



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618
Website: <http://fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 3803/UN3.1.10/TU/2020
Lampiran : Satu lembar
Hal : Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka
an. Irfansyah Baharuddin Pakki, S.KM., M.Kes.

24 Agustus 2020

Yth.

- | | |
|--|---|
| 1. Dr. Iwan Muhamad Ramdan | 9. Dr. Linda Augustien Makalew, Dra., M.Kes. |
| 2. Dr. Nasrudin, S.Kep.,Ns., S.KM., M.Kes | 10. Dr. Dewi Kurniasih, S.KM., M.Kes. |
| 3. Dr. Tatin Wahyanto., S.Kom., M.Kes., PIA | 11. Dr. Ratno Adrianto, SKM., M.Kes. |
| 4. Dr. Yuanita C. L. Rogaleli, S.Si., M.Kes. | 12. Indra Fajarwati Ibnu, SKM, MA. |
| 5. Dr. Ilyas Ibrahim, S.Psi., M.Kes. | 13. Lukman Handoko, S.KM, MT. |
| 6. Dr. Lilik Marifatul Azizah, S.Kep.Ns., M.Kes. | 14. Dr. Nurul Pujiastuti, S.Kep., Ns., M.Kes. |
| 7. Dr. Leersia Yusi Ratnawati, S.KM, M.Kes. | 15. Dr. Ety Yuni Ristanti, SKM, MPH. |
| 8. A. Anwar, SKM., M.Kes. | |

Di tempat

Dengan ini kami mohon kehadiran Saudara sebagai **Undangan Akademik** Ujian Doktor Terbuka Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Promovendus **Irfansyah Baharuddin Pakki, S.KM., M.Kes.** (NIM. 101517087310) yang akan diselenggarakan pada:

Hari / Tanggal : Kamis, 27 Agustus 2020

Pukul : 10.00 – 12.00 WIB

Media : Zoom Meeting

<https://zoom.us/j/94477141803?pwd=eDkzS2pFNXd6cnpDY3Zta0JjdGNDZz09>

Meeting ID : 944 7714 1803

Passcode : 561202

Atas perhatian dan kehadiran Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.

NIP. 196609271997022001

Catatan :

1. Dimohon *join meeting* pada **pukul 09.45 WIB**
2. Pakaian : - **Pria : Berjas Warna Gelap / Jas Almamater UNAIR**
- **Wanita : Rapi Berjas / Blazer**



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

SALINAN

**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
NOMOR 101/UN3.1.10/2020**

TENTANG

**PENETAPAN PANITIA UJIAN DISERTASI SEBAGAI UNDANGAN AKADEMIK
UJIAN DOKTOR TERBUKA
PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
ATAS NAMA IRFANSYAH BAHARUDDIN PAKKI, S.KM., M.Kes.**

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Ujian Disertasi Program Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, perlu ditetapkan Panitia Ujian Disertasi sebagai Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka atas nama Irfansyah Baharuddin Pakki, S.KM., M.Kes.;
- b. bahwa nama-nama yang tersebut di bawah ini telah memenuhi syarat dan bersedia untuk ditetapkan sebagai Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka tersebut;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Dekan tentang Penetapan Panitia Ujian Disertasi Sebagai Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka Program Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Irfansyah Baharuddin Pakki, S.KM., M.Kes.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 57 Tahun 1954 tentang Penetapan Universitas Airlangga di Surabaya sebagaimana telah di ubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 3 tahun 1955 tentang Pengubahan Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 1954 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 695 juncto Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 4 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 748);
4. ...

4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Statuta Universitas Airlangga. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5535);
6. Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 0372/O/1993 dan Ralatnya Nomor 70539/A6.1/U/1993, tentang Pembukaan Fakultas Kesehatan Masyarakat serta Fakultas Psikologi pada Universitas Airlangga, Jo. Keputusan Mendikbud Republik Indonesia Nomor 0192/O/1995, sebagaimana telah diubah/ditambah dengan Keputusan Mendikbud Republik Indonesia Nomor 0276/O/1996 tentang organisasi dan tata kerja Universitas Airlangga;
7. Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 212/U/1999 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Doktor;
8. Keputusan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 593/Dikti/Kep/1993 tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Program Studi Magister dan Doktor di Universitas Airlangga;
9. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 13/H3/PR/2011 tentang Pengelolaan Pendidikan Program Magister dan Program Doktor;
10. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 38 Tahun 2017 tentang Peraturan Pendidikan Universitas Airlangga sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 01 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Rektor Nomor 38 Tahun 2017 Tentang Peraturan Pendidikan Universitas Airlangga;
11. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 27 Tahun 2018 tentang Pedoman Pendidikan Universitas Airlangga sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 51 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Rektor Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pendidikan Universitas Airlangga;
12. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 4311/J03/OT/2008 tentang Pembukaan Program Studi di Lingkungan Universitas Airlangga;
13. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 1947/H3/KR/2011 tentang Penetapan Ruang Lingkup Program Studi dalam Kategori Monodisiplin, Interdisiplin, dan Multidisiplin untuk Pengelolaan Program Magister dan Program Doktor;
14. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 1732/UN3/2015, tentang Pengangkatan Dekan dan Direktur Sekolah Pascasarjana periode 2015 – 2020;
15. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 898/UN3/2018, tentang Penataan Penamaan Program Studi Di Lingkungan Universitas Airlangga.

MEMUTUSKAN : ...

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DEKAN TENTANG PENETAPAN PANITIA UJIAN DISERTASI SEBAGAI UNDANGAN AKADEMIK UJIAN DOKTOR TERBUKA PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA ATAS NAMA IRFANSYAH BAHARUDDIN PAKKI, S.KM., M.Kes.**

KESATU : Mengangkat Panitia Ujian Disertasi sebagai Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka Program Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Irfansyah Baharuddin Pakki, S.KM., M.Kes., sebagai berikut :

1. Dr. Iwan Muhamad Ramdan, S.Kp., M.Kes.
2. Dr. Nasrudin, S.KM., M.Kes.
3. Dr. Tatin Wahyanto, S.Kom., M.Kes., PIA.
4. Dr. Yuanita Clara Luhi Rogaleli, S.Si., M.Kes.
5. Dr. Ilyas Ibrahim, S.Psi., M.Kes.
6. Dr. Lilik Marifatul Azizah, S.Kep. Ns., M.Kes.
7. Dr. Leersia Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes.
8. A. Anwar, S.KM., M.Kes.
9. Dr. Linda Augustien Makalew, Dra., M.Kes.
10. Dr. Dewi Kurniasih, S.KM., M.Kes.
11. Dr. Ratno Adrianto, S.KM., M.Kes.
12. Indra Fajarwati Ibnu, S.KM., M.A.
13. Lukman Handoko, S.KM., M.T.
14. Dr. Nurul Pujiastuti, S.Kep., Ns., M.Kes.
15. Dr. Ety Yuni Ristanti, S.KM., M.PH..

KEDUA : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 27 Agustus 2020
DEKAN,

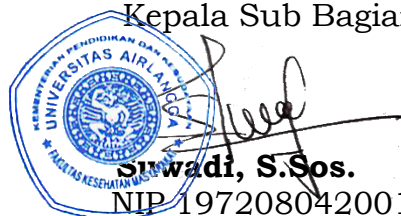
t.t.d.

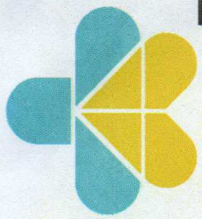
TRI MARTIANA
NIP 195603031987012001

Salinan disampaikan Yth.

1. Wakil Dekan di lingkungan FKM UNAIR
2. KPS Kesmas, Program Doktor FKM UNAIR
3. Yang bersangkutan

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Sub Bagian Akademik,


Siwadi, S.Sos.
NIP 197208042001121002



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MANADO

Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telepon (0431) 833773, 833774

Surat Elektronik direktorat@poltekkes-manado.ac.id

Laman www.poltekkes-manado.ac.id



SURAT TUGAS

NOMOR : PP.07.01/2/2020

Sehubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Teknologi Laboratorium Medis nomor PP.07.01/I.VII/369/2020., dengan ini kami menugaskan kepada:

Nama : Dr. Dra. LINDA AUGUSTIEN MAKALEW, M.Kes.
NIP : 196708101993102001
Pangkat/Gol. : Pembina - IV/a
Jabatan : Lektor

- Untuk :
1. menghadiri Undangan Akademik Ujian Doktor Terbuka Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga an. Promovendus Irfansyah Baharuddin Pakki, SKM, M.Kes. tanggal 27 Agustus 2020.
 2. Melakukan Rekam Absen Datang dan Pulang
 3. Melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab

Agar yang bersangkutan melaksanakan tugas dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Manado, 27 Agustus 2020

Direktur Poltekkes Kemenkes Manado

Dra. ELISABETH NATALIA BARUNG, M.Kes, Apt
NIP 196712251996032001



[SISPEK]



JURUSAN KEPERAWATAN
Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315
Email : keperawatan@poltekkesmanado.ac.id &
jurkep.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN KEBIDANAN
Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315
Email : kebidanan@poltekkesmanado.ac.id &
jurkeb.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN KESEHATAN GIGI
Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315

JURUSAN GIZI
Jl. Parigi Tujuh No. 22 Malalayang I
Manado
Telp. (0431) 865370 - 865214
Email : gizi@poltekkesmanado.ac.id &
gizi.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN FARMASI
Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil
Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : farmasi@poltekkesmanado.ac.id

JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN
Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : kesling@poltekkesmanado.ac.id &
jurkesling.poltekkesmdo@gmail.com

JURUSAN TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS
Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : analises@poltekkesmanado.ac.id



BLU PROMiSe
Professional, Malayani, Berprestasi

RINGKASAN DISERTASI

**MODEL PERAN KADER POSYANDU DALAM UPAYA PEMANFAATAN LAYANAN
PITC (*PROVIDER INITIATED HIV TESTING AND COUNSELING*) PADA IBU HAMIL DI
KOTA SAMARINDA**



**IRFANSYAH BAHARUDDIN PAKKI
NIM. 101517087310**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2020**

**MODEL PERAN KADER POSYANDU DALAM UPAYA PEMANFAATAN LAYANAN
PITC (*PROVIDER INITIATED HIV TESTING AND COUNSELING*) PADA IBU HAMIL DI
KOTA SAMARINDA**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Untuk dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka**

Oleh :

**IRFANSYAH BAHARUDIIN PAKKI
NIM. 101517087310**

Promotor dan Ko-Promotor

Promotor : Prof. H Kuntoro dr., MPH., Dr. PH.

Ko-Promotor : 1. Dr. Shrimarti Rukmini Devy Dra., M.Kes.
2. Dr. Windhu Purnomo dr., MS.

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap I (Tertutup)
Tanggal 16 Maret 2020

Ketua : Oedojo Soedirham, dr., M.PH., MA., Ph.D
Anggota : 1. Prof. H Kuntoro dr., MPH., Dr. PH.
2. Dr. Shrimarti Rukmini Devy Dra., M.Kes.
3. Dr. Windhu Purnomo dr., MS.
4. Dr. Atik Choirul Hidajah dr. M.Kes.
5. Dr. Rr. Iswari Hariastuti Dra., M.Kes.

Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Nomor : 53/UN3.10/2020
Tanggal : 16 Maret 2020

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat serta hidayahNya berupa kemampuan berfikir sehingga kami dapat menyelesaikan naskah disertasi ini yang berjudul : **Model Peran Kader Dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC (*Provider Initiated Testing HV and Counseling*) Pada Ibu Hamil di Kota Samarinda.**

Selama penyusunan naskah ini, penulis tidak lepas dari dukungan berbagai pihak, maka pada kesempatan ini perkenankanlah penulis megaturkan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., Dr.PH., Selaku Promotor dan Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes. sebagai Ko-Promotor I, serta Dr. Windhu Purnomo, dr., MS., selaku Ko-Promotor II, yang telah memberikan bimbingan, saran dan arahan yang membangun untuk perbaikan naskah Disertasi ini. Banyak kendala yang dihadapi dalam penyelesaian disertasi ini, namun berkat usaha dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya naskah ini dapat terselesaikan. Untuk itu, kami selaku penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Mohammad Nasih, SE., M.T., Ak.,CMA., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan pada Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S., sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Program Doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Dr. Nyoman Damayanti, drg., M.S., selaku Koordinator Program Studi Program Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
4. Oedojo Soedirham dr., MPH., MA., Ph.D., Dr. Erwin Astha Triyono dr., SpPD., K-PTI, FINASIM., Dr. Atik Choirul Hidajah dr. M.Kes., Dr. Rr. Iswari Dra., M.Kes. selaku penguji disertasi, atas masukan dan saran yang membantu penulis untuk menyelesaikan disertasi ini.
5. Segenap dosen Program Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
6. Kepada kedua orang tua saya, ibunda Dr. Dahlia SE., M.Si. dan Bapak Baharuddin SH., MH. Yang telah memberikan suport dan motivasi kepada penulis untuk tetap semangat menyelesaikan disertasi in, juga keluarga besar yang telah mendukung dengan sepenuh hati kepada penulis dalam menyelesaikan naskah Disertasi ini.
7. Istri saya yang tercinta, drg. Sylvia Agustin yang senantiasa selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis agar segera menyelesaikan masa study, dan kepada anak-anak saya kakak Kayyisiah, Khansa, Karimah, dan adek Khairan. Yang selalu menanyakan, ayah kapan selesai sekolahnya? Semoga kelak kalian akan termotivasi untuk sekolah kejenjang pendidikan tertinggi.
8. Teman-teman angkatan tahun 2015 Program Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Mengingat keterbatasan dalam menyusun disertasi ini, tentunya belum mencapai hasil yang sempurna. Oleh karena itu, kami senantiasa terbuka untuk menerima masukan berupa kritik dan saran demi penyempurnaan naskah berikutnya.

Akhir kata kami haturkan banyak terima kasih yan sebesar-besarnya semoga Allah SWT.
Selalu melimpahkan rahamat dan hidayahnya kepada kita semua, Amin.

Surabaya, Agustus 2020

Penulis

ABSTRACT

Background: HIV infection from mother to child can be prevented, through efforts to prevent transmission from mother to child. All pregnant women are offered to take an HIV test when the mother arrives for antenatal care (ANC) visit. WHO data report that the coverage of pregnant women who have taken an HIV test has increased, except for Indonesia, which remains the lowest at <1%. **Objective:** to identify, build structural models, and test models and develop recommendations for Posyandu cadre role models in efforts to utilize PITC services for pregnant women. **Method:** The type of research in the first stage is Cross-Sectional Study, and in the second stage research uses Quasi-Experimental Design. The research sample in the first stage was 150 Posyandu cadres, while in the second stage there were 42 people divided into two treatment groups and a control group. The sampling technique uses Multi-Stage Random Sampling. Data analysis uses Partial Least Square (PLS). **Results and Novelty:** The Posyandu cadre role model is influenced by Predisposing factors namely Self Efficacy with a coefficient value of 0.803, Knowledge with a coefficient value of 0.813, Attitude with a coefficient of 0.755. Reinforcing factors are a work period with a coefficient value of 0.595, support health workers with a coefficient value of 0.868. And the Enabling factor is the Availability of Facilities with a coefficient value of 0.848. The results of the second phase of the study found there were differences in knowledge before and after the intervention in the treatment group and the control group. **Conclusion:** Posyandu cadre role models can be built by knowledge, Self Efficacy, attitudes, years of service and the support of health workers and the availability of facilities in Posyandu.

Key Word: PITC, Posyandu Cadres, Pregnant Women.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa HIV/AIDS menjadi ancaman global dan mengakibatkan dampak merugikan di semua sektor. Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit infeksi penyebab kematian peringkat atas dengan angka kematian dan angka kejadian penyakit yang tinggi serta membutuhkan diagnosis serta terapi yang cukup lama (WHO, 2006).

Laporan Epidemi HIV Global UNAIDS tahun 2012 menunjukkan terdapat 34 juta orang dengan HIV di seluruh dunia dan 50% di antaranya adalah perempuan dan 2,1 juta anak berusia kurang dari 15 tahun. Di Asia Selatan dan Tenggara, terdapat kurang lebih 4 juta orang dengan HIV dan AIDS dan 1,3 juta orang atau 37% adalah perempuan (WHO, 2011). Jumlah perempuan yang terinfeksi HIV dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, seiring dengan meningkatnya jumlah laki-laki yang melakukan hubungan seksual tidak aman, yang selanjutnya akan menularkan pada pasangan seksualnya.

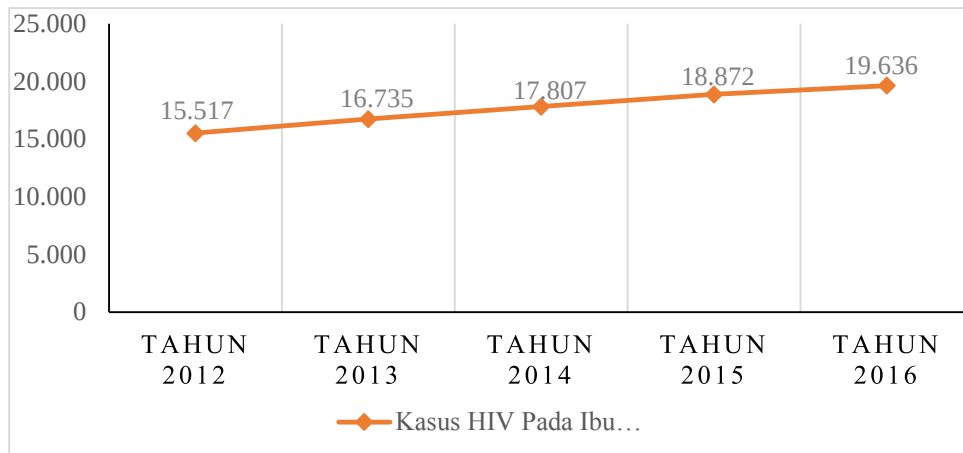
Infeksi HIV pada ibu hamil dapat mengancam kehidupan ibu dan selain itu juga dapat menularkan virus kepada bayinya. Virus HIV dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama kehamilan saat persalinan dan menyusui. Menurut Kemenkes (2012), risiko penularan HIV dari ibu ke anak tersebut diperkirakan 5-10% selama kehamilan, 10-20% selama persalinan dan 5-20% selama menyusui. Lebih dari 90% kasus anak yang terinfeksi HIV, ditularkan melalui proses penularan dari ibu ke anak atau *mother to child HIV transmission* (MTCT). Diperkirakan 22.000 anak di wilayah Asia Pasifik terinfeksi HIV dan tanpa pengobatan dan setengah dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum berusia dua tahun, UNAIDS (2012).

Di Indonesia, infeksi HIV merupakan salah satu masalah kesehatan utama dan merupakan penyakit menular yang dapat mempengaruhi kematian ibu dan anak. Indonesia juga merupakan salah satu negara di dunia dengan estimasi peningkatan *insidens rate* infeksi HIV lebih dari 25% (UNAIDS, 2012). Saat ini Indonesia merupakan negara dengan tingkat epidemi HIV terkonsentrasi, karena terdapat beberapa daerah dengan prevalensi HIV lebih dari 5% pada subpopulasi tertentu, dan prevalensi HIV 2,4% pada populasi umum 15-49 tahun yang terjadi di Provinsi Papua dan Papua Barat.

Prevalensi dan penularan HIV dari ibu ke bayi masih cenderung rendah, namun demikian jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV cenderung meningkat. Prevalensi HIV pada ibu hamil diproyeksikan meningkat dari 0,38% tahun 2012 menjadi 0,49% pada tahun 2016. Infeksi HIV dari ibu ke anak dapat dicegah, melalui upaya pencegahan penularan dari ibu ke anak yang merujuk dari rekomendasi WHO tahun 2010. Yang pada dasarnya semua ibu hamil ditawarkan untuk melakukan tes HIV. Penawaran tes HIV pada ibu hamil bisa dilakukan saat ibu datang untuk kunjungan antenatal care (ANC). Hal ini sebagai wujud layanan integrasi Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) dengan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (Kemenkes, RI, 2012).

Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia terus mengalami peningkatan, begitupula kasus HIV pada Ibu hamil. Pemodelan matematika yang dilakukan tahun 2012 memberikan gambaran trend kenaikan jumlah kasus HIV pada ibu hamil. Jumlah kumulatif kasus HIV pada ibu hamil di Indonesia dapat dilihat pada Gambar 1.1.

Sumber: Kemenkes RI. 2016.



Gambar 1.1. Grafik Jumlah Kumulatif Kasus HIV Pada Ibu Hamil di Indonesia

Data WHO melaporkan bahwa cakupan ibu hamil yang sudah melakukan tes HIV mengalami peningkatan, kecuali Indonesia yang masih tetap paling rendah yaitu < 1% sedangkan Thailand pencapaiannya paling tinggi yaitu 94%, China 64%, Vietnam 52% dan Cambodia 41% (WHO, 2012). Data Kementerian Kesehatan juga menyebutkan bahwa hingga tahun 2012 kejadian penularan dari ibu ke anak sudah mencapai 2,6 persen dari seluruh kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Indonesia (Kemenkes RI, 2012).

Pada akhir tahun 2011 Kemenkes melaporkan baru terdapat 94 layanan PPIA di Indonesia, yang baru menjangkau sekitar 7% dari perkiraan jumlah ibu yang memerlukan layanan PPIA. Program PPIA juga telah dilaksanakan oleh beberapa lembaga masyarakat khususnya untuk penjangkauan dan perluasan akses layanan bagi masyarakat. Agar penularan HIV dari ibu ke anak dapat dikendalikan, diperlukan peningkatan akses program dan pelayanan PPIA yang diintegrasikan ke dalam kegiatan pelayanan KIA, KB serta kesehatan remaja (PKPR) di setiap jenjang fasilitas layanan kesehatan dasar dan rujukan (Kemenkes RI, 2011).

Di Provinsi Kalimantan Timur, Kota Samarinda merupakan penyumbang angka HIV/AIDS tertinggi dibandingkan dengan Kabupaten / Kota lainnya yang ada di Provinsi tersebut. Jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS sampai dengan bulan Mei 2013 di Kota Samarinda sebanyak 3.146 orang. Sedangkan cakupan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV baru mencapai 2,58% dari 17.552 orang sasaran ibu hamil tahun 2012 (Dinkes Provinsi Kaltim, 2013).

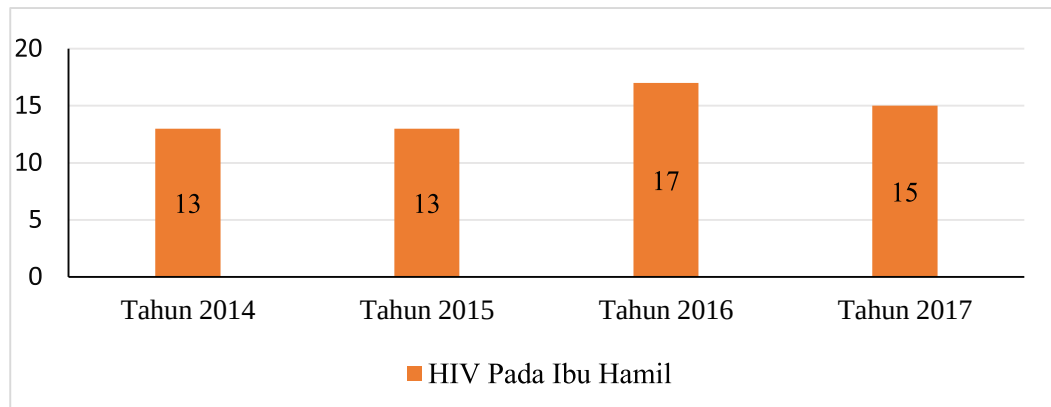
Terkait pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (PPIA) yang terintegrasi pada layanan KIA, Kota Samarinda mempunyai peluang untuk mengatasi permasalahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Hal ini dapat kita lihat dari cakupan K1 atau akses layanan kesehatan bagi ibu hamil mencapai 93,28% pada tahun 2012 (Dinkes Kota Samarinda, 2012).

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan, dalam penawaran tes HIV bagi ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC. Penawaran tes HIV ini dimulai dari unit layanan pemerintah salah satunya adalah Puskesmas. Penawaran tes HIV secara aktif dilakukan oleh petugas kesehatan bagi ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di Puskesmas, maka harapan untuk penemuan dan pengobatan kasus HIV/AIDS menjadi lebih besar dan risiko penularan HIV dari ibu ke bayi dapat diturunkan.

Penawaran tes HIV secara aktif oleh petugas kesehatan kepada seluruh ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ANC di Puskesmas di Kota Samarinda, telah dilakukan sejak tahun 2013 dan terus ditingkatkan pada tahun 2014 sampai saat ini. Namun seperti yang telah diuraikan sebelumnya, cakupan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV masih belum mencapai target yang diharapkan. Menurut data dari Dinkes Kota Samarinda, dari 5.556 orang ibu hamil yang di Kota Samarinda hanya sebesar 1867 orang atau sebesar 34 % saja yang mau

datang ke fasilitas kesehatan dan mau melakukan tes HIV dan mau menerima hasil tesnya (Dinkes Kota Samarinda, 2017).

Prevalensi kasus HIV pada ibu hamil di Kota Samarinda mulai pada tahun 2014. Menurut data dari Profil Dinas Kesehatan Kota Samarinda tahun 2017, memperlihatkan bahwa jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan serta tes HIV dan hasilnya positif mengalami fluktuasi sejak tahun 2014 sampai tahun 2017. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 1.3. berikut ini :



Sumber : Dinkes Kota Samarinda 2017

Gambar 1.2. Jumlah Kumulatif Kasus HIV Pada Ibu Hamil Di Kota Samarinda

Guna mendapatkan data ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV di Kota Samarinda, peneliti telah melakukan survey pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2018. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan saat studi pendahuluan terhadap ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC di beberapa Puskesmas Kota Samarinda. Muncul berbagai alasan yang dikemukakan oleh ibu hamil untuk mau menerima dan menolak tes HIV. Alasan menerima tes HIV adalah karena mengikuti anjuran petugas kesehatan dan merasa memiliki risiko. Alasan menolak tes HIV oleh ibu hamil, karena merasa tidak memiliki faktor risiko untuk tertular HIV. Takut terhadap hasil jika dilakukan tes, takut dengan pandangan negatif orang yang melihat ketika mengunjungi klinik VCT ataupun layanan HIV lainnya.

Peran kader Posyandu saat ini dianggap mampu menjadi tameng munculnya stigma HIV dimasyarakat. Munculnya stigma tersebut diakibatkan karena pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang penyakit HIV, oleh karena itu dibutuhkan pendampingan oleh kader Posyandu kepada ibu hamil, agar mau melakukan pemeriksaan HIV. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi stigma orang dengan HIV-AIDS adalah kurangnya pengetahuan yang benar tentang cara penularan HIV. Sehingga perlu adanya pendampingan yang intensif dari kader Posyandu, dan memotivasi ibu hamil untuk mau melakukan pemeriksaan HIV pada saat hamil, Kemenkes RI. (2012).

Hasil studi awal yang dilakukan pada bulan Februari 2018, program PITC pada Puskesmas di Kota Samarinda berjalan mengikuti alur kerja yang telah menjadi rutinitas sehari-hari. Pemeriksaan dan tes HIV yang diselenggarakan atas inisiasi dari petugas dirangkaikan dalam program ANC terpadu. Pada program tersebut belum dilakukan pendampingan kepada ibu hamil secara maksimal, serta masih butuh pembenahan dalam tatanan pelaksanaan program tersebut. Hal ini dikemukakan oleh salah seorang dokter pemegang program yang bertugas di Puskesmas yang ada di Kota Samarinda.

Peranan kader Posyandu sangat penting dimasyarakat, kader berfungsi sebagai motivator, administrator, dan juga sebagai edukator. Dari studi awal dan studi literatur yang telah dilakukan, secara khusus belum ada yang menuliskan tentang peran kader dalam pemanfaatan layanan program PITC agar ibu hamil mau melakukan pemeriksaan HIV. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wardhani, (2017). Menyatakan bahwa ada

pengaruh pemberdayaan kader dengan metode SALT terhadap rujukan ibu hamil ke klinik VCT dengan nilai $p = 0,000$. Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang model peran kader Posyandu dalam pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda. Peran kader Posyandu dapat menjadi pemicu meningkatnya keikutsertaan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas. Kader Posyandu merupakan lini terdepan dari strategi promosi kesehatan dimasyarakat.

Menurut hasil penelitian Titi (2012), menerangkan bahwa pengetahuan, dukungan suami, dukungan bidan, dan dukungan kader (peran kader) berhubungan dengan perilaku ibu hamil untuk melakukan Tes HIV. Hal ini juga diperkuat oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 tahun 2013. Pada Bab II Pasal 5 tentang prinsip dan strategi, dijelaskan bahwa salah satu strategi yang dipergunakan dalam melakukan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat. Dan salah satu upaya promosi kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya promosi kesehatan yang dimaksud dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan terlatih.

Beberapa penelitian juga telah menjelaskan bahwa meningkatnya perilaku kesehatan pada kader dapat mempengaruhi masyarakat di wilayahnya untuk berperilaku sehat, sehingga kader dapat menjadi contoh dan panutan (*personal reference*). Meningkatnya *self efficacy* kader dengan peningkatan KAP (*Knowledge, Attitude, Dan Practice*) diharapkan kader kesehatan dapat lebih mampu menyampaikan upaya preventif, dan promotif perilaku sehat khususnya kesehatan gigi dimasyarakat, Pratiwi, (2006).

Menurut Green dan Kreuter (2005), dalam suatu program bagaimana menentukan kualitas hidup dari masyarakat secara spesifik dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi terhadap faktor mediasi yang dapat mendorong atau penghambat terjadinya perubahan perilaku dan lingkungan. Fase ini dikatakan juga sebagai target Antara, dari suatu program. Faktor tersebut dikelompokkan kedalam tiga kategori yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)
Merupakan anteseden perubahan perilaku yang memberikan alasan atau motivasi untuk berperilaku, meliputi antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, motivasi, dan lain-lain.
2. Faktor penguat (*reinforcing factor*)
Merupakan faktor penguat yang dapat memberikan dorongan terhadap terjadinya perubahan perilaku, meliputi antara lain perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, dan lain-lain.
3. Faktor pemungkin (*enabling factor*)
Merupakan faktor yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku atau lingkungan, meliputi lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan dan lain-lain.

1.2. Kajian Masalah.

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut maka, butuh kajian yang lebih mendalam tentang model peran kader Posyandu untuk meningkatkan pemanfaatan layanan pemeriksaan HIV pada ibu hamil. Permasalahannya adalah ketika seorang ibu hamil, dan tidak mengetahui bahwa dirinya menderita HIV, serta tidak segera melakukan pemeriksaan kehamilannya, dalam hal ini adalah pemeriksaan/tes HIV pada fasilitas kesehatan terdekat. Jika hal ini terjadi maka janin yang dikandungnya akan berisiko tertular HIV, apabila tidak dilakukan penanganan yang tepat terhadap ibu hamil tersebut.

Peningkatan partisipasi ibu hamil dalam upaya pemanfaatan layanan PITC di Puskesmas butuh bantuan kader posyandu. Kader Posyandu dapat menjadi salah satu *personal reference* bagi ibu hamil, sehingga kader Posyandu dapat menjadi motivator dan pendamping bagi ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan HIV di Pusat Kesehatan Masyarakat. Keberadaan kader Posyandu sangat dekat dimasyarakat, sehingga dengan kedekatan tersebut maka kader dianggap mampu menjadi perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan untuk melakukan edukasi.

Peningkatan peran kader Posyandu yang merupakan mitra tenaga kesehatan, diharapkan mampu membantu tenaga kesehatan di Puskesmas untuk meningkatkan pemanfaatan layanan PITC kepada ibu hamil. Menurut data yang didapatkan masih terjadi

masalah, dimana dari 5.556 orang ibu hamil hanya sekitar 1867 orang saja yang melakukan pemeriksaan atau tes HIV pada fasilitas kesehatan.

Pada penelitian ini menggunakan teori perilaku dalam upaya membangun model peran kader Posyandu untuk meningkatkan keikutsertaan ibu hamil dalam pemanfaatan layanan PITC di Kota Samarinda. Penggunaan tahapan *Precede* pada teori perilaku *Precede Proceed* dalam model tersebut diharapkan dapat menjadi teori dasar dalam membangun sebuah model, dalam tahapannya teori perilaku tersebut melakukan penilaian pendidikan dan ekologis, serta evaluasi terhadap implementasi dari sebuah program yang nantinya dapat dikaji dengan lebih spesifik. Dalam fase ke tiga pada teori tersebut dilakukan identifikasi terhadap permasalahan dan bagaimana melakukan perumusan pemecahan masalah terhadap sebuah program.

1.3. Rumusan Masalah.

Pemeriksaan HIV pada ibu hamil merupakan peluang yang baik dalam upaya mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi. Namun dari hasil wawancara awal, diketahui bahwa berbagai faktor dapat mempengaruhi penerimaan ibu hamil terhadap tes HIV. Belum adanya peran kader Posyandu dalam program pemanfaatan layanan PITC oleh ibu hamil di Kota Samarinda. Oleh karena itu perlu diteliti secara mendalam mengenai model peran kader Posyandu untuk meningkatkan kemandirian ibu hamil dalam pemanfaatan layanan PITC di Kota Samarinda.

Dapat dirumuskan rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

1. Apakah ada pengaruh faktor *Predisposing* (*Self efficacy*, pengetahuan, dan sikap) terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda?
2. Apakah ada pengaruh faktor *Reinforcing* (riwayat pelatihan, dukungan nakes, dan masa bakti) terhadap peran Posyandu kader dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda?
3. Apakah ada pengaruh *Enabling* (ketersediaan fasilitas, akses, dan kebijakan) terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda?
4. Apakah ada pengaruh pemberian pelatihan tentang peran kader Posyandu terhadap upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Menyusun model peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC (*Provider Initiated HIV Testing and Counseling*) pada ibu hamil di Kota Samarinda.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis dan menyusun model peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
2. Menganalisis pengaruh sebelum dan sesudah intervensi model peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
3. Melakukan evaluasi hasil intervensi model kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda
4. Menyusun rekomendasi penerapan model peran kader dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Teoritis

1. Menambah dan melengkapi teori tentang pemanfaatan layanan pemeriksaan HIV pada ibu hamil dalam program PITC.
2. Ditemukannya model struktural/jalur peran kader Posyandu dalam pemanfaatan dalam program *Provider Initiated HIV Testing And Counseling (PITC)* pada ibu hamil di kota Samarinda.
3. Bahan referensi untuk penelitian lebih lanjut mengenai program *Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC)*.

1.5.2. Manfaat Praktis

1. Menjadi acuan bagi pengelola program PITC (*Provider Initiated HIV Testing and Counseling*) di tingkat Kota dalam pengembangan program penanggulangan penyakit HIV.
2. Peningkatan cakupan layanan PITC pada Puskesmas yang berada di daerah perbatasan agar mampu menggalakan pemeriksaan HIV pada ibu hamil di daerah tersebut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC)*

Provider Initiated HIV Testing and Counseling (PITC) adalah layanan tes dan konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan, yaitu tes dan konseling diprakarsai oleh petugas kesehatan ketika pasien mencari layanan kesehatan. Persyaratan penting bagi penerapan PITC tersebut adalah adanya lingkungan yang memungkinkan. PITC sendiri harus disertai dengan paket layanan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan yang terkait HIV. Juga dilengkapi dengan mekanisme rujukan pada konseling pasca tes HIV yang efektif kepada semua pasien serta rujukan dan dukungan medis serta psikososial bagi mereka yang positif.

Harus dipastikan bahwa dalam PITC tidak mengesampingkan kesukarelaan pasien dalam mengambil keputusan untuk tes HIV dan tidak berubah menjadi tes mandatori. Konseling pra-tes sebagai komponen VCT disederhanakan tanpa sesi konseling dengan paket edukasi yang lengkap, namun tetap diupayakan agar tersedia layanan edukasi dan dukungan emosional di tatanan klinis bila diperlukan. Pendekatan PITC dapat merupakan jalan keluar dalam mengatasi keterbatasan waktu petugas kesehatan di tatanan klinis dan menyediakan anjuran yang jelas dan langsung tentang cara intervensi (Kemenkes RI, 2010).

Fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu jalan dimana ODHA memerlukan pelayanan pencegahan, terapi, dan dukungan. Hal tersebutlah yang mendasari terbentuknya *Provider-Initiated Testing and Counselling (PITC)* selain untuk menyempurnakan program lainnya, yaitu *Client-Initiated Counselling and Testing (CICT)* atau yang lebih dikenal sebagai VCT (WHO, 2007b).

Secara umum, konseling dan tes menjadi strategi utama dalam program pencegahan dan penatalaksanaan kasus HIV. Sampai dengan tahun 2006, kebijakan global yang dilakukan untuk surveilans HIV adalah dengan *Client-Initiated Voluntary Counseling and Testing (VCT)* yang dilakukan di dalam maupun diluar Unit Pelayanan Kesehatan. VCT mempunyai prinsip “3 C” yakni *consent, counseling dan confidentiality* (WHO/UNAIDS, 2004).

2.1.1 Penerapan Layanan *Provider Initiated HIV Testing and Counselling (PITC)*

Pada layanan tes HIV di klinik Konseling dan Testing HIV secara sukarela, pasien datang atas prakarsa sendiri. Pada layanan KTS tersebut tes HIV harus didahului konseling pra-tes. Kebijakan PBB menyatakan bahwa setiap konseling sukarela diikuti dengan konseling pra-tes, *informed consent* sebelum pemeriksaan darah HIV, *testing* HIV dan konseling pasca-tes yang keseluruhannya bersifat rahasia.

Keterbatasan waktu untuk setiap pasien sering menjadi kendala bagi konselor dalam melaksanakan konseling pra-tes. Setiap individu yang datang pada konselor membawa banyak isu yang perlu dibicarakan, maka dibutuhkan ketersediaan waktu yang cukup dalam mendiskusikannya.

Konseling pra-tes seorang konselor harus mampu menyeimbangkan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi pasien. Banyak orang yang takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk perlakuan diskriminasi dan stigmatisasi dimasyarakat dan dalam keluarganya sendiri. Karena itu layanan konseling dan tes HIV harus melindungi pasien dengan menjaga kerahasiaan. Seorang konselor harus mampu membangun kepercayaan pasien pada konselor yang merupakan dasar utama bagi terjaganya kerahasiaan sehingga terjalin hubungan baik dan terbina sikap saling memahami. Hal tersebut memerlukan ketrampilan khusus dan membutuhkan pengalaman dari konselor.

Pedoman pelaksanaan PITC di sarana kesehatan merekomendasikan Tes HIV sebagai berikut:

1. Ditawarkan kepada semua pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis yang mungkin mengindikasikan infeksi HIV, tanpa memandang tingkat epidemic daerahnya.

2. Sebagai bagian dari prosedur baku perawatan medis pada semua pasien yang datang disarana kesehatan didaerah dengan tingkat epidemic yang meluas.
3. Ditawarkan dengan lebih selektif kepada pasien didaerah dengan tingkat epidemi terkonsentrasi atau rendah.

Persyaratan penting bagi penerapan *PITC* tersebut adalah adanya lingkungan yang memungkinkan. *PITC* sendiri harus disertai dengan paket layanan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan yang terkait HIV. Juga dilengkapi dengan mekanisme rujukan pada konseling pasca tes HIV yang efektif kepada semua pasien serta rujukan padan dukungan medis dan psikososial bagi mereka yang HIV positif. Harus dipastikan bahwa *PITC* dengan menggunakan pendekatan model *option-out* dalam mendapatkan persetujuan pasien (contoh: “kami sarankan anda untuk menjalani tes HIV. Bila anda tidak keberatan, kami akan laksanakan segera) tidak mengesampingkan kesukarelaan pasien dalam mengambil keputusan untuk tes HIV dan tidak berubah menjadi tes HIV mandatori.

Pendekatan *PITC* dapat merupakan jalan keluar dalam mengatasi keterbatasan waktu petugas kesehatan di tatanan klinis dan menyediakan anjuran yang jelas dan langsung tentang cara intervensi. (Kemenkes RI. 2010)

2.2 Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Ke Anak (PPIA)

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT) merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) di Indonesia serta Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Layanan PPIA diintegrasikan dengan paket layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja di setiapjenjang pelayanan kesehatan dalam strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV/AIDS dan IMS.

Pada akhir tahun 2011 Kemenkes melaporkan baru terdapat 94 layanan PPIA di Indonesia, yang baru menjangkau sekitar 7% dari perkiraan jumlah ibu yang memerlukan layanan PPIA. Program PPIA juga telah dilaksanakan oleh beberapa lembaga masyarakat khususnya untuk penjangkauan dan perluasan akses layanan bagi masyarakat. Agar penularan HIV dari ibu ke anak dapat dikendalikan, diperlukan peningkatan akses program dan pelayanan PPIA yang diintegrasikan ke dalam kegiatan pelayanan KIA, KB serta kesehatan remaja (PKPR) di setiap jenjang fasilitas layanan kesehatan dasar dan rujukan (Kemenkes RI, 2011).

Pengembangan strategi implementasi PPIA merupakan bagian dari tujuan utama pengendalian HIV/AIDS secara global yaitu, yaitu untuk menurunkan kasus HIV serendah mungkin dengan menurunnya jumlah infeksi HIV baru mengurangi stigma dan diskriminasi, serta menurunnya kematian akibat AIDS atau lebih dikenal dengan *Getting to Zero* (UNAIDS, 2010).

Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak diintegrasikan dengan paket pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta layanan Keluarga Berencana di tiap jenjang pelayanan kesehatan. Semua perempuan yang datang ke pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana mendapatkan informasi pencegahan penularan HIV selama masa kehamilan dan menyusui.

Guna mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak, dilaksanakan program pencegahan secara komprehensif meliputi empat prong, yaitu:

1. Prong 1 : Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi
2. Prong 2 : Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif
3. Prong 3 : Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil HIVpositif ke bayi yang dikandungnya
4. Prong 4 : Pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta anak dan keluarganya.

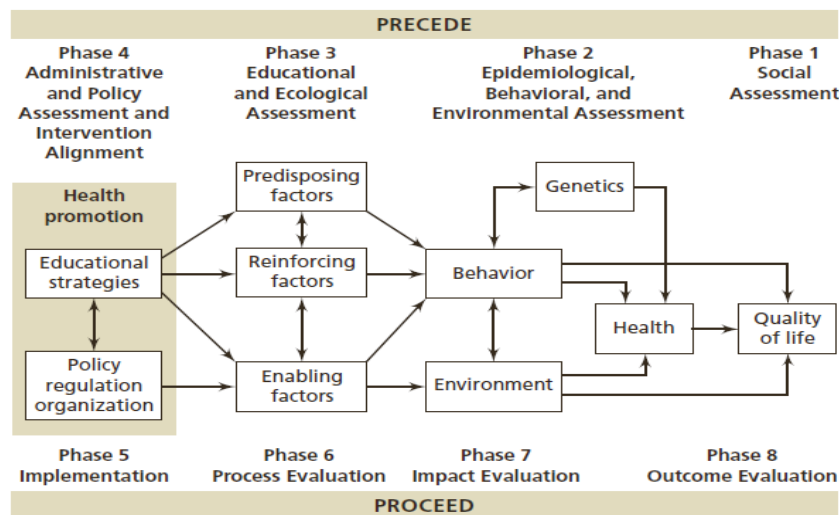
Keempat Prong secara nasional dikoordinir dan dijalankan oleh pemerintah, serta dapat dilaksanakan oleh institusi kesehatan swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat.

Terkait dengan upaya pencapaian MDG 4, 5 dan 6 dalam pencegahan infeksi HIV pada anak, disebutkan bahwa dengan akses layanan ARV yang mudah, persediaan ARV yang lebih baik, pemberian ARV yang tepat, maka upaya untuk mengeliminasi penularan HIV dari ibu ke anak dapat dicapai pada tahun 2015. Kemenkes RI.,(2011).

2.3 Teori *Precede Proceed*

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence W. Green sejak tahun 1980. Lawrence W. Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh factor perilaku dan faktor diluar perilaku. Model ini kemudian dikenal luas untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program pendidikan kesehatan yang dikenal dengan kerangka kerja *Precede* dan *Proceed*.

Menurut Green dan Kreuter (2005), *precede* merupakan akronim dari serangkaian kegiatan pengkajian dalam rangka menyusun suatu perencanaan (fase 1 - 4), yaitu *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. *Precede* mempertimbangkan beberapa faktor yang membentuk status kesehatan dan membantu perencana terfokus pada factor tersebut sebagai target untuk intervensi. *Proceed* merupakan akronim dari *Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*. *Proceed* berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi dalam program pendidikan kesehatan (fase 5 - 8). Delapan fase dari model tersebut dimulai dengan keluaran yang umum dan berubah menjadi keluaran yang lebih spesifik.



Sumber : Green and Kreuter (2005).

Gambar 2.1. *Precede-Proceed Planning Model*.

Fase 1 : Diagnosis Sosial

Menurut Green dan Kreuter (2005), dalam fase ini program menentukan bagaimana kualitas hidup dari masyarakat secara spesifik. Untuk mengetahui masalah tersebut, maka sering digunakan indikator sosial dari kesehatan dalam populasi spesifik (contohnya derajat kemiskinan, rata-rata kriminalitas, ketidakhadiran, atau tingkat pendidikan yang rendah) yang berefek kepada kesehatan dan kualitas hidup. Adapun untuk melakukan diagnosis social dilaksanakan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan melalui *review literature* (hasil penelitian), data (misalnya : media massa) dan *group method*.

Fase 2 : Diagnosis Epidemiologi

Menurut Green dan Kreuter (2005), dalam fase ke-2 ini program mengidentifikasi faktor kesehatan atau faktor lain yang berperan dalam perburukan kualitas hidup. Fase ini perlu memperhatikan data kesehatan yang ada di masyarakat berdasarkan indikator kesehatan yang bersifat negatif yaitu morbiditas dan mortalitas, serta yang bersifat positif yaitu angka harapan hidup, cakupan air bersih, cakupan rumah sehat dan lain sebagainya. Hal yang harus diperhatikan dalam menentukan prioritas masalah kesehatan yaitu :

1. Masalah yang mempunyai dampak besar pada kematian, kesakitan, lama hari kehilangan kerja, biaya rehabilitasi dan lain-lain
2. Masalah kesehatan yang paling rentan untuk diintervensi

3. Masalah yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam meningkatkan status kesehatan, *economic savings*
4. Masalah yang belum pernah disentuh atau diintervensi
5. Masalah yang merupakan prioritas daerah atau nasional.

Tahapan dalam diagnosis epidemiologi antara lain :

1. Memisahkan penyebab perilaku dan non perilaku dari masalah kesehatan
2. Mengembangkan penyebab perilaku, terdiri atas perilaku pencegahan (*primary*, *secondary*, *tertiary*) dan perilaku pengobatan
3. Melihat derajat pentingnya perilaku, yaitu frekuensi terjadinya perilaku dan hubungan yang nyata dengan masalah kesehatan
4. Melihat kemungkinan dapat berubahnya perilaku
5. Memilih target perilaku.

Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan, digunakan indikator perilaku seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (*utilisasi*), upaya pencegahan (*prevention action*), pola konsumsi makanan (*consumption pattern*), kepatuhan (*compliance*), upaya pemeliharaan sendiri (*self care*).

Fase 3 : Penilaian Pendidikan dan Ekologis

Menurut Green dan Kreuter (2005), dalam fase ini dilakukan identifikasi terhadap faktor mediasi yang dapat mendorong atau penghambat terjadinya perubahan perilaku dan lingkungan. Fase ini dikatakan juga sebagai target antara dari suatu program. Faktor tersebut dikelompokkan kedalam tiga kategori yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)
Merupakan anteseden perubahan perilaku yang memberikan alasan atau motivasi untuk berperilaku, meliputi antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, motivasi, dan lain-lain.
2. Faktor penguat (*reinforcing factor*)
Merupakan faktor penguat yang dapat memberikan dorongan terhadap terjadinya perubahan perilaku, meliputi antara lain perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, dan lain-lain.
3. Faktor pemungkin (*enabling factor*)
Merupakan faktor yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku atau lingkungan, meliputi lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan dan lain-lain.

Tahapan dalam penilaian pendidikan dan ekologis antara lain :

1. Identifikasi dan menetapkan faktor menjadi 3 kategori
Mengidentifikasi penyebab perilaku dan dipilah sesuai dengan 3 kategori yang ada yaitu : *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing factors*. Metode yang bisa digunakan, secara formal (literatur, *check list* dan kuesioner) maupun informal (*brainstorming* dan *Normal Group Process* atau NGP)
2. Menetapkan prioritas antar kategori
Menetapkan faktor mana yang menjadi obyek intervensi dan seberapa penting faktor tersebut dari ketiga faktor yang ada.
3. Menetapkan prioritas dalam kategori
Berdasarkan pertimbangan antara lain : *important* (penting), *immediacy* (segera), *necessity* (kebutuhan) dan *changeability* (kemudahan untuk diubah).

Fase 4 : Administrasi, Penilaian Kebijakan dan Keselarasan Intervensi

Menurut Green dan Kreuter (2005), fase ini berisi tentang upaya untuk memperbaiki status kesehatan dapat didukung atau dihambat oleh peraturan dan kebijakan yang ada. Fase keempat meliputi :

1. Administrative diagnosis

Pada diagnosis administrasi dilakukan :

- a. Memperkirakan atau menilai sumber daya yang dibutuhkan program
- b. Menilai sumber daya yang ada didalam organisasi atau masyarakat

c. Mengidentifikasi faktor penghambat dalam mengimplementasi program
Tahap diagnosis administrasi (Green dan Kreuter, 2005), antara lain :

1. Menilai kebutuhan sumber daya

- a. *Time*, waktu dibutuhkan untuk memperkirakan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan. Setiap tujuan pada masing-masing tahap harus dinyatakan dalam ukuran waktu sehingga tujuan yang utama dapat tercapai.
- b. *Personnel*, kebutuhan *personnel* harus dipertimbangkan dalam analisis sumber daya karena membutuhkan anggaran yang besar. Analisis *personnel* biasanya lebih rumit karena harus mempertimbangkan keterampilan, kepribadian, preferensi dan sikap *personnel* terhadap jenis pekerjaan tertentu yang harus dilakukan.
- c. *Budget*, biaya dalam satuan jam menunjukkan kebutuhan pendanaan sebenarnya. Besarnya pendanaan juga harus memperhatikan kemampuan dan kebutuhan organisasi.

2. Menilai ketersediaan sumber daya

- a. *Personnel*, apabila didapatkan bahwa *personnel* yang dibutuhkan ternyata lebih banyak daripada yang tersedia, maka dapat dilakukan penambahan *personnel* baik dari unit lain, melatih *personnel* dari unit sendiri, maupun mencari tenaga sukarela dari masyarakat atau lembaga dan lain sebagainya.
- b. *Budgetary constraints* (keterbatasan budget), apabila anggaran yang dibutuhkan lebih besar dari anggaran yang tersedia, program promosi kesehatan masih bisa berjalan namun perlu dimodifikasi. Modifikasi tersebut bisa pada aspek tujuan program maupun metode intervensi yang akan digunakan.

3. Menilai penghambat implementasi

- a. *Staff commitment, value and attitude*, penting untuk melibatkan *personnel* yang akan terlibat dalam program sejak perencanaan dilakukan
- b. *Program Goal(s)*, tujuan yang dibuat harus sesuai dengan kebijakan yang sudah ada. Apabila tujuan yang dibuat bertentangan dengan kebijakan yang sudah ada, maka tujuan tersebut harus disesuaikan dengan kebijakan atau merubah kebijakan disesuaikan dengan tujuan program.
- c. *Rate of change*, perubahan secara bertahap lebih mudah diterapkan daripada secara radikal dan ambisius. Program harus diimplementasikan tahap demi tahap sehingga akan mempermudah pengelolaan setiap tahap implementasi.
- d. *Familiarity*, prosedur dan metode yang digunakan dalam program harus dikenal oleh *personnel* yang akan mengimplementasikan program. Prosedur dan metode yang tidak dikenal *personnel*, akan membutuhkan upaya sosialisasi dan orientasi untuk mencegah terjadinya penolakan maupun implementasi program yang tidak optimal.
- e. *Complexity*, perubahan yang melibatkan banyak macam kegiatan atau koordinasi akan lebih sulit diterapkan dibandingkan dengan kegiatan yang sederhana atau hanya melibatkan sedikit orang.
- f. *Space*, ada kemungkinan program akan menggunakan *space* pihak lain sehingga bisa menimbulkan masalah. Oleh karena itu, *space* harus dianggap sebagai sumber daya yang perlu dialokasikan juga sama seperti *personnel* dan sumber daya lain pada saat perencanaan.
- g. *Community circumstances*, komunitas akan merespon program yang ditawarkan dalam berbagai tingkatan. Keterlibatan komunitas pada saat perencanaan program tidak hanya penting untuk menganalisis sumber daya yang tersedia tetapi juga mengantisipasi kemungkinan hambatan yang terjadi.
- h. *Quality assurance, training and supervision*, efektivitas implementasi program promosi kesehatan membutuhkan kompetensi dan keterampilan dari *personnel* yang terlibat dalam program tersebut. Pelatihan dan supervisi terhadap *personnel* dapat memberikan jaminan pelaksanaan program yang terbaik.

2. *Policy diagnosis*

Pada diagnosis kebijakan dilakukan :

- a. Menilai dukungan politik
- b. Menilai dukungan regulasi atau peraturan
- b. Menilai dukungan sistem didalam organisasi
- c. Menilai hambatan yang ada dalam pelaksanaan program
- d. Menilai dukungan yang memudahkan pelaksanaan program

Fase 5 : Implementasi atau Pelaksanaan

Menurut Green dan Kreuter (2005), penyampaian program terjadi selama fase 5 dan juga proses evaluasi (fase 6). Fase evaluasi yang pertama terjadi secara simultan dengan pelaksanaan program. Banyak faktor yang menentukan keberhasilan implementasi suatu program seperti yang sudah dijabarkan diatas. Apabila fase 1 sampai dengan fase 4 dilakukan dengan benar, maka keberhasilan implementasi program dapat terwujud.

Fase 6 : Proses Evaluasi

Menurut Green dan Kreuter (2005), proses evaluasi merupakan sebuah evaluasi formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Fase 6 digunakan untuk mengevaluasi proses dimana program promosi kesehatan dilaksanakan. Fase ini menentukan apakah program yang dilaksanakan sesuai dengan protokol dan menentukan apakah tujuan dari program terpenuhi. Hal ini juga membantu mengidentifikasi modifikasi yang mungkin diperlukan untuk memperbaiki program.

Fase 7 : Pengaruh Evaluasi

Menurut Green dan Kreuter (2005), fokus dalam fase ini adalah evaluasi sumatif yang diukur setelah program selesai untuk mencari tahu pengaruh intervensi dalam perilaku atau lingkungan. Fase 7 mengukur efektivitas program berkaitan dengan tujuan antara serta perubahan predisposisi, pemungkin dan factor penguat .

Fase 8 : Hasil atau Keluaran Evaluasi

Menurut Green dan Kreuter (2005), fase 8 merupakan langkah perubahan dalam hal tujuan keseluruhan dan perubahan dalam kesehatan dan manfaat sosial atau kualitas hidup . Artinya menentukan efek program terhadap kesehatan dan kualitas hidup masyarakat. Fokus dari fase evaluasi terakhir adalah evaluasi terhadap kualitas hidup dan derajat kesehatan.

2.4 Theory Self Efficacy

Self-efficacy adalah kepercayaan tentang kemampuan untuk melakukan tindakan yang diharapkan, *self-efficacy* juga menjadi dasar seseorang untuk melakukan tindakan atau mengendalikan kondisi tertentu, Bandura (1994).

2.4.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi Self Efficacy

Menurut Bandura (1994), *Self Efficacy* dapat ditumbuhkan dan dipelajari melalui empat hal, yaitu:

a. Pengalaman Menguasai Sesuatu (*MasteryExperience*)

Pengalaman menguasai sesuatu yaitu performa masa lalu. Secara umum performa yang berhasil akan menaikkan *Self Efficacy* individu, sedangkan pengalaman pada kegagalan akan menurunkan. Setelah *self efficacy* kuat dan berkembang melalui serangkaian keberhasilan, dampak negatif dari kegagalan-kegagalan yang umum akan berkurang secara sendirinya. Bahkan kegagalan-kegagalan tersebut dapat diatasi dengan memperkuat motivasi diri apabila seseorang menemukan hambatan yang tersulit melalui usaha yang terus-menerus.

b. Modeling Sosial

Pengamatan terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan *Self Efficacy* individu dalam mengerjakan tugas yang sama. Begitu pula sebaliknya, pengamatan terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukannya.

c. Persuasi Sosial

Individu diarahkan berdasarkan saran, nasihat, dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan-kemampuan yang dimiliki dapat membantu tercapainya tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan. Namun pengaruh persuasi tidaklah terlalu besar, dikarenakan tidak memberikan pengalaman yang dapat langsung dialami atau diamati individu. Pada kondisi tertekan dan kegagalan yang terus-menerus, akan menurunkan kapasitas pengaruh sugesti dan lenyap disaat mengalami kegagalan yang tidak menyenangkan.

d. Kondisi Fisik dan Emosional

Emosi yang kuat biasanya akan mengurangi performa, saat seseorang mengalami ketakutan yang kuat, kecemasan akut, atau tingkat stres yang tinggi, kemungkinan akan mempunyai ekspektasi efikasi yang rendah.

Tinggi rendahnya Efikasi Diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi. Hal ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempersepsikan kemampuan diri individu. Ada beberapa yang mempengaruhi Efikasi Diri, antara lain:

a. Budaya

Budaya mempengaruhi *self-efficacy* melalui nilai (*value*), kepercayaan (*beliefs*), dan proses pengaturan diri (*self-regulation process*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self-efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan *self-efficacy*.

b. Jenis Kelamin

Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap *self-efficacy*. Hal ini dapat dilihat dari penelitian Bandura (1997), yang menyatakan bahwa wanita efikasinya lebih tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki *self-efficacy* yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

c. Sifat dari tugas yang dihadapi

Derajat kompleksitas dari kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri semakin kompleks suatu tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya, jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

d. Insentif eksternal

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* individu adalah insentif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self-efficacy* adalah *competent contingens incentive*, yaitu insentif yang diberikan oleh orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

e. Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki status lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga *self-efficacy* yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga *self-efficacy* yang dimilikinya juga rendah.

f. Informasi tentang kemampuan diri

Individu akan memiliki *self-efficacy* tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki *self-efficacy* yang rendah, jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

2.4.2 Fungsi Self Efficacy

Efikasi diri yang telah terbentuk akan mempengaruhi dan memberi fungsi pada aktifitas individu. Bandura (1994:4-7) menjelaskan tentang pengaruh dan fungsi tersebut, yaitu:

a. Fungsi Kognitif.

Bandura menyebutkan bahwa pengaruh dari efikasi diri pada proses kognitif seseorang sangat bervariasi. Pertama, efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi tujuan pribadinya. Semakin kuat efikasi diri, semakin tinggi tujuan yang ditetapkan oleh individu bagi dirinya sendiri dan yang memperkuat adalah komitmen individu terhadap tujuan tersebut. Individu dengan efikasi diri yang kuat akan mempunyai cita-cita yang tinggi, mengatur rencana dan berkomitmen pada dirinya untuk mencapai tujuan tersebut. Kedua, individu dengan efikasi diri yang kuat akan mempengaruhi bagaimana individu tersebut menyiapkan langkah-langkah antisipasi bila usahanya yang pertama gagal dilakukan.

b. Fungsi Motivasi

Self Efficacy memainkan peranan penting dalam pengaturan motivasi diri. Sebagian besar motivasi manusia dibangkitkan secara kognitif. Individu memotivasi dirinya sendiri dan menuntun tindakan-tindakannya dengan menggunakan pemikiran-pemikiran tentang masa depan sehingga individu tersebut akan membentuk kepercayaan mengenai apa yang dapat dirinya lakukan. Individu juga akan mengantisipasi hasil-hasil dari tindakan-tindakan yang prospektif, menciptakan tujuan bagi dirinya sendiri dan merencanakan bagian dari tindakan-tindakan untuk merealisasikan masa depan yang berharga. *Self efficacy* mendukung motivasi dalam berbagai cara dan menentukan tujuan-tujuan yang diciptakan individu bagi dirinya sendiri dengan seberapa besar ketahanan individu terhadap kegagalan. Ketika menghadapi kesulitan dan kegagalan, individu yang mempunyai keraguan diri terhadap kemampuan dirinya akan lebih cepat dalam mengurangi usaha-usaha yang dilakukan atau menyerah. Individu yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuan dirinya akan melakukan usaha yang lebih besar ketika individu tersebut gagal dalam menghadapi tantangan. Kegigihan atau ketekunan yang kuat mendukung bagi pencapaian suatu performansi yang optimal. *Self efficacy* akan berpengaruh terhadap aktifitas yang dipilih, keras atau tidaknya dan tekun atau tidaknya individu dalam usaha mengatasi masalah yang sedang dihadapi.

c. Fungsi Afeksi

Self efficacy akan mempunyai kemampuan coping individu dalam mengatasi besarnya stres dan depresi yang individu alami pada situasi yang sulit dan menekan, dan juga akan mempengaruhi tingkat motivasi individu tersebut. *Self efficacy* memegang peranan penting dalam kecemasan, yaitu untuk mengontrol stres yang terjadi. Penjelasan tersebut sesuai dengan pernyataan Bandura bahwa *self efficacy* mengatur perilaku untuk menghindari suatu kecemasan. Semakin kuat *self efficacy*, individu semakin berani menghadapi tindakan yang menekan dan mengancam.

d. Fungsi Selektif

Fungsi selektif akan mempengaruhi pemilihan aktivitas atau tujuan yang akan diambil oleh individu. Individu menghindari aktivitas dan situasi yang individu percayai telah melampaui batas kemampuan coping dalam dirinya, namun individu tersebut telah siap melakukan aktivitas-aktivitas yang menantang dan memilih situasi yang dinilai mampu untuk diatasi.

Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* dapat memberi pengaruh kepada fungsi kognitif, fungsi motivasi, fungsi afeksi serta fungsi selektif pada aktivitas seseorang.

2.5 Kader Posyandu

2.5.1. Pengertian

Kader Posyandu adalah orang yang dipilih oleh pengurus Posyandu dari anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Depkes RI, 2006a).

Menurut Widagdo dan Husodo (2009), kader Posyandu mempunyai peran yang penting karena merupakan pelayan kesehatan (*health provider*) yang berada didekat kegiatan sasaran Posyandu dan memiliki frekuensi tatap muka kader lebih sering dari petugas kesehatan lainnya.

2.5.2. Tujuan Pembentukan Kader

Dalam rangka mensukseskan pembangunan nasional, khususnya di bidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek akan tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri. Pada hakekatnya kesehatan dipolakan mengikut sertakan masyarakat secara aktif dan bertanggung jawab. Keikutsertaan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar terbatasnya sumber daya dalam kegiatan operasional pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga masyarakat akan memanfaatkan sumber daya seoptimal mungkin. Pola pikir yang semacam ini merupakan penjabaran dari karsa pertama yang berbunyi, meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan.

Kader juga merupakan komponen dari Posyandu yang sangat berpengaruh pada pelaksanaan kegiatan Posyandu. Jumlah kader yang bertugas di Posyandu tersebut dan jumlah kader yang terlatih serta masih aktif akan sangat mempengaruhi kegiatan Posyandu tersebut. Kader-kader yang ada saat ini terutama di Posyandu yang sudah tidak aktif lagi adalah banyak yang sudah tua dan hanya beberapa orang saja yang aktif. Kader-kader muda yang ada juga belum banyak yang ikut pelatihan-pelatihan kader (Dinkes Jateng, 2005).

2.6 Peran Kader Posyandu dan Beberapa Faktor yang Mempengaruhi

Ada beberapa hal pokok yang terdapat dalam peran. Pada konteks ini, Soekanto (2002) mengatakan bahwa dalam peranan terdapat paling sedikit 3 (tiga) hal pokok, yaitu : Peran meliputi norma-norma yang dihubungkan dengan posisi atau tempat seseorang dalam masyarakat. Peran dalam arti ini merupakan rangkaian peraturan yang membimbing seseorang dalam kehidupan masyarakat. Peran adalah suatu konsep perihal apa yang dilakukan oleh individu dalam masyarakat sebagai organisasi.

Peran juga dapat dikatakan sebagai perilaku individu yang penting bagi masyarakat. Gibson (2006) mengungkapkan bahwa ada beberapa jenis peran. Jenis-jenis peran yang dimaksud adalah : Peran yang dirasakan (*perceived role*), yaitu serangkaian perilaku yang dianggap harus dilakukan oleh orang yang menduduki posisi tersebut. Peran yang diharapkan, yaitu perilaku nyata yang diharapkan masyarakat dari seseorang atas kedudukannya. Peran yang dimainkan (*enacted role*), yaitu perilaku yang benar-benar dilaksanakan seseorang sesuai dengan kedudukannya.

Lebih jauh Gibson (2006) menambahkan bahwa karena keanggotaan dalam berbagai kelompok maka orang melakukan bermacam-macam peran. Peran yang bermacam-macam ini menghasilkan sejumlah perilaku yang diharapkan.

Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) pada teori *precede-proceed* perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal, yaitu faktor predisposisi adalah faktor yang berasal dari internal seseorang, misalnya karakteristik seseorang, pengetahuan, lama dan sikap. Kedua faktor eksternal adalah faktor enabling atau pemungkin misalnya fasilitas atau sarana, keterjangkauan fasilitas dan ketiga adalah faktor reinforcing atau pendorong misalnya sikap petugas kesehatan atau tokoh masyarakat. Faktor yang mempengaruhi peran kader posyandu dalam meningkatkan cakupan pemeriksaan HIV pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

2.6.1. Faktor Internal

1. Umur

Umur menggambarkan pengalaman seseorang, kader yang berumur tua relatif lebih disegani dibandingkan dengan kader yang lebih muda. Hal ini berkaitan dengan kepercayaan masyarakat bahwa kader yang lebih tua itu memiliki pengalaman lebih ditunjang dengan lamanya dia menjadi kader. Penelitian Bangsawan (2001) di Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung menyatakan bahwa umur berhubungan dengan peran aktif kader dalam menunjang kegiatan posyandu.

2. Lamanya menjadi kader

Lama kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang positif senioritas terhadap produktivitas kerja (Robins, 2003). Hal ini mengindikasikan bahwa semakin lama masa kerja seorang semakin menunjukkan

senioritasnya dan semakin paham pula akan pekerjaannya. Begitu pula dengan kader semakin lama menjadi seorang kader maka semakin memahami tugas yang dijalankannya dan pada akhirnya akan lebih meningkatkan keterampilannya dalam menyelenggarakan posyandu.

3. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberi orang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan adalah proses usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dalam proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif pengendalian diri, keperibadian, kecerdasan, akhlak mulia serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat dan negara (UU RI No. 20 Tahun 2003).

Menurut Koentjaningrat (2001) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin tinggi pula menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Mamdy (1989), menyatakan bahwa salah satu syarat menjadi kader adalah dapat membaca dan menulis sehingga dalam hal ini pendidikan merupakan salah satu kriteria dalam pemilihan seorang kader. Sebab pendidikan yang lebih tinggi akan lebih memantau tingkat pemahaman dan pengetahuan kader dibandingkan dengan pendidikan kader yang rendah.

4. Pekerjaan

Menurut Mantra (1983) dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa salah satu syarat untuk menjadi kader adalah mempunyai banyak waktu untuk masyarakat. Kader yang tidak bekerja cenderung memiliki waktu luang yang lebih banyak dalam membantu kegiatan posyandu.

5. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia, yakni: penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan pada hakikatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu obyek tertentu termasuk ilmu, jadi ilmu merupakan bagian dari pengetahuan yang diketahui oleh manusia. Pengetahuan dikumpulkan dengan tujuan untuk menjawab semua permasalahan kehidupan sehari-hari yang dialami oleh manusia dan untuk digunakan dalam menawarkan berbagai kemudahan padanya.

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah pendidikan formal. Sehingga pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, harapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah, mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa, peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal.

Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek yaitu positif dan negatif. Kedua aspek ilmiah yang pada akhirnya akan menentukan sikap seseorang tentang suatu obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tertentu.

6. Sikap

Notoatmodjo (2003) menyatakan sikap merupakan aksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan objek.

Sikap kader akan mempengaruhi tanggapannya terhadap kunjungan masyarakat di posyandu. Sikap kader yang mengerti terhadap tugasnya di posyandu akan lebih merespon masyarakat yang berkunjung ke Posyandu, sedangkan sikap kader yang kurang

mengerti tugasnya di posyandu akan bersikap acuh tak acuh terhadap kunjungan masyarakat.

2.6.2. Faktor Eksternal

1. Pelatihan kader Posyandu

Pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai keterampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu, terinci, dan rutin. Tujuan pelatihan adalah untuk menutup “gap” kesenjangan antara kecakapan atau kemampuan seorang dengan permintaan jabatan atau program yang ada diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja dalam mencapai sasaran kerja yang telah ditetapkan (Siagian, 1996).

2. Sarana dan prasarana Posyandu

Menurut Azwar (1989) kesanggupan pelaksanaan program secara efektif dan efisien sangat tergantung kepada pemanfaatan sumber daya, sarana, dan tata cara yang dimiliki oleh suatu organisasi dalam memberikan pelayanan kepada pengguna. Ketersediaan sarana akan mempengaruhi keaktifan kader dalam melaksanakan kegiatan posyandu karena sarana yang cukup akan mempermudah dalam pelaksanaan kegiatan posyandu.

3. Dukungan tokoh masyarakat, dukungan tokoh agama dan dukungan Puskesmas.

Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) sikap, dukungan puskesmas dan tokoh masyarakat merupakan factor pendorong (reinforcing) atau mendukung dan memperkuat terbentuknya

2.7 Peran Kader sebagai Edukator, Motivator, dan Pendamping.

Peran kader sebagai perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan diharapkan mampu meningkatkan cakupan program PITA yang dilakukan oleh pihak Puskesmas, yaitu peran kader sebagai edukator, *motivator*, dan pendamping ibu hamil yang ada diwilayahnya. Sehingga dengan melibatkan kader dalam program tersebut ibu hamil lebih mengetahui dan paham akan pentingnya pemeriksaan ANC terpadu yang didalamnya ada pemeriksaan HIV yang sangat bermanfaat bagi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya.

Sebagai edukator peran kader Posyandu dinilai sangat efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kader Posyandu merupakan health provider yang melakukan rutinitas memberikan pandangan positif kepada masyarakat, akan pentingnya mengunjungi Posyandu. Keberadaannya yang dekat dengan masyarakat melebihi petugas kesehatan lainnya, mengakibatkan kader Posyandu lebih tahu dan paham akan kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayahnya. Hardiyanti P. (2017). Dengan bekal pengalaman serta ilmu yang didapat selama menjadi kader Posyandu, seorang kader sedapat mungkin memberikan informasi kepada masyarakat akan pentingnya usaha preventif oleh masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat itu sendiri.

Peran kader sebagai edukator dalam memberikan pemahaman yang maksimal kepada ibu hamil sangat dibutuhkan demi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya serta meningkatkan status gizi balita yang ada diwilayah Posyandunya. Peran kader sebagai edukator antara lain dapat menjelaskan data yang pengukuran yang terdapat pada KMS setiap balita atau keadaan anak berdasarkan data berat badan yang di ukur dan digambarkan dalam grafik KMS. Mengadakan kegiatan diskusi kelompok bersama ibu-ibu yang lokasi rumahnya berdekatan dan kegiatan kunjungan rumah. Kader Posyandu juga melakukan *edukasi* kepada lansia yang berada disekitarnya bagaimana menjaga pola makan dan mengatur kebugaran jasmani dan rohani dari seorang lansia.

Selain sebagai edukator fungsi dan peran kader Posyandu juga sebagai *motivator* dimasyarakat. Kader Posyandu memberikan motivasi dengan selalu mengajak masyarakat yang mempunyai anak balita dan kepada ibu hamil untuk datang ke Posyandu pada hari buka Posyandu. Penelitian yang dilakukan Onthonie H., et al., (2015), menyatakan bahwa kader melakukan kunjungan kerumah ibu-ibu hamil dan yang mempunyai balita dan menyempatkan waktu untuk melakukan diskusi kepada mereka yang berada disekitar. Dapat dibayangkan jika tanpa kader Posyandu bagaimanakah nasib program kesehatan yang ada di Posyandu. Akan terjadi keterlamabatan jalannya informasi kepada masyarakat yang berasal dari petugas kesehatan.

Kader juga diharapkan dapat menyediakan informasi bagi pejabat kesehatan yang berwenang yang tidak dapat mencapai masyarakat langsung, serta mampu mendorong para pejabat kesehatan pada sistem kesehatan agar mengerti dan merespon kebutuhan masyarakat. Kader dapat membantu mobilisasi sumber daya masyarakat, mengadvokasi masyarakat serta membangun kemampuan lokal, Dikson AP. et al., (2017).

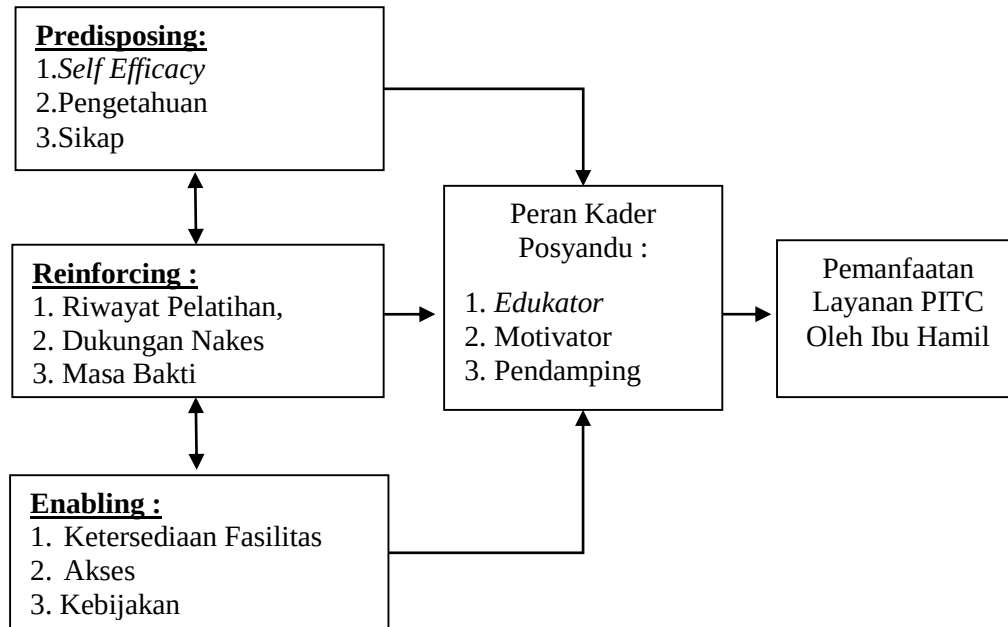
Beberapa program kesehatan yang ada di Puskesmas mendapat bantuan dan peran serta dari kader untuk melakukan sosialisasi di masyarakat. Tidak jarang sebuah program yang diluncurkan oleh petugas kesehatan butuh pendampingan dari kader Posyadu. Sebagai contoh program jumantik yang dilakukan di wilayah kader tetap mendapatkan pembinaan dan pendampingan dari kader Posyandu. Demikian pula dengan program kesehatan lansia yang juga butuh pendampingan dari kader Posyandu.

Pendampingan kader posyandu kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC di Pusat layanan kesehatan tingkat pertama, dimaksudkan agar semua ibu hamil mengakses layanan tersebut dan memanfaatkan layanan ANC selama masa kehamilannya. Hal ini dilakukan agar kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya tetap terjaga, dan terhindar dari faktor risiko yang dapat mengganggu perkembangan janin yang dikandung sampai saat melahirkan dan masa nifas. Dengan adanya pendampingan maka ibu hamil dapat terhindar dari risiko terjadinya masalah dan penyulit persalinan pada masa tersebut. Berbagai kasus kematian ibu terjadi di beberapa wilayah di Indonesia karena tidak adanya pendampingan kepada ibu hamil serta kurangnya informasi yang didapatkan oleh ibu hamil tersebut.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Sumber : Teori Perilaku L. Green, 2005.

Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Penelitian.

Berdasarkan dari gambar kerangka konsep tersebut memperlihatkan bahwa terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi peran kader Posyandu dalam pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil. Faktor itu bisa berasal dari dalam diri maupun yang berada dari luar diri dari kader Posyandu. Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada didalam diri seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

Menurut teori *Precede Proceed*, pada fase ke tiga yaitu *Educational And Ecological Assesment* merupakan identifikasi terhadap faktor yang dapat mendorong ataupun menghambat terjadinya perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terdiri dari *self efficacy*, pengetahuan, dan sikap. Sedangkan faktor penguat terdiri dari riwayat pelatihan, dukungan nakes, dan masa bakti, serta faktor pendorong yang terdiri dari ketersediaan fasilitas, akses dan kebijakan yang diacu. Kemudian pada fase keempat akan dilakukan strategi edukasi kepada kader posyandu dengan metode pelatihan kepada para kader Posyandu.

Sehingga dalam penelitian ini ingin melihat sejauh mana peran faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pendorong terhadap peran kader posyandu dalam pemanfaatan layanan PITC HIV pada ibu hamil di kota Samarinda, kemudian ingin melihat peningkatan peran kader psyandu sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh faktor predisposing (*Self Efficacy*, pengetahuan, sikap) terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
2. Ada pengaruh faktor reinforcing (riwayat pelatihan, dukungan nakes, dan masa bakti) terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
3. Ada pengaruh faktor enabling (ketersediaan fasilitas, akses, dan kebijakan) terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
4. Ada pengaruh sebelum dan sesudah diberi pelatihan tentang peran kader Posyandu terhadap pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.

BAB 4 METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan dua tahap, adapun tahapan penelitiannya dapat dilihat sebagai berikut :

4.1 Penelitian Tahap I

4.1.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pada tahap pertama penelitian dilakukan, jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan desain *Cross Sectional Study*. Desain penelitian ini menggunakan variabel dependen dan independen dan diukur dalam satu waktu. sehingga variabel mana yang sebagai penyebab dan akibat diukur secara bersamaan (Supriyanto, 2011).

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan identifikasi, membangun, dan melakukan uji coba model serta menyusun rekomendasi model peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil dengan melihat pengaruh *Self Efficacy*, pengetahuan, sikap, riwayat pelatihan, dukungan nakes, masa kerja, ketersediaan fasilitas, akses, dan kebijakan terhadap peran kader sebagai edukator, motivator dan pendamping ibu hamil dalam memanfaatkan layanan PITC.

4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Samarinda yaitu seluruh Posyandu di Kota Samarinda, dan dilaksanakan pada tahun 2018.

4.2.1 Waktu Penelitian

Jadwal penelitian Tahap I dilaksanakan pada bulan September – November 2018.

4.3 Populasi, Besar Sampel, dan Tehnik Pengambilan Sampel

4.3.1. Populasi.

Populasi dalam penelitian ini adalah kader Posyandu yang tersebar diseluruh wilayah kerja Puskesmas, di Kota Samarinda. Yaitu sebanyak 3.135 orang kader aktif.

4.3.2. Besar Sampel

Besar sampel ditentukan berdasarkan kecukupan sampel untuk dianalisis dan sekaligus mempertimbangkan 'rule of the thumbs' dalam model persamaan struktural (*Struktural Equation Modeling*). Menurut Sastroasmoro (2011), penelitian yang analisisnya menggunakan *Structural Equation Modeling* memerlukan sampel 5-10 indikator (*observed variabel*). Penelitian ini terdapat 10 indikator, sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 13 x 10 indikator = 130 kader. Untuk menjaga kemungkinan *drop out*, maka sampel yang ditambah 10% menjadi 143 orang namun dibulatkan menjadi 150 orang sehingga total sampel keseluruhan sebesar 150 orang kader Posyandu.

Pada penelitian tahap I ini, juga dilakukan metode penghitungan besar sampel, yang dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk rancangan penelitian *Cross Sectional*, dan didapatkan sebesar 79 orang responden. Dengan menggunakan rumus perhitungan besar sampel dari Lamesshow, 1997 maka dapat dilihat perhitunganya sebagai berikut:

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z^2 1-\alpha/2 \cdot P(1-P)N}{d^2 (N-1) + Z^2 1-\alpha/2 \cdot P(1-P)} \\ &= \frac{1,96^2 \times 0,3 (1-0,3) 3135}{0,1^2 \times (3135-1) + 1,96^2 \times 0,3 (1-0,3)} \\ &= 78,67 \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Jumlah Populasi (3.135)

P = Proporsi (0,3)

Q = 1 - P

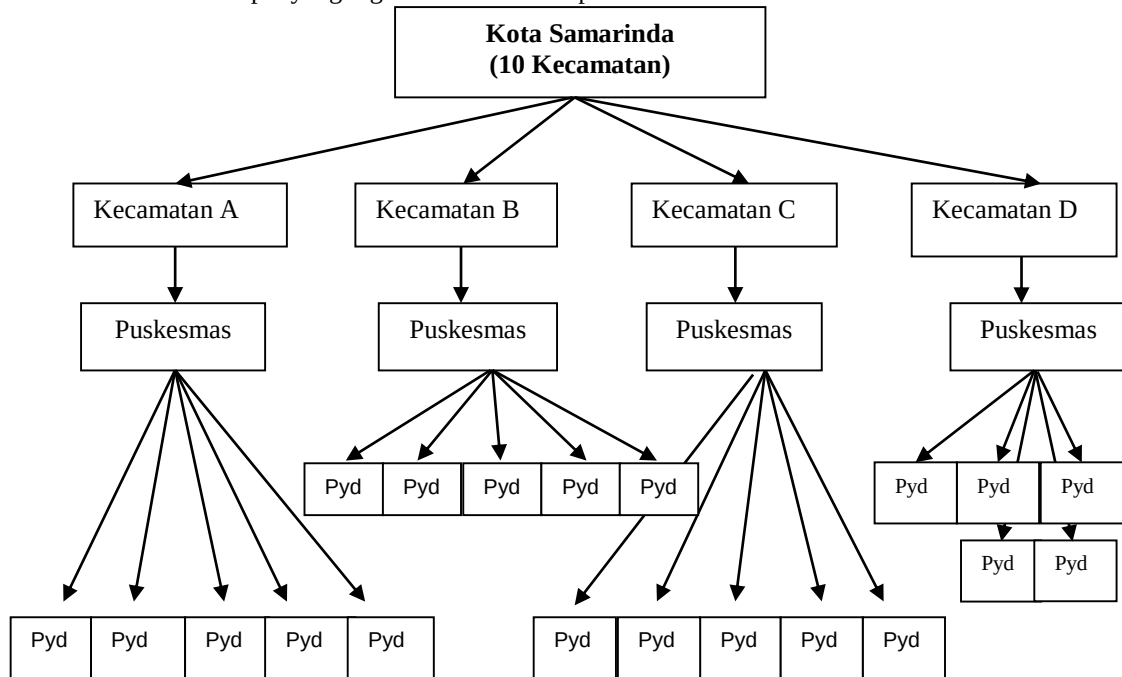
d = Presisi absolut atau limit error (0,1)

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Dengan demikian maka digunakan metode yang pertama untuk menentukan besar sampel sehingga jumlah sampel yang digunakan sebesar 150 orang responden.

