

DISERTASI

**PEMBERDAYAAN IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI
KOMPLIKASI KEHAMILAN MELALUI
APLIKASI “SOBAT IBU HAMIL”
DI KABUPATEN BOGOR**

***EMPOWERING PREGNANT WOMEN IN EARLY
DETECTION OF PREGNANCY COMPLICATIONS
THROUGH THE USE OF “SOBAT IBU HAMIL”
APPLICATION IN BOGOR REGENCY***

**BINTANG PETRALINA HUTABARAT
NIM K013211032**



**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

HALAMAN PENGAJUAN

**PEMBERDAYAAN IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI
KOMPLIKASI KEHAMILAN MELALUI
APLIKASI “SOBAT IBU HAMIL”
DI KABUPATEN BOGOR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**BINTANG PETRALINA HUTABARAT
NIM K013211032**

**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

**HALAMAN PERSETUJUAN
PROMOSI DISERTASI**

**PEMBERDAYAAN IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI
KOMPLIKASI KEHAMILAN MELALUI
APLIKASI “SOBAT IBU HAMIL”
DI KABUPATEN BOGOR**

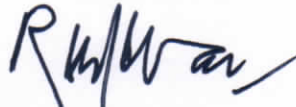
Disusun dan diajukan oleh:

**BINTANG PETRALINA
NIM K013211032**

Dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diajukan
pada Seminar Promosi

Menyetujui

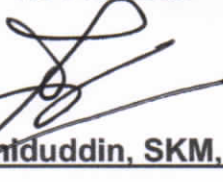
Tim Promotor



Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M. Kes., M.Sc. PH
Promotor

Tanggal: Januari 2024

Ko-Promotor



Dr. Wahiduddin, SKM, M. Kes.

Ko-Promotor



Dr. Irwandy, SKM, M. Sc. PH, M. Kes.

Mengetahui

**Ketua Program Studi S3
Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M.Med.Ed

DISERTASI

**PEMBERDAYAAN IBU HAMIL DALAM DETEKSI DINI KOMPLIKASI
KEHAMILAN MELALUI APLIKASI “ SOBAT IBU HAMIL “
DI KABUPATEN BOGOR**

Disusun dan diajukan oleh

**BINTANG PETRALINA HUTABARAT
Nomor Pokok K013211032**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 16 Januari 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,

Prof. Dr. Ridwan A. SKM., M.Kes., M.Sc.PH
Promotor

Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes
Ko-Promotor

Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes
Ko-Promotor

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat,

Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D

ABSTRACT

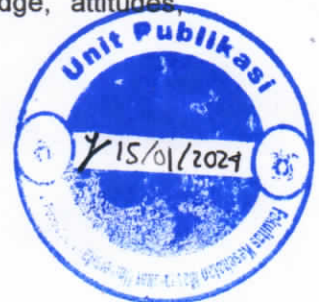
BINTANG PETRALINA. *Empowering Pregnant Women in Early Detection of Pregnancy Complications Through The Use Of Sobat Ibu Hamil Application in Bogor Regency.* (Supervised by **Ridwan Amiruddin, Wahiduddin, and Irwandy**)

High maternal mortality caused by complications during pregnancy, childbirth and postpartum can be detected to prevent complications. Application development is expected to improve behavior of pregnant women and empowered in early detection of pregnancy complications. This study aims to determine improvement of behavior empowered pregnant women towards early detection of pregnancy complications using-Sobat Ibu Hamil application in Bogor Regency.

A mixed-method sequential exploratory study was conducted across three phases: phase I involved an analytical survey and qualitative investigation; phase II involved the development of an application; and phase III involved the implementation of the application utilizing a quasi-experiment with a control group (n = 175) and an intervention group (n = 175). Data were analyzed using an independent sample t test with 95% confidence level using SPSS program version 26.0.

Based on overall internal factors (p 0.004) and external factors (p 0.530), the study's findings indicated that both internal and external actors had a direct and indirect impact on empowered pregnant women. Pregnant women who use the SOBUMIL application are more empowered to identify early pregnancy issues (p <0.001) and knowledge, attitudes, and motivation improves as a result of the program. It is recommended that the Bogor District Health Office conduct feasibility testing before integrating the usage of applications in the MCH program's implementation. This will allow for the early detection of pregnancy complications and the appropriate course of treatment.

Keywords: Sobat Ibu Hamil Application (SOBUMIL), knowledge, attitudes, motivation, empowered pregnant women



ABSTRAK

BINTANG PETRALINA. *Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Melalui Aplikasi Sobat Ibu Hamil di Kabupaten Bogor (dibimbing oleh Ridwan Amiruddin, Wahiduddin, dan Irwandy)*

Tingginya kematian ibu yang disebabkan komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas dapat di deteksi untuk mencegah kematian maupun kecacatan. Pengembangan aplikasi diharapkan dapat meningkatkan pemberdayaan melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan secara mandiri. Penelitian ini bertujuan menganalisis pemberdayaan ibu hamil dalam deteksi dini komplikasi kehamilan melalui aplikasi SOBUMIL di kabupaten Bogor.

Penelitian ini menggunakan desain *mixed-method sequential exploratory* melalui 3 tahapan penelitian yaitu tahap I: survei analitik dan studi kualitatif, II: Pengembangan aplikasi, III: implementasi aplikasi menggunakan *quasy experiment* yang terdiri atas kelompok intervensi (n:175) dan kelompok kontrol (n:175). Data dianalisis menggunakan independent sample t test dengan tingkat kepercayaan 95% dengan program SPSS versi 26.0.

Hasil penelitian menunjukkan faktor eksternal dan internal berpengaruh langsung dan tidak langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil dengan pengaruh total faktor internal (*p value* 0.004) dan faktor eksternal (*p value* 0.530). Aplikasi SOBUMIL berperan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan motivasi (*p value* <0,001) serta berperan terhadap peningkatan pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan dengan (*p value* <0,001). Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor agar mengintegrasikan penggunaan aplikasi dalam pelaksanaan program KIA dengan terlebih dahulu melalui uji kelayakan agar komplikasi kehamilan dapat terdeteksi lebih awal guna mendapatkan tatalaksana yang tepat.

Kata Kunci: Aplikasi Sobat Ibu Hamil (SOBUMIL), pengetahuan, sikap, motivasi pemberdayaan Ibu Hamil



PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bintang Petralina Hutabarat
NIM : K013211032
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 16 Januari 2024



Yang Menyatakan,

Bintang Petralina Hutabarat

KATA PENGANTAR

Puji Syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul "Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Melalui Aplikasi Sobat Ibu Hamil di Kabupaten Bogor".

Penyusunan disertasi ini tidak terlepas dari bantuan banyak pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan setinggi-tingginya terkhusus kepada Bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH sebagai Promotor, Bapak Dr. Wahiduddin SKM., M.Kes sebagai Co promotor sekaligus penasehat akademik, Bapak Dr Irwandy, SKM, M.Kes., M.Sc.PH, sebagai Co promotor yang telah memberikan bimbingan, masukan dan motivasi selama proses penyelesaian disertasi ini.

Terimakasih kepada seluruh civitas akademika Program Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu, motivasi dan dukungan dalam proses belajar mengajar. Terimakasih juga untuk Yayasan dan Rektor Universitas Binawan Prof. Dr Illah Sailah MS, Prof Henny Suzana Mediani, SKp, M.Ng, PhD serta Keluarga besar Universitas Binawan atas izin dan dukungan yang diberikan. Apresiasi yang tinggi kepada rekan-rekan mahasiswa Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Kelas Kerjasama maupun Kelas Reguler angkatan 2021 atas semangat, dukungan dan kerjasamanya selama proses perkuliahan berlangsung.

Penulis menyadari bahwasanya proses penyusunan hasil penelitian disertasi ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya bantuan, bimbingan, motivasi yang tulus dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati dan rasa hormat, penulis menyampaikan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc. selaku Rektor Universitas Hasanuddin, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M. Kes., M.Sc.PH, Ph.D. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Bapak Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med, Ed. sebagai Ketua Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Prof. Dr. Evi Martha, M. Kes selaku penilai eksternal, Bapak Prof. Anwar Mallongi, SKM., M.Sc., Ph.D, Ibu Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc, Ibu Prof. Dr. Suriah, SKM., M.Kes, selaku Tim Penilai internal yang telah memberikan masukan yang membangun kepada penulis dalam penyempurnaan hasil penelitian disertasi ini
5. Kepala Dinas Kabupaten Bogor, Kepala Puskesmas Babakan Madang dan, Kepala Puskesmas Cijeruk serta Kepala Puskesmas Rumpin dan Jajarannya yang telah memberikan saya izin penelitian di wilayahnya
6. Responden saya, ibu hamil, kader, bidan, suami dan dukun bersalin terima kasih atas kesediaan dan dukungan, kerjasama yang baik sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian
7. Kedua orang tua penulis bapak Drs Belvin Hutabarat/Adelina (+) / Sri Hartati Hutapea Spd, mertua bapak Napoleon Simbolon (+) / Nurhaida Sihotang,
8. Suami tercinta Candro Simbolon ST, boruku Gabriella Onety Dorcas Simbolon, anak saya Daniel Lionel Pedro Simbolon dan saudara-saudaraku kakak, adek, ponakan saya atas berkat doa, support yang tiada henti untuk penulis hingga dapat menyelesaikan penulisan hasil penelitian ini
9. Ketua Konsil Kebidanan Indonesia ibu Siti Romlah SKM., MKes dan Seluruh Anggota ibu Ayu, bu Rahayu, ibu Novi, bu Dayu dan bu Nuraini.
10. Ketua Umum Ikatan Bidan Indonesia dan Pengurus Harian serta semua teman-teman di PP IBI periode 2018-2023 dan periode 2023-2028.
11. Ketua dan anggota Kolegium Bidan Indonesia
12. Seluruh Dosen dan staf Prodi Program S3 Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, terkhusus untuk ibu Irma Suryani, S.Kom, MM dan Ibu Syamsiah Malik, S.Sos., M.Si
13. Teman-teman di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan, khususnya Program Studi Kebidanan
14. Eggy, Mustika, Mony, Lutfi, Marlina, Rahma, Ernyasih, Nur Sari Abdul Syukur, Wahida Mapandin, atas dukungan dan support untuk penyelesaian program doktoral ini serta semua pihak yang ikut membantu dalam kelancaran penyusunan hasil disertasi ini.

Makassar, Januari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI	vi
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. RUMUSAN MASALAH	10
1.3. TUJUAN PENELITIAN.....	10
1.4. MANFAAT PENELITIAN	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 TINJAUAN TENTANG PEMBERDAYAAN PEREMPUAN ..	13
2.2 ELEMEN KUNCI PEMBERDAYAAN PEREMPUAN	18
2.3 DETERMINAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DALAM PENURUNAN AKI	20
2.4 DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN	36
2.5 TEORI PERUBAHAN PERILAKU.....	44
2.6 APLIKASI DIGITAL UNTUK KESEHATAN	56
2.7 KERANGKA TEORI.....	62
2.8 KERANGKA KONSEP	64
2.9 HIPOTESIS	66
2.10 DEFINISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF	67
BAB III METODE PENELITIAN	72
3.1 JENIS PENELITIAN.....	72
3.2 LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN	74

3.3 TAHAPAN PENELITIAN.....	75
3.4 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	84
3.5 ETIKA PENELITIAN	85
3.6 UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS	86
3.7 PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA	89
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	93
4.1 GAMBARAN LOKASI PENELITIAN.....	93
4.2 HASIL PENELITIAN TAHAP I	96
4.3 HASIL PENELITIAN TAHAP II	127
4.4 HASIL PENELITIAN TAHAP III	132
4.3 PEMBAHASAN	146
4.4 NOVELTY PENELITIAN.....	166
4.5 KETERBATASAN PENELITIAN.....	166
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	167
5.1 KESIMPULAN	167
5.2 SARAN	168
DAFTAR PUSTAKA	169
LAMPIRAN	181

DAFTAR TABEL

No Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Definisi Pemberdayaan Perempuan dalam konteks yang berbeda	14
Tabel 2.2 Model Pemberdayaan	33
Tabel 2.3 Sintesa hasil Review	48
Tabel 2.4 Definisi Operasional	67
Tabel 3.1 Jenis informan Kualitatif dan cara pengumpulan data	77
Tabel 3.2 Kriteria Hasil Uji Coba Media	80
Tabel 3.3 Indikator Penilaian Media	80
Tabel 3.4 Kriteria Penilaian Korelasi	92
Tabel 4.1 Matriks Tema Mayor Hasil FGD dan Wawancara Mendalam ...	96
Tabel 4.2 Matriks Kelompok Triangulasi Sumber Kualitatif dan Durasi Pelaksanaan Penelitian	97
Tabel 4.3 Karakteristik Peserta Wawancara Mendalam dan FGD dalam merumuskan konten media aplikasi.....	98
Tabel 4.4 Reduksi data tentang tema kualitatif	104
Tabel 4.5 Hasil validasi pakar terhadap aplikasi SOBUMIL	106
Tabel 4.6 Saaran Tenaga Ahli	107
Tabel 4.7 Uji Coba Pengukuran Kelayakan Aplikasi SOBUMIL Pada Ibu Hamil di Puskesmas Rumpin Kabupaten Bogor	108s
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik di Kabupaten Bogor	112
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Rerata Faktor Internal di Kabupaten Bogor	113
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Internal di Kabupaten Bogor	113
Tabel 4.11 Distribusi Rerata Responden Berdasarkan Rerata Faktor Eksternal di Kabupaten Bogor	114
Tabel 4.12 Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Eksternal di Kabupaten Bogor	115

Tabel 4.13	Disitribusi Responden Berdasarkan Rerata Pengetahuan Sikap dan Motivasi	116
Tabel 4.14	Disitribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Sikap dan Motivasi	116
Tabel 4.15	Distribusi Responden Berdasarkan Rerata Pemberdayaan ibu hamil di Kabupaten Bogor.....	117
Tabel 4.16	Distribusi Responden Berdasarkan Pemberdayaan ibu hamil di Kabupaten	118
Tabel 4.17	Pengaruh Faktor Internal dan Faktor Eksternal Terhadap Perilaku Dalam Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten Bogor	119
Tabel 4.18	Pengaruh Faktor Internal dan Faktor Eksternal Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Ibu Hamil Terhadap Pemberdayaan Dalam Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten	120
Tabel 4.19	Pengaruh Faktor Internal dan Faktor Eksternal Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Ibu Hamil Dalam Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten Bogor	121
Tabel 4.20	Pengaruh Faktor Internal (X1), Faktor Eksternal (X2), dan Pengetahuan, Sikap dan Motivasi Ibu Hamil (Y) Terhadap Pemberdayaan ibu hamil (Z) Dalam Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten Bogor	122
Tabel 4.21	Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung	124
Tabel 4.22	Pengaruh Total	127
Tabel 4.23	Hasil Cek Diri Awal Pengguna Aplikasi SOBULMIL	129
Tabel 4.24	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Ibu Hamil di Kabupaten Bogor	131
Tabel 4.25	Perbedaan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Ibu Hamil Berdasarkan Waktu (pre test dan post test) di Kabupaten Bogor	133
Tabel 4.26	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Ibu Hamil di Kabupaten Bogor berdasarkan pre dan post test.....	134

Tabel 4.27 Perbedaan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Ibu Hamil Berdasarkan Waktu (pre test dan post test) di Kabupaten Bogor	135
Tabel 4.28 Pengaruh Aplikasi SOBUMIL Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Dalam Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten Bogor.....	137
Tabel 4.29 Distribusi Responen Berdasarkan Rerata Pemberdayaan ibu hamil di Kabupaten Bogor.....	139
Tabel 4.30 Distribusi Responden Berdasarkan Pemberdayaan ibu hamil di Kabupaten Bogor	141
Tabel 4.31 Perbedaan Pemberdayaan ibu hamil Berdasarkan Waktu (pre test dan post tes) di Kabupaten Bogor	142
Tabel 4.31 Pengaruh Aplikasi SOBUMIL Terhadap Perubahan Pemberdayaan ibu hamil Melakukan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan di Kabupaten Bogor	144

DAFTAR GAMBAR

Daftar Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Definisi Pemberdayaan Perempuan Dalam Berbagi Kompleks	17
Gambar 2.2 Determinan Kematian Ibu (McCarthy dan Maine dalam Perbawati 2019).....	23
Gambar 2.3 Theory of Planned Behaviour (Ajzen 1991)	44
Gambar 2.4 Kerangka Teori	62
Gambar 2.5 Kerangka Konsep	64
Gambar 3.1 Model Analisis Path faktor internal- eksternal, perilaku terhadap pemberdayaan ibu hamil.....	73
Gambar 3.2 Rancangan dalam pembuatan aplikasi SOBUMI	81
Gambar 3.3 Rancangan penggunaan aplikasi SOBUMIL	81
Gambar 3.4 Alur Penelitian.....	83
Gambar 4.1 Lokasi Penelitian Puskesmas Intervensi.....	94
Gambar 4.2 Lokasi Penelitian Puskesmas Kontrol	95

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Surat Keterangan Etik Penelitian
- Lampiran 3 Permohonan Izin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 5 Dokumentasi Kegiatan Selama Penelitian
- Lampiran 6 Hasil Uji statistik
- Lampiran 7 Jawaban Penelitian
- Lampiran 8 Rekomendasi TIM Ahli
- Lampiran 9 Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 10 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 11 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Penjelasan
ADHF	Average distance to health facility
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	Ante Natal Care
DM	Diabetes Melitus
FANC	Framework of the focused antenatal care
Fe	Tablet besi bagi ibu hamil
HB	Hemoglobin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HLWE	Household level women empowerment
HMB	Health Belief Model
HPHT	Hari Pertama Haid Terakhir
HDK	Hipertensi Dalam Kehamilan
IMT	Indeks Massa Tubuh
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
KDS	Knowledge of danger sign
KH	Kelahiran Hidup
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
KKG	Kesetaraan dan Keadilan Gender
MCH	Maternal and Child Health
numbANC	number of Ante Natal Care Attendance
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PCA	Principal Component Analysis
PCT	Perceived cost of treatment
PEPW	Path diagram of Psychological Empoworment in Pregnant
PPBHCP	Positive perceived behavior of health care providers
PRES	Pregnancy-Related Empowerment Scale
PONED	Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar
POCQ	Point of Care of Quality Improvement
PMI	Palang Merah Indonesia
QPCQ	Quality of prenatal care question naire
RS	Rumah Sakit
SBA	Simple, Bouguer, Anomaly
SDGs	Sustainable Developments Goals
SDKI	SurveiDemografi dan Kesehatan Indonesia
SEM	Structural Equation Modeling
SES	Socio Economic Status
SRS	Sampel Registration System
SUPAS	Survei Penduduk Antar Sensus
SOBUMIL	Sobat Ibu Hamil
TFR	<i>Total FertilityRate</i>
TM	Trimester
TSI	Treatment seeking intention
TPMB	Tempat Praktik Mandiri Bidan
WHO	World Health Organization (WHO)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan ibu masih menjadi salah satu masalah kesehatan secara global termasuk di Indonesia. Indikator utama derajat kesehatan adalah kematian ibu yang harus ditangani secara serius dan menjadi prioritas dalam kesehatan masyarakat (Ozimek and Kilpatrick, 2018; WHO, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) adalah kematian ibu yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau insidental di setiap 100.000 kelahiran hidup (KH) (Kusnandar, 2022).

Kematian ibu diperkirakan terjadi sekitar 810 wanita meninggal setiap hari akibat penyebab yang dapat dicegah pada masa kehamilan dan persalinan. Sebesar 94% dari kematian ibu tersebut terjadi di negara berkembang. AKI di dunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa (WHO, 2019). AKI di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (The ASEAN Secretariat 2019). Kematian ibu di Indonesia cukup tinggi, yaitu lebih dari tujuh ribuan kasus di tahun 2021 atau angka kematian ibu mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup (Kusnandar, 2022). Adanya kesenjangan kejadian kematian ibu di beberapa negara menjadi dasar adanya kesepakatan untuk pembangunan berkelanjutan Sustainable Developments Goals (SDGs) yang melibatkan 193 negara (Morton, Pencheon and Squires, 2017).

SDGs menargetkan pada tahun 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan monitoring SDGs untuk wilayah Asia Tenggara, AKI masih berada pada angka 176 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target SDGs 2030 (Morton, Pencheon and Squires, 2017).

Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI periode 1991-2007 mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 KH, namun AKI pada SDKI 2012 mengalami peningkatan, yaitu 359 per 100.000 KH. Menurut hasil Survei Penduduk

Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia adalah 305/100.000 KH menjadi 189/100.000 KH (LFSP 2020) Berdasarkan data tersebut maka rata-rata terdapat 2 perempuan meninggal dalam tiap jam yang disebabkan karena komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Provinsi penyumbang 50% kematian ibu adalah Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Banten, Sumatera dan Aceh (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Jumlah kematian ibu berdasarkan provinsi menunjukkan bahwa Jawa Barat merupakan peringkat kedua tertinggi angka kematian ibu setelah Jawa Timur pada tahun 2021 diantaranya Jawa Timur sebanyak 237 per 100.000 KH dan Jawa Barat 148 per 100.000 KH. Peningkatan jumlah kematian ibu meningkat di Jawa Barat dari tahun 2019 – 2021, dari 85 per 100.000 KH pada tahun 2019 meningkat menjadi 148 per 100.000 KH pada tahun 2021 (Kemenkes RI. 2021).

Komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas yang menjadi penyebab kematian ibu dikategorikan menjadi faktor penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung adalah komplikasi yang terjadi saat hamil, persalinan dan nifas. Faktor penyebab tidak langsung adalah kematian yang terjadi pada ibu hamil sebagai dampak dari adanya penyakit sebelumnya atau berkembang selama kehamilan (Galle et al., 2020).

Penyebab Kematian ibu secara langsung menurut laporan Sampel Registration System (SRS) tahun 2016 disebabkan oleh hipertensi (33%), perdarahan obstetri (27%), komplikasi non obstetrik (15,7%) komplikasi obstetrik lainnya (12%), infeksi (6%) dan lainnya (4,18%).(Kementerian Kesehatan RI, 2018). Laporan Profil Kesehatan 2021 menunjukkan bahwa pada tahun 2021 terjadi 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian, penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus

Komplikasi kehamilan dan atau kejadian risiko tinggi masa kehamilan World Health Organization (WHO) memperkirakan cenderung terjadi sebesar 15 – 20% diseluruh dunia (WHO, 2014; Galle et al., 2020).Kematian ibu di Indonesia tahun 2021 dilaporkan sejumlah 7.389

jiwa yang mana 40.36% disebabkan Covid 19, 17.86% perdarahan, 4.58% hipertensi, 4.53% jantung, 2,80% infeksi, sisanya disebabkan hal lain nya (Kemenkes RI 2021, Laporan Rutin Komdat Kesmas). Penyebab kematian ibu ini sebagian besar merupakan komplikasi yang berkembang selama kehamilan dan sebagian besar dapat dicegah atau diobati.

Komplikasi lain mungkin ada sebelum kehamilan tetapi memburuk selama kehamilan, terutama jika tidak dikelola dengan baik, sehingga diperlukan deteksi dini masalah/ komplikasi selama kehamilan dilakukan sejak diketahuinya ibu hamil atau trimester I (TMI) sampai dengan TM II untuk mendapatkan tatalaksana yang baik guna mencegah kegawat darutan pada TM III dan kematian ibu (Kesehatan, 2018; Abu-Shaheen et al., 2020; Galle et al., 2020; Jewaroet al., 2020; Wulandari and Laksono, 2020)

Penyebab tidak langsung kematian ibu lebih dikenal dengan kasus 3 terlambat dan 4 terlalu. Kasus 3 terlambat, meliputi: terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan, terlambat dirujuk ke fasilitas Kesehatan, terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kasus 4 terlalu, meliputi: terlalu tua hamil (di atas usia 35 tahun), terlalu muda hamil (di bawah usia 20 tahun), terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) dan terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun) (Kesehatan, 2018; Abu-Shaheen et al., 2020; Galle et al., 2020; Jewaroet al., 2020; Wulandari and Laksono, 2020). Penyebab lain seperti masalah ketimpangan gender, sosial budaya yang memarginalkan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk dirinya.

Upaya penurunan AKI dilakukan secara global maupun nasional. Secara global WHO bekerja sama dengan para mitra mengatasi penyebab kematian ibu dari hulu ke hilir (Say et al., 2014; Galle et al., 2020; WHO, 2021). Sistem dalam fasilitas kesehatan direkomendasikan untuk melakukan berbagai upaya dalam menurunkan kematian ibu melalui deteksi dini dalam pelayanan ANC (Ashar et al., 2019; Terefe and Gelaw, 2019; Goncalves et al., 2020) seperti deteksi dini pre eklamsi, (Waller et al., 2018) kecanduan alkohol (Chiodo et al., 2019) triple eliminasi yakni penyakit HIV, sifilis dan hepatitis B.

Secara Nasional upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana (KB) termasuk KB pasca persalinan serta pemberdayaan perempuan, pemberdayaan keluarga yang merupakan bagian dari peningkatan peran serta masyarakat (Kemenkes 2021; Wulandari and Laksono, 2020).

Pendidikan perempuan yang rendah, sosial ekonomi dimana kemiskinan mengakibatkan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan, geografis daerah yang mempengaruhi akses ke layanan kesehatan dan mengakibatkan kurang informasi kesehatan, masalah izin untuk berobat, tidak adanya pendamping saat berobat, layanan yang tidak memadai dan lain-lain (Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak, 2016; Holdt Somer, Sinkey and Bryant, 2017; Bomela, 2020; Wallace et al., 2020; WHO, 2021).

Pemberdayaan perempuan merupakan salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian ibu (Kemenkes, 2018). Kemampuan deteksi dini berbagai penyakit dan komplikasi kehamilan untuk membuat keputusan berdasarkan preferensi sendiri yang memungkinkan seorang perempuan dikatakan berdaya (Bill & Melinda Gates Foundation, 2012a). Kemampuan seseorang untuk terberdaya mencakup aspek resources (integritas tubuh, kesadaran kritis, assets), agency (pengambilan keputusan, kepemimpinan, tindakan kolektif).

Pemberdayaan perempuan dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal diri individu yaitu: karakteristik ibu hamil (umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, motivasi, niat, otonomi pribadi, pengetahuan dan sikap). Penelitian Cristal L dkk, menemukan variabel sosio demografi berpengaruh terhadap model pemberdayaan wanita dalam melakukan pemeriksaan (Patil et al., 2017), sedangkan hasil penelitian lain mengemukakan pengetahuan yang buruk salah satu faktor kurang berdayanya perempuan (Sipsma et al., 2014a; Bello et al., 2019). Faktor pekerjaan, dan tingkat pengetahuan perempuan berhubungan

dengan pemberdayaan perempuan. Faktor determinan dapat mempengaruhi kejadian kematian ibu. Meskipun determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian ibu, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor – faktor lain juga perlu di pertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu salah satunya melalui pemberdayaan (Sebayang, Efendi and Astutik, 2019a).

Faktor eksternal antara lain ekonomi, sosial budaya, dukungan sosial, akses informasi, situasi untuk bertindak, jarak rumah dengan fasilitas kesehatan. Hasil studi yang dilakukan Heather dkk, di Ghana mengemukakan pemberdayaan perempuan dalam konteks hubungan pasangan didasarkan pada kemitraan, keterlibatan pasangan pria sangat penting untuk meningkatkan hasil kesehatan reproduksi (Sipsma et al., 2014a). Larissa Jennings dkk, mengemukakan pemberdayaan perempuan dengan melibatkan suami dalam indikator pengambilan keputusan dan kemandirian finansial terbukti meningkatkan kunjungan ANC.(Larissa. et al., 2014) Faye Forbes dkk membuktikan kehadiran pasangan ketika ANC secara signifikan lebih mungkin untuk dilakukan screening urin dan darah, diberi konseling tentang komplikasi kehamilan dibandingkan dengan wanita yang hadir sendirian (Forbes et al., 2018).

Pemberdayaan merupakan bagian dari usaha untuk merubah pengetahuan, sikap dan motivasi seseorang. Tindakan individu dapat dijelaskan dengan teori perubahan pengetahuan, sikap dan motivasi. Beberapa teori perubahan pengetahuan, sikap dan motivasi yang digunakan, antara lain Health Belief Model (HBM) yang dijadikan rumusan konseptual untuk memahami mengapa individu melakukan atau tidak terlibat dalam berbagai tindakan terkait kesehatan. Pemaknaan atas HBM diterjemahkan sebagai suatu teori psikologi yang memiliki titik fokus pada keyakinan dan sikap dari individu dalam mengurai dan menargetkan suatu perilaku sehat. Keyakinan dan sikap personel individu yang berkaitan dengan penyakit serta langkah-langkah penanganan dan pencegahannya menjadi parameter dari kemampuan personal individu tersebut dalam memunculkan perilaku menjaga kesehatan. Teori HBM memberikan gambaran bahwa keyakinan subyektif individu akan sangat berpengaruh pada perilaku hidup sehat yang dipilih oleh individu tersebut

termasuk langkah pencegahan maupun penyembuhan (*perceived barriers*) agar ia dapat memiliki pengetahuan, sikap dan motivasi hidup sehat (Notoatmodjo 2014).

Penelitian yang dilakukan Shimamoto & Gipson, 2019 menggunakan model jalur dan persamaan structural menemukan pentingnya intervensi kebijakan dan program untuk mempromosikan pendidikan melalui pemberdayaan perempuan serta mengukur pemberdayaan perempuan sebagai konstruksi multidimensi, dan berguna dalam mengidentifikasi konstruksi atau area spesifik untuk intervensi dan upaya kebijakan selanjutnya.

Berbagai penelitian juga dilakukan dalam mengevaluasi upaya-upaya penurunan AKI dengan hasil sebagai berikut: Intervensi yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu lebih difokuskan pada upaya peningkatan akses ibu pada tenaga kesehatan terlatih dalam melakukan *screening* atau deteksi dini berbagai penyakit dan ketersediaan penanganan kasus gawat darurat obstetrik (Waller *et al.*, 2018; Chiodo *et al.*, 2019; Vogel *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2020).

Peningkatan akses ibu hamil pada tenaga Kesehatan saat ini di era 4.0 telah menggunakan akses internet terutama saat dilanda covid 19. seluruh sektor memanfaatkan teknologi termasuk bidang kesehatan. Renstra kemenkes dalam transformasi sistem Kesehatan ada 6 pilar transformasi dimana salah satunya adalah transformasi pada health technology information (Iverson and Dervan 2021), sehingga penggunaan aplikasi untuk bidanag kesehatan saat ini sudah cukup banyak.

Penggunaan aplikasi dalam kesehatan ibu dan anak dalam penelitian yang dilakukan Ismayanti bernama DDILAN berisi intervensi untuk deteksi dini komplikasi kehamilan dibuat untuk mengatasi keterbatasan waktu bidan dalam memberikan pendidikan kesehatan dan berisi informasi tentang faktor risiko kehamilan yang dapat digunakan ibu hamil (Ismayanty *et al.*, (2019), Penggunaan aplikasi SiBumil PE yang digunakan oleh bidan mendeteksi ibu hamil preeklamsi, di mana data ibu hamil yang terdeteksi oleh bidan akan di isi di SiBumil ini akan langsung masuk ke website Dinas Kesehatan Kota Pekalongan dengan berkoordinasi dengan Dinas Komunikasi dan Informatika (Dinkominfo) Kota Pekalongan (Suparni, Fatkhudin, and Zuhana 2021) dan penelitian

yang dilakukan oleh Ismayana, Nontji W (2020) menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi *smart continuity of care* terhadap deteksi dini faktor risiko kehamilan lebih efektif tanpa mengesampingkan kegunaan buku KIA sebagai alat bantu pelayanan KIA.

Penggunaan buku KIA merupakan metode konvensional dalam mendukung pelayanan kesehatan. Pemanfaatan buku KIA belum merata dalam hal pelayanan antenatal secara berkesinambungan karena tidak mampu menemukan atau mendeteksi faktor risiko, penyulit dan komplikasi kehamilan pada saat pemberian asuhan kehamilan yang menyebabkan keterlambatan deteksi dini faktor risiko kehamilan yang dapat berkembang menjadi penyulit dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas (Ismayana, Nontji W 2020). Meskipun beberapa tahun terakhir penelitian terkait penggunaan aplikasi untuk peningkatan kesehatan ibu hamil sudah ada namun pemanfaatannya masih terbatas pada media KIE guna peningkatan pengetahuan, pelaporan tenaga kesehatan, maka dari itu, masih perlu dilakukan pengembangan aplikasi dalam Upaya membantu menurunkan AKI khususnya di Provinsi Jawa Barat.

Berdasarkan Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa kematian ibu tertinggi terjadi di Kabupaten Bogor yaitu 63 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jawa Barat 2020). Pada tiga tahun terakhir, terjadi peningkatan kematian ibu secara signifikan sejak tahun 2019 – 2021 yaitu 72 kasus pada tahun 2019, 74 kasus pada tahun 2020 dan 87 kasus pada tahun 2021. Adanya peningkatan jumlah kematian ibu secara terus menerus di Kabupaten Bogor menunjukkan bahwa sangat perlu dilakukan intervensi sebagai upaya penurunan AKI.

Suatu studi pendahuluan dilakukan peneliti pada bulan September 2022 di kelurahan Rancamaya salah satu wilayah di Kabupaten Bogor. Peneliti melakukan wawancara awal terhadap 20 ibu hamil tentang pemahaman mereka dalam menjaga kesehatan kehamilannya, didapati 17 dari 20 ibu hamil tidak memahami secara baik tentang cara merawat, menjaga dan meningkatkan kesehatan kehamilan, mereka juga tidak mengetahui tanda-tanda / gejala komplikasi kehamilan yang mungkin saja mengancam para Ibu hamil, serta mereka juga tidak tahu cara mendeteksi serta mencegahnya.

Kondisi ini yang mendorong peneliti untuk melakukan kajian lebih mendalam guna memotret secara menyeluruh tentang persepsi ibu hamil dan orang-orang sekitar dalam merawat kesehatan ibu hamil, selain itu penelitian ini juga dimaksudkan untuk mengembangkan model pemberdayaan ibu hamil dalam mendeteksi dini komplikasi kehamilan dengan memanfaatkan aplikasi komunikasi informasi dan edukasi.

Model pengembangan aplikasi yang dilakukan yaitu intervensi melalui aplikasi sobat ibu hamil (SOBUMIL) dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan motivasi pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan. Model intervensi SOBUMIL merupakan suatu aplikasi yang dikembangkan sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan, kegawatdaruratan kehamilan dan media KIE pada ibu hamil. Aplikasi SOBUMIL ini dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pemberdayaan ibu hamil dalam mencegah terjadinya komplikasi kehamilan. Model ini bersifat edukatif yang dalam penerapannya diberikan pendidikan kesehatan kepada para ibu hamil tentang faktor risiko yang dapat menjadi bahaya komplikasi dalam masa kehamilan serta persalinan dan sebagai upaya menjaga kesehatan selama kehamilan.

Proses pelaksanaan aplikasi SOBUMIL ini sasarannya adalah seluruh ibu hamil yang dilibatkan dalam penelitian. Harapannya, kegiatan komunikasi-informasi dan edukasi ini akan membuka cara berpikir ibu hamil tentang bahaya komplikasi kehamilan yang mengancam dan diharapkan ibu hamil secara mandiri dapat mengambil keputusan dan berdaya untuk mencari pertolongan serta meningkatkan kesehatan selama masa kehamilan. Keunggulan aplikasi ini yaitu ditampilkan dengan fitur yang bergambar dan video, adanya deteksi faktor Risiko, deteksi kedaruratan pada masa hamil, pengingat untuk minum tablet tambah darah dan jadwal periksa, KIE yang berisi informasi deteksi dini komplikasi kehamilan juga berisi tanda gejala COVID-19 dan kesehatan mental ibu hamil dengan terkoneksi hasil screening ke email bidan puskesmas. Aplikasi ini juga melengkapi kelemahan penggunaan aplikasi yang telah ada sebelumnya yakni DDILAN dan Sibumil PE dimana kedua aplikasi tersebut belum memuat deteksi dini dalam pemberdayaan ibu hamil.

Penggunaan aplikasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepercayaan diri seseorang (Chuang et al. 2022). Penggunaan aplikasi dapat memberikan pengajaran kapan saja untuk membantu dalam peningkatan pengetahuan dan sikap. Pengetahuan dan sikap yang positif dapat memicu seseorang untuk menerapkan pencegahan. Belakangan penggunaan smartphone mulai meningkat dikarenakan mampu menawarkan akses cepat informasi medis dan perawatan yang menghasilkan pengambilan keputusan yang lebih efisien. Perkembangan teknologi seluler dan informasi telah mengubah metode pengajaran dan cara penyampaian informasi. Materi pembelajaran interaktif menjadi sangat umum dan tersedia (Nason et al. 2015).

Penelitian yang dilakukan Ismayanty et al.(2019), menunjukkan bahwa terdapat pengaruh aplikasi deteksi dini risiko kehamilan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang risiko kehamilan. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah menggunakan aplikasi kehamilan. Artinya bahwa penelitian ini memberikan implikasi terhadap peningkatan pengetahuan ibu hamil (Suparni et al. 2021).

Survey Kominfo tahun 2017 menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia sudah memiliki telepon pintar atau smartphone sebesar 66,31%. Berdasarkan pulau Jawa, kepemilikan smartphone sebesar 86,60%. Kepemilikan smartphone berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa perempuan memiliki smartphone sebesar 65,09%. Frekuensi menggunakan smartphone dalam 1 hari paling sering digunakan selama 1 – 3 jam yaitu sebesar 34,51% (Kominfo, 2017). Kabupaten Bogor merupakan pengguna smartphone yang tertinggi di provinsi Jawa Barat yaitu sebanyak 435 orang (BPS 2022). Data Kominfo juga menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi pada smartphone relevan digunakan sebagai salah satu media komunikasi informasi dan edukasi kepada ibu hamil.

Berdasarkan sintesis dari penelitian-penelitian terdahulu didapatkan gap bahwa penelitian terdahulu lebih banyak mengungkap aktivitas kesehatan berbasis aplikasi smartphone atau mobile masih parsial berhubungan dengan pengetahuan deteksi dini faktor Risiko, sistem pelaporan, faktor Risiko tinggi PE oleh bidan, Saat ini belum ada

penelitian penggunaan aplikasi yang komprehensif yang digunakan oleh ibu hamil secara mandiri dalam rangka pemberdayaan ibu hamil untuk media deteksi dini dan media KIE serta media komunikasi bagi petugas Kesehatan, maka penulis mengangkat judul Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Melalui Aplikasi SOBUMIL di Kabupaten Bogor

1.2. Rumusan Masalah

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia menjadi permasalahan utama di sektor kesehatan. Berbagai upaya telah dilakukan dalam penurunan angka kematian tersebut. Pemberdayaan perempuan, serta pemberdayaan keluarga juga merupakan upaya dalam menurunkan angka kematian ibu, dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan motivasi mengenali tanda bahaya kehamilan. melalui aplikasi berbasis android dinilai memiliki tingkat efektifitas lebih baik dibandingkan dengan media konvensional, sehingga menjadi alternatif dalam pemberdayaan ibu hamil mendeteksi adanya faktor Risiko komplikasi pada masa kehamilan sehingga tidak terlambat mendapatkan tatalaksana.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan paritas) dan faktor eksternal (dukungan suami, dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah), berpengaruh langsung dan tidak langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan di Kabupaten Bogor? Bagaimana pengetahuan, sikap dan motivasi berpengaruh terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan? dan bagaimana Aplikasi SOBUMIL berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, motivasi dan pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan di Kabupaten Bogor?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Secara umum penelitian bertujuan menganalisis pemberdayaan ibu hamil dalam deteksi dini komplikasi kehamilan melalui aplikasi sobat ibu hamil.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian dibagi sesuai dengan tahapan penelitian yaitu:

a. Penelitian Tahap I

1) Kualitatif

Mengeksplorasi kebutuhan informasi dan edukasi dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan motivasi pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan

2) Kuantitatif (survei)

a) Menganalisis pengaruh langsung faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan paritas) terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan

b) Menganalisis pengaruh langsung faktor eksternal (dukungan suami, dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah) terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan.

c) Menganalisis pengaruh pengetahuan, sikap, motivasi terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan

d) Menganalisis pengaruh tidak langsung faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan paritas) terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan melalui pengetahuan, sikap dan motivasi

e) Menganalisis pengaruh tidak langsung faktor eksternal (dukungan suami, dukungan keluarga dukungan masyarakat, dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah) terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan melalui pengetahuan, sikap dan motivasi

b. Penelitian tahap 2 (Pengembangan Aplikasi)

Mengembangkan media komunikasi Informasi dan Edukasi serta deteksi dini secara mandiri oleh ibu hamil, melalui aplikasi Sobat

Ibu Hamil (SOBUMIL) dalam peningkatan pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan.

c. Penelitian tahap 3 (Kuantitatif)

- 1) Melakukan implementasi dan analisis pengaruh aplikasi Sobat Ibu Hamil (SOBUMIL) terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, motivasi ibu hamil dalam melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan
- 2) Melakukan implementasi dan analisis pengaruh aplikasi Sobat Ibu Hamil (SOBUMIL) terhadap pemberdayaan ibu hamil dalam melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan

1.4. Manfaat Penelitian

2.1.1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini memberikan kontribusi yang nyata pada pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya tentang model intervensi dalam peningkatan pemberdayaan ibu hamil. Selain itu, penelitian ini memberikan kontribusi dalam bentuk pengayaan kajian di bidang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya tentang promosi kesehatan pada ibu hamil.

