

**MODEL PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN
DALAM DETEKSI DINI DAN PENGELOLAAN
FAKTOR RISIKO KEHAMILAN**

DISERTASI

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Doktor
Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat
Minat Utama Promosi Kesehatan**



**oleh :
Istri Yuliani
T641202001**



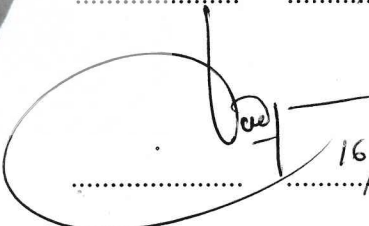
**PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2019**

commit to user

**MODEL PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN
DALAM DETEKSI DINI DAN PENGELOLAAN
FAKTOR RISIKO KEHAMILAN**

DISERTASI

Oleh :
Istri Yuliani
NIM. T 641202001

Komisi Promotor	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Promotor	Prof. Dr. Bhisma Murti dr; M.P.H; M.Sc. PhD NIP 195510211994121001		4/4 '19
Ko-Promotor I	Prof. Dr.H.Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes. NIP 195603201983121002		23/4 '19
Ko-Promotor II	Prof. Dr. Tedjo Danudjo Oepomo, dr; SpOG (K) NIP 194601201973031001		16/4 '19

**Kepala Program Studi Doktor
Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta**


**Dr. Sapja Anantanyu, SP, M.Si.
NIP.19681227199403100**

MODEL PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DALAM DETEKSI DINI DAN PENGELOLAAN FAKTOR RISIKO KEHAMILAN

(Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Doktor
Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat
Minat Utama Promosi Kesehatan)

DISERTASI

oleh
ISTRI YULIANI
T641202001

Tim Penguji

Jabatan	Nama
Ketua	: Prof.Dr.M.Furqon Hidayatullah, MPd NIP: 196007271987021001
Sekretaris	: Dr.Sapja Anantanyu, SP, M.Si. NIP.19681227199403100
Anggota	: Dr.Budiyanti Wiboworini, dr., M.Kes, Sp.GK NIP: 196507151997022001 Prof. dr. Bhisma Murti, dr, MPH., MSc., Ph.D NIP: 195510211994121001 Prof. Dr.H Endang Sutisna Sulaeman, dr., M.Kes NIP: 195603201983121002 Prof. DR. KRMT Tedjo Danudjo Oepomo, dr., SpOG (K) NIP: 1946012020161001 Prof.Dr.Ismi Dwi Astuti Nurhaeni, M.Si NIP: 196108251986012001 Prof. Dra. RA. Yayi Suryo Prabandari, MSi., Ph.D. NIP: 196411151997022001

Tanda Tangan



**Telah dipertahankan didepan penguji
pada sidang ujian terbuka disertasi dan dinyatakan telah
memenuhi syarat pada tanggal 26 Maret 2019**

Mengetahui
Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta



Prof. Dr. H. Ravik Karsidi. M.S.
NIP. 195707071981031006

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Istri Yuliani
NIM : T641202001
Program : Pasca Sarjana (S3) UNS
Program Studi : Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan
Tempat dan Tanggal Lahir : Kulon Progo, 27 Juli 1959
Alamat Rumah : Jl.Kaliurang Km 10, Gentan, RT 02 RW 11, Sinduharjo, Ngaglik, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta
Telepon/HP : (0274) 886335/08122796697
Alamat e-mail : istriyuliani@yahoo.com/istriyuliani1@gmail.com
menyatakan dengan sesungguhnya bahwa disertasi berjudul “Model Pemberdayaan Kader Kesehatan Dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan” ini adalah asli (bukan jiplakan) betul-betul karya penulis sendiri serta belum pernah diajukan oleh penulis lain untuk memperoleh gelar akademik tertentu.

Semua temuan, pendapat, atau gagasan orang lain yang dikutip dalam disertasi ini penulis tempuh melalui tradisi akademik yang berlaku dan penulis cantumkan dalam sumber rujukan dan atau penulis tunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan penulis ini tidak benar, maka penulis bersedia menerima sanksi yang berlaku.

Surakarta, 2 Januari 2019

Yang membuat pernyataan,



Istri Yuliani

T64120200

commit to user

Istri Yuliani, T641202001, Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan. Disertasi. Program Studi Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta. Pembimbing: Prof. Dr. Bhisma Murti dr; M.P.H; M.Sc; PhD (Promotor), Prof. Dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes (Co Promotor I), Prof. Dr. KRMT Tedjo Danudjo Oepomo, dr; Sp OG (K) (Co Promotor II)

Ringkasan

Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia sebesar 289.000 jiwa, hal ini menggambarkan bahwa setiap hari 800 perempuan meninggal dunia, yang disebabkan oleh kehamilan dan proses persalinan. Menurut hasil survei demografi dan kependudukan Indonesia, besar AKI adalah 359/100.000 kelahiran hidup, sementara menurut hasil survei penduduk antar sensus tahun 2015 AKI sebesar 305/100.000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan angka tertinggi di Asia Tenggara. Salah satu faktor yang menyumbang angka kematian ibu adalah adanya kelompok kehamilan berisiko, maka dari itu perlu dilakukan deteksi dini adanya faktor risiko kehamilan secara proaktif pada semua ibu hamil, sejak awal kehamilan sampai melahirkan, baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh masyarakat. Masyarakat dalam hal ini meliputi: kader kesehatan, PKK, dukun bayi, suami ibu hamil atau ibu hamil sendiri. Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya untuk menurunkan AKI, melalui pemberdayaan masyarakat dan mengikutsertakan masyarakat, salah satunya adalah kader kesehatan. Kader kesehatan adalah orang-orang yang berasal dari masyarakat setempat yang secara sukarela berpartisipasi aktif dalam mengidentifikasi dan memecahkan berbagai masalah kesehatan yang terjadi di wilayah desanya. Salah satu peran kader kesehatan dalam program kesehatan ibu dan anak (KIA) adalah melakukan deteksi dini masalah kesehatan ibu menggunakan Buku KIA. Maka dari itu perlu dikaji berbagai faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan, agar dapat dirumuskan model pemberdayaan kader kesehatan yang baik dan cocok untuk mengoptimalkan perannya dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan AKI. Tujuan penelitian ini adalah terumuskannya model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya, karena memiliki orisionalitas pada: (1) tujuan penelitian, penelitian ini memadukan atau mengintegrasikan beberapa tujuan penelitian sebelumnya, (2) lingkup variabel, variabel dalam penelitian ini memiliki dua belas variabel terukur, (3) analisis data penelitian-penelitian sebelumnya sebagian besar tidak menggunakan *Path Analysis*.

