

**LAPORAN**  
**PENELITIAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES**  
**(HIBAH BERSAING)**



**EFEKTIFITAS PENDAMPINGAN BERBASIS CONTINUUM OF  
CARE TERHADAP KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM  
MENGATASI MASALAH KESEHATAN IBU HAMIL**

**DISUSUN OLEH:**  
**RITA YULIFAH, S.Kp. M.Kes.      NIP. 19660727 199103 2 003**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**POLITEKNIK KESEHATAN MALANG**  
**2018**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
Laporan Hasil Penelitian Hibah Bersaing Dengan Judul

**EFEKTIFITAS PENDAMPINGAN BERBASIS *CONTINUUM OF CARE*  
TERHADAP KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MENGATASI  
MASALAH KESEHATAN IBU HAMIL**

Telah Disetujui Dan Disahkan Pada Tanggal bulan November 2018

Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian  
Masyarakat Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Malang

  
Jupriyono, S.Kp., M.Kes  
NIP. 19640407 198803 1 004

Ketua Tim Pelaksana Penelitian

  
Rita Yulifah, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 19660727 199103 2 003

Mengetahui,  
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

  
Budi Susanto, S.Kp., M.Kes.  
19650618 198803 1 002

## DAFTAR ISI

	hal
Halaman Sampul .....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Abstrak.....	v
Kata Pengantar .....	vii
Daftar Lampiran .....	viii
Daftar Gambar .....	ix
Daftar Tabel .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Pendampingan .....	5
2.2 Konsep Pendampingan Berbasis <i>Continuum of Care</i> .....	14
2.3 Konsep Dasar Kehamilan.....	17
2.4 Konsep Keluarga .....	19
2.5 Konsep Pendekatan Keluarga .....	20
2.6 Kemandirian Keluarga.....	23
2.7 Kerangka Konsep .....	24
2.8 Hipotesis .....	24
<b>BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
3.1 Tujuan Penelitian .....	25
3.2 Manfaat.....	26
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>27</b>
3.1 Rancangan Penelitian.....	27
3.2 Populasi dan Sampel.....	27
3.3 Variabel Penelitian .....	28
3.4 Definisi Operasional.....	28

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian .....	29
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	28
3.7 Teknik Analisis Data .....	29
3.8 Penyajian Data Hasil Penelitian .....	30
3.6 <i>Ethical Clereance</i> .....	31
<b>BAB IV BIAYA DAN JADUAL PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
4.1 Biaya Penelitian. ....	32
4.2 Jadual Penelitian. ....	33
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>34</b>
5.1 Data Umum .....	34
5.2 Data Khusus .....	41
5.3 Pembahasan .....	56
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>63</b>
6.1 Kesimpulan.....	63
6.2 Saran .....	63
Daftar Pustaka .....	64
Lampiran-lampiran.....	65

## Abstrak

### **Rita Yulifah, Efektifitas Pendampingan Berbasis *Continuum Of Care* Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil (Penelitian Tahap 1)**

Kehamilan merupakan proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus kehidupannya, selama kehamilan tidak menutup kemungkinan terjadi permasalahan atau komplikasi yang dapat mengganggu kesehatan. Dilaporkan 85% kehamilan berjalan normal, 15% komplikasi selama kehamilan tidak dapat diprediksi. Penelitian ini merupakan pengembangan standar minimal kunjungan pada ibu hamil (4 kali), dengan memberdayakan keluarga agar lebih mandiri sebagai pemberi asuhan kepada ibu hamil dan bertindak sebagai penjemput bola. Kunjungan dilakukan secara berkelanjutan sebanyak 15 kali selama kehamilan dan melakukan komunikasi selama kehamilan sampai ibu melahirkan. Penelitian ini menggunakan rancangan eksperimen dengan kelompok Kontrol. Populasi diambil secara *simple random sampling* sebanyak 120 orang yang dibagi menjadi 60 orang kelompok dampingan dan 60 orang kelompok kontrol. Data dianalisis dengan menggunakan *rumus logaritma (Log10)*, kemudian dilakukan perhitungan persentasi. Hasil ada peningkatan tingkat kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi selama kehamilan sebesar 45%, kemandirian keluarga dalam mengatasi keluhan ringan dalam kehamilan sebesar 36%, kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu hamil sebesar 45%, kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan kehamilan sebesar 22%, kemandirian keluarga dalam memberikan tablet tambah darah sebesar 39%. Rata-rata perubahan kemandirian sebesar 37.4%, pendampingan berbasis *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil, mampu menurunkan *self care deficit*, meningkatkan kemampuan keluarga dalam memenuhi tuntutan *self care* dan keluarga mampu memberikan asuhan kepada ibu hamil secara mandiri.

**Kata Kunci:** Pendampingan, *Continuum Of Care*, Kemandirian Keluarga

## Abstract

### **Rita Yulifah, Effectiveness of Based Mentoring on *Continuum of care*-Family Independence in Overcoming Health Problems of Pregnant Women (Phase 1 Research)**

Pregnancy is a natural process experienced by every woman in her life cycle, during pregnancy does not close the possibility of problems or complications that can disrupt health. It is reported that 85% of pregnancies are normal, 15% of complications during pregnancy cannot be predicted. This research is a development of a minimum standard of visits for pregnant women (4 times), by empowering families to be more independent as cares for pregnant women and acting as ball pickers. Visits are carried out continuously 15 times during pregnancy and communicate during pregnancy until the mother gives birth. This study uses an experimental design with the Control group. The population was taken by *simple random sampling with* 120 people divided into 60 assisted groups and 60 control groups. Data were analyzed using *logarithmic formula (Log10)*, and percentage calculations were performed. The results were an increase in the level of family independence in recognizing complications during pregnancy by 45%, family independence in overcoming mild complaints in pregnancy by 36%, independence in fulfilling the nutritional needs of pregnant women by 45%, family independence in conducting prenatal care by 22%, family independence in giving tablets added blood by 39%. The average independence change is 37.4%,-based assistance is *continuum of care* effective in increasing family independence in overcoming health problems of pregnant women. It can reduce *self-care deficit*, improve family capacity in fulfilling the demands of *self-care* and families to be able to provide care to pregnant women independently (*dependent*).

**Keywords: Assistance, *Continuum of care*, Family Independence**

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmatNya, laporan hasil penelitian tahap kesatu ini dapat terselesaikan sebagai salah satu bentuk dari Tridarma Perguruan Tinggi yaitu melakukan penelitian. Dalam penyusunan laporan hasil penelitian tahap kesatu banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dengan penuh ketulusan hati diucapkan terima kepada: Budi Susatya, S.Kp, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Prof. DR Nursalam, selaku ketua tim pakar Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan, Tim pakar Risbinakes Poltekkes Kemenkes Malang, Kecamatan Batu, Kecamatan Bumiaji, Kecamatan Junrejo, Dinas Kesehatan Kota Batu dan UPT, Bidan, Masyarakat Kota Batu, Ahli kontens, keluarga dan teman sejawat.

Melalui penelitian ini semoga hasilnya dapat dipertimbangkan sebagai kebijakan dalam memujudkan Visi Program Studi D-III Kebidanan yaitu Menjadi Institusi Pendidikan Tinggi Vokasi Yang Berkarakter Dan Unggul Dalam Upaya Preventif Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Tahun 2019, khususnya dalam pengembangan kurikulum berbasis bukti/*evidance base* dan menjadi referensi atau rujukan didalam membuat Laporan Tugas Akhir bagi mahasiswa.

## DAFTAR LAMPIRAN

	hal
Lampiran 1. Kuesioner Studi Lapangan.....	65
Lampiran 2 <i>Etical Clereance</i> .....	66
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian .....	67
Lampiran 4 Raw Data .....	67
Lampiran 5 Hasil Uji Analisis .....	74

**DAFTAR GAMBAR**

	hal
Gambar 2.1. Pendekatan Keluarga Berbasis <i>Continuum of Care</i> .....	15
Gambar 2.2 Kerangka Konsep .....	24
Gambar 5.1 Kemandirian Keluarga Mengenali Komplikasi .....	41
Gambar 5.2 Kemandirian Keluarga Mengatasi Keluhan ringan.....	42
Gambar 5.3 Kemandirian Keluarga Memenuhi Kebutuhan Nutrisi.....	43
Gambar 5.4 Kemandirian Keluarga Untuk Pemeriksaan Kehamilan.....	44
Gambar 5.5 Kemandirian Keluarga Untuk Konsumsi Fe.....	45
Gambar 5.6 Kemandirian Keluarga Pada 5 aspek .....	46

## DAFTAR TABEL

	hal
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden.....	34
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden .....	35
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden.....	35
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Gravida .....	36
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Kenaikan BB .....	37
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi IMT.....	38
Tabel 5.7 Distrifusi Frekuensi Tekanan Sistole .....	38
Tabel 5.8 Distrifusi Frekuensi Tekanan Diastole .....	39
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi SPR .....	39
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Keluhan Ringan Terbanyak.....	40
Tabel 5.11 Distribusi Penyebab Rujukan.....	41
Tabel 5.12 Hasil Analisis Sebelum Pendampingan.....	55
Tabel 5.13 Hasil Analisis Setelah Pendampingan.....	55

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan investasi utama bagi pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan kesehatan pada dasarnya adalah upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan serta kemampuan setiap orang untuk dapat berperilaku hidup yang sehat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Salah satu agenda pemerintah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya adalah dengan mencanangkan Program Indonesia Sehat.

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui pendekatan keluarga. Pendekatan Keluarga merupakan pendekatan pelayanan Puskesmas yang menggabungkan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama secara berkesinambungan dengan didasarkan kepada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga yang berfokus pada upaya promotif dan preventif.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI Nomer 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, ditetapkan empat area prioritas atau sasaran yaitu: 1) penurunan angka kematian ibu dan bayi (AKI dan AKB), 2) penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), 3) penanggulangan penyakit menular, 4) penanggulangan penyakit tidak menular.

Kematian ibu dan bayi masih menjadi prioritas utama didalam Program Indonesia Sehat, hal ini dikarenakan sampai berakhirnya *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 angka kematian ibu di Indonesia sebanyak 359/100.000 kelahiran hidup melampau target yang ditentukan MDGs yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan Propinsi lainnya di Indonesia Jawa Timur sampai tahun 2015 menduduki peringkat ketiga dengan kematian ibu tertinggi yaitu mencapai 89.6/100.000 kelahiran hidup.

Tingginya angka kematian ibu dimungkinkan oleh penyebab langsung yaitu preeklamsia, perdarahan, kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan factor determinan adanya 3 Terlambat yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan, terlambat sampai di fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan.

Untuk mengatasi permasalahan kematian ibu, telah dilakukan berbagai upaya melalui pendekatan program misalnya dengan program peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, program aksesibilitas serta mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan, program penelitian dan pengembangan, program manajemen regulasi dan sistem informasi kesehatan serta program pemberdayaan masyarakat. Akan tetapi upaya-upaya belum menunjukkan keberhasilan yang signifikan sampai berakhirnya MDGs 2015, dan masih tetap menjadi perhatian khusus sektor kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs 2030) ke-3 yang kemudian dituangkan dalam rencana jangka menengah pembangunan kesehatan nasional 2015-2019.

Strategi untuk menurunkan angka kematian ibu didalam Rencana Jangka Menengah Pembangunan Kesehatan Nasional 2015 – 2019 dilakukan melalui Paradigma Sehat dimana program promotif preventif sebagai pilar utama kesehatan dengan penerapan pendekatan keluarga berbasis *continuum of care* sejak dalam masa kehamilan. Pendekatan berbasis *continuum of care* sangat dibutuhkan, mengingat bahwa selama kehamilan 15% komplikasi tidak dapat diprediksi. Dengan pendekatan berbasis *continuum of care* selama kehamilan, akan dapat merawat ibu hamil, bukan hanya dalam keadaan fisik namun juga keadaan social, mental akan tetapi juga merawat kesehatan social ibu hamil.

Pendampingan keluarga secara berkelanjutan (*continuum of care*) lebih ditekankan pada penguatan fungsi promotif preventif, *wellness* memberikan pembinaan (*life coaching*) untuk pembinaan keluarga, mendampingi keluarga dalam memecahkan masalah. Keluarga akan diberikan pendampingan agar dapat meraih kesepakatan dan merubah situasi yang sulit menjadi situasi yang lebih nyaman.

Kota Batu merupakan Kota kecil dengan luas wilayah 197,087 km<sup>2</sup>, tingkat kepadatan 1.055 orang/km<sup>2</sup>. Komposisi penduduk menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa 99.984 jiwa (50.43 persen) adalah penduduk laki-laki dan 99.108 jiwa (49.57 persen) adalah penduduk perempuan, 4.710 *pasangan usia subur*. Jumlah ibu hamil dalam 1 tahun berkisar 1.300 dan diperkirakan akan naik 1 persen setiap tahunnya (Statistik Daerah Kota Batu, 2015). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2015 sampai Juni 2016 jumlah kematian ibu di Kota Batu mengalami peningkatan dari 1/1000 kelahiran hidup menjadi 3/1000 kelahiran hidup dan Kota Batu penyumbang angka kematian ibu sebesar 25 persen.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan angka kematian ibu, diantaranya adalah dengan program pemberian nutrisi susu dan makanan tambahan bagi ibu hamil dan persalinan gratis. Akan tetapi aspek lain yaitu pendampingan secara berkelanjutan dengan pendekatan keluarga masih belum tersentuh. Keluarga ibu hamil adalah keluarga sebagai sub sistem dari masyarakat memiliki berbagai macam karakteristik permasalahan yang bervariasi antara keluarga yang satu dengan yang lainnya, berbagai potensi-potensi yang dimiliki tertutup oleh ketidakmampuan dalam mengatasi masalahnya sendiri akhirnya banyak mengakibatkan ketidaktahuan cara melakukan deteksi dini terhadap komplikasi yang terjadi selama kehamilan berlangsung dan berisiko terhadap permasalahan yang lebih besar yaitu terjadinya kematian pada ibu hamil.

Ibu hamil sebagai dampingan membutuhkan pengetahuan dan informasi tentang kemungkinan-kemungkinan yang terjadi selama kehamilan, sangat tergantung pendamping (*outreach*) yang dalam hal ini adalah keluarganya sendiri yang bertindak sebagai *peer support*. Pendampingan melalui pendekatan keluarga sebagai upaya strategis sangat menarik untuk dikembangkan. sehingga memperhatikan hal diatas dan pentingnya fungsi pendampingan keluarga terutama fungsi promotif preventif, dan untuk mengimplikasikan Visi Program Studi D-III Kebidanan Malang yaitu: Menjadi Program Studi Vokasi Kebidanan Yang Berkarakter Dan Unggul Dalam Upaya Promotif, Preventif Kesehatan Ibu dan Anak Pada Tahun 2019. Maka peneliti bermaksud ingin melihat efektifitas pendampingan yang dilakukan oleh kelompok peduli kesehatan ibu terhadap kejadian komplikasi dalam kehamilan.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Pendampingan

#### 2.1.1 Definisi Pendampingan

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia pendampingan berasal dari kata pendamping yang berarti perbuatan menemani, mendampingi, dan menyertai. Dalam kesehatan masyarakat, pendampingan adalah pekerjaan yang dilakukan oleh pendamping atau fasilitator (*community facilitator*) dalam berbagai program yang mempunyai tugas sebagai penghubung (katalisator), penggerak, pendorong dan motivator. Kata pendampingan lebih bermakna pada kebersamaan, kesejajaran, samping menyamping, kedudukan antara pendamping dan dampingi sederajat. Hal ini membawa implikasi bahwa peran pendamping hanya sebatas pada memberikan alternative, saran dan bantuan konsultatif dan tidak pada pengambilan keputusan.

Pendampingan merupakan strategi umum yang digunakan pemerintah atau lembaga non pemerintah/profit dalam upaya untuk meningkatkan mutu dan kualitas dari sumber daya manusia, sehingga mampu mengidentifikasi diri sendiri sebagai bagian dari permasalahan yang dialami dan berupaya untuk mencari alternative pemecahan dari masalah yang dihadapi. Menurut Suharto (2005. 93) pendampingan adalah satu strategi yang sangat menentukan keberhasilan program pemberdayaan masyarakat, strategi pendampingan lebih mengutamakan pada *making the best of the client's resources* (Payne, 1986 dalam Suharto).

Keterlibatan masyarakat sebagai sumber daya manusia merupakan potensi untuk memberdayakan dirinya dalam mencapai apa yang menjadi tujuan dari masyarakat. Inti dari pendampingan lebih menitik beratkan kepada menyertakan masyarakat dalam mengembangkan berbagai potensi yang dimiliki untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Masyarakat lebih mengetahui

permasalahannya dan apa yang dimiliki untuk memecahkan permasalahan yang terjadi di masyarakat.

Menurut Primahendra (2002: 6) mengatakan pendampingan adalah kegiatan pemberdayaan masyarakat dengan menempatkan tenaga pendamping yang berperan sebagai fasilitator, komunikator dan dinamisator. Pendampingan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan dan dapat bermakna pembinaan, pengajaran, pengarahan dalam kelompok yang lebih berkonotasi pada menguasai, mengendalikan dan mengontrol. Depsos RI (2007, h.4) pendampingan adalah proses relasi sosial antara pendamping dengan korban dalam bentuk pemberian kemudahan (fasilitas) untuk mengidentifikasi keutuhan dan memecahkan masalah serta mendorong tumbuhnya inisiatif dalam proses pengambilan keputusan sehingga kemandirian korban secara berkelanjutan dapat diwujudkan.

Berdasarkan pandangan dan pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa pendampingan merupakan bagian dari program kegiatan penjangkauan (*outreach*), pada dasarnya pendampingan adalah merujuk pada upaya-upaya memberikan kemudahan, kepada siapa saja untuk memecahkan masalah yang dihadapi oleh dampingan. Aktifitas pendampingan umumnya dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) secara bersamaan melalui aktivitas penjangkauan, kemudian dilanjutkan ketika ditemukan kasus-kasus yang membutuhkan pendampingan yang lebih dari seorang *outreach worker*.

Dalam penelitian yang akan dilakukan pada ini, aktivitas *outreach* dilakukan melalui tiga tahap yaitu:

- 1) Pemetaan

Kegiatan pemetaan dilakukan untuk identifikasi ibu hamil

- 2) Penjangkauan awal

Kegiatan penjangkauan awal meliputi kegiatan adaptasi lingkungan, menggali kebutuhan pendampingan yang diinginkan oleh ibu hamil (triangulasi data).

### 3) Penjangkauan lanjut

Penjangkauan lanjut dilakukan untuk *finalisasi* kebutuhan pendampingan yang diinginkan oleh ibu hamil melalui focus group diskusi (FGD), menggali masalah dan kebutuhan, menyampaikan informasi dan respon kebutuhan.

Kegiatan diatas dilakukan secara berkesinambungan. Keberhasilan memunculkan perubahan perilaku dalam kelompok dampingan untuk melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan, sangat ditentukan keberhasilan dalam memetakan potensi dan sumber masalah, melakukan relasi awal dalam membangun kepercayaan, serta intervensi tindakan terhadap penyelesaian masalah, melakukan relasi awal dalam membangun kepercayaan, serta intervensi dan tindakan terhadap penyelesaian masalah.

## 2.1.2 Model Pendampingan

Keberhasilan pendampingan sangat tergantung dari karakteristik seorang pendamping. Pendamping harus memiliki dedikasi dan komitmen tinggi, terlatih, dapat diterima dan tahu betul kondisi lapangan. Pendamping yang berpengetahuan, ramah, sopan, *humble*, memiliki *communication skill* yang baik, ramah, mau mendengar, jujur, dan menepati janji dapat dengan mudah membina rasa saling percaya dari dampingan sehingga memudahkan kerjasama untuk mencapai tujuan dari pendampingan.

Seorang pendamping dapat menggunakan atau memilih model pendampingan/*outreach* mana yang akan digunakan sebagai kegiatan pendampingan. Menurut Stimson (Depsos, 1999, h.77) model pendampingan dibedakan menjadi dua model, yaitu:

#### 1. *Individual outreach*

Pendampingan individu merupakan pendampingan yang memfokuskan intervensi pada diri dampingan (*client centered*) untuk memberdayakan individu dampingan.

#### 2. *Community outreach*

Pendampingan komunitas adalah model pendampingan yang berorientasi kepada komunitas atau penduduk yang bertujuan untuk mendorong perubahan dalam peer group, norma-norma masyarakat dan perilaku pada umumnya.

Dalam penelitian ini model yang digunakan adalah model *individual outreach* yaitu pendampingan berbasis *continuum of care* dengan memberdayakan keluarga ibu hamil.