2.1.2. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan cakupan pelayanan KIA Puskesmas tentang deteksi dini risiko tinggi kehamilan dan meningkatkan pemberdayaan ibu hamil dalam melakukan deteksi dini komplikasi selama masa kehamilan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Pemberdayaan Perempuan

Pemberdayaan adalah bagian tindakan mengacu pada proses pemberdayaan diri dan dukungan profesional dari orang-orang, yang memungkinkan mereka untuk mengatasi rasa tidak berdaya dan kurangnya pengaruh, untuk mengenali dan menggunakan sumber daya mereka melakukan pekerjaan dengan kekuatan sendiri. Pemberdayaan merupakan transformasi hubungan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan pada empat level yang berbeda, yakni keluarga, masyarakat, pasar dan Negara. Konsep pemberdayaan dapat dipahami dalam dua konteks dengan cakupan tidak hanya pada level individu namun juga pada level masyarakat dan aturan-aturannya (Ilham, 2022).

Robert Adams dalam Ilham (2022) mendefinisikan pemberdayaan secara sederhana sebagai kapasitas individu, kelompok dan/atau masyarakat untuk mengendalikan keadaan mereka, menggunakan kekuatan mencapai tujuan mereka sendiri, serta proses dimana, secara individu dan kolektif, mereka dapat membantu diri mereka sendiri dan orang lain memaksimalkan kualitas hidup mereka.

Menurut Wallerstein pemberdayaan adalah proses aksisosal yang mendorong partisipasi individu, organisasi, serta komunitas menuju tujuan meningkatkan kontrol seseorang dan kelompok, kemandirian politik, meningkatkan kualitas hidup komunitas, serta keadilan sosial (Lord and Hutchison; Laverack, dalam Fike 2016). Pemberdayaan dalam bidang kesehatan lebih sering didefinisikan sebagai pemberdayaan masyarakat yaitu suara proses peningkatan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat supaya dapat berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara memfasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat (RI, 2019)

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses secara bertahap yang melibatkan pembelajaran terus-menerus dan pembangunan terus-menerus dari kapasitas masyarakat dalam menangani prioritas

permasalahan yang melibatkan masyarakat untuk pengambilan keputusan (South, 2015; Strategic Scrutiny Group, 2019).

Pemberdayaan perempuan merupakan konsep yang menyeluruh, bervariasi dalam waktu dan tempat antara budaya, orang, jenis kelamin, pekerjaan serta posisi dalam hidup. Kedudukan perempuan akan mengalami perbaikan jika perempuan bisa mandiri dan dapat bertanggung jawab atas keputusan yang berhubungan dengan kehidupannya. Di bawah ini ditampilkan definisi pemberdayaan dari berbagai konteks:

Tabel 2.1 Definisi Pemberdayaan Perempuan dalam konteks yang berbeda

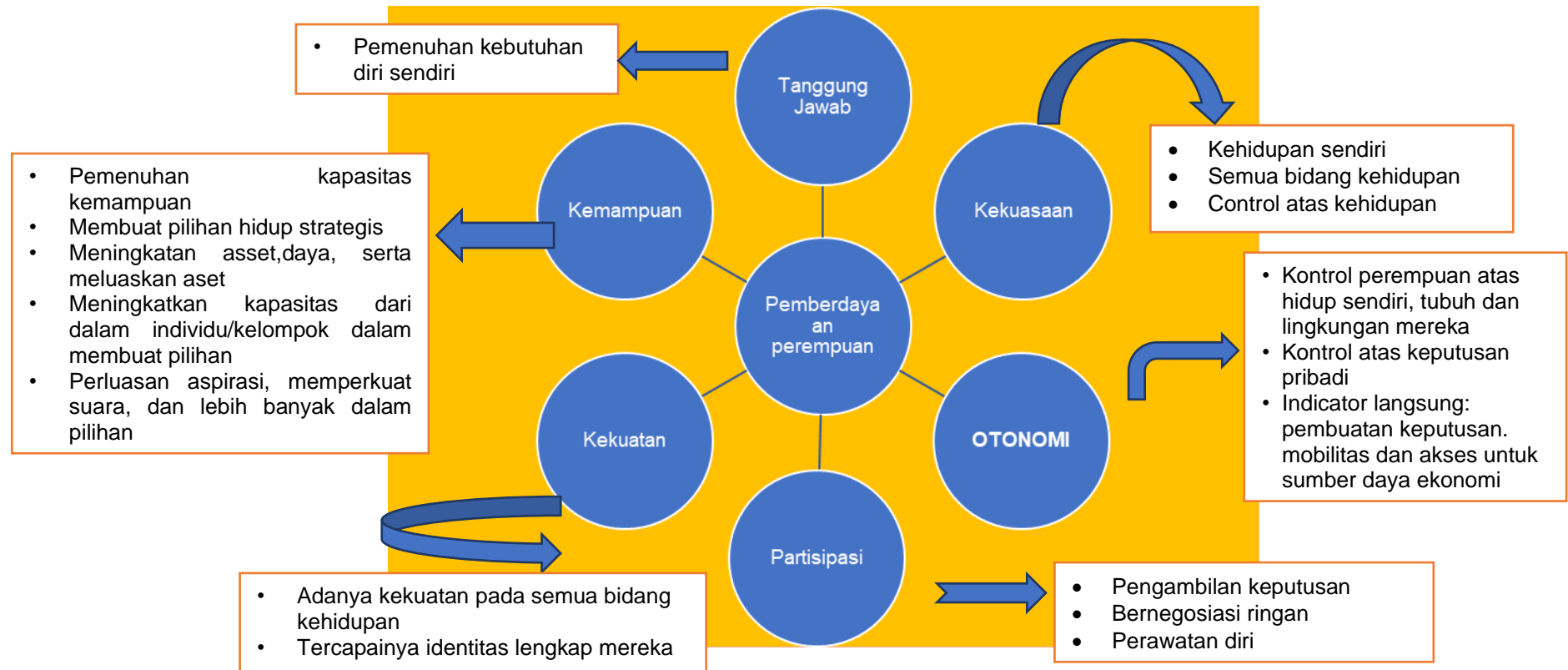
Penulis	Definisi Pemberdayaan Perempuan	Konteks
Kabeer Kishor and Gupta (2005)	Peningkatan control perempuan atas tubuh hidupnya dan lingkungan. Penekanannya lebih kepada peran perempuan dalam mengambil keputusan, kemandirian di ekonomi, hak-hak mendapatkan perlakuan hukum yang sama warisan, perlindungan pada semua bentuk diskriminasi, penghapusan hambatan pada akses sumberdaya pendidikan serta informasi.	Kemandirian dalam pengambilan keputusan, dan otonomi pribadi
Kameda and Shimada (2008)	Pemberdayaan pada perempuan hamil sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan pribadi serta meningkatkan kemandirian, yang didapatkan dari adanya interaksi dengan komunitas lingkungan mereka serta orang lain, yang mengarahkan untuk meningkatkan kekuatan psikologis secara spontan agar tercapai masa hamil dan masapersalin sesuai harapan (Kameda and Shimada, 2008a)	Kemandirian, dan tanggungjawab
World Bank (2012)	Proses meningkatkan kemampuan seseorang atau kelompok dalam membuat pilihan untuk dirinya sendiri serta mampu mengubah pilihannya tersebut pada tindakan sesuai harapannya (World Bank, 2011).	Kemampuan
Mahmud, dkk (2012)	Pemberdayaan merupakan proses yang dinamis, multidimensi yang dipengaruhi sumberdaya, pengaturan, yang pengukurannya dengan 4 faktor penentu: status demografis /umur; status ekonomi/kekayaan, status sosial, sekolah perempuan, serta eksposur media untuk TV atau radio (Mahmud, Shah and Becker, 2012a)	Sumberdaya
Bill dan Melinda Gates Foundation (2012)	Pemberdayaan merupakan suatu proses perubahan yang sedang berlangsung dari perempuan dan anak perempuan mengembangkan aspirasi mereka, memberikan kebebasan mereka berpendapat, serta pilihan itu banyak (Bill & Melinda Gates Foundation, 2012a).	Kemampuan

Penulis	Definisi Pemberdayaan Perempuan	Konteks
Small, dkk (2013)	Pemberdayaan adalah keadaan psikologis yang mengarahkan ke pada hubungan sosial yang efektif dari individu, manajemen diri serta partisipasi dalam perawatan diri, dan peningkatan pada status kesehatan seorang perempuan (Bhalotra and Clots-Figueras, 2014a)	Interaksi, manajemendiri, partisipasi
O'Neil, dkk (2014)	Pemberdayaaan perempuan adalah suatu serta ditemukan kekuasaan, adanya pilihan dan control pada kehidupan mereka (Neil, Domingo and Valters, 2014)	Kekuasaan

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan perempuan mencakup:

- a. Suatu proses keahlian dalam meningkatkan kemampuan individu serta kelompok dalam membuat keputusan tepat, dengan cara perluasan pemikiran serta menguatkan suara perempuan dan meningkatkan nilai mereka serta kemampuan perempuan untuk akses pada sumber daya;
- b. Kuasa atas kehidupan perempuan itu sendiri dan juga pada semua aspek kehidupan, agar memiliki control atas kehidupan mereka sendiri;
- c. Kemandirian perempuan untuk mengontrol kehidupannya, tubuhnya serta lingkungan, lewat perannya dalam pengambilan keputusan, control atas keputusan pribadi, meningkatkan kesadaran dalam penentuan pilihan, kemandirian ekonomi, hak-hak atas hukum dalam mendapatkan perlakuan yang sama, termasuk warisan, perlindungan dari segala jenis diskriminasi, dan akses pada informasi dan sumberdaya pendidikan.
- d. Indikatornya mencakup pembuatan keputusan, mobilitas dan akses untuk sumber daya ekonomi yang dapat dilihat baik sebagai hasil maupun proses;
- e. Perempuan ikut berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan, bernegosiasi ringan dan partisipasi dalam merawat diri;
- f. Kekuatan perempuan pada semua bidang kehidupan serta mewujudkan identitas lengkap mereka;
- g. Perempuan bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan diri, perawatandiri, serta manajemen diri untuk peningkatan status kesehatan serta kemandiriannya untuk mencapai derajat kesehatan yang baik.

Sebuah penelitian yang dilakukan di Sub Sahara dengan data survey nasional hasilnya menyatakan ada delapan kategori dimensi pemberdayaan perempuan yang dilihat yaitu: sosial budaya, pendidikan, ekonomi yang mapan, pekerjaan, sikap perempuan dalam kekerasan rumah tangga, seksual, pengambilan keputusan reproduksi. Penelitian ini menyatakan bahwa perempuan mampu dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan reproduksinya sendiri. Adanya hubungan yang signifikan terhadap kunjungan antenatal (Kareem, Morhason-Bello, Funmilola M. Ola Olorun, *et al.*, 2021), penelitian yang lain dengan penggunaan pada analisis survey demografi di negara Asia Tenggara, menyebutkan perlunya aspek pemberdayaan perempuan yang terkait dengan kesempatan bekerja, ketidak setujuan adanya kekerasan dalam rumah tangga, kekuatan dalam mengambil keputusan pada perempuan serta tingkat pengetahuan perempuan berpengaruh terhadap capaian kunjungan antenatal sebanyak empat kali selama kehamilan (Sebayang, Efendi and Astutik, 2019b).



Gambar 2.1 Definisi Pemberdayaan Perempuan Dalam Berbagai Konteks

Sumber: Kabeer (2005); Kishor (2005); Kameda & Shimada (2008); Bank Dunia (2012); Mahmud, dkk (2012); Bill dan Melinda Gates Foundation (2012); Small, dkk (2013); O'Neil, dkk(2014)

2.2 Elemen Kunci Pemberdayaan Perempuan

Kabeer, (1999) dan Bill & Melinda, (2012) mengemukakan bahwa ada elemen kunci dari pemberdayaan perempuan, yaitu (Kabeer 1999):

2.2.1 *Resources* (sumberdaya)

Resources merupakan media yang melaksanakan perannya. Yang pendistribusiannya bisa lewat berbagai hubungan dalam suatu masyarakat melalui bermacam macam institusi. Pendistribusian bisa dengan cara sumberdaya biasanya tergantung pada kemampuan dalam penentuan prioritas serta dalam penegakan klaim. Sumber daya kunci yang difokuskan dalam pemodel kami termasuk perempuan serta integritas tubuh perempuan (kesehatan, keselamatan, dan keamanan), adanya asset berupa keuangan dan asset produktif, keterampilan serta pengetahuan, modal social dan waktu serta dan kesadaran kritis.

- 1) Integritas tubuh, Integritas tubuh berfokus pada kesehatan perempuan dan anak perempuan khususnya pada akses perawatan kesehatan fisik dan mental dimana perempuan berperan dalam membuat keputusan terkait tubuh serta kesehatan yang tidak dibatasi hambatan institusional, seperti diskriminasi oleh penyedia layanan kesehatan atau pembatasan pilihan perawatan kesehatan dengan pasangannya atau anggota rumah tangga lainnya.
- 2) Kesadaran kritis pertanyaan terkait ketidaksetaraan dan kekuasaan yang memperjelas hak perempuan dan anak perempuan akan muncul saat mereka melakukan identifikasi.
- 3) *Assets* mencakup baik sumber daya berwujud dan tidak berwujud seperti ekonomi, sosial, atau produktif, yang secara langsung dapat menghalangi pengaktifan pemberdayaan perempuan.

2.2.2 *Agency* (Perempuan)

Agency dibedakan antara *negative/ pasif dan positif / agency aktif*. *Agency* positif/aktif adalah kemampuan seseorang dalam berbuat serta melakukan sesuatu sesuai pilihan hidupnya, tujuannya juga dalam menghadapi tantangan dari yang lain.

Agency juga berkaitan pada pemberdayaan untuk melakukan sesuatu yaitu menantang hubungan kekuasaan. Pentingnya kepercayaan serta nilai dalam melegitimasi ketimpangan, dimana prosesnya ini

biasanya dimulai dari dalam. Agency menghasilkan tiga ekspresi yaitu mengambil keputusan, kepemimpinan, serta tindakan kolektif.

1) Pengambilan Keputusan (*decision making*)

Pemberdayaannya pada kemampuannya dalam mengambil keputusan sesuai rencana sendiri. Perempuan atau wanita dilibatkan dalam pemberdayaan dalam mengambil keputusan saat dia mengeluarkan pendapatnya untuk mempengaruhi keputusan kunci, menyadari, serta dapat bertindak atas diri sendiri.

2) Kepemimpinan (*leadership*)

Leadership / kepemimpinan dapat berupa ekspresi yang menentukan dari *agency* saat kepemimpinan dilakukan oleh perempuan dan anak perempuan serta dapat menginspirasi perubahan sosial yang efektif dalam berpartisipasi di pemerintahan dalam rangka peningkatan status perempuan dan wanita lain dan diri individu sendiri.

3) Tindakan kolektif (*collection action*)

Tindakan kolektif melibatkan perempuan dan anak perempuan. Saat mereka berkumpul bersama dalam solidaritas serta mengeluarkan suaranya untuk mentransformasikan *agency* terkait dengan hubungan kekuasaan. Tindakan kolektif merupakan alat yang teruji dalam melakukan transformasi sosial serta sebagai dasar bagi perempuan serta pemberdayaan perempuan di masyarakat.

2.2.3 *Achievements (well-being outcomes)*

Sumber daya ini membentuk kemampuan seseorang: berupa penggalan potensi dalam melewati kehidupannya yang mereka ingin capai. Istilah 'prestasi' dimana potensi ini direalisasikan atau gagal direalisasikan berupa hasil dari upaya masyarakat. Hubungannya dengan pemberdayaan, dan prestasi ini dilakukan dipertimbangkan sesuai yang dilaksanakan *agency* beserta konsekuensinya.

Prestasi merupakan kemampuan seseorang dalam menyadari hasil (yaitu sumber daya dan *agency*). Perlunya dicatat perbedaan dari prestasi dalam menantang ketidaksetaraan, dari pada perbedaan di preferensi atau karakteristik pribadi individu, seperti kemalasan, di mana kekuasaan tidak menjadi masalah (Kabeer 1999, 2005).

2.2.4 *Institutional structure* (struktur kelembagaan)

Institutional structure merupakan pengaturan dalam sosial, baik dari aturan formal maupun informal serta praktek, seperti bentuk dalam kemampuan serta pengaruh perempuan dan anak perempuan dalam melakukan ekspresi pada lembaga dan membuat kontrol yang jelas atas sumber daya struktur. Struktur kelembagaan ini bisa dilihat dalam lingkup keluarga, masyarakat, pasar, dan negara. Struktur kelembagaan ini terdiri dari hukum formal serta kebijakan termasuk norma-norma yang membentuk hubungan antara individu maupun kelompok sosial. Kerabat, penyedia layanan, mitra, teman sebaya, otoritas pemerintah, dan sebagainya. Pemberdayaan perempuan dan anak perempuan dapat mempengaruhi pemberdayaan dengan cara yang positif maupun negatif.

2.3 **Determinan Pemberdayaan Perempuan Dalam Penurunan AKI**

2.3.1 *Demographic status* (usia perempuan)

Mahmud dkk (2012) mengemukakan bahwa pemberdayaan perempuan berhubungan dengan usia (Mahmud, Shah and Becker, 2012b). Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemberdayaan perempuan. Borghei, dkk, (2017) menunjukkan bahwa pemberdayaan dapat diprediksi dengan faktor individu, seperti usia ibu, usia saat menikah, usia kehamilan pertama, usia pernikahan, ukuran keluarga, etnis Persia, otonomi keuangan, partisipasi dalam kelas prenatal, dan faktor relasional seperti dukungan spiritual, kepuasan pernikahan dan mengalami kekerasan selama kehamilan (Borgheiet *al.*, 2017). Peneliti lain juga menemukan bahwa ada hubungan antara pemberdayaan dengan tingkah reproduksi, faktor yang mendasari seperti usia, usia saat menikah, dan usia pada kehamilan pertama merupakan faktor yang mempengaruhi pemberdayaan perempuan.

2.3.2 *Economic status* (*assetquintile*)

Mahmud dkk (2012) mengemukakan bahwa status ekonomi dapat mempengaruhi pemberdayaan perempuan (Mahmud, Shah and Becker, 2012b).

1) *Media exposure* (TV dan atau radio)

Peningkatan pengetahuan yang bersumber dari media dapat mempengaruhi sikap (Mahmud, Shah and Becker, 2012b).

2) *Pola psikologis*

Sharma dan Sanchita (2016) mengungkapkan bahwa faktor-faktor psikologis bertindak sebagai penentu/ determinan utama dari tingkat pemberdayaan perempuan (Sharma and ., 2016). Studi konseptual ini menganalisis pola psikologis dan implikasi pengetahuan, sikap dan motivasi dalam pemberdayaan perempuan, berupa aspek yang menghambat dan menyarankan alternatif untuk mengatasi pola tradisional dan stereotip yang dianggap melekat pada perempuan.

Faktor penentu (pola psikologis dari masyarakat, keluarga dan perempuan) mempengaruhi enam indikator (pendidikan, kebebasan pendidikan, kontribusi ekonomi, kebebasan ekonomi, manajemen rumah tangga dan pengambilan keputusan, status dirasakan dalam rumah tangga dan kesehatan) yang secara langsung mempengaruhi status pemberdayaan perempuan.

3) *Status keuangan*

Pemberdayaan perempuan dengan status keuangan terdapat hubungan yang dikendalikan oleh usia ibu. Selain itu, dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Ghana, usia ibu hamil disarankan sebagai faktor penting dalam pemberdayaan mereka dan kehadiran suami selama perawatan prenatal.