Desain penelitian ini adalah survei analitik dengan metode kuantitatif didukung informasi kualitatif, jenis penelitian eksplanatif, menggunakan pendekatan waktu *cross-sectional*. Populasi yaitu kader kesehatan aktif di 72 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) di wilayah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Pakem yang berjumlah 582 orang dan kader aktif di 38 Posyandu di

commit to user

wilayah Puskesmas Depok II yang berjumlah 310 orang. Populasi seluruhnya sebanyak 892 kader.

Besar sampel sebanyak 269 kader aktif. Teknik sampling menggunakan *multistage cluster random sampling*. Variabel eksogen meliputi usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat. Variabel indogen meliputi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, dalam bentuk skala *Likert*. Sementara instrumen untuk memperoleh informasi kualitatif adalah peneliti sendiri dengan menggunakan panduan wawancara. Analisis data menggunakan *path analysis* melalui tahapan: (1) spesifikasi model, (2) identifikasi model, (3) kesesuaian model, (4) estimasi parameter dan (5) respisifikasi model.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik kader kesehatan mayoritas berpendidikan SMA (58,00%) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga (73,98%). Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa kader kesehatan paling banyak berusia 32 – 44 tahun (42,75%) memiliki sikap dalam kategori cukup baik (68,40%), sebagian besar memiliki pengalaman selama 1 – 11 tahun (67,29%), motivasi dalam kategori cukup tinggi (82,90%), kompensasi dalam kategori kurang baik (21,19) dan tidak baik (76,95%), beban kerja cukup ringan (60,60%), pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti kurang baik (44,61%), supervisi dalam kategori kurang baik (39,80%) dan tidak baik (50,20%). persepsi tentang keseriusan mayoritas dalam kategori cukup baik (56,90%) dan persepsi tentang manfaat sebagian besar dalam kategori cukup baik (59,50%). Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, lebih dari setengah jumlah kader kesehatan dalam kategori cukup baik (59,48%), sementara kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebagian besar masih dalam kategori kurang baik (47,60%) dan tidak baik (23,40%).

Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, dalam penelitian ini adalah kemampuan kader kesehatan dalam mengenali faktor risiko kehamilan, mendata ibu hamil, mencatat ibu hamil, melaporkan ibu hamil dan melakukan rujukan ibu hamil. Sementara kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, adalah kemampuan kader kesehatan dalam mewujudkan misi promosi kesehatan ditinjau dari aspek: (1) *advocating* (advokasi), yaitu upaya kader kesehatan untuk mempengaruhi kepala desa, Tim Penggerak PKK, tokoh masyarakat, pengusaha, LSM guna memperoleh dukungan dalam menjalankan tugas sebagai kader kesehatan, (2) *mediating* (menjembatani), yaitu upaya yang dilakukan kader kesehatan untuk menjalin kerjasama dengan beberapa sektor untuk mencapai tujuan upaya kesehatan, (3) *enabling* (memampukan), yaitu upaya yang dilakukan kader kesehatan untuk meningkatkan keterampilan – keterampilan masyarakat di bidang kesehatan agar mereka mampu menjaga dan meningkatkan status kesehatan mereka secara mandiri.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa semakin tinggi skor variabel independen (eksogen): usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor

risiko kehamilan. Semakin tinggi skor variabel independen (eksogen): usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Sementara hasil analisis jalur (*path analysis*) menunjukkan bahwa; terdapat pengaruh posisif langsung dan secara statistik signifikan, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan, persepsi manfaat terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Setiap peningkatan satu unit sikap akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.58 unit ($b = 0.58$, $SE = 0.11$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.38 unit ($b = 0.38$, $SE = 0.10$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.63 unit ($b = 0.63$, $SE = 0.14$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit kompensasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.68 unit ($b = 0.68$, $SE = 0.19$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit beban kerja akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.64 unit ($b = 0.64$, $SE = 0.23$, $p = 0.005$). Setiap peningkatan satu unit pendidikan dan pelatihan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.68 unit ($b = 0.68$, $SE = 0.13$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit supervisi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.99 unit ($b = 0.99$, $SE = 0.17$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit persepsi keseriusan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.73 unit ($b = 0.73$, $SE = 0.16$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit persepsi manfaat akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.84 unit ($b = 0.84$, $SE = 0.18$, $p = < 0.001$).

Lebih lanjut terdapat pengaruh posisif langsung dan secara statistik signifikan, sikap, pengalaman, motivasi, supervisi, kompensasi dan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Setiap peningkatan satu unit sikap akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.54 unit ($b = 0.54$, $SE = 0.12$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.18 unit ($b = 0.18$, $SE = 0.10$, $p = 0.079$). Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.36 unit ($b = 0.36$, $SE = 0.15$, $p = 0.014$). Setiap peningkatan satu unit kompensasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.64 unit ($b = 0.64$, $SE = 0.20$, $p = 0.001$). Setiap peningkatan satu unit supervisi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.49 unit ($b = 0.49$, $SE = 0.18$, $p = 0.008$). Setiap peningkatan satu unit kemampuan kader

kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.29 unit ($b = 0.29$, $SE = 0.05$, $p = < 0.001$).

Sementara secara tidak langsung terdapat pengaruh positif dan signifikan usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan maupun kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui pengalaman dan supervisi. Motivasi dan pengalaman melalui kompensasi. Setiap peningkatan satu unit usia akan meningkatkan pengalaman kader kesehatan sebesar 0.47 unit ($b = 0.47$, $SE = 0.04$, $p = < 0.001$). Setiap peningkatan satu unit usia akan meningkatkan supervisi sebesar 0.06 unit ($b = 0.06$, $SE = 0.28$, $p = 0.030$). Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kompensasi sebesar 0.09 unit ($b = 0.09$, $SE = 0.04$, $p = 0.047$). Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kompensasi sebesar 0.13 unit ($b = 0.13$, $SE = 0.03$, $p = < 0.0001$).

Hasil analisis jalur juga menunjukkan adanya *goodness of fit measuree* (pengukuran kecocokan model) bahwa didapatkan *fit index* (indeks kecocokan) CMIN sebesar 1,49 dengan nilai $p = 0.52 > 0.05$, GFI = $0.98 \geq 0.90$, AGFI = $0.93 \geq 0.90$, NFI = $0.93 \geq 0.90$, CFI = $0.97 \geq 0.95$, RMSEA = $0.04 \leq 0.08$. Hasil pengukuran ini dapat diartikan model empirik tersebut memenuhi kriteria yang ditentukan dan dinyatakan sesuai dengan data empirik.

Berdasarkan data diatas diperoleh empat masalah utama yaitu kompensasi, pendidikan dan pelatihan, supervisi serta kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan yang masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik. Maka dari itu rumusan model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang baik dapat dirumuskan dengan mempertahankan dan meningkatkan variabel yang sudah dalam kategori cukup baik dan baik dan memperbaiki variabel yang masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik.

Pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan sangat penting, akan tetapi kader kesehatan menjadi kurang berdaya bila kurang mendapatkan dukungan dari semua pihak, maka dari itu dukungan yang kuat dari pemerintah, swasta dan masyarakat serta *stakeholder* yang terdiri dari lintas sektor bidang kesehatan, kepala desa, badan permusyawaratan desa (BPD), tim penggerak pemberdayaan kesejahteraan keluarga (TP PKK), lembaga sosial/swadaya masyarakat, forum kesehatan desa (FKD), sangat diperlukan dalam pemberdayaan kader kesehatan. Dukungan dapat berupa berbagai sumber daya baik moril, materil, maupun finansial.

Nilai-nilai kebaruan dari hasil penelitian ini yaitu: (1) secara teoritis, teori PRECEDE-PROCEED, *Theory of Planed Behavior* dan *Health Belif Model* secara bersama-sama dapat digunakan untuk merumuskan perencanaan promosi kesehatan yang dilandasi dengan sikap individu dalam berperilaku, sebagai upaya untuk mengatasi adanya ancaman status kesehatan; (2) secara praktis, hasil yang diperoleh dapat digunakan sebagai bahan masukan kepada para penentu kebijakan, untuk merancang upaya peningkatan kemampuan kader kesehatan, dan upaya untuk menurunkan angka kematian ibu; (3) secara metodologis, metode penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan, dari berbagai aspek, utamanya dari

metode analisis data (*Path Analysis*). Hasil penelitian ini memunculkan perspektif baru untuk mengembangkan wawasan, dengan melakukan penelitian lanjutan, salah satunya melakukan uji coba model penelitian yang dihasilkan oleh penelitian ini; (4) pada bidang promosi kesehatan, terumuskannya model pemberdayaan kader kesehatan ini, dapat memunculkan: (a) solusi baru, hasil penelitian ini memberikan solusi bahwa untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan perlu memperbaiki pendidikan dan pelatihan, supervisi dan kompensasi untuk kader kesehatan, (b) strategi baru, rumusan model pemberdayaan ini dapat digunakan untuk meningkatkan sinergitas semua potensi bangsa, baik kader kesehatan, swasta, maupun pemerintah, sehingga lebih berhasilguna dan berdayaguna dan terwujud tingkat kesehatan ibu yang setinggi-tingginya.



Istri Yuliani, T641202001, Health Cadres Empowerment Model in Early Detection and Management of Pregnancy Risk Factors. Dissertation. Doctoral Program of Community Development/Empowerment, Main Interest Health Promotion of Sebelas Maret University Surakarta. Supervisor: Prof. Dr. Bhisma Murti dr; M.P.H; M.Sc; PhD (Promotor), Prof. Dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes (Co Promotor I), Prof. Dr. KRMT Tedjo Danudjo Oepomo, dr; Sp OG (K) (Co Promotor II)

Summary

The Maternal Mortality Ratio (MMR) in the world is at 289,000, this illustrates that every day as much as 800 women die, caused by pregnancy and childbirth. According to the results of the demographic and population survey in Indonesia, the MMR is at 359/100,000 of live births, while according to the results of the 2015 inter-census population survey the MMR is at 305/100,000 of live births. This number is the highest in Southeast Asia. One of the factors causing maternal death is the presence of a high-risk pregnancy group; therefore it is necessary to proactively screen/detect pregnancy risk factors in all pregnant women, since the beginning of pregnancy, both by health workers and by the community. The community here in this case includes health cadres, group of women on family welfare (PKK Driving Team), birth-helper, husbands of pregnant women or the pregnant women themselves. The Indonesian government has carried out various efforts to reduce MMR by incorporating elements of community empowerment and involving community participation, one of which is the role of health cadres. Health cadres are people who come from local communities who voluntarily and actively participate in solving various health problems that occur in their villages. One of the roles of health cadres in the maternal and child health (MCH) program is early detection of maternal health problems using the MCH Handbook. Therefore it is necessary to study various factors that influence the ability of health cadres, so that a good and suitable health cadres' empowerment model can be formulated to optimize its role in efforts to improve maternal health and reduce MMR. The purpose of this study is to formulate a model for empowering health cadres in early detection and management of risk factors for pregnancy. This research is different from previous studies, because it has originality on: (1) the purpose of the study, this study combines or integrates several objectives of previous research, (2) the scope of variables; the variables in this study have twelve measured variables (3) data analysis in most previous studies did not use path analysis.