### **2.1.3 Tujuan, Fungsi Pendampingan**

#### **Tujuan Pendampingan**

Setiap pendampingan harus memiliki tujuan yang akan dicapai. tujuan pendampingan dapat bervariasi tergantung pada siapa, dimana, kapan dan untuk apa pendampingan yang akan dilakukan. Menurut Wiryasaputra (2006:79) tujuan dari pendampingan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Mengubah klien menuju pertumbuhan  
Dalam pendampingan, pendamping secara berkelanjutan memfasilitasi orang yang didampingi agar dapat menjadi agen perubahan bagi diri dan lingkungannya.
2. Membantu klien mencapai pemahaman diri secara penuh dan utuh  
Pendampingan dilakukan supaya klien dapat mengenali kekuatan dan kelemahan yang ada pada dirinya.
3. Membantu klien untuk belajar berkomunikasi dengan lebih sehat  
Merupakan bantuan kepada klien agar dapat menciptakan komunikasi yang baik.
4. Membantu klien untuk berlatih tingkah laku baru yang sehat  
Pendampingan dalam tujuan ini akan memfasilitasi klien untuk menciptakan dan berlatih perilaku baru yang lebih baik dan lebih sehat.
5. Membantu klien agar belajar mengungkapkan diri secara penuh dan utuh

Pendampingan yang bertujuan agar klien lebih spontan, kreatif dan efektif mengekspresikan perasaan, keinginan dan aspirasinya.

6. Membantu klien agar dapat bertahan

Pendamping akan melakukan pendampingan agar klien dapat bertahan pada masa kini menerima keadaan dengan lapang dada dan mengatur kehidupan dengan kondisi yang baru.

7. Membantu klien untuk menghilangkan gejala-gejala yang dapat membuatnya menjadi disfungsional

Pendamping ditujukan agar klien dapat menghilangkan gejala-gejala yang mengganggu sebagai akibat dari krisis yang telah dialaminya.

Pada penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan (upaya promotif) dan pencegahan dengan deteksi dini komplikasi pada kehamilan (upaya preventif) khususnya pada ibu hamil yang mendapatkan dampingan berbasis *continu of care*. Intervensi yang dilakukan pada pendampingan bertujuan untuk mengubah perilaku dan dilakukan melalui tahapan sebagai berikut;

1. Pemberian informasi yang sangat sederhana mengenai seputar kehamilan. Pada tahap ini pengetahuan baru bisa meningkatkan kewaspadaan keluarga dan ibu hamil terhadap informasi yang diberikan.
2. Pemberian informasi yang berkesinambungan dan lebih rinci tentang kehamilan sehat dan tanda bahaya dalam kehamilan.
3. Memutuskan untuk pilihan yang cocok untuk diri sendiri dari beberapa pilihan yang ada (*comtemplative*) dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
4. Membuat keluarga dan ibu siap untuk melakukan pilihannya, misalnya dalam hal terjadinya permasalahan selama kehamilan dan kecepatan dan ketepatan dalam memilih fasilitas kesehatan.

## **Fungsi Pendampingan**

Fungsi pendampingan sangat tergantung dari konteks permasalahan, tujuan, waktu dan proses pendampingan. Beberapa fungsi pendampingan, diantaranya:

### *1. Healing function*

Fungsi penyembuhan digunakan ketika melihat keadaan yang perlu dikembalikan ke keadaan semula atau mendekati keadaan semula. Fungsi ini digunakan untuk membantu dampingan menghilangkan gejala-gejala dan tingkah laku yang disfungsional sehingga dia tidak menampakkan lagi gejala yang mengganggu dan dapat berfungsi kembali secara normal.

### *2. Guiding fuction*

Fungsi membimbing dilakukan sewaktu dampingan harus mengambil keputusan tertentu tentang masa depannya. Pada fungsi ini terjadi proses pengambilan keputusan oleh dampingan.

### *3. Sustaining function*

Fungsi menopang merupakan fungsi yang digunakan untuk menopang kondisi yang terjadi pada saat-saat tertentu sampai dampingan dapat mengatasi sendiri secara penuh kondisi yang terjadi.

### *4. Reconciling function*

Fungsi ini digunakan untuk membantu damping apabila mengalami konflik batin dengan pihak lain yang mengakibatkan putusannya hubungan.

### *5. Liberating, empowering, capacity building function*

Dalam fungsi kelima ini mengandung fungsi membebaskan atau memampukan dan memperkuat dari dampingan terhadap upaya yang telah dilakukan.

Fungsi pendampingan yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi 4 fungsi yaitu:

1. *Enabling and fasilitator*

Merupakan fungsi yang berkaitan dengan motivasi dan kesempatan bagi kelompok peduli kesehatan ibu dan keluarga ibu hamil. Tugas pada fungsi ini antara lain menjadi model, melakukan mediasi dan negosiasi, membangun consensus bersama serta melakukan manajemen sumber.

2. *Empowering*

Fungsi ini berkaitan dengan pendidikan dan pelatihan guna memperkuat kapasitas kelompok (*capacity building*). Pendamping berperan aktif sebagai agen yang memberikan masukan positif dan direktif berdasarkan pengetahuan dan pengalaman ibu hamil dan keluarga yang didampinginya, membangkitkan kesadaran, menyampaikan informasi, melakukan konfrontasi, menyelenggarakan penyuluhan bagi ibu hamil dan keluarga.

3. *Protecting*

Fungsi ini terkait dengan interaksi antara pendamping dengan lembaga-lembaga eksternal atas nama dan kepentingan masyarakat dampungannya. Tugas pendamping pada fungsi ini adalah bekerjasama dengan kelompok dasa wisma (PKK), kelurahan setempat, bidan desa, fasilitas kesehatan dan dinas kesehatan, meningkatkan hubungan masyarakat dan membangun jaringan kerja.

4. *Supporting*

Fungsi ini berorientasi kepada aplikasi keterampilan yang bersifat praktis yang dapat mendukung terjadinya perubahan positif pada dampungannya.

#### **2.1.4 Tahapan Pendampingan**

Tahapan pendampingan menurut Adi (2003. h 250-258), sebagai berikut:

1. Persiapan

Tahap persiapan dapat dilakukan secara formal dan nonformal, tahapan ini dilakukan untuk mempersiapkan pendamping yang bertujuan menyamakan persepsi antar anggota tim pendamping.

2. *Assesment*

Tahap assessment mencakup kegiatan identifikasi masalah/kebutuhan (*felt needs*) dan potensi yang dimiliki oleh dampingan.

3. Perencanaan alternative kegiatan

Pada tahap ini kelompok peduli kesehatan ibu secara partisipatif mencoba melibatkan dan mengajak keluarga ibu hamil untuk berpikir tentang kesehatan ibu hamil dan upaya-upaya yang akan dilakukan dalam menghadapi kemungkinan permasalahan yang terjadi selama kehamilan.

4. Rencana aksi

Dalam tahap perencanaan alternative kegiatan kelompok peduli kesehatan ibu (*community worker*) membantu masing-masing anggota kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan yang akan dilakukan.

5. Implementasi

Tahap rencana aksi merupakan tahapan pelaksanaan dari rencana yang sudah ditentukan dan dibuat bersama oleh kelompok.

6. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan proses pengawasan dari kelompok peduli kesehatan ibu dan keluarga terhadap proses pendampingan yang dilakukan.

7. Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap pemutusan hubungan secara formal dengan sasaran dampingan.

### **2.1.5 Tanggungjawab Pendampingan**

Tanggung jawab pendamping dikategorikan dalam 6 kegiatan kategori kegiatan, yaitu:

1. *Outreach*

*Outreach* atau penjangkauan adalah kegiatan menjangkau dampingan di tempat-tempat mereka tinggal yang meliputi pemetaan dan pendampingan.

2. *Trust building*

Dalam membangun kepercayaan kegiatan yang dilakukan pendamping meliputi membangun komunikasi yang efektif, membangun kepercayaan, dan mempercepat hubungan social.

3. *Program Intervention*

Intervensi disesuaikan dengan kebutuhan dan permasalahan yang ada pada dampingan.

4. *Community Partisipation*

Kegiatan yang dilakukan mengusahakan keterlibatan keluarga dalam upaya mengurangi permasalahan dampingan.

5. *Advocacy*

Pendamping melakukan advokasi yang bertujuan untuk merubah kebijakan yang merugikan dampingan, Kegiatan yang dilakukan antara lain pendekatan ke system suber di lingkungan social dampingan.

6. *Administrasi and Data base*

Kegiatan yang dilakukan pendamping, selain memberikan pendampingan di lapangan juga melakukan kegiatan administratif seperti mengikuti rapat bersama lembaga pemberi layanan publik untuk membuka akses pelayanan bagi dampingan, membuat pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan dampingan.

### **2.1.6 Pedoman Pendampingan**

Selain memahami tugas, peran, fungsi dan tanggung jawab, seorang pendamping dalam melakukan pendampingan harus berpijak

pada pedoman pendampingan. Pedoman pendampingan menurut DuBois dan Miley (1992) sebagai dikutip dari Departemen Sosial sebagai berikut:

1. Membangun relasi pertolongan yang (a) merefleksikan respon empati, menghargai pilihan dan hak dampingan untuk menentukan nasibnya sendiri (*self determination*), (b) menghargai perbedaan dan keunikan individu dampingan, (c) menekankan kerjasama (*client patternership*).
2. Membangun komunikasi yang (a) menghormati martabat dan harga diri dampingan, (b) mempertimbangkan keragaman individu, (c) berfokus pada dampingan, (d) menjaga kerahasiaan dampingan,
3. Terlibat dalam proses pemecahan masalah, (a) memperkuat partisipasi dampingan dalam semua proses pemecahan masalah, (b) menghargai hak-hak dampingan, (c) merangkai tantangan-tantangan sebagai kesempatan belajar, (d) melibatkan dampingan dalam mengambil keputusan dan evaluasi.
4. Merefleksikan sikap dan nilai professional pekerjaan melalui: (a) ketaatan terhadap pola kode etik profesi, (b) keterlibatan dalam pengembangan professional, (c) riset dan perumusan kebijakan, (d) penterjemah kesulitan-kesulitan pribadi ke dalam isu-isu public, € penghapusan segala bentuk diskriminasi dan ketidaksetaraan dan kesempatan,

## 2.2 Konsep Pendampingan Berbasis *Continuum of Care* Dalam Kehamilan

*Continuity of care* dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan. **Continuum of Care** is a concept involving a system that guides and tracks patients over time through a comprehensive array of health services spanning all levels and intensity of care. **Continuum of Care** adalah konsep yang melibatkan sistem yang memandu dan melacak pasien dari waktu ke waktu melalui rangkaian layanan kesehatan yang komprehensif yang mencakup semua tingkat dan intensitas

perawatan. **Continuum of Care** dapat mencakup serangkaian layanan yang luas, dan biasanya tidak mengacu pada sistem formal pemberian perawatan.

