

FAITH COMMUNITY NURSING SEBAGAI STRATEGI PEMBERDAYAAN KOMUNITAS UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DALAM KONTEKS KEPERAWATAN YANG ISLAMI

Arif Widodo¹, Sulastri², Winarsih Nur Ambarwati³, Abi Muhlisin⁴, Agus Sudaryanto⁵, Vinami Yulian⁶

¹ Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
email: arif.widodo@ums.ac.id

Abstrak

Peningkatan kesehatan ibu merupakan salah satu tujuan Millenium Development Goal's (MDG's) Mortalitas dan morbiditas pada waktu hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia tahun 2010 adalah 70% atau 7 dari 10 wanita hamil menderita anemia. Sebagian besar anemia di Indonesia selama ini dinyatakan sebagai akibat kekurangan besi dan perhatian yang kurang terdapat ibu hamil merupakan perdisposisi anemia difisiensi di Indonesia. Upaya Kesehatan Ibu, ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu agar mereka mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta untuk mengurangi angka kematian ibu. Sehingga sesuai dengan hal tersebut upaya kesehatan ibu meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi fenomena masalah ibu di wilayah kerja Puskesmas Kartasura Sukoharjo dan mengidentifikasi model pemberdayaan komunitas apa yang efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dalam konteks keperawatan yang Islami. Metode penelitian yang digunakan adalah mix method berupa gabungan penelitian kualitatif dan kuantitatif. Wawancara mendalam dilakukan terhadap kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas, bidan, perangkat desa, kader dan ibu hamil. Penelitian kuantitatif berupa penelitian menggunakan pre eksperimental dengan pendekatan one group pre test – post test design tanpa kelompok kontrol dilakukan pada ibu hamil dengan perlakuan berupa model penyuluhan kesehatan tentang pengetahuan dan sikap ibu hamil. Hasil penelitian didapatkan masukan dari beberapa key person dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan peningkatan responden yang berpengetahuan serta sikap baik dengan uji Wilcoxon didapatkan p-value = 0,001 < 0,05.

Kata kunci : pemberdayaan masyarakat, kesehatan ibu hamil, kematian ibu

1. PENDAHULUAN

Peningkatan kesehatan ibu merupakan salah satu tujuan Millenium Development Goal's (MDG's) Sesuai target Nasional menurut MDGs yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu sebesar $\frac{3}{4}$ dari Angka Kematian Ibu pada tahun 1990 (450 per100.000) menjadi 102 per 100.000 yang ingin dicapai pada tahun 2015. Penurunan Angka Kematian ibu merupakan salah satu targetnya.

Menurut laporan World Health Organization (WHO) diperkirakan diseluruh dunia terdapat sekitar 536.000 wanita meninggal dunia akibat masalah persalinan. Dari jumlah tersebut, 99% di antaranya terjadi di Negara-negara berkembang (Bambang, 2007). Mortalitas dan morbiditas pada waktu hamil dan bersalin adalah masalah besar di negara berkembang. Di negara miskin sekitar 25-50% kematian wanita usia subur

disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan (Saifuddin, 2006). Pada tahun 2005 WHO melaporkan bahwa prevalensi anemia pada kehamilan secara global sebesar 55% dan pada umumnya terjadi pada trimester ketiga. Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia tahun 2010 adalah 70% atau 7 dari 10 wanita hamil menderita anemia (Sunita, 2011).

Sebagian besar anemia di Indonesia selama ini dinyatakan sebagai akibat kekurangan besi dan perhatian yang kurang terdapat ibu hamil merupakan perdisposisi anemia divisiensi di Indonesia (Saifuddin, 2006). Tablet besi sangat diperlukan pada ibu hamil untuk pembentukan hemoglobin, sehingga pemerintah Indonesia mengatasinya dengan mengadakan pemberian suplemen besi untuk ibu hamil mulai tahun 1974, namun hasilnya belum memuaskan (Depkes,

2003). Karena Anemia gizi besi merupakan masalah gizi utama bagi semua kelompok umur dengan prevalensi paling tinggi pada ibu hamil (70%), dan pekerja yang berpenghasilan rendah (40%). Sedangkan prevalensi pada anak sekolah sekitar 30% serta pada balita sekitar 40% (Supariasa, 2002).