The design of this study is an analytical survey with quantitative methods supported by qualitative information, the type of the research is explanatory research, using a cross-sectional time approach. The population is active health cadres in 72 integrated service posts in the area of Community Health Centre, Pakem, amounting to 582 people and active cadres in 38 integrated service posts in the area of Depok II Community Health Center of 310 people. The total population is 892 cadres.

commit to user

The sample size was calculated using a formula from Lemeshow (1990), obtained samples of 269 active cadres. The sampling technique uses multistage cluster random sampling. Exogenous variables include age, attitude, experience, motivation, compensation, workload, education and training, supervision, perception of seriousness and perceived benefits. Endogenous variables include the ability of health cadres in early detection of risk factors for pregnancy and the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors.

The research instrument uses questionnaire, in the form of Likert scale. While the instrument for obtaining qualitative data is the researchers themselves using interview guides. Data analysis using path analysis through stages: (1) model specifications, (2) model identification, (3) model suitability, (4) parameter estimation and (5) model re-specification.

The research shows that the majority of health cadres are high school graduates (58.0%) and are housewives (73.98%). Univariate analysis shows that most cadres are 32-44 years old (42.75%) and have pretty good attitude (68.40%), most of them have 1-11 years experience, high enough motivation (82.90%), less good compensation (21.19%), and bad (76.95%). Most of them have quite light workload (60.60%). They do not have good education and training (44.61%). They have less good supervision (39.80%), not good supervision (50.20%). On perception of seriousness most of them are in good enough category (56.90%), and on perception of benefits most of them are in quite good category (59.50%). More than half health cadres' ability in early detection of pregnancy risk factors are in good enough category (59.48%). Meanwhile the ability of most cadres in pregnancy risk factor management is in not good category (47.60%), and bad (23.40%).

The ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors, in this study is the ability of health cadres to recognize risk factors for pregnancy, register the pregnant women, record the pregnant women, report the pregnant women and make reference to pregnant women. While the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors is the ability of health cadres to carry out health promotion missions in terms of aspects: (1) advocating, namely the efforts of health cadres to influence village heads, PKK Driving Team, community leaders, entrepreneurs, NGOs in order to obtain support in carrying out their duties as health cadres, (2) mediating, which is the efforts made by health cadres to establish cooperation with several sectors to achieve the goal of health efforts, (3) enabling, which is the efforts made by health cadres to improve community skills in the health sector so that they are able to maintain and improve their health status independently.

The result of bivariate analysis show that the higher the score of independent (exogenous) variables: age, attitude, experience, motivation, compensation, workload, education and training, supervision, seriousness perception, and benefit perception the higher the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors will be. The higher the score of independent (exogenous) variables: age, experience, attitude, motivation, compensation, supervision, the cadres' ability in early detection of pregnancy risk factors, the higher the cadres' ability in pregnancy risk factors management will be.

While the results of path analysis indicates that; there is a direct and statistically significant positive effect, attitude, experience, motivation, compensation, workload, education and training, supervision, perceptions of seriousness, perceived benefits towards the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors. Each increase in one attitude unit will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.58 units ($b = 0.58$, $SE = 0.11$, $p = <0.001$). Each increase in one unit of experience will improve the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.38 units ($b = 0.38$, $SE = 0.10$, $p = <0.001$). Each increase in one motivation unit will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.63 units ($b = 0.63$, $SE = 0.14$, $p = <0.001$). Each increase in one compensation unit will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors of 0.68 units ($b = 0.68$, $SE = 0.19$, $p = <0.001$). Each increase in one unit of workload will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.64 units ($b = 0.64$, $SE = 0.23$, $p = 0.005$). Each increase in one unit of education and training will improve the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors of 0.68 units ($b = 0.68$, $SE = 0.13$, $p = <0.001$). Every increase in one supervision unit will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.99 units ($b = 0.99$, $SE = 0.17$, $p = <0.001$). Each increase in one unit of perception of seriousness will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors of 0.73 units ($b = 0.73$, $SE = 0.16$, $p = <0.001$). Each increase in one unit of perceived benefit will increase the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors by 0.84 units ($b = 0.84$, $SE = 0.18$, $p = <0.001$).

Furthermore there is a direct and statistically significant positive effect, attitude, experience, motivation, supervision, compensation and ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors to the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors. Each increase in one attitude unit will improve the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.54 units ($b = 0.54$, $SE = 0.12$, $p = <0.001$). Each increase in one unit of experience will increase the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.18 units ($b = 0.18$, $SE = 0.10$, $p = 0.079$). Each increase in one motivation unit will increase the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.36 units ($b = 0.36$, $SE = 0.15$, $p = 0.014$). Each increase in one compensation unit will increase the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.64 units ($b = 0.64$, $SE = 0.20$, $p = 0.001$). Each increase in one supervision unit will improve the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.49 units ($b = 0.49$, $SE = 0.18$, $p = 0.008$). Every increase in one unit of health cadres' ability in early detection of pregnancy risk factors will increase the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors by 0.29 units ($b = 0.29$, $SE = 0.05$, $p = <0.001$).

Meanwhile indirectly there is a positive and significant influence of age on the ability of health cadres in early detection of pregnancy risk factors and the ability of health cadres in managing pregnancy risk factors through experience and supervision. Motivation and experience through compensation. Each increase

in one age unit will increase the experience of health cadres by 0.47 units ($b = 0.47$, $SE = 0.04$, $p = <0.001$). Each increase in one age unit will increase supervision by 0.06 units ($b = 0.06$, $SE = 0.28$, $p = 0.030$). Each increase in one motivation unit will increase compensation by 0.09 units ($b = 0.09$, $SE = 0.04$, $p = 0.047$). Each increase in one experience unit will increase compensation by 0.13 units ($b = 0.13$, $SE = 0.03$, $p = <0.0001$).

The path analysis results also showed a goodness of fit measure that the CMIN fit index was 1.49 with a value of $p = 0.52 > 0.05$, $GFI = 0.98 \geq 0.90$, $AGFI = 0.93 \geq 0.90$, $NFI = 0.93 \geq 0.90$, $CFI = 0.97 \geq 0.95$, $RMSEA = 0.04 \leq 0.08$. The results of this measurement can be interpreted as an empirical model that meets the criteria specified and stated in accordance with empirical data.

