinggi kehamilan dipengaruhi oleh perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat, ditentukan oleh niat individu terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari keluarga atau masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/bertindak. Seseorang ibu yang tidak mau melakukan deteksi dini kehamilan, mungkin karena ia tidak ada minat dan niat terhadap kehamilannya (*behaviour intention*), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari keluarga, masyarakat sekitarnya (*social-support*). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang kuat tentang kehamilan (*accessibility of information*), atau mungkin individu tersebut tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan, misalnya

harus tunduk kepada suami, mertuanya atau orang lain yang disegani (*personal autonomy*). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu ini tidak mau melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (*action situation*).

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, A.B. 2000. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Penyesuaian Diri Perempuan pada Kehamilan Pertama. *Skripsi*. Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta.
- Azwar, S. 2000. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Depkes RI. 2008. *Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil*, Jakarta.
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*, Jakarta.
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker*, Jakarta: Dirjen BKM.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Posyandu*. Jakarta.
- Depkes RI. 1996. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Wilayah Kerja Puskesmas*. Jakarta.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. 2009. Laporan Program KIA tahun 2008 *Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*, Bidang Pelayanan Kesehatan. Surabaya.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. 2007. *Modul Motivator Program Perencanaan Persalinan Pedoman bagi Kader dan Bidan*. Bakti Husada. Surabaya.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur. 2003. *Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Surabaya.
- FKM Unair. 2009. *Panduan Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*. Program Magister FKM Unair. Surabaya.
- Mahmudah, MMI, 2011. *Penelitian Pengetahuan Ibu Hamil Deteksi Dini Risiko Tinggi kehamilan*. STIKES NU. Tuban.
- Nursalam & Pariani. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Sagung Seto. Jakarta.
- Notoatmodjo S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo S., 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Pitt, B., 1996. *Kehamilan dan Persalinan: Menikmati Tugas Baru Sebagai Ibu* (Terjemahan, Bosco Carvalls). Arcan, Jakarta.
- Rochjati, P. 2003. *Pengenalan Faktor Risiko*. Airlangga University.
- Rochjati, P. 2004. *Rujukan Terencana dalam Sistem Rujukan Paripurna Terpadu Kabupaten/Kota*, Surabaya: Airlangga University. Surabaya.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & B*. Alfabeta. Bandung.
- Walsh, L.V. 2007. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. EGC. Jakarta.
- WHO, Alih Bahasa Adi Heru. 1995, *Kader Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta.