

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Angka kematian bayi merupakan salah satu indikator yang mempengaruhi tujuan Pembangunan Milenium Berkelanjutan (PMB). Setiap tahun di dunia diperkirakan empat juta bayi baru lahir meninggal pada minggu pertama kehidupan, tingginya kematian bayi menunjukkan bahwa pembangunan di bidang kesehatan belum berhasil (WHO, 2012). Menurut Saputri (2017) bahwa sekitar 57 persen kematian bayi terjadi pada bayi umur di bawah 1 bulan dan utamanya disebabkan oleh gangguan selama perinatal dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa gestasi.

Sampai saat ini Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di banyak negara, karena menjadi salah satu faktor penyebab kematian bayi. Menurut WHO, di seluruh dunia lahir sekitar 20 juta bayi dengan berat lahir rendah dan 19 juta di antaranya lahir di beberapa negara berkembang (Setyo dan Paramita, 2015). Keadaan ini diperburuk lagi oleh kurangnya asupan gizi dalam kehamilan yang berdampak pada defisiensi nutrisi mikro seperti anemia yang dapat berakibat fatal pada ibu hamil dan bayi baru lahir (Setyo dan Paramita, 2015).

Secara nasional beberapa provinsi memiliki persentase balita dengan BBLR yang cukup tinggi jika dibandingkan angka nasional (10,2%), antara lain Provinsi Nusa Tenggara Timur (15,5%), Sulawesi Tengah (16,8%), dan

Papua (15,6%). Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2015 presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K1) sebesar (72,7%) sedangkan target yang harus dicapai adalah (100%). Presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2015 sebesar 53,3% dan tahun 2016 turun lagi menjadi 51,46%, sedangkan target indikator nasional 95% (Kemenkes RI, 2017). Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (RI) Tahun 2015-2019 berkomitmen akan menurunkan persentase BBLR dari 10,2% menjadi 8% (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/52/2015).

Data lain yang juga saling terkait adalah tenaga penolong persalinan. Penolong persalinan di Nusa Tenggara Timur mayoritas (58,2%) ditolong oleh bidan, urutan berikutnya adalah dukun (27%), dokter kebidanan dan kandungan (6,5%), dan yang lainnya dengan persentase yang lebih kecil. Karena beragamnya penolong persalinan tersebut di mana sebagian bukan tenaga kesehatan, maka persentase persalinan seluruhnya yang ditolong oleh tenaga kesehatan hanya 66% (Kemenkes RI, 2013). Hal ini berujung pada upaya pencarian pelayanan kesehatan yang juga berhubungan erat dengan keberadaan fasilitas kesehatan. Tempat bersalin di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebagian besar (42,1%) adalah rumah/lainnya dan selanjutnya adalah Puskesmas/Pustu (29,4%), Rumah Sakit (19,3%), Polindes/Poskesdes (6,4%), dan terkecil di RB/klinik/praktek nakes (2,7%) (Kemenkes RI, 2013).

Salah satu kabupaten di Provinsi NTT yang memiliki persoalan terkait *Antenatal Care* (ANC) dan BBLR adalah Kabupaten Timor Tengah Selatan

(TTS). Data menunjukkan bahwa persentase BBLR dalam kurun waktu 3 tahun terakhir cenderung meningkat: 2013 (5,5%), 2014 (5,6%), dan 2015 (6,1%). Persentase kunjungan pertama ibu hamil (K1) sebesar 72,7% dari target 100%. Persentase K-4, trendnya cenderung menurun 3 tahun terakhir yaitu: 2013 (76%), 2014 (68%), dan 2015 (67%). Apabila dibandingkan dengan target Standar Pelayanan Minimum (SPM) 2015 (95%) maka terdapat kesenjangan sebesar 28%. Cakupan K-4 dibandingkan dengan cakupan K-1 masih ada kesenjangan yang cukup jauh, sehingga perlu diatur strategi dan kajian serta analisis untuk pencapaian target kunjungan ibu hamil K-4 di Kabupaten TTS. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan masih 87,5% dari target 100%. Ibu hamil yang mendapat tablet Fe sebesar 56,2% dan persentase ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT adalah sebagai berikut; TT1 (21,2%), TT2 (18,3%), TT3 (7,5%), TT4(5,9%), dan TT5 (6,1%) (Dinkes Kabupaten TTS, 2015).

