

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan menggunakan metode kuantitatif, karena data yang akan dikumpulkan berupa data kuantitatif atau jenis data lain yang dapat dikuantitatifkan dan diolah dengan menggunakan teknik statistik (Yusuf, 2014). Jenis penelitian merupakan penelitian eksplanatif yang hasil akhirnya adalah memberikan gambaran mengenai hubungan sebab akibat (Prasetya dan Jannah, 2012). Adapun dimensi waktu yang digunakan merupakan penelitian *cross-sectional*. Dilengkapi dengan penggalian data dan informasi yang mendalam pada saat kegiatan di lapangan dan diskusi dengan pemangku kepentingan dalam hal ini pihak Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Poskesdes, PKK, kader kesehatan, tokoh masyarakat dengan pendekatan kualitatif (Brannen, 2005).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di sebagian wilayah Kabupaten Sleman, yaitu di wilayah Puskesmas Pakem dan Puskesmas Depok II dengan pertimbangan cakupan deteksi dini faktor risiko ibu hamil oleh masyarakat di Puskesmas Pakem selama tiga tahun berturut-turut sangat tinggi (2013: 226,6% dan 2014: 176,23%) dan lokasi merupakan daerah pedesaan, sedangkan di Puskesmas Depok II memiliki cakupan terendah pada tahun 2014 (63,68%) dengan lokasi merupakan daerah dekat perkotaan. Persentase tersebut melebihi 100% karena dalam perhitungannya, yang digunakan sebagai pembanding adalah angka toleransi kejadian faktor risiko dan komplikasi kehamilan yaitu 20% dari jumlah total ibu hamil.

2. Waktu pengumpulan data

Pengumpulan data dimulai dari tanggal 7 Februari sampai dengan tanggal 6 Mei 2016.

commit to user

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah aktif di 25 Puskesmas Kabupaten Sleman yaitu kader kesehatan aktif di 72 Posyandu di wilayah Puskesmas Pakem yang berjumlah 582 orang dan kader kesehatan aktif di 38 Posyandu di wilayah Puskesmas Depok II yang berjumlah 310 orang. Populasi seluruhnya sebanyak 892 kader kesehatan.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian kader kesehatan aktif di wilayah Puskesmas Pakem dan wilayah Puskesmas Depok II.

a. Besar sampel

Untuk menghitung besar sampel digunakan rumus dari Lemeshow (1990); Murti (2013). Jumlah kader kesehatan di wilayah Puskesmas Pakem 582 orang dan di wilayah Puskesmas Depok II sebanyak 310 orang, sehingga jumlah keseluruhan kader kesehatan sebanyak 892 orang. Karena tidak ada data tentang prevalensi pada populasi, maka ditentukan proporsi 50% ($p = 0,5$) karena akan memberikan taksiran ukuran sampel maksimal. Berhubung besarnya populasi diketahui, maka penghitungan jumlah sampel menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot Z^2(1 - \alpha/2) \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2(1 - \alpha/2) \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n: besar sampel

N: besar populasi

d: presisi *absolute* (5%)

p: proporsi (50%)

q: 1-p

$Z^2(1 - \alpha/2)$: statistik Z ($Z=1,96$ untuk $\alpha 0,05$)

(Kothari, 1990; Murti,2013)

$$Z^2(1 - \alpha/2) = Z^2(1 - 0,05/2) = Z^2(1 - 0,025) = Z^2(0,975)$$

Nilai Z (0,975) terletak pada titik 1,96

Sehingga $Z^2 (0,975) = 3,8416$

Perhitungan :

$$n = \frac{(892)(3,8416)(0,5)(0,5)}{(0,05)^2(892-1)+(3,8416)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{(856,6768)}{(0,0025)(891)+(0,9604)}$$

$$n = \frac{(856,6768)}{(2,2275)+(0,9604)}$$

$$n = \frac{(856,6768)}{(3,1879)}$$

$$n = 268,72763 \approx 269$$

Setelah dihitung menggunakan rumus di atas, diperoleh besaran sampel minimal sebanyak 269 responden.

Berdasarkan perhitungan di atas, maka jumlah sampel dari masing-masing wilayah Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 3.1

Tabel 3.1. Jumlah sampel berdasarkan wilayah Puskesmas

No	Wilayah Puskesmas	Populasi	Sampel
1	Pakem	582	$\frac{582}{892} \times 269 = 175,51 \approx 176$
2	Depok II	310	$\frac{310}{892} \times 269 = 93,486 \approx 93$
	Total	892	269

Penelitian dengan model analisis multivariabel diperlukan 15-20 subjek penelitian untuk setiap variabel independen. Dengan demikian, dalam penelitian ini minimal dibutuhkan $12 \times (15 \text{ hingga } 20 \text{ subjek}) = 180 \text{ hingga } 240$ subjek penelitian (Murti, 2013).

b. Teknik *sampling*

Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan *cluster random sampling*. Meskipun unit pencuplikan klaster, namun pengamatan/pengukuran variabel dilakukan pada masing-masing individu dalam klaster terpilih sesuai dengan batasan populasi sasaran (Murti, 2013). Pemilihan klaster (kelompok)

dalam penelitian ini menggunakan *multistage cluster random sampling*, yaitu penarikan sampel acak berkelompok banyak tahap. Dalam penelitian ini pertama-tama dikelompokkan menurut lokasi/wilayah Puskesmas dipilih dua wilayah Puskesmas dengan cakupan deteksi dini oleh masyarakat yang tertinggi dan terendah, kemudian menurut kelompok strata Posyandu, selanjutnya menurut organisasi kelompok (ketua, anggota) dan pada akhirnya dilakukan penarikan sampel secara acak sederhana secara proporsional.