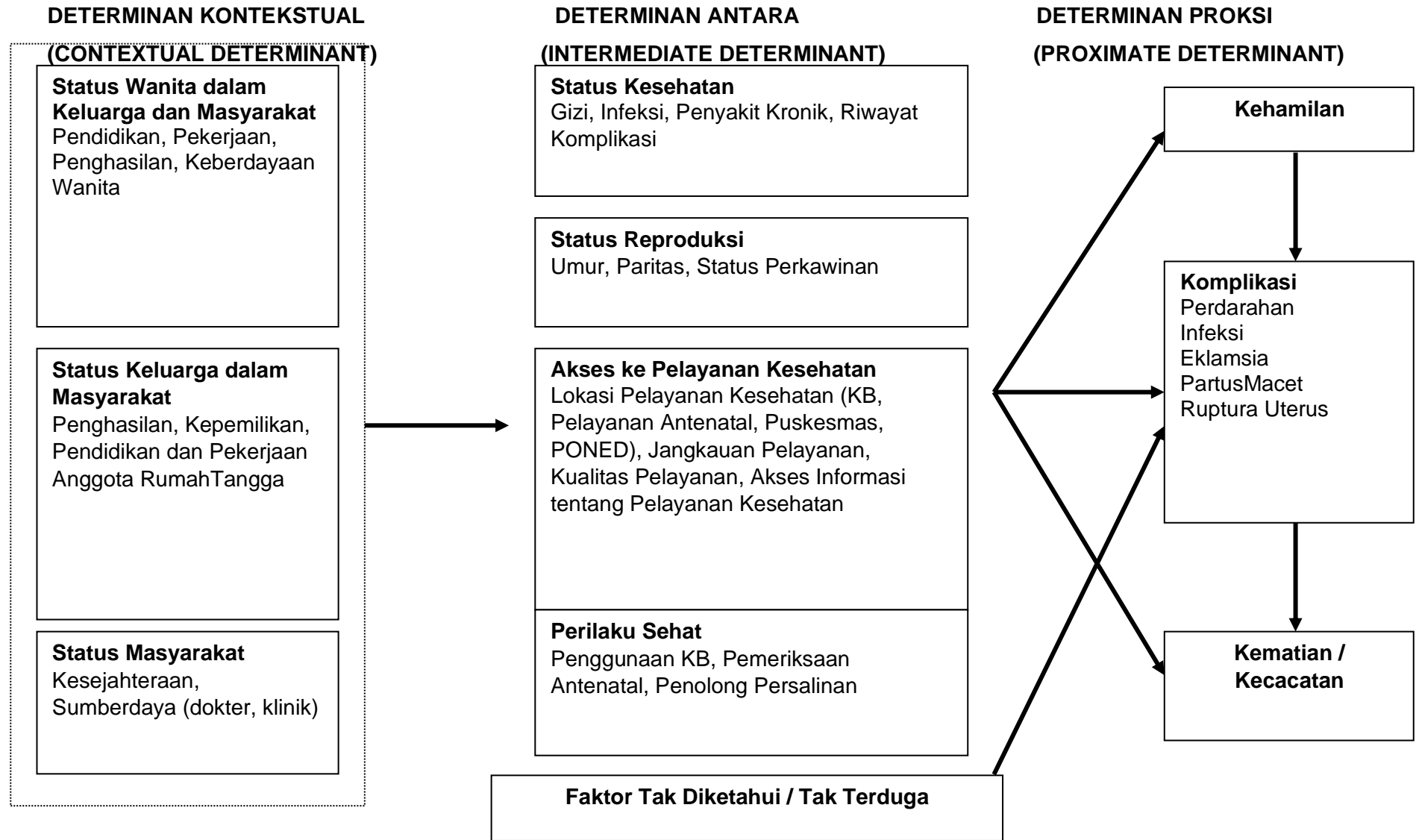
4) *Tingkat pendidikan*

Tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan pemberdayaan perempuan (Shah and Becker, 2012b; Amenuet *et.al.*, 2016). Tingkat pendidikan mempengaruhi pemberdayaan perempuan karena semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar pula kesempatan perempuan untuk mengungkapkan kebutuhan dan dapat mengungkapkan bahwa mereka benar.

5) *Kontribusi pemberdayaan perempuan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir*

Berdasarkan kerangka dari Mc Charty dan Maine dalam Perbawati (2019), kejadian kematian ibu dapat dipengaruhi oleh faktor kontekstual seperti strata perempuan di keluarga dan masyarakat baik dari pendidikan, pekerjaan, dan kemiskinan.

Meskipun determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian ibu, akan tetapi faktor sosiokultural, ekonomi, keagamaan dan faktor – faktor lain juga perlu menjadi pertimbangan dan diaplikasikan dalam proses pencegahan kematian ibu. Termasuk dalam determinan kontekstual adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan ibu dan kemiskinan. Kerangka determinan kematian ibu dapat dirumuskan sebagai berikut (McCarthy and Maine dalam Perbawati 2019):



Gambar 2. 2 Determinan Kematian Ibu (McCarthy dan Maine dalam Perbawati 2019)

WHO (2015) menjelaskan tentang bagaimana kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, seperti (WHO, 2015)

- 1) Perempuan yang diberdayakan paham akan nilai mereka di masyarakat serta dapat menuntut hak mereka untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Sistem kesehatan yang baik dapat mengurangi kematian ibu dan bayi serta cacat neonatal adalah sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik itu memberikan perawatan berkualitas sebelum dan sepanjang kehamilan, persalinan serta periode postpartum. Ini termasuk akses ke tenaga kesehatan terlatih dan transportasi yang cepat dan handal dalam penanganan kegawatdaruratan. Mempromosikan kesetaraan jender menciptakan kondisi dan consensus untuk menyediakan layanan yang menyelamatkan jiwa, memastikan bahwa wanita mendapatkan manfaat dari kebijakan publik dan pengeluaran anggaran.

Penggunaan layanan perawatan kesehatan ibu dipengaruhi oleh peran perempuan dalam pengambilan keputusan dan sikap perempuan terhadap kekerasan domestik, setelah dikontrol untuk sejumlah faktor sosio-ekonomi dan demografi yang diorganisasikan pada individu, rumah tangga, dan tingkat komunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tindakan kebijakan yang meningkatkan pemberdayaan perempuan di rumah bisa efektif dalam membantu menjamin kesehatan ibu yang baik (Sado, Spaho and Hotchkiss, 2014).

Studi Haddrill, dkk (2014) menunjukkan bahwa keterlambatan perempuan mengakses layanan kesehatan untuk pemeriksaan antenatal disebabkan karena tiga hal, yaitu karena: 1) ketidaktahuan ibu hamil (tidak ada gejala klasik, salah tafsir), keyakinan (usia, subfertil, penggunaan kontrasepsi, hambatan awam); 2) mengetahui, namun menghindari, hal ini disebabkan ambivalensi, ketakutan, perawatan diri), menunda untuk pemeriksaan ANC (rasa takut, layanan yang tidak menghargai, perawatan diri); dan 3) tertunda, karena kegagalan profesional dan sistem, masalah pengetahuan dan pemberdayaan (Haddrill *et al.*, 2014).

Studi di Asia telah menunjukkan korelasi positif antara kesetaraan gender dengan kemampuan wanita untuk mencari dan advokasi terhadap layanan untuk dirinya sendiri dan anak-anaknya (Mistry, Galal, and Lu 2009)

- 2) Perempuan yang berpendidikan (mereka yang memiliki minimal pendidikan menengah) lebih mudah mengutarakan keinginan dan kebutuhan serta menegaskan bahwa mereka benar. Keputusan untuk menikah, penundaan kehamilan, serta jumlah anak, lebih mampu mengambil keputusan secara tepat waktu untuk mengakses layanan perawatan kesehatan. Semua ini kaitannya dengan peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Sen, Ostlin, and George 2007).

Perempuan yang terdidik akan lebih tinggi memperhatikan kesehatannya dan keluarga, berbeda dengan perempuan dengan tingkat pendidikan yang rendah, cenderung kurang informasi tentang kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan yang akan membahayakan ibu hamil maupun bayinya. Perempuan terutama di daerah pedesaan dengan pendidikan rendah, cenderung tidak memiliki hak untuk mengambil keputusan dan dengan budaya 'berunding' dapat menghambat proses merujuk.

Sebuah studi yang melibatkan 287.035 pasien rawat inap melahirkan di fasilitas kesehatan di 24 negara berpenghasilan rendah dan menengah ditemukan bahwa ibu dengan lama pendidikan kurang 6 tahun berpeluang memiliki dua kali lebih besar mengalami kematian ibu jika dibandingkan dengan ibu yang memiliki lama pendidikan lebih dari 12 tahun (Karlsen *et al.*, 2012). Dalam beberapa decade terakhir, banyak perubahan telah terjadi dalam kehidupan perempuan yang dapat mempengaruhi kematian ibu melalui mekanisme pemberdayaan perempuan. Dengan pemberdayaan berarti kita meningkatkan perempuan dan kemampuan mereka untuk membuat pilihan hidup strategis (Kabeer, 1999b). Perubahan global yang telah memberikan kontribusi tinggi untuk pemberdayaan perempuan adalah meningkatnya tingkat pendidikan perempuan (United Nation's Children's Fund, 2014).

Perempuan yang lebih berdaya (berdasarkan pendidikan, kekayaan, dan otonomi) lebih mungkin untuk menggunakan kontrasepsi, menghadiri klinik antenatal, dan memanfaatkan tenaga penolong persalinan terlatih dan faktor-faktor yang dapat berkontribusi untuk menurunkan kematian ibu (Corroon *et al.*, 2014).

- 3) Secara khusus, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan melindungi terhadap penyebab utama kematian ibu dan kecacatan bayi,

perdarahan, sepsis, konsekuensi dari aborsi yang tidak aman, persalinan lama dan persalinan macet dan eklamsia serta mengurangi tiga faktor yang mengakibatkan tertundanya mengakses perawatan darurat, seperti:

- 1) Meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan perempuan, keluarga dan komunitas meningkatkan rutinitas keibuan dan kebutuhan kesehatan bayi baru lahir, tanda dan gejala komplikasi kehamilan meliputi kapan, di mana dan bagaimana memperoleh perawatan darurat yang sesuai (ketika suami atau ibu mertua sering mengambil keputusan untuk mencari dan membayar untuk transportasi dan pengobatan). Dengan demikian menangani faktor keterlambatan yang pertama dan kedua: memutuskan untuk mencari perawatan; dan mencapai layanan darurat yang sesuai.

Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda-tanda bahaya kebidanan (selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum) rendah dan dipengaruhi oleh daerah tempat tinggal (Hailu, Gebremariam and Alemseged dalam Farida 2019). Strategi yang sesuai termasuk penyediaan informasi yang ditargetkan, pendidikan dan komunikasi. Amenu, dkk, (2016) juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu dan suami, penghasilan bulanan keluarga, menjadi multipara, tindak lanjut ANC selama kehamilan terakhir, dan tempat persalinan terakhir adalah variabel yang ditemukan berhubungan signifikan dengan pengetahuan wanita tentang bahaya komplikasi (Amenuet *al.* 2016b). Responden tidak memiliki pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kebidanan dan faktor-faktor seperti status pendidikan, tempat persalinan terakhir, dan tindak lanjut antenatal ditemukan terkait. Di sisi lain, Maseresha, dkk (2016) juga menunjukkan bahwa hanya (15,5%) responden memiliki pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kebidanan (Maseresha, Woldemichael and Dube, 2016).

Status subordinat perempuan merupakan kunci determinan sosial dari kesehatan ibu, seksual dan reproduksi yang buruk. Upaya lebih lanjut diperlukan untuk pemberdayaan perempuan yang memungkinkan mereka dalam pengambilan keputusan (Jat *et al.*, 2015). Rendahnya status perempuan dalam masyarakat, budaya dan kepercayaan adalah faktor yang menyebabkan wanita gagal untuk

mengakses pelayanan kesehatan (WHO, 2015). Mrisho, dkk dalam Jauharyah (2019) menemukan tradisi dan budaya di pedesaan Tanzania, serta pola pengambilan keputusan kekuasaan di keluarga mencegah wanita untuk kefasilitas kesehatan. Perubahan sistemik dan institusional yang harus dilakukan adalah peningkatan pendanaan public untuk perawatan antenatal berbasis bukti, penolong persalinan yang terampil dan tersedianya layanan transportasi darurat.

- 2) Meningkatkan referensi anak perempuan dan menurunkan preferensi anak laki-laki akan meningkatkan kesetaraan akses ke makanan dan layanan kesehatan, sehingga meningkatkan kesehatan kehamilan dan melindungi terhadap *stunting*, faktor risiko untuk persalinan yang terhambat. Selama masa kehamilan, meningkatkan keamanan pangan dan menghilangkan praktek makan yang berbahaya, memungkinkan mendapatkan berat badan yang tepat dan mengurangi kemungkinan kekurangan mikronutrien termasuk zat besi, yodium, vitamin A dan folat. Mengurangi kerentanan terhadap infeksi dan komplikasi perdarahan dan meningkatkan hasil kelahiran untuk bayi yang baru lahir (*World Health Organization (WHO) no date*).

Menanamkan nilai-nilai kesetaraan dan keadilan gender (KKG) merupakan suatu langkah strategis untuk membuat perubahan. Ketidakadilan dapat diatasi jika nilai-nilai KKG dipahami dan dipraktekkan dalam kehidupan keluarga, masyarakat, bangsa, dan negara maka berbagai ketidak-adilan akan dapat diatasi. Apabila berbagai bentuk ketidakadilan yang membelenggu hak-hak perempuan dapat diatasi, maka kualitas hidup perempuan akan meningkat yang pasti akan berdampak pada kualitas hidup anak yang dikandung, dilahirkan dan dibesarkan. Indeks pembangunan manusia (IPM) Indonesia yang sekarang masih berada dalam posisi 111 dari 177 negara, artinya tidak dapat lepas dari upaya untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan.

- 3) Menghilangkan pernikahan usia dini akan mengurangi risiko melahirkan anak di usia dini, yang akan menempatkan remaja dan bayi baru lahir pada risiko tinggi; sebagai penyebab utama kematian

ibu. Orang-orang yang bertahan hidup berada pada risiko yang lebih besar untuk fistula vesikovaginal dan bentuk morbiditas lainnya. Di antara perubahan yang paling penting terjadi secara global yang telah memberikan kontribusi untuk pemberdayaan perempuan tinggi ini adalah meningkatkan usia perkawinan (United Nations, 2015).

- 4) Meningkatkan kesetaraan gender dalam hubungan melalui intervensi, misalnya, yang melibatkan pria dan anak laki-laki, meningkatkan komunikasi mitra atau mendorong keterlibatan aktif ayah dapat menuai manfaat yang sangat besar, termasuk kesadaran mitra yang lebih besar tentang keibuan dan masalah kesehatan bayi baru lahir; peningkatan kehadiran pada kunjungan perawatan antenatal dan rujukan; keterlibatan tinggi selama keadaan darurat; peningkatan penggunaan keluarga berencana; pengambilan keputusan bersama tentang kapan harus berhubungan seks; menurunkan kekerasan pasangan; dan keterlibatan yang lebih besar dalam membesarkan anak (Continuum, 2013).
- 5) Mengurangi norma dan praktik gender yang berbahaya bagi kehamilan dan sekitar periode postpartum termasuk menunjuk wanita sebagai "najis" sehingga mengisolasi wanita selama persalinan, dan postpartum; merujuk dengan petugas yang tidak kompeten; di kurungan untuk periode postpartum berkepanjangan; dan pungutan untuk menghasilkan keturunan perempuan akan meningkatkan hasil kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
- 6) Meningkatkan keikutsertaan wanita dalam merencanakan kesehatan dan membangun penganggaran yang responsive gender di tingkat lokal, tingkat negara bagian dan nasional agar dapat mendukung layanan kebidanan darurat (menangani tiga faktor keterlambatan: penerimaan tepat waktu yang memadai dan tepat perawatan darurat untuk komplikasi) dan perawatan penyebab tidak langsung mortalitas dan morbiditas ibu seperti malaria, hepatitis, infeksi menular seksual (termasuk HIV) dan tuberkulosis. Fokus pada perawatan darurat dan primer meningkatkan kesehatan perempuan selama daur kehidupan serta bayi yang dilahirkan.
- 7) Menurunnya toleransi budaya, penerimaan sosial dan kekebalan hukum yang terkait dengan fisik dan emosional kekerasan pasangan

intim akan menurunkan insiden dan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi terkait, termasuk berat badan lahir rendah (Boy and Salihu, no date).

- 8) Mengesahkan dan menjalankan hukum pemotongan alat kelamin perempuan (apakah dilakukan oleh personel perawatan Kesehatan atau praktisi tradisional). Episiotomy akan meningkatkan risiko partus lama, lahir mati, pendarahan dan *fistula* obstetric (World Health Organization 2015). Mengingat risiko tinggi untuk perempuan, penetapan dan penegakan hukum terhadap mutilasi alat kelamin perempuan harus dilakukan. Praktik mutilasi alat kelamin perempuan ini masih dilakukan di beberapa wilayah, seperti Kenya (99%), Western (5%), dan Tanzania (Njogu and Orchardson-mazrui, 2013).
- 9) Mengurangi beban kerja fisik harian wanita, dalam masyarakat termasuk seperti mengambil air dan bahan bakar, merawat anak, mengurus rumah tangga serta bertani dan beternak terutama dalam kondisi hamil dan nifas dapat meningkatkan kesejahteraan dan melindungi terhadap pengurangan beban ibu.

Temuan Lowe (2016) menunjukkan bahwa penurunan angka morbiditas dan mortalitas ibu di Gambia berkaitan dengan praktik ketidaksetaraan gender (Lowe, Chen and Huang, 2016). Selain peran ganda perempuan, posisi mereka juga sangat tidak menguntungkan dalam keluarga. Tugas ini membuat ibu hamil untuk menanggung beban kerja yang berat, dengan cuti sakit yang terbatas dan hampir tidak ada sumber daya untuk mengakses prenatal. Pembagian kerja antara pria dan wanita dalam rumah tangga adalah perempuan sering terlibat dalam pekerjaan lapangan yang tidak dibayar dengan sedikit sumberdaya ekonomi, dan tugas rumah tangga mereka selama kehamilan tidak diringankan oleh suami mereka atau anggota rumah tangga poligami lainnya.

- 4) Membatasi jumlah kehamilan yang tidak diinginkan untuk menjamin kesehatan khususnya secara seksual dan reproduksi perempuan dan anak perempuan melalui hak akses ke informasi dan layanan seperti keluarga berencana, kontrasepsi darurat, aman aborsi perawatan di mata hukum dan semua kasus akses keperawatan pasca aborsi, akan melindungi kehidupan ribuan orang wanita.

Beberapa peneliti telah menemukan terdapat korelasi kuat antara jumlah tingkat kesuburan dan kematian ibu saat perempuan mampu membatasi jumlah kelahiran, maka mereka mengurangi jumlah kali mereka terkena risiko kematian, serta kemungkinan mengalami kehamilan mengancam hidup karena paritas tinggi (Hussein *et al.*, 2012), kedua faktor ini bisa membuat *total fertility rate* (TFR) predictor AKI.

- 5) Kesenjangan dapat dilihat dari angka kesehatan ibu dan bayi baru lahir bisa bertahan bahkan di negara-negara dengan tingkat kematian dan morbiditas ibu yang rendah. Fokus pada populasi di mana kesehatan kurang optimal yaitu: pendapatan rendah, pedesaan, pribumi, minoritas yang kurang terwakili dan Wanita imigran.

Perempuan yang memiliki kekuatan dalam politik di tingkat nasional atau regional, akan memperhatikan layanan yang sebelumnya diabaikan, seperti perawatan bersalin atau akses ke aborsi yang aman, menerima lebih banyak dana dan perhatian (Downs *et al.*, 2014).

Upaya untuk memahami perbedaan yang mencolok dalam masalah kematian ibu, beberapa peneliti telah mengakui pentingnya kemauan politik (Prata *et al.*, 2013). Sebuah analisis studi kasus dari lima negara berpenghasilan rendah menyimpulkan bahwa pendanaan dan teknis intervensi internasional tidak cukup untuk mencapai pengurangan angka kematian ibu, karena negara memiliki banyak prioritas yang bersaing (Shiffman and Ved, 2014). Faktanya pembuat kebijakan perempuan lebih cenderung untuk memprioritaskan kesehatan dan pemrograman kesejahteraan sosial, termasuk kesehatan ibu (Chen 2008); Brysk and Mehta, 2014). Sebuah penelitian di India menemukan bahwa, untuk setiap satu peningkatan standar deviasi dalam jumlah perwakilan politik perempuan, pengurangan 1,5% mortalitas neonatal terjadi, karena perempuan politisi lebih cenderung mendukung antenatal care dan fasilitas kesehatan (Bhalotra and Clots-Figueras, 2014b).