Persentase ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) mencapai 30% sedangkan secara nasional 24,2% (Kemenkes RI, 2013). Akumulasi persoalan kesehatan ini bermuara pada tingginya kematian ibu dan bayi di Kabupaten TTS pada tahun 2015 yaitu 327/100.000 KH dan 100 kasus kematian bayi (Dinkes Kabupaten TTS, 2015).

Kota Kupang sebagai barometer Provinsi NTT, memiliki catatan kesehatan terkait ANC terpadu dengan cakupan K1 Tahun 2013 sampai tahun 2015 adalah berturut-turut 97,70%; 97,00%; dan 97,70%. Cakupan ini telah melewati target nasional sebesar 90% namun masih berada di bawah target

Resntra Dinas Kesehatan Kota Kupang yakni 100%. Data cakupan K4 Tahun 2013 sampai tahun 2015 adalah berturut-turut 82,27%; 83,00%; dan 79,80%. Apabila dibandingkan dengan target Renstra Dinkes Kota Kupang tahun 2015 yakni sebesar 90%, maka pelayanan K4 ibu hamil di Kota Kupang terlihat belum memuaskan, juga ditemukan 337 Bayi dengan BBLR pada Tahun 2015, sedangkan puskesmas dengan persentase BBLR tertinggi adalah Puskesmas Manutapen dengan 35 kasus (12,5%) dan terendah adalah Puskesmas Oepoi dengan 13 kasus (1,1%) (Dinkes Kota Kupang, 2015).

Torlesse, *et al* (2016), menjelaskan bahwa BBLR sangat berkaitan erat dengan kematian neonatal dan morbiditas, terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan kognitif, serta penyakit kronis di kemudian hari. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan prematur mengakibatkan kematian neonatal yang tinggi yaitu sebesar 30,3% (Setyo dan Paramita, 2015). Bayi yang lahir dengan BBLR akan mengalami pertumbuhan yang lambat, kecenderungan mereka juga memiliki intelektual yang lebih rendah, dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya, dan ini akan membutuhkan biaya perawatan yang sangat tinggi (Parente, *et al.*, 2013).

Banyak faktor yang mempengaruhi ibu selama kehamilannya sehingga mengakibatkan kejadian BBLR. Teori HL Blum menyatakan kondisi sehat secara holistik bukan hanya kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Menciptakan kondisi sehat seperti ini diperlukan suatu keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh. Lebih lanjut secara rinci terungkap faktor penyebab kejadian BBLR adalah faktor risiko

ibu yang meliputi: usia, paritas, jarak kehamilan, penyakit yang diderita, riwayat obstetri, dan status gizi (Moshsin, *et al.*, 2003). Faktor lain juga adalah lingkungan yang meliputi: ketinggian tempat tinggal, pendidikan ibu, dan pendapatan keluarga (Dennis dan Mollborn, 2013). Faktor risiko janin seperti: jenis kelamin, gestasi, dan kelainan kongenital juga ikut mempengaruhi (Setyo dan Paramita, 2015).

Salah satu faktor yang menjadi sorotan khusus adalah pelayanan kesehatan terutama yang berkaitan dengan BBLR. Pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam upaya mencegah kejadian BBLR sangatlah dibutuhkan terutama pada *Antenatal Care* (ANC) terpadu. Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar peranannya. Sebab pelayanan kesehatan ANC terpadu terjadi di Puskesmas (Agus dan Rachmawati, 2015). Sumberdaya manusia di puskesmas merupakan bagian penting yang perlu mendapat perhatian khusus dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Berdasarkan Permenkes 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat telah disebutkan dengan jelas bahwa dalam puskesmas minimal harus terdapat 9 jenis tenaga kesehatan. Semua tenaga ini harus berkolaborasi untuk mencapai tujuan puskesmas yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten TTS, terdapat 36 puskesmas dengan total tenaga kesehatan 563 orang yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, tenaga gizi, kesehatan masyarakat, sanitarian, dan tenaga laboratorium.

