

**“STRATEGI DEVI’S” PEMBERDAYAAN PEREMPUAN SEBAGAI PROKSI
PENINGKATAN KUNJUNGAN ANTENATAL PADA
MASYARAKAT MATRILINEAL**

***DEVI’S STRATEGY EMPOWERMENT OF WOMEN AS A PROCESS
INCREASING ANTENATAL VISITS IN MATRILINEAL COMMUNITY***

**DEVI SYARIEF
K013172010**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**“STRATEGI DEVI’S” PEMBERDAYAAN PEREMPUAN SEBAGAI PROKSI
PENINGKATAN KUNJUNGAN *ANTENATAL* PADA
MASYARAKAT MATRILINEAL**

DISERTASI

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi

Ilmu Kesehatan masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**DEVI SYARIEF
K013172010**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

DISERTASI

**STRATEGI DEVI'S PEMBERDAYAAN PEREMPUAN SEBAGAI PROXI
PENINGKATAN KUNJUNGAN ANTENATAL PADA
MASYARAKAT MATRILINEAL**

Disusun dan diajukan oleh

DEVI SYARIEF
Nomor Pokok K013172010

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 27 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes
Promotor



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



Dr. Healthy Hidayanty, SKM.,M.Kes
Ko-Promotor



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



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

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Syarief

NIM : K013172010

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, 30 Agustus 2021

Yang Menyatakan,



Handwritten signature of Devi Syarief in black ink.

Devi Syarief

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu wa Ta'ala* atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi dengan judul “**Strategi Devi’S Pemberdayaan Perempuan Sebagai Proxi Peningkatan Kunjungan Antenatal Pada Masyarakat Matrilineal**” yang merupakan salah satu persyaratan untuk penyelesaian Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.. Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad *Shallallahu Alaihi wa Sallam* beserta keluarga dan sahabat, *allahumma sholli ‘ala Sayyidina Muhammad wa alihi washahbihi wasallim*

Perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada yang terhormat **Bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes** selaku Ketua Komisi Penasehat, **Ibu Dr. Suriah, S.KM, M.Kes** dan **Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM, M.Kes** selaku Anggota Komisi Penasihat, yang tidak pernah lelah di tengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan penyusunan dan penulisan disertasi ini.

Penghargaan dan ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada:

1. **Prof.Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin, M.Sc**, selaku Dekan Sekolah Pascasarjana, **Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS, serta **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes.,M.Sc.PH.**, selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf, dan seluruh tim pengajar pada Program Studi

Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan;

2. **Ibu Prof.Dr.Sri Sumarni, SKM.,M.Kes, Ibu Prof. Dr. Hj. Andi Ummu Salmah, SKM., M.Sc, Bapak Prof. Dr. H. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSc.PH, Ibu Dr.dr. Masyita Muis, MS** sebagai tim penguji yang telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan disertasi;
3. Bapak **Jasmarizal, SKp., MARS** selaku Ketua Pengurus Yayasan MERCUBAKTIJAYA beserta anggota pengurus yang telah memberikan kesempatan dan dukungan moril maupun materil bagi penulis untuk mengikuti pendidikan, **Ibu Ises Reni, SKp., M.Kep** selaku Ketua STIKes MERCUBAKTIJAYA beserta seluruh civitas akademika atas dukungan yang diberikan;
4. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, Ibu Pimpinan Puskesmas Sungayang dan Ibu Pimpinan Puskesmas Sungayang beserta staf, Bapak **Yatriwel, S.Sos** selaku Camat Kecamatan Sungayang dan **Bapat Abdurrahman Hadi, MSi** selaku Camat Kecamatan Pariangan beserta seluruh jajaran pemerintahan *nagari* dan *orong*, serta seluruh masyarakat yang telah berkontribusi dan memberikan bantuan serta dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini;
5. Seluruh informan, responden ibu hamil dan **Kelompok Perempuan Peduli Ibu dan Anak Bundo Kanduang Sungayang (KAMPPIA Bundo Kanduang Sungayang)** yang telah meluangkan waktunya

untuk membantu dan mengikuti penelitian ini serta dukungan, motivasi dan doanya;

6. Teman-teman seperjuangan Program Doktor IKM Unhas yang senantiasa memberikan semangat, motivasi, kerjasama, kebersamaan, keceriaan, dan kenangan indah selama pendidikan dan dalam penyusunan disertasi ini, juga kepada para senior yang memberikan dukungan dan pengalamannya;

Teristimewa disertasi ini penulis persembahkan kepada orang-orang tersayang, **Ayahanda Syarifuddin** dan **Ibunda Ermawati**, suamiku terkasih **Alias Muni** dan anak-anakku tercinta, **Rinta Adestya Anissi**, **Jihan Azurha Adestia** dan **Haekal Faturrahman Adestia**, terima kasih yang tulus atas doa, keikhlasan, pengorbanan, dan dukungan yang luar biasa bagi penulis dalam menyelesaikan studi ini.

Penulis berusaha semampunya menyusun disertasi ini, di bawah arahan dan bimbingan Komisi Penasehat. Sangat disadari bahwa kesempurnaan hanya milik Allah *Subhanahu wa Ta'ala*, untuk itu saran yang konstruktif untuk disertasi ini penulis harapkan. Semoga hasil penelitian dalam disertasi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Aamiin.

Makassar, Agustus 2021

Devi Syarief

ABSTRAK

DEVI SYARIEF. *Strategi Devi'S Pemberdayaan Perempuan sebagai Proksi Peningkatan Kunjungan Antenatal pada Masyarakat Matrilineal.* (dibimbing oleh **Andi Zulkifli, Suriah, Healthy Hidayanty**).

Banyak perubahan terjadi melalui mekanisme pemberdayaan perempuan yang dapat mempengaruhi kejadian kematian ibu. Penelitian bertujuan menggali persepsi masyarakat tentang kesehatan ibu hamil, mengembangkan dan menguji pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan kapasitas pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan, sikap dan kunjungan antenatal pada masyarakat matrilineal di Propinsi Sumatera Barat.

Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan *quasi experiment pre-post test with control group design*. Informan sebanyak 70 orang, *purposive sampling*. Sampel penelitian kuantitatif ibu hamil sebanyak 152 orang pada kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok perempuan yang dilatih sebanyak 15 orang. Intervensi pada ibu hamil selama 3 bulan. Analisis data kualitatif dengan teknik *content analysis*, analisis data kuantitatif menggunakan Uji T-test.

Hasil analisis kualitatif: informan masyarakat matrilineal Minangkabau belum memahami dengan baik tentang perawatan kesehatan ibu hamil. Dukungan sosial terhadap ibu hamil sudah ada, namun perlu ditingkatkan secara formal. Strategi Devi'S pemberdayaan perempuan melalui siklus aksi 4 langkah: a) mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah kesehatan; b) merencanakan kegiatan sesuai prioritas masalah kesehatan; c) mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan; d) evaluasi kegiatan. Hasil analisis kuantitatif: ada perbedaan pengaruh pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan, sikap ibu hamil dan kunjungan antenatal sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada masyarakat matrilineal di Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat. Pemberdayaan perempuan sebagai proksi peningkatan kunjungan *antenatal* pada masyarakat matrilineal harus menjadi consensus bersama dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan ibu di wilayah Kabupaten Tanah Datar. Kegiatan ini perlu mendapatkan perhatian serius dan dukungan dari berbagai elemen, seperti: tokoh adat, tokoh masyarakat, serta pemerintahan setempat.

Kata kunci: Pemberdayaan Perempuan, Proksi, Antenatal Care, Matrilineal



ABSTRACT

DEVI SYARIEF. *Devi's Strategy in Women Empowerment as a Proxy for Increasing Antenatal Visits in Matrilineal Communities* (supervised by **Andi Zulkifli, Suriah, Healthy Hidayanty**)

Many changes occur through women's empowerment mechanisms that can affect the incidence of maternal mortality. The study was aimed to explore public perceptions of the health of pregnant women, developing and testing the effect of Devi's strategy in women empowerment on increasing pregnant women's empowerment capacity, knowledge, attitudes and antenatal visits in matrilineal communities in West Sumatra Province.

The type of this research was qualitative and quantitative research with a quasi-experimental pre-post test control group design. There were 70 informants, purposive sampling. The quantitative research sample of pregnant women was 152 people in the intervention and control groups. The group of women who were trained was 15 people. Intervention in pregnant women was 3 months. The data of this research was Qualitative analysis using analysis content techniques, quantitative data analysis using T-test.

Qualitative analysis results: Minangkabau matrilineal societies did not understand well about the health care of pregnant women. Social support for pregnant women already existed, but needed to be formally improved. Devi's strategy in empowering women was through a 4-step cycle of action: a) identified and prioritized health issues; b) planned activities according to health priorities; c) implemented activities to overcome health problems; d) evaluated activities. Results of quantitative analysis: there were differences in the influence of empowerment of pregnant women, knowledge, attitudes and antenatal visits before and after treatment between intervention and control groups in matrilineal communities in Tanah Datar Regency of West Sumatra Province. Women's empowerment as proxies in order to increase antenatal visits in matrilineal communities had to become a common consensus in regards to improve maternal health status in Tanah Datar Regency. This activity needed to get serious attention and support from various elements, such as: traditional figures, public figures, and the local government.

Keywords: Women's Empowerment, Proxy, Antenatal Care, Matrilineal



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR ISTILAH	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	16
C. Tujuan Penelitian	16
D. Manfaat Penelitian.....	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	19
A. Tinjauan Umum Variabel Penelitian.....	19
1. Konsep Pemberdayaan Perempuan	19
a. Pengertian	19
b. Elemen Kunci Pemberdayaan Perempuan	24
c. Dimensi Pengukuran Pemberdayaan Perempuan	32
d. Determinan Pemberdayaan Perempuan.....	37
e. Kontribusi Pemberdayaan Perempuan dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir	39

f. Penggerakan Partisipatif Masyarakat sebagai Jembatan Pemberdayaan Perempuan	53
2. Strategi dan Intervensi untuk Meningkatkan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga dan Masyarakat dalam Kesehatan Ibu	55
a. Mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah selama kehamilan	57
b. Merencanakan kegiatan sesuai prioritas masalah kesehatan ibu hamil	68
c. Mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu	71
d. Menilai kegiatan partisipasi kelompok masyarakat dalam kesehatan ibu	71
3. Kunjungan Antenatal Care (ANC)	73
a. Pengertian	73
b. Standar kunjungan ANC	74
c. Intervensi Promosi Kesehatan bagi Ibu Hamil danBayi Baru Lahir	77
4. Sistem Matrilineal	97
a. Pengertian	97
b. Sifat dan Bentuk Sistem Matrilineal.....	97
c. Dasar Keturunan Matrilineal	98
d. Ciri-ciri Sistem Matrilineal	99
e. Nilai-nilai Ideal dari Sistem Matrilineal.....	102
f. Peran dan Kedudukan Laki-laki pada Sistem Matrilineal	104
g. Peran dan Kedudukan Perempuan pada Sistem Matrilineal	105

h. Pemberdayaan Perempuan dalam Sistem Matrilineal.	107
i. Kesehatan Ibu dalam Lingkungan Masyarakat Matrilineal	111
B. Kerangka Teori.....	117
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	122
D. Hipotesis.....	125
E. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	126
BAB III METODE PENELITIAN.....	130
A. Jenis Penelitian.....	130
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	134
C. Penelitian Kualitatif.....	135
D. Strategi mobilisasi masyarakat.....	140
E. Penelitian Kuantitatif.....	149
F. Tahapan Penelitian.....	157
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	167
A. Hasil Penelitian.....	167
B. Pembahasan.....	240
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	322
A. Kesimpulan.....	322
B. Saran.....	322

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	Antenatal Care
EMAS	Expanding Maternal and Neonatal Survival
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
GSI	Gerakan Sayang Ibu
JNPKKR	Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi
KB	Keluarga Berencana
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KPPPA	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
MDGs	<i>Millenium Development Goals</i>
MPS	<i>Making Pregnancy Safer</i>
PAR	<i>Participation Action Research</i>
PDR	<i>Process Documentation Research</i>
RCT	<i>Randomized Kontrolled Trial</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SUPAS	Survei Penduduk Antar Sensus
UNICEF	<i>United Nations Emergency Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

Istilah	Keterangan
Badunsanak	Orang-orang yang mempunyai satu garis keturunan
Bundo Kandung	Julukan perempuan yang memimpin suatu keluarga dalam masyarakat Minangkabau, baik sebagai ratu maupun selaku ibu dari raja (penghulu)
Eksogami	Aturan sosial tentang perkawinan yang hanya diizinkan menikah dengan orang di luar kelompok sosial (di luar suku)
Gelar Pusaka	Gelar yang turun temurun
Kemenakan	Anak saudara (adik atau kakak)
Kenagarian	Wilayah administratif sesudah kecamatan di Propinsi Sumatera Barat, setara dengan desa atau kelurahan
Korong	Daerah dalam lingkungan kenagarian
Mamak	Saudara ibu yang laki-laki
Matrilineal	Garis keturunan yang ditarik dari garis ibu
Matrilokal	Pasangan suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri
Ninik Mamak	Penghulu adat dan orang tua yang bijak
Patrilineal	Garis keturunan yang ditarik dari garis ayah
Pusaka Rendah	Harta milik orang tua
Pusaka Tinggi	Harta yang diwariskan secara turun temurun kepada satu kaum
Rumah Gadang	Rumah adat tradisional Minangkabau
Suku	Golongan orang-orang (keluarga) yang seketurunan
Wali Nagari	Jabatan politik untuk memimpin sebuah nagari di Provinsi Sumatera Barat, setara dengan kepala desa

Kaum

Kumpulan sanak saudara yang sesuku

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 2.1	Definisi pemberdayaan dalam konteks yang berbeda.....	18
Tabel 2.2	Perbedaan jadwal kunjungan ANC	86
Tabel 3.1	Matrik Pengumpulan Data Kualitatif	152
Tabel 3.2	Ukuran sampel penelitian berdasarkan beberapa variabel	165
Tabel 4.1	Karakteristik Informan berdasarkan Umur di Kec. Sungayang dan Pariangan Kab. Tanah Datar	187
Tabel 4.2	Karakteristik Informan berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kec. Sungayang dan Pariangan Kab. Tanah Datar.....	189
Tabel 4.3	Reduksi data tentang kapasitas perempuan, keluarga dan masyarakat untuk tetap sehat, membuat keputusan yang sehat dan menanggapi keadaan darurat obstetri....	207
Tabel 4.4	Reduksi data tentang kesadaran ibu hamil, keluarga dan masyarakat tentang hak-hak reproduksi dan kesehatan seksual, kebutuhan dan potensi masalah yang terkait dengan kesehatan ibu	216
Tabel 4.5	Reduksi Data tentang Penguatan Hubungan Dukungan Sosial antara Ibu Hamil, Suami, Keluarga dan Masyarakat dengan Sistem Rujukan	224
Tabel 4.6	Reduksi data tentang kualitas pelayanan kesehatan ibu dan interaksi dengan tenaga kesehatan	232
Tabel 4.7	Karakteristik Responden Kelompok Perempuan berdasarkan Usia di Kec. Sungayang Kab. Tanah Datar.	233
Tabel 4.8	Karakteristik Kelompok Perempuan berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kec. Sungayang Kab. Tanah Datar	234
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Hamil di Kec. Sungayang dan Pariangan Kab. Tanah Datar	242
Tabel 4.10	Distribusi Frekuensi Pemberdayaan Ibu Hamil, Pengetahuan Ibu Hamil, Sikap Ibu Hamil dan Kunjungan ANC di Kec. Sungayang dan Pariangan Kab. Tanah Datar	246

Tabel 4.11	Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kunjungan ANC di Kec. Sungayang dan Kec. Pariangan Kab. Tanah Datar	251
Tabel 4.12	Hubungan Pemberdayaan Ibu Hamil, Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil dengan Kunjungan ANC di Kec. Sungayang dan Kec. Pariangan Kab. Tanah Datar	256
Tabel 4.13	Perbedaan Skor Pemberdayaan Ibu Hamil pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> di Kabupaten Tanah Datar	260
Tabel 4.14	Perbedaan Skor Pengetahuan Ibu Hamil pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> di Kabupaten Tanah Datar	261
Tabel 4.15	Perbedaan Skor Sikap Ibu Hamil pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> di Kabupaten Tanah Datar	262
Tabel 4.16	Perbedaan Skor Kunjungan ANC Ibu Hamil pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> di Kabupaten Tanah Datar	264
Tabel 4.17	Perbedaan Skor Pemberdayaan Ibu Hamil Pre-test dan Post-test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Tanah Datar	265
Tabel 4.18	Perbedaan Skor Pengetahuan Ibu Hamil Pre-test dan Post-test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Tanah Datar	267
Tabel 4.19	Perbedaan Skor Sikap Ibu Hamil Pre-test dan Post-test antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Tanah Datar	269
Tabel 4.20	Perbedaan Skor Kunjungan ANC Pre-test dan Post-test antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kabupaten Tanah Datar	270
Tabel 4.21	Seleksi Bivariat	272
Tabel 4.22	Pemodelan Multivariat I	273
Tabel 4.23		

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1. Analisis Kajian Masalah	15
Gambar 2.1. Defenisi Pemberdayaan Perempuan dalam Berbagai Konteks.....	23
Gambar 2.2. Konsep Pemberdayaan Perempuan	26
Gambar 2.3. Konsep Pemberdayaan Perempuan	30
Gambar 2.4. Dimensi Pemberdayaan	35
Gambar 2.5. Determinan Kematian Ibu (McCarthy dan Maine, 1992)	41
Gambar 2.6. Ottawa Charter (1986)	56
Gambar 2.7. Kerangka Teori	136
Gambar 2.8. Kerangka Konsep Penelitian	126
Gambar 3.1. Rancangan Penelitian Quasi Eksperiment Pre-Post Test dengan Kontrol Design	132
Gambar 3.2. Alur Penelitian	165
Gambar 3.3. Kerangka Intervensi	166
Gambar 4.1. Peta Wilayah Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat.....	169
Gambar 4.2 Skema Devi'S Strategi Pemberdayaan Perempuan.....	198

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Penelitian

Lampiran 2 Instrumen Penelitian

Lampiran 3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 4 Master Tabel Hasil Penelitian

Lampiran 5 Output Hasil Penelitian

Lampiran 6 Surat Penelitian

Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan, yaitu kematian ibu. Kematian ibu masih menjadi tantangan besar kesehatan masyarakat di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Penurunan kematian ibu masih menjadi prioritas untuk kesehatan secara global (Say *et al.*, 2014). Setiap hari, diperkirakan 835 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan yang seharusnya bisa dicegah. Hampir semua kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang. Kematian ibu lebih tinggi pada wanita yang tinggal di daerah pedesaan dan di antara masyarakat miskin (World Health Organization (WHO), 2018). Kesenjangan kematian ibu antara negara-negara berpenghasilan rendah dengan negara-negara berpenghasilan tinggi memicu adanya kesepakatan untuk pembangunan berkelanjutan *Sustainable Development Goals* (SDGs, 2017).

Sustainable Development Goals (SDGs) sebagai kelanjutan dari MDGs 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, Angka Kematian Ibu (AKI) masih berada pada angka 176 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target SDGs 2030, karena pencapaian

target masih kurang dari 75% (Sustainable Development Goals SDGs, 2017).

Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI periode 1991-2007 mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Namun AKI pada SDKI 2012 mengalami peningkatan, yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Menurut hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia adalah 305/100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2015).

Penyebab kematian ibu dapat dikategorikan dalam penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung terkait dengan aspek medis, yaitu akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan, persalinan dan masa nifas. Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan dan sebagian besar sebenarnya dapat dicegah atau diobati. Komplikasi lain mungkin ada sebelum kehamilan tetapi memburuk selama kehamilan, terutama jika tidak dikelola sebagai bagian dari perawatan wanita.

Beberapa penyebab kematian ibu tidak langsung adalah: 1) status perempuan dalam keluarga. Perempuan biasanya tidak sanggup menyampaikan keluhan yang berkaitan dengan kehamilan, sehingga terjadi keterlambatan dalam penanganan medis; 2) jarak kelahiran. Jarak kelahiran yang terlalu dekat antara satu dengan lainnya menyebabkan ibu sibuk mengurus anak, dan perhatian ibu terhadap

kehamilannya menjadi berkurang; 3) sosial budaya. Sosial budaya yang memarginalkan perempuan akan mempersulit perempuan (ibu) dalam mengambil inisiatif untuk melakukan tindakan, yang akan berakibat pada keterlambatan penanganan medis (KPPPA, 2016; WHO, 2018); 4) pendidikan. Pendidikan yang rendah berdampak terhadap pengetahuan yang rendah tentang kehamilan dan persalinan; 5) sosial ekonomi. Penghasilan yang rendah dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk memenuhi gizi ibu hamil, perawatan ibu hamil dan persalinan, dan lain-lain (KPPPA, 2016; SDKI, 2017; WHO, 2018); 6) geografis daerah. Letak klinik yang jauh dan sulit terjangkau menyebabkan keterlambatan mendapatkan pertolongan pelayanan kesehatan (KPPPA, 2016; SDKI, 2017; WHO, 2018); kurang informasi kesehatan (SDKI, 2017; WHO, 2018); 7) masalah izin untuk berobat; 8) tidak adanya pendamping saat berobat (SDKI, 2017); 9) layanan yang tidak memadai (World Health Organization (WHO), 2018).

Upaya penurunan AKI dilakukan baik secara global maupun nasional. WHO bekerja dengan para mitra untuk mengatasi ketidaksetaraan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi, ibu, dan bayi baru lahir; memastikan cakupan kesehatan universal untuk perawatan kesehatan reproduksi, ibu dan bayi baru lahir yang komprehensif; menangani semua penyebab kematian ibu, morbiditas reproduksi dan ibu, dan terkait kecacatan; dan memperkuat sistem kesehatan untuk mengumpulkan data berkualitas tinggi untuk

menanggapi kebutuhan dan prioritas perempuan dan anak perempuan; dan memastikan akuntabilitas untuk meningkatkan kualitas perawatan dan kesetaraan (*World Health Organization (WHO)*, 2018); transportasi yang cepat dan andal untuk mendapatkan perawatan obstetri darurat; mempromosikan kesetaraan gender; menciptakan kondisi dan konsensus untuk menyediakan layanan yang menyelamatkan jiwa (*World Health Organization (WHO)*, 2011).

Beberapa program telah diluncurkan dalam upaya penurunan AKI, diantaranya program *Making Pregnancy Safer (MPS)*, program *Safe Motherhood*, program Gerakan Sayang Ibu (GSI), dan program EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*). Program EMAS adalah program kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI dengan USAID dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Intervensi yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu lebih difokuskan pada upaya peningkatan akses ibu pada tenaga kesehatan terlatih dan ketersediaan penanganan kasus gawat darurat obstetrik (Prata *et al.*, 2010). Walaupun telah banyak upaya yang dilakukan dalam menurunkan AKI, penurunan AKI cenderung berjalan lambat. Tingginya cakupan dan intervensi pelayanan kesehatan tidak mengurangi kejadian kematian ibu. Untuk itu diperlukan pemberian layanan darurat yang komprehensif dan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan ibu secara keseluruhan (Sousa, Dal Poz and Boschi-Pinto,

2013); mencakup determinan sosial kesehatan yang lebih luas, termasuk pendidikan dan faktor yang terkait dengan interaksi perempuan dengan layanan kesehatan (Karlsen *et al.*, 2011a).

Status perempuan yang rendah masyarakat, budaya dan kepercayaan adalah faktor yang menyebabkan wanita gagal untuk mengakses pelayanan kesehatan (World Health Organization (WHO), 2009); budaya dan pola pengambilan keputusan dalam keluarga di pedesaan Tanzania mencegah wanita untuk ke akses fasilitas kesehatan (Mrisho *et al.*, 2009). Status subordinat perempuan merupakan kunci determinan sosial dari kesehatan seksual dan reproduksi ibu yang buruk. Upaya lebih lanjut diperlukan untuk pemberdayaan perempuan yang memungkinkan mereka dalam pengambilan keputusan (Jat *et al.*, 2015).