Program *Continuum of Care* (CoC) dirancang untuk mempromosikan komitmen seluruh masyarakat, mempromosikan akses dan efek pemanfaatan program oleh individu dan keluarga, serta mengoptimalkan swasembada di kalangan individu, keluarga ibu hamil.



Gambar 2.1. Pendekatan Keluarga “*Continuum Of Care & Life Cycle*”

Definisi asuhan kebidanan yang berkesinambungan dinyatakan dalam bidang diakui sebagai seorang professional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan perempuan selama kehamilan, persalinan, dan periode paska salin (ICM, 2005). Jadi asuhan kebidanan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efek primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan dan perawatan kesehatan mereka.

Kontinuitas pelayanan selama kehamilan dicapai ketika hubungan berkembang dari waktu ke waktu antara seorang perempuan, keluarga dan bidan. Pelayanan kebidanan harus disediakan oleh kelompok atau orang terdekat sebagai pendamping dari awal kehamilan sampai menjelang kelahiran. Pendampingan secara berkelanjutan selama kehamilan harus dipastikan ada dalam waktu 24 jam, untuk itu pendampingan secara

berkelanjutan harus melibatkan orang terdekat dengan menggunakan prinsip pemberdayaan ibu dan keluarga.

### **2.2.1 Prinsip Pendampingan Berbasis *Continuum of Care* (COC) dalam Kehamilan**

Dalam penelitian ini menggunakan prinsip pendampingan berbasis *continuum of care* sebagai berikut:

1. Terjadinya komplikasi selama kehamilan tidak dapat diprediksi (*unpredictable*), kapan dan siapa yang akan mengalami komplikasi, sehingga pendampingan perlu dilakukan secara berkesinambungan.
2. Setiap kehamilan beresiko, sehingga membutuhkan pendampingan, ketersediaan pelayanan yang berkesinambungan.
3. Pemberdayaan, ibu dan keluarga adalah pelaku utama dalam pendampingan. Oleh karena itu bidan harus memberdayakan ibu dan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri pada kondisi tertentu.
4. Otonomi, pengambil keputusan adalah ibu dan keluarga. Untuk dapat mengambil suatu keputusan ibu dan keluarga memerlukan informasi yang mudah diterima.
5. Dimensi kesinambungan, ibu hamil harus dapat dilayani sesuai kebutuhan, termasuk rujukan jika diperlukan, sehingga dalam pendampingan juga harus memberdayakan masyarakat terutama kader kesehatan.
6. Ibu hamil dan keluarga juga harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkan, karena riwayat penyakit ibu hamil terdokumentasi dengan lengkap, akurat dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan ibu hamil dapat terlaksana dengan tepat waktu dan tempat asuhan, sehingga dalam pendampingan juga melibatkan bidan setempat.

## **2.3 Konsep Dasar Kehamilan**

### **2.3.1 Pengertian Ibu Hamil**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2001, 416) ibu adalah wanita yang telah melahirkan seseorang dan sebutan untuk wanita yang sudah bersuami. Sedangkan hamil adalah mengandung janin dalam rahim karena sel telur yang dibuahi oleh spermatozoa (KBBI, 2001: 385).

Berdasarkan arti harfiah diatas dapat disimpulkan bahwa ibu hamil adalah wanita yang sedang mengandung janin dalam rahimnya.

### **2.3.2 Proses Kehamilan**

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

### **2.3.3 Diagnosis Kehamilan**

Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

1. Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 100 gram apabila berakhir disebut keguguran
2. Kehamilan sampai 29 minggu sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas
3. Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut aterm
4. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau serotinus.

### **2.3.4 Klasifikasi Masa Kehamilan**

Masa kehamilan dibagi menjadi:

1. Triwulan/trimester pertama usia kehamilan 0-12 minggu
2. Triwulan/trimester kedua usia kehamilan 12-28 minggu
3. Triwulan/trimester ketiga usia kehamilan 29-42 minggu

### 2.3.5 Tanda Gejala Kehamilan

Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala dalam kehamilan. Tanda gejala kehamilan meliputi tanda dugaan kehamilan, tanda tidak pasti dan tanda pasti kehamilan. Adapun tanda-tanda tersebut sebagai berikut:

1. Tanda dugaan kehamilan
  - a. Amenorea (terlambat datang bulan)
  - b. Emesis (mual dan muntah)
  - c. Ngidam
  - d. Sinkope (pingsan)
  - e. Payudara tegang
  - f. Sering buang air kecil
  - g. Konstipasi (susah buang air besar)
  - h. Pigmentasi kulit
  - i. Epulis (hipertropi gusi)
  - j. Varises
2. Tanda tidak pasti
  - a. Rahim membesar sesuai dengan usia kehamilan
  - b. Pada pemeriksaan dalam ditemukan: tanda hegar, tanda chadwicks, tanda piscaseck, kontraksi branxton hick, teraba ballotement.
3. Tanda pasti
  - a. Gerakan janin dalam Rahim
  - b. terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin
  - c. Denyut jantung janin

### 2.3.6 Kebijakan Program Kunjungan Ibu Hamil

- a. Satu kali pada usia kehamilan 0 – 12 minggu (trimester pertama)
- b. Satu kali pada usia kehamilan 13 – 28 minggu (trimester kedua)
- c. Dua kali pada usia kehamilan 29 – 42 minggu (trimester ketiga)

### 2.3.7 Tujuan asuhan kehamilan

#### a. Tujuan asuhan kehamilan

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan bayi
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

## 2.4 Konsep Keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan diwilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga diwilayah kerjanya. Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998), terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu:

#### 1. Fungsi afektif (*The Affective*

*Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:
  - a. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
  - b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
  - c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,
  - d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
  - e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

## 2.5 Pendekatan Keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga-

keluarga di wilayah kerjanya. Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga).

Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah, melakukan pendampingan dengan pemberdayaan masyarakat melalui kelompok peduli kesehatan ibu/kelompok kelas ibu, dengan meliputi kegiatan berikut:

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (updating) pangkalan data.
2. Kunjungan keluarga untuk identifikasi kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.
3. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi seputar kesehatan ibu hamil kepada keluarga sebagai upaya promotif preventif (dengan menggunakan modul pendampingan).
4. Kunjungan keluarga untuk untuk memberdayakan anggota keluarga dalam mengenali dan mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.
5. Kunjungan keluarga untuk evaluasi kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.

Kunjungan keluarga dilakukan secara rutin dan terjadwal dengan menggunakan buku monitoring pendampingan. Dengan melakukan kunjungan ibu hamil di rumahnya, pendamping bersama keluarga akan mengenali masalah-masalah kesehatan yang dihadapi keluarga terutama ibu secara berkelanjutan (*continuum of care*). Keluarga ibu hamil yang perlu mendapatkan pelayanan kesehatan kemudian dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan atau pelayanan Puskesmas. Keluarga juga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai factor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya.

### **Tujuan Pendekatan Keluarga**

1. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta kuratif dan rehabilitative.

2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota dan Propinsi melalui peningkatan akses dan skrining.
3. Mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

#### Keluarga Sebagai Fokus Pemberdayaan

Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan terkecil dari masyarakat, terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga yang seperti ini disebut keluarga inti (keluarga batih). Sedangkan keluarga yang anggotanya mencakup juga kakek atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah, bahkan juga tidak memiliki hubungan darah. Karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka derajat kesehatan rumah tangga atau keluarga menentukan derajat kesehatan masyarakat.

Sementara terkait dengan kesehatan ibu, kesehatan ibu di keluarga akan mempengaruhi kesehatan ibu di masyarakat. Kesehatan ibu hamil ditentukan dari keluarga. Oleh karena itu inti dari pengembangan desa dan keluarga adalah memberdayakan keluarga-keluarga terutama ibu hamil agar mampu menjaga kesehatan ibu hamil selama kehamilan. Keluarga yang sadar akan kesehatan ibu hamil akan dapat melakukan upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil (upaya promotif) dan akan melakukan deteksi dini terhadap masalah-masalah yang kemungkinan akan terjadi selama kehamilan (upaya preventif), dengan demikian akan mencegah terjadinya komplikasi selama kehamilan dan membantu menurunkan angka kematian ibu.

Pemberdayaan masyarakat adalah bagian dari fungsi upaya kesehatan masyarakat (UKM) dari Puskesmas. Karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka pemberdayaan masyarakat dimulai dari keluarga. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Akti, bahwa pemberdayaan masyarakat

desa/kelurahan merupakan kelanjutan pemberdayaan keluarga melalui pengembangan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Pemberdayaan keluarga akan menghasilkan keluarga-keluarga sehat yang diukur dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS).

Pentingnya pendekatan keluarga juga diamanatkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019. Dalam Renstra disebutkan bahwa salah satu acuan bagi arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah penerapan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan (*continuum of care*). Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan harus dilakukan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia (*life cycle*), sejak masih dalam kandungan, sampai lahir menjadi bayi, tumbuh menjadi anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa muda (usia produktif), dan akhirnya menjadi dewasa tua atau usia lanjut (lihat gambar 1). Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia, maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, individu-individu harus dilihat dan diperlakukan sebagai bagian dari keluarganya.