Hasil survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada Maret 2018 di tiga puskesmas di Kabupaten TTS yaitu Puskesmas Kota Soe, Puskesmas Siso, dan Puskesmas Nulle. Dan dua Puskesmas di Kota Kupang yaitu: Puskesmas Pasir Panjang, dan Puskesmas Oesapa ditemukan bahwa pelayanan ANC terpadu telah dijalankan pada fasilitas kesehatan yaitu puskesmas dan posyandu. Pelayanan ANC dalam pelaksanaannya di setiap puskesmas sering berkolaborasi antar profesi kesehatan dengan bidan bertindak sebagai koordinatornya. Meski demikian, kolaborasi yang dilakukan tidaklah menggunakan prinsip-prinsip kolaborasi interprofesi secara komprehensif. Hal ini menyebabkan *outcome* layanan yang mereka dapatkan rendah. Cakupan kualitas dan kuantitas ANC terpadu pun rendah dan kasus BBLR pun tiap tahun meningkat.

Umumnya ANC terpadu dijalankan dengan mengacu pada buku panduan ANC terpadu yang melibatkan: 1) dokter, 2) perawat, 3) bidan, 4) dokter gigi, 5) tenaga laboran, 6) petugas gizi, dan 7) tenaga kesehatan masyarakat. Pelaksanaan di lapangan ternyata kegiatan ini masih bersifat *referral*/rujukan. Contoh, jika ada kasus gizi kurang atau Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu, baru dirujuk ke petugas gizi.

Keadaan ini diperkuat oleh penelitian Soerachman dan Yuana (2013), terkait masih dominannya persalinan yang dilakukan di rumah oleh tenaga non kesehatan di Kabupaten TTS. Hal ini terjadi akibat kurang proaktif dan kurangnya kerja sama antar petugas kesehatan. Ini menggambarkan lemahnya kolaborasi interprofesi dalam pelaksanaan ANC terpadu. Artinya belum ada

kolaborasi yang efektif antar profesi kesehatan dalam mengatasi persoalan ini, padahal kolaborasi itu sendiri didasari prinsip mengenai kebersamaan, kesetaraan, tanggung jawab, dan tanggung gugat (Roberts dan Redman, 2017). Apabila tidak ada kolaborasi yang baik antar tenaga kesehatan maka tujuan dari Puskesmas tidak akan tercapai termasuk kejadian BBLR tidak dapat dicegah (Mosadeghrad, 2014). Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang Tahun 2015 menegaskan telah terjadi peningkatan pelayanan ANC hal ini dilihat dari naiknya angka persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari 75,10%, yang kemudian meningkat menjadi, 86,07% pada akhir tahun 2015.

Profesi kesehatan yang ada di puskesmas (Dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, tenaga gizi, laboran, dan tenaga kesehatan masyarakat) sebagai sebuah tim di puskesmas harus juga menjalin kerja sama dan berkolaborasi dengan keluarga ibu, pemerintah kecamatan/desa setempat, dan para pemuka agama untuk memotivasi ibu melakukan ANC terpadu. Tenaga kesehatan harus memiliki hal-hal sebagai berikut: percaya pada kolaborasi interprofesi, mengerti peran dalam tim, memiliki tujuan bersama, totalitas melayani, bergantung satu dengan yang lain, dan peran professional (Sakai,*et al.*, 2017). Kolaborasi interprofesi ini akan mendorong kualitas ANC terpadu menjadi semakin baik dan dapat mencegah terjadinya BBLR.

Berdasarkan latar belakang ini maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah masih rendahnya kolaborasi antar profesi kesehatan dalam ANC terpadu untuk mencegah terjadinya BBLR di Kabupaten TTS dan Kota Kupang. Penelitian ini pada akhirnya mendapatkan model kolaborasi

interprofesi dalam meningkatkan kualitas pelayanan ANC terpadu untuk mencegah persoalan BBLR di Kabupaten TTS dan Kota Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## 1.2 Kajian Masalah

Masih tingginya angka BBLR di Provinsi NTT merupakan suatu hal yang patut diwaspadai. Efek berlanjut dari BBLR ini sangat beragam mulai dari persoalan gizi buruk, imun tubuh yang rendah, menderita berbagai penyakit, hingga pada kematian (Torlesse, *et al.*, 2016). Kabupaten TTS memiliki persentase BBLR dalam kurun waktu 3 tahun terakhir cenderung meningkat dari 2013 (5,5%), 2014 (5,6%), dan 2015 (6,1%) dari bayi lahir hidup. Sedangkan Kota Kupang rata-rata persentase BBLR 2015 sebesar 4,1% (Dinkes Kota Kupang, 2015). Penyebab kejadian ini beragam mulai dari faktor perilaku ibu, lingkungan, hereditas, hingga pelayanan kesehatan.