Tahapan selengkapnya pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Tahap 1: Dari 25 Puskesmas di Kabupaten Sleman ditentukan dua wilayah lokasi Puskesmas, yaitu Puskesmas Pakem dan Depok II. Wilayah Puskesmas Pakem memiliki 72 Posyandu, sedangkan wilayah Puskesmas Depok II memiliki 38 Posyandu. Jumlah Posyandu di wilayah Puskesmas Pakem dan wilayah Puskesmas Depok II sebanyak 110 Posyandu
- 2) Tahap 2: Menentukan jumlah Posyandu berdasarkan strata Posyandu

Tabel 3.2 Jumlah Posyandu berdasarkan strata Posyandu

Puskesmas	Strata Posyandu				Jumlah
	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri	
Pakem		25	10	37	72
Depok II	2	4	3	29	38
Total	2	29	13	67	110

- 3) Tahap 3: Pada tahap ini ditentukan jumlah Posyandu yang menjadi sampel yang dihitung menggunakan rumus berikut:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan:

N: Populasi

n: jumlah sampel

d^2 : presisi, ditetapkan 5% dengan kepercayaan 95%

Hasil perhitungannya sebagai berikut:

Tabel 3.3 Hasil perhitungan jumlah Posyandu sampel

Puskesmas	Perhitungan	Hasil
Pakem	$n = \frac{72}{72(0,05)^2 + 1} = \frac{72}{1,18} = 61,01$	61
Depok II	$n = \frac{38}{38(0,05)^2 + 1} = \frac{38}{1,095} = 34,70$	35
Jumlah		96

4) Tahap 4: Pengambilan sampel Posyandu pada setiap strata secara *proporsional random sampling* menggunakan rumus alokasi proporsional sebagai berikut:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Tabel 3.4 Sampel Posyandu berdasarkan strata

Puskesmas	Jumlah	Strata	Jumlah Posyandu sampel menurut strata
Pakem	61	Pratama	-
		Madya	$\frac{25}{72} \times 61 = 21,18 = 21$
		Purnama	$\frac{10}{72} \times 61 = 8,47 = 9$
		Mandiri	$\frac{37}{72} \times 61 = 31,34 = 31$
Depok 2	35	Pratama	$\frac{2}{38} \times 35 = 1,81 = 2$
		Madya	$\frac{4}{38} \times 35 = 3,68 = 4$
		Purnama	$\frac{3}{38} \times 35 = 2,76 = 3$
		Mandiri	$\frac{29}{38} \times 35 = 26,71 = 26$

5) Tahap 5: Penentuan jumlah sampel untuk setiap wilayah Puskesmas secara proporsional berdasarkan strata Posyandu.

Perhitungannya dapat dilihat pada Tabel 3.5.

Tabel 3.5 Jumlah sampel kader kesehatan berdasarkan strata Posyandu

Wilayah Puskesmas	Jumlah Sampel	Strata Posyandu	Persentase (%) Posyandu Sampel	Jumlah sampel berdasar strata Posyandu
Pakem	176	Pratama	—	—
		Madya	$\frac{21}{61} \times 100 = 34,34 = 34$	$\frac{34}{100} \times 176 = 59,85 \approx 60$
		Purnama	$\frac{9}{61} \times 100 = 14,75 = 15$	$\frac{15}{100} \times 176 = 26,4 \approx 26$
		Mandiri	$\frac{31}{61} \times 100 = 50,82 = 51$	$\frac{51}{100} \times 176 = 89,76 \approx 90$
Depok II	93	Pratama	$\frac{2}{35} \times 100 = 5,71 = 6$	$\frac{6}{100} \times 93 = 5,58 \approx 6$
		Madya	$\frac{4}{35} \times 100 = 11,42 = 11$	$\frac{11}{100} \times 93 = 10,23 \approx 10$
		Purnama	$\frac{3}{35} \times 100 = 8,57 = 9$	$\frac{9}{100} \times 93 = 8,37 \approx 8$
		Mandiri	$\frac{26}{35} \times 100 = 77,28 = 74$	$\frac{74}{100} \times 93 = 68,82 \approx 69$

6) Tahap 6: Pada tahap akhir (tahap 6) ini semua ketua kader kesehatan dijadikan sampel, sedangkan sampel dari anggota dipilih secara acak sederhana dengan cara diundi.

c. Kriteria inklusi dan eksklusi

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Bersedia menjadi responden.
- b) Dalam kondisi sehat.
- c) Bersedia mengikuti prosedur penelitian.

2) Kriteria eksklusi

- a) Kader kesehatan yang tidak memiliki ijazah pendidikan formal
- b) Kader kesehatan yang sedang bepergian keluar kota selama penelitian berlangsung.

D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari :

1. Variabel yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, sebagai variabel eksogen yaitu: usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat.
2. Variabel yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, sebagai variabel eksogen yaitu: sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat.

E. Definisi Operasional Variabel

1. Variabel yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan meliputi:

a. Variabel eksogen

1) Usia

Definisi: Usia kader kesehatan adalah usia dalam tahun, dihitung dari tanggal lahir sampai dengan saat penelitian.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur dikelompokkan menjadi: 19 – 31 tahun, 32 – 44 tahun, 45 – 57 tahun, 58 – 70 tahun.

2) Sikap

Definisi: Sikap adalah respon kader kesehatan terhadap faktor risiko kehamilan, ditinjau dari aspek keyakinan, emosional dan kecenderungan untuk bertindak untuk melakukan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 69-84), cukup baik (skor 53-68), kurang baik (skor 37-52), tidak baik (skor 21-36).

3) Pengalaman

commit to user

Definisi: Pengalaman adalah lama waktu menjadi kader kesehatan aktif dalam tahun. Lama menjadi kader kesehatan akan menggambarkan sedikit banyaknya kader kesehatan melakukan kegiatan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, lebih lama menjadi kader kesehatan berarti lebih sering melakukan kegiatan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, sehingga dengan mengulang-ulang kegiatan akan menambah pengalaman dalam kegiatan tersebut.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: 1 – 11 tahun, 12 – 22 tahun, 23 – 33 tahun, 34 – 42 tahun.

4) Motivasi

Definisi: Motivasi adalah daya penggerak yang mendorong kader kesehatan melakukan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan ditinjau dari aspek motif, yaitu faktor yang merangsang kader mau melakukan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, aspek harapan yaitu tujuan yang hendak dicapai oleh kader kesehatan dan aspek insentif, yaitu fasilitas yang diterima, hadiah, maupun pengakuan.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: tinggi (skor 66-80), cukup (skor 51-65), kurang (skor 36-50), rendah (skor 21-35).

5) Kompensasi

Definisi: Kompensasi adalah semua bentuk penghargaan atau imbalan yang diterima oleh kader kesehatan baik berupa uang, barang, fasilitas, atau penghargaan lainnya.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 40-48), cukup baik (skor 31-39), kurang baik (skor 22-30), tidak baik (skor 12-20).

6) Beban kerja

Definisi: Beban kerja kader kesehatan adalah berbagai kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan oleh kader kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya meliputi beban fisik, mental dan waktu.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: ringan (skor 43-52), cukup (skor 33-42), agak berat (skor 23-32), berat (skor 13-22).

7) Pendidikan dan pelatihan

Definisi: Pendidikan dan pelatihan adalah pendidikan dan pelatihan dalam bidang kesehatan ibu yang pernah diikuti oleh kader kesehatan, ditinjau dari pernah tidaknya mengikuti pelatihan, materi pelatihan dan kepemilikan sertifikat.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 34-40), cukup baik (skor 26-33), kurang baik (skor 18-25), tidak baik (skor 10-17).

8) Supervisi

Definisi: Supervisi adalah pernah tidaknya kader kesehatan mendapat pengawasan dan bimbingan dari Tim Penggerak PKK (desa, kecamatan, kabupaten), Kepala wilayah (kades/lurah), Poskesdes, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 30-36), cukup baik (skor 23-29), kurang baik (skor 16-22), tidak baik (skor 9-15).

9) Persepsi tentang keseriusan

Definisi: Keyakinan kader kesehatan tentang keseriusan akibat dari faktor risiko kehamilan ditinjau dari akibat terhadap kondisi fisik, mental dan sosial.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 34-40), cukup baik (26-33), kurang baik (18-25), tidak baik (skor 10-17).

10) Persepsi tentang manfaat

commit to user

Definisi: Keyakinan kader kesehatan terhadap efikasi tindakan yang disarankan untuk mengurangi dampak faktor risiko kehamilan ditinjau dari aspek keyakinan kader kesehatan akan mendapatkan manfaat yang sebanding dengan tindakannya.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 40-48), cukup baik (skor 31-39), kurang baik (skor 22-30), tidak baik (skor 12-20).

11) Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan

Definisi: kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan yaitu kegiatan kader kesehatan dalam penemuan dini faktor risiko dan komplikasi kehamilan ditinjau dari aspek: (1) mengenali faktor risiko kehamilan yaitu cara kader kesehatan menentukan ada tidaknya faktor risiko kehamilan, (2) mendata ibu hamil yaitu cara kader kesehatan dalam mendata ibu hamil, (3) mencatat ibu hamil yaitu cara kader kesehatan melakukan pencatatan ibu hamil, (4) melaporkan ibu hamil yaitu cara kader kesehatan melakukan pelaporan ibu hamil, dan (5) merujuk ibu hamil yaitu cara kader kesehatan dalam melakukan rujukan ibu hamil

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 136-168), cukup baik (skor 106-137), kurang baik (skor 74-105), tidak baik (skor 42-73).

12) Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan

Definisi: kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan adalah kemampuan kader kesehatan dalam melaksanakan 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.

Alat ukur: kuesioner

Skala data: kontinu

Hasil ukur: baik (skor 105-128), cukup baik (skor 81-104), kurang baik (skor 57-80), tidak baik (skor 32-56).

F. Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh oleh peneliti atau penyelidik melalui protokol penelitian atau disain penelitian, sedangkan data sekunder bagi seorang peneliti adalah data dari studi yang direncanakan oleh peneliti atau peneliti-peneliti lain, dan kemudian data tersebut dikumpulkan oleh peneliti tersebut. Data primer diperoleh dari petugas promosi kesehatan dan bidan di tingkat Kabupaten, bidan puskesmas, bidan poskesdes, kader kesehatan, dan dari informan lainnya. Data sekunder diperoleh dengan cara menelusuri berbagai hasil penelitian yang sudah ada, mengkaji pustaka yang relevan, serta pencatatan yang telah dikumpulkan oleh pihak lain yang berkompeten yaitu Biro Pusat Statistik (BPS), Badan Perencana Pembangunan Nasional (Bappenas), Kemenkes RI, Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Puskesmas Pakem dan Puskesmas Depok II, Poskesdes dan Posyandu, dan sebagainya.