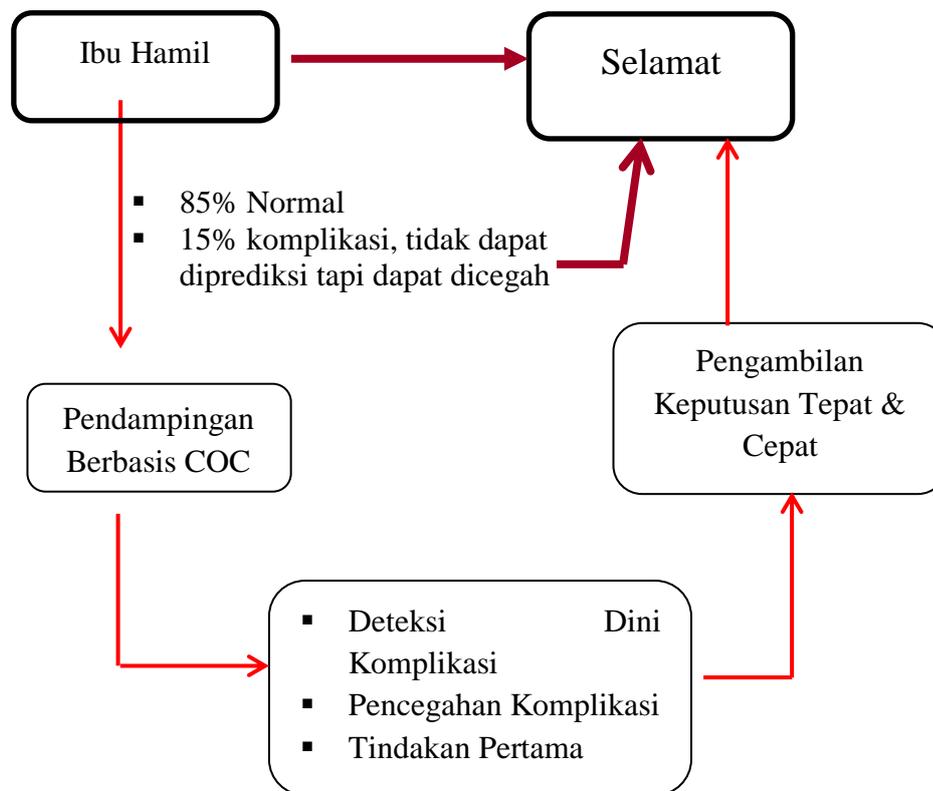
## **2.6 Kemandirian Keluarga**

Pada pembahasan sebelumnya dijelaskan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami-istri dan anak, atau ayah dan anak, atau ibu dan anak. Kualitas keluarga adalah kondisi mencakup aspek pendidikan, kesehatan, ekonomi, sosial budaya, kemandirian keluarga, mental, spiritual, dan nilai-nilai agama yang merupakan dasar mencapai keluarga sejahtera.

Kemandirian keluarga adalah sikap dan perilaku keluarga untuk mencapai kualitas keluarga. Kemandirian keluarga dimaksud dalam penelitian ini adalah kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi yang terjadi selama kehamilan, kemandirian keluarga dalam mengatasi keluhan ringan yang terjadi selama kehamilan, kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil, kemandirian keluarga dalam

melakukan pemeriksaan kehamilan serta kemandirian keluarga dalam mengkonsumsi tablet tambah darah. Kemandirian tersebut diukur dengan menggunakan lembar observasi kemandirian keluarga yang disusun berdasarkan pengembangan dari modul pendampingan dan buku kesehatan ibu dan anak. Keluarga dikategorikan mandiri apabila dari semua item pernyataan yang ada pada lembar observasi terisi dengan jawaban Ya.

## 2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pendampingan Berbasis *Continuum of Care*

## 2.8 Hipotesis

Pendampingan Berbasis *Continuum of Care* Efektif Meningkatkan Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil.

## **BAB III**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1 Tujuan Penelitian**

##### **3.1.1 Tujuan Umum**

Melihat efektifitas pendampingan berbasis *continuum of care* terhadap kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.

##### **3.1.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi dalam kehamilan selama pendampingan
2. Mengetahui kemandirian keluarga dalam keluhan ringan selama pendampingan
3. Mengetahui kemandirian keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi
4. Mengetahui kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan kehamilan
5. Mengetahui kemandirian keluarga dalam mengkonsumsi tablet tambah darah
6. Menjelaskan efektifitas pendampingan keluarga berbasis *continuum of care* terhadap kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.

#### **3.2 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian dapat dipertimbangkan sebagai:

- 3.2.1 Kebijakan dalam mempercepat mencapai Program Indonesia Sehat, utamanya untuk meningkatkan gerakan masyarakat dalam meningkatkan upaya promotif dan preventif kesehatan ibu dalam menurunkan angka kejadian komplikasi dalam kehamilan (*early diagnosis*) oleh masyarakat di tingkat keluarga.

- 3.2.2 Produk penelitian (modul pendampingan) dapat digunakan untuk masyarakat khususnya keluarga ibu hamil dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seputar kehamilan.
- 3.2.3 Produk penelitian (modul pendampingan) dapat dipergunakan sebagai media bagi kader kesehatan dalam memberikan penyuluhan pada ibu hamil pada saat kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

## BAB IV METODE PENELITIAN

### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan menggunakan *control group desain*, yaitu memberikan pendampingan kepada ibu hamil secara berkelanjutan dengan menggunakan modul pendampingan.

### 4.2 Populasi dan sampel

#### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil dan keluarga yang berada di wilayah Kota Batu, yang berada dan aktif dalam kegiatan Posyandu.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel diambil dari sebagian populasi secara *simple random sampling*, yaitu mengambil sampel berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan. Penentuan besar sampel dalam penelitian didasarkan pada lingkup kajian sama (Rosner;2006). Formulasi besar sampel ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{\sigma^2(1-\alpha + 1-\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n	: <i>sample size</i>	
$\alpha$	: <i>Level of significance (%)</i>	= 0.05
1- $\beta$	: <i>Power of test (%)</i>	= 90%
$\sigma$	: <i>Population standard deviation</i>	= 22.24
$\sigma^2$	: <i>Population variance</i>	= 494.62
$\mu_1$	: <i>Test value of the population mean</i>	= 78.67
$\mu_2$	: <i>Anticipated population mean</i>	= 99.67

Dari perhitungan dengan menggunakan rumus didapatkan jumlah sampel =  $119.7 = 120$  subyek penelitian. 60 untuk kelompok perlakuan dan 60 untuk kelompok kontrol.

### 4.3 Variabel Penelitian

- 4.3.1. Variabel *dependent* : Pendampingan berbasis COC
- 4.3.2. Variabel *independent* : Kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil.

#### 4.3.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Kategori
Pendampingan berbasis <i>continuum of care</i>	Merupakan bentuk pengembangan asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil melalui kunjungan dari kehamilan trimester I sampai menjelang persalinan, meliputi: trimester I=3 x kunjungan, trimester II=6 x dan trimester III=6 kali yang bertujuan untuk membantu kemandirian keluarga.	Modul pendampingan, buku KIA	Nominal	1: dilakukan 2: tidak dilakukan
Kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu	Hasil pengamatan perilaku keluarga yang dilakukan pada keluarga	Lembar observasi	Nominal	1. Kemandirian dalam mengenali komplikasi kehamilan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandiri apabila 5 item</li> </ul>

hamil.	sebelum dan sesudah pendampingan terkait dengan pengenalan terhadap komplikasi kehamilan, keluhan ringan selama kehamilan, pemenuhan kebutuhan nutrisi kehamilan, pemeriksaan kehamilan dan konsumsi tablet tambah darah			<p>pernyataan pada lembar observasi berisi jawaban Ya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak mandiri apabila hasil observasi jawaban Ya kurang dari 5</li> </ul> <p>2. Kemandirian mengatasi keluhan ringan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandiri apabila 8 item pernyataan pada lembar observasi berisi jawaban Ya</li> <li>▪ Tidak mandiri apabila hasil observasi jawaban Ya kurang dari 8</li> </ul> <p>3. Kemandirian pemenuhan kebutuhan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandiri apabila 5 item pernyataan pada lembar observasi berisi jawaban Ya</li> <li>▪ Tidak mandiri apabila hasil observasi jawaban Ya kurang dari 5</li> </ul> <p>4. Kemandirian dalam pemeriksaan kehamilan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandiri apabila 6 item pernyataan pada lembar</li> </ul>
--------	--	--	--	---

				<p>observasi berisi jawaban Ya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak mandiri apabila hasil observasi jawaban Ya kurang dari 6</li> </ul> <p>5. Kemandirian dalam mengkonsumsi tablet tambah darah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandiri apabila 4 item pernyataan pada lembar observasi berisi jawaban Ya</li> <li>▪ Tidak mandiri apabila hasil observasi jawaban Ya kurang dari 4</li> </ul>
--	--	--	--	--

#### 4.4 Tempat Dan Waktu Penelitian

##### 4.4.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kecamatan Batu Kota Batu

##### 4.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan sejak pengajuan proposal sampai penulisan laporan akhir: Januari sampai Nopember 2018.

#### 4.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi beberapa tahapan yaitu:

- 1) Sosialisasi pendampingan
- 2) Implementasi pendampingan sebagai berikut:
  - Pelaksanaan pendampingan oleh keluarga.
  - Peneliti dan numerator (kader dan bidan desa) bertindak sebagai fasilitator dan melakukan kunjungan sebanyak 15kali ke rumah ibu hamil.
  - Pada awal pendampingan pendamping akan melakukan pengkajian karakteristik ibu hamil dan tentang kehamilan
  - Sebelum dilakukan pendampingan, pada kunjungan minggu pertama dan kedua akan dilakukan observasi pada kelima aspek kemandirian
  - Pendampingan dilakukan mulai dari minggu ketiga sampai minggu sampai menjelang persalinan

- Setiap kali kunjungan, fasilitator akan mencatat hasil kegiatan pendampingan dan melakukan evaluasi dari hasil pendampingan
- Diluar jadwal kunjungan pendamping dan peneliti aktif melakukan komunikasi, dan setiap satu bulan sekali bertemu untuk diskusi tentang pendampingan.
- Pada akhir minggu ke limabelas akan diobservasi tingkat kemandirian keluarga

#### **4.6 Teknis Analisis Data**

Analiis data dilakukan tahapan sebagai berikut:

- 4.6.1 Menghitung rata-rata sebelum dan setelah pendampingan
- 4.6.2 Menghitung selisih antara nilai rata-rata setelah dikurangi sebelum, oleh karena jumlah setiap item pertanyaan tidak sama, maka untuk menganalisis efektifitas harus dilakukan kesetaraan.
- 4.6.3 Melakukan kesetaraan dengan cara mengambil nilai logaritma yang dihitung dengan menggunakan excel dengan rumus  $\log_{10}(\text{sel})$
- 4.6.4 Setelah diperoleh nilai logaritmanya, dikalikan dengan 100%, nilai perkalian akhir ini digunakan untuk melihat efektifitas, nilai terbesar menunjukkan bahwa intervensi memiliki pengaruh yang berurutan (dari nilai besar sampai nilai terkecil)

#### **4.7 Penyajian Data Hasil Penelitian**

Dalam penelitian ini, data akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, gambar, dan analisa data dalam bentuk narasi.