4.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampel yang digunakan untuk tahap satu



Keterangan :

*Pyd: Posyandu.

Gambar 4.1. Pengambilan Sampel Penelitian dengan Teknik *Multistage Random Sampling*

Penelitian tahap pertama pada penelitian ini, pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *Multistage Random Sampling* yaitu diambil dari sebaran 25 Puskesmas yang ada di Kota Samarinda. Puskesmas yang terpilih adalah yang mewakili dari tiap Kecamatan, yaitu sebanyak 10 Puskesmas. Sehingga dari 150 Sampel kader Posyandu akan diambil sebanyak 15 orang responden kader Posyandu tiap wilayah Puskesmas.

Pemilihan sampel kader Posyandu berdasarkan kriteria inklusi yaitu :

1. Masa kerja sebagai kader Posyandu lebih dari satu tahun
2. Pendidikan kader minimal SMP
3. Bisa baca tulis
4. Bersedia menjadi responden

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.4.1. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1. Variabel Penelitian Model Peran Kader Dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil Di Kota Samarinda

Variabel	Nama Variabel	Indikator
X1	<i>Predisposing</i>	X1.1 <i>Self Efficacy</i> X1.2 Pengetahuan X1.3 Sikap

Variabel	Nama Variabel	Indikator
X2	<i>Reinforcing</i>	X2.1 Riwayat Pelatihan X2.2 Dukungan Nakes X2.3 Masa kerja
X3	<i>Enabling</i>	X3.1 Ketersedian Fasilitas X3.2 Akses X3.3 Kebijakan tentang PITC
Y	Peran Kader Posyandu	Y1.1 Edukator Y1.2 Motivator Y1.3 Pendamping

4.4.2. Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.2. Definisi Operasional Variabel

No.	VARIABEL	SUB VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR DAN HASIL PENGUKURAN	SKALA DATA
1.	Predisposing (X1).1	1. <i>Self Efficacy</i>	Keyakinan tentang kemampuan responden dapat memotivasi ibu hamil untuk mau memanfaatkan layanan PITC.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat Setuju Maka : 1. Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 2. Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 3. Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$	Ratio
2.	(X1).2	2. Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang risiko penyakit HIV secara umum dan pada ibu hamil mulai tentang gejala, penyebab dan penularan penyakitnya.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat setuju Maka : 1. Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 2. Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 3. Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$	Ratio
3.	(X1).3	3. Sikap	Sikap responden yang mendukung ibu hamil untuk melakukan tes HIV di Puskesmas.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat setuju Maka : 1. Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 2. Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 3. Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$	Ratio

No.	VARIABEL	SUB VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR DAN HASIL PENGUKURAN	SKALA DATA
4.	Reinforcing (X2).1	1. Riwayat Pelatihan	Adanya riwayat pelatihan yang telah diikuti oleh responden selama menjadi kader Posyandu.	Kuesioner	1. Kurang jika : < 2 2. Cukup jika : 2-3 kali 3. Baik jika : > 3 kali	Ordinal
5.	(X2).2	2. Dukungan Nakes	Adanya dukungan yang berasal dari petugas kesehatan.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat Setuju Maka : 1. Baik : > $\bar{X}+1$ SD 2. Cukup : $\bar{X}-1$ SD - $\bar{X}+1$ SD 3. Kurang : < $\bar{X} - 1$ SD	Ratio
6.	(X2).3	3. Masa Bakti	Lamanya responden menjadi kader Posyandu.	Kuesioner	1. Kurang Jika : < 3 tahun 2. Sedang Jika : 3-5 tahun 3. Lama Jika : > 5 tahun	Ordinal
7.	Enabling (X3).1	1. Ketersediaan fasilitas	Pendapat reponden tentang ketersediaan fasilitas yang memadai dan dapat menunjang profesinya sebagai kader.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat Setuju Maka : 1. Baik : > $\bar{X}+1$ SD 2. Cukup : $\bar{X}-1$ SD - $\bar{X}+1$ SD 3. Kurang : < $\bar{X} - 1$ SD	Ordinal
8.	(X3).2	2. Akses	Akses ketempat pelayanan kesehatan tingkat pertama	Kuesioner	1. Mudah dijangkau, Jika jarak tempuh < 5 km dan waktu tempuh < 30 menit 2. Sulit dijangkau, jika jarak tempuh < 5 km dan waktu tempuh > 30 menit	Nominal
9.	(X3).3	3. Kebijakan	Adanya kebijakan yang mendasari	Kuesioner	1. Tidak Ada	Nominal

No.	VARIABEL	SUB VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR DAN HASIL PENGUKURAN	SKALA DATA
			kegiatan kader dalam program PITC		2. Ada	
10.	Peran kader Posyandu. (Y)		Peran serta kader Posyandu sebagai Edukator, Motivator dan Pendamping ibu hamil ke layanan PITC. (peran kader sebagai motivator dapat nilai dari jumlah ibu hamil yang mau melakukan pemeriksaan HIV).	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat setuju Jika interval = 0,75 Maka : 1. Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 2. Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ 3. Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$	Ratio
11.	(Y1)1	Edukator	Peran seorang kader Posyandu yang berfungsi sebagai pemberi edukasi di masyarakat	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat setuju	Ratio
12.	(Y1)2	Motivator	Peran kader Posyandu yang berfungsi sebagai pendorong ibu hamil untuk mau melakukan tes HIV di Puskesmas	Kuesioner	Diukur Dengan Skala Likert Dengan Score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat Setuju	Ratio
13.	(Y1)3	Pendamping	Peran kader Posyandu yang berfungsi sebagai edukator motivator sampai kepada mendampingi ibu hamil melakukan pemeriksaan HIV	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 1. Skor 1 = Sangat Tidak Setuju 2. Skor 2 = Tidak Setuju 3. Skor 3 = Setuju 4. Skor 4 = Sangat Setuju	Ratio

4.5 Prosedur dan Instrumen Pengumpulan Data

4.5.1 Prosedur Pengumpulan Data

Tahapan awal penelitian ini dimulai dengan melakukan perizinan terhadap instansi dinas kesehatan kota Samarinda yang kemudian dilanjutkan dengan perizinan terhadap Puskesmas yang ada di kota Samarinda.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner dan juga melakukan observasi terhadap kegiatan dilapangan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner. Semua data yang diambil menggunakan kuesioner untuk mengukur karakteristik, pengetahuan, masa bakti, sikap, riwayat pelatihan, dukungan nakes, ketersediaan fasilitas, kebijakan terhadap peran kader kader Posyandu. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan peneliti bersama dengan enumerator sebanyak 5 orang. Sebelum melakukan wawancara dilakukan persamaan persepsi terhadap maksud dan tujuan penelitian diadakan persamaan pemahaman terhadap isi kuesioner. Hal ini dilakukan untuk menghindari bias yang berasal dari pemahaman enumerator.

Sebelum kuesioner digunakan akan dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk menilai validitas dan reabilitas dari instrumen yang akan digunakan. Setelah mengerti dan paham tentang penjelasan yang diberikan, selanjutnya responden diminta untuk mengisi dan menandatangani formulir kesediaan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

4.5.2 Instrumen.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibagi atas 9 bagian, dimana pilihan jawaban dalam kuesioner tersebut adalah: 1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Setuju, 4. Sangat setuju.

Pernyataan dalam kuesioner tersebut merupakan pernyataan favorable dan unfavorable, sehingga akan terdapat perbedaan dalam pemberian bobot penilaian dalam setiap pertanyaan. Pada pertanyaan favorable dengan jawaban STS diberi nilai 1, TS diberi nilai 2, S diberi nilai 3, dan ST diberi nilai 4. Sedangkan pada pernyataan unfavorable STS diberi nilai 4, TS diberi nilai 3, S diberi nilai 2 dan ST diberi nilai 1. Kisi-kisi pernyataan dalam kuesioner dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Kisi – Kisi Pernyataan Dalam Kuesioner Penelitian

Konstruk	Indikator	Jumlah Pernyataan	Pernyataan Favorable	Pernyataan Unfavorable
Predisposing	Peran kader	5 Pernyataan	1,3,4,5	2
	<i>Self Efficacy</i>	7 Pernyataan	1,2,3,4,5,7	6
	Pengetahuan	13 Pernyataan	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13	11,12
	Sikap	16 Pernyataan	1,2,3,4,5,6,7,8,12,13,14,15,16	9,10,11
Reinforcing	Riwayat Pelatihan	10 pernyataan	1,2,3,4,7,8,9,10	5,6
	Dukungan Nakes	7 Pernyataan	1,2,3,4,6,7	5
Enabling	Ketersediaan fasilitas	5 Pernyataan	1,4,5,	2,3,

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data penelitian dilakukan dengan tiga tahap secara berurutan yaitu:

1) Dianalisis dengan *Univariat*

Untuk mendapatkan gambaran variabel karakteristik individu pada variabel independent dengan cara mendeskripsikan distribusi dan frekuensi setiap variabel yang diteliti dalam bentuk table dan grafik serta secara naratif.

2) Analisis *Bivariat*

Untuk mendapat gambaran mengenai hubungan masing-masing variabel dengan menggunakan SPSS versi 20.

3) Analisis Multivariate

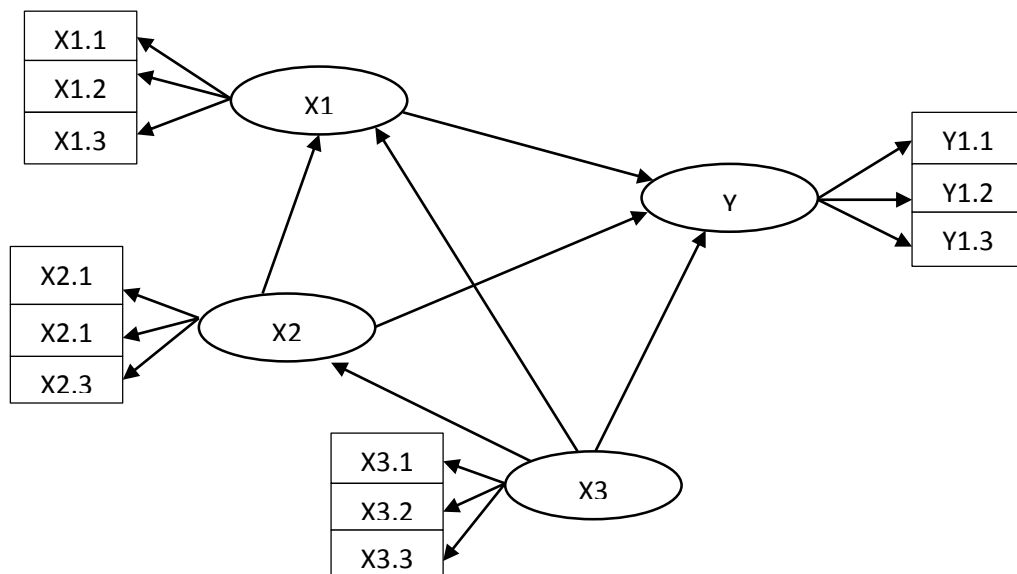
Analisis Mutivariate digunakan untuk mempelajari pengaruh variabel bebas (*independent variabel*) terhadap variabel tergantung (*dependent variabel*). Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan *Structural equation Modeling* (SEM) untuk menduga jalur dan menguji model empiris dan hipotesis yang diajukan oleh peneliti. SEM dipilih dalam analisis ini karena :

1. Dapat menguji dan mengestimasi secara simultan hubungan antara multiple *exogenius dan endogenius variables*.
2. Variabel yang diteliti mempunyai hubungan yang kompleks dan tidak langsung dengan variabel lainnya sehingga metode analisis jalur dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan tersebut.

Teknik analisis yang digunakan adalah analisis jalur dengan menggunakan program aplikasi PLS.

Dalam hal ini PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan yang relatif rumit seperti itu secara stimulant. Model analisis jalur semua variabel dalam PLS terdiri dari tiga rangkaian hubungan, yaitu: 1) Inner model yang menspesifikkan hubungan antar variabel laten (*structural model*), 2) Outer model yang menspesifikkan hubungan antara variabel laten dengan indikator (*Measurement model*), dan 3) *weight relation* dalam mana nilai kasus dari variabel dapat diestimasi. Tanpa kehilangan generalisasi, dapat diasumsikan bahwa variabel laten dan indikator diskala *zero means* dan *unit variance* (nilai *standarlize*), sehingga parameter lokasi (konstanta) dapat dihilangkan dalam model Ghazali, (2008).

4.6.1 Kerangka Analisis



Gambar 4.2 Kerangka Analisis Hubung Variabel Penelitian

4.7 Isu Strategis dan Penyusunan Modul

Isu strategis yang dijadikan materi diskusi adalah beberapa indikator dari hasil analisis model statistik yang mempunyai nilai koefisien korelasi $> 0,05$ dan nilai T statistic $> 1,96$. Selain itu ada beberapa indikator , yaitu :

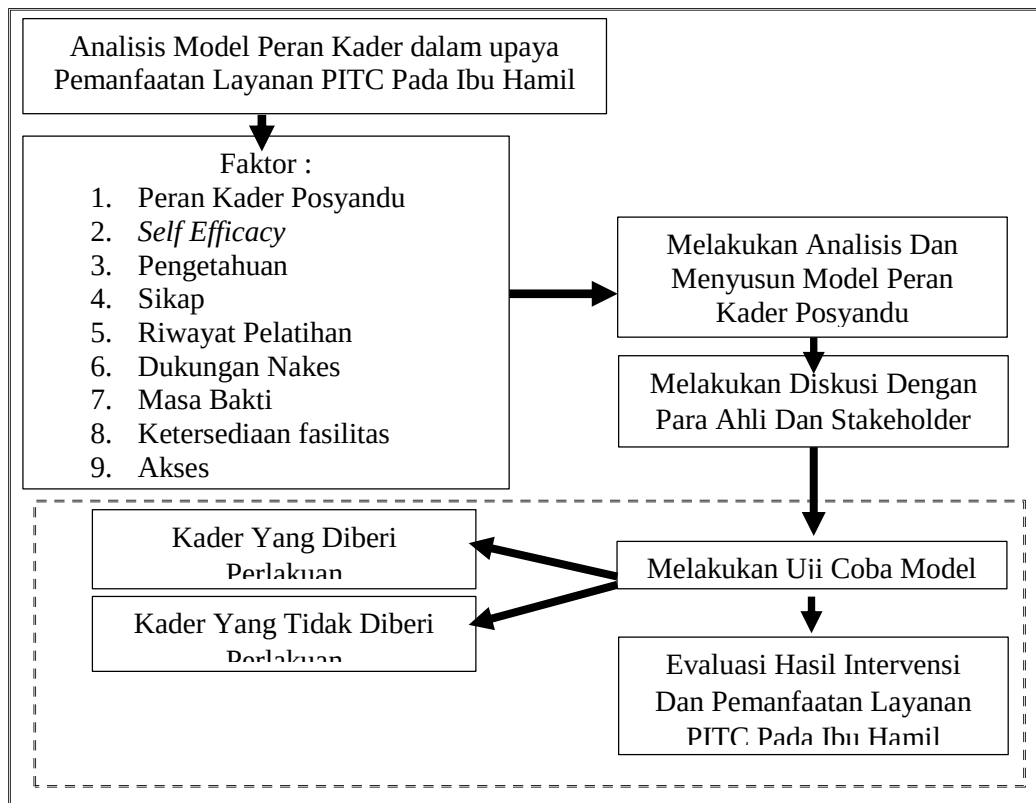
1. Aktual, isu strategis merupakan masalah yang sedang terjadi di tempat penelitian
2. Urgensi, isu strategis merupakan masalah yang harus segera diselesaikan, dan jika tidak segera diselesaikan maka masalah menjadi lebih besar efeknya terhadap ibu hamil dan bayi yang dikandungnya
3. Relevansi, isu strategis sesuai dengan program pemberantasan HIV pada ibu hamil, dan peran kader Posyandu

4. Berdampak positif, isu strategis akan membantu Ibu hamil dalam mengatasi masalah penyakit HIV.
5. Inklusi, isu strategis memungkinkan untuk keterlibatan kader posyandu dalam menjangkau ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan HIV.

Diskusi dilakukan dengan informan yang berperan dalam pembentukan model peran kader dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil bersama pemegang program HIV dan Promkes dinkes Kota Samarinda. Tujuan diskusi ini adalah untuk mendapatkan masukan tentang beberapa faktor yang berhubungan dengan peran kader posyandu dalam melakukan motivasi edukasi dan pendampingan ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan HIV.

4.8 Kerangka Operasional

4.8.1 Prosedur Penelitian Tahap I



Ket : Penelitian Tahap II : -----

Gambar 4.3. Kerangka Operasional

4.9. Penelitian Tahap Dua

4.9.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

4.9.1.1. Jenis Penelitian

Pada tahap kedua penelitian, Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *Quasi Eksperimental Design* dengan rancangan *non equivalent control group pre test - post test* Notoatmojo, (2010). Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi yang merupakan perkiraan bagi informasi yang dapat diperoleh dengan eksperimen sebenarnya dalam keadaan yang tidak memungkinkan untuk mengontrol dan atau memanipulasi variabel yang relevan, Supriyanto, (2011).

4.9.1.2. Rancangan Penelitian

Pada penelitian tahap II ini menggunakan eksperimen semu dengan rancangan *non equivalent control group pre test - post test*. Tujuan menggunakan eksperimen semu yaitu untuk menguji coba model dan modul yang dihasilkan dari penelitian tahap pertama dan

melakukan intervensi kepada sampel penelitian. Adapun rancangan *non equivalent control group pre test - post test* sebagai berikut :

	<i>Pre-test</i>	<i>Intervensi</i>	<i>Post-test</i>
Kelompok intervensi	01	X	02
Kelompok kontrol	01	0	02

Keterangan :

01 : *Pre test* yaitu mengukur pengetahuan kader Posyandu sebelum dilakukan intervensi.

X : Perlakuan yang diberikan berupa pelatihan tentang model peran kader dalam program PITC.

02 : *Post test* yaitu mengukur tingkat pengetahuan kader posyandu setelah dilakukan intervensi.

4.9.1.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.9.1.3.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di 2 kecamatan yang mempunyai jumlah kasus HIV terbanyak untuk ibu hamil yaitu di wilayah kerja Puskesmas Air putih dan Puskesmas Karang Asam di kota Samarinda.

4.9.1.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian tahap II ini dilaksanakan pada bulan Maret - April 2019

4.9.1.4. Populasi dan Sampel

4.9.1.4.1. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah kader Posyandu di Kota Samarinda dan yang diambil menjadi sampel penelitian adalah sebagian dari kader Posyandu yang mewakili populasi.

4.9.1.4.2. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan simple random sampling yaitu mengambil sampel secara acak tanpa melihat strata dalam populasi dapat dilakukan dengan undian (Sugiono 2009).

4.9.1.5. Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian tahap II (rancangan *Quasi Eksperimental*)

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha}\sqrt{P_0(1-P_0)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1)}\}^2}{(P_1-P_0)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel (**21**)

P₀ = Proporsi pengetahuan baik kader pada awal = 10%

P₁ = Proporsi pengetahuan baik pada akhir perlakuan = 40%

Z_{1-α} = 1,64

Z_{1-β} = 1,28

Berdasarkan rumus perhitungan besar sampel tersebut maka didapatkan nilai besar sampel minimal yang akan diambil sebagai sampel dalam penelitian ini yaitu sebanyak 21 orang pada masing-masing kelompok. Sehingga jika dijumlah, maka didapatkan total sampel keseluruhan sebanyak 42 orang responden.

4.9.1.6. Variabel Penelitian

Variabel bebas (indepnden) pada penelitian ini adalah Pengetahuan, *Self Efficacy*, dan Sikap. Sedangkan variabel terikatnya adalah peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC.

4.9.1.6.1. Definisi Operasional

Tabel 4.4. Definisi Operasional Variabel Tahap II

NO.	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR DAN HASIL PENGUKURAN	SKALA
1.	Pelatihan	Intervensi yang dilakukan oleh peneliti kepada kelompok perlakuan		1. Pelatihan 2. Tidak Pelatihan	Nominal
2.	Edukator	Kemampuan kader melakukan edukasi kepada masyarakat dan ibu hamil untuk melakukan tes HIV di Puskesmas	Lembar Observasi	Jumlah ibu hamil yang diberikan edukasi	Ratio
3.	<i>Motivator</i>	Kemampuan kader memberikan motivasi kepada ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas.	Lembar Observasi	Jumlah ibu hamil yang diberikan motivasi	Ratio
4.	Pendamping	Melakukan pendampingan kepada ibu hamil sampai melakukan tes HIV di Puskesmas	Lembar Observasi	Jumlah ibu hamil yang melakukan tes HIV	Ratio
5.	Pengetahuan	Pengetahuan responden tentang risiko penyakit HIV secara umum pada ibu hamil mulai gejala penyebab dan penularan penyakit HIV	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$ Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$	Ratio
6.	<i>Self Efficacy</i>	Keyakinan tentang kemampuan responden dapat memberikan motivasi kepada ibu hamil agar mau memanfaatkan layanan PITC.	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$ Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$	Ratio
7.	Sikap	Sikap responden yang mendukung ibu hamil untuk melakukan tes HIV di Puskesmas	Kuesioner	Diukur dengan skala likert dengan score 1-4 Kurang : $< \bar{X} - 1 \text{ SD}$ Cukup : $\bar{X} - 1 \text{ SD} - \bar{X} + 1 \text{ SD}$ Baik : $> \bar{X} + 1 \text{ SD}$	Ratio

4.9.2. Prosedur Pelaksanaan Intervensi

Pada tahap awal penelitian harus sudah ditentukan sampel yang mengisi kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu sebanyak 42 orang pada tiap kelompok. Intervensi

akan dilakukan dengan mengundang sampel kelompok intervensi untuk mendapatkan pelatihan di tempat yang akan di tentukan kemudian.

Waktu pelatihan dilakukan kurang lebih 2 hari, kegiatan pelatihan tersebut diadakan menjadi 2 sesi, yaitu sesi pertama merupakan penjelasan tentang materi inti dan pada sesi kedua merupakan aplikasi atau praktik lapangan.

Sasaran penelitian ini adalah ibu kader Posyandu yang ada pada tiap wilayah Puskesmas terpilih. Intervensi diadakan di ruang pertemuan Puskesmas. Penelitian dilakukan selama 3 bulan pada bulan Maret – Mei 2019 untuk menilai pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil yang ada di wilayah kerja Puskesmas terpilih. Materi yang diberikan dalam intervensi ini yaitu berkaitan dengan peningkatan kapasitas kader sebagai kader kesehatan agar mempunyai sikap dan *Self Efficacy* yang baik untuk dapat melakukan perannya sebagai edukator motivator dan pendamping ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas.

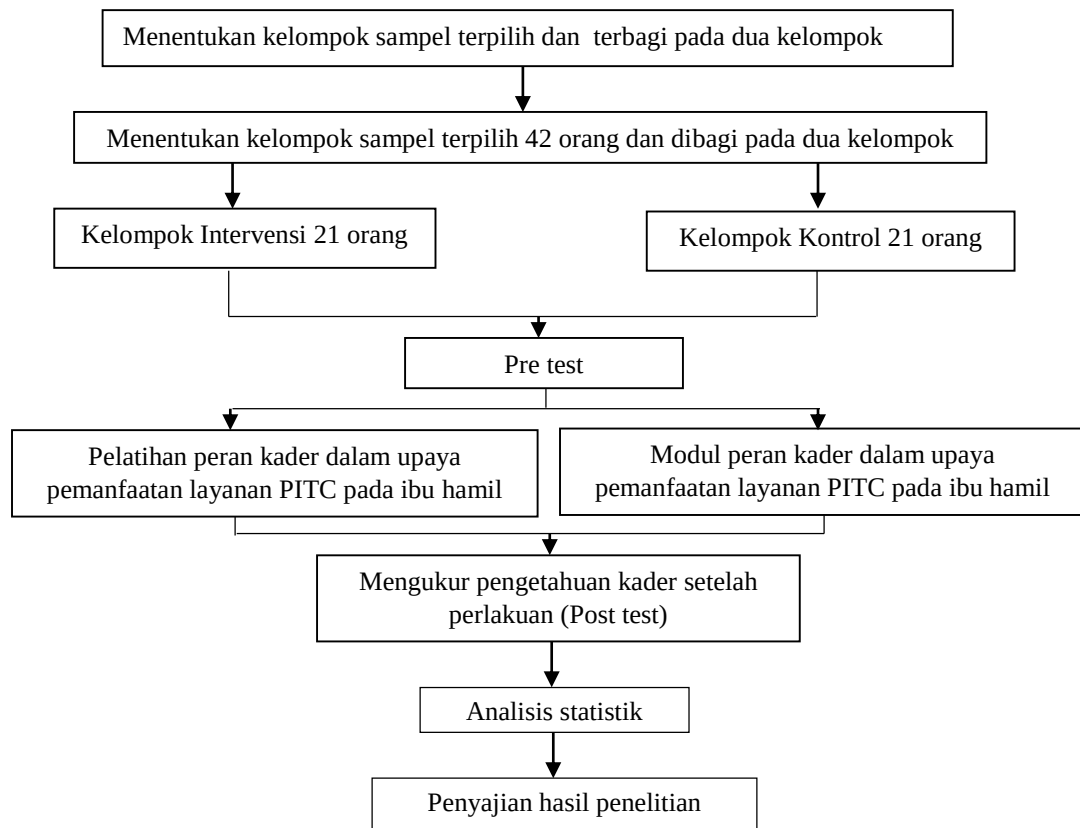
Adapun materi yang diberikan secara garis besar adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5. Susunan Materi Intervensi Pada Modul Pelatihan Kader Posyandu

NO.	MATERI	NARA SUMBER	JUMLAH JAM
1.	Pemahaman Tentang Sikap dan Peran Kader Posyandu Sebagai Edukator Motivator dan Pendamping	Peneliti	90 menit
2.	Pemahaman Tentang Konsep <i>Self Efficacy</i> Kader Posyandu	Peneliti	90 menit
3.	Pemahaman Tentang Pengetahuan Kader Posyandu Terutama Pada Penyakit HIV Dan Ruang Lingkup HIV – AIDS Secara Umum.	Dr. Rikawati	90 menit
4.	Pemahaman Tentang Pencegahan HIV dari ibu ke Anak	Dr. Rikawati	90 menit

Metode yang digunakan pada tahap intervensi dimulai dengan pemberian materi – Diskusi – *Roel Play* – Curah Pendapat – Latihan. Dari proses tersebut diharapkan peserta dapat bertambah wawasan pengetahuan tentang materi yang diberikan serta kemampuannya dan pera sebagai kader Posyandu dapat meningkat.

4.9.3. Prosedur Penelitian Tahap II Melalui Uji Coba



Gambar 4.4. Prosedur Peneltian Tahap II

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Samarinda yang merupakan Ibu Kota Provinsi Kalimantan Timur, Indonesia, dengan luas wilayah 718 km². Samarinda Secara geografis terletak di wilayah [khatulistiwa](#) dengan [koordinat](#) diantara 0°21'81"-1°09'16" [LS](#) dan 116°15'16"-117°24'16" [BT](#).

Kota Samarinda terdiri dari 10 Kecamatan dan 59 Kelurahan. Sebagian besar wilayah kota Samarinda berada di dataran rendah dan berbatasan dengan kabupaten tetangga, adapun batasan wilayah kota Samarinda dapat dilihat sebagai berikut :

1. Sebelah utara : Kecamatan Muara Badak Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Sebelah Timur : Kecamatan Muara Badak, Anggana, dan Sanga-Sanga Kabupaten Kutai Kartanegara.
3. Sebelah Selatan : Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara.
4. Sebelah Barat : Kecamatan Tenggarong Seberang dan Muara Badak Kabupaten Kutai Kartanegara.

Kota Samarinda telah memiliki beberapa pusat fasilitas kesehatan yang cukup lengkap di Provinsi Kalimantan Timur, antara lain yaitu terdapat RSUD. Abdul Wahab Sjahranie milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur. Untuk menunjang peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat, Pemkot Samarinda menyediakan beberapa fasilitas kesehatan lainnya seperti RSKD Atma Husada dan RSUD IA Moeis. Juga terdapat beberapa Rumah Sakit Swasta lainnya seperti RS. Islam, RS. Dirgahayu, RS. H. Darjad, RS. PKT. Siaga Rmania, RS. Samarinda Medica Citra, RSIA. H. Taha Bakrie dan RS. Siloam, Dll

5.2. Analisis Model Peran Kader Posyandu Dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil Di Kota Samarinda

5.2.1. Analisis Deskriptif

5.2.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi yang meliputi umur, pendidikan, dan pekerjaan responden. Karakteristik ini bertujuan untuk mengetahui gambaran demografi dari responden penelitian. Berikut adalah deskripsi karakteristik responden tersebut.

Tabel 5.1. Karakteristik Demografi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan, dan Pekerjaan Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Karakteristik	Indikator	Frekuensi	
			n	%
1.	Umur (dalam tahun)	20 - 35	24	16
		36 – 50	80	53,3
		51 – 65	43	28,7
		>65	3	2,0
		Total	150	100
2.	Pendidikan	Tidak sekolah	2	1,3
		Tamat SD	9	6,0
		Tamat SMP	28	18,7
		Tamat SMA	93	62
		D1/D3/Sarjana	18	12
		Total	150	100
3.	Pekerjaan	PNS	1	0,7

No.	Karakteristik	Indikator	Frekuensi	
			n	%
		Swasta	1	0,7
		Pedagang	14	9,3
		Tidak bekerja / IRT	129	86
		Lainnya	5	3,3
		Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa untuk karakteristik umur responden, didapatkan sebagian besar responden berusia 36-50 tahun sejumlah 80 orang (53,3%). Umur 51-65 tahun sebanyak 43 orang (28,7%). Jenjang pendidikan yang ditamatkan oleh responden, mayoritas responden merupakan kader yang tamat SMA yaitu sebanyak 93 orang (62%). Namun demikian, responden dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi juga ada sebanyak 18 orang (12%). Sedangkan untuk pekerjaan responden sebagian besar responden menyatakan bahwa dirinya tidak bekerja yaitu sejumlah 129 orang (86%), ada pula yang menyatakan lainnya yaitu bekerja sebagai honorer dan juga bekerja sebagai guru mengaji sebanyak 5 orang (3,3%).

Pada penelitian ini terdapat 3 variabel laten yaitu *Predisposing, reinforcing dan enabling*, untuk membuat model peran kader Posyandu dalam upaya meningkatkan pemanfaatan layanan PITC (*Provider Initiated Testing and Counseling*) pada ibu hamil di Kota Samarinda. Masing - masing variabel terdiri dari tiga indikator yang membangun variabel tersebut. Berikut adalah hasil analisis deskriptif variabel tersebut:

5.2.2. *Predisposing* (X1)

Pada variabel *predisposing* terdapat tiga indikator yaitu *Self Efficacy*, Pengetahuan dan Sikap.

5.2.2.1. *Self Efficacy* (X1.1)

Self Efficacy adalah keyakinan responden tentang kemampuan dirinya memberikan motivasi kepada ibu hamil untuk mau memanfaatkan layanan PITC. Kategori *Self Efficacy* dari responden penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Penilaian *Self Efficacy* responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kategori <i>Self Efficacy</i>	n	%
1.	Baik	39	26,0
2.	Cukup	94	62,7
3.	Kurang	17	11,3
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa *Self Efficacy* pada responden dalam penelitian ini mayoritas adalah responden yang termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 94 orang (62,7%).

5.2.2.2. Pengetahuan (X1.2)

Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah adalah pengetahuan responden tentang risiko penyakit HIV secara umum pada ibu hamil, dimulai dari gejala, penyebab dan penyebaran penyakitnya. Kategori pengetahuan responden dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Penilaian Tingkat Pengetahuan Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kategori Pengetahuan	n	%
1.	Baik	57	38,0
2.	Cukup	72	48,0
3.	Kurang	21	14,0
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa pengetahuan responden dalam penelitian ini mayoritas adalah termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 72 orang (48,0%).

5.2.2.3. Sikap (X1.3)

Sikap adalah dukungan yang diberikan responden kepada ibu hamil untuk melakukan tes HIV di Puskesmas. Kategori sikap responden dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4 Penilaian Tingkat Pengetahuan Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kategori Sikap	n	%
1.	Baik	29	19,3
2.	Cukup	109	72,7
3.	Kurang	12	8,0
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki sikap yang cukup yaitu sebanyak 109 orang (72,7%).

5.2.3. Reinforcing (X2)

Variabel *reinforcing* mempunyai tiga indikator yaitu riwayat pelatihan, dukungan nakes, dan masa bakti.

5.2.3.1. Riwayat Pelatihan (X.2.1)

Riwayat pelatihan adalah pernah atau tidak seorang kader mengikuti pelatihan dan berapa banyak pelatihan yang telah diikuti. Untuk kategori riwayat pelatihan dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Penilaian Riwayat Pelatihan Yang Pernah Dikuti Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Riwayat Pelatihan Yang Pernah Diikuti	n	%
1.	Pernah	119	79,3
2.	Tidak Pernah	31	20,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat bahwa riwayat pelatihan yang pernah diikuti oleh responden adalah sebagian menyatakan pernah mengikuti pelatihan selama menjadi kader Posyandu, yaitu 119 orang (79,3%).

Penilaian riwayat pelatihan serta jumlah pelatihan yang pernah diikuti oleh responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini :

Tabel 5.6 Penilaian Riwayat Jumlah Pelatihan Yang Pernah Dikuti Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Riwayat Jumlah Pelatihan	n	%
1.	< 2 kali	31	20,7
2.	2 – 3 kali	25	16,7
3.	> 3 kali	63	42,0
4.	Tidak pernah	31	20,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.6, dapat dilihat bahwa responden yang pernah mengikuti pelatihan mayoritas sudah mengikuti pelatihan lebih dari 3 kali yaitu 63 orang (42%). Sedangkan beberapa orang responden menyatakan bahwa belum pernah sama sekali mengikuti pelatihan selama menjadi kader Posyandu yaitu sebanyak 31 orang (20,7%).

5.2.3.2. Dukungan Nakes (X.2.2)

Dukungan nakes adalah adanya dukungan yang berasal dari petugas kesehatan yang diberikan kepada responden yang merupakan kader Posyandu. Kategori dukungan nakes terbagi atas tiga kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Penilaian Kategori Dukungan Nakes Kepada Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kategori Dukungan Nakes	n	%
1.	Baik	67	44,7
2.	Cukup	65	43,3
3.	Kurang	18	12,0
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan hasil yaitu mayoritas responden yang menyatakan bahwa dukungan nakes kepada kader Posyandu termasuk dalam kategori baik yaitu sebanyak 67 orang (44,7%).

5.2.3.3. Masa Bakti (X.2.3)

Masa bakti responden dalam penelitian ini adalah lamanya responden mengabdikan diri sebagai kader Posyandu. Untuk kategori masa bakti responden dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9 Penilaian Masa Bakti Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Masa Bakti Kader Posyandu	n	%
1.	Lama	92	61,3
2.	Sedang	58	38,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.9, dapat dilihat bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa masa baktinya lebih dari lima tahun atau termasuk dalam kategori lama yaitu sebanyak 92 orang (61,3%).

5.2.4 Enabling (X3)

Variabel *enabling* mempunyai tiga indikator yaitu ketersediaan fasilitas, akses, dan kebijakan tentang PITC.

5.2.4.1. Ketersediaan Fasilitas (X.3.1)

Ketersediaan fasilitas yang dimaksud dengan dalam penelitian ini adalah pendapat responden tentang fasilitas yang ada dan memadai serta dapat menunjang tugasnya sebagai kader Posyandu. Kategori ketersediaan fasilitas dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Penilaian Ketersediaan Fasilitas Responden Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kategori Ketersediaan Fasilitas	n	%
1.	Baik	58	38,7
2.	Cukup	71	47,3
3.	Kurang	21	14,0
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan hasil yaitu mayoritas responden menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas pada Posyandu ditempatnya termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 71 orang (47,3%). Hal ini terbukti karena masih ada Posyandu yang media komunikasinya belum tersedia, sehingga menurut beberapa responden hal ini kurang mendukung profesinya sebagai kader saat dilaksanakan penyuluhan.

5.2.4.2. Akses Ketempat Pelayanan Kesehatan (X.3.2)

Akses ketempat pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keterjangkauan responden untuk mengakses tempat pelayanan kesehatan dengan melihat jarak tempuh dan waktu tempuh ke lokasi pelayanan kesehatan tersebut. Kategori akses dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Penilaian Jarak Tempuh Responden Kader Posyandu Ke Tempat Pelayanan Kesehatan di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Jarak Tempuh Ke Tempat Pelayanan Kesehatan	n	%
1.	< 5 Km	137	91,3
2.	≥ 5 Km	13	8,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.11 maka didapatkan hasil bahwa mayoritas responden menempuh jarak kurang dari 5 kilometer untuk sampai ke tempat pelayanan kesehatan yaitu sebanyak 137 orang (91,3%).

Berdasarkan hasil penelitian tentang waktu tempuh responden ke tempat pelayanan kesehatan maka dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12 Penilaian Waktu Tempuh Responden Kader Posyandu Ke Tempat Pelayanan Kesehatan di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Waktu Tempuh Ke Tempat Pelayanan Kesehatan	n	%
1.	< 30 menit	138	92
2.	≥ 30 menit	12	8
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.12 memperlihatkan bahwa waktu yang dibutuhkan responden untuk sampai ke tempat pelayanan kesehatan mayoritas kurang dari 30 menit yaitu 138 orang (92%). Hal ini terjadi karena responden pada umumnya menggunakan kendaraan pribadi ke tempat pelayanan kesehatan.

Tabel 5.13 Penilaian Kategori Akses Ke Tempat Pelayanan Kesehatan Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Akses Ke Tempat Pelayanan Kesehatan	n	%
1.	Mudah Dijangkau	137	91,3
2.	Sulit Dijangkau	13	8,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.13 dapat dilihat bahwa mayoritas responden menyatakan bahwa akses ke tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau yaitu sebanyak 137 orang (91,3%). Beberapa responden juga menyatakan bahwa akses ke tempat pelayanan kesehatan sulit dijangkau.

5.2.4.3. Kebijakan tentang PITC (X.3.3)

Kebijakan tentang PITC yang dimaksud dalam penelitian ini adalah adanya kebijakan yang mendasari kegiatan kader dalam Program PITC pada ibu hamil.

Tabel 5.14 Penilaian Kebijakan Tentang PITC Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2018.

No.	Kebijakan Tentang PITC	n	%
1.	Ada	28	18,7
2.	Tidak ada	76	50,7
3.	Tidak Tahu	46	30,7
	Total	150	100

Berdasarkan tabel 5.14 dapat dilihat bahwa mayoritas responden menyatakan tidak ada kebijakan tentang PITC selama menjadi kader Posyandu, yaitu 76 orang (50,7%).

5.2.5. Peran Kader Posyandu (Y)

Peran kader Posyandu yang dimaksud dalam penelitian ini adalah peran serta kader Posyandu sebagai Edukator, *Motivator* dan Pendamping ibu hamil kelayanan PITC.

Sementara untuk kategori peran kader Posyandu sebagai Edukator *Motivator* dan pendamping ibu hamil lebih spesifik dapat dilihat pada tabel 5.16 sebagai berikut.

Tabel 5.16 Kategori Peran Kader Posyandu Sebagai Edukator, *Motivator* Dan Pendamping Ibu Hamil di Kota Samarinda

No.	Peran Kader	Edukator		Motivator		Pendamping	
		n	%	n	%	n	%
1.	Baik	20	13,3	24	16,0	18	12,0
2.	Cukup	104	69,4	81	54,0	18	12,0
3.	Kurang	26	17,3	45	30,0	114	76,0
	Total	150	100	150	100	150	100

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa peran kader posyandu sebagai Edukator mayoritas masuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 104 orang (69,3%). Peran kader Posyandu sebagai *Motivator* mayoritas termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 81 orang (54,0%). Sedangkan pada peran kader Posyandu sebagai pendamping ibu hamil mayoritas responden termasuk dalam kategori kurang yaitu sebanyak 114 orang (76%). Hal ini terjadi karena belum ada pendampingan yang dilakukan oleh kader Posyandu kepada ibu hamil.

5.3. Analisa Model Dengan PLS (*Partial Least Square*)

Pada analisis model ini terdiri atas dua bagian yaitu evaluasi *outer model* dan *inner model*. Maka sesuai dengan teknik PLS (*Partial Least Square*), evaluasi *outer model*

dilakukan untuk mengevaluasi validitas dan realibilitas yang menghubungkan indikator dengan variabel latennya, sementara evaluasi *inner model* dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh atau hubungan kausalitas antara variabel didalam suatu penelitian.