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volum 30 % sampai 40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningktan sel darah 18 % sampai 30 dan Hemoglobin sekitar 19 %. Bila hemoglobin ibu sebelum sekitar 11 gr % maka fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 gr % (Manuaba, 2001).

Sejak Tahun 1970 Departemen Kesehatan RI telah melaksanakan suatu program pemberian tablet zat besi pada ibu hamil di Puskesmas dan Posyandu secara gratis dengan mendistribusikan tablet tambah darah, dimana 1 tablet berisi 200 mg fero sulfat dan 0,25 mg asam folat (setara dengan 60 mg besi dan 0.25 mg asam folat). Setiap ibu hamil dianjurkan minum tablet tambah darah dengan dosis satu tablet setiap hari selama masa kehamilannya sampai 40 hari setelah melahirkan. Jumlah tablet zat besi yang dikonsumsi ibu hamil adalah minimal 90 tablet selama kehamilan. Kebutuhan zat besi ibu selama kehamilan adalah 800 mg besi diantaranya 300 mg untuk janin plasenta dan 500 mg untuk pertambahan eritrosit ibu, untuk itulah ibu hamil membutuhkan 2-3mg zat besi setiap hari selama kehamilannya (Manuaba, 2001).

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pemberdayaan komunitas apakah yang efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dalam konteks keperawatan yang Islami, faktor-faktor apa yang menghambat program perawatan ibu hamil dan menyusui dan sejauh mana model pemberdayaan komunitas dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dalam konteks keperawatan yang Islami?

Tujuan penelitian ini mengidentifikasi penyuluhan dan sumber informasi apa yang pernah didapatkan oleh ibu hamil dan menyusui di wilayah kerja Puskesmas Sukoharjo, mengidentifikasi fenomena masalah ibu di wilayah kerja Puskesmas Baki Sukoharjo dan mengidentifikasi model

pemberdayaan komunitas apa yang efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dalam konteks keperawatan yang Islami.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian di rancang menggunakan kombinasi dua metode yaitu kualitatif dan kuantitatif riset secara berurutan (*sequential mixed methods*). Pada tahap awal penelitian akan melakukan penggalian data penyebab masalah kesehatan pada ibu dan bayi serta kendala pelaksanaan program di Puskesmas. Pendekatan yang digunakan adalah penelitian kualitatif dan kuantitatif. Setelah data terkumpul dan teridentifikasi selanjutnya akan dilakukan Ujicoba Model dengan menggunakan analisi Riset (*Action Reseach*). Selanjutnya akan dilanjutkan dengan penelitian Kuantitatif untuk memvalidasi Model yang akan menggunakan *pra-experimental design* yaitu mengukur output yaitu dengan menggunakan angka kejadian anemia pada ibu-ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Jawa Tengah dengan membandingkan sebelum dan sesudah penerapan Model.

Subjek penelitian adalah semua ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Jawa Tengah. Partisipan diambil dengan menggunakan teknik *total sampling*.

Penelitian ini dilakukan Di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo Jawa Tengah. Penelitian dilakukan mulai bulan Juni 2014 sampai selesai.

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif ini dengan menggunakan pedoman wawancara, pedoman observasi, alat tulis dan juga alat perekam untuk merekam dan mendokumentasikan (Handphone lenovo A516 dan kamera digital samsung E91) serta catatan lapangan (*field note*), sehingga wawancara dapat dituangkan ke dalam bentuk hasil penelitian. Instrumen kedua adalah untuk mengukur indikator kesehatan ibu dan bayi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian Tahap Pertama

Penelitian pada tahap pertama ini menggunakan metode penelitian kualitatif untuk mengetahui bentuk promosi kesehatan yang paling cocok digunakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Pada awal penyajian hasil dipaparkan kematian ibu hamil pada tahun 2013 dan 2014 seperti tergambar dalam tabel 1 dan tabel 2.