Pemberdayaan perempuan adalah proses perubahan yang dinamis untuk peningkatan kontrol dan kapasitas perempuan atas hidup sendiri, tubuh dan lingkungan mereka. Penekanannya pada peran perempuan dalam pengambilan keputusan, kemandirian ekonomi, hak-hak hukum untuk mendapatkan perlakuan yang sama, warisan, perlindungan terhadap segala bentuk diskriminasi serta penghapusan segala hambatan untuk mengakses sumber daya, pendidikan, dan informasi (Kishor, 2008; Kabeer, 2008; Kameda dan Shimada, 2008; Bank Dunia, 2009; Small dkk., 2013; O'Neil dkk., 2014).

Saat ini, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan telah menjadi tujuan ke 5 dari 17 tujuan pembangunan berkelanjutan/SDGs 2030, dan juga merupakan bagian integral dari semua dimensi SDGs. Artinya, semua pencapaian tujuan SDGs bergantung pada pencapaian tujuan ke 5 ini. Dengan meningkatkan tindakan pada kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, setiap bagian dari dunia dapat membuat kemajuan menuju pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals SDGs*, 2017).

Banyak perubahan yang terjadi dalam kehidupan perempuan yang dapat mempengaruhi kejadian kematian ibu melalui mekanisme pemberdayaan perempuan. Perempuan yang berdaya akan dapat mengenali kebutuhan, tanda dan gejala komplikasi kehamilan, kapan, di mana dan bagaimana memperoleh perawatan darurat yang sesuai. Dengan demikian pencegahan faktor keterlambatan yang pertama dan kedua: memutuskan untuk mencari perawatan; dan mencapai layanan darurat akan dapat dihindari. Dengan pemberdayaan perempuan, maka akan meningkatkan status politik, sosial dan ekonomi, yang memungkinkan akses yang setara ke sumber daya dan menjamin hak perempuan untuk mengambil keputusan strategis untuk hidup mereka sendiri (World Health Organization (WHO)., 2008). Pemberdayaan perempuan hamil adalah pendekatan yang tepat untuk menghindari

kematian ibu yang tidak mampu memutuskan untuk kesehatan mereka sendiri.

Untuk mencegah kematian ibu, upaya lebih lanjut difokuskan pada pemberdayaan masyarakat yang lebih baik, pemberdayaan perempuan dan penguatan sistem layanan kesehatan termasuk kualitas layanan kegawatdaruratan obstetric (Jat *et al.*, 2015). Pemberdayaan meningkatkan perilaku perempuan dalam pencarian layanan kesehatan, dan merekomendasikan pemberdayaan perempuan sebagai komponen penting dalam disain sistem kesehatan (Mainuddin *et al.*, 2015).

Memberdayakan perempuan membutuhkan penanganan masalah struktural seperti norma dan sikap sosial yang tidak adil, mengembangkan kerangka hukum progresif yang mempromosikan kesetaraan antara perempuan dan laki-laki (*Sustainable Development Goals* SDGs, 2017). Berbagai mitos, stereotipe, pelabelan tentang peran perempuan tak dapat dilepaskan dari konstruksi sosial yang berlaku, bagaimana perempuan dimaknai dan diperankan dalam masyarakat. Melalui proses sosialisasi dalam keluarga, pendidikan dan lingkungan sosial lainnya, anak laki-laki dan perempuan dikondisikan untuk berperilaku dengan cara tertentu dan memainkan peran yang berbeda dalam masyarakat.

Sistem kekerabatan merupakan bagian yang sangat penting dalam struktur sosial. Sistem kekerabatan suatu masyarakat dapat

menggambarkan struktur sosial masyarakat tersebut. Di Indonesia dikenal dua sistem kekerabatan, yaitu patrilineal dan matrilineal. Patrilineal adalah suatu adat masyarakat yang mengatur garis keturunan yang berasal dari pihak ayah. Matrilineal adalah adat masyarakat yang mengatur garis keturunan yang berasal dari pihak ibu.

Istilah yang sering dikaitkan dengan patrilineal adalah patriarkat atau patriarki, yaitu kekuasaan yang berada di tangan ayah atau pihak laki-laki. Selama ini sering disebutkan adanya dominasi budaya patriarki telah menimbulkan berbagai bias jender yang menyebabkan berbagai bentuk ketidakadilan, beban berat, diskriminasi, bahkan berbagai bentuk kekerasan yang banyak dialami kaum perempuan (Njogu dkk., 2009; Saptandari, 2012; Ewing, 2016).

Pada sistem matrilineal, perempuan memegang posisi yang menonjol atau dominan. Masyarakat matrilineal tidak didasarkan pada subordinasi tetapi pada kerja sama, koeksistensi dan pengembangan yang harmonis. Pada sistem matrilineal status perempuan disejajarkan dengan laki-laki, memiliki hak dan dapat berpartisipasi dalam segala aspek kehidupan, baik politik, sosial, ekonomi, budaya dan kesehatan. Studi di kalangan masyarakat matrilineal menunjukkan bahwa perempuan lebih berkuasa dalam pengambilan keputusan mengenai masalah kesehatannya (Chakrabarty, 2011); perilaku mencari perawatan *antenatal care* dan *postnatal care* (RAKIBUL, AMIRUL and BANOWARY, 2009).

Propinsi Sumatera Barat merupakan satu-satunya wilayah di Indonesia yang menganut sistem matrilineal. Suku Minangkabau yang berada di propinsi ini merupakan suku penganut sistem matrilineal terbesar di dunia. Gambaran kesehatan ibu khususnya cakupan antenatal di wilayah ini justru menunjukkan kondisi yang memprihatinkan. Cakupan K4 di propinsi Sumatera Barat hanya sedikit melebihi target Renstra 2018 (78%), yaitu 79,53% (Kementrian kesehatan, 2018). Salah satu kabupaten di Sumatera Barat dengan cakupan K4 terendah adalah Kabupaten Tanah Datar.

Cakupan K4 di Kabupaten Tanah Datar dalam tiga tahun terakhir cenderung menurun, yaitu pada tahun 2015 sebanyak 72,4%; tahun 2016 sebanyak 70,6% (Profil Kesehatan Kab. Tanah Datar, 2016), dan pada tahun 2017 sebanyak 64,06% (Profil Kesehatan Sumbar, 2017; Profil Kesehatan Kab. Tanah Datar, 2017). Salah satu wilayah yang memiliki cakupan terendah dan cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir adalah wilayah kerja Puskesmas Sungayang, yaitu 62,1% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2016), 59,94% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2017) dan 51,14% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2018). Begitu juga di Kecamatan Pariangan. Untuk tiga tahun terakhir, cakupan K4 di wilayah ini yaitu 52% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2016), 57,35% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2017) dan 52,61% (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2018).

Hadrill dkk., (2014) menunjukkan bahwa keterlambatan perempuan untuk akses ke layanan kesehatan untuk pemeriksaan antenatal disebabkan karena tiga hal, yaitu karena: 1) ketidaktahuan ibu hamil; 2) mengetahui, namun menghindari (disebabkan ambivalensi, ketakutan, perawatan diri; menunda untuk pemeriksaan ANC (rasa takut, layanan yang tidak menghargai, perawatan diri); dan 3) tertunda, yang disebabkan kegagalan profesional dan sistem, masalah pengetahuan dan pemberdayaan (Hadrill, Georgina L. Jones, *et al.*, 2014). Ahmed dkk, (2010); Corroon dkk., (2014) menunjukkan bahwa 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 (23,35).

Melihat begitu kuatnya hubungan antara pemberdayaan perempuan dengan peningkatan kesehatan ibu hamil, maka upaya untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan harus dilakukan secara sungguh-sungguh dan didukung semua pihak. Untuk itu perlu dilakukan suatu intervensi dalam upaya meningkatkan pemberdayaan perempuan. Skinner dan Rathavy (2009) menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat sangat layak dan juga merupakan cara yang berhasil dan hemat biaya untuk memperkenalkan kesiapan persalinan dan ada kepuasan yang tinggi dari masyarakat dan staf kesehatan

(Skinner and Rathavy, 2009). Secara program, terjadi peningkatan dalam perawatan antenatal sebanyak 22% dan peningkatan rujukan ke rumah sakit 28%.

Berdasarkan uraian tersebut, dibutuhkan sebuah penelitian operasional untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan dalam peningkatan kunjungan antenatal pada masyarakat matrilineal Minangkabau di kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat. Persepsi masyarakat matrilineal Minangkabau tentang masalah ibu hamil saat ini masih kurang baik, banyak yang belum memahami tentang perawatan kesehatan ibu hamil dan permasalahannya. Dukungan sosial masyarakatnya terhadap kesehatan ibu hamil sudah ada, namun masih perlu ditingkatkan lagi dalam bentuk formal (Syarief and Abdullah, 2020; Syarief, Abdullah and Hidayanty, 2021).

Penelitian ini mengembangkan strategi Devi”S pemberdayaan perempuan, dengan mengimplementasikan intervensi promosi kesehatan ibu, yaitu strategi mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif dan siklus aksi yang difasilitasi dengan kelompok perempuan (WHO, 2017), dan menggunakan pendekatan dua tingkat pemberdayaan, yaitu tingkat masyarakat dan tingkat individu (Portela and Santarelli, 2003). Pembelajaran partisipatif yaitu melibatkan dan memberdayakan masyarakat pada kegiatan penelitian. Siklus aksi yang dilakukan kelompok perempuan mengacu pada konsep *Participatory Community Assessment (PCA)*, dengan siklus 4 langkah,

yaitu: a) mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah selama kehamilan; b) merencanakan kegiatan sesuai prioritas masalah kesehatan ibu hamil; c) mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu; d) menilai kegiatan partisipasi kelompok masyarakat dalam kesehatan ibu (WHO), 2017). Siklus aksi yang dilakukan ini merupakan upaya untuk pemberdayaan individu.

Analisis Kajian Masalah

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah, karena solusi perawatan kesehatan untuk mencegah atau mengelola komplikasi sudah diketahui. Perawatan terampil sebelum, selama dan setelah melahirkan dapat menyelamatkan nyawa wanita dan bayi yang baru lahir (World Health Organization (WHO), 2018). Untuk itu, semua ibu hamil membutuhkan akses ke perawatan antenatal. Setiap ibu hamil seharusnya mendapatkan pelayanan *antenatal care* (ANC) minimal 4 kali kunjungan (K4) selama satu periode kehamilan (Kementrian Kesehatan RI, 2015). Cakupan K4 menunjukkan perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Banyak hal yang dapat menjadi hambatan bagi perempuan untuk akses ke layanan kesehatan. Status subordinat perempuan merupakan kunci determinan sosial dari kesehatan seksual dan reproduksi ibu yang buruk. Upaya lebih lanjut diperlukan untuk

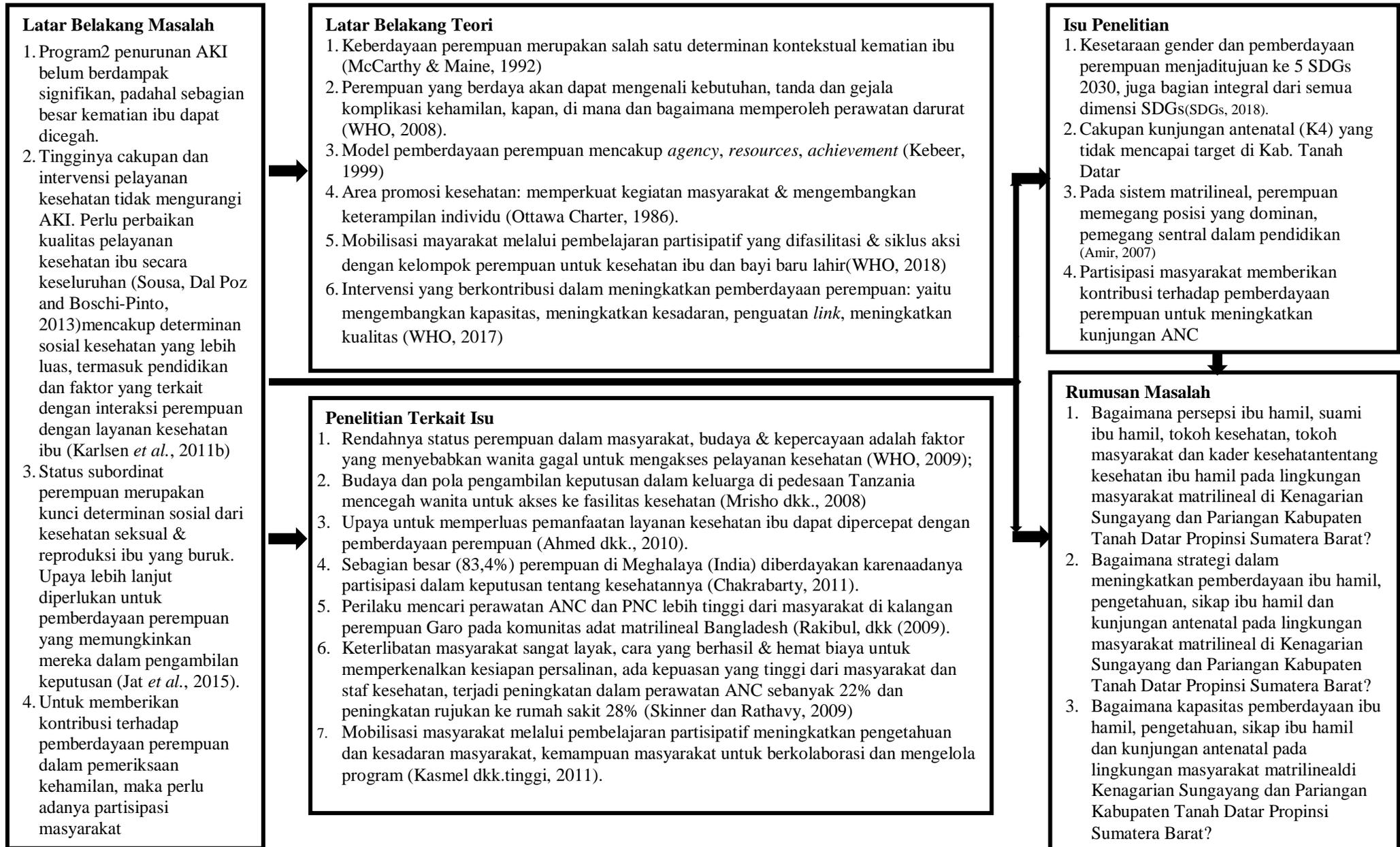
pemberdayaan perempuan yang memungkinkan mereka dalam pengambilan keputusan (Jat *et al.*, 2015). Perempuan yang berdaya akan dapat mengenali kebutuhan, tanda dan gejala komplikasi kehamilan, kapan, di mana dan bagaimana memperoleh penanganan darurat yang sesuai (World Health Organization (WHO), 2018).

Propinsi Sumatera Barat, khususnya di kabupaten Tanah Datar menjadi salah satu propinsi dan kabupaten yang memiliki cakupan K4 yang rendah. Kondisi ini memerlukan suatu upaya agar cakupan K4 di wilayah ini dapat meningkat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah menggerakkan dan memberdayakan ibu hamil, suami/keluarga dan masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, kemampuan masyarakat untuk berkolaborasi dan mengelola program, berpartisipasi dalam proses penilaian kesehatan, mengembangkan kapasitas dalam bekerja sama untuk kepentingan mereka sendiri (Kasmel and Andersen, 2011).

Masyarakat mengidentifikasi prioritas kesehatan dan kebutuhan (yang mungkin berbeda dari yang diidentifikasi oleh pemerintah), dan rencana intervensi sesuai dengan kebutuhan. Melalui partisipatif masyarakat, akan terbangun dengan kuat antara layanan kesehatan setempat dan pengguna layanan, sehingga meningkatkan penggunaan layanan dan meningkatkan kualitas. Di samping itu,

pemahaman dan kepercayaan antara pemangku kepentingan seperti wanita, pria, penyedia layanan kesehatan, tokoh masyarakat, dan tokoh agama juga akan meningkat, minat di antara anggota masyarakat dalam upaya kesehatan ibu dan anak serta kesadaran akan isu-isu yang mempengaruhi (Howard-Grabman and Snetro, 2003).

Pemberdayaan adalah proses yang berkelanjutan yang memungkinkan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kapasitas, dan secara kritis menganalisis situasi dan mengambil tindakan untuk meningkatkan situasi ke arah yang lebih baik. Pemberdayaan merupakan sarana yang memungkinkan individu (ibu hamil) dan masyarakat dapat saling berinteraksi dan saling mempengaruhi. Berikut skema analisis kajian masalah:



Gambar 1.1. Analisis Kajian Masalah

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka dapat dikemukakan beberapa rumusan yang menjadi masalah pada penelitian, sebagai berikut:

1. Bagaimana persepsi ibu hamil, suami ibu hamil, tokoh kesehatan, tokoh masyarakat dan kader kesehatan tentang kesehatan ibu hamil pada masyarakat matrilineal di Kecamatan Sungayang dan Pariangan Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat?
2. Bagaimana strategi dalam meningkatkan pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan, sikap ibu hamil dan kunjungan antenatal pada masyarakat matrilineal di Kecamatan Sungayang Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat?
3. Apakah strategi Devi'S pemberdayaan perempuan memberikan efek lebih baik terhadap peningkatan kapasitas pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan ibu hamil tentang kesehatan kehamilan, sikap ibu hamil terhadap kesehatan kehamilan dan kunjungan *antenatal* dibandingkan dengan intervensi standar pada masyarakat matrilineal di Kecamatan Sungayang dan Pariangan Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian bertujuan mengembangkan kapasitas pemberdayaan ibu hamil melalui pendekatan strategi Devi'S

pemberdayaan perempuan untuk meningkatkan kunjungan antenatal pada masyarakat matrilineal di Kecamatan Sungayang dan Pariangan Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Menggali persepsi ibu hamil, suami ibu hamil, tokoh kesehatan, tokoh masyarakat dan kader kesehatan pada lingkungan masyarakat matrilineal tentang kesehatan ibu hamil di Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat;
- b. Mengembangkan strategi Devi'S pemberdayaan perempuan dalam upaya meningkatkan pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan, sikap ibu hamil dan kunjungan antenatal pada masyarakat matrilineal di Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat;
- c. Menguji perbedaan pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan kapasitas pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan ibu hamil, sikap ibu hamil, dan kunjungan antenatal sebelum dan sesudah diberikan perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada masyarakat matrilineal di Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat ilmiah

Penelitian ini memberikan kontribusi yang nyata pada pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya tentang strategi pemberdayaan perempuan untuk meningkatkan cakupan kunjungan antenatal pada lingkungan masyarakat matrilineal. Selain itu, penelitian ini memberikan kontribusi dalam bentuk pengayaan kajian di bidang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya tentang promosi kesehatan pada ibu hamil.

2. Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan dan sikap serta kunjungan antenatal di Kabupaten Tanah Datar khususnya wilayah kerja Puskesmas Sungayang dan Puskesmas Pariangan. Di samping itu, diharapkan juga strategi pengembangan pembelajaran partisipatif kelompok perempuan dapat dikembangkan dalam upaya promosi kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir di wilayah kerja Puskesmas Sungayang dan Puskesmas Pariangan khususnya, dan Kabupaten Tanah Datar pada umumnya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Variabel Penelitian

1. Konsep Pemberdayaan Perempuan

a. Pengertian

Pemberdayaan adalah sebuah konsep yang kompleks, yang bervariasi antara budaya, orang, jenis kelamin, pekerjaan dan posisi dalam hidup. Juga bervariasi dalam waktu dan tempat. Berikut disajikan definisi pemberdayaan dalam berbagai konteks:

Tabel 2.1. Definisi pemberdayaan dalam konteks yang berbeda

Penulis	Definisi Pemberdayaan	Konteks
Kabeer (2005); Kishor (2005)	Peningkatan kontrol perempuan atas hidup sendiri, tubuh dan lingkungan mereka. Penekanan pada peran perempuan dalam pengambilan keputusan, kemandirian ekonomi, hak-hak hukum untuk perlakuan yang sama, warisan, perlindungan terhadap segala bentuk diskriminasi, selain penghapusan hambatan untuk mengakses sumber daya pendidikan dan informasi.	Otonomi, pengambilan keputusan, kemandirian,
Kameda & Shimada, 2008	Pemberdayaan perempuan hamil diartikan sebagai rasa pemenuhan kebutuhan diri dan meningkatkan kemandirian, yang diperoleh melalui interaksi dengan lingkungan mereka dan orang lain, yang mengarah pada peningkatan energi psikologis secara spontan untuk mencapai kehamilan dan persalinan yang diinginkan (Kameda and Shimada, 2008)	Tanggung jawab, kemandirian,

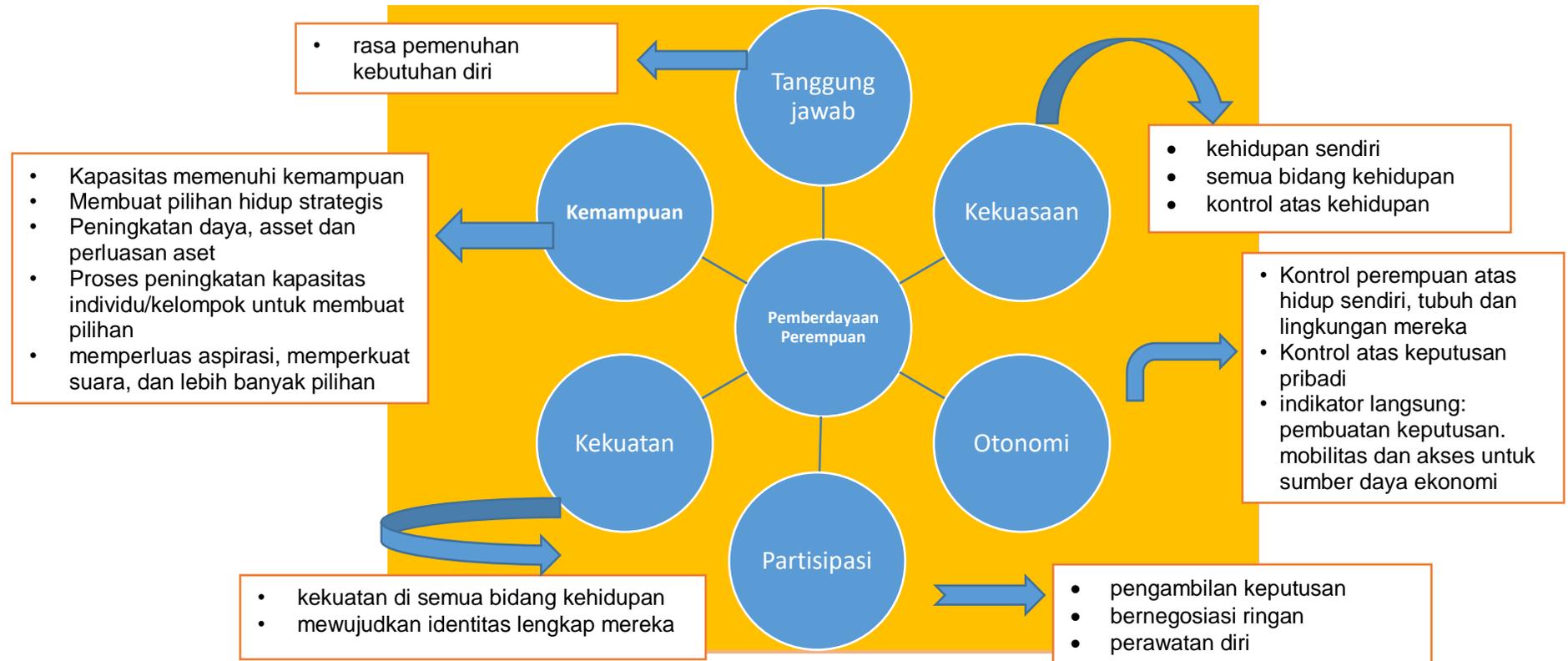
Penulis	Definisi Pemberdayaan	Konteks
World Bank (2012)	Proses peningkatan kapasitas individu atau kelompok untuk membuat pilihan dan mengubah pilihan ke dalam tindakan dan hasil yang diinginkan (World Bank, 2011).	Kemampuan
Mahmud, dkk (2012)	Pemberdayaan sebagai proses dinamis multidimensi yang sangat dipengaruhi oleh sumber daya dan pengaturan, diukur dengan 4 faktor penentu: usia (status demografis); kekayaan rumah tangga (status ekonomi); sekolah perempuan (status sosial); dan eksposur media untuk TV atau radio (Mahmud, Shah and Becker, 2012).	Sumber daya
Bill dan Melinda Gates Foundation (2012)	Pemberdayaan adalah proses perubahan yang sedang berlangsung melalui mana perempuan dan anak perempuan memperluas aspirasi mereka, memperkuat suara mereka, dan lebih banyak pilihan (Bill & Melinda Gates Foundation, 2012).	kemampuan
Small, dkk (2013)	Pemberdayaan merupakan suatu keadaan psikologis yang mengarah pada hubungan sosial yang efektif dari individu, manajemen diri dan partisipasi dalam perawatan diri, dan peningkatan status kesehatan perempuan (Bhalotra and Clots-Figueras, 2014)	Interaksi, manajemen diri, partisipasi
O'Neil, dkk(2014)	Pemberdayaan perempuan merupakan proses perubahan pribadi dan sosial dimana mereka mendapatkan kekuasaan, pilihan yang bermakna dan kontrol atas kehidupan mereka (Neil, Domingo and Valters, 2014)	Kekuasaan

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, maka dapat dirangkum konsep bahwa pemberdayaan perempuan mencakup:

1. Proses kemampuan untuk meningkatkan kapasitas, baik individu maupun kelompok untuk membuat pilihan yang strategis, dengan memperluas aspirasi dan memperkuat suara perempuan serta meningkatkan asset mereka. Pemberdayaan perempuan juga mencakup kemampuan perempuan untuk akses pada sumber daya;
2. Kekuasaan atas kehidupan perempuan itu sendiri dan juga pada semua bidang kehidupan, sehingga mereka memiliki kontrol atas kehidupannya sendiri;
3. Otonomi perempuan untuk mengontrol kehidupannya sendiri, tubuh dan lingkungan mereka melalui peran dalam pengambilan keputusan, kontrol atas keputusan pribadi, peningkatan kesadaran untuk menentukan pilihan, kemandirian ekonomi, hak-hak hukum untuk perlakuan yang sama, warisan, perlindungan terhadap segala bentuk diskriminasi, serta akses pada sumber daya pendidikan dan informasi;

Indikator langsung otonomi perempuan mencakup pembuatan keputusan, mobilitas dan akses untuk sumber daya ekonomi yang dapat dilihat baik sebagai hasil maupun proses;
4. Partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan, bernegosiasi ringan dan partisipasi dalam perawatan diri;

5. Kekuatan perempuan di semua bidang kehidupan dan mewujudkan identitas lengkap mereka;
6. Tanggung jawab perempuan untuk memenuhi kebutuhan diri, perawatan diri, dan manajemen diri untuk meningkatkan status kesehatan serta kemandiriannya untuk mencapai derajat kesehatan yang baik.