5.3.1. Evaluasi *Outer Model*

Hasil uji outer model dari indikator setiap variabel laten disajikan dan dapat dilihat pada tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.17. Nilai Outer Loading Awal Pada Outer Model Peran Kader Posyandu Dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil Di Kota Samarinda

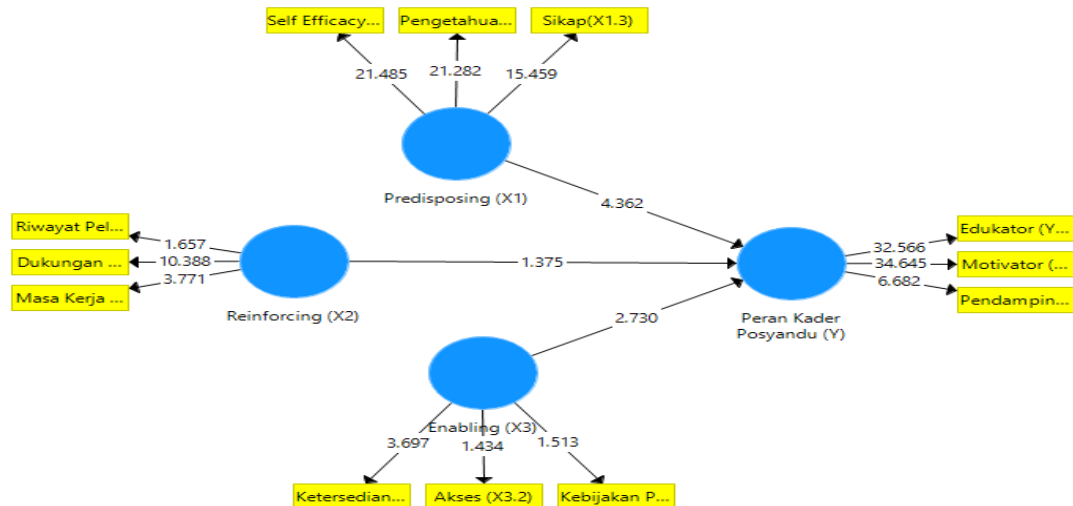
No.	Indikator Variabel	<i>Original Sample Estimate</i>	<i>T- Statistik</i>	Keterangan
1.	Predisposing (X1)			
	(X1.1) <i>Self Efficacy</i>	0,803	21,485	Signifikan
	(X1.2) Pengetahuan	0,813	21,282	Signifikan
	(X1.3) Sikap	0,755	15,459	Signifikan
2.	Reinforcing (X2)			
	(X2.1) Masa Bakti	0,595	3,771	Signifikan
	(X2.2) Riwayat Pelatihan	0,353	1,657	Tidak Signifikan
	(X2.3) Dukungan Nakes	0,868	10,388	Signifikan
3.	Enabling (X3)			
	(X3.1) Ketersediaan Fasilitas	0,848	3,697	Signifikan
	(X3.2) Akses	0,257	1,434	Tidak Signifikan
	(X3.3) Kebijakan PITC	-0,406	1,513	Tidak Signifikan
4.	Peran Kader (Y)			
	(Y1.1) Motivator	0,880	34,645	Signifikan
	(Y1.2) Edukator	0,870	32,566	Signifikan
	(Y1.3) Pendamping	0,583	6,682	Signifikan

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa ada beberapa nilai *loading factor* yang tidak valid karena memiliki nilai *loading factor* kurang dari 0,5 atau secara statistik tidak bermakna. Namun demikian pada variabel Predisposing (X1) nilai *loading factor* pada *Self Efficacy* (0,803), pengetahuan (0,813), dan sikap (0,755), variabel tersebut masing-masing memiliki nilai *loading factor* lebih dari 0,5 yang berarti seluruh sub variabel pada faktor predisposing secara statistik bermakna signifikan.

Sedangkan pada variabel Reinforcing (X2), nilai *loading factor* pada masa bakti (0,595), dan pada riwayat pelatihan nilai *loading factor* sebesar (0,353) yang berarti tidak signifikan. Sedangkan untuk nilai *loading factor* pada dukungan nakes sebesar (0,868) yang berarti nilainya signifikan.

Berbeda halnya dengan variabel enabling (X3) sebagian besar tidak signifikan yaitu hanya pada variabel ketersediaan fasilitas (0,848) yang signifikan, sedangkan akses nilai *loading factor* sebesar (0,257) dan kebijakan PITC sebesar (-0,406) yang berarti kedua sub variabel tersebut tidak signifikan.

Variabel peran kader Posyandu (Y) memperlihatkan motivator bernilai *loading factor* (0,880), edukator (0,870), dan pendamping (0,583). Artinya seluruh nilai *loading factor* diatas 0,5 yang bermakna signifikan secara statistik. Gambar model analisis model struktural menggunakan *Smart PLS* dapat dilihat pada gambar 5.2 berikut ini.



Gambar 5.2 Model Akhir Analisis Model Peran Kader Posyandu dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil di Kota Samarinda Dengan Menggunakan SMART PLS.

Pada gambar 5.2 menjelaskan bahwa tidak semua t-statistik pada diagram jalur mempunyai nilai lebih besar dari nilai T-tabel 1,96. Jalur tersebut adalah faktor *Reinforcing* (X2), ke peran kader Posyandu (Y) dengan T statistik 1,375. Sedangkan untuk faktor *Predisposing* (X1) nilai T-Statistik 4,362 lebih besar dari T-Tabel. Dan Faktor *Enabling* nilai T-Statistiknya 2,730 lebih besar dari T-Tabel. Hasil analisis dengan menggunakan PLS menyatakan bahwa faktor *predisposing* dan *enabling* saja yang mempunyai pengaruh terhadap peran kader Posyandu. Sedangkan faktor *reinforcing* tidak mempunyai pengaruh terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.

5.4. Menyusun Model Peran Kader Posyandu

Setelah dilakukan situasi awal, pada tanggal 19 Februari 2019, dilanjutkan dengan mengadakan pertemuan bersama pihak Dinas Kesehatan Kota Samarinda, yang dihadiri oleh staf dari bagian Promkes dan P2PL. Pertemuan berlangsung diruang pertemuan P2PL yang fasilitasi oleh Kepala Bagian P2PL Dinkes Kota Samarinda. Pada pertemuan tersebut dibahas tentang teknis pelaksanaan terkait penelitian tahap dua dan materi yang akan diberikan pada peserta pelatihan yaitu kader Posyandu.

Berdasarkan hasil pertemuan tersebut maka dapat dibuat rangkuman beberapa masukan yang diberikan oleh peserta pertemuan antara lain yaitu :

1. Materi yang diberikan kepada peserta pelatihan disesuaikan dengan tingkat pendidikan kader.
2. Materi yang diberikan lebih kepada gambaran dan contoh kasus yang bisa membantu kader memahami materi tersebut.
3. Pelatihan yang diberikan berfokus kepada peran kader dalam pencegahan penyakit HIV pada ibu hamil dan janin yang dikandungnya.
4. Membuat penandatanganan komitmen bersama agar peserta mempunyai komitmen yang tinggi terhadap output kegiatan yang mereka ikuti.
5. Pembentukan kader PITC agar kader lebih fokus terhadap penjangkaran ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan PITC.

6. Memberikan media edukasi seperti leaflet atau brosur kepada ibu hamil agar ibu hamil dapat pengetahuan tambahan selain edukasi yang diberikan oleh kader.

Sebelum masuk pada intervensi atau penelitian tahap kedua perlu diketahui bahwa metode *Quasi Eksperimental*, yaitu penelitian yang membandingkan dua kelompok baik perlakuan dan kontrol dengan memberikan intervensi kepada kelompok perlakuan sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan modul saja. Metode pelatihan kepada kader Posyandu adalah sebagai bentuk intervensi terhadap model peran kader yang didapatkan pada penelitian tahap pertama.

Penelitian ini menggunakan sebanyak 42 orang responden dari dua Puskesmas yang berbeda. Pembagian dilakukan kepada kedua kelompok yaitu pada kelompok perlakuan sebanyak 21 orang dan kelompok kontrol sebanyak 21 orang. Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan sejak bulan Maret - Mei 2019

5.5. Analisis Pengaruh Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Intervensi

Penelitian tahap kedua dilakukan untuk melihat pengaruh sebelum dan sesudah intervensi yang dilakukan kepada responden antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.5.1. Deskriptif Variabel Penelitian Tahap 2

Deskriptif variabel penelitian ini menggunakan faktor *Self Efficacy*, pengetahuan, dan sikap responden yang nantinya akan diukur dengan melihat data sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan.

5.5.1.1. Pengetahuan

Pengetahuan responden dalam penelitian pada tahap dua ini adalah pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan mengadakan pelatihan kepada kader Posyandu. Penilaian pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada tabel 5.19 berikut ini.

Tabel 5.19 Penilaian Pre Test dan Post Test Pengetahuan Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kategori	Pengetahuan Pre		Pengetahuan Post	
		n	%	n	%
1.	Kurang	6	14,3	18	42,9
2.	Cukup	27	64,3	9	21,4
3.	Baik	9	21,4	15	35,7
	Total	42	100	42	100

Dari tabel 5.19 memperlihatkan hasil bahwa terdapat peningkatan angka pengetahuan responden saat dilakukan Pre Test yaitu 9 orang(21,4%) dengan kategori baik menjadi 15 orang (35,7%) pada saat Post test. Responden yang masuk dalam kategori cukup terjadi penurunan yaitu terdapat 27 orang (64,3%) pada saat pre test menjadi 9 orang (21,4%) pada saat post test. Responden yang masuk kategori kurang juga mengalami peningkatan dari 6 orang (14,3%) pada saat dilakukan pree test menjadi 18 orang (42,9%) pada saat post test. Terjadinya perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20 Penilaian Pre Test dan Post Test Pengetahuan Kader Posyandu Pada Tiap Kelompok di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	Pengetahuan Pre			Pengetahuan Post		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Perlakuan	7	12	2	15	6	0
2.	Kontrol	2	15	4	0	3	18
	Total	9	27	6	15	9	18

Dari tabel 5.20 memperlihatkan hasil bahwa terjadinya peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan dengan dilakukannya intervensi terhadap kader posyandu yaitu dari sebanyak 7 orang yang mempunyai pengetahuan baik menjadi 15 orang. Sedangkan pada

kelompok kontrol mayoritas responden mempunyai pengetahuan kurang yaitu 18 orang responden.

5.5.1.2. *Self Efficacy*

Self Efficacy responden yang dimaksud dengan dalam penelitian tahap dua ini adalah keyakinan responden tentang kemampuan dirinya memberikan motivasi kepada ibu hamil untuk mau memanfaatkan layanan PITC sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan pelatihan kepada kader Posyandu. Penilaian *Self Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini.

Tabel 5.21 Penilaian Pre Test dan Post Test *Self Efficacy* Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kategori	<i>Self Efficacy Pre</i>		<i>Self Efficacy Post</i>	
		n	%	n	%
1.	Kurang	4	9,5	6	14,3
2.	Cukup	28	66,7	25	59,5
3.	Baik	10	23,8	11	26,2
	Total	42	100	42	100

Dari tabel 5.21 memperlihatkan hasil bahwa terdapat peningkatan angka *Self Efficacy* responden saat dilakukan Pre Test yaitu 10 orang(23,8%) dengan kategori baik menjadi 11 orang (26,2%) pada saat post test. Responden yang masuk dalam kategori cukup terjadi penurunan yaitu terdapat 28 orang (66,7%) pada saat pre test, menjadi 25 orang (59,5%) pada saat post test. Responden yang masuk dalam kategori kurang juga mengalami peningkatan, dari 4 orang (9,5%) pada saat dilakukan pre test menjadi 6 orang (14,3%) pada saat post test.

Untuk melihat perubahan pada variabel *self efficacy* pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut ini.

Tabel 5.22 Penilaian Pre Test dan Post Test *Self Efficacy* Kader Posyandu Pada tiap kelompok di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	<i>Self Efficacy Pre</i>			<i>Self Efficacy Post</i>		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Perlakuan	5	15	1	5	16	0
2.	Kontrol	5	13	3	6	8	6
	Total	10	28	4	11	25	6

Tabel 5.22 memperlihatkan bahwa tidak banyak perubahan antara *Self Efficacy* sebelum dan sesudah diberi intervensi hal ini terbukti bahwa dari 5 orang yang mempunyai *Self Efficacy* yang baik pada sebelum dan sesudah intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat peningkatan *Self Efficacy* sebelum dan sesudah diberikan modul.

5.5.1.3. Sikap

Sikap responden dalam penelitian tahap kedua ini adalah dukungan yang diberikan oleh responden kepada ibu hamil untuk mau memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas. Penilaian sikap sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.23 berikut ini.

Tabel 5.23 Penilaian Pre Test dan Post Test Sikap Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kategori	Sikap Pre		Sikap Post	
		n	%	n	%
1.	Kurang	3	7,1	4	4,5
2.	Cukup	24	57,1	33	78,6
3.	Baik	15	35,7	5	11,9
	Total	42	100	42	100

Dari tabel 5.23 memperlihatkan hasil bahwa terdapat penurunan angka sikap responden saat dilakukan Pre Test yaitu dari 15 orang (35,7%) dengan kategori baik menjadi 5 orang (11,9%) pada saat post test. Responden yang masuk dalam kategori cukup terjadi peningkatan yaitu terdapat 24 orang (57,1%) pada saat pre test, menjadi 33 orang (78,6%) pada saat post test. Responden yang masuk dalam kategori kurang juga mengalami peningkatan dari 3 orang (7,1%) pada saat dilakukan pre test menjadi 4 orang (4,5%) pada saat post test.

Untuk melihat perubahan pada variabel Sikap pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel 5.24 berikut ini.

Tabel 5.24 Penilaian Pre Test dan Post Test Sikap Kader Posyandu Pada tiap kelompok di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	Sikap Pre			Sikap Post		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Perlakuan	8	10	3	4	13	4
2.	Kontrol	7	14	0	1	20	0
	Total	15	24	3	5	33	4

Pada tabel 5.24 memperlihatkan bahwa terjadi penurunan jumlah responden yang mempunyai sikap baik pada kelompok perlakuan dari 8 orang menjadi 4 orang pada saat diberikan intervensi. Namun demikian masih terdapat kenaikan jumlah responden yang mempunyai sikap cukup yaitu 10 orang menjadi 13 orang. Sedangkan pada kelompok kontrol juga mengalami penurunan dari 7 orang yang mempunyai sikap baik menjadi 1 orang.

5.5.1.4. Karakteristik Responden dan hasil intervensi

Tabel 5.25 Penilaian Pre Test dan Post Test Pengetahuan Kader Posyandu Pada Karakteristik Umur di Kota Samarinda Tahun 2019.

No	Pendidikan	Pengetahuan Pre			Pengetahuan Post		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Tamat SD	0	1	2	0	0	3
2.	Tamat SLTP	0	8	1	2	1	6
3.	Tamat SLTA	7	13	3	9	5	9
4.	Perguruan Tinggi	2	5	0	4	3	0
	Total	9	27	6	15	9	18

Dari tabel 5.25. memperlihatkan bahwa dari responden yang mempunyai pengetahuan baik pada saat sebelum dilakukan intervensi adalah mereka yang berpendidikan SLTA yaitu sebanyak 7 orang. Sedangkan yang mempunyai pendidikan kurang berpendidikan tamat SD yaitu sebanyak 2 orang.

Berdasarkan hasil analisis tentang karakteristik responden dengan *Self Efficacy* didapatkan bahwa mayoritas responden mempunyai *Self Efficacy* baik berpendidikan tamat SLTA yaitu sebanyak 6 orang. Berbeda halnya dengan pengukuran *Self Efficacy* setelah dilakukan intervensi yang mayoritas *self efficacy* baik yaitu pada responden yang berpendidikan tamat SLTP yaitu sebanyak 5 orang responden. Hasil analisis tentang karakteristik responden dengan *Self Efficacy* dapat dilihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26 Penilaian Pre Test dan Post Test *Self Efficacy* Kader Posyandu Pada Karakteristik Umur di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	Self Efficacy Pre			Self Efficacy Post		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Tamat SD	0	3	0	0	2	0
2.	Tamat SLTP	2	6	1	5	3	1
3.	Tamat SLTA	6	14	3	4	15	4
4.	Perguruan Tinggi	2	5	0	2	5	0
	Total	10	28	4	11	25	6

Hasil penilaian *Pre Test* dan *Post Test* sikap responden dapat dilihat pada tabel 5.27 berikut ini.

Tabel 5.27 Penilaian *Pre Test* dan *Post Test* Sikap Kader Posyandu Pada Karakteristik Umur di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	Sikap Pre			Sikap Post		
		Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
1.	Tamat SD	2	1	0	1	2	0
2.	Tamat SLTP	4	4	1	2	6	1
3.	Tamat SLTA	5	17	1	0	20	3
4.	Perguruan Tinggi	4	2	1	2	5	0
	Total	15	24	3	5	33	4

Dari tabel 5.27 menyatakan bahwa mayoritas responden mempunyai Sikap baik berpendidikan tamat SLTA yaitu sebanyak 5 orang. Berbeda halnya setelah dilakukan intervensi yang mayoritas responden mempunyai sikap baik yaitu pada responden yang berpendidikan tamat Perguruan Tinggi yaitu sebanyak 2 orang responden. Kecenderungan terjadinya penurunan jumlah pada responden yang mempunyai sikap baik pada mereka yang berpendidikan tamat SD dan SLTP.

5.5.2. Analisis Dengan Menggunakan Uji Beda

Untuk mengetahui perbedaan hasil intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

5.5.2.1. Uji Beda Variabel Pengetahuan

Penelitian ini dilakukan penilaian perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi kepada masing-masing kelompok. Untuk variabel pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut ini.

Tabel 5.28 Perbedaan Pengetahuan Kader Posyandu Antara Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Pada *Pre Test* dan *Post Test* Intervensi di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Hasil Pengamatan	Kelompok	n	Pengetahuan		
				Mean	Standar Deviasi	Nilai P
1.	Pre	Perlakuan	21	38,09	3,22	0,130
		Kontrol	21	36,61	2,80	
2.	Post	Perlakuan	21	45,23	1,54	0,000
		Kontrol	21	36,85	2,79	

Dari tabel 5.28 didapatkan hasil uji dengan menggunakan analisis *Non Parametric Mann Whitney test*, diketahui bahwa ada perbedaan antara pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan, dengan Nilai signifikansi pada pengetahuan sebelum dilakukan pelatihan ($p > \alpha = 0,05$), $p = 0,130$. Artinya tidak ada beda pengetahuan sebelum dilakukan pelatihan antar kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sedangkan nilai signifikansi pengetahuan sesudah diadakan pelatihan ($p < \alpha = 0,05$), $p = 0,000$. Artinya ada perbedaan antara pengetahuan setelah dilakukan pelatihan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.5.2.2. Uji Beda Variabel *Self Efficacy*

Penelitian ini dilakukan penilaian perbedaan *Self Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi kepada masing-masing kelompok. Untuk variabel *Self Efficacy* dapat dilihat pada tabel 5.29 berikut ini.

Tabel 5.29 Perbedaan *Self Efficacy* Kader Posyandu Antara Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Pada Pre Test dan Post Test Intervensi di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Hasil Pengamatan	Kelompok	n	<i>Self Efficacy</i>		
				Mean	Standar Deviasi	Nilai P
1.	Pre	Perlakuan	21	24,28	2,90	0,178
		Kontrol	21	23,33	3,90	
2.	Post	Perlakuan	21	25,57	2,50	0,216
		Kontrol	21	24,23	4,20	

Dari hasil penelitian dengan menggunakan analisis *Non Parametric Mann Whitney test* didapatkan bahwa tidak ada perbedaan *Self Efficacy* sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan. Dengan nilai signifikansi pada *Self Efficacy* responden sebelum dilakukan pelatihan ($p > \alpha = 0,05$), $p = 0,178$. Artinya tidak ada perbedaan *Self Efficacy* sebelum dilakukan pelatihan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Demikian pula dengan *Self Efficacy* responden setelah dilakukan pelatihan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai ($p > \alpha = 0,05$), $p = 0,216$.

5.5.2.3. Uji Beda Variabel Sikap

Uji beda Variabel Sikap dapat dilihat pada Tabel 5.30, memperlihatkan hasil uji dengan menggunakan *T Test Independent*, didapatkan hasil bahwa nilai signifikansi 2 tailed pada equal variances assumed memperlihatkan nilai $p = 0,488$ ($p > \alpha = 0,05$). Artinya tidak ada perbedaan yang signifikan sikap responden sebelum dilakukan pelatihan. Demikian pula dengan Sikap responden setelah dilakukan pelatihan, signifikansi 2 tailed pada *Equal Variances Assumed* memperlihatkan nilai $p = 0,731$ ($p > \alpha = 0,05$). Artinya tidak ada perbedaan sikap responden setelah dilakukan intervensi dengan mengadakan pelatihan.

Tabel 5.30 Perbedaan Sikap Kader Posyandu Antara Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Pada Pre Test dan Post Test Intervensi di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Hasil Pengamatan	Kelompok	n	Sikap		
				Mean	Standar Deviasi	Nilai P
1.	Pre	Perlakuan	21	44,38	2,95	0,488
		Kontrol	21	44,90	1,72	
2.	Post	Perlakuan	21	45,28	5,56	0,731
		Kontrol	21	44,80	2,96	

5.5.2.4. Uji Beda Antar Dua Kelompok Pada Masing-Masing Variabel

Pada uji beda masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon untuk variabel pengetahuan dan *Self Efficacy*, sedangkan untuk sikap diuji dengan *Paired sampel T test*. Dapat dilihat pada tabel 5.31 berikut ini.

Tabel 5.31 Nilai uji Beda Antar Dua Kelompok Kader Posyandu di Kota Samarinda Tahun 2019.

No.	Kelompok	Hasil Pengamatan	n	Pre		Post		Nilai P
				Mean	Standar Deviasi	Mean	Standar Deviasi	
1.	Perlakuan	Pengetahuan	21	38,09	3,22	45,23	1,54	0,000
		<i>Self Efficacy</i>		24,28	2,90	25,57	2,50	0,097
		Sikap		44,38	2,95	45,28	5,56	0,478
2.	Kontrol	Pengetahuan	21	36,61	2,80	36,85	2,79	0,197
		<i>Self Efficacy</i>		23,33	3,90	24,23	4,20	0,068
		Sikap		44,90	1,72	44,80	2,96	0,857

Dari tabel 5.31 memperlihatkan bahwa ada perbedaan pengetahuan sesudah dan sebelum dilakukan pemberian buku modul kader pada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,197 > \alpha = 0,05$. Sedangkan pada kelompok perlakuan, ada perbedaan pengetahuan sesudah dan sebelum dilakukan pelatihan pada kelompok perlakuan dengan nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$. Artinya, Intervensi yang dilakukan dengan mengadakan pelatihan dapat merubah pengetahuan dari kelompok perlakuan. Berbeda halnya dengan kelompok kontrol, pada kelompok kontrol didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat pengetahuan responden dengan diberikan buku modul kader saja.

Variabel *Self Efficacy* didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan *Self Efficacy* responden sebelum dan sesudah diberikan buku modul kader pada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,068 > \alpha = 0,05$. Sedangkan pada kelompok perlakuan juga didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara *Self Efficacy* sebelum dan sesudah pelatihan dengan nilai $p = 0,097$.

Dari tabel 5.31 juga memperlihatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah diberi buku modul kader pada kelompok kontrol, dengan nilai $p = 0,0857$. Sedangkan pada kelompok perlakuan didapatkan hasil bahwa, tidak ada perbedaan antara perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dengan nilai $p = 0,478$.

5.6 Proses Intervensi Kader Kepada Ibu Hamil

Intervensi yang dilakukan oleh kader kepada ibu hamil dilakukan selama satu bulan. Berikut hasil intervensi yang dilakukan oleh kader yang berupa edukator, *motivator* dan pendamping ibu hamil sebagai berikut:

1. Edukator

Sebagai edukator kader memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang manfaat dan kegunaan pemanfaatan layanan PITC. Berbekal pengetahuan yang didapatkan selama pelatihan, kader menerapkan dan mengimplementasikan perannya sebagai edukator kepada masyarakat atau ibu hamil yang berada di wilayah kerja kader tersebut. Setelah mendapatkan informasi tentang keberadaan ibu hamil, maka ibu hamil akan dikunjungi oleh kader untuk memastikan bahwa informasi tersebut benar adanya.

Pada saat bertemu ibu hamil, dengan media bantu leaflet kader berusaha memberikan informasi tentang :

1. Cara penularan HIV,
2. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak,
3. Pentingnya melakukan pemanfaatan layanan PITC selama masa kehamilan kepada ibu hamil.

2. Motivator

Sebagai *motivator* kader memberikan motivasi kepada ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan PITC. Pemberian motivasi kepada ibu hamil bertujuan agar ibu hamil tergerak hatinya dan mau melakukan pemeriksaan PITC di Puskesmas terdekat. Kader harus melakukan kunjungan rumah dua sampai tiga kali untuk mengajak ibu hamil melakukan pemeriksaan PITC. Dengan demikian seorang kader butuh kesabaran dan mempunyai kepedulian yang tinggi dalam memberikan motivasi kepada ibu hamil.

3. Pendamping

Sebagai pendamping, kader memberikan pendampingan kepada ibu hamil dari awal masa kehamilan sampai ibu hamil melahirkan bayinya. Tak hanya sekedar diberi edukasi dan motivasi saja, pada dasarnya ibu hamil juga perlu untuk dilakukan pendampingan dimasa kehamilan. Pendampingan yang dilakukan kader pada ibu hamil dimasa awal kehamilan jauh lebih baik, karena dapat mendeteksi lebih dini penyakit yang diderita oleh ibu hamil tersebut.

Pendampingan yang dilakukan oleh kader tidak berakhir sampai ibu hamil mau melakukan pemeriksaan di Puskesmas, namun setelah ibu hamil memanfaatkan layanan PITC tetap menjadi perhatian kader. Kader selalu mengingatkan ibu untuk melakukan pemeriksaan pada tiap trimester masa kehamilan ibu.

5.7 Evaluasi Hasil Intervensi Peran Kader Kepada Ibu Hamil

Hasil akhir dari pelatihan atau intervensi yang dilakukan pada penelitian tahap kedua adalah adanya pendampingan yang dilakukan oleh kader kepada ibu hamil yang ada di wilayah kerjanya. Kader melakukan perannya sebagai edukator, *motivator* dan pendampingan kepada ibu hamil selama kurang lebih satu bulan.

Dari pengakuan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas, mengatakan bahwa informasi yang diberikan kader Posyandu sangatlah berguna dan menambah wawasan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan demi janin yang dikandungnya. Ada juga ibu hamil yang mengatakan bahwa pada kehamilan sebelumnya tidak pernah disampaikan untuk melakukan pemeriksaan ANC di Puskesmas yang didalamnya juga terdapat pemeriksaan lengkap yaitu antara lain layanan PITC.

Sebagai kader yang telah terlatih, peran sebagai *motivator* dijalankan dengan penuh kesabaran. Beberapa orang ibu hamil yang telah diberi edukasi namun belum juga tergerak untuk memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas. Berdasarkan informasi yang diberikan oleh ibu hamil ibu kader selalu memberikan motivasi kepada dirinya agar mau memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas. Pernyataan ibu hamil tentang motivasi yang diberikan oleh kader cukup positif, ibu hamil mendapatkan motivasi dan akhirnya tergerak untuk memanfaatkan layanan PITC.

Partisipasi ibu hamil dalam memanfaatkan layanan PITC ini berkat peran kader yang terus memberikan dorongan agar ibu hamil mau melakukan pemeriksaan tersebut. Ini terbukti dari pengakuan para ibu yang melakukan pemeriksaan dan memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas menyatakan bahwa :

IK “ Kader berkali-kali datang rumah saya, dikasi tau klo ibu hamil wajib periksa di Pukesmas, setiap ketemu di jalan ibunya tanya, saya sudah kepuskesmas atau belum, sampai mau diantarkan ke puskesmas Air putih kalau saya tidak ada yang antar”.

SA “Saya diberi tahu sama bu kader kalo ada pemeriksaan kehamilan di Puskesmas, itu biar anak dalam kandungan bisa terhindar dari virus jar. Jadi saya ke Puskesmas Air putih periksa”.

NV “Ibu kader pertama datang kerumah saya dan tau kalo saya hamil anak kedua terus disuruhnya saya ke Puskesmas untuk periksa, yaa saya dengarkan saja karena waktu hamil anak pertama saya tidak pernah periksa kehamilan langsung lahiran saja, saya lahiran sama bidan dikampung”.

TT “Ibu.... (kader) waktu itu kasi tau kalo ada pemeriksaan untuk mencegah penyakit HIV di Puskesmas. Awalnya saya takut tapi karena ibu kader bilang tidak apa-apa, jadi saya ikut saja. Ibu kader temani ke Puskesmas untuk periksa.

SR “Saya tetangga dengan ibu kader jadi sering dikasi tau informasi tentang kesehatan sama dia, karena dia tau kalo saya lagi hamil disuruhnya saya ke Puskesmas untuk cek kehamilan. Biasanya saya kebidan saja, tapi hanya diperiksa biasa. Bu kadernya bilang kalo saya ke Puskesmas di Cek semuanya, biar janin saya sehat sampai lahir. Ibu kader selalu kasi ingat untuk periksa di Puskesmas, dan mau mengantar ke Puskesmas.

FT “Saya ketemu bu kader dia tanya, ini saya hamil kedua... terus saya dibilangi kalo ibu hamil sekarang harus periksa di Puskesmas biar janinnya sehat terhindar dari virus... saya takut, tapi katanya aman saja tidak usah takut. Yaa saya ikuti saja, saya periksa di Puskesmas.

WR “Waktu saya bawa anak saya yang pertama ke Posyandu sama kader dibilangin kalo sekarang ada pemeriksaan ibu hamil di Puskesmas. Pemeriksaannya biar anak yang dikandung terhindar dari penyakit. Biar saya dan bayi saya sehat. Takut sebenarnya, tapi bu kader mau temani saya jadi saya pergi sama bu kader.

NL “Ketemu bu kader pas saya di arisan komplek, ada penyuluhan kesehatan, dikasi tau tentang penyakit HIV, jadi ibu hamil yang belum periksa kehamilan di Puskesmas, disuruh periksa di Puskesmas. Di kasi tau juga klo nanti anak mau sekolah harus ada buku yang warna pink itu. Jadi saya ikut saja, kader kadang WA (WhatsApp) tanyakan apakah saya sudah periksa.

FF “Saya dikasi tau bu kader di Posyandu, selama hamil perlu periksa ke Puskesmas minimal sekali, untuk cek HIV biar bayi dalam kandungannya bebas dari virus, biar sehat sampai lahir. Dikasi tau juga klo di Puskesmas periksanya gratis tidak bayar.

MN “Bu kader disini baik-baik klo ada Posyandu kita disuruh datang ikut penyuluhan. Nah disitu dikasi tau kalau ibu hamil perlu pemeriksaan di Puskesmas untuk mencegah penyakit HIV dan lainnya. Karena saya rasa itu perlu makanya saya periksa saja. Kalo periksa di bidan biasanya tidak ada pemeriksaan lengkap.

RK “Ibu kadernya datang ke rumah karena dia tau saya lagi hamil. Dia kasi tau tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan di Puskesmas, dua kali ibu kadernya datang, kan tetangga sini juga. Selalu dikasi ingat sama ibu nya, karena saya takut saya ditemani sama ibu kader untuk periksa ke Puskesmas.

Dari hasil penggalian informasi kepada ibu hamil yang memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas dapat dinilai bahwa peran kader sebagai edukator motivator dan pendamping sudah berjalan dengan baik. Hal ini terbukti bahwa dari 11 orang ibu hamil yang diberi edukasi dan motivasi serta pendampingan, semuanya mau memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas. Artinya hasil intervensi kepada kader Posyandu yang dilakukan kepada kader Posyandu mendapatkan hasil yang memuaskan, sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan untuk dilanjutkan.

5.7.1. Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil

Setelah dilakukan intervensi kepada ibu hamil, untuk melakukan evaluasi terhadap hasil intervensi tersebut maka dilakukan observasi kelapangan dengan melakukan konfirmasi terhadap ibu hamil yang ada di wilayah Posyandu. Dilakukan pendataan terhadap ibu hamil yang berada di wilayah tersebut, kemudian ibu hamil dilakukan *cross check* terhadap pendampingan yang dilakukan kader Posyandu terkait peran kader sebagai edukator, motivator dan pendamping.

Pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil dilakukan pada saat selesai melakukan intervensi kepada kader Posyandu. Hasil evaluasi terhadap ibu hamil yang memanfaatkan layanan PITC dapat di lihat pada tabel 5.32

Tabel 5.32 Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil di kota Samarinda Tahun 2019

No.	Kelompok	Tes HIV				Total		Nilai P
		Ya		Tidak		n	%	
		n	%	n	%			
1.	Perlakuan	11	100	0	0	11	100	0,004
2.	Kontrol	4	40	6	60	10	100	
Total		15	71,4	6	28,6	21	100	

Dari tabel 5.32 didapatkan hasil bahwa terdapat 11 orang (100%) ibu hamil yang melakukan tes HIV pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 4 orang (40%) ibu hamil yang melakukan tes HIV dan 6 orang (60%) tidak melakukan tes HIV. Hasil uji Chi-Square didapatkan hasil nilai $p = 0,004 < \alpha = 0,05$. Artinya ada pengaruh pelatihan terhadap pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di kota Samarinda.

BAB 6 PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juli 2018, didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh *Self Efficacy*, pengetahuan, sikap, masa bakti, dukungan nakes, dan ketersediaan fasilitas terhadap peran kader posyandu. Sedangkan riwayat pelatihan, kebijakan PITC, dan akses tidak berpengaruh terhadap peran kader posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.

6.1 Model Peran Kader Posyandu Dalam Upaya Pemanfaatan Layanan PITC Pada Ibu Hamil di Kota Samarinda.

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *Partial Least Square (PLS)* didapatkan kesimpulan bahwa *Self Efficacy* berpengaruh terhadap peran kader Posyandu sebagai edukator, *motivator*, dan pendamping. Hal ini terjadi oleh karena sebagian besar responden telah memiliki *Self Efficacy* yang cukup baik, sedangkan yang memiliki *Self Efficacy* kurang hanya beberapa orang saja. Berdasarkan hal tersebut maka *Self Efficacy* mempunyai pengaruh yang positif terhadap peran kader Posyandu.

Schultz dan Schultz (2005), mendefinisikan *Self efficacy* sebagai perasaan seseorang terhadap kecukupan, efisiensi, dan kemampuan seseorang dalam mengatasi kehidupan. Apabila seorang kader memiliki efikasi diri yang baik maka dapat berperan serta dalam peningkatan layanan tes HIV pada ibu hamil. Hal ini sudah jelas tidak akan diragukan lagi, karena mereka menganggap dirinya mampu turut serta dan berperan dalam program tersebut.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ernawati (2018), yang melihat hubungan antara *Self Efficacy* dengan kunjungan ibu hamil ke Posyandu, hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa *Self Efficacy* yang tinggi pada ibu hamil akan lebih berpotensi datang ke Posyandu dibandingkan ibu hamil dengan *Self Efficacy* yang rendah

Menurut Bandura dan Locke, (2003) *Self Efficacy* mempengaruhi mekanisme perilaku manusia, jika seseorang yakin memiliki kemampuan untuk menghasilkan sesuatu yang diharapkan, maka individu akan berusaha mencapainya, tetapi jika individu tidak memiliki kepercayaan diri untuk menghasilkan sesuatu yang diharapkan, maka dia tidak akan berusaha mewujudkannya. *Self Efficacy* adalah kepercayaan tentang kemampuan untuk melakukan tindakan yang diharapkan, *Self Efficacy* juga menjadi dasar seseorang untuk melakukan tindakan atau mengendalikan kondisi tertentu, Bandura (1994).

Hasil penelitian tentang pengaruh pengetahuan terhadap peran kader Posyandu didapatkan kesimpulan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap peran kader Posyandu. Arti kebermaknaan secara statistik dapat saja terjadi karena sebagian besar responden telah mempunyai pengetahuan cukup dan baik. Sehingga peran dari kader Posyandu dapat lebih baik jika dibandingkan dengan responden yang pengetahuannya kurang.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Profita AC., (2018). Yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keaktifan kader. Setelah dilakukan pengujian *coefficient contingency* menunjukkan hubungan antara pengetahuan dengan keaktifan kader dalam kategori sedang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan keaktifan kader Posyandu di Desa Pengadegan.

Berbeda dengan penelitian ini, penelitian yang dilakukan Legi N. et al., (2015). Menyatakan bahwa kader yang mempunyai pengetahuan rendah, biasanya kurang atau tidak mengetahui tentang manfaat Posyandu. Salah satu faktor yang mempengaruhi keaktifan kader adalah tingkat pengetahuan. Kader diharapkan memiliki tingkat pengetahuan yang baik, mengenai tujuan serta manfaat dari Posyandu. Sehingga memiliki motivasi yang tinggi untuk aktif dalam mengikuti kegiatan Posyandu, Sistrayani et al., (2013).

Seorang kader Posyandu sebaiknya memiliki pengetahuan yang baik tentang Posyandu. Hal tersebut akan meningkatkan kepekaan kader Posyandu terhadap permasalahan kesehatan yang ada dimasyarakat. Beragam masalah yang terjadi dimasyarakat membuat kader Posyandu sedapat mungkin melakukan perannya sebagai perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan. Sehingga seorang kader Posyandu diharapkan mampu berperan aktif jika menemukan permasalahan kesehatan yang muncul dimasyarakat.

Pengetahuan kader merupakan determinan yang sangat penting sebagai dasar bagi kader dalam menjalankan aktifitasnya untuk menekan angka kejadian kasus HIV pada ibu hamil. Hal ini sejalan dengan teori Lawrence Green yang menyatakan bahwa faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang antara lain adalah pengetahuan. Secara umum tujuan edukasi kesehatan adalah merubah perilaku individu dan masyarakat dibidang kesehatan melalui perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian Kaveh MH., et al, (2017), yang menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi pada kader kesehatan maka terjadi peningkatan pengetahuan dari kader tersebut. Lebih lanjut dikatakan bahwa perubahan tingkat pengetahuan dikaitkan juga dengan tingkat pendidikan responden. Pada penelitian ini, sebagian besar responden berpendidikan paling rendah diploma.

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ivanova O. et al, (2019), yang meneliti tentang intervensi yang dilakukan kepada remaja untuk melihat kepatuhan berobat ART antar remaja dengan HIV positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan pada pengetahuan dan perilaku sebelum serta sesudah intervensi selama 3 bulan.

Hasil penelitian pengaruh sikap terhadap peran kader Posyandu dapat disimpulkan bahwa secara statistik ada pengaruh sikap terhadap peran kader Posyandu. Artinya ada perbedaan yang signifikan antara sikap dengan peran kader Posyandu di Kota Samarinda. Mayoritas responden dalam penelitian ini mempunyai sikap yang cukup dan mempunyai peran yang baik.

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap yang positif akan mengembangkan perilaku yang positif dan sebaliknya sikap yang negatif akan mengembangkan perilaku yang negatif pula. Hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa mayoritas responden menyatakan memiliki sikap yang cukup. Green dalam teori *Precede-Proceed* menyatakan bahwa sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang tidak senang, setuju tidak setuju, baik tidak baik, dan sebagainya). Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi individu Azwar (2012).

Sejalan dengan penelitian ini hasil penelitian yang dilakukan oleh Oduetse O.K., et al, (2019), tentang persepsi dan sikap dari perempuan pekerja sex tentang penerimaan terhadap tes HIV. Didapatkan hasil bahwa sikap negatif terhadap pemeriksaan HIV secara mandiri terbentuk diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan dan kepercayaan diri dari responden.

Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Alawad M., et al, (2019), yang meneliti tentang Pengetahuan, Sikap, dan Keyakinan tentang HIV / AIDS dan Orang yang Hidup dengan HIV di antara Mahasiswa Kedokteran di Universitas X di Arab Saudi. Korelasi positif diamati antara pengetahuan dan sikap. Studi ini menunjukkan bahwa populasi mahasiswa kedokteran Saudi yang terdaftar memiliki kesalahpahaman besar tentang HIV / AIDS serta sikap negatif terhadap ODHA. Akibatnya mereka akan takut dan enggan berurusan dengan ODHA.

Hal ini memperlihatkan bahwa jika seseorang tidak tahu tentang penyebab dan cara penularan penyakit HIV, maka akan berpengaruh terhadap penerimaannya kepada orang dengan HIV positif, sehingga butuh sosialisasi yang menyeluruh terhadap petugas kesehatan dan juga kader yang akan bersentuhan langsung dengan masyarakat luas.

Hasil penelitian tentang pengaruh riwayat pelatihan terhadap peran kader Posyandu menunjukkan tidak ada pengaruh riwayat pelatihan terhadap peran kader Posyandu.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014). Peneliti tersebut meneliti tentang penguatan peran kader dalam penemuan kasus TB di Kabupaten Nusa Tenggara Barat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pelatihan TB-DOTS yang diberikan kepada kader kesehatan terhadap peran kader kesehatan dalam penemuan kasus TB di Puskesmas Cakranegara dan Mataram Nusa Tenggara Barat.

Adanya hubungan signifikan antara pelatihan TB/DOTS dengan peran kader kesehatan dalam penemuan kasus TB dalam penelitian ini disebabkan karena kader kesehatan merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Sehingga pelatihan tersebut menjadi syarat mutlak agar kader kesehatan memiliki bekal pengetahuan dan keterampilan untuk dapat menjalankan peran dalam penanggulangan TB termasuk dalam penemuan kasus TB.

Seorang kader yang telah mendapatkan pelatihan akan dapat berperan aktif dalam menjalankan tugasnya sebagai kader Posyandu. Pengetahuan yang didapatkan dari pelatihan yang diikuti kader akan menjadi penguatan terhadap kader dan juga dapat meningkatkan kemampuan edukasi dari kader sehingga nantinya kader tidak hanya menjadi pembantu petugas kesehatan pada saat hari Posyandu tiba. Berbekal pelatihan yang didapatkan kader tersebut maka akan sangat bermanfaat pada saat melakukan transfer ilmu kepada masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2012) dalam Rahmawati HA., (2017), menunjukkan bahwa setelah melakukan intervensi pendidikan kesehatan atau pelatihan yang dilakukan dalam waktu singkat akan berdampak positif dalam meningkatkan pengetahuan seorang kader Posyandu. Tingkat pengetahuan seorang kader sangat berhubungan dengan pendidikan atau pelatihan yang diperolehnya. Hal ini terjadi karena pada dasarnya pendidikan atau pelatihan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan Sunaryo, (2004).

Penelitian Arwina (2011) di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Amplas, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara minat, kemampuan, pelatihan dan pembinaan dengan kinerja kader posyandu. Pembinaan kader dalam meningkatkan kinerja sangat diperlukan, dengan pembinaan seperti pelatihan atau penyuluhan yang diberikan kepada kader dapat meningkatkan pengetahuan kader tentang kegiatan-kegiatan Posyandu, serta tugas-tugasnya sehingga kader akan bisa menjalankan pekerjaannya dengan baik. Oleh sebab itu apabila pembinaan kader berjalan dengan baik, akan berdampak pada peningkatan kinerja kader Posyandu tersebut.

Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden masih butuh pendampingan dari tenaga kesehatan, dalam bentuk membuat pelatihan untuk meningkatkan kapasitas diri dari kader, sehingga dapat meningkatkan kualitas dan dapat meningkatkan peran dari kader Posyandu yang ada di Kota Samarinda dalam program PITC pada ibu hamil. Masih minimnya riwayat pelatihan dari kader Posyandu di Kota Samarinda, dan mengingat pentingnya dilakukan pelatihan bagi kader Posyandu maka dianggap perlu melakukan intervensi tentang penyebaran dan pencegahan penyakit HIV utamanya penularan HIV dari ibu ke anak. Walaupun dalam hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan riwayat pelatihan dengan peran kader Posyandu.

Hasil penelitian tentang pengaruh masa bakti terhadap peran kader Posyandu menunjukkan bahwa masa bakti berpengaruh secara statistik terhadap peran kader Posyandu, yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara masa bakti dengan peran kader Posyandu dalam pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.

Masa bakti kader posyandu berbanding lurus dengan peran kader dimasyarakat, sehingga dengan masa bakti kader yang tergolong lama tersebut maka kader akan lebih peka terhadap permasalahan yang ada di masyarakat dan lebih peduli terhadap program kerja dari tenaga kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat.

Sejalan dengan penelitian ini penelitian yang dilakukan oleh. Andira et al, (2012), yang menyatakan bahwa ada pengaruh masa kerja dengan kinerja kader dalam kegiatan posyandu di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba. Penelitian lainnya dilakukan Prabandari et al, (2009), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan motivasi kader dalam penemuan penderita TB Paru di Kabupaten Barito Kuala. Artinya semakin lama masa kerja seorang kader Posyandu maka akan berpengaruh terhadap semakin baiknya kinerja dan motivasi dirinya sebagai kader Posyandu.

Lamanya masa bakti dari kader juga dapat berakibat banyaknya pelatihan yang didapatkan oleh kader Posyandu, sehingga akan berbanding lurus dengan pengetahuan serta skill yang didapatkan oleh kader Posyandu tersebut. Sehingga dengan demikian maka idealnya

kader Posyandu tidak boleh sering diganti, sehingga memungkinkan kader Posyandu memiliki masa bakti yang lama.

Kader yang memiliki masa bakti lebih lama akan memiliki kedekatan yang lebih mendalam dengan masyarakat. Karena masa bakti yang cukup lama dari kader maka sudah pasti akan lebih banyak dikenal dan berinteraksi dalam waktu yang lebih cukup lama dan sering berada dimasyarakat, jika dibandingkan dengan kader kesehatan yang memiliki masa bakti baru. Faktor usia dari kader juga berperan dalam menentukan masa baktinya.

Hasil penelitian tentang pengaruh dukungan Nakes terhadap peran kader Posyandu menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan nakes terhadap peran kader Posyandu sudah cukup baik.

Menurut Blum (1981) dalam Notoatmojo (2014), status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor, diantaranya adalah pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan membantu masyarakat keluarga maupun individu dalam mendapatkan pengobatan, pencegahan, dan perawatan terhadap suatu penyakit. Petugas kesehatan atau tenaga kesehatan pada pusat pelayanan kesehatan merupakan sumberdaya manusia yang memberi dukungan, membimbing dan memberi motivasi kepada para kader Posyandu, agar dapat bersinergi dalam mewujudkan program penjangkauan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas terdekat.

Penelitian yang dilakukan oleh Nasliana (2014), menunjukkan bahwa peran petugas kesehatan berpengaruh terhadap pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil. Peran petugas kesehatan dinilai masih kurang dalam memberikan informasi kepada ibu hamil dan dari hasil penelitian dijelaskan bahwa pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan kurang ramah terhadap pengunjung.

Adanya dukungan dari tenaga kesehatan terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan tes HIV pada ibu hamil dalam penelitian ini memang masih belum pernah dilakukan oleh karena dalam penyelenggaraan program PITC pada ibu hamil di Puskesmas memang belum melibatkan kader Posyandu dalam program tersebut. Namun demikian menurut sebagian besar responden menyatakan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan selama ini sudah cukup baik, hanya sebanyak 18 orang saja yang menyatakan bahwa dukungan nakes yang masih kurang.

Hasil penelitian tentang pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap peran kader posyandu menunjukkan bahwa ada pengaruh ketersediaan fasilitas terhadap peran kader Posyandu. Hasil analisis statistik tersebut memperlihatkan ada perbedaan yang signifikan antara ketersediaan fasilitas dengan peran kader Posyandu dalam program PITC HIV pada ibu hamil di Kota Samarinda.

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Yanti et al, (2016), yang meneliti tentang hubungan antar ketersediaan sarana dan prasarana dengan partisipasi kader dalam pelaksanaan Posyandu. Didapatkan hasil bahwa aspek ketersediaan sarana dan prasarana, menunjukkan bahwa partisipasi kader cukup tinggi namun ketersediaan sarana dan prasarana yang tidak lengkap sebesar (52,0%). Sehingga saat dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan *chi square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana dan prasarana dengan partisipasi kader.

Hal ini terjadi akibat dari kurangnya partisipasi dari pemerintah berupa dana untuk mengadakan fasilitas kelengkapan yang ada di Posyandu. Serta kurangnya dukungan dari petugas kesehatan di wilayah setempat, namun demikian partisipasi aktif dari kader Posyandu tetap tinggi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mukrimah dan Hamsinah (2014), menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara ketersediaan sarana dan prasarana terhadap kinerja kader Posyandu, walaupun sarana dan prasarana masih belum lengkap. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jain M. et al, (2014), menyatakan bahwa sarana dan prasarana berhubungan dengan keberlangsungan Posyandu, mulai dari ketersediaan buku registrasi, alat timbang, serta pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh kader Posyandu yang di dampingi oleh petugas kesehatan.

Begitu pentingnya ketersediaan serta kelengkapan fasilitas di Posyandu, hingga hal ini dapat menjadi penentu dari keberlangsungan suatu Posyandu yang ada dimasyarakat.

Merupakan tanggung jawab bersama antara pihak petugas kesehatan dan kelurahan untuk melengkapi kekurangan fasilitas yang ada di Posyandu tersebut.

Menurut Eisenberger, beberapa faktor dukungan organisasi yaitu termasuk anggaran yang memadai, peralatan dan fasilitas yang cocok untuk penyelesaian tugas, dukungan yang diperlukan dari departemen lain, ketersediaan produk dan kualitas, dan pasokan yang cukup dari sumber daya manusia. Jika terdapat kekurangan bantuan atau dukungan organisasi, manajer harus betul-betul mengidentifikasi dimanakah masalah tersebut berada. Eisenberger, et al, (2002).

Hasil penelitian tentang pengaruh akses terhadap peran kader posyandu menunjukkan bahwa variabel akses ke pelayanan kesehatan tidak berpengaruh terhadap peran kader Posyandu di Kota Samarinda

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ladifire (2009), yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jarak tempat tinggal dengan status imunisasi anak seorang ibu, apakah imunisasinya lengkap atau tidak. Hal ini dapat saja terjadi, disebabkan karena lokasi penelitian dilakukan di kota Tangerang, dimana fasilitas kesehatannya sudah jauh lebih baik dan luas wilayah yang tidak terlalu besar.

Waktu tempuh untuk mencapai Fasilitas Kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, tempat praktek dokter, maupun praktek bidan swasta merupakan faktor yang penting. Jika jarak untuk sampai ke fasilitas kesehatan non UKBM cukup jauh, dengan waktu tempuh yang lebih lama, akan lebih menyulitkan jangkauan pelayanan kesehatan.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 akses Pelayanan Kesehatan dapat didefinisikan sebagai keberadaan dari fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, Puskesmas atau Puskesmas pembantu, praktik dokter atau klinik, praktik bidan atau rumah bersalin, Posyandu, Poskesdes atau Poskestren dan Polindes. Selanjutnya moda transportasi yang dapat digunakan oleh responden dalam hal ini anggota rumah tangga menuju fasilitas kesehatan yang terdiri dari mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara dan lainnya serta penggunaan lebih dari satu moda transportasi atau kombinasi.

Riset tersebut menjelaskan bahwa akses ketempat pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh waktu tempuh dan jarak tempuh serta moda transportasi yang digunakan untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Hal ini memperlihatkan bahwa akses tidak dapat dinilai dari jarak tempuh saja, akan tetapi kemudahan mendapatkan alat transportasi serta waktu yang digunakan untuk sampai ke tempat Pelayanan Kesehatan juga sangat berperan. Sehingga jika jarak tempuhnya jauh tapi waktu tempuhnya lebih singkat dan didukung dengan mudahnya alat transportasi maka tidak termasuk kategori aksesnya sulit dijangkau. Demikian pula sebaliknya.

Menurut Anderson (1968), bahwa faktor alat dan sarana transportasi merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung dalam pelayanan kesehatan. Sarana transportasi akan memudahkan masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan.

Dapat ditarik kesimpulan bahwa jika akses ke tempat pelayanan kesehatan mudah dijangkau maka akan memudahkan juga kader Posyandu untuk mendapatkan informasi terkait issue kesehatan dan program-program kesehatan yang dijalankan petugas kesehatan. Namun sebaliknya jika akses ke tempat pelayanan kesehatan sulit dijangkau maka berimbas kepada rendahnya informasi dan cakupan dari program kesehatan yang ada di Puskesmas. Terdapatnya akses yang sulit dijangkau merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi peran kader Posyandu. Menurut teori *Preced Proceed* dari Lawrence Green, salah satu yang mempengaruhi perilaku seseorang dari faktor eksternal adalah keterjangkauan fasilitas / tempat pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian pengaruh kebijakan PITC terhadap peran kader posyandu menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh kebijakan tentang PITC terhadap peran kader Posyandu di Kota Samarinda. Artinya secara matematis dengan menggunakan analisis PLS maka variabel kebijakan tentang PITC tidak bermakna secara signifikan.

Berbeda halnya dengan penelitian ini, penelitian yang dilakukan oleh Kartini W, (2017) yang meneliti tentang pengaruh pelaksanaan kebijakan tentang Puskesmas dan dukungan sarana prasarana terhadap manajemen pelayanan kesehatan untuk meningkatkan produktivitas kerja. Hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa pelaksanaan kebijakan

tentang Puskesmas dan dukungan sarana prasarana berpengaruh nyata dan positif secara signifikan terhadap produktivitas kerja. Sehingga diketahui bahwa ada pengaruh pelaksanaan kebijakan tentang Puskesmas dan dukungan sarana prasarana terhadap manajemen pelayanan kesehatan untuk meningkatkan produktivitas kerja pegawai pada Puskesmas di Kabupaten Garut.

Menurut Kemenkes RI, (2015) kebijakan tentang manajemen Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah mengatur bahwa pelaksanaan kegiatan memerlukan koordinasi dan kerjasama horisontal dan vertikal diantara para pemangku program terkait, mitra kerja, pelaksana dilapangan dan msayarakat. Pada tingkat Puskesmas perlu dilakukan penghitungan dan memperkirakan jumlah sasaran ibu hamil yang akan dilakukan tes HIV, serta perempuan yang masuk usia reproduksi, termasuk remaja, PUS dan populasi kunci. Termasuk melakukan inventarisasi kader yang terlatih HIV, KDS ODHA, LSM, Kelompok masyarakat peduli HIV dan AIDS lainnya. Dan juga melakukan kerja sama dengan kader peduli HIV, dan kelompok-kelompok masyarakat yang peduli HIV tersebut, dalam melakukan penjangkaran.

Kebijakan tersebut dinilai mampu meningkatkan motivasi dan keikutsertaan dari kader, sehingga dengan adanya pemberian insentif atau reward akan dapat menjadi daya ungkit peran kader Posyandu. Hal ini bisa saja diberlakukan kepada kader kesehatan karena menurut sebuah teori tentang insentif yang menjelaskan bahwa, sistem insentif yang sesuai dengan harapan karyawan dan kemampuan perusahaan dapat meningkatkan motivasi kehadiran karyawan ke tempat kerjanya. Satu pendekatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan penerimaan pekerja terhadap rencana *reward* adalah mengizinkan para pekerja untuk ikut serta dalam perancangan rencana tersebut Wexley & Yukl, (1998) dalam Triaryati N, (2003).

Agar dapat membuat sebuah kebijakan tentang kader Posyandu maka diperlukan sebuah inovasi yang memperlihatkan bahwa kader Posyandu benar-benar berperan, dan dari kebijakan tersebut peran kader juga mendapat legitimasi oleh pihak terkait yakni Dinas Kesehatan Kota Samarinda. Keberhasilan pelaksanaan suatu program, harus ditunjang oleh kebijakan yang mengaturnya. Program kesehatan merupakan salah satu bentuk kebijakan yang dibuat oleh pemerintah.

Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa jika ingin meningkatkan peran kader kesehatan dalam program PITC pada ibu hamil maka harus dibuat kebijakan yang mengatur struktur dan tata kelolah dari suatu program, agar setiap program kesehatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Sehingga dapat menciptakan sebuah kondisi status kesehatan masyarakat yang lebih optimal.

6.2 Pengaruh Sebelum dan Sesudah Intervensi Model Peran Kader Posyandu

Hasil penelitian pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan sebelum dilakukan pelatihan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sedangkan pengetahuan setelah dilakukan intrevensi didapatkan bahwa ada perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Artinya rata-rata pengetahuan pada dua kelompok dalam penelitian ini sama sebelum dilakukan intervensi, sehingga dengan dilakukannya intervensi dengan melakukan pelatihan kepada kader Posyandu terlihat bahwa ada kenaikan pengetahuan dari kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Terjadinya peningkatan pengetahuan yang bermakna dari kelompok perlakuan memperlihatkan bahawa materi yang diberikan saat pelatihan diserap dengan baik oleh para peserta pelatihan dan bisa memahami esensi dari materi yang diberikan. Efek dari pemberian materi dalam pelatihan tersebut diharapkan mampu membekas dalam diri kader Posyandu sehingga mereka mampu melakukan edukasi dan motivasi serta mendampingi ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas terdekat.

Hasil penelitian ini juga terjadi peningkatan pengetahuan kepada kader Posyandu yang tidak terlalu tinggi peningkatannya, hal ini diakibatkan oleh tingkat pendidikan dan usia dari responden yang tergolong berpendidikan rendah dan berusia sudah relatif tua. Namun demikian dengan adanya pelatihan tersebut para responden mampu secara baik melakukan praktek dengan baik sebagai edukator dan *motivator* ibu hamil uagar mau melakukan pemeriksaan HIV yang di Puskesmas.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Brown JL, et al, (2019), penelitian tersebut ingin melihat hasil intervensi yang dilakukan kepada kelompok Laki Suka Laki (LSL), untuk mempromosikan kesehatan dan manajemen stres kepada kelompok pada LSL yang terinfeksi HIV. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa laki-laki dengan pengetahuan tentang HIV yang baik akan menggunakan kondom saat melakukan hubungan sex sesama lelaki yang terinfeksi HIV positif.

Penelitian tersebut menjelaskan bahwa intervensi dapat meningkatkan pengetahuan peserta tentang informasi risiko penularan HIV dan meningkatkan kepercayaan diri mereka untuk mengungkapkan status HIV mereka kepada mitra. Pengetahuan penularah HIV akan membantu mengatasi risiko penularan HIV diluar penggunaan kondom.

Demikian pula halnya dengan kader Posyandu yang diberi intervensi, jika materi yang diberikan kepada mereka dapat dipahami dengan baik maka sebagai kader yang baik, hal ini akan meningkatkan perannya sebagai kader dengan mendampingi ibu hamil yang ada disekitarnya untuk mau melakukan pemeriksaan HIV pada program PITC di Pusat Kesehatan Masyarakat terdekat.

Hasil penelitian *Self Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan *Self Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi terhadap kedua kelompok. Artinya tidak terjadi perubahan *Self Efficacy* dari kedua kelompok sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan. Hal ini terjadi oleh karena *Self Efficacy* dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol pada saat diukur sebelum dan sesudah intervensi sebagian besar sudah masuk kategori cukup sedangkan yang memiliki *Self Efficacy* kurang hanya sedikit saja.

Hal ini akan berdampak positif karena dengan tingginya *Self Efficacy* dari kader maka akan meningkatkan peran dari kader tersebut. Dalam penelitian ini tidak terlalu susah untuk merubah *Self Efficacy* dari kader Posyandu karena dari awal *Self Efficacy* dari kader sudah cukup baik.

Sejalan dengan hasil penelitian Oakley AR, et al, (2017), bahwa *Self Efficacy* dapat meningkat dengan melakukan pelatihan kepada remaja berusia 11-14 tahun. Dikatakan pula dalam penelitian ini bahwa pendidikan sebaya terbukti sebanding dengan pendidikan orang dewasa. Yang terpenting dalam penelitian ini adalah butuh waktu lebih dari tiga jam untuk meningkatkan kemampuan teknis dari pendidikan sebaya. Artinya dengan memberikan bekal kepada kader Posyandu berupa pelatihan maka secara tidak langsung, akan dapat meningkatkan *Self Efficacy* dari kader Posyandu tersebut.

Hasil penelitian sikap sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan bahwa tidak ada beda antara sikap sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Widagdo L., (2009), yang menyatakan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangannya sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Andira RA., (2012), menunjukkan bahwa kader yang memiliki sikap positif lebih baik kinerjanya dibandingkan dengan kader yang memiliki sikap negatif. Berdasarkan dari uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* terdapat hubungan antara sikap kader dengan kinerja kader.

Penjelasan tersebut memperkuat penelitian ini bahwa sikap kader Posyandu dapat mempengaruhi peran kader dalam melakukan pendampingan terhadap ibu hamil, pengetahuan yang baik akan berdampak kepada sikap yang positif dari kader Posyandu untuk menjalankan perannya sebagai Edukator, *Motivator*, dan pendamping sehingga tercapai tujuan peningkatan derajat kesehatan ibu hamil di Kota Samarinda.

6.3 Evaluasi Hasil Intervensi Peran Kader Posyandu

Hasil Intervensi yang dilakukan oleh kader Posyandu kepada ibu hamil yang berada diwilayah kerjanya, memperlihatkan bahwa kader yang telah mendapatkan pelatihan menjalankan perannya sebagai edukator, *motivator* dan pendamping ibu hamil dalam memanfaatkan layanan PITC yang ada di Puskesmas. Hal ini terbukti dengan adanya ibu hamil yang melakukan pemeriksaan PITC di Puskesmas terdekat.

Pengakuan ibu hamil akan kehadiran kader Posyandu dalam melakukan edukator sangat membantu merubah sudut pandang ibu hamil akan pentingnya melakukan pemeriksaan PITC tersebut. Mereka yang awalnya tidak mengetahui akan pentingnya pemeriksaan tersebut merasa bahwa ada sesuatu keuntungan yang didapatkan jika dirinya melakukan pemeriksaan PITC. Melakukan pemeriksaan diawal kehamilan maka ibu tersebut akan lebih dini mengetahui status kesehatan dirinya dan janin yang dikandungnya. Sehingga jika dirinya benar terinfeksi virus HIV maka akan lebih mudah untuk melakukan pencegahan kepada janin yang dikandungnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Horwood C. et al. (2010) menyatakan bahwa 60,8% ibu hamil baru melakukan pemeriksaan ANC pada trimester ketiga kehamilan. Dan dari 312 ibu yang melakukan pemeriksaan tersebut positif HIV. Hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa keterlambatan pemeriksaan akan berdampak kepada penatalaksanaan kasus HIV pada janin yang dikandungnya. Begitu pentingnya edukasi yang diberikan kepada ibu hamil berdampak kepada risiko yang harus diterima ibu tersebut. Semakin baik pengetahuan ibu maka semakin baik juga keputusan yang diambil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan.

Selain diberi edukasi ibu hamil juga sebaiknya diberi motivasi agar segera mengambil keputusan untuk melakukan pemeriksaan PITC. berdasarkan hasil penelitian ada beberapa ibu yang butuh diberikan dorongan sampai mendapatkan 3 kali kunjungan oleh kader. Hal ini memperlihatkan bahwa seorang ibu hamil dalam mengambil keputusan, butuh dorongan dari luar dirinya baik dari keluarga maupun dari suami atau dari petugas kesehatan. Terkadang seorang suaminya karena kesibukannya dengan pekerjaannya malah mengabaikan mengantar istri melakukan pemeriksaan kehamilan. Brown, W. et al., 2016. Menyatakan bahwa lebih dari 70% motivasi berasal dari keluarga dekat untuk melakukan pemeriksaan HIV pada ibu hamil sedangkan 58,9 % yang berasal dari rekan lainnya termasuk petugas kesehatan.

Penelitian tersebut memperlihatkan bahwa motivasi terbesar ada pada keluarga dekat. Selain motivasi dari lingkungan keluarga tersebut ada pengaruh besar dari orang lain yang berpotensi memberikan dorongan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dimasa kehamilan. Hal ini yang harus ditangkap oleh seorang kader agar mampu meyakinkan ibu hamil agar mau melakukan pemeriksaan.

Intervensi yang dilakukan kader kepada ibu hamil juga berupa pendampingan kepada ibu hamil. Setelah dilakukan pelatihan kepada kader diharapkan kader mampu melakukan deteksi ibu hamil yang belum melakukan pemeriksaan kehamilan. Semakin cepat pendampingan dilakukan kepada ibu hamil maka berdampak lebih baik terhadap kesehatan ibu dan janin yang dikandung. Pendampingan yang dilakukan kader kepada ibu hamil secara garis besar dapat dikatakan berhasil karena seluruh ibu hamil yang dilakukan pendampingan mau memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas.

6.4 Rekomendasi Penerapan Model Peran Kader Posyandu

Berdasarkan hasil penyusunan rekomendasi didapatkan hasil bahwa pendampingan yang dilakukan oleh kader Posyandu kepada ibu hamil dianggap penting untuk dilaksanakan. Hal ini dilakukan untuk meminimalisir penularan HIV dari ibu kepada janin yang dikandungnya. Semakin cepat seseorang terdeteksi HIV maka semakin mudah untuk melakukan tindakan *preventif* terhadap dirinya dan janin yang dikandungnya.

Merujuk dari rekomendasi yang dihasilkan tersebut, maka dianggap perlu mempersiapkan sumber daya kader yang handal dalam menjalankan tugas dan fungsi serta perannya. Peran yang dimaksud yaitu peran kader Posyandu dalam melakukan edukator, *motivator* dan pendampingan kepada ibu hamil, agar mau melakukan pemeriksaan PITC di fasilitas kesehatan sesuai dengan standar yang ada. Juga dianggap perlu untuk melakukan standarisasi peran kader kepada seluruh kader Posyandu yang ada di kota Samarinda, dengan melakukan beberapa pelatihan secara bertahap kepada seluruh kader.

6.5 Temuan Baru (Novelty)

Temuan baru dalam penelitian ini yaitu adanya peran kader Posyandu (Edukator, *Motivator*, dan Pendamping) yang dilakukan kader Posyandu kepada ibu hamil untuk memanfaatkan layanan PITC di Puskesmas. Keterlibatan kader Posyandu dalam program

PITC pada ibu hamil masih belum pernah dilakukan sehingga ini menjadi temuan baru dalam penelitian ini.

Model peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil dapat dilihat pada gambar bagan 6.1. Berdasarkan bagan tersebut didapatkan model peran kader Posyandu yang terdiri dari faktor *predisposing* yang indikatornya yaitu *Self Efficacy*, pengetahuan dan sikap, serta faktor *enabling* yang indikatornya ketersediaan fasilitas.

6.7 Kontribusi Penelitian

6.7.1 Kontribusi Teoritis

Secara teoritis penelitian ini menyumbangkan kajian terhadap bagian dari teori *Precede Procede* yaitu pada fase ketiga *educational and ecological assessment (Precede)* terdapat tiga variabel yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling*. Namun dalam penelitian ini faktor yang berpengaruh terhadap perilaku yaitu faktor *predisposing* dan *enabling* disertai dengan adanya pelatihan tentang edukator, *motivator*, dan pendamping yang mempengaruhi perilaku ibu hamil dalam memanfaatkan layanan PITC. Faktor *predisposing* terdiri dari :

1. *Self Efficacy* yaitu keyakinan kader untuk berperan sebagai edukator motivator dan pendamping.
2. Pengetahuan yaitu pengetahuan kader tentang cara penularan dan cara pencegahan penyakit HIV pada ibu hamil.
3. Sikap yaitu dukungan yang diberikan kader kepada ibu hamil agar mau memanfaatkan layanan PITC.

Berikutnya adalah faktor *enabling* yang berpengaruh terhadap peran kader yaitu ketersediaan fasilitas di Posyandu khususnya media bantu untuk menunjang kader mengadakan penyuluhan tentang pelayanan PITC.

6.7.2 Kontribusi Praktis

Bagi masyarakat: bahwa partisipasi dari kader Posyandu sangat berperan dan dibutuhkan untuk meningkatkan cakupan pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil khususnya pada *predisposing factors* meliputi *Self Efficacy*, pengetahuan dan sikap kader Posyandu.

Bagi tenaga kesehatan model pelatihan dengan modul hasil temuan penelitian bisa dijadikan acuan dalam upaya pendidikan dan promosi kesehatan pada ibu hamil. Sehingga penemuan dini kasus HIV pada ibu hamil akan dapat dilakukan, sebagai pencegahan penularan HIV dari ibu kepada janin yang dikandungnya.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilakukan mempunyai keterbatasan yaitu: Jumlah ibu hamil yang terbatas sehingga tidak semua kader menemukan ibu hamil di wilayah kerja Posyandu. Sehingga tidak semua kader dapat melakukan intervensi kepada ibu hamil.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Simpulan

1. Ada pengaruh faktor *Predisposing* yaitu *Self Efficacy*, pengetahuan dan sikap terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
2. Tidak ada pengaruh faktor *Reinforcing* yaitu masa bakti dan dukungan nakes terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
3. Ada pengaruh faktor *Enabling* yaitu ketersediaan fasilitas terhadap peran kader Posyandu dalam upaya pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil di Kota Samarinda.
4. Ada pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan kader Posyandu sebagai edukator, *motivator*, dan pendamping pada ibu hamil dalam pemanfaatan layanan PITC di Kota Samarinda
5. Terjadi peningkatan pemanfaatan layanan PITC pada ibu hamil yang melakukan tes HIV pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian maka saran yang dapat diberikan kepada petugas kesehatan dan peneliti selanjutnya yaitu:

1. Bagi petugas kesehatan
 - 1) Perlu dilakukan peningkatan pengetahuan dari kader Posyandu Kota Samarinda karena masih rendahnya pengetahuan kader tentang penularan HIV dari ibu kepada anak. Serta peningkatan kapasitas dari kader Posyandu tentang perannya dalam program PITC di Kota Samarinda.
 - 2) Dibutuhkan *Self Efficacy* yang tinggi dari kader posyandu agar sosialisasi tentang pentingnya melakukan Tes HIV pada ibu hamil akan terus dilakukan oleh kader Posyandu dan didampingi oleh petugas kesehatan yang ada di wilayah tersebut.
 - 3) Peran serta kader Posyandu harus tetap ditingkatkan dan mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam melakukan sosialisasi program PITC HIV pada ibu hamil di Kota Samarinda.
 - 4) Melibatkan kader Posyandu sebagai pendamping ibu hamil dalam program PITC untuk meningkatkan cakupan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV di Puskesmas sehingga mampu meminimalisir terjadinya penularan kasus HIV pada janin yang dikandung oleh ibu hamil.
 - 5) Menggunakan modul pelatihan yang telah dihasilkan pada penelitian ini sebagai bahan bacaan dan pedoman bagi kader Posyandu dalam saat dilakukan pelatihan terhadap kader lainnya sehingga cakupan ibu hamil yang melakukan tes HIV di Puskesmas seluruh Kota Samarinda terus meningkat.
2. Bagi peneliti selanjutnya
Penilaian peran kader Posyandu dalam melakukan pendampingan dibutuhkan waktu yang lebih lama. Melakukan penilaian terhadap variabel lainnya yang dapat mempengaruhi peran kader Posyandu termasuk stigma yang ada di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abigail C. Halperin MD, MPH & Nancy A. Rigotti MD (2003) US Public Universities' Compliance With Recommended Tobacco-Control Policies, *Journal of American College Health*, 51:5, 181-188.
- Adisasmito W., 2008. Case Study: Analisis Kebijakan Kesehatan *Kemiskinan, MDGs dan kebijakan kesehatan Nasional*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
- Andina RA., Badulla Az., Sidik Dian 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Kader Dalam Kegiatan Posyandu di Kecamatan Bonto bahari Kabupaten Bulukumba tahun 2012. Ringkasan Penelitian http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handel/123456789/4300/ratihayuandika_K11109280.Pdf. Akses 25 September 2019.
- Anderson R. A., 1968. *Behavior model for families use of health services*, research series. Chicago: University Chicago.
- Arwina BN. 2011. Hubungan Motivasi Intrinsik Dan Ekstrinsik Dengan Kinerja Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Amplas Tahun 2011. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Univeritas Sumater Utara*. <http://repository.usu.ac.id> Diakses 25 september 2019.
- Awaliah SM., Rachmawati IN., Rahma Hayuni, 2017. Breastfeeding Self Efficacy as a Dominant Factor Affecting Maternal Breastfeeding Statisfaction. *BMC Nursing* 2019 August 16:18(suppl 1):30. Doi: 10.1186/5 12912-019-0359-6.
- Bajunirwe, F. dan Muzoora, M. 2005, Barriers to the Implementation of Programs for the Prevention of Mother-to-Child Ttransmission of HIV: a Crosssectional Survey in Rural and Urban Uganda, (*AIDS Research and Therapy* 2005.
- Bandura A., 1994. Self Efficacy Encyclopedia of Human Behavior. 4 (1994) ; 71-81 doi : 10.1002/9780470479216-corpsyo 836.
- Bandura A., Locke EA., 2003. Negative Self Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*. 88 (1) : 87-99 Doi : 1037 / 0021-9010.88.1-87.
- Brown, W., Carballo-Diéguez, A., John, R. M. and Schnall, R. (2016) 'Information, Motivation, and Behavioral Skills of High-Risk Young Adults to Use the HIV Self-Test', *AIDS and Behavior*, 20(9), pp. 2000–2009. doi: 10.1007/s10461-016-1309-x
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (Vouluntary Counseling and Testing)* Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI, 2006a. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta, Pokjanal Posyandu.
- Depkes RI, 2006b. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kaltim, 2013. Laporan Bulanan Konseling dan Testing Sukarela (KTS/VCT).
- Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2017. Laporan Bulanan Konseling dan Testing Sukarela (KTS/VCT).
- Dinkes Jateng, 2005. Evaluasi Program Posyandu 2005 dan Rencana 2006. Semarang, 2005.
- Dikson Andy P. Tse, Agung Suprojo, Ignatius Adiwidjaja, 2017. Peran Kader Posyandu Terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat. *JISIP: Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik* ISSN. 2442-6962 Vol. 6 No. 1 (2017).
- Djafar, M. 2014. "Dampak Pengetahuan dan Sikap Terhadap Tindakan Kader Posyandu Tentang Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Di Pondok Betung Pondok Aren". *Jurnal Ilmiah WIDYA* Volume 2 Nomor 2 Mei-Juli 2014
- Eisenberger R., Stinglhemmer F.,Vandenberhe C., Sucharski I., Rhoades L.,2002. Percieved Supervisor Support: Contributions to Percieved Organizational support and employee retention. *Journal of Aplied Psychology* : 87.565-573.
- Fernandez, M.I., Wilson, T.E., Ethier, K.A., Walter, E.B., Gay, C.L., Moore, J. 2000. Acceptance of HIV Testing During Prenatal Care", (*Public Health Reports* September-October 2000, 460 Volume 115)
- Gibson, J.L., Ivanicevich, J.M. & Donnelly Jr. J.H, (2006). *Organisasi Dan Manajemen, Perilaku, Struktur Dan Proses*. Jakarta: Erlangga.

- Green, Lawrence W., Kreuter, Marshall W. 2005. *Health Program Planning An Educational And Ecological Approach*. 4th edition. New York : McGraw- Hill.
- Hardiyanti,Putri, 2017. Peran Kader Terhadap Peningkatan Gizi Balita Di Desa Banyuraden Sleman Yogyakarta. Naskah publikas Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Horwood, C., Haskins, L., Vermaak, K., Phakathi, S., Subbaye, R. and Doherty, T. (2010) 'Prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) programme in KwaZulu-Natal, South Africa: An evaluation of PMTCT implementation and integration into routine maternal, child and women's health services', *Tropical Medicine and International Health*, 15(9), pp. 992–999. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02576.x.
- Ivanova O.,Wambua S., Mwaisaka J. Bossier T., Thiongo M., Michielsens K.,Gichangi P. 2019. Evaluation of The Elimika Pilot Project : Improving ART Adherence Among Positive Youth Using an Health Intervention In Mombasa, Kenya. AFRJ. Reprod Health 2019. Mar : 23 (1) : 100-110 doi : 10.29063 / ajrh 2019/v 2311. 10.
- Jenifeer C. Brown, Peter A., Vanable Rebeca A., Bostwick, Michael P.Carey. 2019. A Pilot Intervention Trial to Promote Sexual Health And Stress Management Among HIV Infection Men Who Have Sex With Men. AIDS Behavior 2019 Jan:23(1) 48-59 doi:10.1007/5 10461-018 2234-4. Springer Science.
- Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanat, 2009. Health behavior and Health Education, Theory Research and Practice 4th Edition. Josey - Bass A. Wiley Imprint.
- Kawichai, S., Celentano, D.D., Chariyalertask, S., Visturtartna, S., Short, O., Ruangyuttikarn, C., Chariyalertask, C., Genberg, B., Beyrer, C. 2007. Community-based Voluntary Counseling and Testing Services in Rural Communities of Chiang Mai Province, Northern Thailand, (*AIDS Behav* DOI
- Kaveh MH., Rokhbin M., Mani Arsh, Maghsoudi Ahmad 2017.The role of Health Volunteers in Training Women Regarding Coping Strategies Using Self Efficacy Theory : Bariers and chalanges Faced by Healrh Volunteers in empowerment of women.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Tes dan Konseling HIV Terintegrasi di Sarana Kesehatan/PITC Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI., 2011. Pedoman Pencegahan HIV dari Ibu ke Anak, Jakarta. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Laporan Pemodelan Matematika Epidemi HIV di Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Data HIV/AIDS Indonesia*. Ditjen P2PL Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. *Pedoman Nasional Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)* Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2012. Pedoman Penghapusan Stigma Dan Diskriminasi Bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan Dan Kader, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Manajemen Pencegahan dan Penularan HIV Dan Sifilis Dari Ibu Ke Anak. Jakarta, Kementerian Kesehatan RI, 2015 ISBN 978-602-235-869-5.
- Kidia, K., Kranzer K., Dauya E., Mungofa S., Hatzold K., Busza J., Ncube G., Bandason T., Ferrand R., 2014. Provider-initiated HIV testing & counseling (PITC) in children: Tacking the P of PITC. *International Journal of Infectious Diseases*, 21, p.134.
- Kwuofie, 2008. "Acceptance of HIV Counselling and Testing Among Pregnant Women in the Kumasi Metropolis" (*tesis*). Kumasi : Kwame Nkrumah University Of Science And Technology.
- Ladifire, 2009. Hubungan karakteristik ibu, jarak ke pelayanan kesehatan dan pengeluaran keluarga dengan status imunisasi dasar lengkap pada balita di Kabupaten Tangerang tahun 2006. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia; 2009.
- Laksmono Widagdo, Besar Tirto Husodo 2009. Pemanfaatan Buku KIA Oleh Kader Posyandu: Studi Pada Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungadem Kabupaten Bojonegoro Makara, Kesehatan, VOL. 13, NO. 1, JUNI 2009: 39-47 3939.

- Lamarque, K.J, 2013. "HIV Testing of Pregnant Women in the Fort Dauphin Region of Madagascar" (tesis). Madagascar : Stellenbosch University.
- Lamesshow S, David W.H.Jr, 1997. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (terjemahan), Gadjahmada University Press, Yogyakarta.
- Legi, N. N. (2015) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru', *Gizido*, 7(2), pp. 429–436. Available at: download.portalgaruda.org.
- Malaju, M.T. dan Alene, G.D. 2012. Assessment of utilization of providerinitiated HIV testing and counseling as an intervention for prevention of mother to child transmission of HIV and associated factors among pregnant women in Gondar town, North West Ethiopia, (*BMC Public Health*. 2012;)
- Manish Jain, Gunjan Taneja,Ruhul Amin,Robert Steinglass,Michael Favin 2014. *Enganging Communities With Asimple Tool To help Increase ImmunizationCoverage*,
- Moges, Z. dan Ambarbir, A. 2011. Factors Associated with Readiness to VCT Service Utilization among Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Northwestern Ethiopia : A Health Belief model Approac, (*Ethiopian Jurnal Of Health Scinences*, 21 (Supp1 1), pp.107-15)
- Mukrimah & Hamsinah, 2014. Faktor-faktor Pendorong Kinerja Kader Dalam Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Camba Kabupaten Maros, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* Volume 5 No 3 tahun 2014, diakses September 2019.
- Nainggolan Olwin, Hapsari Dwi, Idrawati Lely, 2016. Pengaruh Akses Ke Fasilitas Kesehatan Terhadap Kelengkapan Imunisasi Baduta (Analisis Data Riskesdas 2013) *Media litbangkes* Vol. 26 No.1 Maret 2016 15-28.
- Nevi Hasriati Nizami, 2011. Performance Accomplishment's M volunteer motivation at Integretide Health Service Activities. *Jurnal Ilmu keperawatan* ISSN : 2338-6371.
- Notoatmojo S, 2005 Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi. Jakarta, Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, 2014. Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan edisi 4. Jakarta, Rineka Cipta.
- Oakley AR., Nelson SA., Nickols Ricardson SM., 2017. Pearled culinary skills intervention for aduescents: Pilots study of the impact on knowlage, attitude, and *Self Efficacy*. *Journal of nutrition Education and behavior*. Vol.49 No.10 2017 nov-des 852-857 doi:10.1016/j.jneb.2017.07.006.epub.2017 sep 19.
- Oduetse Ok.,Nkomo B., Majingo N., Mashalla Y., Seloilwe E., 2019. Perception and Attitude Toward Acceptibility of HIV Self Testing Among Female Sex Workers In Selibe Phikwe, Botswana. *African Journal of AIDS Reaserch* 2019 : 1-6 August 30. Doi: 10.2989/16085906.2019.1638427.
- Onthonie Hastaty, Yudi Ismanto, Franly Onibala, 2015. Hubungan Peran Serta Kader Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Manganitu Kabupaten Kepulauan Sangihe. *eJournal Keperawatan (e-Kp)* Volume 3 Nomor 2 Mei 2015. Universitas Samratulangi.
- Paoli, De M.M., Manongi, R., Klepp, K.I. 2004. Factors influencing acceptability of Voluntary Counselling and HIV-testing Among Pregnant Women in Northern Tanzania (*AIDS CARE* (May 2004), Vol. 16, No. 4,)
- Puspasari Adliana 2002. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Kader Posyandu di Kota Sabang Porvinsi NAD. Skripsi Fakultas Pertanian Instiut Pertanian Bogor.
- Pratiwi Niniek L., Seno Pradopo, 2006. Pengaruh *Self Afficacy* Terhadap Peningkatan Kemampuan Afektif Kader Kesehatan Dan Dampak Pada Prilaku Sehat Gigi Melalui Model Deteksi OHI-S, DMFT Index. *Buletin Penelitian Kesehatan* Vol. 9 No 1 Terbit Januari 2006, hal. 51- 60.
- Profita AC., 2018. Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Posyandu Di Desa Pengadegan Kabupaten Banyumas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* Volume 6 No 2 July-December 2018 Published by Universitas Airlangga doi: 10.20473/jaki.v6i2.2018.68-74
- Purwodarminto, WJS. 1976. Kamus Umum Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka, 1976.

- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H., 1988. *Sosial Learning theory and health Belief Model*. Health Education Quarterly, Vol 15
- Sarafino, E.P. 2006. *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions*. Fifth Edition. USA : John Wiley & Sons.
- Sastroasmoro S., 2011.: *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Scuhltz D., Schultz ES., 2005. *Theories of Personality* (8th Edition)
- Sistiarani, C., Nurhayati, S. and -, Suratman. 2013 'Peran Kader Dalam Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), pp. 99–105. doi: ISSN 1858-1196.
- Sitepu, M. 2012. "Pengaruh Pengetahuan Persepsi Dan Motivasi PSK Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Klinik IMS/HIV-AIDS Di Puskesmas Bandar Baru"(tesis). Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Soekanto, Soerjono. 2002. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali.
- Sunaryo 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan Hal : 25-26* Jakarta. EGC.
- Supriyanto S., A.J. Djohan. 2011. *Metodologi Riset Bisnis Dan Kesehatan*. PT. Grafika Wangi kalimantan, Banjar Baru. Cetakan Pertama.
- Thierman, S., Chi, B.H., Levy, J.W., Srinkala, M., Goldenberg, R.L., Stinger, J. 2006. Individual-Level Predictors for HIV Testing Among Antenatal Attendees in Lusaka, Zambia, (*American Journal of the Medical Sciences Volume 332 issue 1*),
- Thior, I., Lesago, G., Grimes, J., Shaporo, R., Lockman, S., Kim, S., Kabaabetswe, P., Garmey, E., Montono, M., Peter, T., Chang, S.Y., Marlink, R., Essex, M. 2006. Voluntary counseling and testing among post-partum women in Botswana, (*National Institutes Of Health Patient Educ Couns*).
- Titi L., Zahro S., Antono S. 2012. Perilaku ibu hamil untuk tes HIV di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol. 7/ No. 2/Agustus 2012.
- Triaryati, 2003. Pengaruh Adaptasi Kebijakan Mengenai Work Family Issue Terhadap Absen Dan Turn Over. *Jurnal manajemen dan Kewirausahaan*. Vol.5 No.1 2003. E.ISSN: 2338-8234.
- UNAIDS 2010. *Getting to Zero 2011-2015 Strategy* Available at : <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublicati>
- UNAIDS 2012. *Guidance on Provider-initiated HIV Testing and Counselling in Facilities*. Available at : <http://www.unaids.org>
- UNAIDS 2012. *UNAIDS World AIDS Day Report*. (online). Available at : <http://www.unaids.org>.
- Veloza, V.G., Portela, M.C., Vasconceios, M.T.L., Matzenbacher, L.A., de Vasconcelos, A.L.R., Grinsztejn, B., Bastos, F. 2008. HIV Testing Among Pregnant Women in Brazil: Rates and Predictors *Rev Saúde Pública* 2008;
- Wardhani DL., 2017. Ringkasan Disertasi. Model Peningkatan Rujukan Ibu Hamil Tes HIV Oleh Kader Ke Klinik VCT Puskesmas Melalui Metode Support, Appreciated, Learn, And Transfer (SALT).
- Wexley, K.N, & Yulk, G.A., 1998. *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personal* . Jakarta: Bina Aksara,.
- Worku, G. 2005. "Factors Determining Acceptance of Vouluntary HIV Testing Among Pregnant Women Attending Antenatal Clinic at Armed Force Hospitals in Addis Ababa (tesis). Addis Ababa.
- WHO-WPRO. 2006. *The Integration of Harm Reduction into Abstinence-Based Therapeutic Communities: World Health Organization Western Pacific Regional Office*.
- WHO, 2007. *Guidance On Provider-Initiated HIV Testing and Counseling In Health Facilities*. <http://aidsina.org/modules.php?name=BookCatalog&op=showbook&bid=40>.

CURICULUM VITAE

Nama : Irfansyah Baharuddin Pakki
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Tempat / Tanggal Lahir : Ujung Pandang / 19 Januari 1984
 Alamat Rumah : Jl Damanhuri Perum Bukit Temindung Indah Blok AF-7 Samarinda.
 No. Telpn : 085252400910
 Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Mulawarman
 Jabatan Akademik : Lektor
 Bidang Ahli : Kesehatan Masyarakat
 Alamat Kantor : Jl. Sambaliung Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Mulawarman.
 Alamat e-mail : irfanchango@gmail.com
 irfansyah@fkm.unmul.ac.id

A. Riwayat Pendidikan

No.	Jenjang Pendidikan	Nama Perguruan Tinggi	Bidang Ilmu / Peminatan	Tahun Masuk-Lulus
1.	S1	Universitas Muslim Indonesia	Kesehatan Masyarakat	2001-2005
2.	S2	Universitas Airlangga	Kesehatan Masyarakat / Epidemiologi	2006-2008
3.	S3	Universitas Airlangga	S3 Kesehatan Masyarakat	2015-2020

B. Riwayat Pekerjaan

No.	Riwayat Pekerjaan /Jabatan	Tahun
1.	Asisten Dosen FKM UMI	2005 - 2006
2.	Dosen FKM Universitas Muslim Indonesia	2008 - 2009
3.	Dosen FKM Universitas Mulawarman	2009 - Sekarang

C. Riwayat Organisasi

No.	Riwayat Organisasi	Tahun
1.	Pengurus Daerah IAKMI Kalimantan Timur	2011 – 2015
2.	Pengurus Daerah PERSAKMI Kalimantan Timur	2015 - Sekarang

D. Publikasi Ilmiah : Jurnal dan Proceeding (5 Tahun Terakhir)

No.	Judul Artikel Publikasi	Jurnal / Proceeding	Tahun
1.	The Influence of PosyanduCadres' Training toward the Predisposing Factors of Provider Initiated Testing and Counseling (PITC) of HIV Services for the Pregnant Women and Its Utilization on Samarinda Municipality, Indonesia	Indian Journal of Public Health Research & Development Volume 11, No3, March 2020 issue	LOA Desember 2019 / Terbit Maret 2020

2.	Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Dukungan Suami Terhadap Kepatuhan Pemeriksaan <i>Antenatal Care (Anc)</i> Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Loa Kulu Kabupaten Kutai Karta Negara	CHMK HEALTH JOURNAL VOLUME 2, NOMOR 2 APRIL 2018	2018
3.	Correlation of building physical condition, occupant density, knowledge and smooking habit with the incidence of positive BTA Tuberculosis at Loa Janan Ulu Village Kutai Kartanegara Regency	THE 2nd International Conference On Environmental Risks And Public Health (Icer-Ph 2015) Department Of Environmental Health Faculty Of Public Health, Hasanuddin University	2015



SALINAN

**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
NOMOR 92/UN3.1.10/2020**

TENTANG

**PENGANGKATAN PENYANGGAH UJIAN DOKTOR TERBUKA
PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
ATAS NAMA NUNIK PUSPITASARI, S.KM., M.Kes.**

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT,

- Menimbang : a. bahwa Ujian Disertasi Tahap I Program Doktor telah dilaksanakan, selanjutnya mahasiswa yang dinyatakan lulus dari Ujian Tahap I tersebut berhak mengikuti Ujian Tahap II yang disebut Ujian Doktor Terbuka;
- b. bahwa Daftar Nama Penyanggah Ujian Doktor Terbuka yang tersebut di bawah ini telah dinyatakan memenuhi syarat dan bersedia untuk diangkat sebagai Penyanggah Ujian Doktor atas nama Nunik Puspitasari, S.KM., M.Kes.;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Dekan tentang Pengangkatan Penyanggah Ujian Doktor Terbuka Program Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Nunik Puspitasari, S.KM., M.Kes.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 57 Tahun 1954 tentang Penetapan Universitas Airlangga di Surabaya sebagaimana telah di ubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 3 tahun 1955 tentang Pengubahan Peraturan Pemerintah Nomor 57 Tahun 1954 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 695 juncto Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 4 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 748);
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);

5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Statuta Universitas Airlangga. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5535);
6. Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 0372/O/1993 dan Ralatnya Nomor 70539/A6.1/U/1993, tentang Pembukaan Fakultas Kesehatan Masyarakat serta Fakultas Psikologi pada Universitas Airlangga, Jo. Keputusan Mendikbud Republik Indonesia Nomor 0192/O/1995, sebagaimana telah diubah/ditambah dengan Keputusan Mendikbud Republik Indonesia Nomor 0276/O/1996 tentang organisasi dan tata kerja Universitas Airlangga;
7. Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 212/U/1999 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Doktor;
8. Keputusan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 593/Dikti/Kep/1993 tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Program Studi Magister dan Doktor di Universitas Airlangga;
9. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 13/H3/PR/2011 tentang Pengelolaan Pendidikan Program Magister dan Program Doktor;
10. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 38 Tahun 2017 tentang Peraturan Pendidikan Universitas Airlangga sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 01 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Rektor Nomor 38 Tahun 2017 Tentang Peraturan Pendidikan Universitas Airlangga;
11. Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 27 Tahun 2018 tentang Pedoman Pendidikan Universitas Airlangga sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Rektor Universitas Airlangga Nomor 51 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Rektor Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pendidikan Universitas Airlangga;
12. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 4311/J03/OT/2008 tentang Pembukaan Program Studi di Lingkungan Universitas Airlangga;
13. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 1947/H3/KR/2011 tentang Penetapan Ruang Lingkup Program Studi dalam Kategori Monodisiplin, Interdisiplin, dan Multidisiplin untuk Pengelolaan Program Magister dan Program Doktor;
14. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 1732/UN3/2015, tentang Pengangkatan Dekan dan Direktur Sekolah Pascasarjana periode 2015 – 2020;
15. Keputusan Rektor Universitas Airlangga Nomor 898/UN3/2018, tentang Penataan Penamaan Program Studi Di Lingkungan Universitas Airlangga.

MEMUTUSKAN : ...

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DEKAN TENTANG PENGANGKATAN PENYANGGAH UJIAN DOKTOR TERBUKA PROGRAM DOKTOR PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA ATAS NAMA NUNIK PUSPITASARI, S.KM., M.Kes.**
- KESATU : Mengangkat Penyanggah Ujian Doktor Terbuka pada Program Pendidikan Doktor Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Nunik Puspitasari, S.KM., M.Kes. sebagai berikut :**
- Pimpinan Sidang :**
Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S.
- Anggota :**
1. Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH.
 2. Dr. Arief Wibowo, dr., M.S.
 3. Prof. Dr. Subagyo Adam, M.S.
 4. Dr. Linda Augustien Makalew, Dra., M.Kes.
 5. Dr. Soenarnatalina M., Ir., M.Kes.
 6. Prof. Dr. Sri Sumarmi, S.KM., M.Si.
 7. Prof. Dr. Ristya Widi Endah Yuni, drg., M.Kes.
 8. Oedojo Soedirham, dr., M.PH., M.A., Ph.D.
- KEDUA : Penyanggah dalam melaksanakan tugasnya berpedoman pada peraturan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku serta mempertanggungjawabkan tugasnya kepada Dekan.**
- KETIGA : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan.**

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 30 Juli 2020
DEKAN,

t.t.d.

TRI MARTIANA
NIP 195603031987012001

Salinan disampaikan Yth.

1. Wakil Dekan di lingkungan FKM UNAIR
2. KPS Kesmas, Program Doktor FKM UNAIR
3. Yang bersangkutan

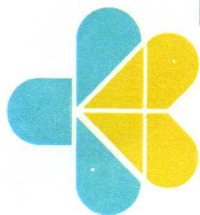
Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Sub Bagian Akademik,



Sumadi, S.Sos.

NIP 197208042001121002



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MANADO

Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telepon (0431) 833773, 833774

Surat Elektronik direktorat@poltekkes-manado.ac.id

Laman www.poltekkes-manado.ac.id



SURAT TUGAS

NOMOR : PP.07.01/2/ 2014 /2020

Sehubungan dengan surat dari Universitas Airlangga Fakultas Kesehatan Masyarakat nomor 3209/UN3.1.10/TU/2020, dengan ini kami menugaskan kepada:

Nama : Dr. Dra. LINDA AUGUSTIEN MAKALEW, M.Kes.
NIP : 196708101993102001
Pangkat/Gol. : Pembina - IV/a
Jabatan : Lektor

- Untuk :
1. sebagai Penyanggah Ujian Doktor Terbuka Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga an. Promovendus Nunik Puspitasari, S.KM, M.Kes tanggal 30 Juli 2020.
 2. Melakukan Rekam Absen Datang dan Pulang
 3. Melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab

Agar yang bersangkutan melaksanakan tugas dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Manado, 30 Juli 2020

Direktur Poltekkes Kemenkes Manado

Dra. ELISABETH NATALIA BARUNG, M.Kes, Apt
NIP 196712251996032001



[SISPEK]



JURUSAN KEPERAWATAN

Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315
Email : keperawatan@poltekkesmanado.ac.id &
jurkep.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN KEBIDANAN

Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315
Email : kebidanan@poltekkesmanado.ac.id &
jurkeb.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN KESEHATAN GIGI

Jl. R.W. Monginsidi Malalayang II Manado 95263 Telp. (0431) 838315

JURUSAN GIZI

Jl. Parigi Tujuh No. 22 Malalayang I
Manado
Telp. (0431) 865370- 865214
Email : gizi@poltekkesmanado.ac.id &
gizi.poltekkesmanado@gmail.com

JURUSAN FARMASI

Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil
Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : farmasi@poltekkesmanado.ac.id

JURUSAN KESEHATAN LINGKUNGAN

Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : kesling@poltekkesmanado.ac.id &
jurkesling.poltekkesmdo@gmail.com

JURUSAN TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIS

Jl. Manguni 20 Kel. Malendeng Perkamil Manado 95128
Telp. (0431) 837626
Email : analises@poltekkesmanado.ac.id



BLU PROMiSe
Profesional, Melayani, Bersinergi



Nomor : 3209/UN3.1.10/TU/2020
Hal : Undangan Penyanggah Ujian Doktor Terbuka
an. Nunik Puspitasari, S.KM., M.Kes.

14 Juli 2020

Yth.

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S. (Ketua Sidang)
 2. Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH. (Promotor)
 3. Dr. Arief Wibowo, dr., M.S. (Ko-Promotor I)
 4. Prof. Dr. Subagyo Adam, Drs., M.S. (Ko-Promotor II)
 5. Dr. Linda Augustien Makalew, Dra., M.Kes
 6. Dr. Soenarnatalina Melaniani, Ir. M.Kes
 7. Prof. Dr. Sri Sumarmi, S.KM., M.Si
 8. Prof. Dr. Ristya Widi Endah Yani, drg., M.Kes.
 9. Oedojo Soedirham, dr., M.PH., MA., Ph.D. (Ketua Ujian Disertasi Tertutup)
- di tempat

Dengan ini kami mohon kehadiran Saudara sebagai **Undangan Penyanggah** Ujian Doktor Terbuka Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Promovendus **Nunik Puspitasari, S.KM., M.Kes.** (NIM. 101317087304) yang akan diselenggarakan pada:

Hari / Tanggal : Kamis, 30 Juli 2020
Pukul : 10.00 – 12.00 WIB
Media : Zoom Meeting
<https://zoom.us/j/93961846051?pwd=RXljUjZOVURqdDFmRWFiUTZJSiV0dz09>
Meeting ID: 939 6184 6051
Password: 505617

Atas perhatian dan kehadiran Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan



Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.

NIP. 196609271997022001

Catatan :

1. Dimohon *join meeting* pada **pukul 09.45 WIB**
2. Pakaian : - **Pria : Berjas Warna Gelap / Jas Almamater UNAIR**
- **Wanita : Rapi Berjas / Blazer**



SURAT TUGAS

NOMOR: PP.07.01/2/3183/2021

Sehubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Teknologi Laboratorium Medis nomor PP.07.01/I.VII/988/2021, dengan ini kami menugaskan kepada :

Nama : Dr. Dra. LINDA AUGUSTIEN MAKALEW, M.Kes.
NIP : 196708101993102001
Pangkat : Pembina - IV/a
Jabatan : Lektor
Keterangan :

Untuk :

1. sebagai Penyanggah Ujian Terbuka Mahasiswa Program Doktor Universitas Airlangga Surabaya an. Vione Deisi Sumakul S.Kep.,Ns, M.Kes. secara daring tanggal 18 Oktober 2021.
2. melakukan rekam absen datang dan pulang.
3. melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab.

Agar yang bersangkutan melaksanakan tugas dengan baik dan penuh tanggung jawab.

08 Oktober 2021
Plh. Direktur Politeknik Kesehatan
Kemenkes Manado
Pudir II Politeknik Kesehatan
Manado

ttd

**Sandra G.J Tombokan, S.SiT., S.Pd.,
M.Kes**
NIP 197401311992032001

Tembusan:

Ketua Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Manado

Diterbitkan Untuk
Ujian Akhir Disertasi
Tahap II (Terbuka)

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL ADAPTASI CAREGIVER DALAM
MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN POST STROKE**



VIONE DEISI OKTAVINA SUMAKUL

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2021**

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL ADAPTASI *CAREGIVER* DALAM
MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN POST STROKE**



**VIONE DEISI OKTAVINA SUMAKUL
NIM. 101817087320**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2021**

**PENGEMBANGAN MODEL ADAPTASI CAREGIVER DALAM
MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN POST STROKE**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan
Pada Fakultas Masyarakat Universitas Airlangga
Untuk dipertahankan di hadapan
panitia Ujian Doktor Terbuka**

Oleh :

**VIONE DEISI OKTAVINA SUMAKUL
NIM. 101817087320**

Promotor dan Ko-Promotor

Promotor : Dr. Hari Basuki Notobroto, dr.,M.Kes

Ko-Promotor : Dr. Shrimarti Rukmini Devy,Dra.,M.Kes

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap 1 (Tertutup)
Tanggal 9 September 2021

Ketua	: Prof., Dr. Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., M.P.H
Anggota	: Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes Prof., Dr. Ah. Yusuf, S.Kep., M.Kes Dr. Rachmat Hargono, dr., M.S., M.PH Dr. Arief Wibowo, dr., M.S Dr. Fery Agusman Motuho, M.Kep., Sp.Kom

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat sehingga penulis dapat menyelesaikan naskah disertasi ini. Penyusunan materi ini dapat terselesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Bapak/Ibu :

Dr. Hari Basuki Notobroto, dr.,M.Kes selaku Promotor sekaligus pembimbing akademik dan Dr. Shrimarti Rukmini Devy,Dra.,M.Kes selaku Ko-promotor yang telah memberikan bantuan bimbingan, arahan, motivasi dalam menyelesaikan disertasi pada program studi doktoral Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Pada kesempatan ini perkenankan saya juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas segala dukungan dan bantuan kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Muhammad Nasih, SE.,MT.,Ak.,CMA selaku rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untk menempuh pendidikan program doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Santi Martini, dr.,M.Kes selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,M.S selaku Wakil Dekan I, Dr. Muhammad Atoillah Isfandiari, dr.,M.Kes selaku Wakil Dekan II, Trias Mahmudiono, S.KM.,M.Ph.,GCAS., Ph.D selaku wakil Dekan III, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

yang telah menyediakan fasilitas dan memberikan pelayanan selama proses pendidikan.

3. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr.,M.Kes sebagai Koordinator dan Prof. Dr. Ririh Yudhastuti, drh.,M.Sc sebagai sekretaris Program Studi Doktoral Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyelesaian naskah disertasi ini.
4. Tim penilai disertasi: Prof., Dr. Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., M.P.H, Prof., Dr. Ah. Yusuf, S.Kep., M.Kes, Dr. Rachmat Hargono,dr.,M.S.,M.PH, Dr. Arief Wibowo,dr.,M.S, Dr. Fery Agusman Motuho, M.Kep., Sp.Kom yang telah memberikan arahan, masukan, perbaikan sehingga disertasi ini tersusun dengan baik.
5. Segenap staf pengajar pada program Doktoral Program studi Kesehatan Masyarakat
6. Pengelola Program Doktoral Program studi Kesehatan Masyarakat, Pak Ambar, Ibu Yayuk, Ibu Endah dan Ibu Dian yang telah memberikan dukungan dengan sabar dalam proses administrasi penyelesaian naskah disertasi dan selama proses pendidikan.
7. Ketua Yayasan Ratna Miriam yang telah memberikan ijin belajar dan dukungan bantuan beasiswa selama proses pendidikan.
8. Ketua Stikes Gunung Maria Tomohon Sr Brigitte Y. David, SJMJ., Ners.,M.Kes yang telah memberikan kesempatan melanjutkan pendidikan di Universitas Airlangga.

9. Dinas Kesehatan Kota Tomohon, Puskesmas yang ada di kota Tomohon, Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon, Rumah sakit Bethesda Tomohon yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian.
 10. Seluruh *caregiver* keluarga yang telah menjadi responden pada penelitian ini.
 11. Pengelola Dana Solidaritas Pendidikan untuk dukungan bantuan dana penelitian.
 12. Suamiku tersayang Richard Refly Pijoh untuk cinta kasih, pengorbanan, perhatian, dukungan. Dan untuk kedua anakku Chearyl Santa Pijoh dan Leonardo Cyrilus Pijoh. Terima kasih karena sudah menjadi anak yang baik untuk mama selama mama menempuh pendidikan jauh dari rumah.
 13. Orang Tua, adik Keluarga Subrata Sumakul Gita dan Kadek untuk kasih sayang, perhatian dan bantuan selama proses penyelesaian pendidikan.
 14. Teman-teman seangkatan pada Program Doktor Program studi Kesehatan Masyarakat untuk kebahagiaan, kegembiraan dukungan selama bersama dalam proses pendidikan.
 15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan doa, motivasi, dukungan moril selama proses pendidikan.
- Kiranya Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan Bapak Ibu saudara sekalian dengan berkat dan kebaikan.

Semoga disertasi ini memberikan manfaat bagi Ilmu pengetahuan terutama ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dan keperawatan lebih khusus di kota Tomohon.

Surabaya, Agustus 2021

Penulis

Vione Deisi Oktavina Sumakul

ABSTRAK

Latar belakang: Stroke adalah masalah kesehatan masyarakat yang kritis di seluruh dunia dan menjadi penyebab terbesar kematian kedua di dunia. Stroke merupakan penyebab terbesar kecacatan kompleks dimana sebagian penderita stroke akan mengalami kecacatan/kelumpuhan dan tidak mampu merawat diri sendiri, serta berbagai kondisi psikologis seperti kecemasan, stres, atau depresi. Stroke tidak hanya memiliki konsekuensi langsung dalam bentuk gangguan fisik dan psikologis pasien, tetapi juga mengakibatkan beban bagi pengasuh, yang mungkin merupakan masalah kesehatan yang signifikan mengurangi kualitas perawatan yang diberikan kepada orang yang dicintai. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model adaptasi caregiver dalam merawat pasien post stroke. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey dengan jumlah sampel penelitian ini sebanyak 200 responden caregiver yang merawat anggota keluarga penderita post stroke di Kota Tomohon. Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner dan analisis deskriptif serta uji SEM-PLS. **Hasil dan Kebaharuan:** Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa adaptasi dipengaruhi oleh strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,001$). Hasil akhir penelitian ini juga menunjukkan bahwa karakteristik keluarga berpengaruh terhadap stres caregiver ($p=0,000$), Stresor berpengaruh terhadap persepsi caregiver ($p=0,000$) dan stres ($p=0,007$), stres berpengaruh terhadap persepsi caregiver saat ini ($p=0,041$), *community resources* berpengaruh terhadap persepsi caregiver saat ini ($p=0,003$), *self efficacy* ($p=0,017$) dan strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,025$). *Spiritual religious coping* berpengaruh terhadap *adversity quotient* ($p=0,001$) dan strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,006$). *Self efficacy* berpengaruh terhadap strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,033$). *Adversity quotient* berpengaruh terhadap strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,000$) dan *self efficacy* ($p=0,020$). Persepsi caregiver saat ini berpengaruh terhadap strategi koping *problem-emotion focused* ($p=0,033$) dan stres ($p=0,000$). *Adversity quotient* berpengaruh terhadap persepsi caregiver saat ini ($p=0,001$). Kebaharuan penelitian ini yaitu model adaptasi caregiver dapat membantu caregiver dalam menyesuaikan diri selama merawat penderita post stroke di rumah. **Kesimpulan:** Dapat disimpulkan melalui penelitian ini yaitu model adaptasi caregiver merupakan model yang cukup baik untuk dalam membantu caregiver dalam merawat penderita post stroke di rumah.

Kata Kunci: model adaptasi, caregiver, penderita post stroke

ABSTRACT

Background: Stroke is a critical public health problem worldwide and is the second largest cause of death in the world. Stroke is the biggest cause of complex disability where some stroke sufferers will experience disability / paralysis and unable to take care of themselves, as well as various psychological conditions such as anxiety, stress, or depression. Stroke not only has direct consequences in the form of physical and psychological harm to the patient, but also results in a burden on the caregiver, which may be a health problem that significantly reduces the quality of care provided to loved ones. This study aims to develop a caregiver adaptation model in caring for post stroke patients. **Methods:** This study used a survey research method with a total sample of 200 caregiver respondents who cared for family members of post stroke sufferers in Tomohon City. This study used a questionnaire instrument and descriptive analysis as well as the SEM-PLS test. **Results and novelty:** The results of this study explain that adaptation is influenced by problem-emotion focused coping strategies ($p = 0.001$). The final results of this study also show that family characteristics influence caregiver stress ($p = 0,000$), stressors affect caregiver perception ($p = 0,000$) and stress ($p = 0.007$), stress affects caregiver current perceptions ($p = 0.041$), community resources affect current caregiver perceptions ($p = 0.003$), self efficacy ($p = 0.017$) and problem-emotion focused coping strategies ($p = 0.025$). Spiritual religious coping affects the adversity quotient ($p = 0.001$) and problem-emotion focused coping strategies ($p = 0.006$). Self-efficacy affects coping strategies problem-emotion focused ($p = 0.033$). Adversity quotient affects coping strategies problem-emotion focused ($p = 0,000$) and self-efficacy ($p = 0.020$). Current caregiver perceptions affect coping strategies problem-emotion focused ($p = 0.033$) and stress ($p = 0.000$). Adversity quotient has an effect on current caregiver perceptions ($p = 0.001$). The novelty of this research is that the caregiver adaptation model can help caregivers to adjust while caring for post stroke sufferers at home. **Conclusion:** It can be concluded that through this study, the caregiver adaptation model is a good enough model to assist caregivers in caring for post stroke sufferers at home.

Keywords: adaptation model, caregiver, post stroke sufferer

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Ada lebih dari 13,7 juta stroke baru setiap 3 tahun. Secara global, satu dari empat orang yang berusia di atas 25 tahun akan mengalami stroke seumur hidup. Lebih dari 80 juta orang yang hidup saat ini yang telah mengalami stroke. Prevalensi berdasarkan usia, 60% berusia di bawah 70 tahun, 10% berusia di bawah 44 tahun. (World Stroke Organization, 2019).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencatat prevalensi Stroke tertinggi di DI Yogyakarta (14,6%), di ikuti Sulawesi Utara (14,0%), prevalensi berdasarkan usia tertinggi pada umur ≥ 75 tahun 50,2%), berdasarkan jenis kelamin laki-laki 11,0% dan perempuan 10,9%, berdasarkan tempat tinggal di kota 12,6% lebih tinggi dari pada di desa (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Di Sulawesi Utara Sendiri, Prevalensi kelompok Umur yang paling tinggi menderita stroke pada umur 65-74 tahun 6,78 % laki – laki 1,44 % dan mereka yang tinggal di perkotaan sebesar 1,65 % (RISKESDAS Sulawesi Utara, 2018).

Kota Tomohon Jumlah Total yang melakukan pemeriksaan Ulang Stroke ke Fasilitas Kesehatan secara rutin 47, 97 %, kadang-kadang/tidak rutin 45,12 % dan yang tidak memeriksakan ulang sebesar 6,91 % (RISKESDAS Sulawesi Utara, 2018).

Orang-orang yang memberikan bantuan untuk penderita stroke sering disebut pemberi perawatan. Setiap orang yang terlibat dalam membantu penderita stroke adalah *caregiver*. Hal ini dapat menjadi pasangan, anggota keluarga atau teman-teman. Karena mayoritas pasien kembali ke rumah mereka sendiri setelah pulang dari rumah sakit, bantuan yang diperlukan paling sering diberikan oleh anggota keluarga (Association, 2012). Bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan kesehatan, financial, bimbingan, persahabatan, serta interaksi sosial (Schulz, 1994).

Stroke dalam keluarga dapat menyebabkan banyak perubahan, apakah itu dinamika hubungan, keuangan, rumah modifikasi, atau perubahan peran. Sebagai pasangan, saudara, anak, cucu, atau teman, *caregiver* mungkin akan melakukan banyak tugas-tugas baru, seperti memberikan bantuan harian dan dukungan, ditambah perencanaan, dan memfasilitasi perawatan pasien. Karena stroke tiba-tiba dan tak terduga sering tidak ada waktu untuk mempersiapkan. Tidak peduli kapan atau bagaimana peran sebagai *caregiver* dimulai, itu bisa menjadi pekerjaan yang menantang baik fisik, mental dan emosional (Black, 2009).

Caregiver memainkan peran penting selama proses pemulihan pasca stroke mulai dari hari pertama. *Caregiver* adalah anggota keluarga, teman, tetangga, dan / atau profesional kesehatan. Merawat penderita stroke dapat menyebabkan tingginya tingkat stres emosional, mental, dan fisik untuk pasien stroke dan pengasuh. Selain kesulitan, gangguan pekerjaan dan

kehidupan keluarga, juga membutuhkan banyak pengorbanan dan tantangan. *Caregiver* dapat mempromosikan hasil pemulihan pasca stroke yang positif dan membuat penderita stroke harus mampu merawat diri juga (Pucciarelli *et al.*, 2019).

Pada umumnya pasien dan *caregiver* yang tidak dimasukkan dalam perencanaan perawatan pasca-stroke dan tindak lanjut di rumah, menyebabkan komplikasi kesehatan lebih lanjut, terutama luka tekan (Dekubitus), infeksi saluran kemih (ISK), kontraksi sendi, pneumonia aspirasi, dan stroke berulang (Pucciarelli *et al.*, 2019).

Sebagian besar *caregiver* stroke mengalami beban, kecemasan, atau gejala depresi tingkat tinggi pada fase sub-akut dan kronis pasca-stroke. Terutama, tingkat gejala kecemasannya tinggi. Berbeda dengan tingkat kecemasan, tingkat beban dan gejala depresi tidak menurun dari waktu ke waktu. *Caregiver* dengan hasil buruk jangka panjang (satu tahun) dapat diidentifikasi dalam fase sub-akut (yaitu dua bulan pasca-stroke), dengan demikian *caregiver* diharapkan mampu beradaptasi dengan perubahan keadaan yang dialami pasien stroke dan *caregiver* itu sendiri (Kruithof *et al.*, 2016).

1.2 Kajian masalah

Teori ABCX, Hill (Ricw, 1987) menyatakan bahwa suatu kejadian (A) berinteraksi dengan anggota-anggota keluarga dan menciptakan krisis (B), dan berinterpretasi keluarga tentang kejadian tersebut (C), dapat menciptakan krisis (X). Dalam sebuah keluarga, sebuah stressor muncul

hanya jika keluarga menginterpretasikan kejadian yang menimpah mereka sebagai suatu ancaman (*family appraisal*), dan sumber keluarga (*family resources*) tersebut tidak dapat menghadapi ancaman tersebut (*secondary appraisal*). ada 2 konsep mendasar pada ABCX model yang dikemukakan oleh Hill (Rice, 2000). Pertama, besarnya perubahan yang disebabkan oleh kejadian yang menimbulkan stres. Kedua, kerentanan keluarga terhadap stres (Friedman, 2010).

Lazarus (1984) mendefinisikan strategi koping sebagai perubahan dari suatu kondisi ke lainnya sebagai cara untuk menghadapi situasi tidak terduga dimana secara *empirical* disebut proses, dan membaginya kedalam *problem focused coping (PFC)* dan *emotion focused coping (EFC)*. *problem focused coping* terdiri atas *planful problem solving*, *confrontative coping*, dan *seeking social support*, sedangkan *emotion focused coping* terdiri atas *distancing*, *ascape/avoidance*, *self control*, *accepting responsibility*, dan *positive reappraisal* (Lazarus, 1984).

Bukan hanya kualitas hidup penderita yang mempengaruhi kecemasan, *Caregiver* juga membutuhkan pengetahuan tentang bagaimana mengelola dan mencegah komplikasi setelah stroke, mendukung ADL pasien, dan mengakses layanan rehabilitasi dan layanan komunitas apa yang tersedia. Mereka juga membutuhkan pelatihan untuk memberikan asuhan keperawatan yang relevan dengan masalah, tingkat ketergantungan dan kebutuhan pasien termasuk teknik pemberian makan, pencegahan aspirasi, pencegahan tukak lambung, dan perawatan luka. Dukungan sosial

seperti kasih sayang, saran, dan peralatan untuk perawatan pasien dan rehabilitasi dari keluarga, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat juga diperlukan (Pitthayapong *et al.*, 2017).

Spiritual/Religious Coping (SRC) didefinisikan sebagai proses individu, melalui kerohanian, kepercayaan atau perilaku keagamaannya, menghadapi situasi yang penuh tekanan dalam hidupnya. SRC mungkin memiliki strategi positif (misalnya mencari bantuan dan pengetahuan spiritual dan sikap positif terhadap Tuhan) atau strategi negatif (misalnya, ketidakpuasan dengan perwakilan agama, penilaian kembali Tuhan yang negatif atau makna) beberapa penelitian menunjukkan hubungan tersebut strategi SRC Positif dengan hasil yang lebih baik dalam kesehatan fisik dan mental orang-orang dari segala usia. Di sisi lain, ada juga bukti hubungan SRC Negatif dengan gejala depresi utama, kecemasan, kesepian, gangguan kesehatan, dan kualitas hidup (Vitorino *et al.*, 2018).

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan *caregiver*, pengetahuan, usia, peran, status ekonomi), Persepsi *Caregiver* terhadap penderita post, dan stressor berpengaruh terhadap stres?
2. Apakah stres berpengaruh terhadap persepsi *caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga saat ini?

3. Apakah persepsi *caregiver* tentang kondisi saat ini, Community Resources, dan Spiritual Religious Coping berpengaruh terhadap self Efficacy?
4. Apakah Community resources, Adversity Quotient dan spiritual Religious Coping berpengaruh terhadap persepsi *caregiver* tentang kondisi saat ini?
5. Apakah Community Resources berpengaruh terhadap Spiritual Religious Coping?
6. Apakah persepsi *caregiver* saat ini berpengaruh terhadap *caregiver* Coping Strategy?
7. Apakah Adversity Quotient, Community Resources, self Efficacy, dan Spiritual Religious Coping berpengaruh terhadap *Caregiver* Coping Strategy?
8. Apakah *Caregiver* Coping Strategy berpengaruh terhadap Adaptasi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke?

Tujuan penelitian

a. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengembangkan model adaptasi *caregiver* dalam merawat pasien post stroke.

b. Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan *caregiver*, pengetahuan, usia, peran,

- status ekonomi), Persepsi *Caregiver* terhadap penderita post, dan stressor terhadap stres
2. Menganalisis pengaruh stres terhadap persepsi *caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga saat ini
 3. Menganalisis pengaruh persepsi *caregiver* tentang kondisi saat ini, Community Resources, dan Spiritual Religious Coping terhadap self Efficacy
 4. Menganalisis pengaruh Community resources, Adversity Quotient dan spiritual Religious Coping terhadap persepsi *caregiver* tentang kondisi saat ini
 5. Menganalisis pengaruh Community Resources terhadap Spiritual Religious Coping
 6. Menganalisis pengaruh persepsi *caregiver* saat ini terhadap *caregiver* Coping Strategy
 7. Menganalisis pengaruh Adversity Quotient, Community Resources, self Efficacy, dan Spiritual Religious Coping terhadap *Caregiver* Coping Strategy
 8. Menganalisis pengaruh *Caregiver* Coping Strategy terhadap Adaptasi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke

1.5 Manfaat penelitian

A. Manfaat Teoritis

1. Menambah ruang lingkup kajian ilmu kesehatan masyarakat dalam bentuk kajian teori, ide, model yang dapat dikembangkan oleh tenaga kesehatan dalam merawat penderita post stroke.
2. Sebagai bahan pertimbangan dan kajian dalam penyusunan standar asuhan keperawatan medikal bedah, keluarga dan komunitas

B. Manfaat Praktis

1. Bagi keluarga

Mampu meningkatkan kemampuan keluarga beradaptasi dengan penderita post stroke dan mampu berperan serta dalam memberikan perawatan post MRS secara maksimal

2. Bagi perawat

Menghasilkan dan menambahkan wawasan kajian ilmu keperawatan sebagai masukan yang konstruktif bagi profesi keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas khususnya keperawatan keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI

2.1 Stroke

A. Definisi

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah sebagian dari otak (Black, 2009). Stroke yang juga dikenal dengan istilah *cerebrovaskular accident* atau *brain attack*, merupakan kerusakan mendadak pada peredaran darah otak dalam satu pembuluh darah atau lebih. Serangan stroke akan mengganggu atau mengurangi pasokan oksigen dan umumnya menyebabkan kerusakan yang serius atau nekrosis pada jaringan otak (Kowalak, 2011).

B. Klasifikasi Stroke

Stroke dapat diklasifikasikan menurut proses patologi dan gejala klinik yaitu, stroke iskemik dan hemoragik.

1. Stroke Iskemik

Stroke jenis ini pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang tersering didapatkan, sekitar

88% dari semua stroke, Stroke jenis ini juga bisa disebabkan oleh berbagai hal yang menyebabkan terhentinya aliran darah otak antara lain, syok, hipovolemia, dan berbagai penyakit lain (Black, 2009).

2. Stroke Hemoragik

Stroke jenis ini merupakan sekitar 12% dari semua stroke, 9% disebabkan oleh perdarahan intraserebral, dan 3% disebabkan oleh pendarahan subarachnoid adalah . Stroke jenis ini diakibatkan oleh pecahnya suatu mikro aneurisma di otak. Stroke ini dibedakan atas: perdarahan intraserebral, subdural, dan subaraknoid (Black, 2009). Terjadi perdarahan serebral dan mungkin juga perdarahan subaraknoid yang disebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Umumnya terjadi saat melakukan aktivitas namun dapat juga pada saat istirahat. Kesadaran umumnya menurun dan penyebab yang paling banyak adalah akibat hipertensi yang tidak terkontrol (Lumbantobing, 2007).

2.2 Teori Double ABC-X

Upaya-upaya untuk memahami dan menjelaskan respons keluarga terhadap situasi-situasi penuh tekanan secara tradisional telah terkonsentrasi pada hubungan di antara tiga fenomena dasar: peristiwa penuh tekanan dan kesulitan-kesulitan yang terkait; hasil dari stres (krisis dan adaptasi); dan faktor-faktor yang mengintervensi antara keduanya. Pertanyaan utama adalah, Seberapa banyak dan

apa jenis stresor, yang dimediasi oleh sumber daya dan proses keluarga apa, membentuk arah dan kemudahan adaptasi keluarga.