Ibu hamil umumnya dihadapkan pada persoalan yang rumit antara lain: kurangnya asupan gizi, komplikasi penyakit, pendidikan yang rendah, serta perekonomian yang lemah. Hal ini juga terjadi pada ibu hamil di Kabupaten TTS. Selain itu, faktor risiko pada janin seperti jenis kelamin, jenis gestasi, dan kelainan kongenital juga ikut andil dalam terjadinya BBLR (Moshin., *et al.*, 2003). Guna mengatasi persoalan ini diperlukan kerja sama semua pihak. Pekerjaan ini tidak dapat dilakukan oleh satu jenis tenaga kesehatan saja, melainkan harus dilakukan oleh semua jenis tenaga kesehatan yang ada di sektor pelayanan kesehatan (Valentine, *et al.*, 2015).

Hendrik Blum dalam teorinya telah memaparkan kaitan antara derajat kesehatan dengan empat faktor yang mempengaruhinya yaitu: perilaku, lingkungan, hereditas, dan pelayanan kesehatan (Follér,1992). Konsep besar H. Blum ini kemudian dipadukan dengan konsep teori milik Celester (1980), serta Mosley dan Chen (2003). Celester (1980) dalam Afifah (2009) menggambarkan pola hubungan antara faktor sosial ekonomi, jenis kelamin, dan kelainan genetika dengan kematian bayi neonatal. Sedangkan Mosley dan Chen menyatakan faktor ibu yaitu umur, paritas, jarak kelahiran, dan faktor kontaminasi lingkungan berpengaruh pada kematian neonatal dini. Sedangkan Ronsman (2001) dalam Latifah (2012) mengatakan ada hubungan sebab akibat yang rumit antara faktor biologis ibu-bayi, demografi ibu, pelayanan kesehatan, dan lingkungan. Dari tiga konsep teori di atas terdapat ruang di mana sebelum terjadinya kematian neonatal dini, ada kemungkinan terjadi kasus BBLR. Dari semua teori yang ada dapat dikatakan bahwa baik pelayanan kesehatan, lingkungan, faktor risiko ibu, janin, dan faktor lainnya yang memberikan kontribusi terhadap kejadian BBLR.

Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang optimal berkorelasi kuat terhadap pencegahan BBLR. Pelayanan kesehatan berupa *Antenatal Care* (ANC) dan berbagai upaya kesehatan ibu dan anak, sangat penting untuk ditingkatkan agar mencegah kasus BBLR. Selain itu, sikap kooperatif ibu terhadap pelayanan kesehatan juga menjadi salah satu faktor risiko ibu yang perlu diperhatikan. Faktor risiko ibu lainnya meliputi usia, paritas, jarak

kehamilan, penyakit yang diderita, riwayat obstetri, dan status gizi memberikan pengaruh pada BBLR (Mohsin, *et al.*, 2003). Faktor lain juga yang berpengaruh adalah lingkungan yang meliputi: ketinggian tempat tinggal, pendidikan ibu, dan pendapatan keluarga (Dennis dan Mollborn, 2013). Faktor risiko janin seperti jenis kelamin, jenis gestasi, dan kelainan kongenital juga ikut mempengaruhi (Setyo dan Paramita, 2015). Faktor ibu yang dipengaruhi usia yang muda, pendidikan yang minim, dan ekonomi yang rendah akan menambah kemungkinan terjadinya BBLR semakin besar.

Provinsi NTT memiliki 379 Puskesmas dengan rincian puskesmas rawat inap sebanyak 179 unit dan puskesmas non rawat inap sebanyak 200 unit. Khusus di Kabupaten TTS terdapat 36 unit puskesmas dan Kota Kupang terdapat 11 Puskesmas (Dinkes Provinsi NTT, 2018). Artinya secara jangkauan fasilitas kesehatan sudah dapat menjangkau ke seluruh wilayah kecamatan baik yang ada di TTS maupun Kota Kupang.