Based on the above data, four main problems were obtained, namely compensation, education and training, supervision and the ability of health cadres in the early detection of risk factors for pregnancy that were still in the unfavorable and bad category. Therefore, the model of empowerment of health cadres in early detection and management of good pregnancy risk factors can be formulated by maintaining and increasing variables that are already in a fairly good and good category and correcting variables that are still in the unfavorable and bad categories.

Empowerment of health cadres in early detection and management of pregnancy risk factors is very important, but health cadres become powerless if they lack the support of all parties, therefore strong support from the government, the private sector and the community as well as stakeholders consisting of cross-sector health, village heads, village consultative bodies (BPD), family welfare empowerment team (TP PKK), social/self-help institutions, village health forums (FKD), are very much needed in empowering health cadres. Support can be in the form of various resources, namely moral, material and financial.

The novelty values of the results of this study are: (1) theoretically, the theory of PRECEDE-PROCEED, the Theory of Planed Behavior and Health Belief Model together can be used to formulate a health promotion plan based on individual attitudes in behavior, in an effort to overcome the threat of health status; (2) practically, the results obtained from this research can be used as input for policy makers, to design efforts to improve the capacity of health cadres, and efforts to reduce maternal mortality; (3) methodologically, this research can be accounted for, from various aspects, mainly from the data analysis method (Path Analysis). The results of this study gave rise to new perspectives for developing insights, by carrying out further research, one of which was to test the research model produced by this study; (4) in the field of health promotion, the formulation of the model of empowerment of health cadres can bring up: (a) new solutions, the results of this study provide solutions that increase the ability of health cadres to improve education and training, supervision and compensation for health cadres, and (b) a new strategy, the formulation of this empowerment model can be used to improve the synergy of all national potentials, both health cadres, the private sector, and the government, so that they are more useful and effective and materialize the highest level of maternal health.

commit to user

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah Nya, sehingga penulis bisa menyelesaikan disertasi dengan judul "Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan". Disertasi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Doktor dari Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tiada terhingga kepada :

1. Prof. Dr. Ravik Karsidi, MS selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan.
2. Prof. Drs. Sutarno, M.Sc., Ph.D, selaku pembantu rektor 1 Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan dukungan, saran serta masukan untuk perbaikan disertasi ini.
3. Dr. Budiyantri Wiboworini, dr.,M.Kes, Sp.GK, sebagai anggota tim penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan saran serta masukan untuk perbaikan disertasi ini.
4. Prof. Dr. M. Furqon Hidayatullah. M.Pd selaku direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta dan selaku ketua dewan penguji pada ujian tertutup dan ujian terbuka, serta telah memberikan saran, masukan untuk perbaikan disertasi ini.
5. Prof. Dr. Agr. Sc. Ir Vita Ratri Cahyani, MP selaku wakil direktur 1 Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta dan ketua tim penguji pada ujian kelayakan disertasi yang telah memberikan saran serta masukan untuk perbaikan disertasi ini.
6. Dr. Sapja Anantanyu, SP., M.Si selaku Kepala Program Studi S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Universitas Sebelas Maret

Surakarta yang selalu memberi pengarahan dan memotivasi demi terselesaikannya penelitian ini.

7. Prof. Dr. AA. Subiyanto, dr., MS, selaku anggota tim penguji, yang telah meluangkan waktu untuk menguji, memberikan saran serta masukan untuk perbaikan sejak penyusunan proposal hingga penyusunan laporan penelitian ini.
8. Prof. Dra. RA. Yai Suryo Prabandari, M.Si., Ph.D selaku penilai 2 yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan saran serta masukan untuk perbaikan laporan penelitian ini.
9. Prof. Dr. Ismi Dwi Astuti Nurhaeni, M.Si selaku penilai 1 yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan saran serta masukan untuk perbaikan sejak penyusunan proposal hingga penyusunan laporan penelitian ini selesai.
10. Prof. dr. Bhisma Murti, MPH., MSc., PhD, selaku anggota Tim Penguji dan Promotor yang dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan, saran dan berbagai solusi pada penulis, sejak penyusunan proposal, penyusunan laporan, hingga publikasi hasil penelitian ini.
11. Prof. Dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, dr, M.Kes selaku Anggota Tim penguji, selaku Co Promotor I yang dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan dan saran pada penulis demi terselesaikannya penelitian ini.
12. Prof. DR. KRMT Tedjo Danudjo Oepomo, dr., SpOG (K) selaku anggota Tim Penguji dan Co Promotor II yang telah memberikan masukan-masukan demi terselesaikannya penelitian ini
13. Prof. Dr. dr. Santoso, MS, Sp.Ok selaku Rektor Universitas Respati Yogyakarta tempat penulis bekerja yang telah berkenan mengijinkan penulis untuk mengikuti studi lanjut pada Program Studi S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
14. Prof. Dr. Widodo Suparno, selaku CEO BUPP Respati Yogyakarta yang telah memfasilitasi, memberikan bantuan moril maupun materiil.