Tabel 1. Kematian ibu hamil di wilayah Kabupaten Sukoharjo Tahun 2013

NO	UMUR	GPA	DIAGNOSA
01.	35	G2 P1 A0	Fetal Distres
02.	33	G2 P0 A1	PER (Pre-eklampsia ringan)
03.	43	G5 P4 A0	Decompensasi cordis
04.	39	G4 P3 A0	PER
05.	33	G2 P1 A0	PEB (Pre-eklampsia berat)
06.	28	G1 P0 A0	Sesak nafas
07.	32	G1 P0 A0	PEB
08.	40	G4 P2 A1	PEB
09.	38	G4 P2 A1	Jantung
10.	38	G4 P1 A0	PEB
11.	27	G3 P2 A0	Sesak nafas
12.	33	G2 P1 A0	Sesak nafas
13.	32	G2 P1 A0	Hipertensi

Tabel 2. Kematian ibu hamil di wilayah Kabupaten Sukoharjo Tahun 2014

NO	UMUR	GPA	DIAGNOSA
01.	35	G2 P1 A0	Decompensasi cordis
02.	32	G2 P0 A1	PEB
03.	23	G2 P4 A0	PEB
04.	22	G1 P3 A0	Sesak nafas
05.	28	G2 P1 A0	Hipertensi
06.	26	G1 P0 A0	Sesak nafas
07.	37	G1 P0 A0	PEB
08.	30	G4 P2 A1	PER
09.	33	G4 P2 A1	Sesak nafas
10.	33	G4 P1 A0	Jantung

Selanjutnya melalui wawancara mendalam didapatkan hasil yang akan dipaparkan dalam beberapa paragraph berikut.

Hasil wawancara tentang visi dan misi DKK Sukoharjo dengan Kepala Dinas . Misi mencerminkan peran, fungsi dan kewenangan seluruh jajaran organisasi kesehatan di Sukoharjo, yang secara teknis bertanggungjawab terhadap pencapaian tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan.

Untuk mewujudkan visi tersebut ada 8 misi yang diemban oleh seluruh jajaran petugas kesehatan di semua jenjang administrasi pemerintah, yaitu : Visi DKK Sukoharjo : Merumuskan kebijakan dan memantapkan manajemen untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan. Melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan yang bermutu dan terjangkau. Menggerakkan kemitraan dan peran serta masyarakat dalam mewujudkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan masyarakat. Mewujudkan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau serta pembinaan dan pengendalian bidang farmasi, makanan minuman dan perbekalan kesehatan. Mendorong terwujudnya kondisi lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat dalam mengendalikan dan mencegah penyakit serta penanggulangan kejadian luar biasa. Mengembangkan sistem informasi kesehatan terpadu dan berdasarkan data / fakta. Meningkatkan mutu sumber daya kesehatan melalui regulasi kesehatan dan pengembangan profesionalisme.

Salah satu program utama yaitu: Peningkatan Kualitas Ante Natal care melalui pelayanan Ante natal terpadu. Menurut Undang-Undang Kesehatan RI nomor : 36 pada pasal 126 yaitu Upaya Kesehatan Ibu, ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu agar mereka mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta untuk mengurangi angka kematian ibu. Sehingga sesuai dengan pasal diatas upaya kesehatan ibu meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Selain itu pemerintah diharapkan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu dan terjangkau. Isu aktual yang muncul antara lain masih tingginya angka kematian ibu dan bayi yang disebabkan perdarahan, eklamsi dan lain-lain (jantung, DM, malaria, TB dll), sedangkan penyebab kematian bayi adalah BBLR dan asfiksia. Selain itu masih banyak ditemukan ibu hamil yang mempunyai masalah gizi seperti anemia, defisiensi tablet fe dan KEK.