1. Data primer

Data primer dalam penelitian ini meliputi data tentang karakteristik kader kesehatan, data tentang faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan risiko kehamilan meliputi usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang kerentanan, persepsi tentang manfaat, dan data tentang kemampuan kader kesehatan dalam seteksi dini faktor risiko kehamilan serta data tetang kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan di wilayah Puskesmas Pakem dan Depok II

2. Data sekunder

commit to user

Data sekunder yang dikumpulkan meliputi data data tentang angka kematian ibu (AKI), cakupan PWS KIA dalam hal ini adalah cakupan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kehamilan oleh masyarakat, data jumlah Posyandu, strata Posyandu, jumlah kader kesehatan, dan lain-lain.

G. Metode Pengumpulan Data

Data primer berupa data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dikumpulkan dengan kuesioner oleh peneliti dan enumerator dengan menggunakan kuesioner. Alat pengumpul data kuantitatif berupa kuesioner yang berisikan serangkaian daftar pernyataan lengkap dan terperinci serta memberikan kebebasan bagi responden untuk menjawab sesuai dengan pemahamannya. Sebelum turun ke lapangan, *enumerator* terlebih dahulu menyamakan persepsi dengan cara diberi penjelasan yang berkaitan dengan pemahaman tentang kuesioner, teknik menjelaskan kuesioner, peralatan yang digunakan dan cara pemilihan responden. Di samping itu, *enumerator* juga akan dilengkapi dengan surat perintah tugas serta disampaikan kontribusi yang akan diterima *enumerator*.

Pengumpulan data dengan cara yang berbeda yaitu dengan mengumpulkan data kualitatif dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*) pada informan terpilih yang dilakukan oleh peneliti sendiri. Informan terpilih dalam penelitian ini antara lain: bidan Puskesmas, bidan desa, Ketua Tim Penggerak PKK Desa, Pengurus PKK Desa dan kader kesehatan, sebagai bentuk klarifikasi dari setiap informan untuk menguatkan, mendukung atau mengklarifikasi informasi yang telah diperoleh digunakan teknik triangulasi data. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan data yang akurat dan kredibel.

H. Instrumen Pengumpulan Data

1. Instrumen penelitian kuantitatif

commit to user

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup yang berpedoman pada skala Likert, modifikasi empat skala. Penggunaan instrumen Likert dengan empat skala memiliki kelebihan dapat menjangkau data penelitian lebih akurat, karena kategori jawaban *undeciden* yang memiliki arti ganda, atau dapat diartikan responden belum dapat memutuskan atau memberi jawaban, tidak digunakan dalam kuesioner dikarenakan dapat menimbulkan *central tendency effect* yang dapat menghilangkan banyak data penelitian, sehingga mengurangi banyaknya informasi yang dijangkau dari para responden (Hadi, 1991). Dalam penelitian ini skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Adapun kriteria penskoran skala *Likert* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: (1) untuk pernyataan *favorable* Sangat setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak setuju (ST) = 2, Sangat tidak setuju (STS) = 1. Sebaliknya untuk pernyataan *unfavorable* Sangat setuju (SS) = 1, Setuju (S) = 2, Tidak setuju (ST) = 3, Sangat tidak setuju (STS) = 4; (2) Kuesioner dalam penelitian ini juga menggunakan kriteria Selalu (SL) = 4, Sering (SR) = 3, Kadang-kadang (KD) = 2, dan Tidak pernah (TP) = 1. Selanjutnya hasil pengukuran dihitung menggunakan langkah - langkah menurut Azwar (2010) sebagai berikut:

Skor minimum ideal : Jumlah item kuesioner x nilai minimum pada skala

Skor maksimum ideal: Jumlah item kuesioner x nilai maksimum pada skala

Mean ideal (Mean) : $\frac{1}{2}$ x (Nilai Maksimum Ideal + Nilai Minimum Ideal)

SD ideal (SD) : $\frac{1}{6}$ x (Nilai Maksimum Ideal - Nilai Minimum Ideal)

1,5 SD : 1,5 x SD

Berdasarkan skor yang diperoleh kemudian diinterpretasikan sebagai berikut:

Penentuan Kategori

commit to user

Baik/Tinggi : di atas (Mean+1,5SD)
Cukup : Mean - (Mean+1,5SD)
Kurang : (Mean-1,5SD) - Mean
Tidak Baik/Rendah : kurang dari (Mean-1,5SD)

2. Instrumen untuk informasi kualitatif

Instrumen untuk memperoleh data kualitatif adalah peneliti sendiri dengan menggunakan panduan wawancara.

I. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1. Uji validitas instrumen

Menurut Murti (2016), validitas pengukuran meliputi empat aspek sebagai berikut:

a. Validitas isi (*content validity*)

Validitas isi dari kuesioner ini menitikberatkan kesahihan instrumen yang disusun dikaitkan dengan domain yang akan diukur secara tuntas dan jelas. Isi kuesioner ini dinilai dengan cara mencocokkan tiap-tiap item pengukuran dengan variabel yang diukur atau diteliti dengan isi (*content*) rancangan atau standar yang telah ditetapkan dari tiap-tiap variabel yang diteliti. Isi tiap-tiap variabel dicocokkan dengan definisi variabel sebagai hasil penggabungan dari teori-teori yang relevan, yang lazim digunakan oleh peneliti dalam penelitian serupa yang telah dilakukan lebih dulu dan ahli dibidang penelitian tersebut.