Keberadaan sarana prasarana serta tenaga kesehatan ini harus memberikan kontribusi bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat terutama bagi kesehatan ibu hamil (Nair, *et al.*, 2016). Semua kompetensi kesehatan harus bersatu dan bekerja secara bersama-sama khususnya pada area ini. Semua penyebab masalah ini sebenarnya dapat diminimalisir apabila semua profesi yang cukup memadai di atas mau bekerja sama dan berkolaborasi dalam upaya pencegahan BBLR (Parente, *et al.*, 2013). Penanganan komplikasi ibu hamil secara kolaboratif dari berbagai profesi

kesehatan adalah salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan taraf hidup ibu dan bayi (Sicotte, *et al.*, 2002).

Kejadian BBLR pada bayi dipengaruhi oleh faktor jumlah anak yang banyak, terjadinya komplikasi selama kehamilan, status ekonomi keluarga yang rendah, dan jenis kelamin bayi perempuan. Variabel yang paling memberikan dampak adalah komplikasi selama kehamilan yang risiko BBLR mencapai 2,74 kali dibandingkan yang tidak komplikasi (Setyo dan Paramita, 2015). Artinya perlu pelayanan kesehatan yang komprehensif untuk menangani hal ini. Salah satu upaya mencegah terjadinya BBLR adalah dengan memprediksi secara dini berat janin yang ada dalam kandungan. Seorang ibu yang terdeteksi secara dini berat janin dalam kandungannya kurang dari normal dapat segera dicari penyebabnya dan segera diupayakan untuk mengatasi masalah tersebut, sehingga pada akhirnya dapat melahirkan bayi dengan berat badan normal (Drukker, *et al.*, 2018).

Selama ini pola pelayanan ANC terpadu secara umum di beberapa wilayah di Provinsi NTT masih mengandalkan profesi tertentu yaitu bidan. Sementara kompleksitas persoalan dan penatalaksanaan program di puskesmas sangat kompleks dan membutuhkan peran serta profesi kesehatan lainnya secara efektif dalam sebuah tatanan praktek kolaborasi interprofesi. Menurut Petri (2010), kolaborasi interprofesi tidak hanya sebatas satu profesi, melainkan dapat melibatkan berbagai profesi yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Khusus dalam kasus BBLR diperlukan berbagai dukungan termasuk dukungan suami/keluarga ibu, pemerintah kecamatan tempat di

mana ibu tinggal dan juga tokoh agama yang ada di dalam wilayah tersebut (Petri, 2010). Hal ini penting mengingat keadaan sosial budaya masyarakat di Kabupaten TTS masih dipengaruhi oleh sistem patriarkat yang cukup kuat. Selain itu wilayah kerja setiap puskesmas yang luas mengharuskan tenaga kesehatan perlu berkolaborasi dengan pihak lain seperti aparat kecamatan/desa setempat, sebab kolaborasi interprofesi dapat diperburuk dengan keadaan masyarakat di pedesaan yang terisolir secara geografis (Munro, 2013). Hal ini berbeda dengan kondisi Kota Kupang yang sudah lebih baik.

Kolaborasi interprofesi sangat diperlukan untuk menunjang kualitas pelayanan ANC terpadu. Kolaborasi sendiri membutuhkan sarana dan prasarana dan sumberdaya manusia (Munro, *et al.*, 2013). Potret pelayanan ANC terpadu dapat dilihat dari aspek masukan berupa: tenaga, dana, dan sarana/prasarana (Rahman, *et al.*, 2017). Aspek proses dapat dilihat dari kepatuhan pelayanan yang dilakukan sesuai SOP (Agus dan Rahmawati, 2015). Aspek *output* dapat dilihat dari cakupan pelayanan ANC terpadu K1 dan K4 serta cakupan penanganan komplikasi (Kemenkes RI, 2010). Pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam upaya mencegah kejadian BBLR sangatlah dibutuhkan terutama pada *Antenatal Care* (ANC) terpadu. Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar peranannya. Sebab pelayanan kesehatan ANC terpadu terjadi di puskesmas (Agus dan Rachmawati, 2015). Puskesmas harus dapat menjadi pemberi solusi bagi persoalan yang ada terutama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak.