Gambar 2.1. Defenisi Pemberdayaan Perempuan dalam Berbagai Konteks

Sumber: Kabeer (2008); Kishor (2008); Kameda & Shimada, (2008); Bank Dunia (2009); Mahmud, dkk (2012); Bill dan Melinda Gates Foundation (2012); Small, dkk (2013); O'Neil. dkk(2014)

b. Elemen Kunci Pemberdayaan Perempuan

Kabeer (1999) mengemukakan bahwa ada tiga elemen kunci dari pemberdayaan perempuan, yaitu (Kabeer, 1999a):

1. Resources (sumber daya)

Sumber daya adalah media di mana *agency* melaksanakan perannya. Sumber daya didistribusikan melalui berbagai institusi dan hubungan dalam suatu masyarakat. Cara distribusi sumber daya tergantung pada kemampuan untuk menentukan prioritas dan menegakkan klaim. Hal yang juga penting, definisi persyaratan sumber daya yang tersedia. Jika bentuk utama akses perempuan ke sumber daya adalah sebagai anggota keluarga yang bergantung, kapasitasnya untuk membuat pilihan strategis kemungkinan akan terbatas. Sumber daya dalam bentuk material, manusia atau dalam bentuk sosial. Sumber daya meningkatkan kemampuan *agency* untuk melaksanakan pilihan dan memfasilitasi *agency* untuk mencapai pilihan tersebut.

2. Agency (Perempuan)

Kabeer membedakan antara *agency* aktif (positif) dan pasif (negatif). *Agency* aktif (positif) berarti kemampuan orang untuk berbuat dan bertindak berdasarkan tujuannya, pilihan hidupnya sendiri, termasuk dalam menghadapi tentangan dari orang lain.

Agency terkait dengan pemberdayaan, karena tidak hanya secara aktif melaksanakan pilihan, tetapi juga melakukan ini dengan cara yang menantang hubungan kekuasaan. Karena pentingnya kepercayaan dan nilai-nilai dalam melegitimasi ketimpangan, proses pemberdayaan sering dimulai dari dalam. Ini tidak hanya mencakup 'pengambilan keputusan' dan bentuk tindakan lain yang dapat diamati tetapi juga makna, motivasi, dan tujuan individu untuk melakukan tindakannya; yaitu, rasa, hak pilihan mereka. Pemberdayaan berakar pada bagaimana orang melihat diri mereka sendiri - rasa harga diri mereka. Ini pada gilirannya secara kritis terkait dengan bagaimana mereka dilihat oleh orang-orang di sekitar mereka dan oleh masyarakat mereka.

3. *Achievements (well-being outcomes)*

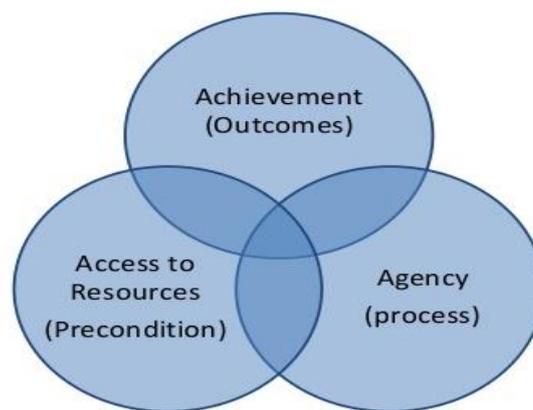
Sumber daya dan *agency* membentuk kemampuan seseorang: yaitu potensi untuk menjalani kehidupan yang mereka inginkan. Istilah 'prestasi' mengacu pada sejauh mana potensi ini direalisasikan atau gagal direalisasikan; yaitu, untuk hasil dari upaya masyarakat. Dalam kaitannya dengan pemberdayaan, prestasi telah dipertimbangkan dalam hal yang dilaksanakan *agency* dan konsekuensinya.

Prestasi adalah suatu kemampuan menyadari hasil (yaitu sumber daya dan *agency*). Hal ini penting untuk dicatat apakah perbedaan prestasi yang karena satu kemampuan untuk menantang

ketidaksetaraan, daripada perbedaan dalam preferensi atau karakteristik pribadi individu, seperti kemalasan, di manakekuasaan tidak menjadi masalah(Kabeer, 1999a, 2005).

Women's Empowerment

"...the processes by which those who have been denied the ability to make choices acquire such an ability." (p. 437)



Kabeer (1999)



Gambar 2.2. Konsep Pemberdayaan Perempuan

Sumber: Kabeer (1999)

b. Bill & Melinda (2012)

Ada tiga elemen kunci pemberdayaan perempuan, yaitu *agency*, *institutional structure* dan *resource*.

1. Agency (Perempuan)

Inti dari model pemberdayaan adalah *Agency*; mengacu pada kapasitas perempuan dan anak perempuan untuk mengambil tindakan terarah dan mengejar tujuan, bebas dari ancaman

kekerasan atau retribusi, sehingga perempuan dan anak perempuan dapat menjalankan hak dalam hidup mereka. Tiga ekspresi inti perempuan yaitu pengambilan keputusan, kepemimpinan, dan tindakan kolektif.

a) Pengambilan Keputusan (*decision making*)

Pengambilan keputusan yang dilakukan perempuan dan anak perempuan yaitu ketika mereka membangun dan bertindak sesuai tujuan. Pemberdayaan terletak pada kemampuannya untuk membuat keputusan berdasarkan preferensi sendiri. Keputusan-keputusan penting yang mempengaruhi perempuan dan kehidupan anak perempuan baik di bidang swasta dan publik, sering memerlukan proses yang mencakup negosiasi dan kompromi. Seorang wanita atau gadis diberdayakan dalam pengambilan keputusan ketika dia menggunakan suaranya untuk mempengaruhi keputusan kunci, menyadari, dan dapat bertindak atas diri sendiri, penuh pilihan.

b) Kepemimpinan (*leadership*)

Kepemimpinan bisa menjadi ekspresi yang kuat dari *agency* ketika perempuan dan anak perempuan memimpin dan menginspirasi perubahan sosial dan efektif berpartisipasi dalam pemerintahan untuk meningkatkan status perempuan dan gadis-gadis lain serta diri mereka sendiri. Partisipasi perempuan meningkat

dalam kepemimpinan berhubungan positif dengan banyak manfaat bagi masyarakat secara keseluruhan.

c) Tindakan kolektif (*collection action*)

Perempuan dan anak perempuan terlibat dalam tindakan kolektif ketika mereka berdiri bersama dalam solidaritas dan suara untuk mentransformasikan *agency* dan hubungan kekuasaan. Tindakan kolektif adalah alat yang ampuh untuk transformasi sosial dan merupakan dasar untuk perempuan dan pemberdayaan perempuan di tingkat masyarakat.

2. *Institutional structure* (struktur kelembagaan)

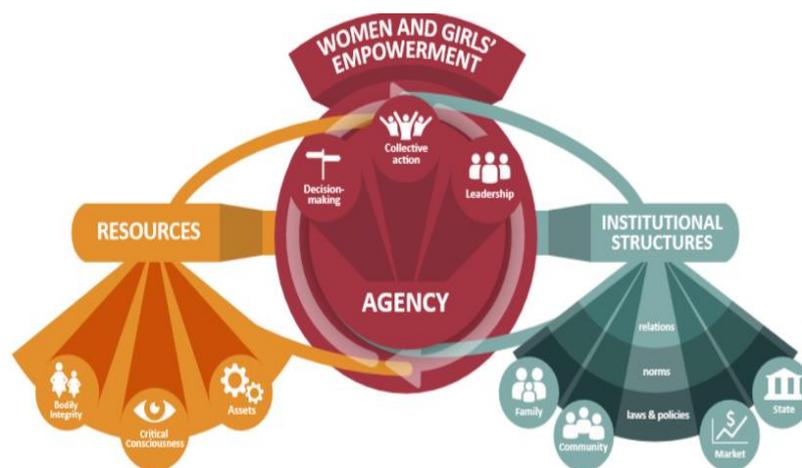
Struktur kelembagaan adalah pengaturan sosial, termasuk aturan baik formal maupun informal dan praktek, bahwa bentuk kemampuan dan pengaruh perempuan dan anak perempuan untuk mengekspresikan lembaga dan menegaskan kontrol atas sumber daya. Struktur kelembagaan dapat ditemukan dalam lingkup keluarga, masyarakat, pasar, dan negara. Mereka terdiri dari hukum formal dan kebijakan serta norma-norma yang membentuk hubungan antara individu dan kelompok sosial. Mitra, kerabat, teman sebaya, penyedia layanan, otoritas pemerintah, dan lain-lain semua bisa mempengaruhi pemberdayaan perempuan dan anak perempuan dengan cara-cara yang positif atau negatif.

3. **Resources (Sumber daya)**

Sumber adalah modal berwujud dan tidak berwujud dan sumber daya yang perempuan dan anak perempuan memiliki, sendiri, atau menggunakan secara individual maupun kolektif dalam menjalankan lembaga. Sumber daya kunci disorot dalam model kami termasuk perempuan dan integritas tubuh perempuan (kesehatan, keselamatan, dan keamanan), kesadaran kritis, dan aset (keuangan dan aset produktif, pengetahuan dan keterampilan, waktu, dan modal sosial).

- a) **Integritas tubuh** memerlukan kontrol perempuan atau anak perempuan memiliki lebih dari kesejahteraan fisik dan mentalnya. Tubuh yang sehat dan aman adalah dasar yang diperlukan untuk perempuan dan anak perempuan untuk berpartisipasi dalam masyarakat dan merupakan dasar untuk martabat manusia dan kebebasan. **Kesehatan**, dan khususnya kesehatan perempuan dan anak perempuan, telah lama menjadi fokus. Integritas tubuh melampaui memiliki akses ke perawatan kesehatan fisik dan mental untuk menyertakan wanita atau kemampuan gadis itu untuk membuat pilihan informasi tentang tubuh dan kesehatan tidak dibatasi oleh hambatan institusional, seperti diskriminasi oleh penyedia layanan kesehatan atau pembatasan pilihan perawatan kesehatan dengan pasangannya atau anggota rumah tangga lainnya.

- b) **Kesadaran kritis** perempuan dan anak perempuan ketika mereka mengidentifikasi dan mempertanyakan bagaimana ketidaksetaraan dan kekuasaan beroperasi dalam hidup mereka dan menegaskan diri mereka dan hak-hak mereka.
- c) **Assets** mencakup baik sumber daya berwujud dan tidak berwujud ekonomi, sosial, atau produktif, yang dapat menghambat atau mengaktifkan perempuan dan pemberdayaan perempuan. Akses dan kontrol atas **aset** keuangan dan produktif dapat memberikan jalan keluar dari kemiskinan bagi perempuan dan anak perempuan, selain membantu mereka bertahan guncangan seperti bencana alam, penyakit serius, atau kehilangan pendapatan rumah tangga.



Sumber: (Bill & Melinda., 2012)

Gambar 2.3. Konsep Pemberdayaan Perempuan

Berdasarkan model-model tersebut, maka dapat dirangkum sebuah pemahaman bahwa:

- a. *Agency* (perempuan) merupakan elemen inti dari pemberdayaan. Aspek utama *agency* adalah pengambilan keputusan, kepemimpinan, motivasi, harga diri, dan tindakan kolektif
- b. *Resources* adalah media bagi *agency* untuk mencapai tujuannya. Hal ini mencakup:
 - 1) Manusia,
 - 2) Integritas tubuh (kesehatan, keselamatan dan keamanan),
 - 3) Kesadaran kritis (kepercayaan diri, harga diri, *selfefficacy*),
 - 4) Assets (keuangan dan produktif, modal sosial, pengetahuan dan kemampuan)
- c. *Institusional structure* adalah pengaturan/norma sosial serta hukum dan kebijakan formal, yang berfungsi sebagai kontrol atas sumber daya. Hal ini akan membentuk hubungan antara individu dan kelompok sosial.
- d. *Achievement* merupakan hasil dari upaya tindakan pemberdayaan yang dilakukan *agency*, berupa prestasi ataupun kesejahteraan (*well being outcomes*). Prestasi dalam satu bidang kehidupan dapat membentuk dasar di mana perempuan mencari perbaikan di bidang lain di masa depan.
- e. Dimensi yang membentuk konsep pemberdayaan merupakan jalur di mana proses pemberdayaan ini dapat terjadi. Perubahan pada satu dimensi apa pun dapat menyebabkan perubahan pada dimensi lain.

- f. *Agency* terkait dengan pemberdayaan, karena tidak hanya menyiratkan secara aktif melaksanakan pilihan, tetapi juga melakukannya dengan cara yang menantang hubungan kekuasaan. Pemberdayaan berakar pada bagaimana orang melihat diri mereka sendiri (rasa harga diri mereka). Ini pada gilirannya secara kritis terkait dengan bagaimana mereka dilihat oleh orang-orang di sekitar mereka dan oleh masyarakat mereka.

c. Dimensi Pengukuran Pemberdayaan Perempuan

Pemberdayaan perempuan merupakan hal yang multidimensional, yang ada pada semua aspek; politik, ekonomi, sosial, budaya, dan juga kesehatan. Untuk pengukuran, para peneliti menggunakan pengukuran pemberdayaan perempuan langsung (*agency*) dan tidak langsung (*resources, achievement* dan *institutional structure*). Banyak dimensi pemberdayaan perempuan yang ditawarkan oleh para peneliti, tergantung pada aspek yang akan diukur.

Sebuah tinjauan literatur yang berhubungan dengan pemberdayaan berfokus pada bidang kebidanan dan ilmu keperawatan ibu dilakukan oleh Kameda dan Shimada, (2008), yang dilakukan pada 171 wanita hamil di wilayah Hokuriku (Kameda and Shimada, 2008). Hasil analisis menemukan delapan sub-konsep yang diambil dari pengukuran pemberdayaan, diekstrak melalui diskusi dengan ibu hamil dan uji coba, melalui proses analisis diidentifikasi 27 item yang

dikelompokkan dalam lima faktor, yaitu: *self efficacy*, *image* masa depan, *selfesteem*, *dukungan* dan *jaminan* dari orang lain dan *kebahagiaan* untuk keluarga (Kameda and Shimada, 2008).

Mahmud, dkk (2012) mengemukakan bahwa ada empat dimensi pengukuran pemberdayaan, yaitu: harga diri, partisipasi dalam pengambilan keputusan rumah tangga, kebebasan mobilitas, dan kontrol terhadap sumber daya material (Mahmud, Shah and Becker, 2012). Dimensi harga diri dari pemberdayaan adalah yang paling tidak dapat diamati dan belum ditampilkan secara umum dalam penelitian tentang pemberdayaan yang diulas di atas. Asaolu, dkk, (2018) juga menemukan empat faktor, yaitu sikap terhadap kekerasan, partisipasi angkatan kerja, pendidikan, dan akses ke perawatan kesehatan untuk didefinisikan sebagai pemberdayaan perempuan di Afrika Tengah, Selatan, dan Barat. Ada bukti terbatas untuk mendukung pengambilan keputusan rumah tangga, kursus kehidupan, atau domain status hukum sebagai komponen pemberdayaan perempuan (Asaolu *et al.*, 2018). Temuan ini memberikan sebuah pengukuran pemberdayaan perempuan yang tervalidasi untuk para peneliti dan pemangku kepentingan lainnya dalam bidang kesehatan dan pembangunan.

Selanjutnya, Yount, dkk (2016) menunjukkan bahwa pengukuran *agency* adalah multi-dimensi, terdiri atas: (1) pengaruh dalam keputusan keluarga, termasuk yang untuk laki-laki; (2) kebebasan bergerak di ruang publik; dan (3) sikap tentang gender,

khususnya kekerasan terhadap istri (Yount *et al.*, 2016). Dimensi ini dieksplorasi di daerah pedesaan yang dipilih dari Mesir dan Asia Selatan. Namun, tiga item menunjukkan item diferensial berfungsi (DIF) signifikan dengan kategori usia perempuan saat kawin pertama, dengan dan tanpa kontrol untuk usia perempuan di tahun. Model menunjukkan bahwa usia wanita yang lebih tua di pernikahan pertama berhubungan dengan faktor pengambilan keputusan bagi keluarga dan sikap gender kekerasan, tapi tidak kebebasan bergerak. Temuan ini mengungkapkan nilai strategi analitis untuk penelitian pada dimensi dan faktor-faktor penentu *agency*.

Untuk menguji pemberdayaan perempuan lintas negara dengan menggunakan data DHS, Miedema, dkk (2018) mengusulkan sebuah model tiga dimensi pemberdayaan yang sejajar dan dilengkapi dengan indikator SDGs tujuan 5 (kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan), meliputi (Miedema *et al.*, 2018):

a. *Enablingcondition*

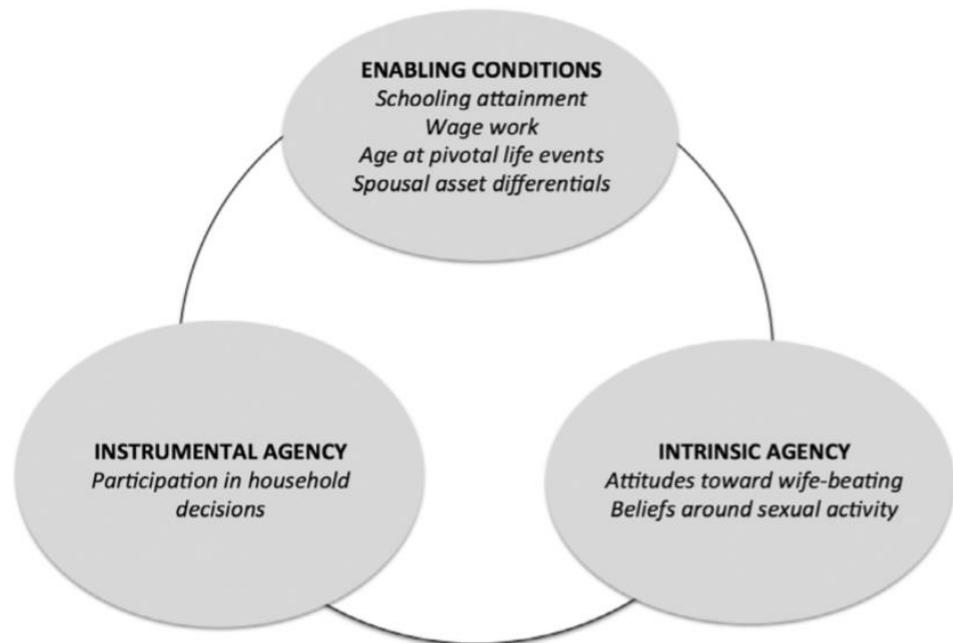
Sumber daya yang memungkinkan mencakup: partisipasi angkatan kerja perempuan, usia saat perkawinan pertama; kepemilikan *property* dan kontrol, peran penting dalam rumah tangga.

a. *Intrinsicagency*

Mencakup sikap terhadap pemukulan istri (kekerasan pasangan intim); keyakinan seputar aktivitas seksual;

b. *Instrumentalagency*

Ini menggambarkan partisipasi dalam keputusan di rumah tangga.



Sumber: Miedema, dkk (2018)

Gambar 2.4. Dimensi Pemberdayaan

Menurut SDKI (2017), indikator pemberdayaan perempuan terkait indikator kesehatan mencakup partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan dan sikap wanita terhadap pemukulan istri oleh suami merupakan kemampuan wanita yang berkaitan dengan aspek demografi dan tindakan kesehatan, termasuk penggunaan kontrasepsi, ukuran keluarga yang diinginkan, pelayanan kesehatan reproduksi dan kematian anak (SDKI, 2017). Salem, dkk, (2017) menemukan bahwa pekerjaan tidak berpengaruh pada jenis kelamin atau sikap pengambilan keputusan. Namun, subsistem dan pasar kerja perempuan terkait dengan faktor kebebasan bergerak, dibandingkan dengan tidak

bekerja (Salem, Cheong and Yount, 2018). Hubungan antara pekerjaan perempuan dan faktor agensi (pengambilan keputusan ekonomi, kebebasan bergerak, dan sikap peran gender yang adil) tergantung pada jenis pekerjaan yang mereka lakukan dan dimensi dari agensi yang dipertimbangkan, dengan imbalan kerja pasar melebihi orang-orang dari pekerjaan subsisten dalam domain kebebasan bergerak sendiri.