Pengujian validitas isi dalam penelitian ini dibantu dengan menggunakan matriks atau kisi-kisi kuesioner untuk memeriksa apakah butir-butir pertanyaan/pernyataan sudah meliputi isi dari variabel yang hendak diukur, artinya di dalam matriks tersebut terdapat aspek/elemen yang diteliti, sebagai contoh: untuk mengukur sikap menggunakan parameter yang diambil dari unsur sikap. Robbins dan Judge (2008) menyebutkan bahwa sikap terdiri dari tiga unsur pokok yaitu: (1) unsur kognitif, merupakan buah pikiran dari sikap, (2) unsur afektif, merupakan bagian emosional atau perasaan dari sikap, dan (3) unsur perilaku, merupakan niat untuk melakukan suatu tindakan dengan cara objek tertentu. Unsur-unsur ini sangat bertalian dan sulit dipisahkan, kognitif dalam hal ini kesadaran menimbulkan perasaan yang pada akhirnya akan menghasilkan

perilaku. Contoh lain adalah untuk mengukur motivasi menggunakan tolok ukur yang diambil dari teori motivasi yang dikemukakan oleh Hasibuan (2007). Teori motivasi mempunyai sub variabel, yaitu: motif, harapan dan insentif. Motif (*motive*) adalah suatu hasrat yang kuat dan daya penggerak kemauan bekerja seseorang. Setiap motif punya tujuan tertentu yang hendak dicapai. Harapan adalah suatu peluang yang diberikan terjadi karena perilaku untuk tercapainya tujuan. Insentif adalah pemberian penghargaan, stimulan berupa kompensasi atau hadiah terhadap bawahan yang berprestasi. Demikian seterusnya seperti yang tertuang dalam tabel 3.6 sampai dengan 3.15. Selanjutnya kisi-kisi kuesioner tersebut dimanifestasikan dalam pernyataan – pernyataan kuesioner. Kuesioner memiliki kesahian tinggi jika semua butir pernyataan kuesioner relevan dengan semua spesifikasi dari variabel yang akan diukur.

Tabel 3.6 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur sikap kader kesehatan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Kepercayaan/ keyakinan	2, 4	1, 3	4
2	Kehidupan emosional	5, 7, 20	6, 9, 16	6
3	Kecenderungan untuk bertindak	11, 12, 15, 18, 19, 21	9, 10, 13, 14, 17	11
	Total			21

Tabel 3.6 menunjukkan bahwa sikap kader kesehatan diukur melalui indikator sikap yang terdiri dari tiga unsur pokok, yaitu: (1) unsur kognitif, yang merupakan buah pikiran atau keyakinan dari sikap, (2) unsur afektif, merupakan segmen emosional atau perasaan dari sikap, dan (3) unsur perilaku, yang digunakan untuk mengukur sikap.

Tabel 3.7 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur motivasi kader kesehatan

commit to user

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Motif	3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 8	8
2	Harapan	9, 10, 11, 13, 15	12, 14	7
3	Insentif	16, 17, 19, 20	18	5
	Total			20

Tabel 3.7 menunjukkan bahwa motivasi kader kesehatan diukur dengan indikator teori motivasi yang menunjukkan bahwa motivasi memiliki tiga sub variabel, yaitu motif, harapan dan insentif.

Tabel 3.8 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur kompensasi kader kesehatan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Imbalan	1-8		8
2	Fasilitas/penghargaan	9-12		4
	Total			12

Tabel 3.8 menunjukkan bahwa kompensasi kader kesehatan diukur dengan indikator imbalan yang diterima dan fasilitas yang diperoleh.

Tabel 3.9 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur beban kerja kader kesehatan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Fisik	4, 5	10,11	4
2	Mental	1, 2, 8	6,7	5
3	Waktu	3, 9, 12, 13	3,13	4
	Total			13

Tabel 3.9 menunjukkan bahwa beban kerja kader kesehatan diukur melalui indikator beban kerja sebagai aktivitas fisik dan mental yang dilakukan seseorang untuk menjalankan suatu pekerjaan serta waktu yang digunakan untuk melakukan suatu pekerjaan.

Tabel 3.10 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur pendidikan dan pelatihan

No	Aspek/elemen	kader kesehatan		Total Item
		No Item		
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Keikutsertaan pelatihan	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8		8
2	Keikutsertaan bimbingan	9		1
3	Kepemilikan sertifikat	10		1
	Total	10		10

Tabel 3.10 menunjukkan bahwa untuk mengukur pendidikan dan pelatihan kader kesehatan digunakan indikator bahwa pendidikan dan pelatihan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan peningkatan kemampuan berupa pengetahuan dan keterampilan dilihat dari keikutsertaan dalam pelatihan, keikutsertaan dalam bimbingan serta dibuktikan dengan diperolehnya sertifikat.

Tabel 3.11 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur supervisi kader kesehatan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Supervisi oleh PKK	1, 2		2
2	Supervisi oleh kepala wilayah	3, 4		2
3	Supervisi oleh Dinas Kesehatan	5, 6, 7, 8		4
4	Umpan balik supervisi	9		1
	Total	9		9

Tabel 3.11 menunjukkan bahwa untuk mengukur supervisi kader kesehatan, dievaluasi dengan bimbingan atau arahan yang diperoleh kader kesehatan, ketika para pemangku kepentingan dalam hal ini PKK, Kepala wilayah, Dinas Kesehatan saat mengunjungi kader kesehatan di wilayah kerjanya, serta umpan balik dari kegiatan supervisi tersebut.

Tabel 3.12 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Mengenali faktor risiko kehamilan	1, 2, 3, 5, 8	4, 6, 7, 9	9
2	Mendata ibu hamil	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18		9
3	Mencatat ibu hamil	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26		8
4	Melaporkan ibu hamil	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35		9
5	Merujuk ibu hamil	36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43		7
	Total	42		42

Tabel 3.12 menunjukkan bahwa kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dievaluasi dengan kemampuan kader kesehatan dalam mengenali, mendata, mencatat, melaporkan dan merujuk ibu hamil.