Model Double ABCX dari stres dan adaptasi keluarga (McCubbin dan Patterson, 1982, 1983a, 1983b), ditunjukkan pada Gambar 1, dibangun di atas model ABCX (1949, 1958) Hill tentang stres dan krisis keluarga.

aA

Tumpukan permintaan mengacu pada efek kumulatif, dari waktu ke waktu, dari stres dan ketegangan sebelum dan sesudah krisis. Mechanic (1974) dan Hansen dan Johnson (1979) mengemukakan bahwa stres dipandang sebagai suatu proses, serangkaian kondisi perubahan yang kompleks yang memiliki sejarah dan masa depan, daripada stimulus tunggal jangka pendek. Efek pengelompokan peristiwa normatif dan non-normatif juga telah dicatat oleh orang lain (mis., Hill dan Joy, 1979; Mederer dan Hill, 1983; Patterson dan McCubbin, 1983). Stresor tambahan - seperti perubahan peran yang disyaratkan, strain yang belum terselesaikan sebelumnya, keragaman batas keluarga (Boss, 1977, 1980) - semua mungkin merupakan tuntutan untuk perubahan dan sumber ketegangan yang dihadapi keluarga saat berjuang dengan peristiwa stresor utama

a. bB

Sumber daya adaptif merujuk pada sumber daya yang ada dan sumber daya yang diperluas yang dikembangkan dan diperkuat sebagai respons

terhadap tuntutan yang ditimbulkan oleh peristiwa stresor. Sumber daya ini memediasi antara tumpukan tuntutan dan adaptasi. Dengan demikian, mereka dapat mengurangi dampak tuntutan terhadap keluarga dan atau membantu keluarga beradaptasi dengan perubahan yang diperlukan. Sumber daya adaptif keluarga dapat mencakup (1) sumber daya pribadi yaitu, karakteristik anggota keluarga individu seperti harga diri, pengetahuan, dan keterampilan yang berpotensi tersedia bagi keluarga pada saat dibutuhkan (George, 1980; Pearlin dan Schooler, 1978) ; (2) sumber daya sistem keluarga-yaitu, atribut internal unit keluarga seperti kohesi, kemampuan beradaptasi, dan komunikasi (Olson dan McCubbin, 1982; Olson et al., 1983); dan (3) dukungan sosial yaitu, kemampuan orang atau lembaga di luar keluarga tempat keluarga dapat menarik atau jaringan di mana keluarga dirawat dan dicintai, dihargai dan dihargai, dan di mana ia merasa milik (Cobb , 1976, 1979; Pilisuk and Parks, 1981, 1983)

b. cC

Faktor ini mengacu pada orientasi umum keluarga terhadap keadaan keseluruhan. Antonovsky (1979) menggambarkan orientasi ini sebagai perasaan percaya diri yang dinamis yang meresap, abadi, bahwa lingkungan internal dan eksternal dapat diprediksi. Ini mencerminkan rasa penerimaan dan pemahaman tentang situasi, kerangka kerja di mana definisi situasi dibuat dan di mana persepsi dinilai. Ketika diterapkan pada

unit keluarga (McCubbin dan Patterson, 1983a, 1983b), koherensi secara dinamis dipengaruhi oleh pengalaman keluarga-baik lingkungan internal (seperti kekuatan yang dirasakan) dan efek kumulatif dari pengalaman (positif dan negatif) dengan lingkungan eksternal. Pada gilirannya, itu membentuk makna yang diberikan keluarga kepada situasi krisis total, termasuk peristiwa stresor, sumber-sumber ketegangan tambahan (menumpuk), dan sumber daya yang dimiliki keluarga untuk memenuhi tuntutan. Koherensi, kemudian, adalah faktor penengah antara krisis dan adaptasi dan merupakan fasilitator lain dari kekuatan adaptif keluarga.

c. xX

Adaptasi keluarga adalah hasil dari proses keluarga dalam menanggapi krisis dan menumpuknya permintaan. Seperti yang Burr (1973) catat, adaptasi tidak berarti bahwa disorganisasi atau perubahan dalam sistem tidak terjadi; itu hanya berarti bahwa sistem telah melanjutkan tingkat operasi rutinnya setelah harus menghadapi perubahan. Adaptasi keluarga adalah variabel kontinu, mulai dari maladaptasi ke bonadaptasi (McCubbin dan Patterson, 1983a, 1983b). Maladaptasi, akhir negatif dari konsumen, didefinisikan sebagai ketidakseimbangan berkelanjutan antara tumpukan permintaan dan kemampuan keluarga untuk memenuhi permintaan tersebut. Ini mungkin ditandai oleh kemunduran integritas keluarga, perasaan kesejahteraan anggota keluarga, dan kesehatan fisik dan / atau psikologis mereka. Bonadaptation, ujung positif dari konsumen,

didefinisikan sebagai perbedaan minimal antara tumpukan permintaan dan kemampuan keluarga, sehingga mencapai keseimbangan dalam fungsi keluarga. Ini dicirikan oleh perhatian atau penguatan integritas keluarga dan oleh perasaan kesejahteraan anggota keluarga.

2.3 Model adaptasi Stres (*Stress Adaptation*)

Stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai hal yang menantang, mengancam dan merusak seseorang (Brunner, 2002).

Adaptasi adalah suatu proses konstan dan berkelanjutan yang membutuhkan perubahan dalam hal struktur, fungsi dan perilaku sehingga seseorang lebih mengenal dengan suatu kondisi tertentu yang dialaminya (Stuart, 2013).

Adapun model stres Stuart, meliputi :

1. Faktor predisposisi yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres.

Faktor predisposisi meliputi :

- a. Biologis

Yang dapat mempengaruhi stres pada individu, misalnya penyakit, faktor keturunan, usia.

- b. Psikologis

Meliputi pengetahuan, nilai moral yang dimiliki, kemampuan verbal, dorongan motivasi, sikap maupun pandangan terhadap diri sendiri atau konsep diri.

c. Sosikultural

Meliputi dukungan sosial, latar belakang budaya, agama, sumber-sumber informasi.

2. Stressor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan dan membutuhkan energi ekstra untuk menciptakan mekanisme koping yang terdiri dari :
 - a. Sifat, yaitu kemampuan individu dalam menghadapi tantangan atau ancaman yang akan datang baik dari internal maupun eksternal
 - b. Asal, yaitu ancaman atau tantangan berasal dari diri sendiri, keluarga ataupun lingkungan.
 - c. Waktu, yaitu kapan munculnya ancaman atau tantangan yang dapat mengancam individu tersebut.
 - d. Jumlah, yaitu berapa banyak jumlah ancaman yang datang
3. Penilaian terhadap stresor yaitu evaluasi tentang makna stressor bagi kesejahteraan individu yang didalamnya stressor memiliki arti, intensitas dan kepentingan, yang meliputi :
 - a. Kognitif yaitu respon yang ditunjukkan seperti perhatian terganggu konsentrasi buruk, bermasalah dalam memori atau ingatan dan penurunan kreativitas.
 - b. Afektif yaitu respon sikap yang ditunjukkan berupa kegelisahan, mudah gugup, tegang, ketakutan yang berlebihan, tidak sabaran

- c. Fisiologis yaitu respon yang ditunjukkan berupa ketegangan fisik, tremor, peningkatan denyut jantung, produktivitas menurun, peningkatan respirasi.
 - d. Perilaku yaitu respon yang ditunjukkan seperti bicara cepat atau bahkan diam, kurang koordinasi, mudah terkejut, gelisah, sering meremas tangan.
 - e. Sosial yaitu respon yang ditunjukkan berupa penurunan interaksi dengan orang lain atau menutup diri (Stuart, 2013).
4. Sumber coping
- Sumber coping terdiri dari aset ekonomim kemampuan dan bakat, tehnik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Sumber coping lainnya adalah keseimbangan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, kemam[uan pemecahan masalah, kemampuan sosial, kesehatan fisik, dan sumber materi (Stuart, 2013).

2.9 *Caregiver*

A. Definisi

Seseorang yang menyediakan bantuan bagi seseorang yang menderita penyakit kronik seperti stroke sering kali disebut dengan istilah *caregiver* (American Heart Association 2007). *Caregiver* adalah seseorang yang dibayar ataupun sukarela bersedia memberikan perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, dimana bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan kesehatan,

financial, bimbingan, persahabatan, serta interaksi sosial (Schultz, 2011).

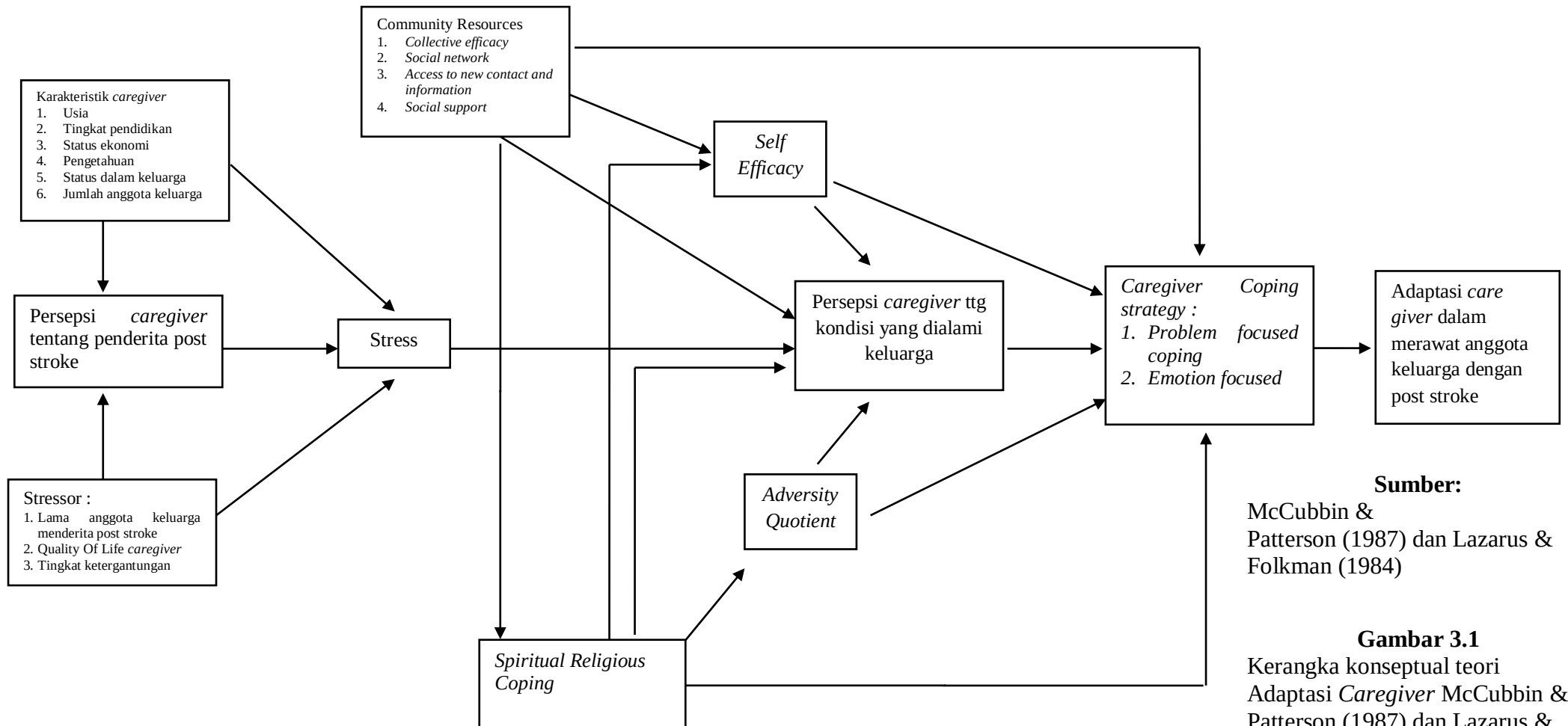
Caregiver memainkan peran penting selama proses pemulihan pasca stroke mulai dari hari pertama. Pengasuh dapat menjadi anggota keluarga, teman, tetangga, dan / atau profesional kesehatan. Merawat penderita stroke dapat menyebabkan tingginya tingkat stres emosional, mental, dan fisik untuk pasien stroke dan pengasuh. Selain kesulitan, gangguan pekerjaan dan kehidupan keluarga, juga membutuhkan banyak pengorbanan dan tantangan. Pengasuh keluarga dapat mempromosikan hasil pemulihan pasca stroke yang positif dan membuat penderita stroke harus mampu merawat diri juga.

Stroke dalam keluarga dapat menyebabkan banyak perubahan, apakah itu dinamika hubungan, keuangan, rumah modifikasi, atau perubahan peran. Sebagai pasangan, saudara, anak, cucu, atau teman, *caregiver* mungkin akan melakukan banyak tugas-tugas baru, seperti memberikan bantuan harian dan dukungan, ditambah perencanaan, dan memfasilitasi perawatan pasien. Karena stroke tiba-tiba dan tak terduga sering tidak ada waktu untuk mempersiapkan. Tidak peduli kapan atau bagaimana peran sebagai pengasuh dimulai, itu bisa menjadi pekerjaan yang menantang baik fisik, mental dan emosional.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Sumber:
McCubbin & Patterson (1987) dan Lazarus & Folkman (1984)

Gambar 3.1
Kerangka konseptual teori Adaptasi Caregiver McCubbin & Patterson (1987) dan Lazarus & Folkman (1984)

Secara keseluruhan kerangka hubungan kausal dalam gambar diatas berakar pada beberapa kajian teori yaitu Teori ABC-X Hills yang menyatakan bahwa dalam suatu keluarga jika salah satu anggota mengalami suatu kejadian, dalam hal ini menderita post stroke, maka hal tersebut dapat menjadi sebuah stressor bagi keluarga tersebut. Hill (1949) secara teoritis ia menggambarkan determinan-determinan krisis keluarga, yaitu : faktor A (kejadian atau stressor) yang berinteraksi dengan B (sumber coping keluarga), selanjutnya berinteraksi dengan C (persepsi keluarga terhadap kejadian) yang akhirnya menghasilkan X (Friedman, 2010).

Model ABC Hill (1949) dikembangkan oleh McCubbin dan Patterson (1983) menjadi teori Double ABCX, dimana teori ini menjelaskan perbedaan dalam adaptasi keluarga dalam masa setelah krisis. Faktor aA *Pile Up* (Tuntutan keluarga: bertumpuk) menyatakan bahwa ada lebih dari satu stressor yang muncul dan hal ini dianggap sebagai penumpukan stressor keluarga yang merupakan faktor penting dalam memperkirakan kemampuan adaptasi keluarga. Faktor B *New Resources* (Sumber yang ada dan baru di keluarga), yaitu kemampuan-kemampuan yang dimiliki keluarga untuk memenuhi tuntutan yang dihadapi keluarga. Sumber-sumber tersebut terdiri dari sumber-sumber pribadi anggota keluarga. Faktor cC *Perception* $X+aA+bB$, dalam faktor ini terdapat penilaian positif dan interpretasi negative keluarga. Adaptasi keluarga dalam hal ini adaptasi keluarga terhadap anggota keluarganya yang menderita post stroke dapat dicapai lewat hubungan timbal balik, dimana tuntutan dari suatu unit keluarga dipenuhi lewat kemampuan dari yang lain untuk mencapai keseimbangan secara simultan

antara individu, sistem keluarga dan antara keluarga dan komunitas. Model adaptasi ini merujuk pada kontinum hasil yaitu kemampuan keluarga beradaptasi, yaitu bon adaptasi sampai mal adaptasi.

Lazarus (1984) menyatakan bahwa *coping* adalah proses manage tuntutan baik eksternal maupun internal menurut penilaian individu. Perilaku *coping* terdiri dari usaha-usaha, tindakan-tindakan manage (mentolerir, mengurangi, serta meminimalisir) tuntutan-tuntutan lingkungan dan internal juga konflik di antara kedua tuntutan-tuntutan tersebut. Perilaku *coping* merupakan serangkaian transaksi antar individu yang memiliki serangkaian kemampuan, nilai, dan komitmen dengan lingkungan tertentu yang memiliki sumber, tuntutan dan konflik sendiri-sendiri. Perilaku *coping* bukan merupakan tindakan satu waktu saja, akan tetapi merupakan serangkaian respon timbal balik, terjadi sepanjang waktu, diaman antara lingkungan dan individu masing-masing saling mempengaruhi aspek-aspek lainnya adalah perilaku *coping* itu luas. Perilaku *coping* mencakup aksi dan reaksi terhadap stimulus yang menimbulkan stress. Reaksi emosi seperti marah dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari proses perilaku *coping* (Lazarus, 1984). Dalam penelitian ini akan dilihat bagaimana kemampuan coping keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita post stroke, yang dipengaruhi oleh kondisi stress dan kemampuan adaptasinya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

4.1.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey, yaitu penelitian yang diterapkan dengan mengambil sampel dari suatu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai instrument pengumpulan data pokok.

4.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan sifat penelitian yakni penelitian penjelasan (*explanatory research*), berdasarkan persepsi dari responden, yaitu menjelaskan hubungan kausal antar variabel berdasarkan jawaban responden melalui pengujian hipotesis (Malhotra, 2003)

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada lokasi yang menjadi sampel penelitian yaitu Kota Tomohon pada Bulan Oktober 2020 – April 2021.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan post stroke post MRS atau post perawatan dari Rumah Sakit antara 6 bulan sampai 3 tahun.

4.3.1 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* yang memiliki anggota keluarga penderita post stroke di Kota Tomohon dengan kriteria inklusi untuk *caregiver* meliputi :

1. *Caregiver* tinggal satu rumah dengan penderita post stroke
2. Merupakan *caregiver* utama
3. Bersedia menjadi responden
4. Berdomisili di Kota Tomohon
5. Dalam satu keluarga hanya 1 yang menderita post stroke
6. Penderita post stroke pernah dirawat/menjadi pasien rumah sakit/post MRS

4.4 Besar Sampel (*Sample Size*)

Besar sampel ditetapkan berdasarkan *rule of the thumb* untuk analisis Structural Equation Modeling yaitu sebanyak 100-200 orang *caregiver* yang merawat anggota keluarga penderita post stroke di Kota Tomohon.

4.5 Pengambilan Sampel Penelitian

Penelitian sampel dengan cara *cluster random sampling*. Besar sampel yang diperlukan diambil dari 7 wilayah Puskesmas yang diambil secara random. Semua anggota *caregiver* penderita post stroke yang ada di 7 (tujuh) puskesmas di Kota Tomohon dijadikan sebagai sampel. Wilayah Puskesmas dan besar sampel di tiap wilayah Puskesmas seperti pada tabel berikut.

No.	Wilayah Kerja	Jumlah
1.	Puskesmas Lansot	48
2.	Puskesmas Matani	42
3.	Puskesmas Rurukan	30
4.	Puskesmas Tara Tara	24
5.	Puskesmas Kakaskasen	25
6.	Puskesmas Pangolombian	18
7.	Puskesmas Tinoor	13
Total		200

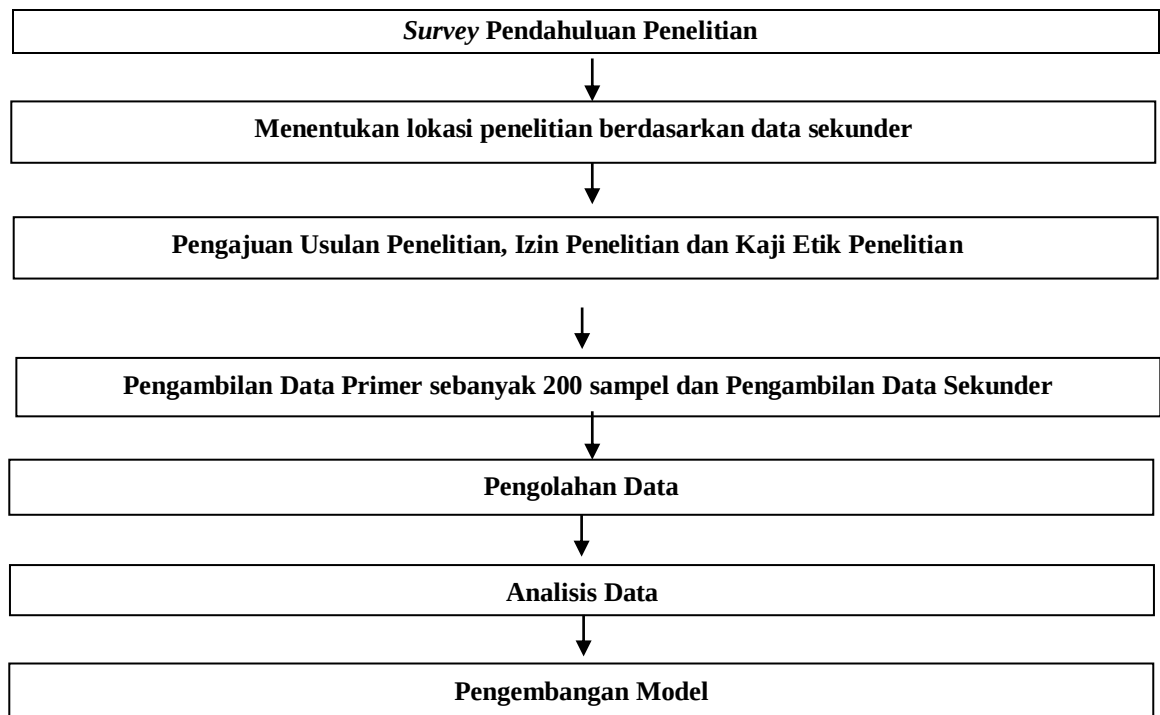
4.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Penelitian

4.6.1 Variabel Dalam Penelitian

- a. Variabel Independen terdiri atas Karakteristik keluarga, Stressor dan *Community Resources*
- b. Variabel intervening terdiri atas persepsi *caregiver* tentang anggota keluarganya yang menderita post stroke, stress pada *caregiver*, *self efficacy*, *adversity quotient*, *Caregiver Coping strategy* dan persepsi *care giver* tentang kondisi yang dialami keluarga
- c. Variabel dependen yakni adaptasi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke

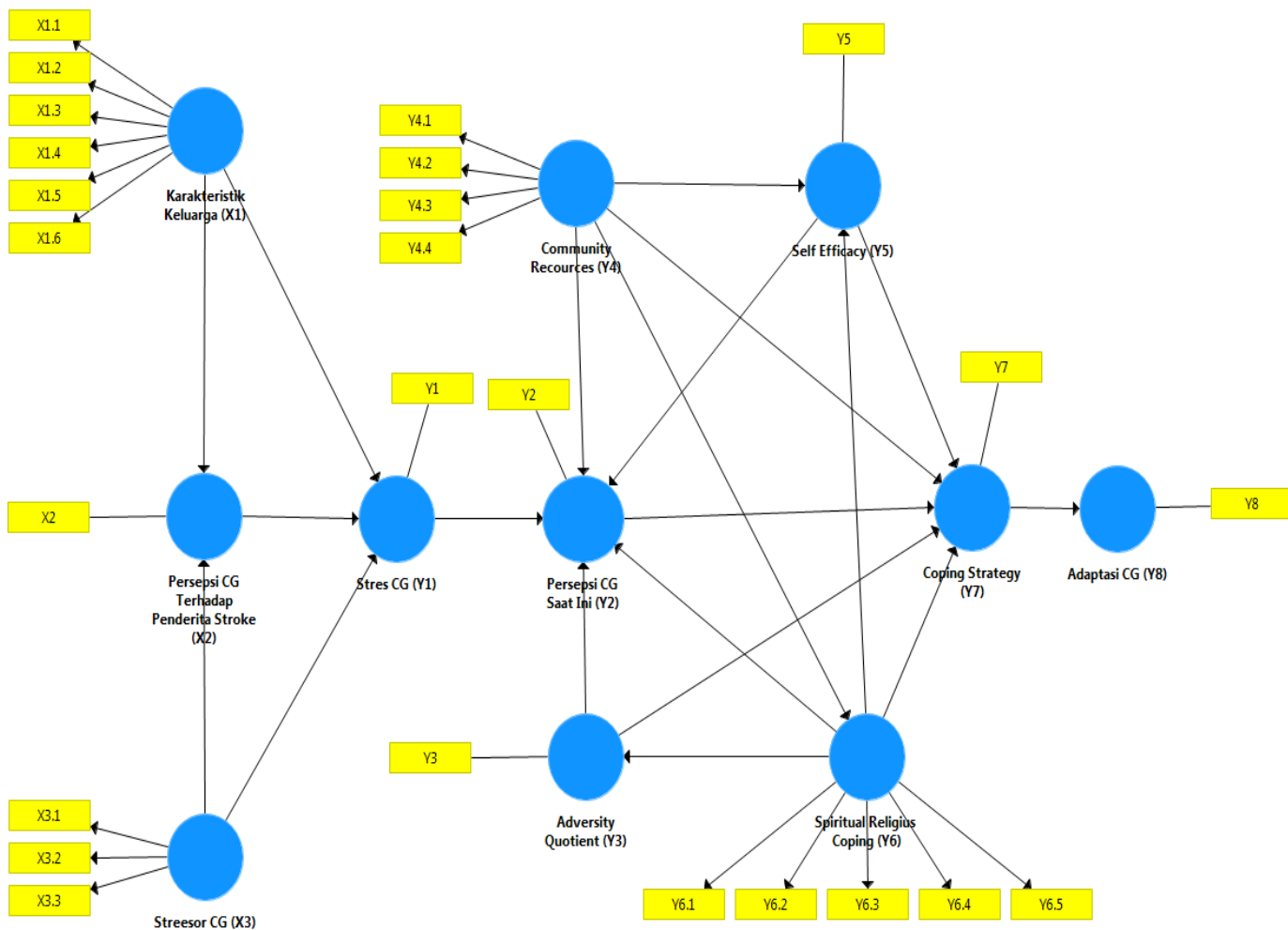
4.1 Kerangka Operasional

Kerangka operasional penelitian merupakan suatu sistem dalam penelitian yang digunakan sebagai pedoman untuk melakukan kegiatan penelitian mulai dari awal penelitian hingga akhir penelitian. Kerangka operasional pada penelitian ini tergambar pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1 Kerangka Operasional penelitian model adaptasi *caregiver* dalam merawat penderita post stroke di kota Tomohon

Kerangka Analisis



Gambar 4.2 Kerangka analisis penelitian model adaptasi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke

X1: Usia	Y2: Self Efficacy
X1.2: Tingkat Pendidikan	Y3: Adversity Quotient
X1.3: Status Ekonomi	Y4: Community Resources
X1.4: Pengetahuan	Y4.1: Collective Efficacy
X1.5: Status Dalam Keluarga	Y4.2: Social network
X1.6: Jumlah Anggota Keluarga	Y4.3: Access to new contact information
X2: Persepsi <i>caregiver</i> terhadap penderita stroke	Y4.4: Social Support
X3.1: Lama menderita stroke	Y5: <i>Caregiver Coping strategy</i>
X3.2: Quality Of Life <i>Caregiver</i>	Y6: Persepsi <i>Caregiver</i> tentang kondisi yang dialami keluarga
X3.3: Tingkat Ketergantungan	Y7: Adaptasi <i>Caregiver</i>
Y1: Stres <i>Caregiver</i>	

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1.2 Hasil Tabulasi Silang Antar Variabel

Tabel 5.11 Tabulasi Silang Karakteristik Keluarga dengan Stres *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

Karakteristik	Stres Berat	Stres Sedang	Stres Ringan	Total
	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)
Usia				
< 19 tahun	5 (16,7)	2 (6,7)	23 (76,7)	30 (100)
20-30 tahun	9 (24,3)	5 (13,5)	23 (62,2)	37 (100)
31-40 tahun	7 (15,2)	0 (0)	39 (84,8)	46 (100)
>40 tahun	9 (10,3)	8 (9,2)	70 (80,5)	87 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Tingkat Pendidikan				
SD	12 (29,3)	2 (4,9)	27 (65,9)	41 (100)
SMP	6 (14)	3 (7)	34 (79,1)	43 (100)
SMA	10 (10,5)	8 (8,4)	77 (81,1)	95 (100)
PT	2 (9,5)	2 (9,5)	17 (81)	21 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Status Ekonomi				
<UMR	21 (18,9)	11 (9,9)	79 (71,2)	111 (100)
>UMR	9 (10,1)	4 (4,5)	76 (85,4)	89 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Tingkat Pengetahuan				
Kurang	10 (32,3)	2 (6,5)	19 (61,3)	31 (100)
Cukup	15 (19,2)	7 (9)	56 (71,8)	78 (100)
Baik	5 (5,5)	6 (6,6)	80 (87,9)	91 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Peran Caregiver				
Suami	10 (16,9)	4 (6,8)	45 (76,3)	59 (100)
Istri	13 (18,8)	9 (13)	47 (68,1)	69 (100)
Anak	6 (12,5)	0 (0)	42 (87,5)	48 (100)
Saudara Kandung	0 (0)	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
Lainnya	1 (9,1)	1 (9,1)	9 (81,8)	11 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Jumlah Anggota Keluarga				
2	7 (23,3)	3 (10)	20 (66,7)	30 (100)
3	10 (19,2)	2 (3,8)	40 (76,9)	52 (100)
4	3 (5,9)	6 (11,8)	42 (82,4)	51 (100)
5	7 (24,1)	0 (0)	22 (75,9)	29 (100)
6	1 (3,8)	2 (7,7)	23 (88,5)	26 (100)
7	2 (16,7)	2 (16,7)	8 (66,7)	12 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.11 dapat dilihat bahwa mayoritas caregiver yang berusia lebih dari 40 tahun mengalami stres ringan (80,5%). Namun demikian, stres berat juga ditemukan pada caregiver yang berusia 20-30 tahun (24,3%) dan lebih dari usia 40 tahun (10,3%). Stres ringan ditemukan pada caregiver yang memiliki tingkat pendidikan SMA (81,1%) dan stres berat juga ditemukan pada sebagian kecil caregiver yang memiliki tingkat pendidikan SD (29,3%). Stres berat juga terdapat pada caregiver yang memiliki penghasilan di bawah UMR (18,9%), tingkat pengetahuan cukup (19,2%), peran caregiver sebagai istri (18,8%) dan jumlah anggota keluarga 3 orang (19,2%).

Tabel 5.12 Tabulasi Silang Stresor dengan Stres Pada Caregiver Tentang Anggota Keluarga Yang Menderita Post Stroke di Kota Tomohon, 2020

Stresor caregiver	Stres	Stres Sedang	Stres ringan	Total
	Berat	(n, %)	(n, %)	(n, %)
	(n, %)			
Lama anggota keluarga menderita stroke				
<10 bulan	16 (27,1)	7 (11,9)	36 (61)	59 (100)
11-20 Bulan	11 (10,5)	8 (7,6)	86 (81,9)	105 (100)
21-30 Bulan	3 (9,7)	0 (0)	28 (90,3)	31 (100)
>30 Bulan	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Tingkat ketergantungan				
Mandiri	16 (41)	3 (7,7)	20 (51,3)	39 (100)
Ringan	10 (11)	7 (7,7)	74 (81,3)	91 (100)
Berat	2 (4,3)	4 (8,5)	41 (87,2)	47 (100)
Penuh	2 (8,7)	1 (4,3)	20 (87)	23 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)
Quality of life				
Kurang	21 (31,8)	3 (4,5)	42 (63,6)	66 (100)
Cukup	3 (4)	11 (14,7)	61 (81,3)	75 (100)
Baik	6 (10,2)	1 (1,7)	52 (88,1)	59 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)

Berdasarkan tabel 5.12 dapat dilihat bahwa sebagian besar caregiver mengalami stres ringan saat merawat penderita post stroke selama rentang waktu 21-30 bulan (90,3%). Namun pada penelitian ini ditemukan bahwa walaupun penderita memiliki tingkat ketergantungan berat, tingkat stres caregiver ada dalam kategori ringan (87,2%). Kualitas hidup yang baik juga diiringi dengan stres ringan (88,1%). Tingkat ketergantungan penderita dapat berhubungan dengan tingkat stres caregiver. Namun, adanya budaya dalam memberikan dukungan sosial pada masyarakat lain yang membutuhkan dapat mengurangi tingkat stres caregiver (Agustina dan Aiyub, 2018).

Tabel 5.13 Tabulasi Silang Stres dengan Persepsi Caregiver tentang kondisi yang dialami keluarga di Kota Tomohon, 2020

Stres pada Caregiver	Persepsi Caregiver	Persepsi Caregiver	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Berat	10 (33,3)	20 (66,7)	30 (100)
Sedang	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (100)
Ringan	13 (8,4)	142 (91,6)	155 (100)
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.13 dapat dilihat bahwa sebagian besar caregiver memiliki stres ringan jika persepsi saat ini positif (91,6%). Namun demikian, sebagian caregiver memiliki stres berat saat persepsi yang dimiliki positif (66,7%) dimana hal ini terjadi karena terdapat faktor lain yang juga mempengaruhi persepsi caregiver, seperti faktor stresor. Banyak faktor

yang mempengaruhi kemampuan caregiver dalam mengelola kebutuhan penderita post stroke. Menjaga ketahanan fisik dan kesehatan mental para caregiver penting dilakukan, untuk memberikan perawatan yang tepat bagi penderita stroke di rumah. Tingkat stres yang tinggi dan dukungan yang tidak memadai dapat menyebabkan berbagai keluhan seperti keluhan fisik, gejala depresi, memburuknya hubungan interpersonal, perasaan penurunan kemampuan, penurunan kualitas hidup, dan meningkatkan risiko terjadinya penyakit lainnya (Putri dkk., 2020).

Tabel 5.14 Tabulasi Silang Stresor dengan Persepsi Caregiver Tentang Kondisi Yang Dialami Keluarga di Kota Tomohon, 2020

Stresor caregiver	Persepsi Caregiver	Persepsi Caregiver	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Lama anggota keluarga menderita stroke			
<10 bulan	23 (39)	36 (61)	59 (100)
11-20 Bulan	20 (19)	85 (81)	105 (100)
21-30 Bulan	5 (16,1)	26 (83,9)	31 (100)
>30 Bulan	0 (0)	5 (100)	5 (100)
Total	48 (24)	152 (76)	200 (100)
Tingkat ketergantungan			
Mandiri	21 (53,8)	18 (46,2)	39 (100)
Ringan	19 (20,9)	72 (79,1)	91 (100)
Berat	8 (17)	39 (83)	47 (100)
Penuh	0 (0)	23 (100)	23 (100)
Total	48 (24)	152 (76)	200 (100)
Quality of life			
Kurang	27 (40,9)	39 (59,1)	66 (100)
Cukup	12 (16)	63 (84)	75 (100)
Baik	9 (15,3)	50 (84,7)	59 (100)
Total	48 (24)	152 (76)	200 (100)

Berdasarkan tabel 5.14 digambarkan bahwa persepsi caregiver positif saat merawat anggota keluarga yang menderita stroke selama rentang waktu 21-30 bulan (83,5%). Namun demikian, dalam penelitian ini menemukan bahwa

persepsi caregiver positif (83%) walaupun penderita post stroke memiliki tingkat ketergantungan berat.

Tabel 5.15 Tabulasi Silang Persepsi Caregiver Tentang Anggota Keluarga Yang Menderita *Post Stroke* dengan Stres di Kota Tomohon, 2020

Persepsi Caregiver	Stres Berat	Stres Sedang	Stres ringan	Total
	(n, %)	(n, %)	(n, %)	(n, %)
Negatif	19 (39,6)	5 (10,4)	24 (50)	48 (100)
Positif	11 (7,2)	10 (6,6)	131 (86,2)	152 (100)
Total	30 (15)	15 (7,5)	155 (77,5)	200 (100)

Hasil analisa tabulasi silang pada tabel 5.15 menjelaskan bahwa caregiver yang memiliki persepsi positif berhubungan dengan tingkat stres yang ringan (86,2%).

Tabel 5.16 Tabulasi Silang *Community Resources* dengan Persepsi Caregiver tentang kondisi yang dialami keluarga di Kota Tomohon, 2020

<i>Community resources</i>	Persepsi Caregiver	Persepsi Caregiver	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
<i>Collective efficacy</i>			
Negatif	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (100)
Positif	20 (11,3)	157 (88,7)	177 (100)
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)
<i>Social network</i>			
Kurang	4 (50)	4 (50)	8 (100)
Cukup	9 (23,7)	29 (76,3)	38 (100)
Baik	15 (9,7)	139 (90,3)	154 (100)
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)
<i>Social support</i>			
Kurang	7 (50)	7 (50)	14 (100)
Cukup	1 (3,3)	29 (96,7)	30 (100)
Baik	20 (12,8)	136 (87,2)	156 (100)
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)
<i>Access to new contact and information</i>			
Kurang	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100)
Cukup	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (100)
Baik	19 (11,9)	141 (88,1)	160 (100)

<i>Community resources</i>	Persepsi Caregiver	Persepsi Caregiver	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
<i>Collective efficacy</i>			
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.16 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver memiliki persepsi positif jika memiliki community resources seperti *collective efficacy* yang positif (88,7%), *social network* yang baik (90,3%), *social support* yang cukup (96,7%) dan *access to new contact and information* yang cukup (92,6%). Adanya kecukupan sumber daya yang ada di masyarakat akan mempengaruhi persepsi individu yang baik dalam menilai stimulus yang diterimanya (Kilewer, 2013).

Tabel 5.17 Tabulasi Silang *Community Resources* dengan *Self-Efficacy Caregiver* Saat Ini di Kota Tomohon, 2020

<i>Community resources</i>	<i>Self-Efficacy</i>	<i>Self-Efficacy</i>	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
<i>Collective efficacy</i>			
Negatif	9 (39,1)	14 (60,9)	23 (100)
Positif	28 (15,8)	149 (84,2)	177 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
<i>Social network</i>			
Kurang	6 (75)	2 (25)	8 (100)
Cukup	8 (21,1)	30 (78,9)	38 (100)
Baik	23 (14,9)	131 (85,1)	154 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
<i>Social support</i>			
Kurang	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100)
Cukup	7 (23,3)	23 (76,7)	30 (100)
Baik	26 (16,7)	130 (83,3)	156 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
<i>Access to new contact and information</i>			
Kurang	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100)
Cukup	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (100)
Baik	28 (17,5)	132 (82,5)	160 (100)

<i>Community resources</i>	<i>Self-Efficacy</i>	<i>Self-Efficacy</i>	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.17 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver memiliki *self-efficacy* yang positif jika memiliki *community resources* seperti *collective efficacy* yang positif (84,2%), *social network* yang baik (85,1%), *social support* yang baik (83,3%) dan *access to new contact and information* yang cukup (92,6%).

Tabel 5.18 Tabulasi Silang *Community Resources* dengan Strategi Koping *Caregiver Problem-Emotion* di Kota Tomohon, 2020

<i>Community resources</i>	Strategi Koping Emotional- Based	Strategi Koping Problem-based	Total
	(n, %)	(n, %)	(n, %)
<i>Collective efficacy</i>			
Negatif	3 (13)	20 (87)	23 (100)
Positif	7 (4)	170 (96)	177 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
<i>Social network</i>			
Kurang	0 (0)	8 (100)	8 (100)
Cukup	4 (10,5)	34 (89,5)	38 (100)
Baik	6 (3,9)	148 (96,1)	154 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
<i>Social support</i>			
Kurang	0 (0)	14 (100)	14 (100)
Cukup	4 (13,3)	26 (86,7)	30 (100)
Baik	6 (3,8)	150 (96,2)	156 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
<i>Access to new contact and information</i>			
Kurang	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100)
Cukup	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (100)
Baik	6 (3,8)	154 (96,3)	160 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.18 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver memiliki strategi koping *problem-based* jika

memiliki *community resources* seperti *collective efficacy* yang positif (96%), *social network* yang baik (96,1%), *social support* yang baik (96,2%) dan *access to new contact and information* yang baik (96,3%). Strategi koping merupakan upaya kognitif atau perilaku individu yang dilakukan untuk mengelola stres internal maupun eksternal. Koping yang berfokus pada masalah melibatkan adanya dukungan dari orang sekitar, seperti dukungan sosial, jejaring sosial dan memotivasi individu untuk melakukan perubahan yang positif. Dukungan sosial yang tinggi berkorelasi dengan pencapaian hasil yang lebih baik, tidak merasa tertekan dan status kesehatan yang lebih baik (Tang dan Qin, 2015).

Tabel 5.19 Tabulasi Silang *Spiritual-Religious Coping* dengan *Adversity Quotient* di Kota Tomohon, 2020

<i>Spiritual-religious coping</i>	<i>Adversity Quotient</i>			Total (n, %)
	<i>Quitters</i>	<i>Campers</i>	<i>Climbers</i>	
	(n, %)	(n, %)	(n, %)	
Makna				
Negatif	9 (47,4)	3 (15,8)	7 (36,8)	19 (100)
Positif	35 (19,3)	70 (38,7)	76 (42)	181 (100)
Total	44 (22)	73 (36,5)	83 (41,5)	200 (100)
Keuntungan				
Negatif	15 (44,1)	9 (26,5)	10 (29,4)	34 (100)
Positif	29 (17,5)	64 (38,6)	73 (44)	166 (100)
Total	44 (22)	73 (36,5)	83 (41,5)	200 (100)
Kenyamanan				
Negatif	17 (48,6)	11 (31,4)	7 (20)	35 (100)
Positif	27 (16,4)	62 (37,6)	76 (46,1)	165 (100)
Total	44 (22)	73 (36,5)	83 (41,5)	200 (100)
Keintiman				
Negatif	14 (43,8)	10 (31,3)	8 (25)	32 (100)
Positif	30 (17,9)	63 (37,5)	75 (44,6)	168 (100)
Total	44 (22)	73 (36,5)	83 (41,5)	200 (100)
Kehidupan				
Negatif	14 (45,2)	10 (32,3)	7 (22,6)	31 (100)
Positif	30 (17,8)	63 (37,3)	76 (45)	169 (100)
Total	44 (22)	73 (36,5)	83 (41,5)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.19 di atas dapat dijelaskan bahwa *caregiver* yang memiliki *adversity quotient* dalam kategori *climbers*

dengan sosok yang tangguh, ulet dan tabah dalam menghadapi kesulitan selama merawat anggota keluarga yang mengalami stroke memiliki *spiritual-religious coping* dengan makna positif (42%), keuntungan positif (44%), kenyamanan positif (46,1%), keintiman positif (44,6%) dan kehidupan yang positif (45%).

Tabel 5.20 Tabulasi Silang *Self-Efficacy* dengan Strategi Koping *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

<i>Self-efficacy</i> pada <i>Caregiver</i>	Strategi Koping <i>Emotional-Based</i>	Strategi Koping <i>Problem-based</i>	Total (n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Negatif	1 (2,7)	36 (97,3)	37 (100)
Positif	9 (5,5)	154 (94,5)	163 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.20 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver yang memiliki *self-efficacy* positif mempunyai strategi koping *problem-based* (94,5%). Kemampuan koping berfokus pada masalah seseorang akan sangat dipengaruhi oleh keyakinan seseorang dalam menghadapi suatu masalah dan kemampuan dirinya atau *self-efficacy*. Individu yang memiliki efikasi diri yang positif akan cenderung menganggap masalah sebagai suatu tantangan bukan sebagai ancaman. Individu yang memiliki efikasi diri yang positif memilih strategi koping yang berfokus pada masalah untuk memperbaiki situasi, sedangkan individu yang memiliki efikasi diri negatif cenderung memilih strategi koping yang berfokus pada emosi, karena mereka percaya tidak ada yang dapat mereka lakukan untuk mengubah situasi yang sedang mereka hadapi (Sujono, 2014).