#### **4.8 Ethical Clerence**

Agar tidak mengabaikan hak-hak responden maka dalam penelitian ini peneliti menerapkan etika penelitian yang meliputi :

##### **1. Respec To Person**

Menghormati harkat dan martabat manusia

##### **1.1. Informed concernt**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan serta tatacara dari perlakuan stimulasi kulit sacral pressure dan isi dari lembar persetujuan, setelah itu apabila calon responden telah mengerti dan bersedia menjadi responden, maka diberikan lembar persetujuan untuk ditanda tangani responden sendiri.

##### **1.2. Anonymity**

Merahasiakan nama ibu yang bersedia menjadi responden dengan menggunakan inisial.

##### **2. Beneficience**

Menggunakan prinsip berbuat baik mulai dari persiapan, pelaksanaan dan setelah penelitian.

##### **2.1 Confidentiality**

Menjamin kerahasiaan informasi yang telah terkumpul, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan pada hasil penelitian.

##### **2.2. Privace**

Menjaga dan menghormati privasi responden.

**3. *Justice***

Mempertimbangkan keuntungan dan kerugian responden dari penelitian yang dilakukan.

**BAB IV**  
**BIAYA DAN JADUAL PENELITIAN**

**4.2 Biaya Penelitian Tahap II**

<b>Kode</b>	<b>Jenis Pengeluaran</b>	<b>Vol</b>	<b>Harga Satuan</b>	<b>Biaya Yang Diusulkan</b>
521211	<b>Belanja Bahan</b>			<b>9,170,000</b>
	Penggandaan Makalah Proposal Pengajuan	4	27,500	110,000
	Revisi Proposal	4	27,500	110,000
	Penggandaan Modul Pendampingan	30	50,000	1,500,000
	Undangan Rapat (4 keg x 1 lbr x 60 org)	240	500	120,000
	Makalah Laporan Kemajuan Tahap I	4	27,500	110,000
	Makalah Laporan Akhir	6	50,000	300,000
	Kuesioner Studi Lapangan (3 lbr x 60 org)	180	500	90,000
	Konsumsi Rapat Persiapan	70	27,500	1,925,000
	Konsumsi Rapat Evaluasi	70	27,500	1,925,000
	Konsumsi Pra Pendampingan	70	17,500	1,225,000
	Konsumsi Pasca Pendampingan	70	17,500	1,225,000
	Kertas A4	2	45,000	90,000
	Pensil, Penghapus, Bolpoint, Buku Tulis	70	5,000	350,000
522141	<b>Belanja Sewa</b>			
522191	<b>Belanja Jasa Lainnya</b>			<b>1,750,000</b>
	Jasa Lahan	2	500,000	500,000
	Jasa Pengolahan Data	1	1,000,000	1,000,000
	Jasa Etical Clereance	1	225,000	225,000
524113	<b>Belanja Perjalanan Dinas Dalam Kota</b>			<b>19,700,000</b>
	Transport Peneliti Penjajakan	2	100,000	200,000
	Transport Peneliti Rapat Persiapan	1	100,000	100,000
	Transport Peneliti Penyebaran Kuesioner	2	100,000	200,000
	Transport Peneliti Rapat Pra & Paska Pendampingan	2	100,000	200,000
	Transport Peneliti Rapat Evaluasi	2	100,000	200,000
	Transport Peneliti Pendampingan	8	100,000	800,000
	Bantuan Transport Rapat Persiapan	60	50,000	3,000,000
	Bantuan Transport Rapat Evaluasi	60	50,000	3,000,000
	Bantuan Transport Rapat Pra Pendampingan	60	50,000	3,000,000
	Bantuan Transport Pasca Pendampingan	60	50,000	3,000,000
	Bantuan Transport enumerator (10 Kader x 12 kali)	120	50,000	6,000,000
	<b>TOTAL</b>			<b>30,595,000</b>



## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai data yang didapatkan, yang meliputi:

- 1) gambaran lokasi penelitian, 2) hasil dan analisis penelitian, 3) pembahasan 4) temuan penelitian

#### **5.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Kota Batu merupakan salah satu kota yang terbentuk pada 17 Oktober 2001 sebagai pecahan dari Kabupaten Malang, dipimpin oleh walikota Dra. Hj. Dewanti Rumpoko, M.Si. Sebelumnya wilayah kota Batu merupakan bagian dari Sub Satuan Wilayah Pengembangan 1 (SSWP 1) Malang Utara. Kota Batu terletak 800 meter diatas permukaan air laut, dan memiliki potensi dari kekayaan produksi pertanian, buah dan sayuran serta panorama pegunungan dan perbukitan. Saat ini Kota Batu berkembang pesat dan oleh Badan Pengambangan Nasional dijuluki *the real tourism city if Indonesia*. Visi dari Kota Batu adalah Menjadi Desa Berdaya Kota Berjaya Terwujudnya Kota Batu Sebagai Sentra Agro Wisata Internasional Yang Berkarakter, Berdaya Saing Dan Sejahtera.

Kota Batu memiliki wilayah seluas 203.20 km<sup>2</sup> yang terdiri dari 3 kecamatan (Bumiaji, Batu, Junrejo), 4 kelurahan, 19 desa dengan total jumlah penduduk sebanyak 182,392 jiwa. Jumlah penduduk laki-laki 49.33% dan 50.67% perempuan, struktur umum penduduk cenderung mengarah pada kelompok usia muda, fasilitas kesehatan terbesar adalah Pos pelayanan terpadu (Posyandu) sebanyak 182 lokasi. Jumlah pasangan usia subur 4710 dan jumlah ibu hamil dalam 1 tahun berkisar 1.300 dan diperkirakan akan naik 1 persen setiap tahunnya, jumlah cakupan kunjungan ibu hamil (K4) sebesar 95% dari target sebesar 100% (Laporan Dinas Kota Batu, 2017).

## 5.2 Hasil dan Analisis Penelitian

### 5.2.1 Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Karakteristik Pada Kelompok Pendampingan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kota Batu Tahun 2018

No	Karakteristik	Parameter	Intervensi (n=60)		Kontrol (n=60)	
			Jumlah ( $\Sigma$ )	Persentase (%)	Jumlah ( $\Sigma$ )	Persentase (%)
1	Usia	15 – 20 th	8	13.3	6	10
		21 – 25 th	6	10	10	16.6
		26 – 30 th	22	36.7	22	36.7
		31 – 35 th	12	20	10	16.6
		36 – 40 th	12	20	12	20
2	Pendidikan	SD	6	10	6	10
		SMP	20	33.3	22	36.7
		SMA	26	43.3	24	40
		PT	8	13.3	8	13.3
3	Pekerjaan	IRT	34	56.7	36	60
		Buruh	12	20	10	16.7
		Swasta	10	16.7	10	16.7
		PNS	4	6.7	3	6.6
4	Gravida	1	44	73.3	44	73.3
		2	10	16.7	10	16.7
		3	4	6.7	4	6.7
		4	2	3.3	2	3.3

Tabel 5.1 menginformasikan tentang karakteristik responden baik pada kelompok dampingan maupun kelompok kontrol dilihat dari segi usia, pendidikan, pekerjaan, dan gravida, yang mana didapatkan hasil bahwa hampir sebagian responden (36.7%) berusia antara 26 – 30 tahun, sebagian besar (40% - 43.3%) berpendidikan Sekolah Menengah Atas, Sebagian besar (56.7% - 60%) sebagai ibu rumah tangga, dan 73.3% baru pertama kali hamil (primi gravida).

### 5.2.2 Rerata Kondisi Ibu Hamil Selama Pendampingan

Tabel 5.2 Rerata Kondisi Ibu Selama Pendampingan Pada Kelompok Pendampingan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kota Batu Tahun 2018

No	Karakteristik	Intervensi (n=60)			Kontrol (n=60)	
		Parameter	Jumlah ( $\Sigma$ )	Persentase (%)	Jumlah ( $\Sigma$ )	Persentase (%)
1	Kenaikan Berat Badan	50 – 55 kg	32	53.3	23	38.3
		56 – 60 kg	23	38.3	32	53.3
		61 – 65 kg	5	8.4	5	8.4
2	Indeks Masa Tubuh	$\geq 20$	1	1.7	1	1.7
		21 - 25	53	88.3	6	10
		26 - 30	6	10	53	88.3
3	Tekanan Sistolik	110	36	60.0	34	56.7
		120	22	36.7	22	36.7
		130	1	1.7	2	3.3
		140	1	1.7	2	3.3
4	Tekanan Diastolik	70	21	35.0	22	36.7
		80	38	63.3	35	58.3
		90	1	1.7	3	5.0
5	Keluhan Terbanyak	Mual, muntah	1	1.7	3	6.6
		Sakit kepala	20	33.3	23	38.3
		Nyeri Pinggang	19	31.7	21	35
		Keputihan	6	10	7	11.7
		Kram Kaki	8	13.3	3	6.6
		Sulit Buang air Besar	6	10	3	6.6
		Tinggi Fundus Uteri	Sesuai usia kehamilan	60	100	58
	Tidak sesuai usia kehamilan	0	0	2	3.3	
7	Denyut Jantung Janin	< 120 x/mnt	0	0	0	0
8		120 – 140 x/mnt	60	100	60	100
9		>140 x/mnt	0	0	0	0

Tabel 5.2 menginformasikan kondisi responden selama pendampingan baik pada kelompok dampingan maupun kelompok kontrol dilihat dari nilai rerata didapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar kenaikan berat badan (53.3%) dalam rentang 50 – 55 kg sedangkan pada kelompok kontrol (53.3%) dalam rentang 56-60 kg , rerata indeks masa tubuh pada kelompok intervensi sebagian besar (88.3%) dalam rentang 21 – 25 sedangkan kelompok kontrol (88.3%) dalam rentang 26 - 30, pada kelompok intervensi didapatkan (1.7%) tekanan systole 130 – 140 mmHg sedangkan pada kelompok kontrol (3.3%) tekanan systole 130 – 140 mmHg, keluhan

terbanyak adalah sakit kepala pada kelompok intervensi sebesar (33.3%) sedangkan pada kelompok kontrol sebesar (38.3%). Sebagian besar (97.7%-100%) Tinggi Fundus uteri sesuai usia kehamilan, 100% denyut jantung janin normal dalam rentang 120 – 140 kali per menit.