Tabel 3.13 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur persepsi tentang keseriusan faktor risiko kehamilan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Fisik	1-3		3
2	Mental	4-7		4
3	Sosial	10-12		3
	Total	10		10

Tabel 3.13 menunjukkan bahwa untuk mengukur persepsi tentang keseriusan faktor risiko kehamilan digunakan indikator keyakinan terhadap dampak faktor risiko kehamilan terhadap fisik, mental dan sosial ibu hamil.

Tabel 3.14 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur persepsi tentang manfaat deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan

No	Aspek/elemen	<i>commit to user</i>	No Item	Total
----	--------------	-----------------------	---------	-------

		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Item
1	Pendapat positif tentang deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan	1-6		6
2	Pendapat negatif tentang deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan		7-12	6
	Total	6	6	12

Tabel 3.14 menunjukkan bahwa untuk mengukur persepsi tentang manfaat digunakan indikator keyakinan kader kesehatan terhadap efikasi tindakan yang disarankan untuk mengurangi dampak faktor risiko kehamilan ditinjau dari pendapat positif dan negatif tentang deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Tabel 3.15 Kisi-kisi instrumen untuk mengukur kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan

No	Aspek/elemen	No Item		Total Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	<i>Advocating</i> (advokasi)	1-11		11
2	<i>Mediating</i> (menjembatani)	12-21		10
3	<i>Enabling</i> (memampukan)	22-32		11
	Total	32		32

Tabel 3.15 menunjukkan bahwa untuk mengukur kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan digunakan indikator misi promosi kesehatan yang meliputi aspek *advocating*, *mediating*, dan *enabling*.

b. Validitas muka

Kuesioner dalam penelitian ini mengacu kepada derajat kesesuaian antara penampilan luar alat ukur dan karakter variabel yang akan diukur, oleh karena itu susunan butir-butir pernyataan dalam kuesioner disusun dengan memperhatikan tata bahasa yang baik, benar, tepat, tidak multi tafsir agar masing-masing item pernyataan dapat dipahami oleh subjek penelitian dengan benar. Butir-butir pernyataan ditulis dengan baik, jelas, tidak membingungkan, dan tidak terlalu panjang sehingga dapat memperoleh jawaban yang benar dan jujur atau sesuai

dengan keadaan yang sebenarnya. Contoh validitas muka yang telah dilakukan yaitu: untuk mengetahui umur kader kesehatan dalam kuesioner langsung ditulis umur, bukan menanyakan tanggal lahir, untuk mengukur sikap menggunakan kalimat yang tidak terlalu panjang, baik untuk pernyataan favorabel maupun unfavorabel (misal: Saya merasa prihatin bila banyak ibu hamil yang mengalami anemia), dan seterusnya.

c. Validitas konstruk

Validitas konstruk merujuk kepada kesesuaian antara hasil pengukuran alat ukur dengan konsep teoritis tentang variabel yang diteliti. Instrumen yang telah dikonstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur berlandaskan teori, selanjutnya dilakukan uji validitas konstruk terlebih dahulu menggunakan pendapat ahli dalam hal ini promotor, dan co promotor.

d. Validitas kriteria

Pengukuran validitas kriteria kuesioner dilakukan dengan membandingkan secara kuantitatif dengan standar emas, namun karena belum ada standar emas yang sesuai dengan kebutuhan dalam penelitian ini maka dibuat instrumen baru dengan cara membuat sintesis-sintesis dari kajian teori sebagai pedoman dalam pembuatan kuesioner. Berhubung kuesioner belum bersifat baku, maka perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada populasi sumber dan berada di dalam sampel.

2. Uji reliabilitas

Ketepatan hasil pengukuran variabel dalam penelian ditentukan oleh dua aspek reliabilitas, yaitu: (1) konsistensi internal, dan (2) stabilitas (Murti, 2016). Aspek konsistensi internal mengacu kepada hubungan antar butir-butir pernyataan yang masing-masing bertujuan untuk mengukur suatu variabel komposit yang sama. Konsistensi internal yang diukur secara kuantitatif dalam penelitian ini dari tiap-tiap variabel komposit meliputi: (1) *item-total correlation*, (2) *split-half reliability*.

a. Konsistensi Internal

1) *Item-total correlation* (korelasi butir-total)

Item-total correlation (korelasi butir-total) menilai konsistensi internal alat ukur dengan mengkorelasikan masing-masing butir dan total pengukuran, minus butir yang bersangkutan. Karena dikurangi item yang bersangkutan, maka korelasi item total disebut dengan item sisa (*item-rest correlation*). Suatu item dapat digunakan sebagai alat ukur jika memiliki korelasi item-total $\geq 0,20$. Item yang memiliki korelasi kurang dari 0,20 sebaiknya disingkirkan, atau ditulis baru. Namun demikian, item yang berkorelasi terlalu tinggi ($> 0,90$) juga perlu dilakukan pengecekan, bisa jadi akibat adanya redundansi pengukuran (dua kali pengukuran), sehingga salah satu butir perlu disingkirkan.

2) *Split-half reliability* (reliabilitas belah-paroh)

Penilaian reliabilitas belah-paroh merupakan penilaian konsistensi internal (homogenitas) alat ukur dengan cara membagi item-item secara acak ke dalam dua bagian alat ukur, selanjutnya mengkorelasikan kedua bagian tersebut. Jika alat ukur memiliki konsistensi internal, maka kedua bagian akan berkorelasi tinggi. Reliabilitas belah-paroh yang dinilai dalam penelitian ini *Alpha* (α) *Cronbach*.