Banyak dimensi *agency* yang diidentifikasi dalam literatur. Studi yang dilakukan oleh penulis yang berbeda dan dalam pengaturan yang berbeda telah menggambarkan dimensi yang sedikit berbeda. Dimensi yang paling sering diidentifikasi adalah pengambilan keputusan rumah tangga (misalnya, keputusan tentang pendidikan anak-anak, keputusan tentang pembelian rumah tangga kecil (Mistry, Galal and Lu, 2009; Ahmed *et al.*, 2010; Chakrabarti and Biswas, 2012; Fuller, 2012; Rahman, 2012; Alkire *et al.*, 2013) dan kebebasan bergerak (misalnya, kemampuan untuk melakukan perjalanan ke berbagai tempat tujuan) (Mistry, Galal and Lu, 2009; Ahmed *et al.*, 2010; Hadley, Brewis and Pike, 2010; Lee-Rife, 2010; Chakrabarty, 2011; Kabeer, 2011). Namun, banyak dimensi lain dari *agency* yang diidentifikasi, seperti keterlibatan dalam kegiatan politik (Schuler, Islam and Rottach, 2010; Deininger and Liu, 2013), sikap tentang peran ekonomi perempuan (Fuller, 2012), *Self-efficacy* (Fuller, 2012), kontrol atas pendapatan (Mistry, Galal and Lu, 2009; Lee-Rife, 2010), keterlibatan dalam masyarakat (Kabeer, 2011;

Fuller, 2012), sikap tentang kekerasan pasangan intim (Sandberg and Rafail, 2013) dan mengalami intim kekerasan pasangan (Lee-Rife, 2010).

d. Determinan Pemberdayaan Perempuan

1) *Demographic status* (usia perempuan)

Mahmud dkk (2012) mengemukakan bahwa usia berhubungan dengan pemberdayaan perempuan (Mahmud, Shah and Becker, 2012). Ghafari pada 2009 juga menyatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemberdayaan perempuan. Borghei, dkk, (2017) menunjukkan bahwa pemberdayaan dapat diprediksi dengan faktor individu, yaitu 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 (Borghei *et al.*, 2017). Frouzanfar, dkk, (2010) juga menemukan bahwa ada hubungan antara pemberdayaan dengan tingkah laku reproduksi, faktor yang mendasari seperti usia, usia saat menikah, dan usia pada kehamilan pertama merupakan faktor yang mempengaruhi pemberdayaan perempuan.

2) *Economic status* (asset quintile)

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

3) *Mediaexposure* (TV dan atau radio)

Keterpaparan dengan media dapat meningkatkan pengetahuan yang akan mempengaruhi sikap (Mahmud, Shah and Becker, 2012).

4) Pola psikologis

Sharma dan Sanchita (2016) mengungkapkan bahwa faktor-faktor psikologis bertindak sebagai penentu/determinan utama dari tingkat pemberdayaan perempuan (Sharma dan Sanchita, 2016). Studi konseptual ini menganalisis pola psikologis dan implikasi perilaku mereka untuk pemberdayaan perempuan, yaitu berbagai aspek yang menghambat pemberdayaan perempuan dan menyarankan langkah-langkah yang tepat untuk mengatasi pola tradisional dan stereotip.

Penelitian ini memiliki tiga kerangka faktor penentu (pola psikologis dari masyarakat, keluarga dan perempuan) yang 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.

5) Status keuangan

Ada hubungan antara pemberdayaan perempuan dengan status keuangan 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 (Ahmed *et al.*, 2010).

6) Tingkat pendidikan

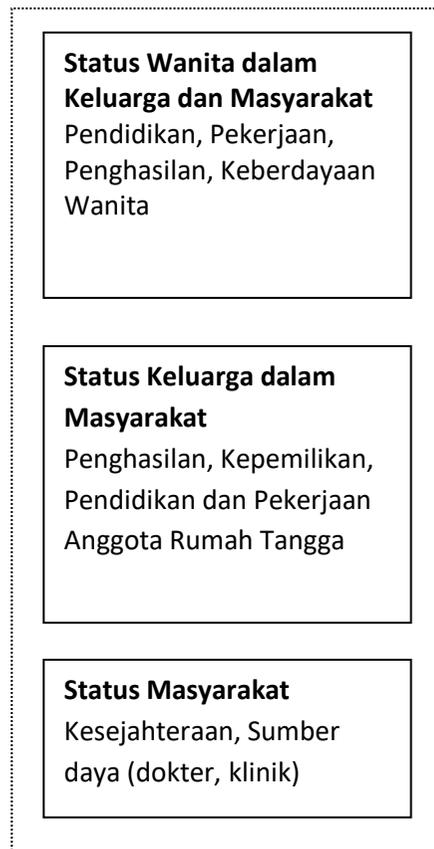
Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemberdayaan perempuan (Ahmed *et al.*, 2010; Mahmud, Shah and Becker, 2012; Amenu *et al.*, 2016). Perempuan yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi lebih mungkin untuk menyatakan kebutuhan mereka dan menegaskan bahwa mereka benar.

e. Kontribusi Pemberdayaan Perempuan dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

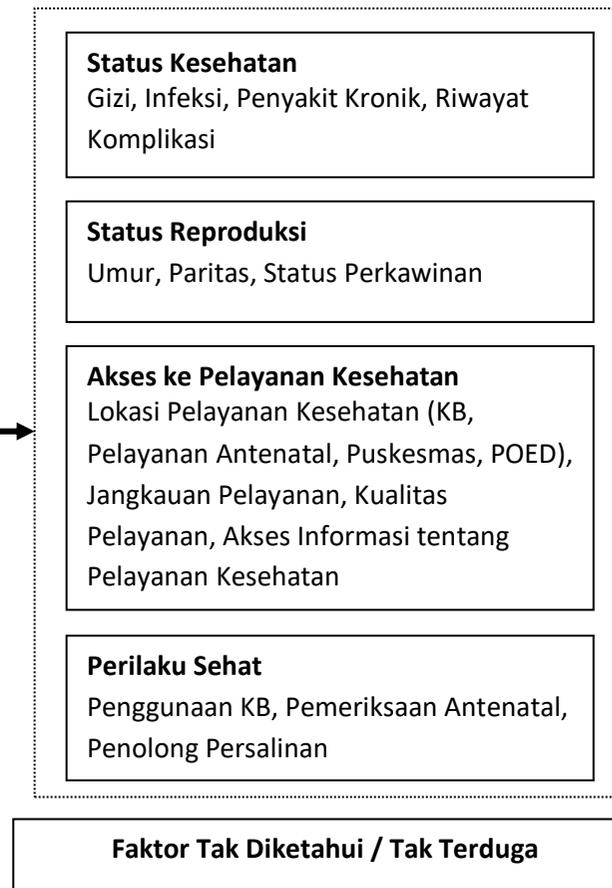
Berdasarkan kerangka dari McCharty dan Maine (1992), faktor determinan kontekstual dapat mempengaruhi kejadian kematian ibu (McCarthy and Maine, 1992). Meskipun determinan ini tidak secara langsung mempengaruhi kematian ibu, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor – faktor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian ibu. Termasuk dalam determinan kontekstual adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan ibu dan kemiskinan. Berikut kerangka determinan kematian ibu

(McCarthy and Maine, 1992):

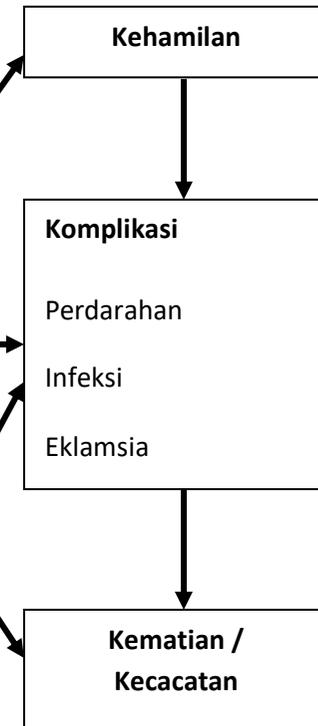
**DETERMINAN KONTEKSTUAL
(CONTEXTUAL DETERMINANT)**



**DETERMINAN ANTARA
(INTERMEDIATE DETERMINANT)**



**DETERMINAN PROKSI
(PROXIMATE DETERMINANT)**



Gambar 2.5. Determinan Kematian Ibu (McCarthy dan Maine, 1992)

WHO (2008) menjelaskan tentang bagaimana kesetaraan jender dan pemberdayaan perempuan berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, sebagai berikut (World Health Organization (WHO)., 2008):

- a. Perempuan yang diberdayakan memahami nilai mereka bagi masyarakat dan dapat menuntun mereka untuk mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Kunci untuk mengurangi kematian ibu dan bayidan cacat neonatal adalah sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik itu memberikan perawatan berkualitas sebelum dan sepanjang kehamilan, persalinan dan periode postpartum. Ini termasuk akses ke tenaga kesehatan terlatih dan transportasi yang cepat dan andal untuk perawatan obstetri darurat. Mempromosikan kesetaraan jender menciptakan kondisi dan konsensus 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 dirumah bisa efektif dalam membantu menjamin kesehatan ibu yang baik(Sado, Spaho and Hotchkiss, 2014).

Studi Haddrill, dkk (2014) menunjukkan bahwa keterlambatan perempuan untuk akses ke 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, yang disebabkan kegagalan profesional dan sistem, masalah pengetahuan dan pemberdayaan(Haddrill, Georgina L. Jones, *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).

- b. Perempuan yang terdidik (mereka yang memiliki minimal pendidikan menengah) lebih mungkin untuk menyatakan kebutuhan mereka dan menegaskan bahwa mereka benar. Ketika mereka menikah nanti, menunda melahirkan, punya anak-anak yang lebih sedikit, lebih banyak dan lebih mampu mengambil keputusan secara tepat waktu tentang mengakses layanan perawatan kesehatan. Semua ini kaitannya

dengan peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Sen, Östlin and George, 2007).

Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Ibu – ibu terutama di daerah pedesaan dengan pendidikan rendah, tingkat independensinya untuk mengambil keputusanpun rendah dan berdasarkan pada budaya ‘berunding’ yang berakibat pada keterlambatan merujuk.

Sebuah studi yang melibatkan 287.035 pasien rawat inap melahirkan di fasilitas kesehatan di 24 negara berpenghasilan rendah dan menengah menemukan bahwa wanita dengan masa pendidikan kurang 6 tahun memiliki dua kali risiko kematian ibu dibandingkan dengan masa pendidikan lebih dari 12 tahun (Karlsen *et al.*, 2011a). Dalam beberapa dekade 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, 1999a). 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 (Ahmed *et al.*, 2010; Corroon *et al.*, 2014).

- c. Secara khusus, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan melindungi terhadap penyebab utama kematian ibu dan kecacatan - perdarahan, sepsis, konsekuensi dari aborsi yang tidak aman, persalinan lama dan persalinan macet dan eklamsia serta mengurangi tiga faktor yang tertundanya mengakses perawatan darurat, seperti misalnya:

- 1) Meningkatkan melek kesehatan perempuan, keluarga dan komunitas meningkatkan kesadaran akan rutinitas keibuan dan kebutuhan kesehatan bayi baru lahir, tanda dan gejala komplikasi kehamilan, 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.

Hailu, dkk, (2010) menunjukkan bahwa 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, 2011). 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(Amenu *et al.*, 2016). 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 (World Health Organization (WHO), 2009). Mrisho, dkk (2009) menemukan tradisi di pedesaan Tanzania, budaya dan pola pengambilan keputusan kekuasaan di keluarga mencegah wanita untuk ke fasilitas kesehatan (Mrisho *et al.*, 2009). Perubahan sistemik dan institusional yang harus dilakukan adalah peningkatan pendanaan publik untuk perawatan antenatal berbasis bukti, penolong persalinan yang terampil dan tersedianya layanan transportasi darurat.

- 2) Meningkatkan nilai yang ditempatkan pada anak perempuan dan menurunkan preferensi untuk 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 perempuan 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. Ini, pada gilirannya, mengurangi kerentanannya 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. Kalau 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. Artinya peningkatan indeks pembangunan manusia (IPM) Indonesia yang sekarang masih berada dalam posisi 111 dari 177 negara, tidak dapat dilepaskan dari upaya untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan.

- 3) Menghilangkan pernikahan anak secara dramatis akan mengurangi melahirkan anak di usia dini, yang menempatkan remaja dan bayi baru lahir pada risiko tinggi; kematian ibu adalah penyebab utama kematian untuk remaja perempuan (Abouzahr and Wardlaw, 2007). 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 jender yang berbahaya bagi kehamilan dan sekitar periode postpartum - termasuk menunjuk wanita sebagai "najis" dan karenanya mengisolasi mereka selama persalinan, persalinan, dan postpartum; merujuk dengan petugas yang tidak terlatih; dimasukkan kurungan untuk periode postpartum berkepanjangan; dan pungutan untuk menghasilkan keturunan perempuan - akan meningkatkan hasil kesehatan wanita dan bayi baru lahir.
- 6) Meningkatkan partisipasi perempuan dalam perencanaan kesehatan dan membangun penganggaran yang responsif jender di tingkat lokal, tingkat negara bagian dan nasional akan menghasilkan peningkatan dukungan untuk layanan kebidanan darurat (dengan demikian menangani ketiga faktor keterlambatan: penerimaan tepat waktu yang memadai dan tepat perawatan darurat untuk komplikasi) dan untuk merawat penyebab tidak langsung mortalitas dan morbiditas ibu seperti malaria, hepatitis, infeksi menular seksual

(termasuk HIV) dan tuberkulosis. Perhatian pada keduanya perawatan darurat dan primer akan meningkatkan kesehatan wanita sepanjang perjalanan hidup serta hasil kelahiran (Dividend, 2007).

- 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) Menetapkan dan menegakkan hukum terhadap mutilasi alat kelamin perempuan (apakah dilakukan oleh personel perawatan kesehatan atau praktisi tradisional). Mutilasi akan meningkatkan risiko persalinan lama, lahir mati, *haemorrhage* dan *fistula* obstetri (World Health Organization (WHO), 2006). 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 harian pekerja fisik pada wanita, yang di banyak masyarakat termasuk mengumpulkan air dan bahan bakar, perawatan anak, pekerjaan rumah tangga serta pertanian dan pemeliharaan ternak - terutama selama kehamilan dan postpartum

akan meningkatkan kesejahteraan dan melindungi terhadap pengurangan beban ibu.

Temuan Lowe (2016) menunjukkan bahwa angka morbiditas dan mortalitas ibu yang tinggi di Gambia terkait dengan praktik ketidaksetaraan gender (Lowe, Chen and Huang, 2016). Terlepas dari peran ganda perempuan dalam rumah tangga, posisi merentasangat tidak menguntungkan. Tugas yang diharapkan dari mereka mengharuskan ibu hamil untuk menanggung beban kerja berat, dengan peluang terbatas untuk cuti sakit 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 dapat dibayar dengan sedikit sumber daya ekonomi, dan tugas rumah tangga mereka selama kehamilan tidak diringankan oleh suami mereka atau anggota rumah tangga poligami lainnya.

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

Para peneliti telah menemukan korelasi kuat antara jumlah tingkat kesuburan dan MMRs - ketika perempuan mampu membatasi

jumlah absolut mereka dari kelahiran, mereka mengurangi jumlah kali mereka terkena risiko kematian, serta kemungkinan mereka memiliki kehamilan mengancam hidup karena paritas tinggi(Stover and Ross, 2010; Hussein *et al.*, 2012), kedua faktor ini bisa membuat *totalfertilityrate* (TFR) prediktor MMR.

- e. Kesenjangan yang ditandai dalam kesehatan ibu dan bayi baru lahir bisa bertahan bahkan di negara-negara dengan tingkat kematian dan morbiditas ibu yang rendah. Perhatian harus difokuskan pada populasi mana hasil kesehatan tetap kurang optimal: pendapatan rendah, pedesaan, pribumi, minoritas yang kurang terwakili dan wanita imigran.

Ketika perempuan memiliki kekuatan lebih politik di tingkat nasional atau regional, mereka mencoba untuk memastikan bahwa layanan yang telah 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 (Shiffman and Ved, 2007; Prata *et al.*, 2010). 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, 2007). Namun, bukti menunjukkan bahwa pembuat kebijakan

perempuan lebih cenderung untuk memprioritaskan kesehatan dan pemrograman kesejahteraan sosial, termasuk kesehatan ibu (Chen, 2008; Brysk and Mehta, 2014). Misalnya, 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, 2014).

f. Penggerakan Partisipatif Masyarakat sebagai Jembatan Pemberdayaan Perempuan

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 (Portela and Santarelli, 2003):

1. Pada tingkat individu

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.

2. Pada tingkat masyarakat (kolektif)

Upaya ditujukan untuk menerapkan keterampilan dan sumber daya masyarakat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, termasuk perubahan struktural lingkungan dalam meningkatkan akses ke sumber daya sosial, ekonomi dan politik.

Pemberdayaan adalah proses yang berkelanjutan yang memungkinkan individu dan masyarakat meningkatkan kapasitas, dan secara kritis dapat menganalisis situasi dan mengambil tindakan untuk menciptakan situasi yang baik. Penekanan ditempatkan pada proses dan kualitas, bukan hanya pada tindakan saja. Pertukaran informasi, identifikasi masalah dan pengembangan solusi adalah proses yang berkelanjutan.

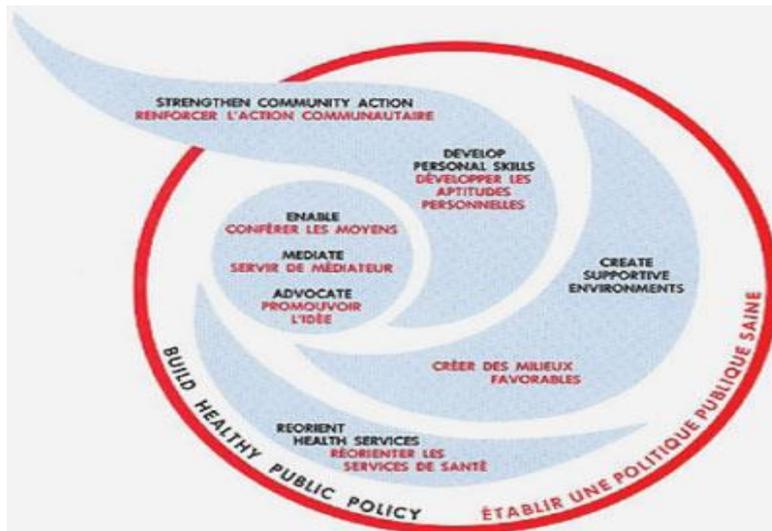
Pengembangan kapasitas masyarakat melalui pemberdayaan dan partisipatif merupakan elemen yang sangat esensial. Partisipatif merupakan manifestasi tanggungjawab sosial dari individu terhadap komunitasnya sendiri maupun dengan komunitas luar. Masyarakat yang sudah memiliki rasa tanggung jawab sosial akan secara kritis dapat menganalisis situasi dan mengambil tindakan untuk menciptakan situasi yang baik dalam komunitasnya, termasuk dalam memberdayakan perempuan.

Mitra, kerabat, teman sebaya, penyedia layanan, pemerintah, dan lain-lain semua bisa 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, 2012).

2. Strategi dan Intervensi untuk Meningkatkan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga dan Masyarakat dalam Kesehatan Ibu

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 (WHO), 2017). Pendekatan ini memberikan kontribusi terhadap upaya peningkatan pemberdayaan perempuan. Hal ini bertujuan meningkatkan pengaruh dan kontrol mereka atas kesehatan ibu, serta untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan perawatan terampil yang berkualitas.



Sumber: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

Gambar 2.6. Ottawa Charter (1986)

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

a. Pada tingkat individu

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.

b. Pada tingkat masyarakat (kolektif)

Upaya ditujukan untuk menerapkan 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. Strategi dan intervensi ini akan 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), 2017).

a. Mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah selama kehamilan

Identifikasi masalah merupakan siklus aksi pertama pada strategi intervensi ini. Untuk dapat mengidentifikasi masalah, kelompok perempuan melakukan diskusi dengan kelompok ibu hamil. Topik diskusi mencakup:

- 1) Mengembangkan kapasitas ibu hamil, keluarga dan masyarakat untuk tetap sehat, membuat keputusan yang sehat dan menanggapi keadaan darurat obstetri dan neonatal

Inti dari model pemberdayaan adalah *Agency*, mengacu pada kapasitas perempuan untuk mengambil tindakan terarah dan mengejar tujuan, bebas dari ancaman kekerasan, sehingga perempuan dapat menjalankan hak dalam hidup mereka. Tiga ekspresi inti perempuan yaitu pengambilan keputusan, kepemimpinan, dan tindakan kolektif (Bill & Melinda Gates Foundation, 2012).

Pengembangan kapasitas seseorang tidak terlepas dari pendidikan. Untuk itu, program kesehatan ibu dan anak kebanyakan menerapkan pendekatan pendidikan dan komunikasi, untuk meyakinkan klien mengadopsi perubahan perilaku kesehatan yang diinginkan. Namun, evaluasi yang berbeda dari upaya ini sering menunjukkan peningkatan pengetahuan, tanpa perubahan yang sesuai dalam praktik. Hal ini bisa terjadi input tidak cukup terkait dengan pengetahuan yang ada. Di samping itu, pemberian pendidikan kesehatan sering hanya menerjemahkan informasi atau 'pesan' ke dalam bahasa lokal atau populer, tanpa mempertimbangkan struktur bahasa dan konsep khusus dengan latar belakang masyarakat dan budaya yang juga beragam. Akibatnya, tidak ada pengetahuan atau proses perubahan perilaku jangka panjang terjadi. Oleh karena itu, melekat bahwa pendekatan ini tidak mengarah pada pemberdayaan.

Proses pembelajaran memungkinkan untuk tidak hanya pengembangan pengetahuan tetapi juga pengembangan kapasitas kognitif yang digunakan dalam integrasi, pencarian dan konstruksi pengetahuan baru, yang berguna untuk proses saat ini dan untuk proses pembelajaran di masa mendatang. Dengan demikian, pendekatan dapat berkontribusi untuk pemberdayaan.

Adapun tema dalam pengembangan kapasitas perempuan, keluarga dan masyarakat untuk tetap sehat, membuat keputusan yang

sehat dan menanggapi keadaan darurat obstetri dan neonatal(World Health Organization (WHO), 2017), sebagai berikut:

- a) Perawatan di rumah selama kehamilan, melahirkan dan setelah melahirkan
- b) Pemanfaatan layanan kesehatan selama kehamilan, persalinan dan setelah melahirkan
- c) Pengakuan dari tanda-tanda bahaya yang menunjukkan komplikasi obstetri dan neonatal
- d) Proses pengambilan keputusan untuk mencari perawatan dalam kasus komplikasi obstetri dan neonatal
- e) Persiapan untuk melahirkan dan komplikasi obstetri atau neonatal potensial (persiapan persalinan dan kesiapan komplikasi)

Pengambilan keputusan dalam hal ini bertujuan untuk meningkatkan kesiapan menghadapi kelahiran dan kedaruratan. Elemen-elemen kunci dari rencana untuk mempersiapkan kelahiran atau kemungkinan dari komplikasi obstetri mengharuskan, minimal, tenaga kesehatan bekerja dengan perempuan hamil untuk mengeksplorasi kemungkinan yang berbeda, sehingga dia dapat mulai mengidentifikasi solusi yang paling layak. Misalnya, tenaga kesehatan dapat mempertimbangkan bahwa yang terbaik adalah perempuan melahirkan di fasilitas, berdasarkan identifikasi status kesehatannya atau pada kondisi obstetri. Perempuan perlu didukung dalam berpikir agar mampu keluar dari semua masalah yang

berkaitan dengannya dan keluarganya: apakah dia lebih direkomendasikan memilih perawatan di fasilitas, bagaimana dia bisa sampai di sana, siapa yang akan mengurus rumah dan anak-anaknya, terkait biaya, bagaimana bisa mereka memenuhi biaya tersebut, dan lain-lain.