2.3.3 Strategi dan Intervensi untuk Meningkatkan Pemberdayaan Perempuan

Berdasarkan pendekatan promosi kesehatan menurut Ottawa Charter (1986) dan strategi intervensi promosi kesehatan ibu dan bayi baru lahir menurut WHO (2017), bekerja dengan melibatkan perempuan,

keluarga dan masyarakat merupakan sebuah pendekatan yang strategis untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Ottawa-Charter, 1986; World Health Organization 2017a). Pendekatan ini memberikan kontribusi terhadap upaya peningkatan pemberdayaan perempuan. Hal ini bertujuan meningkatkan pengaruh dan control mereka atas kesehatan ibu, serta untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan perawatan terampil yang berkualitas.

Intervensi dengan melibatkan perempuan, keluarga dan masyarakat dianggap sebagai link yang penting dalam memperkuat keberlanjutan perawatan (Portela and Santarelli 2003). Lebih lanjut Portela dan Santarelli (2003) mengembangkan dua tingkat pemberdayaan yang akan saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain, yaitu pada tingkat individu dan pada tingkat masyarakat (kolektif)

Pada tingkat ini upaya bertujuan untuk meningkatkan sumber daya seperti kapasitas kognitif, kapasitas kompetensi dalam kesehatan dan kepercayaan diri untuk membuat pilihan gaya hidup sehat. Upaya untuk meningkatkan keterampilan dan sumber daya masyarakat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, termasuk perubahan struktural lingkungan dalam meningkatkan akses ke sumber daya sosial, ekonomi dan politik.

WHO (2017) mengemukakan beberapa strategi dan intervensi untuk bekerja dengan perempuan, keluarga dan masyarakat yang berkontribusi dalam meningkatkan pemberdayaan perempuan. Strategi intervensi tersebut adalah mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif dan siklus aksi dengan kelompok perempuan. Berikut langkah-langkah strategi intervensinya (World Health Organization (WHO), 2017b).

Pengembangan kapasitas individu melalui pemberdayaan dan partisipatif merupakan elemen yang sangat esensial. Partisipatif merupakan perwujudan tanggung jawab sosial individu terhadap komunitasnya sendiri maupun dengan komunitas luar. Sehingga memiliki rasa tanggung jawab sosial membuat mereka lebih kritis menganalisis situasi dan mengambil tindakan demi terciptanya situasi yang baik dalam komunitasnya, termasuk dalam memberdayakan perempuan.

Mitra, kerabat, teman sebaya, penyedia layanan, pemerintah, dan lain-lain semua pihak dapat mempengaruhi pemberdayaan perempuan dan anak perempuan dengan cara-cara yang positif atau negatif. Dalam artian

positif impian tentang masa depan berfungsi mengarahkan tindakan apa saja yang akan dilakukan maupun direncanakan oleh masyarakat. Dengan adanya impian tersebut masyarakat mengerti apa yang mereka inginkan maupun butuhkan (Bill & Melinda Gates Foundation, 2012b).

Diera globalisasi saat ini beberapa penelitian mengemukakan bahwa penggunaan digitalisasi dalam pemberdayaan masyarakat sangat efektif dimana seseorang dapat merencanakan memutuskan tindakan dalam melakukan segala aktifitas dan pekerjaannya. Dalam bidang kesehatan terutama di era pandemi covid 19 digunakan untuk mempromosikan literasi kesehatan kepada masyarakat oleh fasilitas kesehatan (Davis 2022; Palumbo, Nicola, and Adinolfi 2021). Dalam interpretasinya yang paling trending penggunaan digitalisasi dalam pemberdayaan pelayanan kesehatan di implementasikan sebagai pendekatan yang berpusat pada pasien dengan banyaknya aplikasi kesehatan. Adanya integrasi aplikasi kedalam sistem perawatan kesehatan berpotensi mengatasi tantangan yang ada termasuk tidak lengkapnya atau tidak standar data medis, kurangnya komunikasi dan kurangnya aksesibilitas. Penggunaan aplikasi kesehatan melalui pendekatan pemberdayaan individu yaitu pemberdayaan interaksi dapat meningkatkan promosi kesehatan dan pencegahan Risiko (Hamberger et al. 2022)

Digitalisasi tidak hanya memudahkan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa penyakit, namun juga dapat memudahkan pasien. Dokter dan tenaga medis lainnya dapat melakukan monitoring terhadap pasien secara online, selain itu digitalisasi dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Model pemberdayaan ibu hamil dapat dilihat dari berbagai sumber dan memiliki aspek yang berbeda. Berikut berbagai model pemberdayaan dari sumber yang berbeda diantaranya:

Tabel 2. 1 Model Pemberdayaan

Penulis	Model	Definisi dan Model Pemberdayaan
Taghipour et al., 2016	<i>The psychological empowerment of pregnant mothers (PEPW) model</i>	PEPW merupakan model pemberdayaan ibu hamil yang menekankan aspek psikologis. Pekerjaan ibu bersifat eksogen dan pemberdayaan psikologis merupakan variabel endogen. Kepuasan dalam pernikahan, kekerasan dan usia pernikahan merupakan variabel endogen karena dipengaruhi oleh variabel lain dalam model. Pekerjaan memiliki pengaruh yang besar terhadap pemberdayaan psikologis. Satu-satunya hubungan yang tidak signifikan adalah hubungan antara kepuasan dalam pernikahan dengan pengalaman kekerasan.
Elizabeth J Anderson et al., 2020	<i>Framework of women's empowerment</i>	Tingkat pemberdayaan perempuan berkaitan dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan pada saat melahirkan dengan mempertimbangkan paritas, usia pertama kali melahirkan, tempat tinggal pedesaan vs perkotaan dan pendidikan ibu. Model ini menemukan bahwa hanya akses ke domain layanan kesehatan dari pemberdayaan perempuan yang dikaitkan dengan persalinan berbasis fasilitas ketika faktor-faktor kunci lainnya. Akses keperawatan kesehatan adalah prediktor yang lebih baik untuk persalinan berbasis fasilitas daripada domain pemberdayaan perempuan lainnya yaitu, sikap terhadap kekerasan atau partisipasi kerja.
Kareem, Morhason-Bello, FunmilolaM OlaOlorun, et al., 2021	<i>Focused antenatal care (FANC) model</i>	Dalam model FANC tergambar semua komponen yang menyusun pemberdayaan perempuan yang merupakan gabungan dari konsep yang telah ada sebelumnya dengan rekomendasi WHO meliputi : (1) partisipasi kerja (2) kekuatan pengambilan keputusan kesehatan (3) kekuatan pengambilan keputusan rumahtangga (4) ketidaksetujuan dengan justifikasi istri dan kekerasan (5) norma gender untuk negosiasi seks (6) pengetahuan tentang KB yang terdiri dari tiga indikator (7) tingkat pengetahuan Perempuan untuk bertahan hidup dan (8) kepemilikan asset. Pemberdayaan Perempuan secara umum dikaitkan dengan jumlah kunjungan ANC dan waktu kunjungan ANC pertama yang memiliki variasi komponen di empat negara bagian Afrika sehingga model ini dapat menjadi proxy untuk negara lain.
Afulaniet al., 2017	Model Konseptual pemberdayaan perempuan dalam mengurangiprematuritas	Secara konseptual, pemberdayaan perempuan memiliki tiga domain utama yaitu ekonomi, sosial budaya dan kognitif/psikologis. Pemberdayaan ekonomi, sosial budaya, dan psikologis perempuan akan memelihara kekuatan batin, kreativitas, dan harga diri mereka dan membangun ketahanan, semuanya mengarah pada pengurangan stress. Pemberdayaan ekonomi dapat mengurangi atau menghilangkan ketegangan keuangan sebagai pemicu stress. Pemberdayaan social budaya terkait dengan norma gender tentang kekerasan pasangan oleh karena itu memiliki potensi kuat untuk mengurangi kekerasan dalam rumahtangga dan menurunkan stres.

Penulis	Model	Definisi dan Model Pemberdayaan
		Pemberdayaan psikologis, dapat berkontribusi pada ketahanan diri ibu melalui kontrol ego seperti penguasaan atau self-efficacy, dan harga diri dapat mengurangi efek negative dari stress.
Bogaleet <i>al.</i> , 2018	Model <i>treatment seeking intention</i>	Koefisien jalur standar pada model menunjukkan arah dan besarnya hubungan antara dua variabel. Dengan demikian, pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya neonatal (KDS), pengetahuan, sikap dan motivasi positif yang dirasakan dari penyedia layanan kesehatan (PPBHCP), pemberdayaan Perempuan tingkat rumah tangga (HLWE), dan persepsi biaya pengobatan (PCT) menunjukkan hubungan langsung, positif dan signifikan dengan niat mencari pengobatan (TSI). HLWE juga menunjukkan hubungan tidak langsung dengan TSI melalui hubungan langsung, signifikan dan positif dengan KDS.
Shimamoto and Gipson, 2017	Model jalur dan persamaan struktural tentang status perempuan, pemberdayaan, dan penggunaan penolong persalinan terampil (SBA)	<p>Kerangka kerja konseptual digunakan untuk memeriksa jalur yang menghubungkan status dan pemberdayaan perempuan dengan penggunaan SBA, berdasarkan definisi konseptual yang ada dan Teori Stratifikasi Gender. Model ini menggambarkan 4 temuan kunci:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaruh yang signifikan dan positif dari pendidikan perempuan terhadap penggunaan SBA, dengan proporsi yang signifikan dari efek tidak langsung dari pendidikan yang beroperasi melalui dimensi pemberdayaan. 2. Pengaruh signifikan usia saat menikah terhadap penggunaan SBA – secara langsung dan tidak langsung dan ditemukan hubungan penting seperti usia yang lebih tua pada pernikahan pertama terkait dengan sikap/peran gender yang progresif mengarah pada kemungkinan penggunaan SBA yang lebih tinggi dan kemungkinan hasil persalinan yang lebih baik. 3. Peran penting dari sikap/peran gender yang merupakan salah satu domain pemberdayaan perempuan. Keberhasilan program kesehatan seksual dan reproduksi harus berfokus pada transformasi norma gender dan mengintegrasikan laki-laki sebagai pasangan yang memberikan dukungan penuh pada penggunaan SBA. 4. Ditemukan pengaruh simultan dari beberapa dimensi pemberdayaan terhadap penggunaan SBA, dengan jelas menguraikan variasi dalam besaran signifikansi masing-masing domain.
Shimamoto and Gipson, 2019	Model persamaan struktural tentang status perempuan, pemberdayaan, dan	<p>Terdapat lima temuan kunci dari analisis SEM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaruh langsung yang signifikan dan positif dari pendidikan perempuan pada usia menikah, kekuatan pengambilan keputusan, dan sikap norma gender yang

Penulis	Model	Definisi dan Model Pemberdayaan
	penggunaan SBA	<p>progresif terhadap penggunaan SBA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Efek mediasi yang signifikan dari kekuatan pengambilan keputusan terhadap penggunaan SBA juga menyoroti pentingnya konstruksi ini dalam mengukur pemberdayaan perempuan secara umum. 3. Hasil analisis menekankan bahwa dimensi pemberdayaan perempuan yakni pada konstruksi pengambilan keputusan rumah tangga yang paling baik diwakili oleh beberapa indikator yaitu, perawatan Kesehatan sendiri, pembelian rumah tangga, kunjungan kekeluarga dan kerabat, dan tidak terbatas pada kemampuan perempuan untuk mencari perawatan kesehatan. 4. Penggunaan SEM memberikan perbandingan simultan antara beberapa domain pemberdayaan terhadap penggunaan SBA, yang mengungkapkan variasi dalam besaran dan signifikansi masing-masing domain. 5. Secara multidimensi, pemberdayaan perempuan ditegaskan oleh beragam efek dari masing-masing domainnya. Residu untuk ketiga domain secara signifikan berkorelasi satu sama lain, yang menunjukkan bahwa mungkin ada fitur serupa atau bersama dalam aspek yang tidak dapat dijelaskan dari variabel laten ini sehingga perlu dilengkapi untuk mengatasi kompleksitas tersebut dan untuk mengukur dan mendekonstruksi efek intervensi.
Saleh, 2019	<i>Application of Donabedian's Quality of Care Framework</i>	<p>Model ini mengacu pada grand theory Donabedian (1997) yang menyatakan bahwa untuk peningkatan kualitas harus ada hubungan yang diketahui antara struktur, proses, dan hasil. Struktur dievaluasi melalui pengumpulan data pada system perawatan kesehatan; untuk model ini khusus QPCQ digunakan dalam mengukur struktur dan proses kerangka kualitas perawatan. Proses dievaluasi dengan mengukur hubungan interpersonal antara ibu hamil dengan penyediaan layanan kesehatan. Hasil termasuk efek perawatan kesehatan pada ibu hami dan dalam model ini diukur dengan menilai pemberdayaan ibu hamil yang dilaporkannya sendiri terkait kehamilan diukur dengan <i>the Pregnancy-Related Empowerment Scale (PRES)</i>.</p>

2.4 Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang menjadi awal kehidupan generasi berikut, proses kehamilan ini berjalan selama sembilan bulan atau lebih dimana seseorang perempuan membawa embrio dan janin yang sedang berkembang di dalam rahimnya (WHO 2020). Berbagai faktor dapat mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan masa nifas seperti status kesehatan ibu, reproduksi, atau akses terhadap pelayanan kesehatan. Berbagai faktor ini juga berpengaruh terhadap kondisi kedaruratan maternal dan neonatal yang kapan saja bisa terjadi yang menjadi penyebab angka kematian ibu (Nirmala, et al., 2018).

AKI membedakan antara dua kategori kematian ibu. Pertama adalah kematian karena penyebab langsung obstetri (direct) yaitu kematian yang diakibatkan langsung oleh kehamilan dan persalinannya. Kedua adalah kematian karena penyebab tidak langsung (indirect) yaitu kematian pada ibu hamil yang disebabkan oleh penyakit, bukan oleh kehamilan atau persalinan.

Penyebab langsung kematian ibu (direct) Secara umum penyebab utama kematian ibu ada lima yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/ macet dan abortus. Sementara itu, kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian ibu, yaitu perdarahan, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) dan infeksi. Angka kematian untuk ketiga penyebab kematian ini telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi semakin menurun sedangkan HDK angkanya semakin meningkat, hampir 32% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2010 disebabkan oleh HDK (Amelia, S. W. N. 2019)

Penyebab tidak langsung kematian ibu (indirect) Definisi kematian ibu menunjukkan bahwa kematian ibu tidak hanya mencakup kematian yang disebabkan oleh penyebab non obstetri saja. Misalnya ibu hamil yang meninggal akibat penyakit Tuberkulosis (TBC), anemia, malaria, penyakit jantung, dan lain-lain termasuk covid 19. Penyakit tersebut dianggap dapat memperberat kehamilan dan meningkatkan risiko terjadinya morbiditas serta mortalitas. Angka kematian ibu tidak langsung di Indonesia cukup besar yaitu sekitar 22%, sehingga pencegahan dan penanganannya harus diperhatikan. Koordinasi diperlukan untuk menangani kematian tidak langsung (Amelia, S. W. N. 2019)

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah karena sebagian besar komplikasi obstetri yang terjadi dapat ditangani. Dalam upaya menyelamatkan ibu, terdapat tiga kondisi yang harus dicermati yaitu: 1) Sifat komplikasi obstetri yang tidak dapat diprediksi dialami oleh siapa dan kapan terjadi (selama hamil, bersalin, atau atau pasca persalinan terutama 24 jam pertama pasca persalinan). Hal ini menempatkan setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami komplikasi obstetri yang dapat mengancam jiwa. 2). Setiap ibu memiliki akses terhadap layanan yang sesuai yang dibutuhkan saat terjadinya komplikasi. Beberapa komplikasi dapat mengancam jiwa, sehingga harus segera mendapatkan pertolongan di Rumah Sakit yang mampu memberikan pertolongan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir. 3) Sebagian besar kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Hal tersebut merupakan waktu yang singkat, sehingga akses terhadap pelayanan pada periode ini perlu mendapatkan prioritas dalam menurunkan kematian ibu

Pada kenyataannya, langkah pencegahan dan penanganan komplikasi sering terlewatkan karena disebabkan oleh keterlambatan dalam setiap langkah, yaitu:

1. Terlambat dalam mengambil keputusan Keterlambatan pengambilan keputusan ditingkat masyarakat dapat dikaitkan oleh beberapa hal, yaitu sebagai berikut: a) Ibu terlambat mencari pertolongan tenaga kesehatan walaupun akses terhadap tenaga kesehatan 24/7 (24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu), oleh karena masalah tradisi/ kepercayaan dalam pengambilan keputusan di keluarga, dan ketidakmampuan menyediakan biaya non medis dan biaya medis lainnya (obat jenis tertentu, pemeriksaan golongan darah, transportasi untuk mencari darah/obat, dan lain-lain). b). Keluarga terlambat merujuk karena tidak mengerti tanda bahaya yang mengancam jiwa ibu. c). Tenaga kesehatan terlambat melakukan pencegahan dan mengidentifikasi komplikasi secara dini yang disebabkan karena kompetensi tenaga kesehatan tidak optimal, antara lain kemampuan dalam melakukan Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai dengan standar dan Penanganan Pertama Keadaan Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal (PPGDON). d). Tenaga kesehatan tidak mampu memberikan advokasi kepada pasien dan keluarganya tentang pentingnya merujuk tepat waktu untuk menyelamatkan jiwa ibu.

2. Terlambat rujukan ke Rumah Sakit dan rujukan yang tidak efektif, hal ini disebabkan oleh: masalah geografis, ketersediaan sarana transportasi, stabilisasi pasien komplikasi (misalnya pre syok) tidak terjadi/tidak efektif karena keterampilan yang kurang optimal dan obat atau peralatan kurang lengkap, monitoring pasien selama rujukan atau dilakukan tetapi tidak ditindak lanjuti
3. Terlambat mendapat pertolongan pertama yang adekuat dari RS rujukan, yang disebabkan oleh: a) Layanan administratif pelayanan kasus gawatdarurat di RS tidak efektif. b) Tenaga kesehatan yang dibutuhkan (Sp.OG, Sp.An, Sp.A, dan lain-lain) tidak tersedia. c) Tenaga kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia. d) Sarana dan prasarana tidak lengkap atau tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat. e). Darah tidak segera tersedia. f) Pasien tiba di RS dengan kondisi medis yang sulit diselamatkan. g). Kurang jelasnya pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pada pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif. h). Kurang informasi dimasyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh (Triana, et all., 2015).

Beberapa strategi yang digunakan dalam mencapai target Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu
Keselamatan nyawa ibu hamil, bersalin dan nifas sangat dipengaruhi oleh aksesnya setiap saat terhadap pelayanan kesehatan bidan yang berkualitas karena pada setiap kehamilan dan persalinan mempunyai risiko mengalami komplikasi yang mengancam jiwa. Mengingat pentingnya peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan, sehingga setiap ibu hamil dan bersalin yang mengalami komplikasi mempunyai akses ke pelayanan kesehatan berkualitas secara tepat waktu dan tepat guna.

Pelayanan berkesinambungan ini sangat penting pada periode proses persalinan dan dalam 24 jam pertama pasca persalinan, karena di dalam waktu yang sangat pendek tersebut sebagian besar kematian ibu terjadi. Akses terhadap pelayanan untuk kasus tertentu yang dapat memperburuk kondisi ibu hamil, bersalin dan nifas, serta kasus-kasus

yang mempunyai implikasi kesehatan dan sosial yang luas dimasa mendatang, yaitu anemia, malaria di daerah endemis, HIV/AIDS, asuhan pasca keguguran dan kehamilan pada remaja, sangat perlu mendapatkan perhatian.

2. Peningkatan peran pemerintah daerah

Peningkatan peran pemerintah daerah terhadap peraturan yang dapat mendukung secara efektif pelaksanaan program sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem pelayanan publik lainnya yang pengaturannya dalam beberapa aspek sangat ditentukan oleh kebijakan dan peraturan daerah. Misalnya penyediaan dan penempatan tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan lainnya, serta penyediaan sarana dan prasarana kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan ujung tombak dari program pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu, kebijakan penempatan tenaga kesehatan mempunyai posisi yang sangat strategis sehingga perlu diatur secara jelas dan tegas. Kebijakan perlu dilengkapi dengan penerapan reward dan punishment yang jelas, baik terhadap tenaga spesialis, dokter, bidan dan tenaga terkait kesehatan lainnya. Pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan, maka penjaminan kompetensi kesehatan perlu mendapatkan perhatian melalui berbagai upaya yang meliputi pendidikan preservice yang adekuat, pelatihan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan yang telah bekerja, penerapan kewenangan tenaga kesehatan yang sesuai, sertifikasi tenaga dan fasilitas kesehatan, pemberian ijin praktik tenaga kesehatan dan upaya audit pelayanan terhadap tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan.