Alat ukur menunjukkan konsistensi internal jika memiliki *alpha Cronbach* ≥ 0.60 . Makin tinggi *alpha Cronbach*, makin baik (konsisten) alat ukur, tetapi ada beberapa keadaan ketika *alpha Cronbach* tinggi tidak menunjukkan alat ukur yang baik. Pertama, nilai *alpha Cronbach* tergantung dari besarnya korelasi antar item dan jumlah item di dalam alat ukur. Jika jumlah item pertanyaan alat ukur banyak, *alpha Cronbach* akan meningkat, meskipun tidak berarti alat ukur tersebut baik. Kedua, jika dua buah alat ukur dengan konstruk yang berbeda digabungkan membentuk sebuah alat ukur, maka *alpha Cronbach* dapat menunjukkan nilai tinggi. Jika hal ini terjadi, maka nilai *alpha Cronbach* yang tinggi bisa menyesatkan. Ketiga, jika *alpha Cronbach* terlalu tinggi, maka ada kemungkinan telah terjadi redundansi, yaitu sejumlah item menanyakan aspek yang sama dari sebuah variabel dengan cara sedikit berbeda, sehingga mempersempit cakupan alat ukur dan menurunkan validitas isi.

b. Stabilitas

Alat ukur yang reliabel tidak hanya menunjukkan konsistensi internal, tetapi juga stabilitas ketika digunakan untuk mengukur variabel subjek penelitian pada kondisi yang identik. Stabilitas (disebut juga reproduibilitas). Alat ukur yang dinilai dalam penelitian ini yaitu pengukuran pada dua kesempatan yang dipisahkan oleh interval waktu yang berbeda (*test-retest reliability*). Stabilitas pengukuran cukup bila hasil pengukuran dari dua waktu menunjukkan stabilitas di atas 0.50 atau nilai korelasi Pearson ($r \geq 0,50$). Untuk menghitung korelasi Item-Total, *alpha Cronbach* dan korelasi Pearson untuk *test-retest reliability* digunakan program statistik SPSS.

J. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Sehubungan dengan kuesioner belum bersifat baku, maka sebelum digunakan untuk penelitian, instrumen dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada populasi sumber yaitu dilakukan pada kader kesehatan aktif di wilayah Puskesmas Ngaglik I dengan responden sebanyak 14 orang. Dipilih kader kesehatan dari wilayah Puskesmas Ngaglik I karena karakteristik respondennya hampir sama. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.16 dan Tabel 3.17.

Tabel 3.16 Hasil uji validitas instrumen penelitian

Variabel	r tabel (signif. 5%)	Jumlah butir soal diuji	Jumlah butir soal valid (\geq r tabel)	Butir soal tidak valid ($<$ r tabel)
Sikap	0,41	23	21	P8, P20
Motivasi	0,40	24	20	P8, P12, P16, P18
Kompensasi	0,57	12	12	-
Beban Kerja	0,55	13	13	-
Pendidikan dan Pelatihan	0,63	10	10	-
Supervisi	0,63	10	10	P2
Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan	0,26	55	43	P2, P8, P9, P13, P14, P15, P18, P35, P38, P48, P49, P53
Persepsi tentang keseriusan	0,57	12	10	P1, P4,
Persepsi tentang manfaat	0,57	12	12	-
Persepsi tentang hambatan	0,57	12	11	P7
Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan	0,33	34	32	P10, P30
	Jumlah	217	194	23

Tabel 3.16 di atas menjelaskan bahwa butir soal yang r hitungannya lebih kecil dari r tabel dinyatakan tidak valid. Tabel 3.16 juga menunjukkan jumlah butir soal yang diuji dan jumlah butir soal yang valid, serta dapat diketahui pernyataan-pernyataan yang tidak valid atau yang nilai r hitungannya lebih kecil dari r tabel.

2. Hasil uji reliabilitas

Tabel 3.17 Hasil uji reliabilitas instrumen penelitian

Variabel	Alpha Cronbach Uji Coba 1	Alpha Cronbach Uji Coba 2	Nilai Kritis	Keterangan
Sikap	,997	,946	0,60	reliabel
Motivasi	,991	,937	0,60	reliabel
Kompensasi	,996	,935	0,60	reliabel
Beban kerja	,996	,924	0,60	reliabel
Pendidikan dan pelatihan	,989	,907	0,60	reliabel
Supervisi	,902	,887	0,60	reliabel
Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan	,986	,972	0,60	reliabel
Persepsi tentang keseriusan	,958	,897	0,60	reliabel
Persepsi tentang manfaat	,971	,929	0,60	reliabel
Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan	,992	,977	0,60	reliabel

Berdasarkan Tabel 3.17, dapat diketahui bahwa dari hasil uji coba pertama maupun uji coba kedua, nilai Alpha Cronbach lebih dari nilai kritis (0,60), yang menunjukkan bahwa kuesioner dinyatakan reliabel.

K. Pengolahan Data

1. Editing

Pada tahap *editing* ini dilakukan pengecekan ulang kelengkapan data dan kejelasan jawaban pada kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden.

2. Skoring

commit to user

Tahap skoring merupakan tahap pemberian skor pada masing-masing butir kuesioner sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan

3. *Coding*

Pada tahap *coding* dilakukan pemberian kode pada setiap data variabel untuk mempermudah dalam pendeskripsian variabel

4. *Tabulating*

Pada tahap *tabulating* dilakukan penyusunan data dalam bentuk tabel berdasarkan data yang diperoleh dari jawaban responden untuk disajikan dalam bentuk tabulasi dan dapat dianalisis.