commit to user

15. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman yang telah memberikan ijin pada penulis untuk memperoleh data tentang Kesehatan Ibu (PWS KIA), data profil kesehatan, dan data lain yang penulis perlukan.
16. Kepala Puskesmas Depok II Kabupaten Sleman beserta staf yang telah berkenan memberikan berbagai informasi yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan kader kesehatan di wilayah kerjanya.
17. Kepala Puskesmas Pakem Kabupaten Sleman beserta staf yang telah berkenan memberikan berbagai informasi yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan kader kesehatan di wilayah kerjanya.
18. Kepala Desa Condong Catur beserta jajarannya yang telah memberikan berbagai dukungan saat penulis mengumpulkan data.
19. Kepala Desa se Kecamatan Pakem beserta jajarannya yang telah memberikan berbagai dukungan saat penulis mengumpulkan data.
20. Ketua Tim Penggerak PKK Desa Condong Catur yang telah membantu penulis dalam proses identifikasi kader di wilayahnya.
21. Ketua Tim penggerak PKK Desa se Kecamatan Pakem yang telah membantu penulis dalam proses identifikasi kader di wilayahnya.
22. Segenap kader kesehatan di wilayah Puskesmas Pakem dan wilayah Puskesmas Depok II Kabupaten Sleman yang telah berkenan menjadi responden penelitian
23. Desi Sanggar Pertiwi selaku pengelola sekretariat Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta yang selalu membantu segala urusan administrasi yang diperlukan.
24. Teman-teman mahasiswa Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat yang selalu memberi semangat dalam menyelesaikan penelitian ini.
25. Suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materiil.
26. Semua pihak yang mendukung terselesaikannya penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penelitian ini dimungkinkan terdapat kesalahan atau kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik ataupun koreksi dan saran yang sifatnya membangun agar penelitian selanjutnya menjadi lebih baik. Semoga Allah SWT menambah berkah dan rahmatNya kepada kita semua. Aamiin!

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Surakarta, 2 Januari 2019

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
PENGESAHAN KOMISI PEMBIMBING DISERTASI.....	i
PERNYATAAN.....	ii
RINGKASAN	iii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	xii
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR PUBLIKASI TERKAIT DISERTASI	xxiii
DAFTAR TABEL.....	xxiv
DAFTAR GAMBAR.....	xxvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xxix
BAB I: PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Tujuan.....	11
1. Tujuan Umum.....	11
2. Tujuan Khusus.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	12
1. Manfaat Teoritis	12
2. Manfaat Metodologis	12
3. Manfaat Praktis.....	12
E. Penelitian Terdahulu dan Relevan	14
BAB II: KAJIAN PUSTAKA	32
A. Tinjauan Pustaka	32
1. Teori Induk (<i>Grand Theory</i>):Teori Perubahan Sosial	32
a. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan	32
1) Pengertian Promosi Kesehatan	32
2) Pengertian Pemberdayaan.....	33
3) Tujuan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan.....	36

4) Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	36
5) Visi, Misi, Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan	37
6) Sasaran Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan.....	39
7) Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan.....	40
8) Metode Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan	41
9) Prinsip Pemberdayaan Masyarakat	41
10) Tahapan Pemberdayaan Masyarakat	44
11) Faktot-faktor yang Memengaruhi Pemberdayaan Masyarakat	45
12) Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	46
13) Unsur-unsur Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan .	46
b. Kader Kesehatan	47
1) Pengertian Kader Kesehatan	47
2) Persyaratan Kader Kesehatan	47
3) Peran Kader Kesehatan.....	48
4) Peran Kader Kesehatan dalam “Siap Antar Jaga”	49
5) Peran Kader Kesehatan dalam Pengembangan Desa Siaga	49
6) Permasalahan dalam Pemberdayaan Kader Kesehatan	51
2. Teori Menengah (<i>Middle Theory</i>)	53
a. Deteksi Dini dan Faktor Risiko Kehamilan.....	53
1) Deteksi Dini.....	53
2) Faktor Risiko Kehamilan.....	54
b. Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	58
1) Pengelolaan.....	58
2) Upaya Pencegahan.....	59
3) Pencegahan Kehamilan dengan Faktor Risiko	60
4) Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	61
3. Teori Dasar (<i>Low Theory</i>)	78
a. Model Promosi Kesehatan.....	78
1) Pengertian Model.....	80

2) Model Perilaku Kesehatan	81
a) <i>Health Belief Model</i> (Model Keyakinan Kesehatan).....	81
b) <i>Theory of Planned Behavior</i> (Teori Perilaku Terencana)	84
c) <i>Precede-Proceed Model</i>	87
B. Kerangka Berpikir	93
C. Hipotesis.....	95
BAB III: METODE PENELITIAN	98
A. Rancangan Penelitian.....	98
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	98
1. Lokasi	98
2. Waktu Pengumpulan Data.....	98
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	99
1. Populasi.....	99
2. Sampel.....	99
a. Besar Sampel	99
b. Teknik <i>Sampling</i>	100
c. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	103
D. Variabel Penelitian	104
1. Variabel yang Memengaruhi Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	104
2. Variabel yang Memengaruhi Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	104
E. Definisi Operasional Variabel	104
F. Jenis dan Sumber Data.....	108
1. Data Primer	108
2. Data Sekunder	109
G. Metode Pengumpulan Data	109
H. Instrumen Pengumpulan Data	110
I. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	111
1. Uji Validitas Instrumen	111
2. Uji Reliabilitas.....	117

commit to user

J. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	119
1. Hasil Uji Validitas.....	120
2. Hasil Uji Reliabilitas.....	121
K. Pengolahan Data.....	121
L. Analisis Data.....	122
1. Spesifikasi Model.....	122
2. Identifikasi Model.....	123
3. Kesesuaian Model.....	123
4. Estimasi Parameter.....	123
5. Respesifikasi Model.....	124
M. Analisis Kualitatif.....	124
N. <i>Path Analysis Model</i>	125
O. Langkah Penelitian.....	125
P. Etika Penelitian.....	126
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	129
A. Hasil Penelitian.....	129
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	129
a. Gambaran Umum Kabupaten Sleman.....	129
1) Letak Wilayah.....	129
2) Luas Wilayah.....	129
3) Peta Kabupaten Sleman.....	129
4) Jumlah Penduduk.....	130
5) Profil Kesehatan Kabupaten Sleman.....	130
6) Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sleman.....	131
b. Profil Wilayah Puskesmas Pakem.....	137
c. Profil Wilayah Puskesmas Depok II.....	143
d. Karakteristik Subjek Penelitian.....	147
2. Hasil Analisis.....	148
a. Analisis Univariat.....	148
b. Analisis Bivariat.....	150

c. Hasil Analisis Jalur (<i>Path Analysis</i>)	153
d. Informasi Kualitatif dari Informan	161
B. Pembahasan	168
1. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	170
a. Sikap terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan melalui Pengalaman	172
b. Pengalaman terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan melalui Supervisi.....	173
c. Motivasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan melalui Kompensasi	174
d. Kompensasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan melalui Kompensasi	175
e. Beban Kerja terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan.....	177
f. Pendidikan dan Pelatihan terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	178
g. Supervisi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan.....	180
h. Persepsi tentang Keseriusan terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	181
i. Persepsi tentang Manfaat terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan	183
j. Usia terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Melalui Pengalaman	184
k. Usia terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Melalui Supervisi	185
l. Motivasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Melalui Kompensasi	186
m. Pengalaman terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Melalui Kompensasi.....	186