Peran pemerintah daerah dan pemerintah pusat dalam pengaturan ketersediaan dan kualitas tenaga kesehatan diharapkan dapat berfungsi dengan efektif. Ketersediaan tenaga yang kompeten saja tidak cukup tanpa didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai, termasuk ketersediaan darah. Perlu dilakukan koordinasi yang baik antara UTD RSUD dengan PMI, UTD RS yang lebih tinggi (provinsi) dan UTD RS swasta dalam penyediaan darah untuk pasien. Penguatan sistem rujukan perlu mendapatkan dukungan yang kuat dari Pemerintah Daerah dan pemangku kepentingan lainnya, sehingga pasien yang dirujuk segera mendapatkan pertolongan. Proses rujukan memerlukan keterlibatan

berbagai pihak yaitu masyarakat, tenaga dan fasilitas kesehatan ditingkat pelayanan kesehatan dasar, RS pemerintah maupun swasta termasuk UTDRS, dan PMI. Perlu dipertimbangkan upaya regionalisasi daerah yang disesuaikan dengan kondisi daerah masing-masing, agar ada kejelasan dalam tujuan tempat rujukan. Upaya regionalisasi tersebut antara lain plaster pulau, plaster daerah pantai, plaster wilayah kota dengan kabupaten terdekat, dan sebagainya. Untuk hal ini, dukungan melalui Peraturan Gubernur dapat membantu mempermudah upaya regionalisasi rujukan.

3. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam pengaturan kehamilan dan persalinan seharusnya merupakan keputusan yang dibuat bersama antara calon ibu dengan suami dan keluarganya, bukan merupakan keputusan yang tidak diinginkan oleh ibu, baik oleh karena alasan kesehatan ataupun alasan kesiapan lainnya, Keluarga perlu pengertian bahwa setiap kehamilan harus merupakan kehamilan yang diinginkan oleh ibunya, termasuk kapan kehamilan dikehendaki dan berapa jumlah anak yang diinginkan. Selain itu perlu dilakukan upaya peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dan masyarakat tentang pentingnya memahami bahwa setiap kehamilan berisiko mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, oleh karena itu perlu dilakukan perencanaan persalinan dengan baik dan pencegahan serta pencarian pertolongan segera apabila terjadi komplikasi (kesiapan transportasi, dana dan calon pendonor darah) (Triana, et al., 2015).
4. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Point of Care of Quality Improvement (POCQI) di RS yang telah melaksanakan program Quality Improvement dengan difasilitasi hibah UNICEF. Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan pemantauan pelaksanaan langkah-langkah peningkatan mutu pelayanan maternal dan neonatal dalam upaya mendukung penurunan AKI dan AKN di RS, dengan melibatkan peran Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten dan/ atau Kota (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Penjabaran point pertama peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak yang merupakan salah satu tugas fungsi seluruh fasilitas layanan kesehatan. Prinsip dan pengelolaan pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA

secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok: 1). Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya. 2). Peningkatan pertolongan persalinan yang ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga professional secara berangsur.3).Peningkatan deteksi dini Risiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus. 4). Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

Program kesehatan ibu dan anak difasyankes diawasi melalui manajemen Kegiatan KIA Pemantauan kegiatan KIA dilaksanakan melalui Pemantauan Wilayah Setempat KIA (PWS-KIA) dengan batasan Pemantauan Wilayah Setempat KIA adalah alat untuk pengelolaan kegiatan KIA serta alat untuk motivasi dan komunikasi kepada sektor lain yang terkait dan dipergunakan untuk pemantauan program KIA secara teknis maupun non teknis. Melalui PWS-KIA dikembangkan indikator-indikator pemantauan teknis dan non teknis, yaitu:

1. Indikator Pemantauan Teknis: Indikator ini digunakan oleh para pengelola program dalam lingkungan kesehatan yang terdiri dari:
 - a) Indikator Akses
 - b) Indikator Cakupan Ibu Hamil
 - c) Indikator Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
 - d) Indikator Penjaringan Dini Faktor Risiko oleh Masyarakat
 - e) Indikator Penjaringan Faktor Risiko oleh Tenaga Kesehatan
 - f) Indikator Neonatal
2. Indikator Pemantauan Non teknis: Indikator ini dimaksudkan untuk motivasi dan komunikasi kemajuan maupun masalah operasional kegiatan KIA kepada para penguasa di wilayah. sehingga dimengerti dan mendapatkan bantuan sesuai keperluan. Indikator indikator ini dipergunakan dalam berbagai tingkat administrasi, yaitu:
 - a) Indikator pemerataan pelayanan KIA. Untuk ini dipilih indikator AKSES (jangkauan) dalam pemantauan secara teknis memodifikasinya menjadi indikator pemerataan pelayanan yang lebih dimengerti oleh para penguasa wilayah.
 - b) Indikator efektivitas pelayanan KIA. Untuk ini dipilih cakupan (coverage) dalam pemantauan secara teknis dengan

memodifikasinya menjadi indikator efektivitas program yang lebih dimengerti oleh para penguasa wilayah.

Kedua indikator tersebut harus secara rutin dijabarkan per bulan, per desa serta dipergunakan dalam pertemuan- pertemuan lintas sektoral untuk menunjukkan desa desa mana yang masih ketinggalan. Pemantauan secara lintas sektoral ini harus diikuti dengan suatu tindak lanjut yang jelas dari para penguasa wilayah perihal peningkatan penggerakan masyarakat serta penggalian sumber daya setempat yang diperlukan

Indikator penjangkauan deteksi dini faktor risiko oleh mtenaga kesehatan dan masyarakat 20% dari target sasaran ibu hamil pertahun di wilayah kerja puskesma Risiko tinggi pada kehamilan meliputi:

1. Hb kurang dari 8 gram %
2. Tekanan darah tinggi yaitu sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg c. Oedema yang nyata
3. Eklampsia
4. Pendarahan pervaginaan
5. Ketuban pecah dini
6. Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
7. Letak sungsang pada primigravida
8. Infeksi berat atau sepsis
9. Persalinan premature
10. Kehamilan ganda
11. Janin yang besar
12. Penyakit kronis pada ibu antara lain Jantung, paru, ginjal
13. Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan

Komplikasi kehamilan selain yang tertera diatas dalam modul blanded learning bagi dokter dan bidan dikemukakan beberapa faktor Risiko yang dikategorikan untuk di deteksi secara dini menjadi Risiko tinggi bagi seorang perempuan untuk hamil dan ketika hamil dapat mengakibatkan komplikasi kehamilan antara lain:

- a. Usia: (Kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun)
- b. Jumlah Anak \geq 3 orang
- c. Jarak Kehamilan $<$ 2 tahun
- d. Indeks Massa Tubuh (IMT) yakni $<$ 18,5 (KEK) dan $>$ 25,0

- e. Kondisi Kesehatan antara lain: HB <12 mg/dL, Penyakit menular (HIV, Sifilis, Hepatitis, TB, malaria, kecacangan, dll), Penyakit tidakmenular (DM, Hipertensi, Jantung, auto imun, kanker, stroke, dll), Kesehatan Jiwa, Penyakitgenetik: Talasemia, Hemofilia

Berbagai faktor Risiko tinggi diatas dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi pada masa kehamilan persalinan dan masa nifas yang dikategorikan menjadi kegawat daruratan antara lain:

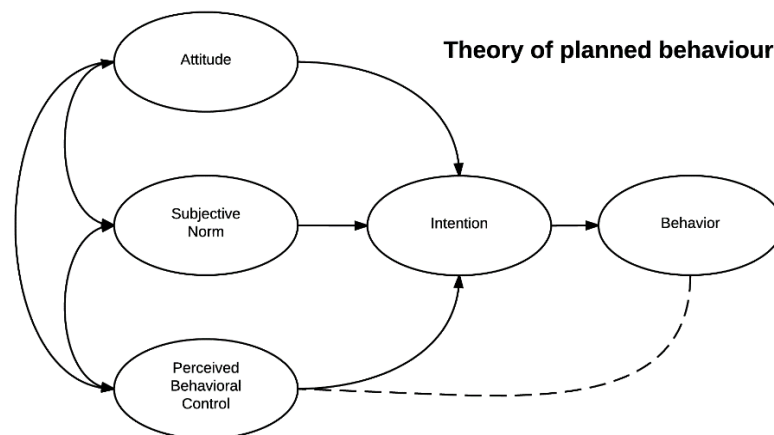
- a. Kegawat daruratan dasar pada kehamilan, persalinan dan nifas (henti jantung dan henti nafas, pingsan, kejang, syock, sesak nafas)
- b. kehamilan, persalinan, dan nifas dengan penyulit obstetric seperti Hiperemesis Gravidarum, Kehamilan Ektopik Terganggu, Perdarahan Antepartum, Persalinan Preterm, Ketuban Pecah Dini, Persalinan Lama (kelainan His, CPD, Makrosomia) Kelainan letak dan malpresentasi dalam persalinan, Distosia Bahu, Infeksi Nifas, Prolaps Tali Pusat.
- c. kegawatdaruratan tersering pada kehamilan, persalinan, dan nifas (Perdarahan dan hipertensi)

Upaya-upaya untuk mencegah terjadinya kegawatdarurata dan jika terdeteksi agar segera mendapatkan tatalaksana yang cepat dan tepat melalui pemberdayaan ibu hamil menjadi salah satu solusi terbaik. Kegawat daruratan maternal merupakan kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran, oleh sebab itu ibu hamil sendiri harus lebih mengenali perubahan kondisi tubuhnya sendiri. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya yang harus diwaspadai ibu selama kehamilan, dimana upaya peningkatan kesehatan ibu yang bertujuan tidak hanya sekedar menghindari kematian tetapi juga meningkatkan kualitas hidup selama hamil dan setelah persalinan. Mendekatkan pelayanan kesehatan secara paripurna kepada msyarakat merupakan cara mengatasi masalah kesehatan maternal dan neonatal, sehingga terwujud ibu yang sehat dapat melahirkan bayi yang sehat (Hapsari, et all., 2015).

2.5 Teori Perubahan Perilaku

2.5.1 Theory of Planned Behaviour (TPB)

Theory of Planned Behaviour (TPB) oleh Ajzen pada tahun 1985 melalui artikelnya “*From intentions to actions: A theory of Planned Behaviour*”. Teori ini merupakan Kebaharuan dari *Theory of Reasoned Action* (TRA) tahun 1980 yang diusulkan oleh Martin Fishbein bersama Ajzen. TRA adalah teori yang cukup memadai dalam memprediksi perilaku kesehatan yang tergantung pada niat seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. TRA terdiri dari dua faktor penentu, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward behaviour*) dan Norma Subjektif (*subjective norms*). *Theory of Planned Behaviour* (TPB) adalah teori yang menjelaskan mengenai perilaku manusia yang menghubungkan antara keyakinan dan perilaku (Fishbein 2008). Berikut adalah gambar konsep *Theory of Planned Behaviour*.



Gambar 2. 3 Theory of Planned Behaviour (Ajzen 1991)

Perilaku manusia dipandu oleh tiga jenis pertimbangan: keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol. Pada kelompok agregasi masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap yang menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap perilaku, keyakinan normative menghasilkan norma subjektif, dan keyakinan control memunculkan control perilaku yang dirasakan (Ajzen 1991). Komponen *Theory of Planned behaviour* yaitu:

- a. *Attitude towards the behaviour* atau sikap
Sikap terhadap perilaku ini ditentukan oleh keyakinan mengenai konsekuensi dari suatu perilaku atau secara singkat disebut keyakinan perilaku (*behavioural beliefs*).
- b. *Subjective Norm* atau Norma Subjektif
Norma subjektif adalah persepsi individu terhadap harapan dari orang-orang yang berpengaruh dalam kehidupannya (*significant others*) mengenai dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu.
- c. *Perceived Behavioural Control* atau Persepsi Kontrol Perilaku
Persepsi control perilaku ditentukan oleh keyakinan individu mengenai ketersediaan sumber daya berupa peralatan, kompatibilitas, kompetensi, dan kesempatan (*control belief strength*) yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan diprediksi dan besarnya peran sumber daya tersebut (*power of control factor*) dalam mewujudkan perilaku tersebut.

2.5.2 I-Change Model

Model *I-change* atau Model Terpadu, menjelaskan perubahan perilaku, model *I-Change* adalah model fase dan mengasumsikan bahwa setidaknya tiga fase dalam proses perubahan perilaku dapat dibedakan: 1. Kesadaran; 2. Motivasi; 3. Tindakan. Untuk setiap fase, faktor penentu tertentu lebih relevan. Kesadaran akan masalah tertentu dalam diri seseorang adalah hasil dari pengetahuan yang akurat dan persepsi risiko orang tersebut tentang perilakunya sendiri (tidak semua orang menyadari tingkat perilakunya sendiri, misalnya, banyak orang melebih-lebihkan jumlah aktivitas fisik mereka (de Vries 2017)).

Motivasi untuk mengubah suatu perilaku tergantung pada sikap seseorang (hasil dari keuntungan dan kerugian yang dirasakan dari perilaku), kepercayaan pengaruh sosial (norma orang lain, perilaku orang lain, dan dukungan orang lain) dan harapan efikasi diri (kemampuan yang dirasakan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu). Model *I-Change* mengasumsikan bahwa proses motivasi ini ditentukan oleh berbagai faktor predisposisi seperti faktor perilaku (misalnya gaya hidup), faktor psikologis (misalnya kepribadian), faktor biologis (misalnya jenis kelamin, kecenderungan genetik), faktor sosial

dan budaya (misalnya harga rokok, kebijakan), dan faktor informasi (kualitas pesan, saluran dan sumber yang digunakan) (de Vries 2017).

2.5.3 Health Belief Model

Teori *Bloom* setelah dimodifikasi membagi perilaku manusia dalam pengukuran hasil pendidikan kesehatan dalam tiga domain yakni, pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik atau tindakan (*practice*) (Notoatmodjo 2014). Berikut adalah penjelasan terkait ketiga domain yang dimaksud:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan ialah hasil dari keingintahuan dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo 2014).

Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

b. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari. Menurut (Pickens 2005), sikap memiliki tiga komponen, yaitu komponen kognitif (kepercayaan, ide, dan konsep terhadap yang benar dan berlaku kepada objek), komponen afektif (perasaan emosional terhadap suatu objek), serta komponen *kognitif* (kecenderungan untuk berpengetahuan, sikap dan motivasi terhadap suatu objek).

c. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Praktik atau tindakan terkait dengan kesehatan adalah apa yang dilakukan responden terkait dengan pencegahan penyakit, cara peningkatan kesehatan, cara memperoleh pengobatan yang tepat dan sebagainya. Praktik kesehatan dapat juga dikatakan dengan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

1) Praktik terpimpin (*guided response*)

Praktik terpimpin dapat dikatakan ketika seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Praktik secara mekanisme dapat dikatakan apabila seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan bukan sekadar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan atau pengetahuan, sikap dan motivasi yang berkualitas.

Tabel 2.2 Sintesa hasil Review Penelitian Terhadap Pemberdayaan Perempuan dalam pemanfaatan ANC

No	Judul dan Tahun	Peneliti	Outcome
1	<i>Women's empowerment and the use of antenatal care services: analysis of demographic health surveys in five Southeast Asian countries (2019)</i>	Susy Katikana Sebayang, Ferry Efendi, dan Erni Astutik.	Aspek pemberdayaan wanita yang meliputi kesempatan bekerja, ketidaksetujuan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekuatan pengambilan keputusan pada perempuan, dan tingkat pengetahuan perempuan berpengaruh terhadap jumlah kunjungan antenatal care.
2	<i>Empowerment and use of antenatal care among women in Ghana: a cross-sectional study (2014)</i>	Heather Sipsma, Angela Ofori-Atta, Maureen Canavan, Christopher Udry, Elizabeth Bradley.	Physical abuse berasosiasi dengan kecukupan kunjungan antenatal care. Responden yang mengalami physical abuse memiliki kunjungan antenatal care yang lebih rendah.
3	<i>Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries (2014)</i>	Larissa Jennings, Muzi Na, Megan Cherewick, Michelle Hindin, Britta Mullany, and Saifuddin Ahmed.	Tingginya pemberdayaan perempuan berhubungan dengan aspek ekonomi, peraturan, dan pengambilan keputusan bersama dalam keluarga. Perempuan dengan tingkat pemberdayaan yang tinggi lebih sering melakukan kunjungan antenatal care.
4	<i>Randomized controlled pilot of a group antenatal care model and the sociodemographic factors associated with pregnancy-related empowerment in sub-Saharan Africa (2017)</i>	Crystal L. Patil, Carrie S. Klima, Sebalda C. Leshabari, Alana D. Steffen, Heather Pauls, Molly McGown, and Kathleen F. Norr.	Aspek pemberdayaan wanita yang juga berkaitan dengan sosio demografi meliputi agama, status pendidikan, status sosio ekonomi, paritas, dan status pasangan berhubungan dengan kunjungan antenatal care.
5	<i>The role of women's empowerment and male engagement in pregnancy healthcare seeking behaviors in western Kenya (2019)</i>	Fatimah Oluwakemi Belloa, Pamela Musoke, Zachary Kwena, George O. Owino, Elizabeth A. Bukusi, Lynae Darbes, and Janet M. Turan.	Perempuan dengan tingkat pemberdayaan yang tinggi lebih sering melakukan kunjungan antenatal care, namun lebih banyak yang melakukan kunjungan tanpa pasangan.
6	<i>Influence of Women's Empowerment on Place of Delivery in North Eastern and Western Kenya: A Cross-sectional Analysis of the Kenya Demographic Health Survey (2020)</i>	Elizabeth J. Anderson, Joy J. Chebet, Ibitola O. Asaolu ¹ , Melanie L. Bell, John Ehiri	Pemberdayaan perempuan yang tinggi berhubungan dengan tempat persalinan di pelayanan kesehatan serta berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi.