### 5.2.3 Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil Sebelum Intervensi

Table 5.3 Perbedaan Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil Sebelum Intervensi (n= 120)

Sub variable Kemandirian	Intervensi (n=60)					Kontrol (n=60)				
	Mean	sd	Selisih	Log10	100 %	Mean	sd	Selisih	Log10	100 %
1 Mengenal & mengatasi komplikasi	1.74	1.24	0.49	0.24	24	1.61	1.09	0.52	0.21	21
2 Mengatasi keluhan ringan	3.24	1.74	1.49	0.51	51	3.07	1.49	1.58	0.49	49
3 Pemenuhan kebutuhan nutrisi	1.74	1.24	0.49	0.24	24	1.54	0.89	0.65	0.187	18.7
4 Pemeriksaan kehamilan	4.24	2.32	1.91	0.63	63	3.94	2.18	1.76	0.59	50
5 Konsumsi tablet tambah darah	1.62	1.35	0.28	0.21	21	1.59	1.3	0.29	0.2	20

Tabel 5.3 menginformasikan bahwa sebelum diberikan pendampingan ada perbedaan tingkat kemandirian dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil yaitu pada kelompok intervensi diperoleh hasil persentasi terbesar (63%) dan kelompok kontrol (50%) memiliki kemandirian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, sedangkan persentasi terkecil pada kelompok intervensi (21%) memiliki kemandirian kurang dalam mengkonsumsi tablet tambah darah, dan kelompok kontrol (18.7%) kemandirian kurang dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

### 5.2.4 Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil Sesudah Intervensi

Table 5.3 Perbedaan Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Ibu Hamil Sesudah Intervensi (n= 120)

Sub variable Kemandirian	Intervensi (n=60)					Kontrol (n=60)				
	Mean	sd	Selisih	Log10	100 %	Mean	sd	Selisih	Log10	100 %
1 Mengenal & mengatasi komplikasi	4.9	0.44	4.46	0.69	69	2.07	1.39	0.68	0.32	32
2 Mengatasi keluhan ringan	7.5	1.2	6.3	0.87	87	4.3	2.3	1.9	0.6	60
3 Pemenuhan kebutuhan nutrisi	4.87	0.5	4.36	0.69	69	2.74	1.67	1.07	0.44	44
4 Pemeriksaan kehamilan	7	0	7	0.85	85	5.9	1.88	4.02	0.77	77
5 Konsumsi tablet tambah darah	3.8	0.6	3.2	0.6	60	3.2	1.3	1.9	0.5	50

Tabel 5.4 menginformasikan bahwa sesudah diberikan pendampingan ada perbedaan tingkat kemandirian dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil yaitu pada kelompok intervensi diperoleh hasil persentasi terbesar (87%) memiliki kemandirian dalam mengatasi keluhan ringan yang terjadi selama kehamilan, kelompok kontrol persentasi terbesar (77%) memiliki kemandirian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.

### 5.2.5 Perbedaan Perubahan Tingkat Kemandirian Sebelum dan Sesudah Pendampingan

Table 5.4 Perbedaan Perubahan Tingkat Kemandirian Sebelum dan Seduah Pendampingan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n=120)

Sub variable Kemandirian	Intervensi			Kontrol		
	Sebelum	Sesudah	Selisih %	Sebelum	Sesudah	Selisih %
1 Mengenal & mengatasi komplikasi	24	69	45	21	32	11
2 Mengatasi keluhan ringan	51	87	36	49	60	11
3 Pemenuhan kebutuhan nutrisi	24	69	45	18.7	44	25.3

4	Pemeriksaan kehamilan	63	85	22	50	77	27
5	Konsumsi tablet tambah darah	21	60	39	20	50	30
Rata-rata				37.4		20.86	

Tabel 5.4 menginformasikan ada perbedaan tingkat kemandirian sebelum dan sesudah pendampingan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Ada peningkatan tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan pada ibu hamil, kelompok intervensi memiliki tingkat kemandirian lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang ditunjukkan dari nilai rerata selisih sebesar (37.4%) pada kelompok intervensi dan (20.86%) pada kelompok kontrol.

### 5.3 Pembahasan

#### 5.3.1 Kemandirian Keluarga Dalam Mengenali Komplikasi Kehamilan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada awal pengukuran baik pada kelompok pendampingan maupun kelompok kontrol memberikan peluang terhadap ketidak mandirian keluarga dalam mengenali komplikasi kehamilan. Keluarga tidak mengenali apabila ibu hamil mengalami sakit kepala berat, tiba-tiba mengeluarkan darah dari jalan lahir, mual muntah berlebihan, kaki, tangan dan wajah bengkak serta penglihatan kabur merupakan komplikasi kehamilan akan tetapi merupakan hal yang normal terjadi pada saat kehamilan akan Setelah diberikan pendampingan secara berkelanjutan keluarga lebih mandiri dalam mengenali komplikasi yang kemungkinan terjadi selama kehamilan. Keluarga mengetahui dan mengenali tanda atau gejala seperti sakit kepala berat, tiba-tiba mengeluarkan darah dari jalan lahir, mual muntah berlebihan, kaki, tangan dan wajah bengkak serta penglihatan kabur, merupakan komplikasi dalam kehamilan.

Selama pendampingan dari 120 ibu hamil terdapat empat orang ibu hamil yang harus dirujuk ke fasilitas kesehatan dikarenakan 2 orang mengalami peningkatan tekanan darah pada kunjungan kedua

dan ketiga, 2 orang dikarenakan kegemukan dan kehamilan resiko tinggi dengan skor Pudji Rochyati 10 – 18. Keempat ibu tersebut dilakukan pendampingan sampai ibu melahirkan di fasilitas kesehatan 2 orang di rumah sakit, 2 orang di Puskesmas, dengan keadaan ibu dan janin sehat.

Kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi kehamilan antara yang diberikan pendampingan secara berkelanjutan dengan menggunakan modul pendampingan memberikan efek yang berbeda dengan kelompok kontrol yang menggunakan buku kesehatan ibu dan anak. Tingkat kemandirian keluarga dampingan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Selama pendampingan, pendamping berperan sebagai pendorong, penggerak, motivator sekaligus educator. Keterlibatan langsung dari keluarga sebagai pendamping berperan didalam memudahkan keluarga untuk segera dengan cepat mengenali komplikasi yang terjadi selama kehamilan.

### **5.3.2 Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Keluhan Ringan Selama Kehamilan**

Kemandirian keluarga dalam mengatasi keluhan ringan selama kehamilan menunjukkan hasil yang berbeda sebelum dan sesudah pendampingan. Sebelum diberikan pendampingan baik pada kelompok pendampingan dan kelompok control persentase terbesar berada pada kategori tidak mandiri. Keluarga tidak melakukan apapun apabila ibu hamil mengalami mual muntah, mengeluh keputihan dan gatal pada jalan lahir, mengeluh nyeri pinggang, mengalami kram pada kaki saat tidur malam hari, dan sulit buang air besar.

Selama dan setelah pendampingan, keluarga lebih mandiri dalam mengatasi keluhan-keluhan ringan yang terjadi selama kehamilan yaitu mual-mual, sakit kepala ringan, kram kaki, sulit buang air besar dan nyeri pinggang. Apabila ibu mengalami mual muntah, keluarga memberi ibu minuman manis hangat seperti teh manis dan menyiapkan dan membantu memberikan biskuit sebelum ibu bangun tidur di pagi

hari. Keluarga tidak menyarankan ibu hamil tidak menggunakan sandal atau sepatu dengan hak tinggi, mengantar dan mendampingi ibu mengikuti kegiatan senam hamil untuk menghindari nyeri pinggang. Pada saat ibu hamil mengalami kram pada kaki, keluarga membantu ibu untuk duduk dan berdiri. Keluarga segera membawa ibu ke bidan jika ibu mengalami keputihan atau keluhan semakin berat.

### **5.3.3 Kemandirian Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Selama Kehamilan**

Hasil penelitian menunjukkan ada perubahan tingkat kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan setelah diberikan pendampingan. Sebelum diberikan pendampingan baik pada kelompok dampingan maupun kelompok kontrol, keluarga tidak mengetahui makanan yang harus diberikan selama kehamilan. Makanan yang diberikan dan dimakan oleh ibu hamil sama dengan makanan keluarga yang lain, tidak ada perbedaan baik porsi maupun frekuensi. Apabila ibu hamil mengalami mual muntah, ibu sulit buang air besar keluarga menganggap sebagai hal yang normal terjadi pada ibu hamil, sehingga belum berupaya untuk mengatasi melalui makanan.

Setelah diberikan pendampingan, keluarga lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan. Keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi lebih mengutamakan makanan yang mengandung protein seperti ikan, telur, hati ayam dan mengikuti anjuran seperti yang tertera di dalam modul pendampingan yaitu memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil yang berkualitas memenuhi unsur gizi, karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Makanan yang dikonsumsi selama pendampingan untuk karbohidrat adalah nasi dan roti. Protein: tempe, tahu, telur, ikan laut, ikan tawar (mujahir, nila, bandeng), daging ayam dan sapi; Lemak: dari minyak goreng, Vitamin: sayur bayam, selada, sawi, brokoli, wortel, kangkung, labu

dan buah-buah (mangga, pisang, apel). Ibu juga minum rata-rata 6-7 gelas dalam sehari.

#### **5.3.4 Kemandirian Keluarga Dalam Melakukan Pemeriksaan Kehamilan**

Kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan kehamilan sebelum dan sesudah pendampingan baik pada kelompok pendampingan maupun kelompok kontrol menunjukkan hasil yang sama. Sebelum dilakukan pendampingan keluarga sudah menunjukkan kemandirian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, keluarga tahu dan mengerti dengan baik apabila mengetahui tanda-tanda kehamilan segera membawa ibu untuk periksa ke bidan atau Puskesmas. Selama kehamilan keluarga membawa ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan sebanyak 9 kali, yaitu 1 kali pada usia kehamilan 1 – 3 bulan, 3 kali pada usia kehamilan 4 – 6 bulan dan 5 kali pada usia kehamilan 7 – 9 bulan. Keluarga juga segera memeriksakan kehamilan apabila ada keluhan ringan yang tidak dapat diatasi sendiri dan tanda-tanda melahirkan.

#### **5.3.5 Kemandirian Keluarga Dalam Mengonsumsi Tablet Tambah Darah Selama Kehamilan**

Hasil penelitian menunjukkan ada perubahan tingkat kemandirian keluarga dalam membantu ibu untuk mengonsumsi tablet tambah darah selama kehamilan. Sebelum diberikan pendampingan kemandirian keluarga kurang di dalam membantu ibu mengonsumsi tablet tambah darah, hal ini dikarenakan adanya keluhan ibu bahwa setelah meminum obat tablet tambah darah ibu merasa mual dan sulit buang air besar.