2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	187
a. Sikap terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	188
b. Pengalaman terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	190
c. Motivasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	191
d. Kompensasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	193
e. Supervisi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	194
f. Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	195
g. Usia terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan Melalui Pengalaman	197
h. Usia terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan Melalui Supervisi	197
i. Motivasi terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan Melalui Kompensasi	198
j. Pengalaman terhadap Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan Melalui Kompensasi	199
3. Konsep Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	199
C. Keterbatasan Penelitian	209
BAB V. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN	210
A. Kesimpulan	210
B. Implikasi.....	212
1. Implikasi Teoritis.....	212

2. Implikasi Praktis	213
3. Implikasi Metodologis	214
C. Saran	215
DAFTAR PUSTAKA	218
LAMPIRAN	234



DAFTAR PUBLIKASI DISERTASI

No	Nama Temu Ilmiah	Judul Artikel Ilmiah	Tempat dan waktu	Keterangan
1	International Conference of Public Health (ICPH)	Cadre Empowerment Model For Early Detection And Intervention Of Pregnancy Risk Factor in Sleman District Yogyakarta	Surakarta: 6-7 September 2017	www.neliti.com (terbit on line)
2	Mid International Conference of Public Health (Mid ICPH)	Factors Associated With Health Cadre Ability to Promote Health of Women in Sleman Regency Yogyakarta	Surakarta, 18 – 19 April 2018	www.neliti.com (terbit on line)
3	Internastional Conference on Health Science and Technology (ICHST)	The relationship between motivation, supervision, education and training with the ability of health cadres in promoting the health of pregnant women in Sleman Regency, Yogyakarta, Indonesia	Yogyakarta, 10- 11 Oktober 2018	Artikel masih dalam proses seleksi pada jurnal terindeks scopus
4	Journal of Health Policy and Management	Path Analysis of Health Cadres Ability Determinant in Early Detection and Management of Pregnancy Risk Factors in Sleman Regency of Yogyakarta.	2019, 4(1): 47-58	
5	International Journal of Sciences: Basic and Applied Research.	Optimization of Health Cadres Role in the Pregnant Women Health Promotion in Yogyakarta	2019, 44(1): 199-208	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu dan Relevan	15
Tabel 3.1 Jumlah Sampel berdasarkan Wilayah Puskesmas.....	100
Tabel 3.2 Jumlah Posyandu berdasarkan Strata Posyandu	101
Tabel 3.3 Hasil Perhitungan Jumlah Posyandu Sampel.....	102
Tabel 3.4 Sampel Posyandu berdasarkan Strata	102
Tabel 3.5 Jumlah Sampel Kader Kesehatan berdasarkan Strata Posyandu.....	103
Tabel 3.6 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Sikap.....	112
Tabel 3.7 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Motivasi.....	112
Tabel 3.8 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Kompensasi.....	113
Tabel 3.9 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Beban Kerja Kader Kesehatan	113
Tabel 3.10 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Pendidikan dan Pelatihan Kader Kesehatan	114
Tabel 3.11 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Supervisi Kader Kesehatan.....	114
Tabel 3.12 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan...	115
Tabel 3.13 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Persepsi tentang Keseriusan terhadap Faktor Risiko Kehamilan	115
Tabel 3.14 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Persepsi tentang Manfaat terhadap Faktor Risiko Kehamilan	116
Tabel 3.15 Kisi-kisi Instrumen untuk Mengukur Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan ...	116
Tabel 3.16 Hasil Uji Validitas Instrumen Penelitian	120
Tabel 3.17 Hasil Uji Realibilitas Instrumen Penelitian.....	121
Tabel 4.1 Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Kabupaten	

	Sleman tahun 2017.....	133
Tabel 4.2	Cakupan Pelayanan Ibu Hamil, Bersalin, Neonatus dan Bayi di Kabupaten Sleman tahun 2017	134
Tabel 4.3	Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Sleman	135
Tabel 4.4	Jumlah Kader Kesehatan di Kabupaten Sleman Periode Tahun 2012 sampai dengan 2015.....	136
Tabel 4.5	Hasil Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Periode 2012-2015	136
Tabel 4.6	Jumlah Penduduk di Wilayah Puskesmas Pakem Tahun 2015.....	137
Tabel 4.7	Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Puskesmas Pakem Tahun 2017	138
Tabel 4.8	Hasil Kegiatan KIA di Puskesmas Pakem Tahun 2015.....	139
Tabel 4.9	Jumlah Kader Kesehatan di Wilayah Puskesmas Pakem Periode Tahun 2012 sampai dengan 2015	140
Tabel 4.10	Jumlah Kader Kesehatan per Desa di Wilayah Puskesmas Pakem Tahun 2016	140
Tabel 4.11	Hasil Penilaian Kemandirian Posyandu di Puskesmas Pakem Tahun 2015.....	141
Tabel 4.12	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan Peran Serta Masyarakat (PSM) di wilayah Puskesmas Pakem.....	143
Tabel 4.13	Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Puskesmas Depok II Tahun 2017	144
Tabel 4.14	Cakupan Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Depok II Tahun 2017	145

commit to user

Tabel 4.15	Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di Wilayah Puskesmas Depok II Periode tahun 2012 - 2015	145
Tabel 4.16	Jumlah Kader Kesehatan di Puskesmas Depok II Periode tahun 2012 sampai dengan 2015.....	146
Tabel 4.17	Karakteristik Subjek Penelitian.....	147
Tabel 4.18	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Variabel Penelitian.....	148
Tabel 4.19	Distribusi Frekuensi Variabel Kemampuan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan.....	150
Tabel 4.20	Analisis Bivariat Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemampuan Kader dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	151
Tabel 4.21	Analisis Bivariat Faktor-faktor yang Memengaruhi Kemampuan Kader kesehatan dalam Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan.....	152
Tabel 4.22	Analisis Bivariat Pengaruh Usia terhadap Pengalaman dan Supervisi.....	152
Tabel 4.23	Analisis Bivariat Pengaruh Motivasi dan Pengalaman terhadap Kompensasi	153
Tabel 4.24	Hasil Analisis Jalur	157