- 2) Meningkatkan kesadaran perempuan, keluarga dan masyarakat tentang hak-hak reproduksi dan seksual mereka, kebutuhan dan potensi masalah yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi baru lahir;

Tema dalam aspek ini mencakup:

- a. Kesadaran akan hak-hak yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi dan kesehatan ibu
- b. Peran pria (yaitu suami, mitra, ayah) dan anggota keluarga berpengaruh lainnya (yaitu ibu, ibu mertua, nenek) yang berkaitan dengan kesehatan selama kehamilan, melahirkan dan setelah melahirkan
- c. Partisipasi anggota masyarakat dalam meninjau informasi kesehatan dan dalam ulasan kematian ibu dan perinatal

Program KIA sejak pertengahan 1990-an, mengingatkan tentang pentingnya peran suami/ayah dan anggota keluarga (Davis, 2015). Bab IV bagian C dari Program Aksi ICPD menyerukan pemahaman tentang tanggung jawab bersama laki-laki dan perempuan yang telah menjadi mitra yang setara dalam kehidupan publik dan

pribadi dan untuk mendorong dan memungkinkan orang untuk bertanggung jawab atas perilaku seksual dan reproduksi mereka.

Bukti intervensi untuk keterlibatan pria dalam kehamilan, persalinan dan periode postnatal diekstraksi dari tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Tokhi dkk, (2018), yaitu dari 13 studi, termasuk satu RCT, tiga cluster RCT, satu kohor, tiga desain dari tiga cross-sectional berulang dan satu evaluasi program menggunakan data dari sistem informasi kesehatan (Tokhi *et al.*, 2018). Tiga dari penelitian ini melaporkan temuan kualitatif. Penelitian yang dilakukan di Bangladesh, Eritrea, India, Indonesia, Nepal, Nepal, Pakistan, Afrika Selatan, Afrika Selatan ini menunjukkan bahwa strategi keterlibatan laki-laki digunakan sebagai sarana untuk mendukung perempuan untuk mengakses perawatan, mengatasi pengaruh ketidaksetaraan gender pada kesehatan ibu dan mempromosikan keterlibatan positif laki-laki sebagai mitra dan ayah. Satu studi awalnya ditujukan untuk meningkatkan penggunaan perawatan keterampilan untuk komplikasi kebidanan (Midhet and Becker, 2010). Mode intervensi dalam 13 studi termasuk kamp media massa, penjangkauan berbasis masyarakat dan pendidikan untuk pria dan wanita bersama-sama, kunjungan rumah, konseling berbasis fasilitas untuk pasangan atau kelompok atau hanya untuk pria dan pendidikan berbasis tempat kerja.

Penelitian Berti, dkk (2015) menunjukkan ada perbaikan di sebagian besar indikator kesehatan ibu, termasuk peningkatan pada

wanita untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan (Berti *et al.*, 2015). Namun, keterlibatan ayah yang menurun tercermin dari persentase ayah menemani ibu untuk pemeriksaan kehamilan.

Temuan Mullany, dkk (2009) menunjukkan bahwa perempuan belajar dan paling menyimpan informasi ketika mereka dididik dengan pasangan. Ini adalah dampak keterlibatan suami dalam pendidikan kesehatan antenatal pada pengetahuan kesehatan ibu hamil (Mullany *et al.*, 2009). Pemberian pesan komunikasi perubahan perilaku terutama pada kesiapan kelahiran yang bersih dan rujukan serta perawatan bayi baru lahir yang ditujukan pada laki-laki dapat dilakukan pada tempat pertemuan informal, misalnya di pasar dan kedai teh (Hashima E. Nasreen *et al.*, 2012).

- 3) Memperkuat hubungan dukungan sosial antara perempuan, laki-laki, keluarga dan masyarakat dan dengan perawatan kesehatan sistem rujukan

Tema pada area ini mencakup:

- a. Hambatan keuangan dalam mencegah akses ke layanan KIA dan tanggapan masyarakat untuk penghalang ini
- b. Geografis dan transportasi hambatan mencegah akses ke layanan KIA dan tanggapan masyarakat untuk hambatan-hambatan ini
- c. Peran dukun beranak (dukun bayi) dalam menghubungkan perempuan dan keluarga untuk sistem pengiriman kesehatan formal

Jarak ke fasilitas sering disorot sebagai alasan mengapa perempuan tidak mencapai perawatan terampil untuk kelahiran atau mencapai fasilitas jika terjadi komplikasi. Ketersediaan transportasi untuk mencapai perawatan terkait erat dan merupakan faktor penting dalam akses. Program kesehatan ibu sering mempromosikan mobilisasi masyarakat untuk mengatur solusi untuk kurangnya transportasi, terutama untuk komplikasi kebidanan. Skema transportasi yang diorganisir masyarakat direkomendasikan dalam pengaturan di mana sumber transportasi lain kurang berkelanjutan dan tidak dapat diandalkan. Namun, langkah-langkah harus diambil untuk memastikan keberlanjutan, kemanjuran dan keandalan skema ini sambil mencari solusi jangka panjang untuk transportasi.

Mobilisasi masyarakat untuk mengatur solusi transportasi, khususnya untuk komplikasi kebidanan. Penelitian Hussein, dkk, (2012) menunjukkan bahwa efek intervensi rujukan biasanya meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan (Hussein *et al.*, 2012). Intervensi mobilisasi masyarakat dapat mengurangi kematian neonatal tetapi kontribusi komponen rujukan tidak dapat dipastikan dan untuk itu diperlukan evaluasi.

Intervensi *SafeMotherhood* yang aman berbasis masyarakat dalam mempromosikan pemanfaatan perawatan kebidanan dan petugas terampil saat melahirkan dinilai efektivitas. Intervensi ini meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan untuk komplikasi

kebidanan/rujukan oleh tenaga terampil, kunjungan antenatal dan pengetahuan suami tentang masalah Safe Motherhood (Midhet and Becker, 2010; Mushi, Mpembeni and Jahn, 2010).

Meta-analisis menunjukkan sebagai hasil dari tingkat mobilitas masyarakat dengan tingkat keterlibatan masyarakat yang tinggi dapat meningkatkan kelahiran di fasilitas pelayanan kesehatan dan secara signifikan mengurangi kematian perinatal dan neonatal dini. Data tersedia, hasil spesifik intrapartum, bahwa skema integral keuangan dan sistem rujukan/transportasi masyarakat dapat meningkatkan tingkat kelahiran pada tenaga yang terampil dan perawatan darurat, rumah tunggu bersalin dan penyaringan risiko berkualitas rendah (Lee *et al.*, 2009). Bhutta, dkk., (2011) melaporkan bahwa intervensi perempuan dengan komponen transportasi darurat kecil yang diorganisir masyarakat lebih mungkin, tetapi tidak signifikan (Bhutta *et al.*, 2011). Perencanaan transportasi adalah komponen kecil mengukur hasil dari intervensi yang sama, di masyarakat miskin pedesaan di Tanzania. Intervensi itu beragam dan kompleks.

Survei tindak lanjut melaporkan enam desa dengan sistem transportasi yang berfungsi menyediakan transportasi ke 29 wanita hamil dengan kesulitan kebidanan, dan memperkirakan bahwa ini mewakili 22% dari wanita hamil yang membutuhkan EmOC (Ahluwalia *et al.*, 1999).

Untuk layanan rujukan, hambatan dalam konteks lokal dan memfasilitasinya sangat diperlukan. Solusi potensial termasuk program sepeda motor, kolaborasi dengan layanan taksi, pendidikan masyarakat, subsidi, dan pemeliharaan kendaraan (Wilson *et al.*, 2013a). Satu percobaan acak kelompok di Pakistan (Bhutta *et al.*, 2011) melaporkan kematian perempuan di antara perempuan yang terpapar pada beberapa intervensi dari transportasi yang diorganisir masyarakat (Bhutta *et al.*, 2011).

Masyarakat direkomendasikan sebagai komponen penting dalam mendefinisikan karakteristik layanan perawatan bersalin yang sesuai secara budaya dan berkualitas yang memenuhi kebutuhan perempuan dan bayi baru lahir dan memasukkan preferensi budaya mereka. Mekanisme yang memastikan suara perempuan dimasukkan secara bermakna dalam dialog-dialog ini juga direkomendasikan. Satu cluster RCT (Bjorkman dan Svensson, 2009) yang dilakukan di Uganda melaporkan peningkatan yang signifikan dalam kelahiran fasilitas, dilaporkan sebagai kelahiran tambahan rata-rata per bulan (Bjorkman and Svensson, 2009). Dilaporkan adanya peningkatan yang signifikan dalam jumlah kelahiran wanita di pusat kesehatan primer dan rumah sakit pemerintah, dengan penurunan signifikan dalam kelahiran di klinik swasta.

Midhet dan Becker, (2010) menunjukkan peningkatan yang signifikan pada fasilitas kelahiran di rumah sakit daerah dan peningkatan

non-signifikan dalam kelahiran dengan SBA atau TBA dilatih untuk kelompok intervensi (Midhet and Becker, 2010). Satu cluster RCT di Pakistan (Bhutta dkk, 2011) melaporkan bahwa wanita mengekspos intervensi dengan komponen transportasi darurat kecil yang diorganisir masyarakat lebih mungkin, tetapi tidak secara signifikan, melaporkan melahirkan di fasilitas (Bhutta *et al.*, 2011). Studi kuasi-eksperimental lain (Baqui dkk., 2008) melaporkan peningkatan yang signifikan dalam penggunaan dukun terlatih di fasilitas kesehatan atau di rumah dari awal hingga akhir di distrik intervensi (Baqui *et al.*, 2008).

- 4) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan interaksi tenaga kesehatan dengan perempuan, pria, keluarga dan masyarakat
Area pada aspek ini mencakup:
 - a. Perspektif perempuan, keluarga dan masyarakat dari kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
 - b. Mekanisme partisipasi masyarakat dalam definisi, monitoring dan evaluasi kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
 - c. Dukungan selama kelahiran oleh pendamping pilihan wanita
 - d. Interpersonal dan konseling keterampilan penyedia layanan kesehatan

Meningkatkan kualitas layanan perawatan kesehatan berbasis fasilitas dan menjadikan kualitas komponen integral untuk meningkatkan intervensi dan meningkatkan hasil kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak-anak sangat penting dalam pekerjaan WHO saat ini.

Perspektif wanita, keluarga dan masyarakat tentang kualitas layanan perawatan bersalin mempengaruhi keputusan untuk menggunakan perawatan ini. Hampir semua kerangka kerja peningkatan kualitas memasukkan perspektif komunitas/pengguna sebagai elemen kunci. Anggota masyarakat dapat berpartisipasi dalam tinjauan kualitas sebagai informan atau dalam diskusi tentang informasi perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi cara-cara untuk meningkatkan layanan. Tingkat partisipasi dapat bervariasi, misalnya memberikan pandangan versus pengambilan keputusan penuh dan intervensi juga dapat bervariasi, seperti konsultasi dengan masyarakat, perwakilan masyarakat tentang komite manajemen fasilitas kesehatan, dan pertemuan antara perwakilan masyarakat, manajer layanan dan penyedia.

Partisipasi masyarakat secara luas didefinisikan sebagai anggota masyarakat yang terlibat dalam perencanaan, perancangan, implementasi dan pemantauan strategi dan intervensi. Tingkat partisipasi dapat bervariasi, misalnya memberikan pandangan versus pengambilan keputusan penuh. Intervensi juga dapat bervariasi, seperti konsultasi dengan masyarakat, perwakilan masyarakat tentang komite manajemen fasilitas kesehatan dan pertemuan antara perwakilan masyarakat, otoritas lokal dan manajer layanan kesehatan. Partisipasi masyarakat dalam perencanaan, implementasi dan pemantauan program direkomendasikan untuk meningkatkan penggunaan

perawatan terampil selama kehamilan, persalinan dan periode pascakelahiran untuk wanita dan bayi baru lahir, meningkatkan penggunaan tepat waktu dari fasilitas perawatan untuk komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Intervensi melakukan kunjungan rumah oleh kader kesehatan masyarakat dikombinasikan dengan mobilisasi masyarakat memberikan dampak yang besar terhadap kematian neonatal, serta strategi pendanaan untuk menghapus hambatan akses keuangan, dapat meningkatkan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Strategi pendanaan dengan pemberian bantuan tunai bersyarat atau *voucher* (Bahl *et al.*, 2010a)

Setelah kegiatan identifikasi masalah dilakukan, selanjutnya dilakukan analisis terhadap masalah yang telah diidentifikasi. Analisis bertujuan untuk memilah masalah apa saja yang akan diprioritaskan untuk diatasi. Hal ini didiskusikan dan diputuskan bersama dalam kelompok. Hal ini penting sebagai dasar untuk merencanakan kegiatan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

b. Merencanakan kegiatan sesuai prioritas masalah kesehatan ibu hamil

Setelah identifikasi dan prioritas masalah sudah ditentukan, maka saatnya untuk menyusun strategi pemecahan masalah bersama-

sama dengan mereka. Penyusunan strategi masalah ini harus dipilih dan dipilah sesuai dengan fokus masalah yang telah disepakati bersama. Strategi apa dan bagaimana yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.

Selanjutnya, berdasarkan daftar masalah tersebut, kelompok mendiskusikan setiap tindakan yang diprioritaskan untuk setiap masalah sesuai dengan kriteria berikut:

- 1) Kelayakan pelaksanaan intervensi sesuai sumber daya manusia, keuangan, dan sumber daya lainnya yang tersedia dan berdasarkan pengalaman yang ada di daerah tersebut.
- 2) Menghindari dampak negatif; beberapa intervensi mungkin dampak negatif serta yang positif, atau dapat berdampak pada beberapa kelompok negatif.
- 3) Menguntungkan yang termiskin; penting bagi intervensi yang dipilih menguntungkan anggota termiskin masyarakat, serta individu yang lebih kaya.
- 4) Replikasi (potensi penskalaan); yaitu elaborasi proyek yang tidak terlalu rumit atau mahal dan yang dapat ditiru pada skala yang lebih besar oleh LSM atau oleh pemerintah.

Meminta setiap peserta dalam kelompok untuk memberi skor pada setiap intervensi dari skala 1 hingga 3 untuk setiap kriteria menurut definisi di atas. Kelompok harus menambahkan poin untuk

setiap tindakan dan mengidentifikasi dua tindakan untuk setiap masalah prioritas yang memiliki skor tertinggi, yaitu:

Kelayakan	Skor 3	sangat layak
	Skor 2	kurang layak
	Skor 1	kelayakan kecil
Menghindari dampak negatif	Skor 3	tidak memiliki dampak negatif
	Skor 2	mungkin memiliki satu atau dua dampak negatif
	Skor 1	mungkin memiliki beberapa dampak
Menguntungkan yang termiskin	Skor 3	harus menguntungkan yang termiskin
	Skor 2	mungkin memiliki beberapa manfaat positif bagi yang termiskin
	Skor 1	tidak mungkin menguntungkan yang termiskin
Replikasi	Skor 3	sangat dapat ditiru
	Skor 2	beberapa replikasi
	Skor 1	sedikit replikasi

Setelah strategi pemecahan masalah disusun bersama, selanjutnya memetakan potensi dan *asset* yang ada di wilayah mereka untuk mendukung dalam proses pemecahan masalah. Proses pemetaan ini bisa meliputi pemetaan potensi sumber daya alam (SDA), sumber daya manusia (SDM), wilayah, dan sebagainya. Potensi dan *asset* ini akan diolah, dikembangkan dan digunakan

untuk membantu mereka dalam melaksanakan perencanaan aksi yang telah disepakati bersama. Kelompok mencatat setiap tindakan yang telah disepakati bersama, minimal dua intervensi untuk setiap masalah.

c. Mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu

Setelah semua langkah dilakukan bersama, mulai dari membangun kelompok diskusi hingga membangun jejaring dengan *steakholder* maka saatnya melakukan aksi perubahan yang telah disepakati bersama. Melakukan aksi perubahan ini harus benar-benar sudah melalui proses yang matang karena nantinya aksi ini akan berdampak berkelanjutan bagi mereka dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi.

Implementasi kegiatan oleh kelompok perempuan seyogyanya tetap dalam sebuah koordinasi yang baik dan dalam pemantauan oleh fasilitator.

d. Menilai kegiatan partisipasi kelompok masyarakat dalam kesehatan ibu

Pemantauan dan evaluasi sangat penting untuk meyakinkan akuntabilitas dan transparansi sepanjang proses implementasi dan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan. Sistem untuk memantau

dan evaluasi umumnya dikembangkan selama perencanaan intervensi. Idealnya sistem ini diintegrasikan ke dalam pemantauan dan evaluasi kerangka kerja strategi pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang lebih luas untuk menghindari sistem paralel. Untuk itu perlu dilakukan evaluasi-evaluasi bersama dan merefleksikannya untuk mengembangkan aksi tersebut agar program yang dilaksanakan bisa menjadi lebih baik lagi. Evaluasi dan refleksi ini harus dilaksanakan secara berkelanjutan agar mereka semua bisa belajar bersama dan mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang muncul di lingkungan mereka.

Setelah kerangka kerja program diimplementasikan dan dievaluasi dalam pelaksanaan awal, metode pendekatan dan perencanaan partisipatif yang menyertainya dapat diintegrasikan ke dalam perencanaan kesehatan yang sedang berlangsung. Ini memastikan bahwa kerangka kerja program diintegrasikan ke dalam strategi pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang lebih luas, dan bahwa program ini tidak dikirimkan sebagai program vertikal yang berdiri sendiri. Dengan cara ini keterlibatan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, prioritas pengaturan, dan solusi desain dapat menjadi prosedur standar dalam perencanaan kesehatan dan dengan demikian berkontribusi pada promosi hak.

Jika program aksi bersama tersebut bisa berjalan dengan lancar dan sukses maka perlu memperluas skala gerak serta

merencanakan tindak lanjut. Hal ini dilakukan untuk mengembangkan program aksi perubahan agar mereka bisa lebih berdaya dan sejahtera.

3. Kunjungan Antenatal Care (ANC)

a. Pengertian

Setiap ibu hamil diharapkan menjalankan kehamilannya dengan sehat, bersalin dengan selamat serta melahirkan bayi yang sehat. Oleh karena itu, setiap ibu hamil harus dapat dengan mudah mengakses fasilitas kesehatan untuk mendapat pelayanan sesuai standar, termasuk deteksi dini kemungkinan adanya masalah / penyakit yang berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janinnya(SDKI, 2012).

Pelayanan/asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor atau mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal. ibu hamil dianjurkan mengunjungi dokter atau bidan sedini mungkin semenjak ia merasadirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal(Kesehatan, Jenderal and Kesehatan, 2010).

Tujuan asuhan kehamilan adalah; a) memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi; b) meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, fisik, mental, sosial ibu dan bayi; c) mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil,

termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan; d) mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu, maupun bayinya seminimal mungkin; e) mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif; f) mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kesehatan, Jenderal and Kesehatan, 2010).

b. Standar kunjungan ANC

Salah satu indikator utama pelayanan kesehatan ibu dalam menurunkan AKI adalah persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatalcare* (ANC). WHO (2018) telah merekomendasikan bahwa kunjungan antenatal adalah minimal 8 kali kunjungan dalam satu periode kehamilan (World Health Organization (WHO), 2018). Namun, secara program, saat ini cakupan kunjungan antenatal di Indonesia masih menggunakan target minimal 4 kali kunjungan (K4) selama satu periode kehamilan, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan). Cakupan K4 menunjukkan tingkat perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

Model ANC dengan minimal delapan kali kontak dengan tenaga kesehatan selama satu kali periode kehamilan dianjurkan untuk mengurangi angka kematian perinatal dan meningkatkan pengalaman perempuan perawatan. Bukti menunjukkan bahwa model ANC yang dikembangkan sejak tahun 1990 mungkin terkait dengan kematian lebih perinatal dari model ANC yang menekankan setidaknya delapan kontak. Rekomendasi ini menambahkan tiga kunjungan ke trimester ketiga untuk total lima kontak-berbeda dengan dua kunjungan dalam model *fanc*. Selama kontak ketiga trimester, penyedia ANC harus mengurangi dicegah tingkat morbiditas dan mortalitas melalui pemantauan sistematis ibu dan janin kesejahteraan, terutama dalam kaitannya dengan hipertensi gangguan dan kondisi terdeteksi lainnya di masa kritis ini (World Health Organization (WHO), 2018). Berikut perbedaan standar kunjungan ANC minimal empat kali (Kementrian Kesehatan RI, 2015) dan kunjungan delapan kali (World Health Organization (WHO), 2018) pada kehamilan normal:

Tabel 2.2 Perbedaan Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Trimester	Usia Kehamilan	Kementrian Kesehatan, 2015b	WHO
Trimester I	0-12 minggu	1 kali	1 kali
	20 minggu		1 kali

Trimester II	26 minggu	1 kali	1 kali
	30 minggu		1 kali
	34 minggu		1 kali
Trimester III	36 minggu	2 kali	1 kali
	38 minggu		1 kali
	40 minggu		1 kali

Sumber:Kementerian Kesehatan, 2015b dan WHO, 2018

Menurut Kemenkes (2012), penatalaksanaan ANC mencakup(SDKI, 2012):

- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisis tiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik secara sistematis dan lengkap.
- 3) Melakukan penilaian pelvik, ukuran dan struktur panggul.
- 4) Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk denyut jantung janin dengan fetoskop/pinard dan gerakan janin dengan palpasi.
- 5) Menghitung usia kehamilan dan hari perkiraan lahir (HPL)
- 6) Mengkaji status nutrisi dan hubungan dengan pertumbuhan janin.
- 7) Memberikan tablet Fe kepada ibu.
- 8) Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi.
- 9) Memberi penyuluhan tanda-tanda bahaya dan bagaimana menghubungi bidan.

- 10) Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hiperemesis gravidarum tingkat 1, abortus iminen dan preeklampsia ringan.
- 11) Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan kehamilan TM III.
- 12) Memberi TT bagi ibu hamil.
- 13) Mengidentifikasi atau mendeteksi penyimpangan kehamilan normal dan penanganannya termasuk rujukan tepat pada : kurang gizi, pertumbuhan janin tidak adekuat, PEB dan hipertensi, pendarahan pervaginam, kehamilan ganda aterm, kematian janin, oedema yang signifikan, sakit kepala berat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium karena hipertensi, KPSW, persangka polihidramnion, DM, kelainan kongenital, hasil laboratorium abnormal, kelainan letak janin, infeksi ibu hamil seperti infeksi menular seksual, vaginitis, infeksi saluran kencing.
- 14) Memberikan bimbingan dan persiapan persalinan, kelahiran, dan menjadi orang tua.
- 15) Bimbingan dan penyuluhan tentang perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan, keamanan, kebiasaan merokok.
- 16) Penggunaan secara aman jamu atau obat-obatan tradisional yang tersedia, (SDKI, 2012)

c. Intervensi Promosi Kesehatan bagi Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir

WHO (2015) merekomendasikan duabelas intervensi promosi kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir, yaitu sebagai berikut (World Health Organization (WHO), 2015):

1) *Birth Preparedness and Complication Readiness*

Kesiapan dalam menghadapi kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi keadaan darurat obstetri dan neonatal (*Birth Preparedness and Complication Readiness/BPCR*) merupakan elemen penting dari paket perawatan antenatal (ANC) yang dimasukkan oleh WHO sebagai intervensi. Intervensi tentang BPCR diberikan oleh petugas kesehatan dalam perawatan antenatal di fasilitas pelayanan kesehatan atau ditindaklanjuti melalui kunjungan ke rumah wanita hamil oleh petugas kesehatan. Program membahas upaya-upaya untuk ibu hamil, keluarga dan masyarakat luas untuk meningkatkan kesadaran tentang BPCR atau untuk meningkatkan keterampilan petugas kesehatan untuk memberikan BPCR sebagai bagian dari ANC. Program memberikan materi pendidikan atau alat bantu visual lainnya dengan informasi BPCR atau dapat melaksanakan kampanye media massa dengan pesan BPCR.