No	Judul dan Tahun	Peneliti	Outcome
7	<i>Women's decision-making autonomy and utilisation of maternal healthcare services: results from the Bangladesh Demographic and Health Survey (2017)</i>	Bishwajit Ghose, Da Feng, Shangfeng Tang, Sanni Yaya, Zhifei He, Ogochukwu Udenigwe, Sharmistha Ghosh, Zhanchun Feng	<ul style="list-style-type: none"> • Pengambilan keputusan bersama dengan pasangan berhubungan dengan tingginya pemanfaatan fasilitas delivery dan postnatal checkup. • Membuat keputusan sendiri terkait kesehatan anak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas delivery dan postnatal checkup, tetapi tidak berhubungan dengan kunjungan antenatal. • Membuat keputusan sendiri dalam mengunjungi keluarga atau kerabat berhubungan dengan pemanfaatan postnatal checkup, tetapi tidak berhubungan dengan kunjungan antenatal dan fasilitas delivery.
8	<i>Women's Empowerment and Antenatal Care Utilization in Pakistan (2022)</i>	Siddique et al	Untuk meningkatkan kesehatan ibu, pemerintah harus mengambil inisiatif untuk merumuskan kebijakan yang dapat meningkatkan status perempuan, terutama di antara mereka yang tidak memiliki pendidikan, memiliki kekuatan pengambilan keputusan yang kurang, kurangnya sumber daya ekonomi, dan menghadapi kekerasan
9	<i>Do women's empowerment and socioeconomic status predict the adequacy of antenatal care? A cross-sectional study in five South Asian countries (2021)</i>	Anik et al	Perlu peningkatan komprehensif dari berbagai aspek pemberdayaan perempuan serta pembentukan pusat kesehatan di daerah terpencil untuk memastikan cakupan ANC yang berkelanjutan
10	<i>Women's decision-making autonomy in the household and the use of maternal health services: An Indonesian case study (2020)</i>	Rizkianti et al	Otonomi pengambilan keputusan oleh perempuan berpengaruh signifikan terhadap penggunaan antenatal yang memadai dengan layanan perawatan saja. Inisiatif yang lebih sensitif gender untuk mendorong keterlibatan suami harus dilakukan untuk meningkatkan kesadaran para suami akan pentingnya pelayanan kesehatan ibu.
11	<i>Do empowered women receive better quality antenatal care in Pakistan? An analysis of demographic and health survey data (2022)</i>	Asim et al	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas cakupan ANC dan konsultasi dengan penyedia layanan sangat rendah di Pakistan. • Pemberdayaan perempuan terkait dengan kemandirian sosial, keyakinan gender tentang kekerasan, dan

No	Judul dan Tahun	Peneliti	Outcome
12	<i>Women's Empowerment as a Mitigating Factor for Improved Antenatal Care Quality despite Impact of 2014 Ebola Outbreak in Guinea (2020)</i>	Marrel & Blackstone	<p>pengambilan keputusan memiliki hubungan positif yang independent dengan pemanfaatan pelayanan antenatal yang berkualitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upaya pemberdayaan perempuan dapat menjadi strategi yang efektif untuk meningkatkan pemanfaatan perawatan antenatal berkualitas di Pakistan.
13	<i>Do women empowerment indicators predict receipt of quality antenatal care in Cameroon? Evidence from a nationwide survey (2021)</i>	Ameyaw et al	<p>Beberapa aspek pemberdayaan wanita yaitu pengambilan keputusan perawatan kesehatan, melek huruf/akses kemajalah, hubungan monogami status, penggunaan kontrasepsi, status social ekonomi/pekerjaan secara signifikan terkait dengan penerimaan dari sejumlah besar komponen ANC, menyoroti pentingnya pemberdayaan perempuan dalam mengakses perawatan bersalin yang berkualitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlunya pendekatan multif aset yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan • Kementerian Kesehatan harus berkolaborasi dan mengintensifkan pendidikan kesehatan reproduksi perempuan. • Studi ini menunjukkan bahwa advokasi perempuan dan intervensi perawatan kesehatan ibu di Kamerun harus berusaha untuk mengidentifikasi kebutuhan • Perempuan yang menyetujui pemukulan istri dan memotivasi mereka untuk tidak menyetujui segala bentuk kekerasan.
14	<i>Effects of Empowerment and Media Use by Women of Childbearing Age on Maternal Health Care Utilization in Developing Countries of Southeast Asia (2020)</i>	Sohn & Jung	<p>Pemberdayaan perempuan dan pemanfaatan media berkaitan dengan perawatan Kesehatan ibu yang lebih baik</p>
15	<i>Women's empowerment and fertility decision-making in 53 low and</i>	Haque et al	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi perempuan tentang keinginan kesuburan dapat dicapai dengan</p>

No	Judul dan Tahun	Peneliti	Outcome
	<i>middle resource countries: a pooled analysis of demographic and health surveys (2021)</i>		meningkatkan pemberdayaan. oleh karena itu, modifikasi program keluarga berencana berbasis komunitas di tingkat nasional diperlukan mengingat pentingnya pemberdayaan perempuan dalam kesehatan reproduksi sebagai bagian dari misi untuk membantu wanita dan pasangan untuk memiliki jumlah anak sesuai dengan yang mereka inginkan
16	<i>Influence of women's empowerment indices on the utilization of skilled maternity care: evidence from rural Nigeria (2022)</i>	Ntoimo et al	Perlu strategi untuk menargetkan semua indeks pemberdayaan perempuan karena Nigeria berusaha keras untuk mencapainya SDG-3
17	<i>Women Empowerment and Skilled Birth Attendants among Women in Rural Ghana (2021)</i>	Dickson	Upaya peningkatan tenaga penolong persalihan terampil saat ini harus berkonsentrasi pada pemberdayaan perempuan, keterlibatan laki-laki dalam masalah kesehatan ibu, pendidikan wanita, dan partisipasi dalam ANC. Ada kebutuhan untuk meninjau kebijakan saat ini, strategi, dan layanan untuk meningkatkan kondisi kesehatan ibu
18	Women's empowerment and practice of maternal healthcare facilities in Bangladesh: a trend analysis (2021)	Ahmed, F	Pemberdayaan perempuan ditemukan secara signifikan terkait dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan ibu. studi ini menghasilkan program intervensi yang lebih efektif untuk memberdayakan perempuan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan ibu.
19	<i>Relationship between maternal healthcare utilisation and empowerment among women in Bangladesh: evidence from a nationally representative cross-sectional study (2021)</i>	Anik	Tingkat pemberdayaan yang lebih tinggi pada pemanfaatan layanan kesehatan ibu di Bangladesh. Hal ini memerlukan kebijakan yang bertujuan untuk memperluas pemanfaatan pelayanan kesehatan
20	Women empowerment and uptake of antenatal care services : A meta-analysis of Demographic and Health Surveys from 33 Sub-Saharan African countries (2021)	Shibre et al	Pemberdayaan perempuan tidak berpengaruh terhadap cakupan ANC oleh tenaga kesehatan terampil di wilayah sub-sahara Afrika. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk memahami bagaimana pemberdayaan perempuan mempengaruhi pemanfaatan layanan ANC oleh tenaga kesehatan yang terampil di wilayah tersebut

Tabel 2.3 Penelitian tentang model pemberdayaan perempuan beserta pengembangannya

No	Judul	Peneliti	Model pemberdayaan ibu hamil	Hasil dan kesimpulan yang relevan
1	<i>Psychological Empowerment Model in Iranian Pregnant Women</i>	Taghipour, A., Sadat Borghei, N., LatifnejadRoudsari, R., Keramat, A., & Jabbari Nooghabi, H. (2016).	The psychological empowerment of pregnant mothers (PEPW) model	Pemberdayaan secara psikologis pada ibu hamil memiliki beberapa indikator yaitu umur ibu saat menikah, pekerjaan ibu; kepuasan pernikahan; dan pengalaman kekerasan. Pekerjaan ibu merupakan variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap pemberdayaan ibu hamil. Setelah itu, kepuasan pernikahan kemudian usia yang matang saat menikah, pekerjaan ibu, dan kepuasan perkawinan selama kehamilan dapat meningkatkan pemberdayaan psikologis ibu. Kekerasan terhadap ibu hamil dapat mengurangi pemberdayaan psikologis.
2	<i>Influence of Women's Empowerment on Place of Delivery in North Eastern and Western Kenya: A Cross-sectional Analysis of the Kenya Demographic Health Survey.</i>	Anderson, E. J., Chebet, J. J., Asaolu, I. O., Bell, M. L., &Ehiri, J. (2020).	Framework of women's empowerment	Pemberdayaan perempuan terdiri dari tiga domain yaitu sikap terhadap kekerasan pada perempuan, partisipasi kerja, dan akses keperawatan kesehatan. Domain tersebut dikaitkan dengan kemungkinan melahirkan di fasilitas kesehatan pada ibu yang berisiko tinggi. Pemberdayaan perempuan untuk domain akses keperawatan adalah pendorong kuat kelahiran di fasilitas kesehatan dan domain pemberdayaan perempuan lainnya (sikap terhadap kekerasan dan partisipasi kerja) mempengaruhi kemungkinan kelahiran di fasilitas Kesehatan setelah disesuaikan dengan kovariat lainnya. Usia saat melahirkan, paritas, pendidikan dan tempat tinggal di pedesaan mempengaruhi pemberdayaan ibu yang dikategorikan menjadi pemberdayaan rendah, sedang dan tinggi.
3	<i>Temporal relationship between Women's empowerment and utilization of</i>	Kareem, Y. O., Morhason-Bello, I. O., OlaOlorun, F. M., & Yaya, S. (2021).	FANC Model memasukkan delapan komponen pemberdayaan	Variabel utama adalah pemberdayaan perempuan dan karena kompleksitas dalam pengukurannya maka semua indikator diekstrak dari 30 variabel lalu diklasifikasikan ke dalam delapan komponen ukuran

No	Judul	Peneliti	Model pemberdayaan ibu hamil	Hasil dan kesimpulan yang relevan
	<i>antenatal care services: lessons from four National Surveys in sub-Saharan Africa.</i>		perempuan	pemberdayaan perempuan. kategorisasi komponen pemberdayaan perempuan adalah: (1) partisipasi kerja (2) kekuatan pengambilan keputusan kesehatan (3) kekuatan pengambilan keputusan rumah tangga (4) ketidaksetujuan dengan justifikasi istri dan kekerasan (5) norma gender untuk negosiasi seks (6) pengetahuan tentang KB yang terdiri dari tiga indikator (7) tingkat pengetahuan perempuan untuk bertahan hidup dan (8) kepemilikan aset. Hasil ukur pemberdayaan wanita terdiri dari tiga yaitu rendah, sedang dan tinggi. Semua komponen pemberdayaan perempuan dikaitkan dengan pemanfaatan layanan ANC, terutama di Nigeria dan Mali. Namun, hubungan antara komponen pemberdayaan perempuan di Guinea dan Zambia terlihat beragam, hanya kepemilikan aset dan partisipasi kerja di antara komponen pemberdayaan lainnya yang ditemukan berhubungan positif dengan kunjungan ANC
4	<i>Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. BMC Pregnancy and Childbirth,</i>	Afulani, P. A., Altman, M., Musana, J., & Sudhinaraset, M. (2017).	Model konseptual pemberdayaan perempuan dalam mengurangi prematuritas	Pemberdayaan perempuan dapat mengurangi prematuritas melalui beberapa intervensi: (1) mencegah pernikahan dini dan mempromosikan keluarga berencana, yang akan menunda usia kehamilan pertama dan meningkatkan interval antar kehamilan; (2) peningkatan status gizi perempuan; (3) mengurangi kekerasan dalam rumah tangga dan stressor lainnya untuk meningkatkan kesehatan psikologis; dan (4) meningkatkan akses dan penerimaan layanan kesehatan yang direkomendasikan selama kehamilan dan persalinan untuk membantu mencegah prematuritas dan meningkatkan kelangsungan hidup bayi prematur.

No	Judul	Peneliti	Model pemberdayaan ibu hamil	Hasil dan kesimpulan yang relevan
5	<i>Mothers treatment seeking intention for neonatal danger signs in northwest Ethiopia: A structural equation modeling.</i>	Bogale, T. N., Worku, A. G., Yalew, A. W., Bikis, G. A., & Tigabu Kebede, Z. (2018).	Model treatment seeking intention menggunakan Structural equation modeling (SEM)	Pemberdayaan perempuan diukur dengan dua item yaitu tingkat dukungan pasangan dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga. pemberdayaan perempuan (HLWE) berhubungan langsung dengan niat mencari pengobatan (TSI). Perempuan yang diberdayakan lebih mungkin untuk mencari pengobatan dibandingkan dengan perempuan yang tidak.. HLWE berhubungan tidak langsung dengan TSI melalui pengetahuan tentang tanda dan bahaya neonatal (KDS). Ibu yang diberdayakan belajar dan menambah pengetahuan tentang tanda bahaya neonatal yang dapat mempengaruhi niat ibu dalam mencari pengobatan.
6	<i>Examining the mechanisms by which women's status and empowerment affect skilled birth attendant use in Senegal: a structural equation modeling approach</i>	Shimamoto, K., & Gipson, J. D. (2017).	Model jalur dan persamaan structural tentang status perempuan, pemberdayaan, dan penggunaan SBA	Hasil analisis memberikan bukti efek langsung dan tidak langsung dari pendidikan pada penggunaan SBA melalui beberapa dimensi pemberdayaan. Terdapat tempat temuan kunci yang secara khusus dapat disimpulkan bahwa pendidikan perempuan menunjukkan efek tidak langsung yang substansial: pendidikan, usia yang lebih tua pada pernikahan pertama, yang dikaitkan dengan tingkat pemberdayaan dan penggunaan SBA yang lebih tinggi. Selain usia saat pertama kali menikah, sikap dan peran gender (misalnya, sikap progresif terhadap kekerasan dan negosiasi seks) hasilnya signifikan dalam hubungan antara pendidikan dan penggunaan SBA.
7	<i>Investigating pathways linking women's status and empowerment to skilled attendance at birth in Tanzania: A</i>	Shimamoto, K., & Gipson, J. D. (2019).	Model persamaan structural tentang status perempuan, pemberdayaan, dan penggunaan SBA	Pendidikan dan pengambilan keputusan rumah tangga berhubungan positif dengan penggunaan SBA. namun, tidak semua dimensi pemberdayaan memiliki efek yang sama. Sikap terhadap negosiasi seks dan kekerasan serta pernikahan dini bukanlah faktor yang signifikan.

No	Judul	Peneliti	Model pemberdayaan ibu hamil	Hasil dan kesimpulan yang relevan
	<i>structural equation modeling approach</i>			Analisis mediasi juga menegaskan efek tidak langsung dari pendidikan terhadap penggunaan SBA hanya melalui pengambilan keputusan. Temuan menggaris bawahi kegunaan pemodelan persamaan struktural ketika memeriksa konstruksi yang kompleks dan multi dimensi, seperti pemberdayaan, dan menunjukkan inferensi kausal potensial untuk informasi kebijakan dan rekomendasi program dengan lebih baik.
8	<i>Women's Perceived Quality of Care and Self-Reported Empowerment With Centering Pregnancy Versus Individual Prenatal Care</i>	Saleh, L. (2019).	Application of Donabedian's Quality of Care Framework	Dalam model tersirat tiga komponennya itu struktur, proses dan outcomes yang mengarah pada pemberdayaan ibu hamil. Hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan antara kedua jenis perawatan prenatal sehubungan dengan pemberdayaan ibu hamil yang dilaporkan sendiri. Meski pun demikian, ibu hamil tidak sendirian dalam pengalaman kehamilannya karena melalui interaksi kelompok sehingga memungkinkan rasa keterlibatan dan pemberdayaan yang lebih besar. CP merupakan intervensi yang dikembangkan untuk memfasilitasi pemberdayaan perempuan dan hasil menunjukkan bahwa ibu hamil melaporkan tingkat kualitas perawatan yang dirasakan setara untuk kedua model, tanpa perbedaan signifikan dalam pemberdayaan melalui laporan ibu hamil.

Berdasarkan sintesis dari penelitian-penelitian terdahulu disimpulkan bahwa penelitian terdahulu lebih banyak mengungkap aktivitas pemberdayaan terhadap pemanfaatan fasilitas Kesehatan dalam melaksanakan ANC sehingga cakupan ANC meningkat. Kesehatan. Penelitian yang memuat beberapa model pemberdayaan dan pengembangannya juga menemukan dimensi pemberdayaan perempuan berupa (1) partisipasi kerja (2) kekuatan pengambilan keputusan kesehatan (3) kekuatan pengambilan keputusan rumahtangga (4) ketidak setujuan dengan justifikasi istri dan kekerasan (5) norma gender untuk negosiasi seks (6) pengetahuan tentang KB yang terdiri dari 3 indikator (7) tingkat pengetahuan Perempuan untuk bertahan hidup dan (8) kepemilikan asset meningkatkan kemampuan dalam mendapatkan pertolongan Kesehatan

2.6 Aplikasi Digital Untuk Kesehatan

Masuknya era baru yang disebut sebagai revolusi industri 4.0 dan era society 5.0 mendorong pemerintah untuk mempercepat pembangunan diberbagai sektor, tidak terkecuali sumber daya manusia, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan. Media online sebagai bentuk kecanggihan teknologi informasi dan komunikasi sangat berperan besar dalam kehidupan manusia, salah satunya dalam meningkatkan pelayanan kesehatan warga dunia. Pada era digital, masyarakat pun semakin menyadari bahwa teknologi komunikasi merupakan salah satu alat yang penting dalam mengatasi cepatnya penyebaran arus informasi (Stephan U Dombrowski, Monika Oedekoven; Julie L O'Sullivan; et all). Seperti halnya pada program Kesehatan ibu dan anak khususnya di saat pandemi covid, banyak ibu hamil untuk mendapatkan layanan konsultasi melalui aplikasi, pemeriksaan laboratorium bahkan pemesanan obat dapat dilakukan melalui selluler.

Upaya untuk memperbaiki system pelayanan kesehatan ibu dan anak agar lebih cepat dan dalam upaya penanggulangan kegawat daruratan pada ibu hamil sudah banyak dilakukan pemerintah maupun stakeholder terkait. Penggunaan smarphone dalam rujukan sijari emas memotong waktu yang lama ketika proses rujukan dari fasyankes primer ke fasyankes lanjutan. Peningkatan kesadaran masyarakat khususnya ibu hamil dalam mempromosikan pengetahuan, sikap dan motivasi yang berkelanjutan guna mengurangi AKI. Salah satu peran media adalah membuka saluran

komunikas dan diskusi tentang tanda bahaya dan faktor Risiko komplikasi kehamilan, berdasarkan hal tersebut diperlukan suatu strategi atau cara untuk mendukung Upaya peningkatan pengetahuan masyarakat tentang faktor Risiko komplikasi kehamilan yang bisa berdampak pada kematian ibu dan bayi. (Siti Sugih, M. Alamsyah A, Harri S Sastramihardja, dkk)

Platform android ini dipilih karena platform tersebut berkembang dengan sangat cepat karena bersifat open source sehingga mudah dipelajari oleh siapa saja. Smartphone dengan sistem operasi android pun tersedia dalam berbagai bentuk, ukuran, spesifikasi, merek, dan harga sehingga pengguna dapat memilih sesuai dengan kebutuhan mereka, serta aplikasi-aplikasi tersedia secara luas dan mayoritas tidak berbayar (Maulik et al., 2017). Itulah mengapa saat ini android menjadi banyak diminati pada masyarakat (Soepomo, 2014; Marent, Henwood and Darking, 2018). Hadirnya aplikasi ini diharapkan mampu meningkatkan tingkat pemahaman ibu hamil mengenai faktor Risiko komplikasi kehamilan yang akurat dan bisa diakses dimana saja, dan pemberdayaan ibu hamil dalam mendeteksi komplikasi kehamilan, meningkatkan cakupan pelayanan KIA risiko tinggi ibu hamil, meningkatkan kepatuhan mengkonsumsi tablet Fe dan juga mengingatkan jadwal kunjungan bagi ibu hamil. Beberapa tinjauan literatur terkait penggunaan aplikasi dalam program Kesehatan dapat dilihat pada tabel 2.4

Tabel 2.4 Penelitian tentang penggunaan aplikasi dalam program Kesehatan

No	Judul Artikel	Penulis	Metode	Keunggulan	Kelemahan
1	The Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey; Clemens Emsting;	Stephan U Dombrowski, PhD; Monika Oedekoven; Julie L O'Sullivan; Melanie Kanzler; Adelheid Kuhlmeiy, PhD; Paul Gellert, PhD; 2017	Descriptive study using questionnaires and the Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ)	Penggunaan aplikasi kesehatan mungkin mencerminkan motivasi pengguna untuk mengubah atau mempertahankan pengetahuan, sikap dan motivasi kesehatan.	Hanya dilakukan di satu lokasi (Ankara, Turki). Hal ini membatasi kemampuan untuk menggeneralisasi temuan penelitian ke populasi yang lebih luas dan mengurangi validitas eksternal penelitian.
2	Pengaruh Aplikasi Deteksi Dini Risiko Kehamilan (DDILAN) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap tentang risiko kehamilan	Devi Ismayanti, Siti Sugih, M. Alamsyah Aziz, Harri S Sastramihardja, Herry Garna, Hidayat Wijayanegara	Quasi eksperimen dengan rancangan pre-test dan post-test control group design	Aplikasi SiBumil efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang risiko kehamilan, menggunakan kartu Score Poedji Rochjati	Tidak ada di playstore, belum memuat semua faktor Risiko komplikasi kehamilan.
3	Preeclampsia Screening Using The Smartphone Method: Literature Review	Nia Desriva, Bin Tukimin, Sansuwito, Regidor Ill Dioso	Studi Literatur berbasis PRISMA dengan sumber dari Pubmed, Clinical Key, Science Direct, dan Google Scholar.	Aplikasi skrining preeclampsia berbasis Android efektif dalam mendeteksi risiko dini pada kehamilan \leq 20 minggu guna menurunkan AKI akibat pre eklamsi	1. Penelitian ini hanya berdasarkan studi literatur, belum melibatkan uji coba langsung pada populasi yang lebih besar

No	Judul Artikel	Penulis	Metode	Keunggulan	Kelemahan
4	The Health-e Babies App for antenatal education: Feasibility for socially disadvantaged women	Julia A. Dalton, Dianne Rodger, Michael Wilmore, Sal Humphreys, Andrew Skuse, Claire T. Roberts, Vicki L. Clifton	Studi retrospektif data kuantitatif dan kualitatif yang dikumpulkan pada awal uji coba Health-e Babies App. Data kuantitatif mencakup penggunaan teknologi komunikasi, kepercayaan untuk mencari bantuan, status kesehatan mental, keterikatan ibu-janin, dan kepercayaan diri menjadi orang tua.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi hambatan potensial terhadap penggunaan aplikasi kehamilan pada populasi yang kurang beruntung secara sosial. 2. Menekankan pentingnya mempertimbangkan faktor sosial, mental, dan finansial saat mengembangkan dan menerapkan intervensi berbasis teknologi di komunitas rentan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Studi bersifat retrospektif, sehingga hubungan sebab-akibat sulit dipastikan. 2. Ukuran sampel relatif kecil, sehingga generalisasi hasil mungkin terbatas. 3. Dilakukan di satu kelompok rentan
5	Pengembangan Sistem Informasi Ibu Hamil (SIBUMIL-PE) sebagai Upaya Deteksi Dini Preeklampsia di Kabupaten Bangkalan	Rivaldi Indra Nugraha, Cahya Tri Purnami, Agung Budi Prasetyo, Novita Wulandari	Pengembangan sistem informasi dengan metode waterfall	Sistem informasi SIBUMIL-PE telah di uji cobakan dan mendapat respon positif dari bidan yang menjadi penggunanya.	Penelitian ini hanya melibatkan bidan dari satu kabupaten di Jawa Timur,
6	Pengembangan Aplikasi Pelayanan Antenatal Care Bagi Ibu Hamil di Era Pandemi COVID-19 Berbasis Android di Kab. Bangka	Liana Devi Oktavia, Ayu Febri. W, Gaipyana Sembiring	Penelitian dan pengembangan campuran (mixed methods, analisis data sekunder dari perinatal mortality dan OVP.	Menyediakan informasi dan panduan perawatan antenatal selama pandemi COVID-19.	Membantu ibu hamil mengakses layanan antenatal dengan aman tanpa khawatir terpapar COVID-19.