DAFTAR GAMBAR

commit to user

Halaman

Gambar 2.1	Struktur Jejaring Forum Kesehatan Desa dan Kader Kesehatan	51
Gambar 2.2	Faktor-faktor yang Memengaruhi Persepsi	78
Gambar 2.3	Kerangka Konsep <i>Health Belief Model</i>	84
Gambar 2.4	<i>Theory of Planned Behavior</i>	85
Gambar 2.5	Model <i>PRECEDE-PROCEED</i>	88
Gambar 2.6	Kerangka Berpikir	95
Gambar 3.1	Model <i>Path Analysis</i>	125
Gambar 4.1	Peta Kabupaten Sleman.....	129
Gambar 4.2	Model Struktural	154
Gambar 4.3	Model Struktural dengan <i>Unstandardized Solution</i>	156
Gambar 4.4	Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan	200
Gambar 4.5	Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini dan Pengelolaan Faktor Risiko Kehamilan yang direkomendasikan	202

DAFTAR LAMPIRAN

commit to user

	Halaman
Lampiran 1 Biodata Penulis	235
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	239
Lampiran 3 Surat Keterangan Kelaikan Etik	240
Lampiran 4 Instrumen Penelitian	241
Lampiran 5 Hasil Analisis Data	261
Lampiran 6 Bukti Publikasi	268



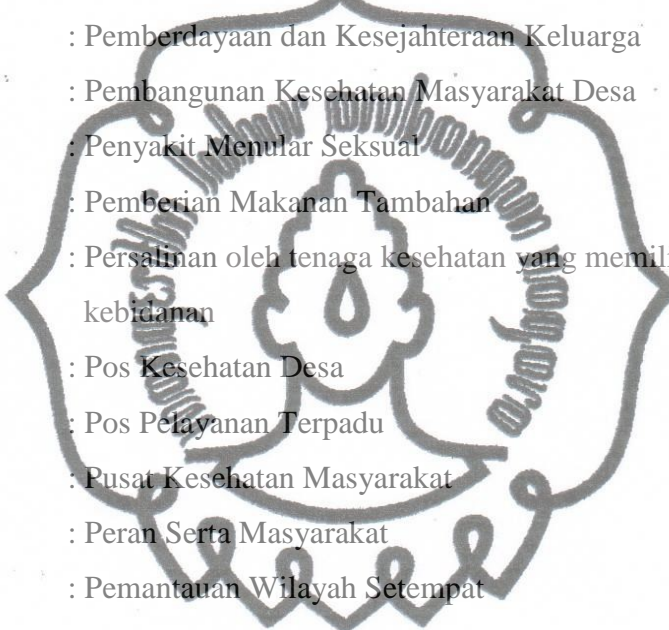
DAFTAR SINGKATAN

commit to user

Singkatan	Kepanjangan
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
AMOS	: <i>Analysis of Moment Structure</i>
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
AGDO	: Ada Gawat Darurat Obstetri
AGO	: Ada Gawat Obstetri
APGO	: Ada Potensi Gawat Obstetri
ASI	: Air Susu Ibu
Bappenas	: Badan Perencana Pembangunan Nasional
BKB	: Bina Keluarga Balita
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPD	: Badan Permusyawaratan Desa
BPPM	: Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat
BPS	: Badan Pusat Statistik
CHW	: <i>Community Health Worker</i>
CFI	: <i>Comparatif Fit Index</i>
Depdikbud	: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan
Depkes	: Departemen Kesehatan
df	: <i>degree of freedom</i>
DIY	: Daerah Istimewa Yogyakarta
Dinkes	: Dinas Kesehatan
FKD	: Forum Kesehatan Desa
FR	: Faktor Risiko
GFI	: <i>Goodness of Fit Index</i>
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HIV/AIDS	: <i>Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome.</i>



IBM	: <i>International Business Machines Corporation</i>
ICD	: <i>International Statistical Classification of Diseases</i>
IMCI	: <i>Improve HealthWorker Adherence to Integrated Management of Childhood Illness</i>
Jampersal	: Jaminan Persalinan
5K	: Kematian, Kesakitan, Kecacatan, Ketidaknyamanan, atau Ketidakpuasan
K1	: Kunjungan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan
K4	: Kunjungan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3
KB	: Keluarga Berencana
KEPK	: Komisi Etik Penelitian Kesehatan
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KF3	: Kunjungan ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam – 3 hari, 8 – 14 hari dan 36 – 42 hari setelah bersalin.
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kepmenkes	: keputusan Menteri Kesehatan
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KNEPK	: Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan
KP Ibu	: Kelompok Pendukung Ibu
KSPR	: Kartu Skor Puji Rochjati
LKMD	: Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa
LPMD	: Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat



MDGs	: <i>Millennium Development Goals</i>
NFI	: <i>Normal Fit Index</i>
PAUD	: Pendidikan anak Usia Dini
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PDRB	: Produk Domestik Regional Bruto
Permendagri	: Peraturan Menteri Dalam Negeri
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKK	: Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
Pn	: Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PSM	: Peran Serta Masyarakat
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RMSEA	: <i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RI	: Republik Indonesia
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
SD	: Sekolah Dasar
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDIDTK	: Sistem Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Sisdiknas	: Sistem Pendidikan Nasional
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMD	: Survei Mawas Diri
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus

TPB	: <i>Theory of Planned Behavior</i>
TT	: Tetanus Toksoid
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKGMD	: Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat Desa
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
UU	: Undang-Undang
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subur