5. *Entry data*

Pada tahap *entry data*, data hasil *coding* dimasukkan ke dalam computer untuk dianalisis menggunakan program komputer

6. *Cleaning data*

Pada tahap *cleaning data* dilakukan untuk mengecek ulang data yang telah dimasukkan dalam komputer dan apabila terjadi kesalahan dapat diperbaiki.

L. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis jalur (*path analysis*) yang terdiri dari lima langkah (Murti, 2013), sebagai berikut:

1. Spesifikasi model

Spesifikasi model menggambarkan variabel yang akan diteliti. Sebagai variabel eksogen terhadap variabel kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan adalah: usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat. Sementara sebagai variabel eksogen terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan meliputi: sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.

2. Identifikasi model

commit to user

Identifikasi model pada analisis jalur dilakukan terhadap variabel terukur, jumlah variabel endogen, variabel eksogen, dan parameter yang akan diestimasi. Pada tahap ini dihitung *degree of freedom* dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$df = \text{jumlah variabel terukur} \times (\text{jumlah variabel terukur} + 1) / 2 - (\text{variabel endogen} + \text{variabel eksogen} + \text{jumlah parameter})$$

Analisis jalur dapat dilakukan apabila $df \geq 0$, jika $df = 0$ maka model analisis jalur disebut *identified*, sedangkan apabila $df > 0$ maka model analisis jalur disebut *over identified* dan jika $df < 0$ maka model analisis jalur tersebut *under identified*.

3. Kesesuaian model

Model analisis jalur yang diciptakan oleh peneliti berlandaskan teori dilakukan pengujian sesuai tidaknya dengan model hubungan variabel yang ideal menurut program komputer (disebut dengan model saturasi), yang dibuat berdasarkan data sampel yang dikumpulkan oleh peneliti. Jika tidak terdapat perbedaan yang secara statistik signifikan antara kedua model tersebut, maka dengan model yang dibuat oleh peneliti merupakan model yang sesuai dengan data yang mencerminkan realitas hubungan antara variabel. Indikator yang menunjukkan kesesuaian analisis jalur yang dibuat peneliti dan model saturasi adalah sebagai berikut:

- a. *Chi quadrat* (CMIN) bernilai kecil, dengan $p \geq 0,05$
- b. GFI, NFI, CFI masing-masing hendaknya bernilai $\geq 0,90$
- c. RMSEA hendaknya bernilai $\leq 0,08$

4. Estimasi parameter

Hubungan sebab akibat ditunjukkan oleh koefisien regresi (b), baik yang belum terstandarisasi (*unstandardized*) maupun yang sudah distandarisasi (*standardized*). Koefisien yang belum terstandarisasi menunjukkan hubungan variabel eksogen dan endogen dalam unit pengukuran yang asli. Koefisien regresi dengan standarisasi telah memperhitungkan standar error masing-masing, sehingga besarnya estimasi koefisien regresi antara satu variabel eksogen dengan variabel endogen yang lain bisa dibandingkan dengan kepentingan relatifnya.

5. Respesifikasi model

Bila model yang dibuat oleh peneliti tidak sesuai dengan data sampel sebagaimana ditunjukkan oleh model saturasi dan juga terdapat koefisien regresi yang bernilai sangat kecil mendekati nol serta secara statistik tidak signifikan, maka perlu dibuat ulang model analisis jalur sehingga diperoleh model yang sesuai dengan data sampel.

M. Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif menggunakan strategi triangulasi konkuren. Peneliti mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif dalam satu waktu (konkuren), kemudian membandingkan kedua data base tersebut untuk mengetahui ada atau tidak konvergensi, perbedaan - perbedaan atau beberapa kombinasi. Analisis kualitatif diperlukan untuk mendukung dan memperjelas hasil analisis kuantitatif agar lebih lengkap dalam menjelaskan temuan yang dihasilkan oleh analisis kuantitatif. Analisis kualitatif dilaksanakan dengan *in-depth interview* pada informan menggunakan pertanyaan kunci dengan metode triangulasi.

N. Path Analysis Model

3. Melakukan penelitian kuantitatif dengan pendekatan survei dibantu oleh dua orang *enumerator*, dilanjutkan analisis data menggunakan analisis jalur, untuk melihat hubungan antar variabel dengan didasarkan pada model apriori. Selanjutnya, ditegaskan dengan informasi hasil *in-depth interview* yang dilakukan oleh peneliti kepada para pemangku kepentingan. Langkah berikutnya adalah melakukan identifikasi model fit.
4. Membuat laporan penelitian dan rekomendasi tentang model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

P. Etika Penelitian

1. Mendapatkan surat izin penelitian dari Komisi Etik dan Penelitian
2. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)
3. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)
4. Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)
5. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)
6. Prinsip tidak merugikan (*nonmaleficence*)

Peneliti memperhatikan prinsip tidak merugikan, dalam penelitian kesehatan harus diusahakan semaksimal mungkin agar subjek tidak terpapar perlakuan yang merugikan jiwa, maupun kesehatan dan kesejahteraan sebesarapapun manfaat dari penelitiannitu. Seandainya terjadi kerugian akibat dari suatu penelitian, harus ada jaminan dari peneliti terkait dengan kompensasi untuk kerugian akibat penelitian, dengan kata lain harus ada asuransi atas kerugian yang mungkin terjadi selama penelitian berlangsung (Santoso, 2011).