Rencana BPCR berisi unsur-unsur berikut: tempat kelahiran yang diinginkan; dukun pilihan; lokasi fasilitas terdekat untuk kelahiran dan dalam hal komplikasi; dana untuk segala pengeluaran yang berkaitan dengan kelahiran dan dalam hal komplikasi; persediaan dan bahan-bahan yang diperlukan untuk dibawa ke fasilitas; persalinan dan

kelahiran yang teridentifikasi; dukungan teridentifikasi untuk menjaga rumah dan anak-anak lain ketika wanita itu pergi; transportasi ke fasilitas untuk kelahiran atau dalam kasus komplikasi; dan identifikasi donor darah yang kompatibel jika terjadi komplikasi. Intervensi BPCR direkomendasikan untuk meningkatkan penggunaan perawatan terampil saat lahir dan untuk meningkatkan penggunaan fasilitas perawatan tepat waktu untuk komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir.

Darmstadt dkk., (2010); Midhet dan Becker (2010) melaporkan persentase wanita yang melahirkan di fasilitas kesehatan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding dengan kontrol, dan lebih banyak perempuan melahirkan dengan penolong yang memenuhi syarat dalam kelompok intervensi, tetapi ini bukan perbedaan yang signifikan(Darmstadt *et al.*, 2010; Midhet and Becker, 2010). Studi kuasi-eksperimental (Baqui dkk, 2008) melaporkan peningkatan yang signifikan dalam penggunaan tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan atau di rumah dari awal hingga akhir pada kelompok intervensi(Baqui *et al.*, 2008).Midhet dan Becker (2010) melaporkan peningkatan yang signifikan perempuan yang mencari perawatan dengan komplikasi pada kehamilan dan setelah kelahiran, tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan antara studi yang mempelajari penanganan untuk mencari perawatan(Midhet and Becker, 2010).

2) *Male involvement interventions for Maternal and Newborn Health (MNH)*

Berbagai program telah mengarahkan upaya untuk memanfaatkan dukungan dan keterlibatan aktif laki-laki untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak. Ada berbagai model dan alasan untuk keterlibatan dalam laki-laki, termasuk pandangan laki-laki sebagai penjaga gerbang dan pembuat keputusan untuk akses cepat ke layanan kesehatan ibu dan anak baik di tingkat rumah tangga maupun di tingkat masyarakat; kebutuhan kesehatan pria sendiri, dan preferensi pria untuk dilibatkan sebagai ayah/mitra. Strategi sering kali mencakup kampanye media massa, penjangkauan berbasis masyarakat dan tempat kerja dan pendidikan untuk pendidikan bagi pria atau wanita kunjungan, konseling berbasis fasilitas hanya untuk pasangan, kelompok atau pria.

Intervensi untuk mempromosikan keterlibatan pria selama kehamilan, persalinan dan setelah kelahiran direkomendasikan untuk didukung karena dapat meningkatkan perawatan diri wanita, peningkatan praktik perawatan di rumah untuk bayi baru lahir, dan peningkatan penggunaan keterampilan. Pasangan pria yang mendampingi wanita untuk perawatan antenatal, meningkatkan dukungan untuk wanita dan interaksi di antara pasangan.

Pemilihan pendamping yang menyertai seorang wanita selama persalinan dan kelahiran di fasilitas didefinisikan sedikit berbeda dalam konteks dan studi yang berbeda, tetapi terutama merujuk pada orang

yang menemani wanita selama tahap aktif persalinan dan atau dalam kelahiran. Dalam pengaturan yang berbeda, dapat bervariasi, bisa saja sahabat, rekan kerja, sahabat, saudara perempuan atau suami dapat hadir. Sahabat dapat dilatih untuk memberikan dukungan kepada perempuan atau memiliki sedikit atau tanpa pelatihan. Rekomendasi persahabatan yang terus menerus selama persalinan dan kelahiran direkomendasikan untuk meningkatkan kepuasan wanita terhadap layanan. Persahabatan berkelanjutan selama persalinan dan kelahiran direkomendasikan WHO untuk meningkatkan hasil kerja.

Empat studi pengamatan (Sinha, 2008; Purdin, Khan and Saucier, 2009; Mushi, Mpembeni and Jahn, 2010; Turan, Tesfagiorgis and Polan, 2011) melaporkan data kunjungan antenatal. Satu studi menggunakan desain pra dan pasca intervensi (Sinha, 2008) dan satu evaluasi program menggunakan sistem informasi kesehatan (Purdin, Khan and Saucier, 2009) menunjukkan lebih banyak perempuan melakukan tiga atau lebih kunjungan ANC antara pre-test dan tindak lanjut. Studi pra dan pasca lainnya (Mushi, Mpembeni and Jahn, 2010) menunjukkan peningkatan yang tidak signifikan dalam empat atau lebih kunjungan ANC.

Midhet dan Becker (2010) menunjukkan secara signifikan lebih banyak wanita hamil dalam kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol menerima perawatan perawat prenatal yang memadai (kunjungan ke penyedia layanan kesehatan untuk tujuan

pemeriksaan kesehatan rutin selama trimester pertama atau kedua kehamilan)(Midhet and Becker, 2010).Tetapi perbedaan antara kelompok intervensi tidak signifikan.

Bentuk-bentuk partisipasi suami dalam perawatan antenatal adalah; menemani istri ke klinik antenatal(Bhatta, 2013; Abd-elmonem and Care, 2016; Hanifah, Pratomo and Hoang, 2018; Tokhi *et al.*, 2018); kehadiran selama kehamilan tindak lanjut kunjungan, suami menyarankan anggota keluarga untuk menemani (anggota keluarga suami atau anggota keluarga perempuan), dorongan suami untuk tindak lanjut, kekhawatiran suami terhadap kesehatan dan istirahat wanita selama kehamilan, suami mengikuti pertumbuhan janin, minat suami untuk mengetahui hasil kunjungan antenatal, minat suami untuk mengetahui waktu persalinan, partisipasi suami dalam pengaturan kerja istri, suami membawa obat yang diresepkan untuk ibu hamil, partisipasi suami dalam kegiatan di rumah(Bhatta, 2013; Abd-elmonem and Care, 2016); setuju dengan ibu untuk membutuhkan lebih banyak makanan selama kehamilan, mengetahui tentang tanda bahaya kehamilan, menyimpan uang untuk rujukan, memilih tenaga kesehatan dan tempat rujukan, mengatur transportasi untuk rujukan(Hashima E. Nasreen *et al.*, 2012; Bhatta, 2013); menyiapkan tabungan dan investasi lainnya sebagai sarana dukungan, minat untuk mengetahui jadwal kunjungan ANC (Hanifah, Pratomo and Hoang, 2018); pengetahuan tentang

persiapan komplikasi dan rujukan(Hashima E. Nasreen *et al.*, 2012; Tokhi *et al.*, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi suami dalam perawatan antenatal; kesibukan dalam pekerjaan, pengaruh budaya dan tradisi, lama menunggu dan tidak tersedianya tempat, kebijakan klinik yang tidak mengizinkan kehadiran suami selama kunjungan, dan keuangan kendala(Lewis, Lee and Simkhada, 2015; Abd-elmonem and Care, 2016).

Kesibukan suami dalam pekerjaan dan budaya oriental adalah faktor yang paling menonjol yang mempengaruhi partisipasi suami dalam perawatan antenatal dari sudut pandang perempuan. Untuk itu perlu strategi dan kebijakan baru yang harus dikembangkan dan diterapkan dalam pengaturan perawatan antenatal untuk meningkatkan keterlibatan suami(Abd-elmonem and Care, 2016);

Ada tiga hambatan utama bagi suami dalam berpartisipasi dalam perawatan antenatal berdasarkan norma budaya, yaitu dukungan kehamilan dianggap sebagai peran perempuan, sikap petugas kesehatan terhadap partisipasi suami, infrastruktur tempat rujukan yang ramah. Hambatan lainnya adalah pemahaman suami tentang manfaat kehadiran suami, manfaat bersalin di fasilitas kesehatan, ketidakpercayaan antara pasangan(Kwambai *et al.*, 2013).

3) *Interventions to promote awareness of human, sexual and reproductive rights and the right to access quality skilled care*

Program kesehatan ibu dan bayi baru lahir mendukung prinsip bahwa perempuan yang sadar akan hak seksual dan reproduksi berada dalam posisi yang lebih baik untuk melaksanakan pilihan reproduksi mereka dan menentukan bagaimana mereka menegosiasikan dinamika keluarga dan masyarakat, bagaimana mereka dapat mengakses perawatan kesehatan dan bagaimana mereka diperlakukan oleh layanan kesehatan. Keluarga, komunitas, penyedia layanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya yang mengetahui dan menghormati hak asasi manusia, khususnya kesehatan dan hak seksual dan reproduksi, akan mendukung perempuan dalam merawat diri dan anak-anak mereka dengan lebih baik.

Oleh karena itu, selain bekerja dengan seorang wanita hamil secara perorangan, program-program juga ditujukan kepada keluarganya, komunitas yang lebih luas, penyedia layanan, manajer dan pemangku kepentingan sistem kesehatan lainnya untuk meningkatkan kesadaran akan hak atas kesehatan dan untuk mengakses perawatan terampil yang berkualitas. Materi program mencakup materi pendidikan atau alat bantu visual lainnya, kampanye media massa dan bekerja dengan kelompok atau pertemuan publik dan sering fokus pada apa yang harus ditingkatkan untuk memastikan layanan berkualitas. Bjorkman dan Svensson (2009) yang dilakukan di Uganda melaporkan peningkatan yang signifikan dalam kelahiran di fasilitas, dilaporkan

sebagai kelahiran tambahan di fasilitas per rata-rata(Björkman and Svensson, 2009).

4) *Maternity waiting homes (MWHs)*

MWHs diatur sebagai penginapan/akomodasi yang dekat dengan fasilitas kesehatan. Wanita yang tinggal di MWHs kemudian dapat dengan mudah mengakses fasilitas kesehatan untuk perawatan persalinan penting atau perawatan untuk komplikasi kebidanan. MWHs umumnya didirikan di daerah yang tidak dapat diakses untuk memfasilitasi perpindahan tepat waktu dari rumah ke fasilitas kesehatan dengan mengurangi hambatan yang menghambat akses ke perawatan seperti jarak, geografi, hambatan musiman atau waktu, infrastruktur, sarana transportasi, biaya transportasi atau komunikasi antara titik rujukan. MWH didirikan dan dikelola oleh pemerintah dan / atau LSM, kadang-kadang dengan dukungan dari kelompok masyarakat.

MWH direkomendasikan untuk didirikan dekat dengan fasilitas kesehatan di mana perawatan persalinan esensial dan / atau perawatan untuk komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir disediakan untuk meningkatkan akses ke perawatan terampil untuk populasi yang tinggal di daerah terpencil atau dengan akses terbatas ke layanan.

Wild dkk., (2012) melaporkan komponen MWH sangat bervariasi (bahkan dalam studi) dalam ukuran, lokasi, Semua studi membandingkan MWH dengan perawatan standar sebelum partisipasi langsung dalam sekelompok anggota staf yang telah menerima program

perawatan medis dan memiliki lama tinggal sebelum kelahiran, penyediaan makanan dan layanan tambahan yang disediakan(Wild, 2012).

5) *Community-organized transport schemes*

Jarak ke fasilitas sering disoroti sebagai alasan mengapa perempuan tidak mencapai perawatan terampil untuk kelahiran atau fasilitas untuk kepatuhan. Program kesehatan ibu sering mempromosikan mobilitas masyarakat untuk mengatur solusi transportasi, terutama untuk komplikasi kebidanan. Ketersediaan transportasi untuk mencapai perawatan sangat terkait erat dan merupakan faktor penting dalam akses.

Bukti untuk skema transportasi yang dikelola masyarakat diambil dari tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Chersich dan Portela (intervensi didefinisikan sebagai kelompok masyarakat yang mengatur transportasi untuk mendukung wanita hamil dalam mencari keterampilan diidentifikasi(Hussein *et al.*, 2012). Sebanyak lima studi diidentifikasi, termasuk cluster RCT, termasuk studi pra dan pasca intervensi dan penilaian pasca proyek. Dua studi kasus kontrol berbasis pra dan pasca masyarakat lainnya, tiga memiliki komponen kualitatif. Satu cluster RCT di Pakistan(Bhutta *et al.*, 2011) melaporkan bahwa intervensi perempuan dengan komponen transportasi darurat kecil yang diorganisir masyarakat lebih mungkin, tetapi tidak secara signifikan, untuk melaporkan kelahiran di fasilitas. Satu percobaan acak kelompok

di Pakistan (Bhutta *et al.*, 2011) melaporkan kematian perempuan di antara perempuan yang terpapar pada beberapa intervensi yang terdiri dari lebih dari transportasi yang diorganisir masyarakat.

6) *Partnership with Traditional Birth Attendants*

Sementara WHO dan mitra bergerak maju dalam mempromosikan dukun terlatih dan perawatan terampil untuk persalinan, di negara-negara dan daerah di mana mereka saat ini adalah penyedia perawatan melahirkan, tanggung jawab dukun bersalin di kesehatan ibu dan bayi baru lahir harus ditentukan. Karena penerimaan, pengetahuan, dan pengalaman budaya dan sosialnya, *Tradisional of Birth Attendant* (TBA) atau dukun bayi dianggap sebagai sekutu penting untuk pendidikan kesehatan dan dukungan sosial dan dapat memberikan hubungan positif antara perempuan, keluarga, masyarakat, dan sistem perawatan kesehatan formal.

Dukun beranak tetap menjadi penyedia perawatan utama saat lahir, dialog dengan dukun beranak, wanita, keluarga, masyarakat dan penyedia layanan direkomendasikan untuk mendefinisikan dan menyepakati peran alternatif untuk dukun bersalin, mengakui peran penting yang dapat mereka mainkan dalam mendukung kesehatan wanita dan bayi baru lahir. WHO mengoptimalkan peran petugas kesehatan untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Penggunaan pekerja kesehatan awam termasuk dukun terlatih direkomendasikan untuk mempromosikan penggunaan sejumlah ibu dan bayi baru lahir yang

terkait perilaku dan layanan perawatan kesehatan, memberikan dukungan sosial terus-menerus selama persalinan dengan kehadiran dukun terlatih dan memberikan misoprostol untuk mencegah perdarahan pascapersalinan.

Penggunaan petugas kesehatan awam termasuk dukun terlatih untuk memberikan intervensi berikut direkomendasikan, dengan pemantauan dan evaluasi yang ditargetkan: distribusi intervensi jenis suplemen oral tertentu untuk wanita hamil (suplementasi kalsium untuk wanita yang tinggal di daerah dengan tingkat asupan kalsium yang rendah diketahui; suplementasi zat besi dan folat rutin untuk wanita hamil; terapi dugaan intermiten untuk malaria untuk wanita hamil yang tinggal di daerah endemis; suplemen vitamin A untuk wanita hamil yang tinggal di daerah di mana defisiensi vitamin A yang parah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius); dan inisiasi dan pemeliharaan kontrasepsi suntik menggunakan jarum suntik standar.

Dua studi eksperimental semu (Hounton, Byass and Brahim, 2009; Turan, Tesfagiorgis and Polan, 2011), tiga adalah satu kelompok sebelum dan sesudah evaluasi (Sinha, 2008; Mushi, Mpembeni and Jahn, 2010), dan satu studi kelayakan kualitatif (Skinner and Rathavy, 2009), melaporkan peningkatan yang signifikan di bidang hasil primer (SBA atau kelahiran fasilitas); studi kelayakan kualitatif yang mencakup data indikasi sebelum dan sesudah, terjadi peningkatan jumlah wanita yang melahirkan dengan bidan, tetapi ini didasarkan pada data dari

semua desa yang terhubung dengan 10 pusat kesehatan dan bukan hanya desa tempat intervensi terjadi (Skinner and Rathavy, 2009).

7) *Providing culturally appropriate skilled maternity care*

Kebutuhan akan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan budaya adalah inti dari mandat WHO untuk Kesehatan Untuk Semua (*Health for All*) dan dianggap perlu untuk perawatan selama kehamilan, persalinan dan pada periode pascanatal. Program yang berbeda memiliki model penyampaian layanan atau praktik layanan yang dapat diadaptasi untuk menggabungkan layanan dan perawatan yang diterima, penyedia layanan terlatih, mediator dan penerjemah yang dipekerjakan, dan menggunakan pendekatan peserta untuk terlibat dalam dialog dengan masyarakat untuk mengatasi faktor budaya yang memengaruhi penggunaan perawatan. Dialog yang sedang berlangsung dengan masyarakat direkomendasikan sebagai komponen penting dalam mendefinisikan karakteristik yang sesuai dengan budaya, kualitas layanan perawatan yang memenuhi kebutuhan perempuan dan preferensi budaya yang baru dimasukkan.

Semua penelitian dilakukan di negara-negara dengan populasi perempuan minoritas: Lima di Australia dengan populasi Penduduk Asli Aborigin dan Kepulauan Selat Torres (Kildea *et al.*, 2012); kelompok staf pendukung individu, dan hasil transportasi keseluruhan diindikasikan sebagai efek positif dari penilaian budaya dengan dialog atau advokasi, penghubung, hubungan atau perantara bagi perempuan;

peningkatan pada berbagai ukuran pemanfaatan, termasuk indeks kecukupan ANC, peningkatan jumlah kunjungan, atau peningkatan jumlah kunjungan pada wanita yang memiliki setidaknya enam kunjungan (Kildea *et al.*, 2012).

8) *Companion of choice at birth*

Seorang rekan pilihan untuk menemani seorang wanita di fasilitas selama persalinan dan kelahiran telah menjadi subjek dari tinjauan baru-baru ini dalam rekomendasi WHO untuk persalinan. Mengingat fokus pada pedoman kesehatan pada Kementerian Kesehatan, prioritas untuk hasil lain yang keluar: Penggunaan pedoman keterampilan untuk inisiatif kesehatan untuk MNH fasilitas (untuk kelahiran berikutnya) dan kepuasan wanita dengan perawatan.

Bukti tentang efek persahabatan berkelanjutan selama persalinan diekstraksi dari Cochrane review sistematis dari 22 percobaan (> 1500 wanita)(Hodnett *et al.*, 2013). Uji coba dilakukan di negara-negara berpenghasilan rendah, menengah, dan tinggi di seluruh dunia (Australia, Belgia, Botswana, Brasil, Chili, Finlandia, Prancis, Yunani, Iran, Guatemala, Meksiko, Meksiko, Nigeria, Swedia, Afrika Selatan, Thailand, dan Afrika Selatan dan Amerika Serikat). Dukungan berkelanjutan didefinisikan sedikit berbeda dalam uji coba tetapi terutama selama berbagai tahap persalinan. Doula memberikan dukungan sementara dalam percobaan lain seorang saudara perempuan atau suami hadir melalui persalinan. Sahabat dapat dilatih

untuk memberikan dukungan kepada perempuan, atau memiliki sedikit atau tanpa pelatihan(World Health Organization, 2015).

9) *Community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups*

WHO (2015) merekomendasikan tentang mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif dan siklus aksi yang difasilitasi dengan kelompok perempuan untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Intervensi ini melibatkan proses partisipatif empat fase yang difasilitasi oleh fasilitator terlatih, di mana kelompok-kelompok perempuan secara kolektif menentukan tindakan prioritas dan mencoba untuk mengatur kegiatan yang sesuai(World Health Organization (WHO), 2015). Siklus disusun sebagai berikut: Fase 1, mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah selama kehamilan, persalinan dan setelah lahir; Fase 2, merencanakan kegiatan; Fase 3, mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah prioritas; dan Fase 4, menilai kegiatan. Implementasi mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif yang difasilitasi dan siklus aksi dengan kelompok perempuan direkomendasikan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, terutama di daerah pedesaan dengan akses rendah ke layanan kesehatan. Pelaksanaan pembelajaran partisipatif dan siklus aksi yang difasilitasi dengan kelompok perempuan harus fokus pada menciptakan ruang untuk diskusi di mana perempuan

dapat mengidentifikasi masalah prioritas dan mengadvokasi solusi lokal untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Dalam pengaturan patriarki, peran laki-laki dapat menjadi kompleks dan sosial dan tradisi budaya mungkin bertentangan dengan rekomendasi kesehatan masyarakat. Masyarakat diharapkan dapat memberikan dukungan, inisiatif, mengarahkan dan mempromosikan keterlibatan proaktif suami, khususnya suami muda dalam memastikan kesehatan istrinya (Aborigo *et al.*, 2018).

Joan Skinner, Tung Rathavy (2009) menyatakan bahwa keterlibatan masyarakat sangat layak dan juga merupakan cara yang berhasil dan hemat biaya untuk memperkenalkan kesiapan persalinan (Skinner and Rathavy, 2009). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa ada tingkat kepuasan yang tinggi dilaporkan oleh staf kesehatan dan masyarakat, peningkatan dalam perawatan antenatal, peningkatan jumlah ibu yang ditolong oleh bidan dan peningkatan rujukan ke rumah sakit.

Zohra S Lassi, Zulfiqar A Bhutta (2015) juga menunjukkan bahwa terjadi penurunan angka kematian ibu (11 penelitian), morbiditas ibu. kematian neonatal termasuk kematian dini dan terlambat, kelahiran mati, kematian perinatal sebagai konsekuensi dari implementasi paket perawatan intervensi berbasis masyarakat (Bhutta *et al.*, 2011). Ahluwalia, dkk (1999) mengatakan bahwa partisipasi masyarakat dan dukungan untuk kegiatan VHW dan sistem transportasi telah

menyebabkan perawatan yang lebih baik bagi wanita hamil dan *link* berkelanjutan antara masyarakat dan fasilitas kesehatan, yang dapat mengurangi morbiditas dan kematian ibu dan bayi(Ahluwalia *et al.*, 1999).

Penelitian partisipatif lainnya menunjukkan dampak positif dari intervensi partisipatif masyarakat. Farid Midhet, Stan Becker (2010)memberikan pendidikan keibuan yang aman meningkatkan kemungkinan ibu hamil menjalani perawatan pranatal dan pemanfaatan layanan kesehatan untuk komplikasi kebidanan(Midhet and Becker, 2010). Declare Mushi, Rose Mpembeni, Albrecht Jahn (2010)Rujukan dengan petugas terlatih meningkat signifikan dari 34,1% menjadi 51,4%(Mushi, Mpembeni and Jahn, 2010).Kunjungan ANC awal (4 hingga 16 minggu) naik secara signifikan dari 18,7% pada awal menjadi 37,7% pada 2005 dan 56,9% pada penilaian akhir.Setelah dua tahun 44 (88%) SMP masih aktif, 79% wanita hamil dikunjungi. Manfaat lebih lanjut termasuk peningkatan keterlibatan pria dalam masalah keibuan yang aman.

WHO memberikan rekomendasi terhadap peran kader kesehatan dalam promosi kesehatan ibu dan anak, yaitu promosi penyerapan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi ibu, HIV, keluarga berencana dan kesehatan neonatal, termasuk:

1. Promosi perilaku mencari pelayanan yang tepat dan perawatan antenatal selama kehamilan
2. Promosi persahabatan selama persalinan
3. Promosi tidur dengan kelambu berinsektisida selama kehamilan
4. Promosi persiapan persalinan
5. Promosi perawatan terampil untuk melahirkan
6. Promosi gizi yang cukup dan besi dan suplemen folat selama kehamilan
7. Promosi kesehatan reproduksi dan keluarga berencana
8. Promosi tes HIV selama kehamilan
9. Promosi ASI eksklusif
10. Promosi perawatan postpartum
11. Promosi imunisasi sesuai dengan pedoman nasional
12. Promosi kanguru ibu merawat bayi berat lahir rendah
13. Promosi perawatan bayi baru lahir dasar dan perawatan bayi berat lahir rendah
14. Administrasi misoprostol untuk mencegah perdarahan postpartum
15. Penyediaan dukungan yang terus menerus bagi perempuan selama persalinan dengan adanya bidan terlatih

10) *Community participation in Maternal Death Surveillance and Response (MDSR)*

Partisipasi masyarakat dalam informasi yang diinformasikan dan dalam solusi informasi yang mungkin bermanfaat mengatasi faktor-

faktor penentu sosial, bertemu masyarakat, orang dalam respon. Anggota masyarakat dapat berpartisipasi sebagai informan keluarga untuk pertanyaan kematian ibu (dan perinatal) atau dalam presentasi pada data ringkasan untuk mengidentifikasi cara-cara untuk meningkatkan hasil kesehatan. Tingkat partisipasi dapat diberikan, kekuatan pendorong, kekuatan pendorong termasuk melibatkan perwakilan masyarakat dalam kelompok koordinasi MDSR, atau mengadakan pertemuan kelompok masyarakat untuk membahas kematian matematis, penyebabnya dan kemungkinan solusinya.