Tabel 5.21 Tabulasi Silang *Adversity Quotient* dengan Strategi Koping *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

<i>Adversity Quotient</i> pada <i>Caregiver</i>	Strategi Koping <i>Emotional-Based</i>	Strategi Koping <i>Problem-based</i>	Total
	(n, %)	(n, %)	(n, %)
<i>Quitters</i>	5 (11,4)	39 (88,6)	44 (100)
<i>Campers</i>	1 (1,4)	72 (98,6)	73 (100)
<i>Climbers</i>	4 (4,8)	79 (95,2)	83 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.21 di atas dapat dijelaskan bahwa strategi koping *problem-based* ditunjukkan pada *caregiver* yang memiliki *adversity quotient* dalam kategori *climbers* (95,2%) dan *campers* (98,6%). *Climbers* merupakan sosok yang ulet dan gigih, sementara *campers* merupakan sosok yang menunjukkan keberanian untuk mengambil risiko dan merasa puas dengan hasil yang dicapainya saat ini.

Tabel 5.22 Tabulasi Silang *Adversity Quotient* dengan Persepsi *Caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga di Kota Tomohon, 2020

<i>Adversity Quotient</i> pada <i>Caregiver</i>	Persepsi <i>Caregiver</i>	Persepsi <i>Caregiver</i>	Total
	Negatif	Positif	(n, %)
	(n, %)	(n, %)	
<i>Quitters</i>	13 (29,5)	31 (70,5)	44 (100)
<i>Campers</i>	10 (13,7)	63 (86,3)	73 (100)
<i>Climbers</i>	5 (6)	78 (94)	83 (100)
Total	28 (14)	172 (86)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.22 di atas dapat dijelaskan bahwa persepsi positif saat ini ditunjukkan pada *caregiver* yang memiliki *adversity quotient* dalam kategori *climbers* (94%) dan *campers* (86,3%).

Tabel 5.23 Tabulasi Silang *Spiritual-Religious Coping* dengan *Self-Efficacy Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

<i>Spiritual-Religious Coping</i>	<i>Self-efficacy</i> Negatif (n, %)	<i>Self-efficacy</i> Positif (n, %)	Total (n, %)
Makna			
Negatif	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100)
Positif	28 (15,5)	153 (84,5)	181 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
Keuntungan			
Negatif	11 (32,4)	23 (67,6)	34 (100)
Positif	26 (15,7)	140 (84,3)	166 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
Kenyamanan			
Negatif	13 (37,1)	22 (62,9)	35 (100)
Positif	24 (14,5)	141 (85,5)	165 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
Keintiman			
Negatif	8 (25)	24 (75)	32 (100)
Positif	29 (17,3)	139 (82,7)	168 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)
Kehidupan			
Negatif	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (100)
Positif	27 (16)	142 (84)	169 (100)
Total	37 (18,5)	163 (81,5)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.23 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver yang memiliki *self-efficacy* positif juga memiliki *spiritual-religious coping* dengan makna positif (84,5%), keuntungan positif (84,3%), kenyamanan positif (85,5%), keintiman positif (82,7%) dan kehidupan yang positif (84%).

Tabel 5.24 Tabulasi Silang *Spiritual-Religious Coping* dengan Strategi Koping *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

<i>Spiritual-Religious Coping</i>	Strategi Koping <i>Emotional-Based</i>	Strategi Koping <i>Problem-based</i>	Total (n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Makna			
Negatif	2 (10,5)	17 (89,5)	19 (100)
Positif	8 (4,4)	173 (95,6)	181 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
Keuntungan			
Negatif	4 (11,8)	30 (88,2)	34 (100)
Positif	6 (3,6)	160 (96,4)	166 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
Kenyamanan			
Negatif	4 (11,4)	31 (88,6)	35 (100)
Positif	6 (3,6)	159 (96,4)	165 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
Keintiman			
Negatif	4 (12,5)	28 (87,5)	32 (100)
Positif	6 (3,6)	162 (96,4)	168 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)
Kehidupan			
Negatif	4 (12,9)	27 (87,1)	31 (100)
Positif	6 (3,6)	163 (96,4)	169 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.24 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar *caregiver* yang memiliki strategi koping *problem-based* mempunyai *spiritual-religious coping* dengan makna positif (95,6%), keuntungan positif (96,4%), kenyamanan positif (96,4%), keintiman positif (96,4%) dan kehidupan yang positif (96,4%).

Tabel 5.25 Tabulasi Silang Persepsi *Caregiver* Tentang Kondisi Yang Dialami Keluarga dengan Strategi Koping *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

Persepsi <i>Caregiver</i> Saat Ini	Strategi Koping <i>Emotional-Based</i>	Strategi Koping <i>Problem-based</i>	Total (n, %)
	(n, %)	(n, %)	
Negatif	3 (10,7)	25 (89,3)	28 (100)
Positif	7 (4,1)	165 (95,9)	172 (100)
Total	10 (5)	190 (95)	200 (100)

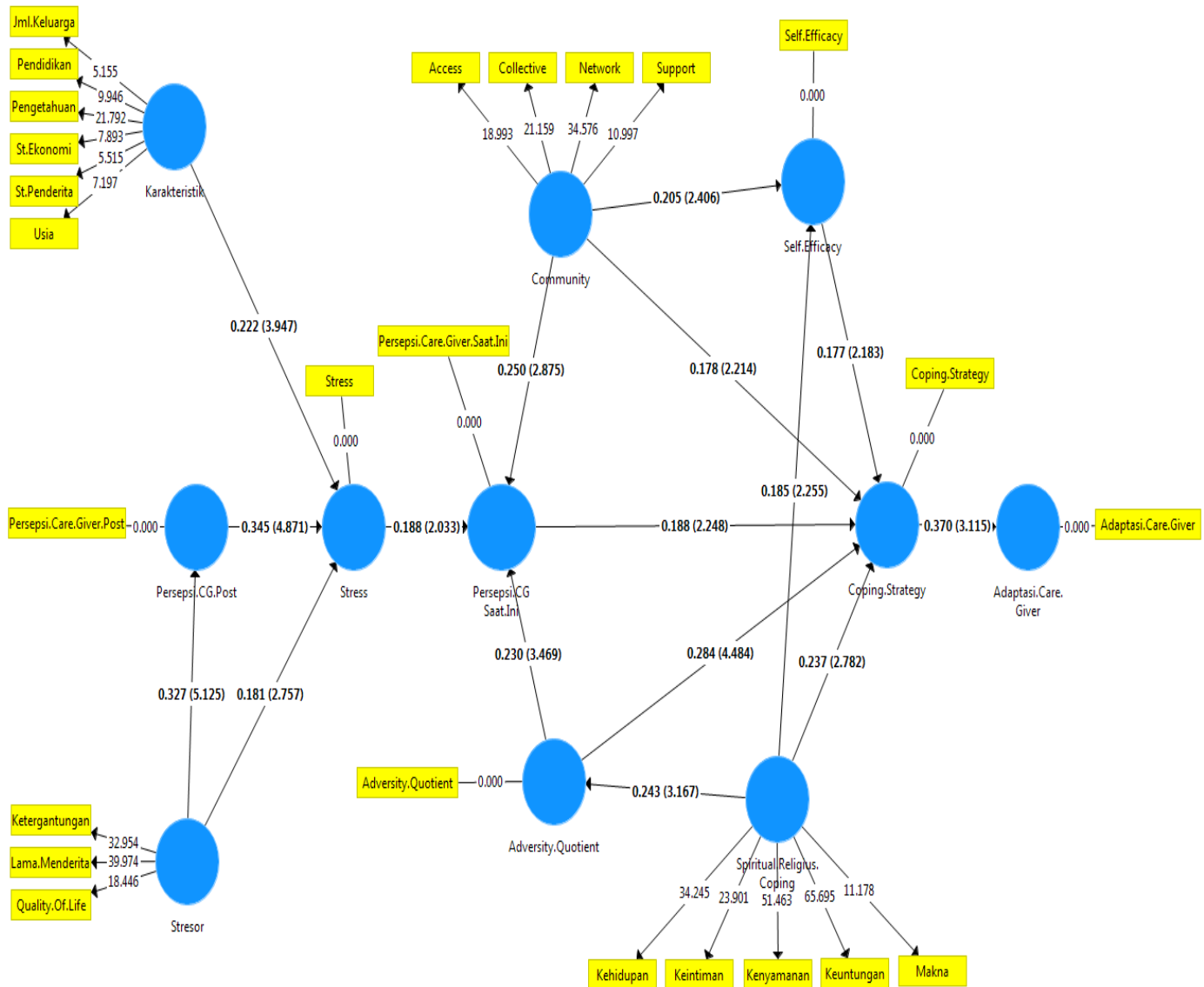
Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.25 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver yang memiliki strategi koping *problem-based* mempunyai persepsi yang positif saat ini (95,9%).

Tabel 5.26 Tabulasi Silang Strategi Koping dengan Adaptasi Caregiver di Kota Tomohon, 2020

Strategi koping	Adaptasi Negatif	Adaptasi Positif	Total
	(n, %)	(n, %)	(n, %)
<i>Emotional Based</i>	6 (60)	4 (40)	10 (100)
<i>Problem Based</i>	15 (7,9)	175 (92,1)	190 (100)
Total	21 (10,5)	179 (89,5)	200 (100)

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.26 di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar caregiver yang memiliki adaptasi positif mempunyai strategi koping *problem-based* (92,1%). Namun demikian, terdapat sebagian caregiver yang memiliki adaptasi negatif juga mempunyai strategi koping *problem-based* (60%).

5.2 Analisis Model Pengukuran dan Model Struktural Adaptasi *Caregiver* Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Post Stroke



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik *Caregiver* di Kota Tomohon

Penelitian ini melibatkan sejumlah 200 orang *caregiver* yang merupakan anggota keluarga penderita *post stroke* di Kota Tomohon. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia *caregiver* terbanyak yaitu lebih dari 40 tahun dan memiliki tingkat pendidikan tertinggi SMA. Berdasarkan data statistik di Amerika Serikat, rata-rata *caregiver* berusia lebih dari 40 tahun, yaitu 49,2 tahun (Family *Caregiver* Alliance, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Ariska *dkk.* (2020) juga menjelaskan bahwa lebih dari 40% *caregiver* yang merawat penderita stroke memiliki tingkat pendidikan SMA.

Penghasilan yang rendah dapat menambah beban finansial pada *caregiver* dan mempengaruhi kemampuannya untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan dan kecukupan akses menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat (Zahra dan Sutejo, 2019). Masih banyaknya *caregiver* dalam penelitian ini yang memiliki penghasilan kurang dari UMR menunjukkan adanya beban finansial yang cukup berat bagi *caregiver* untuk merawat penderita *post stroke*.

Penghasilan yang masih kurang di bawah UMR juga berkaitan dengan akses terhadap dukungan pendidikan yang adekuat. Studi ini menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan *caregiver* masih banyak yang belum begitu baik tentang merawat anggota keluarga yang mengalami *post stroke*. Pengetahuan, kemampuan

dan keterampilan yang lebih luas sangat diperlukan agar keluarga dapat memahami informasi yang diperlukan dalam membantu perawatan penderita (Zahra dan Sutejo, 2019). Tingkat pengetahuan yang baik dapat membantu *caregiver* dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat dalam merawat penderita post stroke sehingga dapat mengurangi beban tambahan *caregiver* (Ariska dkk., 2020). Dengan demikian, pengetahuan yang belum baik juga berkaitan dengan status ekonomi keluarga yang masih di bawah rata-rata sehingga hal ini akan mempengaruhi sejauhmana keluarga mampu merawat penderita stroke ke depannya.

Caregiver yang merawat anggota keluarga *post stroke* pada umumnya adalah suami (29,5%), istri (34,5%) dan anak (24%). Data statistik tentang *caregiver* di Amerika Serikat menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* merawat orang yang dikasihinya, yaitu pasangan, orang tua ataupun anak (Family Caregiver Alliance, 2016). Studi ini menunjukkan bahwa pasangan dan anak-anak juga ikut berjuang dengan masalah yang sama. Mayoritas *caregiver* keluarga yang memberikan perawatan kepada pasangannya atau orang tuanya tinggal di rumah yang sama dengan penerima perawatan. Adanya kedekatan hubungan *caregiver* dengan penderita dapat memberikan dukungan yang positif selama menjalani peran perawatan. Perawat yang ada di komunitas juga dapat memfasilitasi responden *caregiver* untuk mengembangkan harapan setiap anggota keluarga, sehingga memiliki coping yang adaptif.

6.4 Pengaruh *Community Resources* Terhadap Strategi Koping *Problem-Emotion Focused*

Penelitian ini menjelaskan bahwa terdapat pengaruh *community resources* terhadap mekanisme koping *problem-emotion*. *Community resources* dalam penelitian ini yaitu seperti jejaring sosial terbukti memiliki peran yang berharga dalam mendukung perawatan penderita post stroke yang membutuhkan pemulihan jangka panjang. Sedangkan keberhasilan perawatan ini juga dapat dipengaruhi oleh faktor efikasi diri dan dukungan sosial yang ada. Efikasi kolektif sebagai salah satu komponen penting dalam *community resources* mempengaruhi sejauhmana self efikasi yang dimiliki individu (Vassilev *et al.*, 2019). *Caregiver* yang memiliki efikasi kolektif akan menilai bahwa masyarakat di sekitarnya memiliki kemampuan untuk terlibat dalam memberikan dukungannya pada orang lain. Bentuk dukungan yang dimaksud dapat meliputi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan penilaian.

6.11 Pengaruh *Spiritual Religious Coping* Terhadap *Adversity Quotient*

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh *spiritual religious coping* terhadap *adversity quotient*. Koping *spiritual religious* digambarkan sebagai keyakinan eksistensial yang memungkinkan *caregiver* memahami makna, signifikansi, dan tujuan tertinggi selama menjadi pengasuh penderita. Koping jenis ini juga dapat meningkatkan kenyamanan diri dan mengurangi adanya persepsi negatif selama membantu perawatan penderita (González-Rivera dan Rosario-Rodríguez, 2018). *Adversity Quotient* menggambarkan apakah *caregiver*

merasa cukup puas atau merasa aman dengan apa yang telah dicapai saat ini dalam merawat anggota keluarga yang menderita post stroke. *Caregiver* yang memiliki *spiritual religious coping* yang baik akan memungkinkan individu mampu melihat makna yang terkandung dalam setiap peran yang dijalannya dan memaknai setiap aktivitas sebagai suatu keyakinan sehingga dapat melaksanakan tugas dengan penuh tanggung jawab.

6.12 Pengaruh *Self Efficacy* Terhadap Strategi Koping *Problem-Emotion Focused*

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh self efficacy terhadap mekanisme koping problem-emotion focused. Self Efficacy terbentuk melalui proses belajar yang dapat diterima individu pada tingkat pendidikan formal. Individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi biasanya memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan menerima pendidikan formal, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan lebih banyak mendapat kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan dalam hidupnya. Responden yang memiliki efikasi diri yang tinggi, cenderung akan memiliki keyakinan yang kuat sehingga ia akan mampu mengatasi hambatan yang ditemuinya. Selain itu responden juga lebih persisten dalam berupaya dan lebih mampu bersikap toleran terhadap kesulitan maupun beban kelelahan yang dialaminya. Upaya yang kuat tersebut membuat mereka lebih mampu mengatasi masalah yang dihadapi dan tidak bersikap menghindar.

6.13 Pengaruh *Adversity Quotient* Terhadap Strategi Koping *Problem-Emotion Focused*

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh *adversity quotient* terhadap strategi koping *problem-emotion focused*. *Caregiver* yang memiliki *adversity quotient* yang tinggi cenderung memiliki strategi koping *problem-focused* sehingga mereka akan lebih fokus untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi dan tetap bisa melanjutkan peran perawatan pada penderita post stroke.

6.14 Pengaruh *Spiritual Religious Coping* Terhadap Strategi Koping *Problem-Emotion Focused*

Penelitian ini menjelaskan bahwa ada pengaruh *spiritual religious coping* terhadap strategi koping *problem-emotion focused*. Agama dan spiritualitas merupakan salah satu jenis koping yang dipilih untuk mengatasi permasalahan, karena melibatkan lokus kontrol internal dalam situasi stres. Kegiatan religius dan spiritual membantu merefleksikan ulang peristiwa stres dengan cara memotivasi individu secara intrinsik untuk menghadapi stressor yang muncul. Kegiatan keagamaan dapat dimungkinkan menjadi sumber pemupukan spiritualitas, dan aktivitas keagamaan yang sehat menjadi salah satu media untuk mengekspresikan spiritualitas (Amjad dan Bhokarey, 2014).

Spiritualitas juga dapat memotivasi *caregiver* untuk menggunakan strategi koping yang efektif dengan koping *problem emotion focused* sebagai upaya yang dilakukan saat menghadapi situasi stres secara langsung. Dalam situasi stres,

spiritualitas meningkatkan ketahanan dan sikap optimis individu. Spiritualitas akan meningkatkan pemberdayaan individu dalam menghadapi stresor dengan adanya rasa aman dari Tuhan. Hal ini juga menggambarkan bahwa spiritualitas dapat mempengaruhi individu untuk memilih strategi koping yang berfokus pada pemecahan masalah, pilihan optimis, dibandingkan dengan menyerah pada situasi stress. *Caregiver* yang menggunakan *spiritual religious coping* akan lebih berfokus pada keyakinan religiusitas dan spiritualitas yang lebih tinggi. Hal ini menyiratkan adanya penggunaan agama seseorang untuk menguatkan sumber daya yang dimiliki dalam menggunakan strategi koping *problem focused*.

6.15 Pengaruh Persepsi *Caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga Terhadap Strategi Koping *Problem-Emotion Focused*

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pengaruh persepsi *caregiver* saat ini terhadap terhadap strategi koping *problem-emotion focused*. Koping merupakan cara individu dalam mengatasi stres yang dihadapi, yakni hasil berpikir dan persepsi individu. Koping yang berfokus pada masalah mencakup semua upaya aktif individu untuk mengelola situasi stres dan mengubah hubungan individu-lingkungan yang bermasalah untuk mengubah atau menghilangkan sumber stres melalui perilaku individu. Sedangkan koping yang berfokus pada emosi mencakup semua upaya yang dilakukan untuk mengurangi perubahan emosional dari peristiwa yang menimbulkan stres (Schoenmakers *et al.*, 2015). Pada studi ini, strategi koping *Problem-Emotion Focused* merupakan cara *caregiver* saat menghadapi situasi stres langsung selama merawat penderita post

stroke. Strategi koping yang berfokus pada masalah digunakan oleh *caregiver* dengan memusatkan pada cara: melakukan sesuatu untuk mengatasi masalah dan merencanakan strategi tentang apa yang harus dilakukan, atau berpikir tentang langkah apa yang harus diambil untuk membantu perawatan penderita post stroke.

6.19 Pengaruh *Spiritual Religious Coping* Terhadap *Self Efficacy*

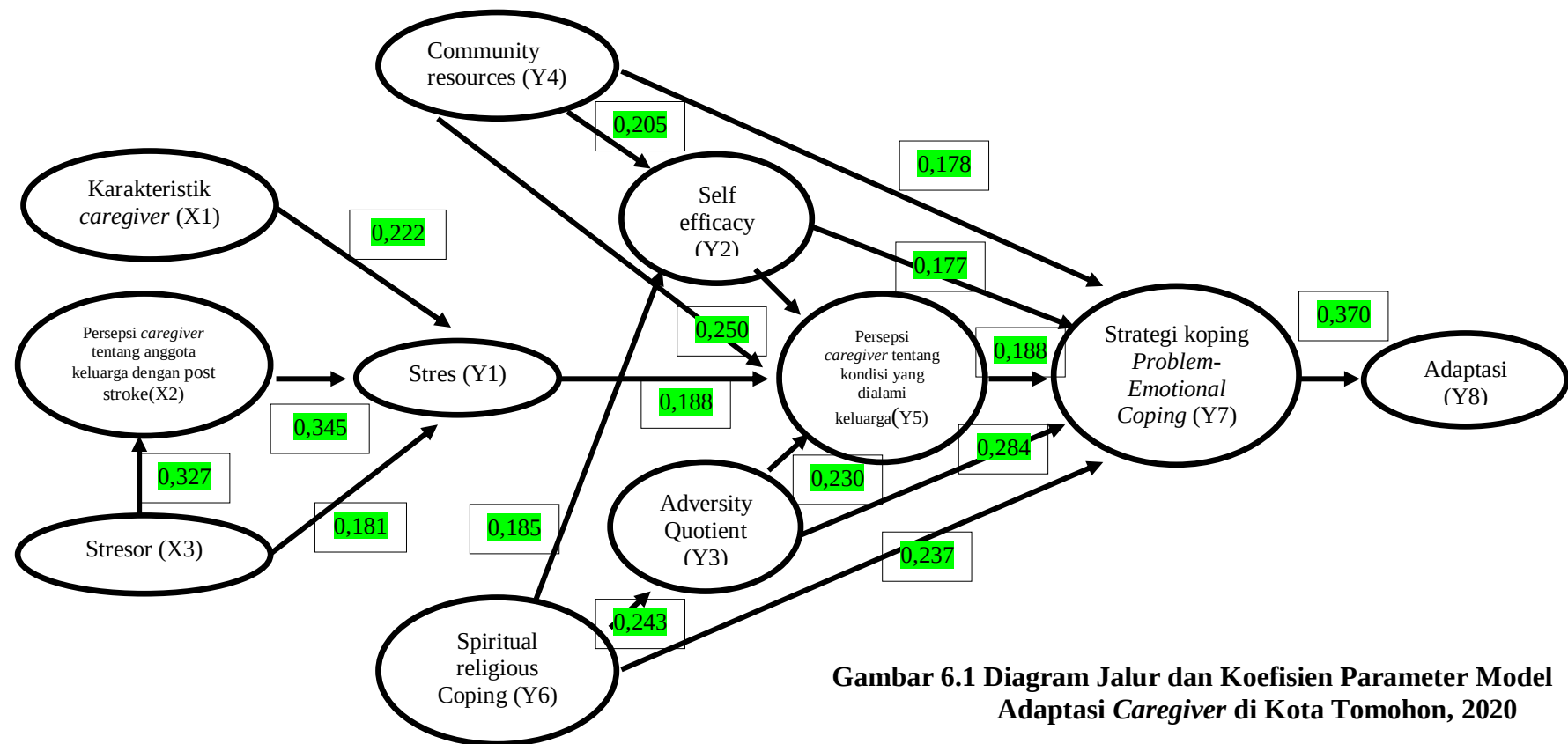
Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh spiritual religious coping terhadap self. *Spiritual religious Coping* mempengaruhi efikasi diri *caregiver*. Melalui spiritualitas yang tinggi, *caregiver* akan memandang perilaku pengasuhannya sebagai berikut ini: 1) Pertama, kepercayaan pada Tuhan memungkinkan *caregiver* untuk memiliki dukungan, kenyamanan, dan kekuatan dalam menjalankan peran mereka; 2) Kedua, *caregiver* dengan spiritualitas tinggi mengartikan perannya sebagai wahana untuk pertumbuhan spiritual dan pengembangan pribadi; 3) Ketiga, *caregiver* memaknai arti, tujuan, dan arah kehidupan, serta peran mereka sebagai pengasuh. Spiritualitas yang rendah akan lebih berisiko terhadap kejadian stres, cemas maupun depresi. Ketiga aspek ini merupakan manfaat adanya spiritualitas yang membantu *caregiver* untuk memiliki efikasi diri yang baik dalam hal mengatasi, mengelola, dan menyelesaikan perubahan hidup yang dihadapi (González-Rivera dan Rosario-Rodríguez, 2018). Dalam penelitian ini ditunjukkan bahwa *caregiver* memaknai perannya, merasakan keuntungan, kenyamanan, keintiman, kehidupan secara positif. Hal inilah yang seterusnya mempengaruhi efikasi diri *caregiver* dalam melakukan peran perawatannya di rumah.

6.20 Pengaruh Strategi Koping *Problem-Emotion Focused* Terhadap Adaptasi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa ada pengaruh strategi koping *problem-emotion focused* terhadap adaptasi. Pada penelitian ini, strategi koping *problem-emotion*. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* yang memiliki adaptasi positif mempunyai strategi koping *problem-based*. Strategi koping yang berfokus pada masalah banyak digunakan oleh *caregiver* dimana mereka berupaya akan melakukan sesuatu jika terjadi masalah, dan berusaha mencari tahu strategi apa yang harus dilakukan, atau berpikir keras tentang langkah apa yang harus dilakukan mengambil. Selain itu pada *caregiver* yang menggunakan jenis koping berbasis emosi, lebih sedikit yang mengalami stres, cemas atau depresi. Strategi berfokus emosi yang paling sering digunakan oleh *caregiver* yaitu: penerimaan (menerima kenyataan), bantuan emosional (mendapatkan dukungan/kenyamanan emosional dari orang lain), humor, *positive reframing* (melihat sisi positif di dalamnya); agama (mencoba menemukan kenyamanan melalui kegiatan ibadah atau spiritual (Monteiro *et al.*, 2018).

6.21 Temuan Ilmiah Baru (Novelty)

Temuan dalam penelitian ini adalah model adaptasi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke yang dikembangkan berdasarkan teori *doble ABCX* dengan penambahan spiritual religius coping dan hubungan antar variabel yang menunjukkan hubungan baru dan belum ada sebelumnya.



Gambar 6.1 Diagram Jalur dan Koefisien Parameter Model Adaptasi *Caregiver* di Kota Tomohon, 2020

Berdasarkan gambar 6.1 ditunjukkan bahwa model adaptasi merupakan model yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Model adaptasi *caregiver* dalam merawat stroke dibentuk melalui beberapa faktor yaitu persepsi *caregiver*, stres, persepsi *caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga, strategi koping problem emotion dan adaptasi. Hubungan antar jalur yang memiliki nilai koefisien terbesar adalah variabel strategi koping problem-emotion focused yang berpengaruh positif secara langsung terhadap adaptasi *caregiver*. Adaptasi mencakup upaya kognitif dan perilaku untuk menyesuaikan diri dengan kondisi stres atau tekanan emosional yang terkait. *Community resources* sebagai faktor protektif yang mempengaruhi strategi koping problem emotion meliputi efikasi kolektif, dukungan sosial, jejaring sosial dan akses terhadap informasi baru. Melalui strategi koping ini *caregiver* cenderung beradaptasi lebih baik terhadap stresor kehidupan yang dihadapi.

6.24 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu: tidak mengukur variabel yang dimungkinkan berpengaruh langsung terhadap adaptasi *caregiver*, seperti: kondisi psikologis *caregiver*, kualitas hubungan interpersonal antara *caregiver* dan penderita post stroke, pengalaman *caregiver*. Oleh karena itu diharapkan pada penelitian selanjutnya dapat lebih dalam mengeksplorasi tentang berbagai faktor personal yang dimungkinkan berpengaruh terhadap adaptasi *caregiver*, seperti kondisi status mental emosional *caregiver* dan pengalaman *caregiver* selama merawat penderita post stroke.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Model adaptasi *caregiver* dalam merawat stroke dibentuk melalui beberapa faktor yaitu persepsi *caregiver*, stress, persepsi *caregiver* tentang kondisi yang dialami keluarga, strategi coping problem-emotion dan adaptasi.
2. Community resources sebagai faktor protektif yang mempengaruhi strategi coping problem-emotion *caregiver* meliputi efikasi kolektif, dukungan sosial, jejaring sosial dan akses terhadap kontak dan informasi baru
3. Faktor yang berpengaruh terhadap stres *caregiver* adalah karakteristik keluarga, stressor dan persepsi *caregiver*. Hal ini menunjukkan ketiga faktor tersebut adalah faktor penentu yang mempengaruhi stres *caregiver* selama membantu perawatan penderita.
4. Faktor yang berpengaruh terhadap persepsi *caregiver* di awal proses perawatan penderita adalah stressor. Adanya stressor dapat menentukan sejauh mana keluarga memandang proses perawatan sebagai ancaman atau beban tambahan keluarga dimana selanjutnya stressor akan mempengaruhi proses adaptasi *caregiver* dalam membantu perawatan penderita. Faktor karakteristik keluarga tidak berpengaruh secara langsung terhadap persepsi keluarga di awal.

5. Faktor yang berpengaruh terhadap persepsi *caregiver* saat ini adalah *adversity quotient*, *community resources*, *spiritual religious coping* dan stres *caregiver*. Faktor-faktor tersebut yang menentukan sejauhmana *caregiver* mampu memahami tugas dan perannya dalam membantu perawatan penderita. Faktor *adversity quotient* dan *community resources* merupakan faktor penting yang dapat menguatkan adaptasi sekaligus mengurangi stres *caregiver*.
6. Faktor yang berpengaruh secara langsung terhadap strategi koping *problem-emotion* adalah persepsi *caregiver* saat ini, *adversity quotient*, *community resources*, *self-efficacy* dan *spiritual religious coping*. Keempat faktor tersebut yang juga menentukan sejauhmana *caregiver* mampu beradaptasi selama proses perawatan penderita.
7. *Adversity quotient* dipengaruhi secara langsung oleh *spiritual religious coping*, namun dalam penelitian ini *spiritual religious coping* tidak dipengaruhi secara langsung oleh *community resources*. *Spiritual religious coping caregiver* justru mempengaruhi *self-efficacy* dan strategi koping *problem-emotion caregiver* penderita post stroke.
8. Adaptasi dipengaruhi secara langsung oleh faktor strategi koping *problem-emotion*. Hubungan antar jalur kedua variabel ini yang memiliki nilai koefisien terbesar dalam model adaptasi *caregiver* penderita post stroke.

7.2 Saran

1. Institusi kesehatan

- a. Model Adaptasi *Caregiver* Dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke bermanfaat sebagai sumber informasi, rujukan dan bahan acuan dalam *caregiver* memberi perawatan pasien stroke.
- b. Institusi kesehatan dalam hal ini Puskesmas dan Rumah Sakit agar dapat menyediakan kelompok pendukung Home visit atau *Hot line* untuk *caregiver*.

2. Bagi *caregiver*

- a. Model Adaptasi *Caregiver* Dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke dapat menjadi pedoman mencegah dan mengatasi emosi negatif dan stres selama perawatan pasien stroke. *Caregiver* pun diharapkan mampu mengolah emosi dengan beberapa cara yaitu, minta orang lain untuk melakukan tugas yang tidak dapat dilakukan, luangkan waktu untuk diri sendiri, minta bimbingan dan konsultasi pada tim kesehatan cara memberikan perawatan pasien stroke, cari tempat rehabilitasi untuk anggota keluarga yang menderita post stroke.
- b. Mampu meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam beradaptasi dengan penderita post stroke melalui peningkatan persepsi *caregiver*, *self efficacy*, *community resources* yang ada di sekitar

tempat tinggalnya, *adversity quotient*, *spiritual religious coping* dan strategi koping *problem-emotion focused*.

- c. Mendapatkan buku panduan *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke.

3. Bagi perawat

- a. Model Adaptasi *Caregiver* Dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke bermanfaat sebagai sumber informasi, rujukan dan bahan acuan baru dalam *caregiver* memberi perawatan pasien stroke khususnya perawat agar mampu memberikan penyuluhan kesehatan dan pendampingan bagi *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan post stroke.
- b. Mampu meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan dukungan terhadap kemampuan koping *caregiver* dalam merawat penderita post stroke dan melatih *caregiver* untuk mampu memilih strategi koping yang adaptif agar mampu menyesuaikan diri selama membantu perawatan penderita post stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I. S. (2008). *Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Refika Aditama.
- Association, a. h. (2012). *What Is Caregiver Burnout? Answers By Heart*. s.n.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The Exercise of Control: A Review*. *Pharmacoeconomics*. Freeman Caregivers.
- Baron. (2000). *Social Psychology*. Pearson/Allyn & Bacon. Pennsylvania State University.
- Black. (2009). *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome*. USA: Elsevier Inc, eighth Edition ed.
- Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., & Emami, A. H. (2016). Spiritual Care Training for Mothers of Children with Cancer: Effects on Quality of Care and Mental Health of Caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(2), 545–552. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.545>
- Dharma, K. K., Damhudi, D., Yarden, N., & Haeriyanto, S. (2018). Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.002>
- Friedman. (2010). *Family Nursing: Research, Theory and Practice* (5th editio). Pearson Education.
- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strians of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58(2), 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.09.017>
- Hatefi, M., Vaisi-Raygani, A., Borji, M., & Tarjoman, A. (2020). Investigating the Relationship between Religious Beliefs with Care Burden, Stress, Anxiety, and Depression in Caregivers of Patients with Spinal Cord Injuries. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1754–1765. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00853-3>

- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Bagher Maddah, S., Fallahi Khoshknab, M., & Ahmadi, F. (2015). Family Adaptation to Stroke: A Metasynthesis of Qualitative Research based on Double ABCX Model. *Asian Nursing Research*, 9(3), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.005>
- Hu, X., Dolansky, M. A., Su, Y., Hu, X., Qu, M., & Zhou, L. (2016). Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.006>
- İnci, F. H., & Temel, A. B. (2016). The effect of the support program on the resilience of female family caregivers of stroke patients: Randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 32, 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.002>
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Górna, K., & Kozubski, W. (2014). Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of Medical Science*, 5, 941–950. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.46214>
- Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. (2014). EFFECTS OF REHABILITATION SERVICES ON ANXIETY, DEPRESSION, CARE-GIVING BURDEN AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF STROKE CAREGIVERS. *Acta Medica (Hradec Kralove, Czech Republic)*, 57(2), 68–72. <https://doi.org/10.14712/18059694.2014.42>
- Kementarian Kesehatan RI. (2018). *Data Statistik Penderita Stroke di Indonesia*. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).
- Kowalak. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kruithof, W. J., Post, M. W. M., van Mierlo, M. L., van den Bos, G. A. M., de Man-van Ginkel, J. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient Education and Counseling*, 99(10), 1632–1640. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>

- Lazarus. (1984). *Psychological Stress and The Coping Process*. NY. Springer.
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Oliveira, G. R., Crispim, D., Pires, S. L., Gorzoni, M. L., Panicio, C. R. G., & Koenig, H. G. (2014). Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 403–413. <https://doi.org/10.1111/jpm.12092>
- Lumbantobing. (2007). *Stroke, Bencana Peredaran Darah di Otak*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- McKenry. (2005). *Families Coping With Change : A Conceptual Overview*. In. P. C. Mckenry & Price S.J (Eds). *Families & Change : Coping With Stressful Event and Transitions*. CA. Sage.
- Murwani. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga; Konsep dan Aplikasi Kasus*. Mitra Cendikia Press.
- Niemeier, J. P., Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., & Sima, A. P. (2019). A Randomized Controlled Pilot Study of a Manualized Intervention for Caregivers of Patients With Traumatic Brain Injury in Inpatient Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(4), S65–S75. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.422>
- Pesantes, M. A., Brandt, L. R., Ipince, A., Miranda, J. J., & Diez-Canseco, F. (2017). An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: Emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. *ENeurologicalSci*, 6, 33–50. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.11.004>
- Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S., & Waters, C. M. (2017). A Community Based Program for Family Caregivers for Post

- Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nursing Research*, 11(2), 150–157.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.009>
- Pucciarelli, G., Lee, C. S., Lyons, K. S., Simeone, S., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes: A Growth Mixture Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(3), 433-440.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.428>
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Hosseinzadeh, M., Razavi, S. S., Dickens, G. L., & Vahidi, M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.006>
- Rathier, L. A., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Grover, C., & Tremont, G. (2015). Religious Coping in Caregivers of Family Members With Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 34(8), 977–1000.
<https://doi.org/10.1177/0733464813510602>
- Rice, V. H. (2000). *Handbook of Stress, Coping and Health : Implications For Nursing, Theory and Practice*. SAGE Publication.
- Schultz, D. P. (2011). *A History Modern of Psychology*. Wordsworth. Cengage Learning.
- Schulz. (1994). *Association Between depression and mortality in older adults*. Arch Intern Med.
- Shi, J., McCallion, P., & Ferretti, L. A. (2017). Understanding differences between caregivers and non-caregivers in completer rates of Chronic Disease Self-Management Program. *Public Health*, 147, 128–135.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.02.001>
- Silbernagl. (2007). *Teks and Atlas Berwarna Patofisiologi*. Alih Bahasa Iwan Setiawan & Iqbal Mochtar. EGC Cetakan I.
- Stoltz. (2006). *Adversity Quotient. Turning Obtacles to Opportunities* John Wiley

& Sons Inc.

Stolz, P. G. (2006). *Adversity Quotient. Turning Obstacles to Opportunities*. Jhon Wiley & Sons Inc.

Stuart. (2013). *Psychiatric Of Nursing* (9 ed). Elseiver. Mosby.

Vitorino, L. M., Marins, L. S., Granero Lucchetti, A. L., Oliveira Santos, A. E., Cruz, J. P., Oliveira Cortez, P. J., & Lucchetti, G. (2018). Spiritual/religious coping and depressive symptoms in informal caregivers of hospitalized older adults. *Geriatric Nursing*, 39(1), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.001>

Wilmoth. (2009). The ABC-X Model of Family Stress In The Book Of Philipians. *Journal of Psychology and Theology*, Vol 37(No 3), 155–162.

Yu, Y., McGrew, J. H., Rand, K. L., & Mosher, C. E. (2018). Using a model of family adaptation to examine outcomes of caregivers of individuals with autism spectrum disorder transitioning into adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.007>



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, DAN KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Laman: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 5620/UN3.1.10/PK/2021

7 Oktober 2021

Hal : Undangan Penyanggah Ujian Doktor Terbuka

a.n. Vione Deisi Oktavina Sumakul, S.Kep., Ns., M.Kep

Yth.

1. Dr. Santi Martini, dr., M.Kes (Ketua Sidang)
2. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes (Promotor)
3. Dr. Shrimarti Rukmini Devi (Ko-Promotor)
4. Prof. Dr. Bagong Suyanto, Drs., M.Si
5. Dr. Linda Augustien Makalew, Dra., M.Kes
6. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes
7. Dr. Moch. Bahrudin, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
8. Dr. Siti Nurul Fajriah, S.Pd., SFT., Physio., M.Kes
9. Prof. Dr. Chatarina Umbul Wahyuni, dr., MS., MPH (Ketua Ujian Disertasi Tertutup)

di tempat

Dengan ini kami mohon kehadiran Saudara sebagai **Undangan Penyanggah** Ujian Doktor Terbuka Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga atas nama Promovendus **Vione Deisi Oktavina Sumakul, S.Kep., Ns., M.Kep** (NIM. 101817087320) yang akan diselenggarakan pada:

Hari / Tanggal : Senin, 18 Oktober 2021

Pukul : 10.00 – 12.00 WIB

Media : Zoom Meeting

<https://us06web.zoom.us/j/89320644701?pwd=RWwyZ3VTd3hKYU5qUUlkUEdUODAxZz09>

Meeting ID: **893 2064 4701**

Password: **udtvione**

Atas perhatian dan kehadiran Saudara, kami sampaikan terima kasih.



a.n. Dekan

Wakil Dekan I,

Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS

NIP 196202281989112001

Catatan :

- Dimohon *join meeting* pada **pukul 09.45 WIB**
- Pakaian : - **Pria : Berjas Warna Gelap / Jas Almamater UNAIR**
- **Wanita : Rapi Berjas / Blazer**

PENYANGGAH UJIAN TERBUKA

An. Vione Deisi Sumakul, S.Kep., Ns., M.Kes

NIM : 101817087320

Tanggal : 18 Oktober 2021
Hari : Senin
Jam : 10.00 WIB – SELESAI
Judul : PENGEMBANGAN MODEL ADAPTASI *CAREGIVER* DALAM MERAWAT
ANGGOTA KELUARGA DENGAN POST STROKE

No	NAMA	KETERANGAN	INSTANSI
1	Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes	Promotor	FKM Unair
2	Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes	Ko-Promotor	FKM Unair
3	Prof. Dr. Bagong Suyanto, Drs., M.si	Penyanggah Hp : 081 2352 7714	Fisip Unair
4	Dr. Linda Augustien M, Dra., M.Kes	Penyanggah Hp : 0813 4000 6909	Poltekkes Manado
5	Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.KM., M.Kes	Penyanggah Hp : 081 2327 1291	FKM. Unair
6	Dr. Moch. Bahrudin, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB	Penyanggah Hp : 0813 3035 6330	Poltekkes Surabaya
7	Dr. Siti Nurul F, S.Pd., S.Ft.Physio., M.Kes	Penyanggah Hp : 0813 4385 5772	Poltekkes Makassar
8	Prof. Dr. Chatarina Umbul Wahyuni, dr., MS., MPH	Ketua Ujian Tertutp	FKM Unair
9	Dr. Santi Martini, dr., M.Kes	Pimpinan Sidang Terbuka	FKM Unair

Surabaya, 6 Oktober 2021



Hari Basuki N.