- 1) Menurut kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Sukoharjo, menerangkan bahwa upaya DKK

dalam penurunan angka kematian ibu melahirkan dan bayi adalah melalui dua program, yang dikatakan sebagai program yang dari hulu dan hilir.

Beliau menjelaskan sebagai berikut :

“ Dari DKK upaya untuk menurunkan angka kematian ibu melahirkan dan bayi dimulai dari hulu, artinya kita mulai dari data dan inputnya kita pertajam. Bidan desa (bides) yang punya wilayah kita bekali dengan laptop, lengkap dengan modem dan pulsanya. Bides kita minta setiap ibu hamil di desanya untuk didata. Semua bides diharapkan akan entri data. Dimana data tersebut nanti akan dikirim, satu ke koordinator bidan di tingkat kecamatan atau Puskesmas dan kedua ke kita ke web kita di dinas kesehatan. Data akan kita olah, dari situ akan diketahui berapa jumlah ibu hamil di Sukoharjo dan permasalahannya, termasuk yang high risk (risiko tinggi) dapat diketahui. Dari situ nanti akan kita kembangkan dengan SMS Gateway, data tersebut akan kita kirim kembali ke stake holder yang ada di desa tokoh tokoh masyarakat yang ditunjuk, seperti pak lurah, bu lurah dan tokoh masyarakat tertentu yang ditunjuk kepala desa. Atau kalau mereka butuh data tersebut tinggal sms “reg ibu hamil desa A” tinggal kirim ke kita. Nanti akan muncul ibu hamil di desanya berapa? Yang akan melahirkan bulan Agustus siapa saja, dan yang hamil dengan risiko tinggi siapa saja nanti akan diketahui. Dengan data tersebut diharapkan tokoh masyarakat akan memotivasi ibu hamil, terutama ibu hamil yang berisiko, agar H-3 atau H-2 sebelum melahirkan mau dikirim ke Rumah Sakit. Karena membawa ke Rumah Sakit termasuk problem tersendiri kalau tidak didukung oleh tokoh masyarakat. Yang berisiko misalnya 10%. Kita punya link data, misal di Sukoharjo yang hamil dengan risiko yang akan melahirkan 100, kita punya link dengan rumah sakit supaya ketika menjelang kelahiran, RS siap dengan spesialis Obstetri ginekologi dan dengan peralatan yang ada, terutama bila ada kelahiran dengan tindakan, RS siap, atau bahkan dilakukan tindakan sebelum waktunya melahirkan. Itu karep (keinginan) kita dengan adanya data itu

seperti itu. Tapi Ini baru 2 tahun dan baru separo dari sekitar 167 bidan desa yang kita bekali dengan lap top. Yang lain akan kita berikan kemudian dengan anggaran berikutnya.

Kemudian yang di hilir, semua praktek tenaga kesehatan yang berkaitan dengan persalinan, melahirkan, baik bidan atau dokter, terutama bidan, mereka harus mempunyai ijin. Bidan harus minimal D3, mempunyai surat ijin praktek mandiri, setidaknya mereka harus mempunyai pengabdian melalui pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), setelah dapat APN itu akan disetujui oleh organisasi profesi (IBI). Setelah mendapatkan ijin dari IBI baru akan kita beri ijin praktek. Secara administratif seperti itu, namun secara kedinasan, nanti praktek dokter dan bidan yang sudah mempunyai ijin akan kita monitor. Akan kita lakukan monitor secara berjenjang. Nanti kalau ada kejadian akan kita audit maternal-perinatal. Kalau ada kematian ibu, akan kita panggil yang terkait untuk menceritakan kronologis kejadian, nanti kita bisa lihat apakah ada kesalahan prosedural atau kesalahan penanganan dan sebagainya. Dengan demikian diharapkan angka kematian ibu dan bayi lahir dapat ditekan. “