Selama pendampingan, keluarga sebagai pendamping dibantu oleh koordinator pendamping diberikan pendidikan tentang pentingnya mengonsumsi tablet tambah darah kepada ibu hamil memiliki kontribusi terhadap kemandirian keluarga dalam membantu

mengonsumsi tablet tambah darah. Hasil observasi selama pendampingan, setiap hari ibu hamil rutin meminum tablet tambah darah satu tablet menjelang tidur dengan menggunakan air putih hangat, hal ini dilakukan untuk menghindari efek samping yang kemungkinan muncul yaitu sakit kepala, mual dan sulit buang air besar.

### **5.3.6 Efektifitas Pendampingan Berbasis *Continuum of Care* Terhadap Kemandirian Keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil**

Berdasarkan hasil analisis uji efektifitas didapatkan bahwa pendampingan berbasis *continuum of care* memiliki efektifitas tinggi terhadap kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil. Keluarga yang diberikan pendampingan memiliki kemandirian yang tinggi dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil. Selama pendampingan keluarga mandiri dalam mengenali komplikasi yang terjadi selama kehamilan, keluarga mampu mengatasi keluhan ringan yang terjadi saat kehamilan, keluarga secara mandiri dapat memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil, melakukan pemeriksaan kehamilan dan secara mandiri mengonsumsi tablet tambah darah. Keluarga mampu mengambil keputusan pada saat mengetahui terjadi peningkatan tekanan darah dan kenaikan berat badan melebihi batas normal dengan segera membawa ibu ke fasilitas kesehatan terdekat yaitu pusat kesehatan masyarakat atau bidan.

Selama pendampingan kesehatan ibu hamil terpantau dengan baik, ibu hamil tidak mengalami masalah kesehatan yang mengakibatkan terjadinya kesakitan., 98% tekanan darah ibu dalam batas normal 110/80 mmHg, 98% status gizi ibu baik dengan indeks masa tubuh antara 23-24, tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan, 98% denyut jantung janin dalam batas normal 120-140 x/menit.

Hal ini menggambarkan bahwa pendampingan *continuum of care* yang dilakukan berfungsi dalam *guiding fuction, sustaining function,*

*protecting function, supporting function* dan *empowering function* yaitu berfungsi membimbing keluarga dampingan dalam proses pengambilan keputusan, memampukan dan memperkuat keluarga dampingan serta mengatasi secara penuh atau mandiri apabila terjadi masalah kesehatan pada ibu hamil. Pendampingan berbasis *continuum of care* yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan pendampingan yang mengacu kepada asuhan yang berkualitas dengan menggunakan prinsip pemberdayaan keluarga yang bersifat memandu dan melacak ibu hamil dari waktu ke waktu selama periode pendampingan, serta mengoptimalkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil (Kemenkes R.I 2016; 22, 26). Pemberdayaan keluarga berfungsi sebagai penghubung antara perawatan ibu dan anak, dan pengembangan pendekatan system kesehatan untuk memperkuat layanan kesehatan ibu dan anak (Darmstadt et al., 2008). Pendampingan berbasis *continuum of care* dengan mengacu kepada kualitas asuhan dari hasil penelitian efektif meningkatkan keterlibatan keluarga sebagai sumber daya manusia merupakan potensi untuk memberdayakan dirinya dalam mencapai kemandirian untuk memecahkan dan mengatasi masalah kesehatan ibu hamil, sehingga mampu menekan kejadian kesakitan pada ibu hamil, hal ini sesuai pendapat Van den Broek, N.R and Graham W.J bahwa perawatan yang berkualitas harus menjadi inti dari semua strategi untuk mempercepat menurunkan angka kematian ibu dan anak ( BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynecologi*, 116, pp. 18-21).

Pendampingan dengan pendekatan berbasis *continuum of care* selama kehamilan, efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat ibu hamil, bukan hanya dalam keadaan fisik namun juga keadaan sosial, mental akan tetapi juga merawat kesehatan sosial ibu hamil. Dengan pendampingan berbasis *continuum of care* masalah kesehatan ibu hamil dapat teratasi, ibu melahirkan secara normal, ibu sehat, bayi juga sehat. Hal ini juga diperkuat oleh hasil-hasil penelitian sebelumnya dari McLachlan, H.L., Forster, D.A dan kawan-kawan,

bahwa perawatan yang diberikan oleh bidan secara berkesinambungan selama kehamilan kepada wanita resiko rendah dapat mengurangi tingkat operasi Caesar (BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynecologi*, 119(12).pp.1483-1492). Manajemen kasus dengan menggunakan perawatan secara berkelanjutan atau *continuum of care* pada ibu hamil yang didiagnosis HIV menunjukkan hasil yang lebih rendah terhadap penularan kepada bayi (Kim et al., 2012)

### **5.3.7 Keterbatasan Penelitian**

Dalam penelitian ini tidak dilakukan dengan observasi secara terus menerus dalam waktu 24 jam sesuai dengan prinsip pendekatan berbasis *continuum of care*.

## **5.4 Temuan Peneliti**

Selama pendampingan pada kelompok kontrol ditemukan 3 orang ibu mengalami kenaikan tekanan darah (140/90 mmHg) pada kehamilan trimester tiga dan dua orang mengalami kenaikan kadar gula darah (200 mg/dl). Dari temuan tersebut tindakan yang dilakukan adalah memberikan konseling tentang perencanaan persalinan aman di fasilitas kesehatan, hasil konseling ibu dan keluarga memilih melahirkan di salah satu rumah sakit, ibu dan bayi selamat.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

- 6.1 Ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi dalam kehamilan, sebelum dilakukan pendampingan berbasis *continuum of care* tingkat kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi sebesar 24% dan setelah pendampingan menjadi 65%. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan berbasis *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengenali komplikasi kehamilan sebesar 45%.
- 6.2 Ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga dalam keluhan ringan selama pendampingan, sebelum dilakukan pendampingan berbasis *continuum of care* tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi keluhan ringan dalam kehamilan sebesar 51%, setelah pendampingan menjadi 87%. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengatasi keluhan ringan selama kehamilan sebesar 36%.
- 6.3 Ada perbedaan kemandirian keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi, sebelum pendampingan tingkat kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi ibu hamil sebesar 24%, setelah pendampingan menjadi 69%. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan sebesar 45%.
- 6.4 Ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, sebelum pendampingan tingkat kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebesar 63%, setelah pendampingan menjadi 85%. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam melakukan pemeriksaan kehamilan sebesar 22%.

- 6.5 Ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga dalam mengkonsumsi tablet tambah darah, sebelum pendampingan kemandirian keluarga dalam mengkonsumsi tablet tambah darah sebesar 21%, setelah pendampingan menjadi sebesar 60% hal ini menunjukkan bahwa pendampingan *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam memberikan tablet tambah darah kepada ibu hamil sebesar 39%.
- 6.6 Pendampingan keluarga berbasis *continuum of care* efektif meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil. Hal ini menunjukkan bahwa dengan pendampingan berbasis *continuum of care* mampu menurunkan *self care deficit*, meningkatkan kemampuan keluarga dalam memenuhi tuntutan *self care* dan keluarga mampu memberikan asuhan kepada ibu hamil secara mandiri (*dependent*). Keluarga secara mandiri mampu mengambil keputusan untuk memilih tempat persalinan saat ditemukan ibu hamil mengalami peningkatan tekanan darah dan kadar gula darah. Dari hasil pendampingan seluruh ibu melahirkan secara normal sebanyak 80 ibu melahirkan di bidan, 36 pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), dan 4 ibu di rumah sakit, ibu dan bayi sehat.

## 6.2 Saran

Mengacu kepada kesimpulan diatas saran yang dapat diberikan adalah untuk mempercepat Program Indonesia Sehat, terutama kesehatan ibu hamil sebaiknya tidak hanya mengikuti standar minimal 4 kali kunjungan yang ditetapkan program, akan tetapi dipandang perlu melakukan upaya promotif dan preventif dengan melakukan pendampingan secara *continuum of care* dengan cara memberdayakan keluarga sebagai orang yang berarti bagi ibu hamil untuk memberikan asuhan secara mandiri selama kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Bina Desa. 1991. Pendampingan Bagi Masyarakat Pedesaan, Jakarta Depsos RI
2. Darmstadt, G.L., Walker, N. Law, J.E., Bhutta, Z.A., Haws, R.A. and Cousens, S. 2008, Saving Newborn Lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions within the continuum of care. *Health policy and planning*, 23 (2). pp.101-117
3. Departemen Kesehatan RI. 2008. *Etika Penelitian Untuk Kesehatan*. Jakarta
4. Dewi Lestari<sup>1</sup>, Rachmat Hargono<sup>2</sup>, dan Rika Subarniati<sup>2</sup>. 2013, Pengembangan Program Pemberdayaan Peningkatan Kemandirian Ibu Rumah Tangga Pengidap HIV. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 16 No. 3 Juli 2013: 283–295*
5. Hake gain scores. rumus normal gain menurut Meltzer. (<http://www.physics.indiana.edu/~sdi/analyzingchange-gain.pdf>), diakses tanggal 23 April 2017.
6. Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*
7. Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta
8. Kim M.H. Ahmed, S., Buck, W.C., Preidis, G.A., Hosseinipour, M.C., Bhalakia, A., Nanthuru, D., Kazembe, PN., Chimbwandira, F. Giordano, T.P and Chiao, E.Y., 2012. The Tingathe programme: a pilot intervention using community health workers to create a continuum of care in the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) cascade of services in Malawi. *Journal of the International AIDS Society*, 15, p.17389.
9. Kranzer, K., Govindasamy, D., Ford, N. Johnston, V and Lawn, S.D. 2012. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2). p.17383
10. Laporan Dinas Kesehatan Kota Batu, 2017
11. Mc.Lachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A., Farrell, T. Gold, L., Biro, M.A, Albers, L., L.Flood, M.Oata, J. and Waldenastrom, U., 2012. Effects of continuity of care by primary midwife (caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomized controlled trial *BJOG: an international journal of obstetric & gynaecology*. 119(12). pp.1483-1492
12. Profil Kesehatan Jawa Timur. 2016
13. Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas 2015. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
14. Rita Yulifah, Tri Johan. 2014. *Asuhan Kebidanan Komunitas. Edisi II*. Jakarta. PT Salemba Medika.
15. Rosner, 2006. *Fundamental of Biostatistics*. Sixth edition. USA. Duxbury,
16. Sarwono, S. 1993. *Sosiologi Kesehatan. Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
17. Van den Broek, N.R & Graham, W.J. 2009. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG, an International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 116. pp.18-20