11) *Community participation in quality-improvement processes*

Meningkatkan kualitas layanan perawatan kesehatan berbasis kesehatan dan menjadikan kualitas sebagai komponen integral dari peningkatan intervensi untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak-anak sangat penting. Perspektif wanita, keluarga dan masyarakat tentang layanan perawatan persalinan mempengaruhi keputusan untuk menggunakan layanan ini. Hampir semua kerangka kerja peningkatan kualitas memasukkan perspektif masyarakat / pengguna sebagai elemen kunci. Dalam kasus layanan bersalin, wanita Sebagai perspektif, kita memiliki wawasan seperti ini dalam bentuk wawasan dalam bentuk wawasan dalam bentuk wawasan dalam bentuk kesadaran di masyarakat, serta dalam kesadaran akan masalah yang terlibat.

12)Community participation in programme planning and implementation

Partisipasi masyarakat dapat dilakukan dalam bentuk deskripsi intervensi surveilans dan respons kematian maternal (MDSR) mencakup identifikasi rutin dan pemberitahuan tepat waktu tentang kematian maternal, tinjauan kematian maternal dan implementasi serta pemantauan langkah-langkah untuk mencegah kematian serupa di masa depan. Partisipasi masyarakat dalam proses ini dapat membantu memberikan informasi yang lebih akurat tentang jumlah kematian, dan di mana serta mengapa para wanita meninggal. Partisipasi masyarakat dalam menganalisis informasi dan dalam mengidentifikasi solusi yang mungkin dapat membantu mengatasi faktor-faktor penentu sosial, memenuhi kebutuhan masyarakat dan memasukkan sejumlah aktor dalam respons. Anggota masyarakat dapat berpartisipasi sebagai informan keluarga untuk pemeriksaan kematian ibu (dan perinatal) atau dalam presentasi data ringkasan untuk mengidentifikasi cara-cara untuk meningkatkan hasil kesehatan. Tingkat partisipasi dapat bervariasi, misalnya memberikan pandangan versus pengambilan keputusan penuh. Mekanisme rujukan dapat termasuk melibatkan perwakilan masyarakat dalam kelompok koordinator MDSR atau mengadakan pertemuan kelompok masyarakat untuk membahas kematian ibu, penyebabnya, dan kemungkinan solusi. Secara prinsip sangat penting

berbagi informasi tentang kematian terkait kehamilan dengan masyarakat termasuk diskusi tentang berbagai faktor yang menyebabkan kematian ini dan memengaruhi akses ke perawatan terampil.

4. Sistem Matrilineal

a. Pengertian

Matrilineal terdiri dari 2 kata, yaitu kata Matri, berasal dari kata *mother* yang artinya ibu, dan kata lineal, berasal dari kata *line* yang artinya garis. Istilah ini menyatakan bahwa garis keturunan seseorang ditarik dari Ibu. Jadi ibu menjadi dasar untuk menentukan asal usul seseorang (Saydam, 2004). Sistem ini hanya mengakui ibu sebagai penghubung garis keturunan (Amir, 2007)

Sistem matrilineal ini ditemukan para ahli tidak hanya di Sumatera Barat-Indonesia, namun juga ditemukan di Afrika (sekitar danau Nyasa dan di Ghana, pantai Malabar. Di India, juga terdapat suku Goras dan Khais, di Dahome, di Formosa, di negeri Sembilan – Malaysia, suku Iriquois-Indian Amerika, suku Marina di Madagaskar(H.J. Nan Putih, 2004).

b. Sifat dan Bentuk Sistem Matrilineal

Sifat sistem matrilineal berpedoman pada sifat alam. Ada filsafat orang Minang yaitu Alam Terkembang jadi Guru, artinya sistem matrilineal tumbuh dan mengakar dalam budaya

Minangkabau secara alamiah. Hal ini yang dapat membuat sistem matrilineal dapat bertahan lama. Sifat ini terlihat dalam bentuk kekerabatan (kekeluargaan) yang khas, yang telah ada sejak manusia ada. Seorang anak akan menganut suku ibunya. Dasarnya adalah karena anak lebih dekat dengan ibunya. Selain itu, tanggung jawab ibu dalam membesarkan dan mendidik anak sampai dewasa lebih berat dibandingkan dengan tanggung jawab ayahnya (Saydam, 2004).

Bentuk kekerabatan seperti itu akan menciptakan kelompok-kelompok masyarakat Minang. Kelompok ini dinamakan suku. Orang satu suku dikatakan "*badunsanak*". Anggota suku yang sudah berkembang semakin banyak akan membentuk satu kaum. Inilah bentuk sistem matrilineal di Minangkabau.

c. Dasar Keturunan Matrilineal

Masyarakat Minangkabau terikat pada satu kesatuan keturunan, yang ditarik dari garis perempuan (ibu). Keturunan seperti ini akan berpengaruh terhadap struktur (susunan) masyarakat Minangkabau. Misalnya, dalam hal kekerabatan, hubungan ibu dengan anak akan lebih dekat jika dibandingkan dengan bapaknya. Dalam hal fungsi, ibu lebih tinggi fungsi dan kekuasaannya di dalam rumah dari pada bapak. Jika terjadi perceraian, bapak lah yang harus keluar dari rumah. Anak-anak akan tinggal bersama ibunya (Saydam, 2004).

d. Ciri-ciri Sistem Matrilineal

Menurut Muhammad Radjab (1969, dalam Thaib, 2004) sistem matrilineal mempunyai ciri sebagai berikut(Thaib, 2004):

1) Keturunan dihitung menurut garis ibu

Masyarakat Minangkabau terikat pada satu kesatuan keturunan yang ditarik dari garis ibu (perempuan).

2) Suku terbentuk menurut garis ibu

Kesatuan atas dasar keturunan menurut garis ibu akan membentuk suku.

3) Tiap orang diharuskan kawin dengan orang luar sukunya (exogami)

Pengaruh dari keturunan menurut garis ibu adalah pelarangan kawin sesuku, karena orang yang sesuku merupakan satu keturunan.

4) Pembalasan dendam merupakan satu kewajiban bagi seluruh suku

Adanya kaitan dan hubungan kekerabatan menimbulkan sikap kebersamaan dalam masyarakat, karena antara satu kerabat dengan kerabat lain saling kait mengait, saling menyegani, dan saling menghormati. Sifat gotong royong dan kerjasama telah mengakar dalam kehidupan budaya masyarakat Minangkabau. Permasalahan terhadap satu orang dalam suku dianggap sebagai permasalahan bagi semua orang yang

termasuk dalam suku tersebut. Walaupun demikian, orang Minangkabau tidak melakukan aksi pembalasan dendam dengan melakukan tindakan brutal seperti pertumpahan darah dan lain-lain.

- 5) Kekuasaan di dalam suku, terletak di tangan ibu, (menurut teori), tetapi jarang digunakan, yang sebenarnya berkuasa adalah saudara laki-lakinya (*mamak*).

Wanita tertua dalam keluarga dijuluki *limpapeh*. Ia mendapat kehormatan sebagai penguasa seluruh harta kaum. Pembagian harta diatur oleh *limpapeh* ini. Laki-laki tertua dalam keluarga mendapat jabatan sebagai *tungganai*, yang berperan sebagai kepala waris (*mamakkapalowarih*). Kekuasaan *mamak kapalo warih* sebenarnya hanya memiliki kekuasaan untuk memelihara, mengolah dan mengembangkan harta milik kaum, tetapi tidak menguasai untuk digunakan sendiri.

- 6) Perkawinan bersifat matrilokal, suami tinggal di rumah istrinya
Laki-laki yang sudah menikah akan tinggal di rumah istrinya. Jika terjadi perceraian, laki-laki (suami) yang harus berangkat dari rumah.
- 7) Hak-hak dan pusaka diwariskan oleh *mamak* kepada kemenakannya dan dari saudara laki-laki kepada saudara perempuan.

Piliang, Edison dan Nasrul (2017) menambahkan bahwa ciri sistem matrilineal, yaitu *mamak* bertanggung jawab terhadap kehidupan kemenakannya dan ayah sebagai kepala keluarga bersifat simbolik (Piliang, Edison, 2017). Saat ini mulai terjadi pergeseran nilai dalam sistem matrilineal di Minangkabau, sesuai dengan perkembangan yang terjadi dalam masyarakat. Peran dan tanggung jawab seorang suami/bapak dalam rumah tangga, yang dulunya dipegang oleh *mamak*, sekarang mulai beralih pada suami/bapak. *Mamak* juga lebih banyak berperan untuk kaumnya, dan juga untuk anak istrinya. Di satu sisi, perubahan ini sangat menguntungkan bagi anak karena ada bapak dan *mamak* tempatnya bersandar, walaupun *mamak* tidak terlalu berperan dalam membimbingnya. Namun dalam hal harta pusaka, peran *mamak* masih sangat dibutuhkan. Bagi perempuan Minang, peran suami dalam rumah tangga akan lebih terasa. Kedekatan secara emosional lebih terjalin.

Perubahan lain yang terjadi adalah dalam hal perkawinan. Proses modernisasi telah membuat perempuan Minangkabau tidak lagi menjadi objek, tapi mereka telah memiliki andil dalam perubahan adat perkawinan. Kemajuan ini membuat perempuan Minangkabau memiliki kedudukan dan peran penting dalam hal perkawinan (Putri, Selfi, 2018).

Amir (2007) mengungkapkan bahwa dalam sistem matrilineal ada 3 unsur yang paling dominan, yaitu (Amir, 2007):

- 1) Garis keturunan menurut garis ibu;
- 2) Perkawinan harus dengan suku lain;
- 3) Perempuan merupakan pemegang sentral dalam pendidikan, pengaman kekayaan dan kesejahteraan keluarga.

Budaya Minangkabau adalah budaya yang terbuka terhadap perubahan, artinya masyarakat Minangkabau dapat menerima pengaruh budaya dari luar, tetapi tidak merusak sendi-sendi yang telah dianutnya dan tidak menghancurkan budaya yang diterima secara turun temurun. Sampai saat ini, pelaksanaan sistem matrilineal dapat dilihat pada (Saydam, 2004).

- 1) Setiap orang selalu bersuku menurut suku ibu (ciri khas orang Minang);
- 2) Anak dari dua orang perempuan yang bersaudara tidak dapat menikah;
- 3) Tidak boleh menikah sesuku;
- 4) Keterikatan keluarga dengan rumah gadang;
- 5) Keluarga matrilineal terikat oleh harta pusaka dan gelar pusaka.

e. Nilai-nilai Ideal dari Sistem Matrilineal

Sistem matrilineal mengandung nilai-nilai ideal (Thaib, 2003), yaitu (Thaib, 2004):

- 1) Rasa memiliki bersama

Setiap anggota kaum akan merasa bahwa semua asset kaum sebagai miliknya, sebagai sesuatu yang harus dipertahankan bersama. Kaum patuh dengan aturan sistem. Jika ada anggota kaum yang mencoba untuk menjadikan asset kaum sebagai miliknya, maka setiap anggota akan bereaksi, berusaha untuk menghalanginya. Ada prinsip yang dipegang teguh oleh kaum, yaitu kalau tidak mampu menambah, jangan mengurangi.

2) Kesadaran terhadap hak milik

Setiap anggota kaum sadar akan milik mereka. Sawah, ladang, *rumah gadang*, adalah milik perempuan. Pengaturan pemakaian harta pusaka ditentukan oleh laki-laki (nini mamak).

3) Kesadaran terhadap suatu ikatan

Perempuan di Minangkabau merasakan perlunya saudara laki-laki untuk melindungi dan mengatur pemakaian harta pusaka. Laki-laki pun memerlukan saudara perempuannya karena mengharapkan keturunan berikutnya untuk melanjutkan pewarisan harta pusaka kaumnya. Kesadaran seperti ini membuat satu sama lain saling menjaga batas wewenang agar tidak menimbulkan berbagai ketegangan di dalam kaum.

4) Kesiediaan untuk suatu pengabdian

Setiap laki-laki akan berusaha menjaga dan memakmurkan kaumnya; kemenakan dan saudara perempuannya. Pengabdian laki-laki terhadap kaumnya melebihi pengabdiannya kepada istri dan kaum istri. Di satu sisi, perilaku seperti ini walaupun ada dampak negatifnya bagi anak dan istri, di sisi lain sistem ini telah menghapus adanya istilah 'anak yatim' di masyarakat Minangkabau, karena seorang anak yang ditinggalkan ayahnya tetap akan terpelihara oleh *mamak* dan saudara perempuan ibunya.

5) Dampak positif perkawinan

Perkawinan dengan orang di luar suku dapat mengurangi sifat-sifat turunan yang tidak baik dalam suatu kaum. Perkawinan dapat mempererat mata rantai antar kaum/suku. Hal ini dapat menjadi semacam lembaga kontrol untuk masing-masing kaum.

f. Peran dan Kedudukan Laki-laki pada Sistem Matrilineal

Salah satu ciri masyarakat matrilineal adalah posisi ayah sebagai kepala keluarga bersifat simbolik. Seorang laki-laki diperlukan sebagai pejantan yang tidak bertanggung jawab penuh terhadap istri dan anaknya. Tanggung jawab tersebut berada pada *mamak* (saudara laki-laki dari perempuan/istri). Namun seiring dengan masuknya ajaran Islam, yang mengajarkan bahwa suami adalah pemimpin dalam keluarga, imam dalam keluarga, dan harus

bertanggung jawab terhadap isteri dan anak-anaknya. Hal ini membawa perubahan dalam masyarakat matrilineal di Minangkabau. Saat ini, laki-laki sebagai suami dan ayah, menjalankan tugas dan tanggung dalam keluarganya, yang dulunya dijalankan oleh *mamak*. Peran *mamak* saat ini lebih banyak dalam masalah harta pusaka kaum dan adat (Latief, 2002; Mattison, 2016).

g. Peran dan Kedudukan Perempuan pada Sistem Matrilineal

Secara konseptual, kedudukan laki-laki dan perempuan dalam sistem matrilineal berada dalam posisi seimbang. Laki-laki punya hak untuk mengatur segala yang ada dalam kaumnya, baik dalam pengaturan pemakaian maupun pembagian harta pusaka. Perempuan sebagai pemilik dapat mempergunakan semua hasil tersebut untuk keperluan anak beranak. Peranan laki-laki di dalam dan di luar kaumnya menjadi suatu hal yang harus dijalankannya dengan seimbang (Latief, 2002; Thaib, 2004; Mattison, 2016).

Kedudukan seorang ibu di Minangkabau merupakan pusat kekerabatan matrilineal (Saydam, 2004). Perempuan merupakan titik tumpuan, memiliki tanggung jawab yang besar dalam kaumnya. Dalam pelaksanaan upacara adat, perempuan memegang peranan yang sangat penting, berinisiatif dan proaktif dalam melaksanakan upacara-upacara tersebut. Jika upacara tidak diketahui perempuan

(Bundo Kandung) maka upacara tidak akan dilaksanakan, apapun bentuk upacaranya (Latief, 2002).

Pada dasarnya, sistem matrilineal bukanlah untuk mengangkat atau memperkuat peranan wanita, tapi sistem ini dikukuhkan untuk menjaga, melindungi harta pusaka suatu kaum dari kepunahan, baik di rumah gadang, tanah pusaka dan sawah ladang. Dengan adanya hukum Islam tentang pembagian harta, maka harta pusaka kaum tetap dilindungi dengan istilah *pusako tinggi*, sedangkan harta yang boleh dibagi dimasukkan sebagai *pusako rendah* (Saydam, 2004; Thaib, 2004).

Perempuan diposisikan sebagai pengikat, pemelihara, dan penyimpan. Dalam penentuan peraturan adat, perempuan tidak diikutsertakan. Perempuan hanya menerima tentang hak dan kewajiban adat yang telah diputuskan sebelumnya oleh *ninik mamak*. Perempuan menerima hak dan kewajiban tanpa harus melalui sebuah prosedur apalagi bantahan. Semua hak dan kewajiban perempuan sudah dapat menjamin keselamatan hidup mereka dalam kondisi bagaimanapun. Semua harta pusaka menjadi milik perempuan, sedangkan laki-laki diberi hak untuk mengatur dan mempertahankannya. Perempuan yang memahami konstelasi seperti ini tidak memerlukan suatu prosedur atas haknya, apalagi perjuangan gender ataupun emansipasi, karena sistem matrilineal telah menyediakan apa yang sesungguhnya dibutuhkan perempuan.

Para *ninik mamak* telah membuatkan suatu aturan main tentang hak dan kewajiban yang berimbang antara laki-laki dan perempuan (Latief, 2002; Thaib, 2004).

Dalam hal pendidikan, perempuan Minang sejak dulunya telah mendapatkan kesempatan untuk mengenyam pendidikan yang lebih baik. Pendidikan telah menjadi lompatan besar dalam kehidupan perempuan. Mereka juga mempunyai kesempatan untuk mengikuti perkumpulan. Dengan mengikuti perkumpulan, mereka saling belajar dan mempelajari tentang hidup dan kehidupan. Pendidikan dan perkumpulan memberikan kemajuan bagi perempuan Minangkabau (Putri, Selfi, 2018).

h. Pemberdayaan Perempuan dalam Sistem Matrilineal

Berbagai mitos, stereotipe, pelabelan tentang peran perempuan tak dapat dilepaskan dari konstruksi sosial yang berlaku, bagaimana perempuan dimaknai dan diperankan dalam masyarakat. Melalui proses sosialisasi dalam keluarga, pendidikan dan lingkungan sosial lainnya, anak laki-laki dan perempuan dikondisikan untuk berperilaku dengan cara tertentu dan memainkan peran yang berbeda dalam masyarakat. Selama ini sering disebutkan adanya dominasi budaya patriarki telah menimbulkan berbagai bias gender yang menyebabkan berbagai bentuk ketidakadilan, beban berat, diskriminasi, bahkan berbagai

bentuk kekerasan yang banyak dialami kaum perempuan (Saptandari, 1999; Njogu and Orchardson-mazrui, 2013).

Pada komunitas patrilineal, peran laki-laki lebih dominan. Di komunitas Afrika, pria dan wanita secara substansial menduduki posisi yang berbeda, yang sebagian besar ditentukan secara kultural. Dalam sejumlah kasus, karena hubungan kekuasaan yang kurang, perempuan menempati posisi bawah dan sub ordinasi. Akibatnya perempuan punya kapasitas hukum terbatas, meskipun pada kenyataannya beberapa perempuan memiliki lebih banyak kebebasan dan hak daripada yang lain, tergantung pada status sosial dan perkawinan. Perempuan di Afrika dan bagian lain di dunia telah menuntut untuk diperlakukan sama dan dihakimi atas dasar kemampuan dan kecerdasan mereka. Ajakan budaya dan agama untuk memperlakukan wanita secara tidak seimbang berada di bawah kritik terus menerus (Njogu and Orchardson-mazrui, 2013).

Pada sistem matrilineal, perempuan memegang posisi yang menonjol atau dominan, Masyarakat matrilineal tidak didasarkan pada subordinasi tetapi pada kerja sama, koeksistensi dan pengembangan yang harmonis. Pada sistem matrilineal status perempuan disejajarkan dengan laki-laki, memiliki hak dan dapat berpartisipasi dalam segala aspek kehidupan, baik politik, sosial, ekonomi, budaya dan kesehatan. Ada beberapa contoh masyarakat matrilineal di mana perempuan memerintah atau memiliki peran

kepemimpinan dalam struktur pemerintahan, misalnya di Afrika Barat di abad 15, Senegal, Kongo (Saptandari, 1999; Njogu and Orchardson-mazrui, 2013).

Sebagian besar (83,4 persen) dari wanita di Meghalaya diberdayakan karena adanya partisipasi dalam keputusan rumah tangga. Pengaruh Meghalaya dapat dilihat pada negara tetangga Assam karena sebagian besar perempuan (70,1%) berpartisipasi dalam keputusan rumah tangga. Di Assam, meskipun sistem patrilineal sedang diikuti, namun perempuan dianggap sebagai anggota penting dari keluarga dan berpartisipasi dalam keputusan rumah tangga. Partisipasi perempuan dalam keputusan rumah tangga di negara-negara patrilineal dari Uttarakhand (47,9 persen), Gujarat (56,7 persen), Madhya Pradesh (46,7 persen) dan Karnataka (47,4 persen) jauh lebih rendah dibandingkan dengan Utara-Timur negara bagian Meghalaya dan Assam (Chakrabarti and Biswas, 2012).

Namun di sisi lain, Chakrabarty (2012) juga mengungkapkan bahwa perempuan di India tunduk terhadap kekerasan suami-istri (Chakrabarti and Biswas, 2012). Kekerasan terhadap perempuan adalah lebih tinggi di negara bagian Madhya Pradesh (46 persen), Assam (40 persen), Uttarakhand dan Gujarat (28 persen) dan Karnataka (20 persen), di mana status perempuan rendah. Dibandingkan dengan lima Negara, perempuan dari

Meghalaya dengan sistem matrilineal yang lebih kuat mengungkapkan persentase kekerasan yang lebih rendah (13 persen). Konsekuensi dari kekerasan terhadap perempuan menyebabkan berbagai masalah kesehatan termasuk masalah psikologis. Kekerasan dalam segala bentuk menyebabkan kerusakan besar pada kesehatan reproduksi dan kesejahteraan perempuan, baik langsung maupun tidak langsung.

Peran perempuan pada keluarga matrilineal dalam pembuatan keputusan memiliki dampak yang signifikan pada pengeluaran rumah tangga untuk tabungan pendidikan bulanan. Hal ini terlihat dari penelitian bahwa ada penurunan 19,3% dalam total pengeluaran pendidikan rumah tangga ketika para ibu membuat keputusan di Minangkabau. Walaupun demikian, kesejahteraan rumah tangga meningkat bukan karena perempuan saja tetapi dengan kerjasama yang lebih besar antara pasangan hidup (Fernandez and Kambhampati, 2017).

Pada masyarakat suku matrilineal di India, garis keturunan, warisan, hak milik dan hak milik dilacak melalui perempuan. Secara umum, perempuan adalah pengelola urusan rumah tangga dan memutuskannya secara mandiri, hanya membahas hal-hal luar biasa dan penting dengan rekan lelaki mereka. Di kalangan sosial, mereka memiliki pendapat yang kuat tentang masalah-masalah penting,

terutama yang terkait dengan hak-hak perempuan dan kesetaraan gender.

i. Kesehatan Ibu dalam Lingkungan Masyarakat Matrilineal

Perilaku masyarakat matrilineal banyak dipengaruhi oleh kekuasaan perempuan dalam pengambilan keputusan mengenai masalah kesehatannya. Hal ini terlihat dari hasil penelitian (RAKIBUL, AMIRUL and BANOWARY, 2009) yang menemukan bahwa perilaku mencari perawatan *antenatal care* dan *postnatal care* lebih tinggi dari masyarakat di kalangan perempuan Garo pada komunitas adat matrilineal Bangladesh. Kekuasaan perempuan dalam pengambilan keputusan mengenai masalah kesehatan mereka dapat memperbaiki situasi lebih lanjut. Juga ditemukan bahwa ketersediaan layanan dalam suatu komunitas tidak selalu mencerminkan perilaku mencari perawatan kecuali kesadaran tentang layanan yang tersedia. Untuk itu pelayanan kesehatan yang tersedia harus disosialisasikan pada masyarakat. Kesadaran melalui media massa seiring dengan perkembangan sosial budaya dan ekonomi mungkin memiliki pengaruh penting untuk meningkatkan perilaku pencarian pelayanan kesehatan di kalangan wanita.