“Kalau ada kasus kematian, dilihat *Ante Natal Care* (ANC) nya dilakukan atau tidak, terus melahirkan dimana? Dan meninggal dimana? Kalau ada yang melakukan kesalahan ijinnya dicabut. SOP (Standar Operasional Prosedur) bidan kalau ada ibu yang akan melahirkan di praktek bidan, yang patologis tidak boleh. Biasanya alasannya sudah *kebrojolan* (partus cepat), kita akan telusuri ANC nya.”

2). Kalau upaya preventif-promotifnya bagaimana?

“ kalau itu kita lewatkan institusi yang sudah ada seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), kelompok kerja (pokja) .pokja ada 4 pilar, promosi ada sendiri, ibu hamil ada sendiri...merekalah kader kader kita yang akan senantiasa memotivasi, memberi penyuluhan pada ibu hamil, calon ibu. Bahwa ketika kader dan tenaga kesehatan kita kalau setiap kali ketemu dengan ibu hamil akan

memeriksa...dengan 10 T. Dimulai tensi sampai ditemukan apakah dia menderita anemia atau tidak Nanti ada Pedoman Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4 K), ditempel di pintu untuk mengetahui risiko jadi ada penapisan. Dibandingkan dengan angka nasional dan propinsi, target DKK Sukoharjo bagaimana ?

“Kalau target nasional MDG’s 102 / 100.000, Sukoharjo kemarin 86, berarti dibawah. Ini Juli 2014 sudah ada 12.

a. Kasie KIA DKK Sukoharjo

1). Kasus apakah yang paling banyak menyebabkan kematian ibu melahirkan ;
“Kalau dulu masalah anemi, namun tahun 2010 – 2011 yang paling banyak karena perdarahan, tahun 2012 – 2013 karena pre eklamsi dan tahun 2014 paling banyak menyebabkan kematian ibu melahirkan karena penyakit jantung.

2). Upaya upaya dari DKK maupun puskesmas dalam menurunkan kematian ibu melahirkan.

“mengadakan program secara keseluruhan terutama penyuluhan-penyuluhan terhadap ibu hamil terkait dengan perdarahan, preeklamsi dan lain lain. Pelaksanaan untukantisipasi dengan melaksanakan ANC sudah sampai 10 T. Upaya yang lainnya, terhadap bidan desa dan tenaga kesehatan dalam hal penatalaksanaan penanganan pasien pre eklamsi, perdarahan. Setiap tahun kita refreasing, tenaga kesehatan kita beri penyegaran dalam penatalaksanaan terutama penanganan kasus perdarahan dan pre eklamsi. Kepada kader dan ibu hamil kita juga berikan penyuluhan, terutama langsung pada ibu hamil. Puskesmas yang melaksanakan, kita yang mengevaluasi pelaksanaannya. Kita adakan dan sudah ada kluster ibu hamil dengan risiko, ibu hamil kita kumpulkan di Puskesmas untuk diberi penyuluhan. Di Semua desa sudah ada paling tidak 3 kluster, ibu hamil dengan risiko, ibu hamil. Penanganan ibu hamil di pabrik juga sudah ada. Kemarin di pabrik DanLiris ada pelaksanaan diskusi ibu hamil. Kelas ibu hamil di desa dan di pabrik, sudah ada upaya diskusi, saling sharing antar ibu hamil. Biasanya kalau

hanya penyuluhan akan cepat hilang, namun apabila saling sharing, berbagi pengalaman antara ibu hamil yang satu dan yang lain, akan lama mengendap dan lama menempel di daya ingat. Satu periode kehamilan ada 3 pertemuan. Membahasnya dari awal, dari mulai hamil sampai cara pembuatan akte kelahiran.