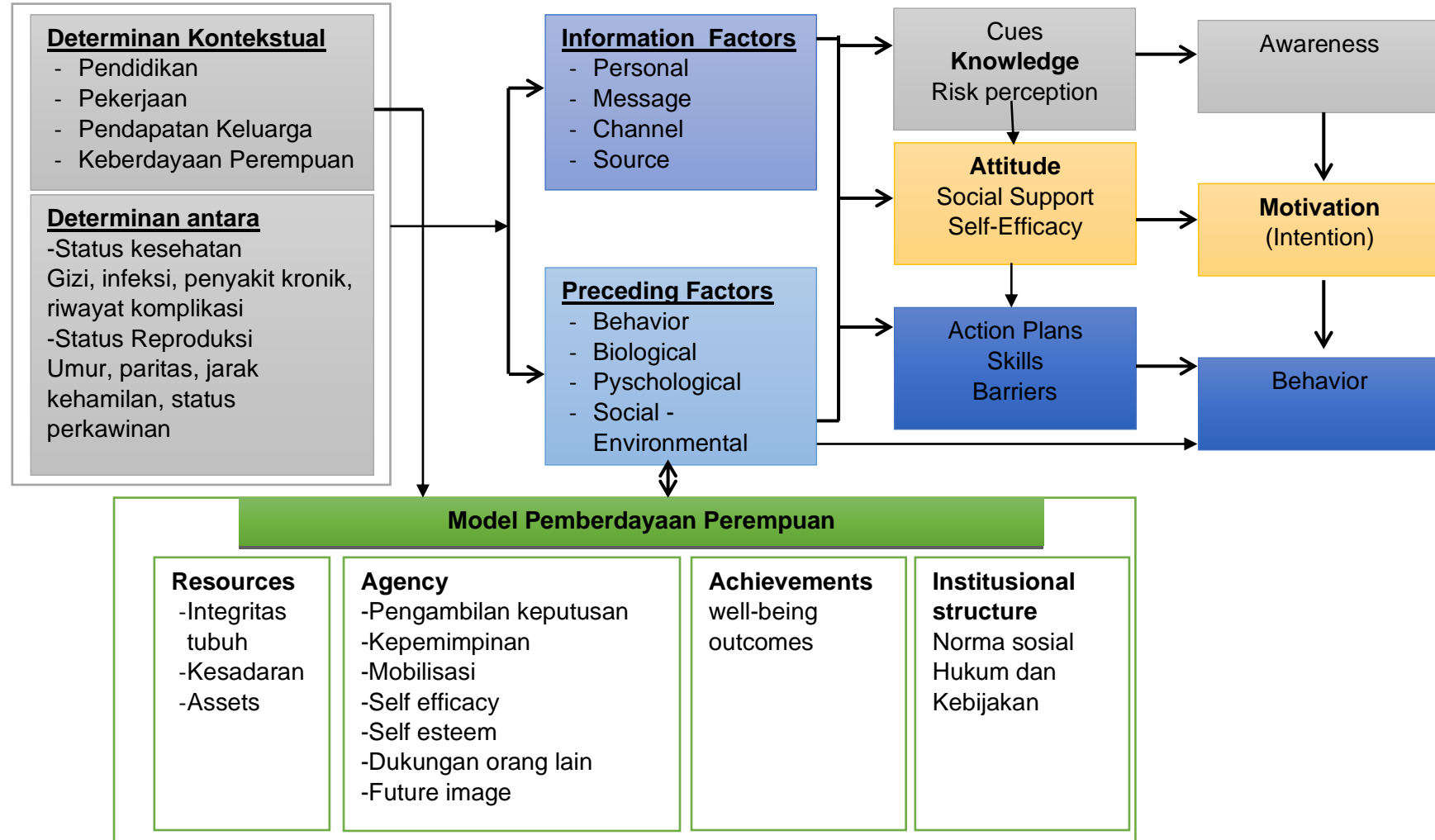
No	Judul Artikel	Penulis	Metode	Keunggulan	Kelemahan
7	Perbandingan Efektivitas Aplikasi Smart Continuity of Care (MONSCA) dan Buku KIA Terhadap Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	Ismayana, Werna Nontji, Syafruddin Syarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quasi eksperimental dengan desain pretest-posttest only control group. 2. Sampel terdiri dari 36 bidan (18 grup intervensi, 18 grup kontrol) dan 44 ibu hamil (22 grup intervensi, 22 grup kontrol) dipilih menggunakan purposive sampling. 	<p>Aplikasi MONSCA lebih efektif dalam hal kemudahan, kecepatan, keamanan, dan akurasi data dibandingkan Buku KIA tentang informasi faktor Risiko kehamilan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bukti untuk mendukung penggunaan alat digital dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desain penelitian quasi eksperimental tidak sekuat eksperimen sungguhan, sehingga hubungan sebab-akibat belum sepenuhnya pasti.
8	Efektivitas Aplikasi SiBumil Berbasis Android dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Risiko Kehamilan di Kota Pekalongan	Suparni, Aslam Fatkhudin, Nina Zuhana	Research and development dengan empat langkah untuk merancang Aplikasi Deteksi Risiko Kehamilan berbasis Android, Uji alpha untuk pengujian aplikasi dan analisis deskriptif untuk uji kelayakan	Menguji efektivitas aplikasi SiBumi yang berisi informasi risiko kehamilan dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang risiko kehamilan	Penelitian tidak menjelaskan detail tentang fitur-fitur SiBumil dan cara kerjanya
9	Efektivitas Aplikasi "Mother" dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan dan	Hartati, Maslahatul Inayah, Afyah Sri Harnany	Studi kasus, desain penelitian pretest-posttest only control group dengan 30 responden ibu hamil di Kota Pekalongan	Berisi informasi seputar Kesehatan ibu hamil dan tanda-tanda bahaya selama kehamilan	Diakses secara terbatas oleh responden

No	Judul Artikel	Penulis	Metode	Keunggulan	Kelemahan
	Pencegahan Kegawatan Ibu Hamil dan Janin				
10	Aplikasi Ibu Hamil Risiko Tinggi Berbasis Android dengan Menggunakan Metode LBS (Location Based Service): Studi Kasus di Puskesmas Simo Kabupaten Tulungagung	Ahmad Asbihani	Studi kasus, Pengujian fungsional, Pengujian user	Aplikasi memuat catatan perkembangan selama masa hamil	Digunakan oleh nakes dalam mempermudah pelaporan

Berdasarkan sintesis dari penelitian-penelitian terdahulu dapat disimpulkan bahwa penelitian terdahulu lebih banyak mengungkap aktivitas kesehatan berbasis aplikasi smartphone atau mobile yang berhubungan dengan pengetahuan deteksi dini faktor Risiko. Penelitian sebelumnya juga mengembangkan model pelaporan faktor Risiko tinggi ibu hamil berbasis android. Saat ini, belum ada penelitian peningkatan pemberdayaan ibu hamil menggunakan aplikasi berbasis android untuk media deteksi dini dan media KIE serta media komunikasi bagi petugas Kesehatan.

2.7 Kerangka Teori

Berikut kerangka teori dan kerangka pikir dari penelitian ini berdasarkan uraian teori di atas:



Gambar 2. 4 Kerangka Teori

Determinan Kematian Ibu McCarthy & Maine; Kebeer (2005); Model Pemberdayaan Perempuan, Bill & Melinda Gates Foundation (2012); Teori Perubahan Perilaku de Vries (2017); Ajzen (1991)

Keterangan:

Upaya penurunan AKI merupakan multi intervensi, karena banyak faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu. Menurut McCarthy dan Maine (1992), pemberdayaan perempuan menjadi salah satu faktor kontekstual kematian ibu (McCarthy and Maine 1992). Walaupun tidak langsung menimbulkan kematian ibu, namun faktor ini perlu diintervensi. Beberapa studi yang menunjang menunjukkan bahwa status perempuan yang rendah masyarakat, budaya dan kepercayaan adalah faktor yang menyebabkan wanita gagal untuk mengakses pelayanan kesehatan (World Health Organization (WHO) 2009). Status subordinat perempuan merupakan kunci determinan sosial dari kesehatan seksual dan reproduksi ibu yang buruk. Perlu upaya lebih lanjut untuk pemberdayaan perempuan yang memungkinkan mereka dalam pengambilan keputusan (Jat et al. 2015); budaya dan pola pengambilan keputusan dalam keluarga di pedesaan Tanzania mencegah wanita untuk ke akses fasilitas kesehatan (Mrisho et al. 2009).

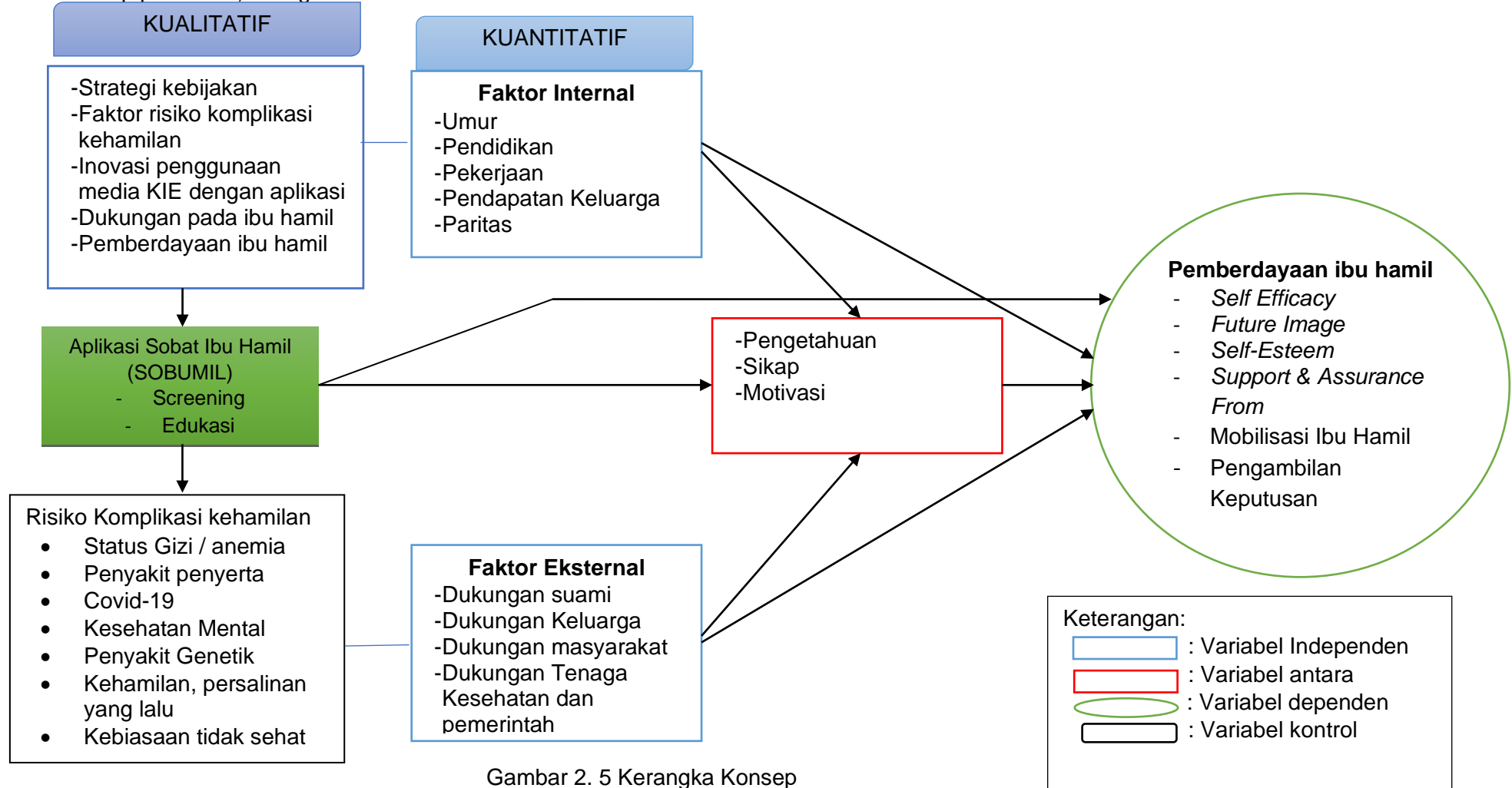
Faktor deteminan ini menjadi faktor-faktor yang dapat menjadi Risiko tinggi komplikasi kehamilan bagi seorang ibu hamil. Faktor determinan ini dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap dan motivasi yang merubah pengetahuan, sikap dan motivasi seseorang melalui informasi yang didapatkan dari berbagai sumber, serta pengaruh preceding faktor yakni Behavior, Biological, Pyschological, Social – Environmental (Teori Perubahan Pengetahuan, sikap dan motivasi de Vries (2017); Ajzen (1991)

Berdasarkan konsep Kabeer (2005) dan Bill & Melinda *GatesFoundation* (2012), pemberdayaan perempuan (*agency*) mencakup aspek pengambilan keputusan, kepemimpinan, motivasi, harga diri, tindakan kolektif (Bill & Melinda Gates Foundation 2012; Kabeer 2005). *Agency* (manusia) dipengaruhi (*resources*), oleh integritas tubuh, kesadaran kritis, assets (modal sosial, pengetahuan, sikap, kemampuan dan juga peraturan/norma social) penelitian ini mengkaji pemberdayaan ibu hamil dalam deteksi dini komplikasi kehamilan

Pada tahapan pemberdayaan dibedakan dengan **Resources antara lain** Integritas tubuh, Kesadaran, Assets, **Agency merupakan** Pengambilan Keputusan, Kepemimpinan, Mobilisasi, Self efficacy, Self esteem, Dukungan orang lain, Future image, **Achievements** yakni well-being dan outcomes serta **Institusional structure yaiyu** Norma social Hukum dan Kebijakan

2.8 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka berpikir pada bagian sebelumnya, maka selanjutnya Peneliti merancang kerangka konsep penelitian, sebagai berikut:



Gambar 2. 5 Kerangka Konsep

Keterangan

Penelitian ini dengan rancangan *mixed-method sequential exploratory*. Untuk mendapatkan bahan pengembangan intervensi maka dilakukan penelitian kualitatif dengan metode *FGD* dan wawancara mendalam yang menggali tentang persepsi ibu hamil, suami, mertua/ibu, tenaga kesehatan dan kader kesehatan tentang masalah kesehatan ibu hamil, model edukasi kesehatan ibu hamil dengan penggunaan aplikasi, dukungan pada ibu hamil dan pemberdayaan ibu hamil.

Faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, paritas) dan faktor eksternal (dukungan suami, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan) dianalisis hubungan langsung dan tidak langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melalui pengetahuan, sikap dan motivasi dengan analisis path analisis

Penelitian kuantitatif dilakukan untuk menganalisis pemberdayaan ibu hamil (*self efficacy, self esteem, future image, support, pengambilan keputusan, dan mobilisasi*), pengetahuan, sikap motivasi yang dilihat pada kondisi *pre* dan *post* intervensi.

2.9 Hipotesis

- a. Faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan paritas) berpengaruh langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan
- b. Faktor eksternal (dukungan suami, dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah) berpengaruh langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan
- c. Pengetahuan, sikap, motivasi berpengaruh terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan
- d. Faktor internal (umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan paritas) berpengaruh tidak langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan
- e. Faktor eksternal (dukungan suami, dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah) berpengaruh tidak langsung terhadap pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan.
- f. Aplikasi SOBUMIL berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, motivasi ibu hamil dalam melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan di Kabupaten Bogor
- g. Aplikasi SOBUMIL berpengaruh terhadap Peningkatan pemberdayaan ibu hamil dalam melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan di Kabupaten Bogor?

2.10 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2. 3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pemberdayaan ibu hamil melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan	Kemampuan ibu hamil dalam memenuhi kebutuhan diri dan kemandirian atas kemampuan diri sendiri, dengan kepercayaan diri, mengenali diri sendiri, harga diri, adanya dukungan, kegiatan ibu, mengenali komplikasi kehamilan dan dapat pengambilan keputusan (World Bank, 2012; Bill dan Melinda Gates Foundation, 2012)	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Ordinal
Internal (Usia ibu hamil)	Usia ibu saat hamil sekarang	Menanyakan usia ibu hamil	Kuesioner	Rerata usia Berisiko tinggi jika usia < 20 tahun atau > 35 tahun Berisiko rendah jika usia 20 – 35 tahun (Kementrian kesehatan RI 2021)	Rasio
Internal (Pekerjaan)	Pekerjaan ibu saat hamil ini	Menanyakan pekerjaan ibu saat hamil ini	Kuesioner	Bekerja jika melakukan pekerjaan di rumah atau luar rumah dan menghasilkan secara finansial Tidak bekerja jika	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
				hanya melakukan pekerjaan rumah sehari-hari dan tidak menghasilkan secara finansial (BPS 2019)	
Internal (Tingkat pendidikan)	Pendidikan terakhir yang ditamatkan ibu hamil	Melihat ijazah ibu hamil	Kuesioner	Pendidikan dasar jika tamat SD/MI-SMP/MTs Pendidikan menengah jika tamat SMA/MA/SMK/MAK Pendidikan tinggi jika tamat diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doctor (Depdiknas 2003)	Ordinal
Internal (Pendapatan keluarga)	Penghasilan yang didapatkan keluarga per bulannya	Menanyakan pada ibu hamil	Kuesioner	Rerata pendapatan Rendah jika < UMP Kab.Bogor tahun 2022 (Rp. 4.217.206) Tinggi jika > UMP Kab.Bogor tahun 2022 (Rp. 4.217.206)	Nominal
Internal (Paritas)	Jumlah kehamilan dan persalinan yang sudah dijalani ibu hamil	Menanyakan pada ibu	Kuesioner	Rerata paritas, Paritas rendah jika < 3 Paritas tinggi jika > 3 (Kementrian kesehatan RI 2021)	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Eksternal (Dukungan suami)	Merupakan faktor –faktor yang berasal dari luar responden dalam mempertimbangkan pengambilan keputusan, ditinjau dari aspek dukungan suami, dukungan toma/toga dan budaya (Bill dan Melinda Gates Foundation, 2012).	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio
Eksternal (Dukungan keluarga)	Merupakan faktor –faktor yang berasal dari luar responden dalam mempertimbangkan pengambilan keputusan, ditinjau dari aspek dukungan suami, dukungan toma/toga dan budaya (Bill dan Melinda Gates Foundation, 2012).	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio
Eksternal (Budaya dan Dukungan Masyarakat)	Merupakan faktor –faktor yang berasal dari luar responden dalam mempertimbangkan pengambilan keputusan, ditinjau dari aspek dukungan suami, dukungan toma/toga dan budaya (Bill dan Melinda Gates Foundation, 2012).	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Eksternal (Dukungan tenaga kesehatan dan pemerintah)	Merupakan faktor –faktor yang berasal dari luar responden dalam mempertimbangkan pengambilan keputusan, ditinjau dari aspek dukungan suami, dukungan toma/toga dan budaya (Bill dan Melinda Gates Foundation, 2012).	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio
Pengetahuan	Wawasan yang dimiliki atau segala informasi yang diketahui dan dimengerti oleh ibu tentang deteksi dini komplikasi kehamilan	Menilai jawaban responden Pengetahuan baik : \geq Median Pengetahuan kurang : $<$ Median	Kuesioner	Skor	Rasio
Sikap	Tanggapan atau respon ibu hamil terkait deteksi dini komplikasi kehamilan	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Motivasi	Dorongan ibu hamil untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan di pelayanan kesehatan	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor	Rasio