Banda (2013) menemukan bahwa mayoritas ibu-ibu yang berpartisipasi tahu tentang pentingnya *antenatal care* (ANC) bagi ibu hamil (Banda, 2013). Rendahnya pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dipengaruhi oleh paritas lebih tinggi, rentang usia antara 21-25

tahun, jarak jauh, meminta izin dan kehamilan terkait keyakinan terutama ilmu sihir. Petugas kesehatan yang memberikan layanan kesehatan ANC memahami dengan baik layanan yang diberikan dan menunjukkan persepsi positif. Untuk itu pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mempromosikan penggunaan layanan ANC harus diintensifkan agar meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

Secara normatif, peran laki-laki sebagai seorang ayah pada masyarakat matrilineal tidak dituntut bertanggung jawab penuh terhadap istri dan anaknya, karena perempuan biasanya memiliki peran dan kekuasaan yang lebih dominan. Namun keterlibatan pria dalam masyarakat matrilineal terhadap masalah kesehatan ibu juga memberikan kontribusi yang positif. Astrid, dkk (2018) menemukan bahwa ada lima domain yang mempengaruhi keterlibatan laki-laki: perilaku motivasi kesehatan, relasi gender, keterampilan perilaku kesehatan, informasi perilaku kesehatan, faktor sosial-ekonomi (Dral *et al.*, 2018). Keterlibatan laki-laki dalam KB bisa membantu mengurangi rasa malu tentang pergi ke klinik KB, ketidaktahuan laki-laki dan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pengambilan keputusan bersama dan tanggung jawab pada pelayanan kontrasepsi (KB). Hal ini pada akhirnya bisa meningkatkan kesehatan ibu dan reproduksi di kabupaten Ntchisi.

Ewing, dkk (2016) juga menunjukkan partisipasi dan tanggung jawab laki-laki sebagai ayah dalam keluarganya (Ewing *et*

al., 2016). Kondisi aksesibilitas geografis yang rendah untuk fasilitas menghambat perilaku untuk mencari perawatan, dan menyebabkan keterlambatan dalam mencari pengobatan formal. Semua komunitas ayah yang normatif bertanggung jawab untuk biaya pengobatan, dan ibu umumnya memiliki akses yang lebih besar ke dan kontrol atas sumber daya dan otonomi dalam pengambilan keputusan di matrilineal dan masyarakat komunitas-komunitas matriarkal di bagian tengah dari distrik, yang juga lebih dekat ke fasilitas formal.

Hal yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu pada masyarakat matrilineal adalah prefensi keluarga terhadap anak perempuan. Hal ini terkait dengan masalah penggunaan alat kontrasepsi dan risiko tinggi kehamilan karena terlalu sering hamil. Seperti diketahui bahwa pada masyarakat matrilineal, garis keturunan ditarik dari garis ibu, artinya kehadiran anak perempuan dalam keluarga akan sangat menentukan keberlanjutan keturunan keluarga tersebut. Jika sebuah keluarga belum memiliki anak perempuan, walaupun sudah memiliki jumlah anak laki-laki yang dirasa cukup, maka keluarga masih ada keinginan untuk memiliki anak lagi. Hal ini akan berdampak pada masalah kesehatan ibu, karena terlalu sering untuk hamil. Terlalu sering hamil akan menempatkan ibu pada posisi berisiko tinggi untuk kesehatan, yang akan menyebabkan timbulnya berbagai komplikasi. Hal ini terlihat pada penelitian Narzary, dkk (2013) yang menunjukkan bahwa

preferensi anak perempuan dalam masyarakat suku matrilineal di Meghalaya, India lebih dominan (Narzary and Sharma, 2013). Pemakaian kontrasepsi menurun karena keinginan memiliki anak perempuan, walaupun sudah punya anak laki-laki. Penelitian ini merekomendasikan perempuan yang telah mencapai kesuburan dan harus memastikan bahwa preferensi anak tidak menyebabkan kelalaian untuk anak-anak.

Penelitian senada dari Eliason, dkk (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan antara komposisi jenis kelamin anak yang tinggal dan kehamilan yang tidak diinginkan tetapi tidak ada hubungan antara komposisi jenis kelamin anak hidup dan niat untuk menggunakan KB pasca persalinan (Eliason *et al.*, 2018). Wanita dengan hanya anak laki-laki adalah 50% lebih mungkin untuk memiliki kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan dengan mereka yang jumlah yang sama putra dan putri. Ada kegigihan lebih putra dari anak perempuan yang lahir dalam sistem warisan dan seks komposisi dominan matrilineal anak yang hidup memiliki hubungan yang signifikan dengan kehamilan tetapi tidak dengan niat untuk menggunakan KB pasca persalinan.

Status kesehatan perempuan dalam masyarakat matrilineal lebih baik dibandingkan dengan yang di dalam masyarakat patrilineal, namun status yang lebih tinggi dari wanita tidak membantu dalam meningkatkan status kesehatan dibandingkan

dengan laki-laki. Pada masyarakat patrilineal, kelahiran seorang anak laki-laki lebih disukai dibandingkan dengan anak perempuan, yang dipandang sebagai kewajiban dalam tradisi patriarkal yang kuat terlepas dari kasta, suku dan agama di lima negara bagian di India. Di Meghalaya dengan matrilinealitas yang kuat perempuan menginginkan anak laki-laki dan memiliki dua anak perempuan, namun keinginan untuk memiliki lebih dari dua anak tanpa memandang jenis kelamin jauh lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara lain. Menyikapi hal ini, perlu strategi yang tepat untuk meningkatkan kondisi kesehatan secara keseluruhan perempuan di India. Kampanye tentang kesadaran akan kesehatan di tingkat dasar sangat penting (Chakrabarty, 2011).

Menghadapi kondisi hambatan sosial budaya seperti tingginya preferensi anak perempuan pada masyarakat matrilineal, Ganle (2014) mengemukakan strategi yang berpotensi diadopsi untuk mengatasi hambatan sosial budaya untuk pemanfaatan layanan kesehatan ibu termasuk adaptasi budaya pelayanan persalinan, keterlibatan laki-laki lebih besar dalam perawatan bersalin, pendidikan kesehatan, mobilisasi masyarakat dan keterlibatan, dan promosi perawatan bersalin rumah tangga (Ganle, 2014). Perlu peningkatan pemahaman tentang hambatan sosial budaya yang dihadapi perempuan dalam mengakses dan menggunakan layanan kesehatan ibu, termasuk bagaimana

hambatan akses tersebut dapat diatasi. Untuk itu ada kebutuhan untuk pengaturan layanan perawatan bersalin untuk dan disampaikan dengan cara yang secara medis tepat, sosial sensitif, dan responsif secara kultural. Juga diperlukan perubahan struktural untuk klinik bersalin dan praktek keperawatan rutin, termasuk pelatihan kompetensi budaya untuk penyedia layanan kesehatan.

Untuk mencapai jumlah yang diinginkan anak-anak, wanita secara langsung atau tidak langsung dipaksa untuk hamil. Banyak kehamilan dapat mengganggu kecukupan gizi pada tubuh seorang perempuan, salah satu dampaknya adalah anemia. Di Meghalaya (matrilineal yang kuat) sebanyak 45 persen wanita mengalami anemia, lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan dalam lingkungan masyarakat patrilineal (Assam (69 persen); Madhya Pradesh (58 persen); Gujarat (56 persen); Karnataka (50 persen); dan Uttarakhand (48 persen). Meskipun 70,1 persen perempuan diberdayakan, sebanyak 69 persen tetap anemia. Diperlukan pemahaman yang lebih dalam dari penyebab anemia tinggi dan perbedaan negara bagian Assam (Chakrabarty, 2011).

Pada masyarakat matrilineal, beban penggunaan alat kontrasepsi lebih tinggi pada perempuan. Penelitian Chakrabarty (2011) menunjukkan persentase tertinggi pengadopsi sterilisasi wanita (menikah) pada kelompok usia 15-49 tahun (Chakrabarty, 2011). Pengadopsi sterilisasi laki-laki lebih sedikit dibandingkan

dengan pengadopsi sterilisasi wanita di semua negara. Bahkan di Meghalaya, di mana perempuan menikmati kekuatan pengambilan keputusan, beban penggunaan kontrasepsi lebih pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

B. Kerangka Teori

Upaya penurunan AKI merupakan multi intervensi, karena banyak faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu. Menurut McCarthy dan Maine (1992), keberdayaan 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).

Untuk mencegah kematian ibu, upaya lebih lanjut tersebut difokuskan pada pemberdayaan masyarakat yang lebih baik,

pemberdayaan perempuan dan penguatan sistem layanan kesehatan termasuk kualitas layanan kegawatdaruratan obstetri (Jat *et al.*, 2015). Pemberdayaan meningkatkan perilaku perempuan dalam pencarian layanan kesehatan (23,24), dan merekomendasikan pemberdayaan perempuan sebagai komponen penting dalam disain sistem kesehatan (Mainuddin *et al.*, 2015).

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 (WHO), 2017), ini dianggap sebagai *link* yang penting dalam memperkuat keberlanjutan perawatan (Portela and Santarelli, 2003). Pendekatan ini memberikan kontribusi terhadap upaya peningkatan pemberdayaan perempuan. Lebih lanjut Portela dan Santareli (2003) mengembangkan dua tingkat pemberdayaan yang akan saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain, yaitu (Portela and Santarelli, 2003):

a. Pada tingkat individu

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.

b. Pada tingkat masyarakat (kolektif)

Upaya ditujukan untuk menerapkan keterampilan dan sumber daya masyarakat untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, termasuk perubahan struktural lingkungan dalam meningkatkan akses ke sumber daya sosial, ekonomi dan politik.

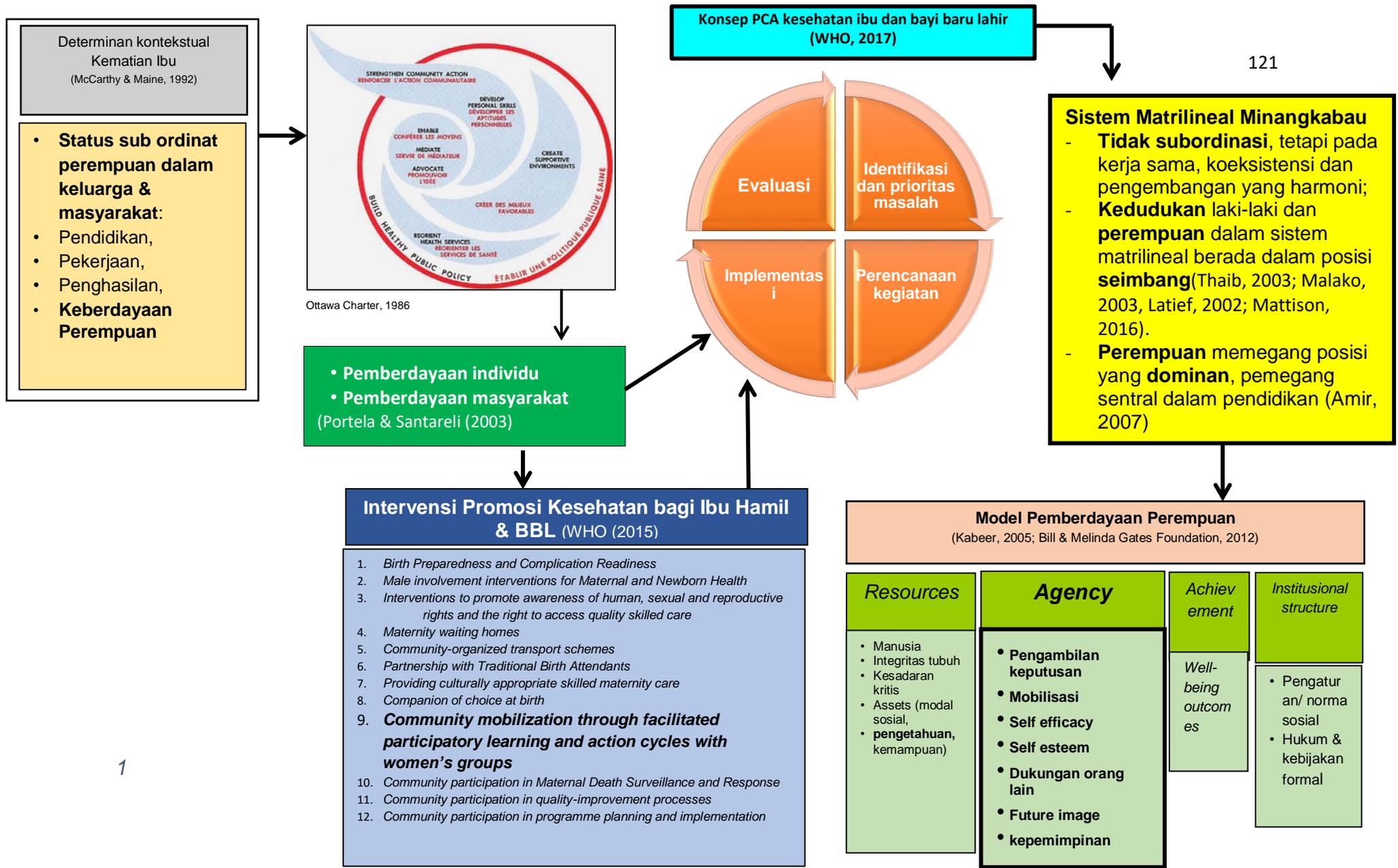
Konsep ini bersinergi dengan program WHO tentang intervensi promosi kesehatan ibu, di mana salah satu programnya adalah mobilisasi masyarakat melalui pembelajaran partisipatif dan siklus aksi yang difasilitasi dengan kelompok perempuan. Implementasi program pemberdayaan tersebut dilaksanakan dengan konsep *Participatory Community Assessment (PCA)*, dengan langkah-langkah sebagai berikut: a) mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah selama kehamilan; b) merencanakan kegiatan sesuai prioritas masalah kesehatan ibu hamil; c) mengimplementasikan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu; d) menilai kegiatan partisipasi kelompok masyarakat dalam kesehatan ibu.

Memberdayakan perempuan membutuhkan penanganan masalah struktural seperti norma dan sikap sosial yang tidak adil, mengembangkan kerangka hukum progresif yang mempromosikan kesetaraan antara perempuan dan laki-laki (Sustainable Development Goals SDGs, 2017). Masyarakat Minangkabau yang menganut sistem sosial matrilineal, menempatkan laki-laki dan perempuan dalam posisi yang seimbang. Perempuan merupakan pemegang peranan yang

dominan. Kondisi ini tentunya dapat menjadi peluang yang baik dalam upaya promosi peningkatan kesehatan ibu hamil

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

Penelitian ini akan mengkaji bagaimana kapasitas pemberdayaan ibu hamil, pengetahuan, sikap dan kunjungan antenatal setelah diberikan intervensi melalui dua tingkat pemberdayaan sebagaimana konsep Portela dan Santareli (2003) pada masyarakat matrilineal di Sumatera Barat. Berikut kerangka teori dari penelitian ini berdasarkan uraian teori di atas:



Gambar 2.7 Kerangka Teori

Determinan Kematian Ibu, Model Pemberdayaan Perempuan, Konsep Promosi Kesehatan dan Intervensi Promosi Kesehatan Ibu

ber: McCarthy & Maine (1992); Kabeer (2005); Bill & Melinda Gates Foundation (2012); Ottawa Charter (1986); WHO (2015; 2017; Thaib, 2003; Malako, 2003, Latief, 2002; Mattison, 2016; Amir, 2007))

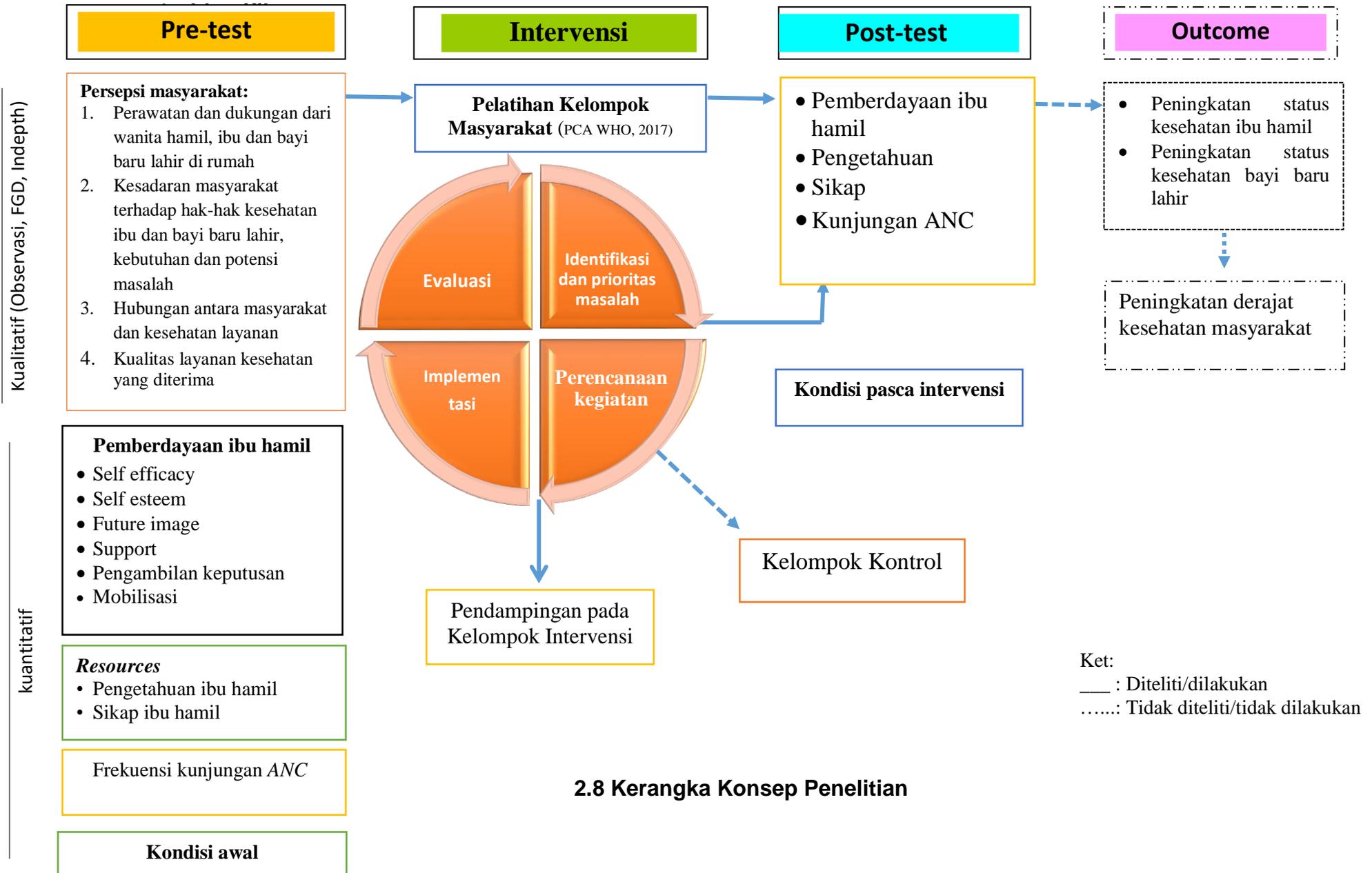
C. Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini dengan rancangan *quasi eksperiment pre-posttest* dengan *kontroldesign*. Untuk mendapatkan bahan pengembangan intervensi maka dilakukan penelitian kualitatif dengan metode observasi situasi lokasi penelitian, FGD dan wawancara yang menggali tentang persepsi ibu hamil, suami, tokoh masyarakat, tenaga kesehatan dan kader kesehatan tentang persepsi ibu hamil, suami dan masyarakat tentang kapasitas ibu hamil, keluarga dan masyarakat untuk tetap sehat; kesadaran tentang hak-hak reproduksi dan seksual, dukungan sosial untuk ibu hamil, dan kualitas pelayanan kesehatan ibu di Kenagarian Sungayang dan Pariangan Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat.

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

Adapun materi pembelajaran partisipatif yang akan diberikan pada ibu hamil (kelompok kontrol dan intervensi) serta kelompok masyarakat mengacu pada konsep PCA kesehatan ibu dan bayi baru lahir (World Health Organization (WHO), 2017) yang bertujuan memberikan kontribusi terhadap pemberdayaan perempuan, yang mencakup mengembangkan kapasitas, meningkatkan kesadaran,

penguatan *link*, dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Intervensi berupa pendampingan oleh kelompok masyarakat terhadap kelompok intervensi ibu hamil dalam upaya meningkatkan pemberdayaan perempuan, pengetahuan, sikap dan kunjungan antenatal. Berikut kerangka konsep penelitian ini:



D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis pada penelitian ini:

1. Ada perbedaan pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan pemberdayaan ibu hamil sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol;
2. Ada perbedaan pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan pengetahuan ibu hamil sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol;
3. Ada perbedaan pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan sikap ibu hamil sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol;
4. Ada perbedaan pengaruh strategi Devi'S pemberdayaan perempuan terhadap peningkatan kunjungan ANC sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol;

E. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	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	Rasio Ordinal
2	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 hanya melakukan pekerjaan rumah sehari-hari dan tidak menghasilkan secara finansial	Ordinal

3	Tingkat pendidikan	Pendidikan terakhir yang ditamatkan ibu hamil	Melihat ijazah ibu hamil	Kuesioner	<p>Pendidikan dasar jika tamat SD/MI-SMP/MTs</p> <p>Pendidikan menengah jika tamat SMA/MA/SMK/MAK</p> <p>Pendidikan tinggi jika tamat diploma, sarjana, magister, spesialis, dandoktor</p>	Ordinal
4	Pendapatan keluarga	Penghasilan yang didapatkan keluarga per bulannya	Menanyakan pada ibu hamil	Kuesioner	<p>Rerata pendapatan</p> <p>Rendah jika < UMP Propinsi Sumbar tahun 2020 (Rp. 2.484.041)</p> <p>Tinggi jika \geq UMP Propinsi Sumbar tahun 2020 (Rp. 2.484.041)</p>	<p>Rasio</p> <p>Ordinal</p>

5	Paritas	Jumlah kehamilan dan persalinan yang sudah dijalani ibu hamil	Menanyakan pada ibu	Kuesioner	Rerata paritas Paritas rendah jika ≤ 3 Paritas tinggi jika > 3	Rasio Ordinal
6	Pemberdayaan ibu hamil	Kemampuan ibu hamil dalam memenuhi kebutuhan diri dan kemandirian yang dinilai dari kepercayaan atas kemampuan diri sendiri, kemampuan menggambarkan masa depan, memiliki kebutuhan harga diri, keyakinan atas dukungan dan jaminan dari orang lain, kemandirian untuk mobilisasi dan kemampuan dalam pengambilan keputusan	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 mean kelompok intervensi dan kelompok kontrol	Rasio
7	Pengetahuan	Segala informasi yang diketahui dan disadari oleh ibu hamil tentang perawatan kehamilan	Menilai jawaban responden: Benar : 1 Salah : 0	Kuesioner	Skor mean kelompok intervensi dan kelompok kontrol	Rasio

8	Sikap	Kecenderungan ibu hamil untuk berpikir dan bisa bertindak dalam hal perawatan kehamilan	Menilai jawaban responden pada pernyataan positif: SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1 Menilai jawaban responden pada pernyataan negatif: SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4	Kuesioner	Skor mean kelompok intervensi dan kelompok kontrol	Rasio
9	Kunjungan ANC	Frekuensi kunjungan ibu hamil usia kehamilan 0-28 minggu kepada tenaga kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan dari K1 ke K2, K2 ke K3, K3 ke K4	Membandingkan frekuensi kunjungan ANC pada <i>pre</i> dan <i>post</i> intervensi	Kuesioner	Skor mean kelompok intervensi dan kelompok kontrol	Rasio