Peran Tokoh masyarakat dan tokoh agama yang diharapkan dalam upaya penurunan kematian ibu hamil, bagaimana bu?

Untuk melibatkan toga toma kita ada P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi). Setiap ibu hamil, diberi P4K yang dapat ditempel di dinding atau di pintu depan. Harapannya masyarakat tahu bahwa di rumah ini ada ibu hamil, pada saat persalinan masyarakat tahu. Tetangganya bisa tahu, dari perkiraan kapan persalinannya, siapa penolongnya, dimana akan mendapatkan pertolongan persalinan, siapa yang mendampingi, mobil siapa yang akan bersedia mengantar, kalau membutuhkan donor siapa pendonornya, sampai setelah melahirkan akan KB apa? Semua dicatat nomor Hpnya, sehingga sewaktu-waktu dibutuhkan, walaupun tidak ada keluarganya mereka akan segera dihubungi. Kalau seperti ini kan peran toga – toma juga sudah kita upayakan. Semua kita libatkan, transportasi kan tidak mungkin toma tidak mau mengantar. Sebetulnya sudah banyak upaya yang kita laksanakan, namun masih ada kasus. Kalau sampai ada kasus, jangan sampai terulang kalau tetap masih ada kasus, walaupun sudah banyak yang kita lakukan ya Wallohu’alam.

Program sudah bagus, tapi masih tetap ada kasus kematian ibu melahirkan, harapan ibu selaku Kasie KIA, terhadap pemberdayaan toga toma termasuk kepada suami dan keluarga serta ibu hamil.

“Toga toma menjadi pendamping ibu hamil di wilayahnya, karena mereka yang langsung berhubungan dengan masyarakat dalam hal ini dapat memantau, memotivasi ibu hamil dan suami serta keluarganya. Melakukan pembinaan, pendampingan dan mempersiapkan ibu hamil dapat

melahirkan dengan selamat. Toga toma di masyarakat sangat besar peranya, karena kalau bidan desa kan mereka masih kecil, jadi toga tomalah yang dipercaya masyarakat, termasuk ketika memotivasi ibu hamil.

Kebutuhan bidan desa, apakah dapat mengkaver semua penduduk di desa tersebut, apakah diperlukan tambahan tenaga kesehatan lain, seperti perawat.

Secara kebutuhan, sebetulnya masih diperlukan tenaga kesehatan selain bidan desa, diperlukan perawat untuk dapat melakukan pelayanan secara umum. Karena bidan desa hanya dapat melayani masalah ibu yang melahirkan dan bayi balita. Selama ini bidan desa seperti Wonderwomen, karena harus dapat menangani semua permasalahan kesehatan di desa tersebut.

Kearifan lokal peran toga toma

Toma toga akan musyawarah dengan 4 pilarnya pokja pokja tersebut akan ada kolaborasi dari hasil rapat kerja harian atau mingguan terserah. Mereka akan presentasi ke kita prioritaa masalah kesehatan di desa tersebut. Pokja seperti ini ada yang aktif dan tidak. Kalo yang aktif di Weru yang namanya Husodotomo. Mereka akan mempresentasikan permasalahan kesehatan di desanya. Setiap minggu satu desa yang presentasi, bila memerlukan ke PKD terus bergantian. Pokja yang aktif adalah, Sering memenangkan lomba lomba. 2 tahun berturut turut menang lomba, Pokja di Weru dan Nguter itu baik

Yang Diharapkan terhadap pemberdayaan masyarakat

Sebetulnya kalau pokjanya hidup, kita kan ada upaya pemberdayaan, seperti gemaasih (gerakan masyarakat asi eksklusif) , dan dasia (pemuda siaga sehat) pemuda yang diharapkan mempersiapkan diri menjadi pemuda yang reproduksinya baik, bebas narkoba dan HIV AIDS. Harpanya dengan pemberdayaan seperti ini obsesi saya nanti Sukoharjo akan bisa bebas kematian ibu hamil dan melahirkan, bebas TB paru, bebas demam berdarah.

B. Penelitian Tahap Kedua

Pada tahap kedua ini, penelitian menggunakan metode kuantitatif *design pre experimental* dengan pendekatan *one group pre test – post test design* tanpa kelompok kontrol dilakukan pada ibu hamil dan kader kesehatan dengan perlakuan berupa model penyuluhan kesehatan tentang pengetahuan dan sikap ibu hamil. Perlakuan diberikan kepada ibu hamil dan kader di wilayah kerja Puskesmas Kartasura Sukoharjo.

Analisis Univariat

Karakteristik Responden

Pada Tabel 3 diketahui bahwa dari 30 responden, umur ibu hamil terbanyak adalah 21-30 tahun (90%), sedangkan usia kehamilan terbanyak berada pada trimester kedua (63,3%). Persentase pekerjaan hampir sama antara pekerja swasta dan ibu rumah tangga, yaitu 40,0% dan 60,0% secara berurutan. Di samping itu, responden dengan kehamilan primipara dan multipara juga hampir sama jumlahnya, yaitu 40,0% dan 60,0%. Persentase pendidikan responden terbesar adalah SMP dengan 53,3% dan terendah adalah SD dan sarjana dengan persentase yang sama yaitu 10,0%.

Tabel 3. Distribusi responden menurut kelompok umur, usia kehamilan, pekerjaan, gravida/ kehamilan ke-, dan pendidikan di wilayah kerja Puskesmas II Kartasura Sukoharjo

Karakteristik	Frekuensi	(%)
<i>Umur :</i>		
15 – 20 tahun	1	3,3
21 - 30 tahun	27	90,0
31 - 40 tahun	2	6,7
<i>Usia Kehamilan:</i>		
Trimester I (1 – 3 bulan)	3	10,0
Trimester II (4 – 6 bulan)	19	63,3
Trimester III (7 – 9)	8	26,7
<i>Pekerjaan</i>		
Pekerja Swasta	12	40,0
Ibu rumah tangga (IRT)	18	60,0
<i>Gravida/ Kehamilan Ke-</i>		
Primipara	12	40,0
Multipara	18	60,0
<i>Pendidikan</i>		
SD	3	10,0
SMP	16	53,3
SMA	8	26,7
Sarjana	3	10,0
Jumlah	30	100,0

Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan pada penelitian ini untuk mengetahui apakah ada peningkatan pengetahuan ibu hamil dan kader tentang penatalaksanaan dan pencegahan anemia dan pre-eklampsia.

Pada tabel 4 dapat dilihat bahwa dari 30 responden, pengetahuan ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas I Kartasura Sukoharjo pada pre dan post-test mengalami peningkatan. Hasil penelitian didapatkan masukan dari beberapa key person dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan peningkatan responden yang berpengetahuan serta sikap baik dengan uji Wilcoxon didapatkan p-value = 0,001 < 0,05.

Tabel 4 Distribusi Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu tentang Penatalaksanaan dan Pencegahan Pre-Eklampsia dan Anemia di Wilayah Kerja Puskesmas I Kartasura Sukoharjo

Pengetahuan	Pre-test		Post-test	
	n	(%)	n	%
Baik	19	63,3	30	100
Kurang	11	36,7	0	0
Total	30	100	30	100
P value	<i>p = 0,001</i>			

Hasil ini sesuai dengan teori dari Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat diubah dengan strategi persuasi yaitu memberikan informasi kepada orang lain dengan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan berbagai metode salah satunya adalah dengan memberikan *booklet* dan penyampaian materi berupa ceramah. Proses pemberian materi dengan metode ceramah dan adanya komunikasi dua arah yaitu antara pemberi pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan dan pencegahan pre-eklampsia dan anemia dan adanya pertanyaan dari responden menjadikan pengetahuan tentang penatalaksanaan dan pencegahan pre-eklampsia dan anemia yang diberikan mudah dicerna sehingga menjadikan responden semakin mudah memahami materi yang disampaikan.

Di samping hasil di atas, peneliti juga mengimplementasikan Layanan SMS untuk pertanyaan dan keluhan ibu hamil yang mengalami permasalahan. Implementasi ini dilakukan selama rentang waktu satu minggu yaitu setelah dilakukan pre-test dan sebelum post-test. Pada pelaksanaannya, responden banyak memanfaatkan Layanan SMS untuk meningkatkan kesehatan kehamilannya. Pada saat post-test berlangsung, responden menyampaikan bahwa mereka merasa senang dengan adanya layanan seperti ini sehingga mereka dapat mencari informasi untuk menyelesaikan masalah mereka dan meningkatkan kesehatannya.

Menurut Saleem dan Doh (2009), SMS Gateway dapat digunakan untuk menyebarkan informasi dengan cepat dan dapat menghemat biaya. Hal tersebut didukung oleh penelitian Sims *et al* (2012) yang menyatakan bahwa

SMS Gateway tampak efektif untuk mengingatkan pasien kontrol sehingga meningkatkan kesembuhan klien. Dengan demikian, tampaknya jika layanan SMS Gateway diaplikasikan pada ibu hamil serta pihak terkait, maka dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang kesehatan kehamilan.

Hasil penelitian ini dapat diaplikasikan dalam program yang tengah dilakukan oleh USAID bekerjasama dengan Organisasi wanita Muhammadiyah (Aisyiyah) yaitu *Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)*. Selanjutnya, penelitian ini akan dilanjutkan dengan melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat dan pihak terkait yang berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Intervensi pendidikan kesehatan akan diimplementasikan pada forum-forum pengajian, dan menyebarluaskan leaflet dan booklet di masjid-masjid. Di samping itu, melalui layanan SMS juga akan diberikan pengetahuan mengenai keperawatan yang Islami khususnya tentang kesehatan ibu hamil dan bayi.

4. KESIMPULAN

Dari penelitian ini diketahui bahwa pendidikan kesehatan pada ibu hamil tampaknya dapat meningkatkan kesehatan ibu hamil dan bayi. Disamping itu, didapatkan pula bahwa SMS Gateway mampu meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai permasalahan yang dialami beserta cara untuk mengatasinya.

5. REFERENSI

Bappenas (2012) *Report on the achievement of the millenium development goals in Indonesia 2011* [Online]. Available at: <http://www.undp.or.id/pubs/docs/report> [Accessed 4 February 2013].

Manuaba, I.B.G. (2001) *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. (2007) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Saleem and Doh (2009) 'Generic Information System Using SMS Gateway', *Fourth*

International Conference on Computer Sciences and Convergence Information Technology [Online]. Available at: http://publicationslist.org/data/saleem.muhammad/ref-5/Publication_ICCIT%202009.pdf [Accessed 13 Agustus 2014].

- Sims, H., Sanghara, H., Hayes, D., et al. (2012) 'Text Message Reminders of Appointments: A Pilot Intervention at Four Community Mental Health Clinics in London', *Psychiatric Services* [Online]. Available at: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/> [Accessed 13 Agustus 2014].
- WHO (1978) *Alma-Ata 1978 Primary Health Care, Report of the International Conference on Promary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005) *The world health report 2005* [Online]. Available at: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf [Accessed 13 June 2013].
- WHO (2007) *Standards for maternal and neonatal care* [Online]. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91272.pdf> [Accessed 13 June 2013].
- WHO (2011) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th revision. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNICEF and UNFPA (2000) *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: World Health Organization.
- WHO and UNFPA (2009a) *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNICEF, UNFPA and AMDD (2009b) *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012) *Trend in Maternal Mortality: 1990 to 2010* [Online]. Available at: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf [Accessed 13 June 2013].

World Bank (1996) *The world bank participation*. Washington: The World

Bank.