Praktik kolaborasi interprofesi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor personal dan faktor situasional. Faktor personal terdiri dari indikator saling percaya antar profesi, kepatuhan pada regulasi, tanggung jawab, kerja sama, dan kemampuan berkomunikasi. Faktor situasional yang terdiri dari indikator kepemimpinan, pemberdayaan, dan dukungan sistem dan struktur. Bilamana kedua variabel memberi pengaruh positif terhadap kolaborasi interprofesi maka akan menghasilkan *output* yang bersifat positif terhadap: 1) Dimensi perilaku dan sikap bekerja: personal (kepuasan kerja dan kesetiaan) dan tim (kerja tim yang efektif dan kurangnya konflik dalam tim); 2) Dimensi Organisasi (keamanan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan); 3) Dimensi pasien (biopsikososial yang positif, kepuasan pasien, pemberdayaan pasien, dan lama waktu rawat) (Stutsky dan Laschinger, 2014). Hal ini diperkuat dengan pernyataan Mosadeghrad (2014), yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh karakter, kepribadian dari tenaga kesehatan, serta bergantung pada pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan itu sendiri.

Dua faktor ini mempengaruhi kolaborasi interprofesi sebagaimana dalam teori Sakai yaitu: percaya pada kolaborasi interprofesi, mengerti peran dalam tim, memiliki tujuan bersama, totalitas melayani, bergantung satu dengan yang lain, dan peran professional (Sakai, *et al.*, 2017). Komponen kolaborasi interprofesi ini wajib dimiliki oleh profesi kesehatan yang ada di puskesmas untuk selanjutnya juga mampu meningkatkan kualitas ANC terpadu, keterikatan tim, dan juga mengoptimalkan kooperatif ibu dengan

didukung oleh partisipasi suami/keluarga, pemerintah setempat, dan para pemuka agama dalam memberikan perhatian kepada ibu hamil (Petri, 2010).

Kualitas ANC terpadu sebagai variabel yang mempengaruhi kejadian BBLR harus ditingkatkan yaitu dengan memperhatikan kolaborasi interprofesi. Semakin baik kolaborasi interprofesi melalui peningkatan faktor personal dan faktor situasional akan meningkatkan kualitas pelayanan ANC terpadu dan akan mempengaruhi kejadian BBLR (Roberts dan Redman, 2017). Kolaborasi yang baik antara dokter umum, dokter gigi, bidan, perawat, tenaga gizi, laboran, dan tenaga kesehatan masyarakat akan memberikan kontribusi yang lebih baik terutama dalam meningkatkan kualitas ANC terpadu yang pada akhirnya dapat menurunkan angka BBLR.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Berdasarkan kajian masalah di atas, maka rumusan masalahnya adalah: Bagaimana Model Kolaborasi Interprofesi dalam ANC Terpadu dapat Mencegah Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kabupaten TTS dan Kota Kupang?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Menyusun model kolaborasi interprofesi dalam ANC terpadu untuk mencegah kejadian BBLR di Kabupaten TTS dan Kota Kupang.

### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh faktor personal dan faktor situasional terhadap kolaborasi interprofesi;
2. Menganalisis pengaruh faktor personal, faktor situasional, dan kolaborasi interprofesi terhadap keterikatan tim;
3. Menganalisis pengaruh dukungan kepada ibu dan kolaborasi interprofesi terhadap kooperatif ibu;
4. Menganalisis pengaruh kooperatif ibu, keterikatan tim, dan kolaborasi interprofesi terhadap kualitas pelayanan ANC terpadu;
5. Menganalisis pengaruh faktor personal, faktor situasional, kolaborasi interprofesi, dan kualitas pelayanan ANC terpadu terhadap kejadian BBLR.
6. Menghasilkan model struktural kolaborasi interprofesi dalam ANC terpadu untuk mencegah kejadian BBLR di Kabupaten TTS dan Kota Kupang.

## 1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diperoleh dalam penelitian ini di antaranya adalah:

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini menghasilkan model structural kolaborasi interprofesi melalui pengujian terhadap beberapa teori sebelumnya dan disintesis menjadi model baru untuk menambah khazanah ilmu pengetahuan dan memperkaya *body of knowledge* terkait kolaborasi interprofesi dalam konteks ANC terpadu.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

Model yang dihasilkan dari penelitian ini dapat membantu para praktisi kesehatan di puskesmas. Model ini mencakup 5 indikator yang signifikan dan harus diperhatikan dalam meningkatkan kualitas ANC untuk mencegah terjadinya BBLR.

Model ini selain digunakan di puskesmas dapat juga digunakan secara luas dalam institusi pelayanan kesehatan lainnya dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara umum untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat.