

DISERTASI

**MODEL PEMBERDAYAAN PADA MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT DALAM UPAYA MENURUNKAN
KESAKITAN DAN KEMATIAN BALITA DI
KOTAMADYA AILEU DAN LIQUIÇA
TIMOR LESTE**



JOAQUIM PINTO
NIM. 2253B1001

**PROGRAM STUDI S-3 KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS STRADA INDONESIA
KEDIRI
2025**

DISERTASI

**MODEL PEMBERDAYAAN PADA MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT DALAM UPAYA MENURUNKAN
KESAKITAN DAN KEMATIAN BALITA DI
KOTAMADYA AILEU DAN LIQUIÇA
TIMOR LESTE**



JOAQUIM PINTO
NIM. 2253B1001

**PROGRAM STUDI S-3 KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS STRADA INDONESIA
KEDIRI
2025**

**MODEL PEMBERDAYAAN PADA MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT DALAM UPAYA MENURUNKAN
KESAKITAN DAN KEMATIAN BALITA DI
KOTA MADYA AILEU DAN LIQUIÇA
TIMOR LESTE**

DISERTASI

Untuk memperoleh **Gelar Doktor** Dalam Program
Studi Kesehatan Masyarakat Pada Fakultas Pascasarjana
untuk dipertahankan dihadapan Panitia Ujian Disertasi



JOAQUIM PINTO
NIM. 2253B1001

**PROGRAM STUDI S-3 KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS STRADA INDONESIA
KEDIRI
2025**

Telah Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Disertasi
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Pascasarjana Universitas STRADA Indonesia
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh **Gelar Doktor (Dr.)**
Pada tanggal 8 Agustus 2025

Mengesahkan
Universitas STRADA Indonesia
Fakultas Pascasarjana

Plt. Direktur Pascasarjana



Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M M
NIDK. 8842201019

LEMBAR PERSETUJUAN

OLEH:

Promotor



Prof Dr. Sayekti Wahyuningsih, S.Si, M.Si
NIDN 0011127105

Ko-Promotor I



Dr Yenny Puspitasari, S.Kep.Ns., M.Kes
NIDN. 0723038001

Ko-Promotor II



Novita Ana Anggraini, S.Kep..Ns.,M.Kep, Ph.D
NIDN. : 07118601

Mengetahui

Plt. Direktur Pascasarjana



Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M M
NIDK. 8842201019

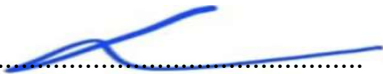
PANITIA UJIAN TERBUKA

Telah diuji pada Ujian terbuka

Tanggal 8 Agustus 2025

Ketua Sidang :

Dr. dr. Sentot Imam Suprpto,M.M

: 

Ketua Penguji :

Dr.Atik Setiawan Wahyuningsih,S.Kep.,Ners. M.kep :



Penguji I :

DR. Yuli Peristiwati,S.Kep.,Ns.,M.Kes

: 

Penguji II :

Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaeman,dr.FISPH,FISCM:




Penguji III

Dr. H. Menap,S.Kep,M.Kes

: 

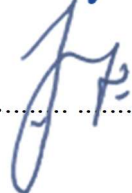
Penguji IV

Novita Ana Anggraini, S.Kep.,Ns.,MKep, Ph.D

: 

Penguji V

Dr Yenny Puspitasari, S.Kep.Ns., M.Kes

: 

Penguji VI

Prof Dr. Sayekti Wahyuningsih, S.Si, M.Si

: 

SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

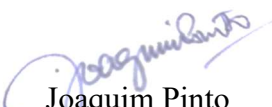
Nama : Joaquim Pinto
NIM : 2253B1001
Program Studi : S-3 Kesehatan Masyarakat
Alamat : Aldeia 03 Luru Mata, Suco Fatuhada, Dom Aleixo, Dili, Timor Leste
No. Telp. : +670-7726-7137

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Disertasi saya dengan judul “Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste, “ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (plagiarisme) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Strada Indonesia, maupun di Perguruan Tinggi lainnya;
2. Dalam disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan;
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan tidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis Disertasi ini, serta sanksi-sanksi lainnya sesuai dengan Peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kediri, 8 Agustus 2025

Mahasiswa


Joaquim Pinto
NIM : 2253B1001

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga disertasi yang berjudul “**Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste**” sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka menyelesaikan Program Doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Pascasarjana Universitas STRADA Indonesia dapat diselesaikan.

Terima kasih tidak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Prof Dr. Sayekti Wahyuningsih, S.Si, M.Si, selaku promotor yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran demi terselesainya disertasi ini dengan baik.

Terima kasih sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Dr.Yenny Puspitasari.,S.Kep.,Ns.,M.Kes, dan Novita Ana Anggraini, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Ph.D, Ko-Promotor I dan Ko-Promotr II, yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan, bimbingan, saran, dan arahan demi tersusunya disertasi ini. Tidak lupa kami menyampaikan terima kasih kepada Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaiman, dr.FISPH, FISCM dan Dr. Revi Gama Hatta Novita M.Kes yang telah membimbing dan mengarahkan peneliti demi menyempurnakan disertasi ini melalui perkuliahan mata kuliah penunjang disertasi pemberdayaan & promosi kesehatan dan kesehatan anak.

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada:

1. Bapak Rektor Universitas Strada Indonesia atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Doktor Ilmu Kesehatan di Fakultas Pascasarjana Universitas Strada Indonesia.
2. Para Wakil Rektor di Universitas Strada Indonesia yang telah melakukan mengkoordinir kegiatan akademik
3. Dr. Atik Setiawan Wahyuningsih.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua program studi S3 Kesehatan Masyarakat Fakultas pascasarjana Universitas Strada Indonesia
4. Seluruh Staf Pengajar S3 Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Pascasarjana Universitas Strada Indonesia
5. Staf pengelola program studi S3 Kesehatan Masyarakat
6. Kedua orang tuaku yang kini disisi Tuhan yang Maha Kuasa.
7. Istri dan putra-putriku tercinta dan teman seperjuangan.
8. Seluruh data kolektor yang berasal dari prodi Keperawatan, Kebidanan dan Farmasi di Universitas Nasional Timor Loro Sa'e yang telah membantu pengumpulan data penelitian di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

Kediri, 8 Agustus 2025

Mahasiswa

RINGKASAN

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu program yang sangat efisien dan efektif karena dalam pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dan menyeluruh artinya setiap balita sakit dibawa ke pusat pelayanan harus ditangani secara detail dari tanda bahaya umum, penatalaksanaan dan imunisasi. MTBS dibutuhkan untuk mengatasi kematian balita di negara-negara wilayah Sub-Sahara Afrika dan Asia karena setiap tahunnya terdapat 11 juta anak menderita penyakit diare, pneumonia, campak, kurang gizi dan masalah pada bayi baru lahir. Timor Leste merupakan salah satu negara yang telah mengimplementasikan MTBS sejak tahun 2000 dan berhasil menurunkan angka kematian dari 108.7/1000 kelahiran hidup menjadi 60/1000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Sampai tahun 2016 angka kematian balita dilaporkan 49.7/1000 kelahiran hidup. Juga sesuai dengan tujuan perencanaan kesehatan nasional Timor Leste bahwa sampai tahun 2030 diharapkan akan terjadi penurunan angka kematian balita menjadi 27/1000 kelahiran hidup. Namun, sesuai dengan target tujuan *Sustainable Development Goals* (SDG) sampai tahun 2030 angka kematian balita sebesar 25 per 1000 kelahiran hidup. Kantor perwakilan WHO di Timor Leste (2020), melaporkan bahwa Timor Leste sebagai salah satu negara di Asia Pasifik yang mempunyai angka kesakitan dan kematian balita tertinggi. Begitu juga WHO (2022) melaporkan bahwa terdapat 1451 kasus demam berdarah dengan *case fatality rate* (CFR) 0,7% pada tahun 2020 dan 901 kasus dengan CFR 1.2% pada tahun 2021. Begitu juga hasil penelitian Viera (2024) menunjukkan bahwa Timor Leste sudah bebas dari penyakit campak. Begitu juga WHO Timor Leste (2020) melaporkan bahwa angka kematian akibat diare mencapai sebesar 4,04% dari total kematian balita pada tahun 2020. Selain itu angka kematian akibat pneumonia yaitu sebesar 9,24% kasus kematian.

Kantor WHO Timor Leste (2021) juga melaporkan bahwa terdapat 47,1% balita mengalami masalah gizi buruk yang diakibatkan oleh makanan yang tidak aman. Kematian anak-anak berumur dibawah lima tahun sekitar 125.000 pertahun yang disebabkan oleh diare. Konsekuensi serius lainnya akibat penyakit bawaan yaitu gagal ginjal, gangguan otak dan saraf, artritis reaktif dan kanker. Sedangkan hasil *Demographic and Health Survey* (2016) menunjukkan bahwa cakupan imunisasi di Timor Leste 49%, ISPA 71%, diare 15%, anemia 40%, malaria 48% dan 96% *breastfeeding*.

Dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian balita di kotamadya Aileu dan Liquiça diperlukan pemberdayaan melalui *local wisdom* seperti tertuang dalam komponen ketiga strategi MTBS yaitu meningkatkan partisipasi keluarga dan masyarakat.

Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan model pemberdayaan pada MTBS dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di kotamadya Aileu dan Liquiça. Metode penelitian yang dipergunakan pada tahap pertama yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan *observational study* dengan jumlah 400 sampel. Variabel yang diteliti pada tahap pertama yaitu strategi promosi kesehatan, pemberdayaan, *local wisdom*, *matandook* dan implementasi MTBS dengan total 55 indikator. Sedangkan jenis penelitian tahap kedua yaitu *quasy experimental study* dengan 120 sample di kotamadya Aileu dan Liquiça. Jenis analisa data yang dipergunakan yaitu *SEM* dengan *SMART Partial Least Square*.

Hasil uji hipotesis dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh secara signifikan antara Pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan (SPK, dan *Local Wisdom Matandook* (LW-MD), sedangkan pengaruh Pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi MTBS serta pengaruh antara pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi MTBS melalui LW-MD dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian tidak signifikan. Begitu pula, pada uji validitas menunjukkan nilai

signifikansi lebih kecil dari 0,005 sehingga dinyatakan *valid* dan pada variabel LW-MD ada 5 pertanyaan lebih besar sehingga dinyatakan tidak *valid*. Sedangkan uji realibilitas menunjukkan bahwa semua hasil uji *alpha chronbach* $\geq 0,07$ sehingga dinyatakan reliabel.

Hasil penelitian Tahap I menunjukkan bahwa pengaruh pemberdayaan dengan *local wisdom* sebesar 0,012, pengaruh strategi promosi kesehatan (SPK) terhadap LW-MD sebesar 0,049. pengaruh LW-MD terhadap implementasi MTBS sebesar 0,050 pengaruh pemberdayaan terhadap implementasi MTBS sebesar yaitu 0,64, pengaruh SPK terhadap Implementasi MTBS sebesar 0,057, pengaruh antara pemberdayaan terhadap implementasi melalui LW-MD sebesar 0,065 dan , pengaruh antara SPK terhadap implementasi melalui LW-MD sebesar 0,063. Begitu berdasarkan hasil uji koefisien determinan menunjukkan bahwa variabel pemberdayaan =0,520, SPK=0,670, LW-MD=0,179 dan implementasi MTBS sebesar 0,560. sedangkan *uji R square adjusted* pada variabel pemberdayaan=0,521, SPK=0,667, LW-MD=0,330 dan implementasi MTBS= 0,545 dengan total R sebesar 0,860. Dapat disimpulkan bahwa variabel yang paling dominan yaitu SPK dengan nilai R sebesar 0,670 dengan R total 0,860. Model pemberdayaan yang rumuskan dalam penelitian ini adalah MTBS berbasis Masyarakat dengan melibatkan LW-MD yaitu tokoh masyarakat, pengobat tradisional, relawan kesehatan (*promotor saúde familia*) dan tokoh adat. Dari hasil analisis membantu merumuskan “Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste.

Sedangkan hasil penelitian tahap kedua yaitu sebelum implementasi modul MTBS-M tentang kondisi balita pada kelompok kontrol dengan *p-value* sebesar 0,092 dan *effect size* 0,153 dan sesudah implementasi modul dengan *p value* 0,001 dan *effect size* 0,297 dan tindakan pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,157 dengan *effect size* 0,129. Sedangkan sesudah implementasi modul MTBS-M menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,010 dengan *effect size* 0,235 Sedangkan model pemberdayaan pada MTBS-M menunjukkan *effect size* sebesar 0,933, *p-value* 0,001 dan nilai rata-rata sebesar 59,56%.

Dari hasil tersebut menunjukkan terdapat perbedaan pemahaman keluarga terkait kondisi dan tindakan pada balita sakit yaitu antara kelompok kontrol dan perlakuan. Hal ini menunjukkan efektivitas implementasi modul MTBS-M pada kondisi balita dapat meningkat dengan *effect size* dari 0,153 menjadi 0,297, sedangkan pada tindakan meningkat dari 0,129 menjadi 0,235.

Secara keseluruhan pada penelitian tahap pertama dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan dan SPK terhadap LW-MD, dan LW-MD terhadap implementasi MTBS, sedangkan yang tidak berpengaruh secara signifikan antara lain ‘pengaruh pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi MTBS serta pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi melalui LW-MD terdapat pengaruh antara pemberdayaan, SPK, terhadap implementasi MTBS. Penelitian tahap kedua dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang tidak signifikan sebelum implementasi modul MTBS-M dan terdapat perbedaan yang signifikan sesudah implementasi modul. Rumusan Model disusun berdasarkan hasil penelitian kuantitatif yang menunjukan pengaruh positif signifikan; Untuk itu maka Rumusan Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste adalah sebagai berikut: Bahwa Implementasi MTBS dipengaruhi secara langsung oleh pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan dan *local wisdom matandook*. Serta pengaruh tidak langsung pemberdayaan dan Strategi Promosi Kesehatan melalui *local wisdom matandook* terhadap Implementasi MTBS.

Kesimpulan penelitian tahap pertama yaitu SPK terhadap *Local Wisdom-Matan dook (LW-MD)* lebih dominan dengan koefisien determinan sebesar 0,667 atau 66,7%, dibandingkan dengan yang lain. Sedangkan penelitian tahap II yaitu merumuskan model pemberdayaan MTBS-M melalui pendekatan *locality development model* dengan melibatkan *Local wisdom* dalam upaya menurunkan KKB.

Saran yaitu diharapkan yaitu Pengelolaan MTBS seyogyanya dilakukan melalui pendekatan model pemberdayaan, terdiri dari Pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan, dan *Local Wisdom Matandook* dengan rincian seperti (a) Pemerintah Timor Leste melalui Kementerian Kesehatan perlu menetapkan kebijakan implementasi MTBS-M melalui tujuan (1) Jangka pendek yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada *local wisdom* dan pengasuh terkait tanda-tanda bahaya melalui kegiatan promosi kesehatan, (2) Jangka panjang yaitu memasukan MTBS-M sebagai salah satu program pelatihan nasional bagi *PSF*, tokoh agama, tokoh masyarakat, kepala suku, ketua adat, pengobat tradisional dan pengasuh, (b) Membentuk working group MTBS yang berpusat di Kementerian Kesehatan Timor Leste dan sampai tingkat paling bawah yaitu Puskesmas dengan melibatkan instansi terkait, otoritas lokal dan kelompok masyarakat, (c) Kemenkes Timor Leste memerlukan kerjasama semua pihak seperti National Institute Public Health Timor Leste, Faculty Medicine and Health Sciences dan lembaga Internasional dan Nasional dalam merumuskan kurikulum pelatihan, (d) kepada peneliti selanjutnya melakukan penelitian secara spesifik model pemberdayaan seperti motivasi, kemauan, kesadaran, perlindungan, pengalihan wewenang dan potensi masyarakat lokal dan kemitraan.

Kata kunci: ***Model Pemberdayaan, Local Wisdom Matan Dook, Implementasi MTBS.***

SUMMARY

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) is a very efficient and effective program because in its implementation it is carried out in an integrated and comprehensive manner, meaning that every sick toddler brought to the health service must be handled in details from general danger signs as well as management and immunization. Therefore, IMCI is needed to overcome child mortality in countries in the Sub-Saharan Africa and Asia region because every year there are 11 millions children die with diarrhea, pneumonia, measles, malnutrition and problems in newborns. Timor Leste is one of the countries that has implemented IMCI since 2000 and has succeeded in reducing the mortality rate from 108.7/1000 live births (LB) to 60/1000 live births in 2010. Until 2016, the child mortality rate was reported at 49.7/1000 LB. Also in accordance with the objectives of Timor Leste's National Health Planning that by 2030 there is expected to be a decrease in the child mortality rate of 27/1000 LB. In accordance with the Sustainability Development Goals (SDG) target until 2030, the infant mortality rate is 25 per 1000 LB. The WHO representative office in Timor Leste (2020), reported that Timor Leste is one of the countries in Asia Pacific with the highest infant morbidity and mortality rates. Likewise, WHO (2022) reported that there were of dengue fever with a case fatality rate (CFR) of 0.7% in 2020 and with a CFR of 1.2% in 2021. Likewise, the results of Viera's study (2024) showed that Timor Leste was free from measles. Likewise, WHO Timor Leste (2020) reported that the death rate from diarrhea reached 4.04% of the total deaths in 2020. In addition, the death rate from pneumonia was 9.24% cases of death from influenza and pneumonia. WHO Timor Leste Office (2021) also reported that 47.1% of toddlers experienced malnutrition problems caused by unsafe food. The death of children under five years of age is around 125,000 per year caused by diarrhea. Other serious consequences due to congenital diseases include kidney and kidney failure, brain and nerve disorders, reactive arthritis and cancer. Meanwhile, the results of the Demographic and Health Survey (2016) showed that immunization coverage in Timor Leste was 49%, ARI 71%, diarrhea 15%, anemia 40%, malaria 48% and 96% breastfeeding. In an effort to reduce the morbidity and mortality of Childs in the municipalities of Aileu and Liquiça, empowerment is needed through local wisdom as stated in the third component of the IMCI strategy, namely increasing family and community participation.

This study aims to formulate an empowerment model on IMCI in an effort to reduce the morbidity and mortality of Childs in the municipalities of Aileu and Liquiça. The research method used in the first stage of the study was a quantitative method with an observational study with cross-sectional approach namely a total of 400 samples. The variables studied in the first stage were Health Promotion Strategies (HPS), empowerment, local wisdom/matandook (LW-MD) and IMCI implementation with a total of 55 indicators. While the type of research in the second stage was a quasi-experimental study with 120 samples in the Aileu and Liquiça municipalities. The type of data analysis used was SEM with SMART Partial Least Square. The results of the hypothesis test can be concluded that there is a significant influence between Empowerment, Health Promotion Strategy (HPS), and Local Wisdom Matandook (LW-MD) on the implementation of IMCI in an effort to reduce morbidity and mortality in childrens. Likewise, the validity test shows a significance value of ≤ 0.05 it is valid and in the LW-MD variable there are 5 questions invalid. While the reliability test shows that all the results of the alpha cronbach test showed ≥ 0.07 is considered reliable. The results of the first stage study showed that the influence of empowerment with local wisdom was 0.012

showed an influence of HPS on LW-MD Was 0.049. The Influence of LW-MD on The implementation of IMCI was 0.05 the influence of empowerment on the implementation of IMCI was 0.064, the influence HPS on the Implementation of IMCI was 0.057, the influence between empowerment on implementation through LW-MD was 0.065 and, the influence between HPS on implementation through LW-MD is 0.063. So based on the results of the determinant coefficient test, it shows that the empowerment variable = 0.520, SPK = 0.670, LW-MD = 0.179 and the implementation of IMCI is 0.560. While the R square adjusted test on the empowerment variable = 0.521, SPK = 0.667, LW-MD = 0.330 and the implementation of IMCI = 0.545 with a total R of 0.860. It can be concluded that the most dominant variable is HPS with an R value of 0.670 with a total R of 0.860. The empowerment model used in this study is with Community-based IMCI involving LW-MD, namely community leaders, traditional healers, health volunteers (saúde familia promoters) and traditional leaders. The results of the analysis help formulate the "Empowerment Model on Integrated Management of Childhood Illness of an effort to reduce Child Morbidity and Mortality in Aileu and Liquiça Municipalities.

While the results of the second stage of research, namely before the implementation of the C-IMCI module on the condition of child in the control group with a p value of 0.092 and an effect size of 0.153 and after the implementation of the module with a p value of 0.001 and an effect size of 0.297 and actions in the control group with a p value of 0.157 with an effect size of 0.129. While after the implementation of the C-IMCI module showed a p value of 0.001 with an effect size of 0.235. Thus the model empowerment on C-IMCI with effect size 0,933, p-value 0,001 and responds with mean of 59,35%

From these results, it shows that there is a difference in family understanding regarding the condition or danger signs related to the condition and treatment in sick toddlers, namely between the control and treatment groups. The resultd showed the effectiveness of the implementation of the C-IMCI module on Child conditions can increase with an effect size of 0.153 to 0.297, while the action increased from 0.129 to 0.235.

It can be concluded the first stage research showed there is a significant between empowerment, HPS to LW-MD and LW-MD is influnence significant to on IMCI implementation, and insignificant influence beteween empowerment, HPS, also empowerment and HPS to implementation IMCI through LW-MD. Second stage of research there was an insignificant of before the implementation the module and significant after the implementation of the C-IMCI module. Te second stage also to formulated The model empowerment on Community Integrated Manajement of Childhood Illness by involving Local Wisdom to Reduce mortality and Morbidity of Children.

The conclusion of the first stage of the research is that the SHP on Local Wisdom-Matan dook (LW-MD) is more dominant with a coefficient determinant is 0.667 or 66.7%, compared to the others. Meanwhile, the second stage of the research is to formulate an empowerment model for C-IMCI through a locality development model approach that involves local wisdom in efforts to reduce child MMR..

Suggestions are ; (a) The Government of Timor Leste through the Ministry of Health Timor Leste needs to establish an implementation C-IMCI policy through the objectives; (1) Short term, namely providing health education to local wisdom and caregivers regarding danger signs through health promotion activities, (2) Long term, namely including C-IMCI is as one of the national training programs for Health Volunteer Community, religious leaders, community leaders, tribal chiefs, traditional leaders, traditional healers and caregivers, (b) Forming a working group and lead by Ministry of Health of Timor Leste and down to the lowest level, namely Community Health Centers, by involving related agencies, local authorities and community groups, (c) The Ministry of Health of Timor Leste requires cooperation from all parties such as the National Institute of Public Health of Timor Leste, Faculty of Medicine and Health Sciences and International and National institutions in formulating the training curriculum, (d) for further researchers to conduct specific research on empowerment models such as motivation, willingness, awareness, protection, transfer of authority and potential of local communities and partnerships.

Keywords: empowerment model, Local Wisdom matan dook, IMCI Implementation

ABSTRAK

Pengaruh pemberdayaan masyarakat, dan strategi promosi kesehatan terhadap penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) melalui *local wisdom* 'Matandook' telah diteliti di wilayah Timor Leste. Timor Leste merupakan salah satu negara dengan jumlah angka kematian tertinggi. Angka kesakitan balita sakit di Kota Madya Aileu pada tahun 2022-Agustus 2024 didominaasi oleh kasus batuk bukan pneumonia dan diare. Sedangkan jumlah kematian anak di Kotamadya Liquiça pada tahun 2022 sampai dengan Agustus 2024 dengan *case fatality rate* (CFR) sebesar 0,034. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kuantitatif dengan jenis studi observasional pada tahap pertama dan tahap kedua menggunakan *quasi eksperimental*.

Hasil penelitian tahap pertama dianalisis dengan *SEM* dengan pendekatan *SMART partial Least square* yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara pemberdayaan terhadap *Local Wisdom-Matan dook* (*LW-MD*) dengan *p-value* 0.012, antara SPK terhadap *LW-MD* dengan *p-value* 0.049, pengaruh antara *LW-MD* terhadap implementasi MTBS dengan *p-value* sebesar 0.05, pengaruh pemberdayaan terhadap implementasi MTBS yaitu *p-value* sebesar 0.064 dan pengaruh SPK terhadap implementasi MTBS dengan *p-value* sebesar 0,057, pengaruh antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD* dengan *p-value*=0,065 dan SPK terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*= 0,063.

Sedangkan hasil penelitian tahap kedua yaitu sebelum implementasi modul MTBS-M tentang kondisi balita pada kelompok kontrol dengan *p value* sebesar 0,092 dan *effect size* 0,153 dan sesudah implementasi modul dengan *p-value* 0,001 dan *effect size* 0,297 dan tindakan pada kelompok kontrol dengan *p value* 0,157 dengan *effect size* 0,129 Sedangkan sesudah implementasi modul MTBS-M menunjukkan nilai *p value* sebesar 0,010 dengan *effect size* 0,235. Sedangkan model pemberdayaan pada MTBS-M menunjukkan *effect size* sebesar 0,933, *p-value* 0,001 dan nilai rata-rata sebesar 59,35%.

Berdasarkan hasil penelitian tahap pertama dirumuskan 'Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste, terdiri dari pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan, *Local Wisdom Matandook* dan implementasi MTBS. Tahap kedua menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan pada pemberdayaan dan SPK melalui *LW-MD*. Sedangkan upaya menurunkan KKB lebih rendah dibandingkan dengan melalui *matandook*. Terdapat perbedaan pemahaman keluarga terkait kondisi atau tanda-tanda bahaya pada balita sakit antara kelompok kontrol dan perlakuan. Hal ini menunjukkan efektivitas implementasi modul MTBS-M pada kondisi dapat meningkat dari 0,153 menjadi 0,297, sedangkan pada tindakan meningkat dari 0,129 menjadi 0,235.

Berdasarkan hasil penelitian tahap I dapat disimpulkan bahwa pengaruh antara SPK terhadap *Local Wisdom-Matan dook* (*LW-MD*) lebih dominan dengan dengan koefisien determinan sebesar 0,667 dibandingkan dengan yang lain. Sedangkan penelitian tahap II yaitu merumuskan model pemberdayaan MTBS-M melalui pendekatan *locality development model* dengan melibatkan *Local wisdom* dalam upaya menurunkan KKB.

Kata kunci: ***Model Pemberdayaan, Local Wisdom Matan Dook, Implementatsi MTBS.***

ABSTRACT

The influence of community empowerment, and health promotion strategies on the implementation of Integrated Management of childhood Illness (IMCI) through local wisdom 'Matandook' has been studied in the Timor Leste region. Timor Leste is one of the countries with the highest mortality rates. The morbidity rate of sick toddlers in Aileu Municipality in 2022-August 2024 was dominated by cases of cough, not pneumonia and diarrhea. While the number of child deaths in Liquiça Municipality in 2022 to August 2024 with a case fatality rate (CFR) of 0.034. The Demographic and Health Survey (2016) shows that immunization coverage in Timor Leste is 49%, ARI 71%, diarrhea 15%, anemia 40%, malaria 48% and 96% breastfeeding. The research method used is a quantitative method with an observational study type in the first stage and the second stage using quasi-experimental.

The results of the first stage of research were analyzed using SEM with the SMART partial Least square approach which showed that there was an influence between empowerment on Local Wisdom-Matan dook (LW-MD) with a p-value of 0.012, between HPS on LW-MD with a p-value of 0.049, the influence between LW-MD on the implementation of IMCI with a p-value of 0.05, the influence of empowerment on the implementation of IMCI, namely a p-value of 0.064 and the influence of HPS on the implementation of MTBS with a p-value of 0.057, the influence between empowerment on the implementation of IMCI through LW-MD with a p-value = 0.065 and HPS on the implementation of IMCI through LW-MD = 0.063. Meanwhile, the results of the second stage of research, namely before the implementation of the C-IMCI module on the condition of childs in the control group with a p value of 0.092 and an effect size of 0.153 and after the implementation of the module with a p value of 0.001 and an effect size of 0.297 and actions in the control group with a p value of 0.157 with an effect size of 0.129. While after the implementation of the C-IMCI module showed a p value of 0.010 with an effect size of 0.235. Thus the model empowerment on C-IMCI with effect size 0,933, p-value 0,001 and respons with mean of 59,35%

Based on the results of the first stage of research, the formulation of "Empowerment Model in Integrated Management of Childhood Illness in an effort to reduce child morbidity and mortality in Aileu and Liquiça Municipalities, Timor Leste, consisting of empowerment (X1), HPS (X2), Local Wisdom Matandook (Z) and Implementation of IMCI (Y) and the second showed a significant increase in empowerment and HPS through LW-MD. While efforts to reduce child mortality and morbidity through Local Wisdom-matandook. There were differences in family understanding regarding conditions or danger signs in sick toddlers between the control and treatment groups. This shows the effectiveness of the implementation of the C-IMCI module in conditions can increase from 0.153 to 0.297, while in action it increased from 0.129 to 0.235. Based on the results of the first stage of research, it can be concluded that there is an influence between empowerment on Local Wisdom-Matan dook (LW-MD) which is more dominant with a p-value of 0.012 compared to the others. While the second stage of research is formulating the C-IMCI empowerment model by involving Local wisdom in efforts to reduce reduce child mortality and morbidity

Keywords: Empowerment Model, Local Wisdom Matan Dook, IMCI Implementation

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
PANITIA UJIAN TERBUKA	vi
SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS	vii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	viii
RINGKASAN	x
<i>SUMMARY</i>	xiii
ABSTRAK	xvi
<i>ABSTRACT</i>	xvii
DAFTAR ISI.....	xviii
DAFTAR TABEL.....	xx
DAFTAR GAMBAR	xxii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Kajian Masalah	14
1.3 Rumusan Masalah.....	15
1.4 Tujuan Penelitian	16
1.5 Manfaat Penelitian	18
1.6 Rencana Temuan Kebaruan (<i>Novelty</i>)	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	23
2.1 Konsep Pemberdayaan.....	23
2.2 Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).....	29
2.3 <i>Local Wisdom</i>	35
2.4 <i>Community Development model</i>	38
2.5 Kerangka Teori	47
2.6 Health Promotion Theory	48

2.7 Penelitian Relevan	56
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	68
3.1 Kerangka Konseptual	68
3.2 Hipotesis.....	70
BAB IV METODE PENELITIAN.....	72
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	72
4.2 Kerangka Operasional.....	75
4.3 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	77
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	81
4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	82
4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data dan Instrumen yang Digunakan	86
4.7 Pengolahan dan Analisis Data.....	91
BAB V HASIL PENELITIAN.....	98
5.1. Hasil Penelitian Tahap I.....	98
5.2 Hasil Penelitian Tahap II.....	145
BAB VI PEMBAHASAN.....	161
6.1 Penelitian Tahap I.....	161
6.2. Penelitian Tahap II	198
6.3 Temuan Baru (<i>Novelty</i>)	204
6.4 Keterbatasan Penelitian.....	205
BAB VII KESIMPULAN,IMPLIKASI SARAN	206
7.1 Kesimpulan	206
7.2 Implikasi.....	208
7.3 Saran.....	209
DAFTAR PUSTAKA.....	211
LAMPIRAN :	228

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul tabel	Halaman
Tabel 1.1	Angka Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Sensus Penduduk Timor Leste pada Tahun 2022	3
Tabel 1.2	Frekuensi distribusi kasus diobati dengan MTBS	6
Tabel 1.3	distribusi frekuensi penyakit pada anak berumur dibawah 5 Tahun di penduduk menurut tingkat kecamatan di kotamadya Aileu pada tahun 2022- Agustus 2024	9
Tabel 1.4	Distribusi frekuensi penyakit pada anak berumur dibawah 5 Tahun di penduduk menurut tingkat kecamatan di kotamadya Liquiça pada tahun 2022- Agustus 2024	10
Tabel 1.5	Distribusi frekuensi penyakit pada Anak berumur dibawah 5 Tahun di kotamadya Liquiça pada tahun 2022-Agustus 2024	11
Tabel 2.1	Dimensi dan determinan pemberdayaan masyarakat	28
Tabel 2.2	Penelitian yang Relevan	56
Tabel 4.1	Sample Penelitian pada tahap I	78
Tabel 4.2.	Penentuan Kelompok I (Perlakuan)	79
Tabel 4.3.	Penentuan Kelompok II (Kontrol)	79
Tabel 4.4	Operasionalisasi Variabel	83
Tabel 4.5	Instrumen Penelitian	90
Tabel 4.6.	Kriteria Penilaian Kuisisioner	96
Tabel 5.1	Distribusi penduduk menurut kecamatan di kotamadya Aileu	99
Tabel 5.2	Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan tingkat puskesmas di Kota Madya Aileu tahun 2024	100
Tabel 5.3	Distribusi jumlah, penduduk, jumlah fasilitas, jumlah desa, RT/RW dan jumlah tenaga kesehatan menurut tingkat kecamatan di kotamadya Liquiça pada tahun 2024	104
Tabel 5.4	Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan profesi pada fasilitas kesehatan di Kota Madya Liquiça pada tahun 2024	105
Tabel 5.5	Karakteristik usia responden penelitian Tahap I	109
Tabel 5.6.	Karakteristik jenis kelamin Penelitian Tahap I	111
Tabel 5.7	Karakteristik Status Perkawinan Penelitian Tahap I	114
Tabel 5.8.	Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden Penelitian Tahap I	116
Tabel 5.9.	Karakteristik Pekerjaan Responden Penelitian Tahap I	117
Tabel 5.10	Jarak Rumah ke Puskesmas Penelitian Tahap I	120
Tabel 5.11	Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden Penelitian Tahap	121

Nomor Tabel	Judul tabel	Halaman
Tabel 5.13.	Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Strategi Promosi Kesehatan (X2)	122
Tabel 5.14	Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Local Wisdom (Y)	125
Tabel 5.15	Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Implementasi IMCI / MTBS (Z)	127
Tabel 5.16	Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel X1	128
Tabel 5.17	Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel X2	134
Tabel 5.18.	Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel Y	135
Tabel 5.19	Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel Z	139
Tabel 5.20	Hasil Pengujian Realibilitas Konstruk Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit	140
Tabel 5.21	Hasil Koefisien Determinasi (R ²) Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit	141
Tabel 5.22	Hasil Pengujian Hipotesis Secara Langsung Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit	144
Tabel 5.23	Karakteristik usia responden Penelitian Tahap II	146
Tabel 5.24	. komposisi responden penelitian tahap II	148
Tabel 5.25	Karakteristik Jenis Kelamin Responden Penelitian Tahap II	149
Tabel 5.26	Karakteristik Status Perkawinan Penelitian Tahap II	153
Tabel 5.27	Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden Penelitian Tahap II	153
Tabel 5.28.	Karakteristik Pekerjaan Responden Penelitian Tahap II	155
Tabel 5.29.	Jarak Rumah ke Puskesmas Penelitian Tahap II	156
Tabel 5.30	pengasuh yang membawa balita ke puskesmas pada Penelitian tahap II	157
Tabel 5.31	Hasil Uji Beda Kondisi balita sakit Sebelum dan Sesudah Pemberian Modul	158
Tabel 5.32.	Hasil Uji beda Tindakan Bayi Sakit Sebelum dan sesudah diberikan Modul	159

DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	Judul gambar	Halaman
Gambar 2.1	Pola Pemberdayaan Masyarakat	26
Gambar 2.2	Determinan pemberdayaan masyarakat	27
Gambar 2.3	Alur Pelayanan Kesehatan Tatalaksana MTBS Pada Pusat Kesehatan Masyarakat	34
Gambar 2.4	Kerangka Teori	47
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual	68
Gambar 4.1.	Kerangka Operasional Penelitian Tahap I	75
Gambar 4.2	Kerangka Operasional Penelitian Tahap II	76
Gambar 5.1	Konstruk Inner Model Pemberdayaan Pada	119
Gambar 5.2	MTBS Konstruk Model Akhir (Temuan)	126

.
 .
 .

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Lampiran	Judul
Lampiran I	Info Consent
Lampiran II	Kuisisioner Tahap I
Lampiran III	Pertanyaan Penelitian Tahap I
Lampiran IV	Pertanyaan Penelitian Tahap II
Lampiran IV	Data Penelitian Tahap I
Lampiran V	Data Penelitian Tahap II
Lampiran VI	Uji Normalitas Data tindakan pada balita sakit
Lampiran VII	Uji Homogenitas Data Tindakan pada balita sakit
Lampiran VIII	Uji Beda kondisi terhadap bayi sakit sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 1
Lampiran IX	Uji Beda Kondisi terhadap Balita SAKIT sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 2
Lampiran X	Uji Beda Tindakan pada balitasakit antara Kel. 1 dan 2 sebelum dan sesudah pemberian Modul
Lampiran XI	Mann-Whitney Test Sesudah Pemberian Modul
Lampiran XII	Data Penelitian tahap II
Lampiran XIII	Uji Uji Normalitas Data Tindakan terhadap balita sakit
Lampiran XIV	Uji Homogenitas Data Tindakan pada Balita sakit
Lampiran XV	Uji Beda Tindakan terhadap bayi sakit sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 1
Lampiran XVI	Uji Beda Tindakan terhadap BALITA antara Kelompok 1 dan 2 sebelum dan sesudah pemberian Modul
Lampiran XVII	Data Penelitian Local development model
Lampiran XVIII	Uji Normalitas Data Model
Lampiran XIX	Uji Homogenitas Data Model
Lampiran XX	Uji Model
Lampiran XXI	Etical Clearance
Lampiran XXII	Permohonan Izin Penelitian
Lampiran XXIII	Ijin lokasi penelitian
Lampiran XXIV	Dokumentasi Foto Penelitian
Lampiran XXV	Tugas asisten penelitian
Lampiran XXVI	Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Asisten Peneliti
Lampiran XXVII	Lembar persetujuan ujian Kelayakan
Lampiran XXVIII	Lembar persetujuan ujian Tertutup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
CFR	: <i>Case Fatality rate</i>
AKKB	Angka Kesakitan dan kematian Balita
KKB	: Kesakitan dan kematian Balita
COVID	: <i>Corona Virus Disease</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
HMIS	: <i>Health Management Information System</i>
HPS	Health Promotion Strategy
IDI	Ikatan dokter Indonesia
IMCI	: Integrated Mangemet of Childhood Illness
ISPA	Infeksi saluran pernapasan atas
KEPK	: Komite Etik Penelitian Kesehatan
LW-MD	<i>Local wisdom Matan dook</i>
LW	: <i>Local Wisdom</i>
LH	: Lahir hidup
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTBS-M	: :Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat
MoH	: <i>Ministry of Health</i>
SPK	: Strategi promosi kesehatan
PM	: Pemberdayaan masyarakat
MD	: <i>Matan dook</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
PHC	: <i>Primary Health Care</i>
UNICEF	: <i>United Nation Children's Fund</i>
EMRO	: <i>Eastern Mediterranean Regional Office</i>
PBB	: <i>Perserikatan Bangsa-bangsa</i>
RRA	: <i>Rapid Rural Appraisal</i>
PRA	: <i>Participatory Rural Appraisal</i>
PRD	: <i>Participatory Research and Development</i>
PAR	: <i>Participation Action Research</i>
PBL	: <i>Problem Based Learning</i>
SPK	: Strategi promosi kesehatan
ORS	: <i>Oral Redehydration Oral</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dibutuhkan untuk mengatasi kematian balita di negara-negara wilayah Sub-sahara Afrika dan Asia (termasuk Indonesia dan Timor Leste) terjadi 11 juta pertahun, akibat penyakit diare, pneumonia, campak, kurang gizi dan masalah bayi baru lahir. MTBS telah diadaptasi dan diterapkan di banyak negara, dan di Indonesia sendiri MTBS mulai diadaptasi pada tahun 1996. Namun setelah diterapkan selama hampir dua dekade, ditemukan dampak yang ditimbulkan di banyak negara (terutama Indonesia dan Timor Leste), tidak seperti yang diharapkan. *WHO* telah berupaya dalam penerapan ketiga komponen MTBS yaitu meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan, memperbaiki sistem pencatatan-pelaporan dan partisipasi masyarakat (*WHO*, 2020).

Penelitian Pinto *et al.* (2023) menunjukkan masih kurangnya pemantauan, evaluasi, dan pengawasan rutin dari otoritas tingkat kabupaten dan kementerian kesehatan sehingga para petugas kesehatan juga tidak termotivasi dalam implementasi MTBS. Hal ini juga didukung oleh penelitian Pinto, *et al* (2023), terdapat kurangnya dukungan fasilitas kesehatan seperti tidak tersedia formulir pencatatan, buku bagan, bagan dinding, *ARI timers*, pojok oralit, dan terbatasnya petugas pelaksana MTBS.

Pentingnya partisipasi/praktek oleh keluarga dan masyarakat dalam penerapan MTBS secara maksimal, diperlukan persyaratan yaitu peningkatan kualitas

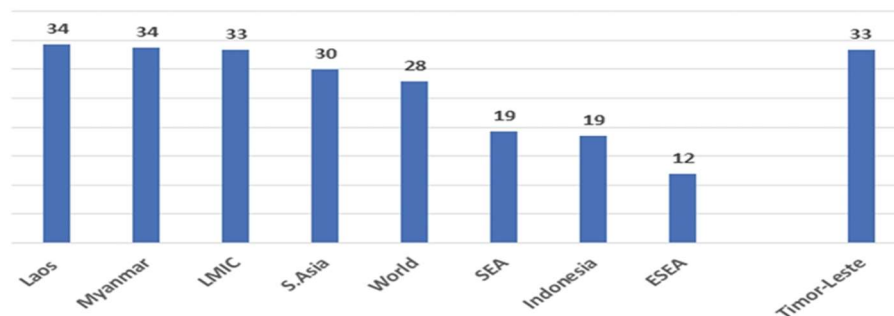
pelayanan kesehatan, peningkatan peran serta keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita dan perbaikan sistem kesehatan. Ketika salah satu komponen tidak berjalan dengan semestinya, maka hasil yang mengecewakan akan didapat oleh negara yang menerapkan MTBS (Omobowale,*et al* 2023).MTBS di puskesmas perlu untuk lebih ditingkatkan *supportive supervision* oleh dinas kesehatan dan pimpinan puskesmas, melakukan refresing peningkatan kepatuhan atau sikap dari pelaksana MTBS dan anggaran khusus untuk melengkapi peralatan MTBS(Amalia,*et al*, 2023)

Timor Leste telah mengadopsi MTBS sebagai salah satu strategi untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita karena terdapat 108,7/1000 KH. sejak tahun 2001 dan implementasinya dimulai tahun 2002. Pelaksanaan MTBS di Timor Leste sudah dilaksanakan oleh *Ministry of Health Timor Leste (MoH-TL*, 2020), namun kualitas implementasi MTBS terhambat dikarenakan kurangnya sumber daya, meningkatnya risiko malnutrisi dan peningkatan kasus diare pada balita. Perbaikan sistem kesehatan melalui penempatan tenaga terlatih sehingga memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan kesehatan yang optimal (MoH, 2022)

Timor Leste melalui MoH telah mengimplementasikan MTBS di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Angka kematian Anak di bawah umur 5 tahun telah terjadi penurunan 108.7 per 1000 lahir hidup pada tahun 2000 menjadi 60 per 1000 lahir hidup (LH)ada tahun 2011 dan terjadi penurunan ke angka 49.7 per 1000 LB di tahun 2016. MoH-TL juga menetapkan dalam tujuan perencanaan

kesehatan Nasional bahwa sampai tahun 2030 akan terjadi penurunan angka kematian dibawah umur 5 tahun dari 61 ke 27 per 1000 LB. Namun, hasil sensus penduduk pada tahun 2022 menunjukkan bahwa angka kematian bayi muda sebelum berumur 28 hari sebesar 33 per 1000 kelahiran hidup, secara lengkap dapat dilihat pada tabel berikut dibawah ini :

Tabel 1.1. Angka Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Sensus Penduduk Timor Leste pada Tahun 2022



Sumber: *Institute National Statistics of Timor-Leste (INETL, 2024)*

Indikator MTBS menunjukkan bahwa ada 4 penyakit utama yang banyak diderita oleh Anak dibawah umur 5 tahun yaitu pneumonia, malaria, diare dan malnutrisi. Jumlah kasus yang ditangani dengan program MTBS hanya di kotamadya Aileu, Baucau, Bobonaro, Covalima, Manatuto, Oecusse dan Viqueque. 10,1% Anak dibawah umur 5 tahun mendapat pengobatan dengan MTBS, 4,7% dari kota Madya Lautem, 21,2% di Oecusse (*MoH, 2020*)

Data kementerian Kesehatan Timor Leste menunjukkan bahwa kurang dari 10% Anak berumur kurang dari 5 tahun di Kota Madya Aileu, Baucau, Bobonaro, Covalima, Manatuto, Oecussi dan Viqueque terjadi peningkatan kasus, namun telah

terjadi penurunan *under five mortality rate* dari 115/1000 pada tahun 2003 ke 64/1000 di tahun 2010 dan juga penurunan *infant mortality rate* 83/1000 di tahun 2003 menjadi 45/1000 pada tahun yang sama (MoH, 2022)

Hasil sensus penduduk Timor Leste (2022) menunjukkan angka kematian balita sebesar 45,6 kematian per 1.000 kelahiran hidup secara keseluruhan, dengan 52,6 kematian pada laki-laki dan 38,2 kematian pada perempuan. Angka Kematian Neonatal (NMR) atau kematian bayi dalam 28 hari pertama kehidupan adalah 22 per 1.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Balita (AKB) mencapai 41 per 1.000 kelahiran hidup ((INETL, 2024). Angka ini masih lebih tinggi dari target yang ditetapkan *Sustainable Development Goal* (SDG)3.2 yaitu mengakhiri kematian yang dicegah pada bayi dan balita pada tahun 2030. Ini berarti setiap negara berupaya mengurangi kematian neonatus sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup dan kematian balita hingga 25 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Hal ini disebabkan oleh faktor gizi, penyakit menular, keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan, lingkungan dan kurang tersedia sarana air bersih (WHO,2022).

Juga Laporan laporan kantor perwakilan WHO di Timor Leste (2021), bahwa Timor Leste sebagai salah satu negara di Asia Pasifik yang mempunyai tinggi angka kesakitan dan kematian balita yang disebabkan penyakit gizi buruk yaitu 47,1%. Salah satu penyebab diare yang sering terjadi disebabkan oleh sanitasi dan perilaku yang buruk, (Pati,D.U, 2022). Menurut laporan WHO, & UNICEF. (2022), penyakit pneumoni, diare, malnutri dan Malaria, ISPA, dehidrasi dan akibat infeksi parasit. Pneumoni dan diare merupakan penyebab utama kematian balita dan lebih dari 1,6 juta

pertahun yang diakibatkan oleh malnutrisi sehingga meningkatkan risiko kematian. Begitu juga laporan tersebut menyebutkan hanya bahwa sekitar 82% keluarga memiliki *toilet* dan hanya 18% yang tidak memiliki *toilet*. Begitu juga WHO (2022) melaporkan bahwa terdapat 1451 kasus demam berdarah dengan *case fatality rate (CFR)* 0,7% pada tahun 2020 dan 901 kasus dengan *CFR* 1.2% pada tahun 2021. Begitu juga hasil penelitian Viera (2024) menunjukkan bahwa Timor Leste sudah bebas dari penyakit campak. Begitu juga WHO Timor Leste (2020) melaporkan bahwa angka kematian akibat diare mencapai 285 kasus atau 4,04% dari total kematian pada tahun 2020. Selain itu angka kematian akibat pneumonia yaitu 651 (9,24%). Sedangkan hasil *Demographic and Health Survey* menunjukkan bahwa cakupan imunisasi di Timor Leste yaitu 49%, ISPA 71%, diare 15%, anemia 40%, malaria 48% dan 96% *breastfeeding* (MoH, 2016)

Tabel 1.2; Angka Kematian Balita berumur dibawah Lima tahun berdasarkan kabupaten/kota sesuai dengan sensus Penduduk Timor Leste pada Tahun 2022

Kotamadya	KeduaJenis Kelamin	Laki	Perempuan
Aileu	7,9	8,3	7,4
Ainaro	8,7	9	8,2
Atauro	7,4	8,5	7
Baucau	10,2	11,3	9,3
Bobonaro	10	10,9	9,1
Covalima	14,1	14,6	13,5
Dili	7,1	7,4	6,7
Ermera	7,5	8,1	6,8
Lautem	6,8	8,7	7,5
Liquiça	9	9,4	8,5
Manatuto	12	12,7	11,3
Manufahi	10,4	10,5	10,3
Oe-cusse	6,1	6,5	5,7
Viqueque	9,9	10,8	8,9

Sumber : Sensus Penduduk Timor Leste, 2022

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan kotamadya kotamadya paling terbanyak yaitu Covalima (14.1/1000) dan terendah Oecusse (6.1/1000) kelahiran hidup. Hasil penelitian Pinto *et al* (2020) menunjukkan bahwa hanya 61,70% petugas kesehatan menggunakan pedoman MTBS secara benar untuk melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan, konseling dan *follow up* di kotamadya Liquiça dan sisanya tidak sesuai pedoman yang disediakan oleh kementerian kesehatan Timor Leste dan penelitian berikutnya di kota madya Aileu menunjukkan bahwa 70,64% telah mengikuti pedoman MTBS dikarenakan kurangnya supervisi oleh oleh Dinas Kesehatan maupun Kementerian Kesehatan.

Begitu juga laporan kantor *WHO* di Timor Leste bahwa peningkatan kasus malnutrisi pada balita di Timor Leste diakibatkan oleh makanan yang tidak aman. Begitu penyakit lain seperti pneumonia, demam berdarah dan imunisasi diakibatkan oleh kurangnya kesadaran masyarakat akan perilaku hidup sehat. Konsekuensi serius lainnya juga dari penyakit bawaan termasuk gagal ginjal dan hati, gangguan otak dan saraf, artitis reaktif, kanker, dan kematian (Fatima *et al*, 2021). Seterusnya laporan penelitian (Soares, *et al* 2023) menunjukkan bahwa masalah malnutrisi dan kematian Anak paling tertinggi terdaftar di kotamadya Ermera dan RAEOA (daerah Administratif Spesial Oecusse Ambeno). Data menunjukkan 57% bayi yang baru lahir tidak diberikan air susu ibu (ASI) eksklusif sehingga menyebabkan anak mengalami kekurangan gizi.

Permasalahan yang terjadi di masyarakat adalah kurangnya kepatuhan petugas kesehatan serta kurangnya kerjasama masyarakat terhadap permasalahannya (Hooli *et al.*, 2023). Oleh karenanya kegiatan MTBS berbasis masyarakat mengupayakan adanya hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat. Tujuannya adalah mendukung dan meningkatkan praktek-praktek keluarga dan masyarakat dalam upaya perawatan balita di rumah guna menjamin kelangsungan hidup anak, menurunkan tingkat kesakitan dan mempromosikan praktek-praktek dalam rangka meningkatkan tumbuh-kembang Anak (*WHO*, 2020)

Promosi kesehatan sangat diperlukan terkait MTBS, mengingat keberhasilan MTBS salah satunya juga dipengaruhi oleh faktor promosi kesehatan. Strategi promosi kesehatan merupakan suatu cara mencapai visi dan misi promosi kesehatan

secara efektif efisien berupa advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan dan kemitraan (*Hernitati et al.*, 2022). Sebagaimana penelitian (McCollum, *et al.*, (2023) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh konseling MTBS terhadap perilaku perawatan anak demam oleh ibu.

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya (*Bangkok Charter*,2005):-

MTBS menggabungkan pendekatan *promotive dan preventive*, selain berfokus pada aspek *curative*. Bagian penting dari MTBS adalah memberitahu orang tua balita tentang praktik kesehatan yang baik. Dengan demikian, metode ini tidak hanya berusaha menyembuhkan penyakit tetapi juga mendorong upaya pencegahan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan Anak usia dini. Jika MTBS diterapkan secara menyeluruh, diharapkan akan ada beberapa hasil positif, seperti penurunan angka kematian Anak, peningkatan akses ke layanan kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup bagi anak-anak balita dan keluarganya. MTBS Anak kolaborasi antara berbagai profesi kesehatan, partisipasi masyarakat, dan pendekatan yang holistik (Pinto *et al.*, 2023).

Tabel 1.3: Frekuensi distribusi kasus diobati dengan MTBS di Puskesmas Becora pada tahun 2021- juni 2023

Jenis kasus	2021 (n)	%	2022 (n)	%	2023-Juni	%
Penyakit Sangat Berat	3	0,1	12	0,3	8	0,3
Pneumonia Berat	13	0,6	9	0,2	9	0,3
Pneumonia	178	8,1	379	8,9	191	6,0
Batuk/bukan						
Pneumonia	445	20,2	1059	24,8	811	25,7
Diare	584	26,5	758	17,7	416	13,2
Disentri	76	3,4	65	1,5	72	2,3
Demam Berat	26	1,2	39	0,9	21	0,7
Campak	3	0,1	4	0,1	2	0,1
DBD	65	2,9	124	2,9	67	2,1
Demam bukan DBD	193	8,6	228	5,3	135	4,3
Masalah telinga	113	5,2	182	4,3	154	4,9
Lain-lain	508	23,0	1414	33,1	1274	40,3
Total	2.204,00	100,00	4.273,00	100,00	3160	100,0

Sumber: Pinto, *et al*,2023

Berdasarkan table 1.1 menunjukkan bahwa kasus MTBS yang terdaftar di Puskesmas Becora menunjukkan bahwa jumlah kasus yang ditangani dengan program MTBS terus meningkat dari tahun 2021 sampai 2023

Laporan mortalitas dan morbiditas kota Madya Aileu dan Liquiça seperti tabel dibawah ini :

Tabel 1.4. Distribusi frekuensi penyakit pada Anak berumur dibawah 5 Tahun di kotamadya Aileu pada tahun 2022- Agustus 2024

No.	Jenis Kasus	2022	%	2023	%	Agu-24	%
1	Penyakit Berat	4	0,06	4	0,02	3	0,0
2	Pneumonia Berat	9	0,05	25	0,1	14	0,2
3	Pneumonia	539	2,88	561	3,5	287	3,1
4	Batuk bukan Pneumonia	7980	42,61	7237	38,5	4025	44,1
5	Diare	1673	8,93	1464	8,2	741	8,1
6	Disentri	48	0,26	42	0,4	30	0,3
7	Demam Tinggi	116	0,62	304	1,8	197	2,2
8	Positif Malaria	0	0,00	0	0,0	1	0,0
9	Campak	0	0,00	0	0,0	0	0,0
10	DBD	3	0,02	3	0,0	8	0,1
11	Demam tanpa DBD	1640	8,76	400	6,2	308	3,4
12	Masalah telinga	291	1,55	251	1,9	92	1,0
13	Lain-lain	6424	34,30	6982	39,4	3415	37,4
	Total	18727	100,00	19296	100,00	9121	100,00
	Rujuk	131	0,70	52	0,27	12	0,13
	<i>Case fatality rate</i>	2	0,01	2	0,01	2	0,02

Sumber : HMIS Kota Madya Aileu,2024

Berdasarkan laporan tersebut diatas menunjukkan bahwa kasus yang lebih dominan terjadi di kota Madya Aileu dari tahun 2022 sampai Agustus 2024 yaitu batuk bukan pneumonia dan diare.

Distribusi frekuensi penyakit pada Anak berumur dibawah 5 Tahun di kotamadya Liquiça pada tahun 2022- Agustus 2024 sebagaimana tabel berikut.

Tabel 1.5; Distribusi frekuensi penyakit pada Anak berumur dibawah 5 Tahun di kotamadya Liquiça pada tahun 2022-Agustus 2024

No.	Jenis Kasus	2022	%	2023	%	Agu-24	%
1	Penyakit Berat	3	0,03	21	0,2	3	0,0
2	Pneumonia Berat	13	0,15	10	0,1	5	0,1
3	Pneumonia	218	2,44	256	2,5	103	1,2
4	Batuk bukan Pneumonia	4452	49,82	5378	52,0	3900	44,0
5	Diare	1171	13,10	1330	12,9	892	10,1
6	Disentri	44	0,49	17	0,2	26	0,3
7	Demam Tinggi	135	1,51	97	0,9	114	1,3
8	Positif Malaria	0	0,00	0	0,0	0	0,0
9	Campak	0	0,00	0	0,0	0	0,0
10	DBD	4	0,04	17	0,2	4	0,0
11	Demam tanpa DBD	662	7,41	1101	10,6	1912	21,6
12	Masalah telinga	118	1,32	192	1,9	56	0,6
13	Lain-lain	2116	23,68	1927	18,6	1850	20,9
Total		8936	100	10346	100	8865	100,0
Rujuk		25	0,28	11	0,11	13	0,15
Case fatality rate		3	0,034	2	0,02	2	0,02

Sumber : *Health Information system* Liquiça,2024

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa kasus kematian balita di Kotamadya Liquiça dari tahun 2022 hingga agustus 2024 terdapat 0,034 *case fatality rate*. Menurut Nasiri *et al.* (2023), kesakitan disebabkan oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik manusia. Yang dimaksud dengan faktor intrinsik seperti faktor genetik umur dan jenis kelamin. Sedangkan faktor ekstrinsik meliputi gen yang menular, trauma mekanis, zat-zat kimia beracun, suhu yang ekstrim, and masalah gizi serta ketegangan psikologis. Namun, adakalanya sakit atau penyakit yang berat disebabkan oleh pelanggaran terhadap masyarakat dan alam yaitu melanggar adat, karena orang tua berbuat salah atau mereka menimbulkan amarah pada dewa-dewa atau roh-roh.

Sistem pengobatan tradisional dan sistem pengobatan modern yang berbeda dan tidak pernah bertemu, namun sama-sama diperlukan oleh masyarakat, baik yang berada di perkotaan maupun di pedesaan, walaupun coraknya berbeda. Masyarakat pedesaan jika sakit pada umumnya meminta bantuan kepada pengobat tradisional. Jika pengobat tradisional itu tidak dapat menyembuhkannya, baru mereka akan pergi ke pengobat modern. Sedangkan masyarakat perkotaan jika sakit pada umumnya akan ke pengobat modern. Jika pengobat tersebut tidak dapat menyembuhkannya atau menurut dokter tidak sakit, padahal orang yang bersangkutan merasa sakit, maka orang tersebut akan pergi ke pengobat tradisional (Munarsih *et al.*, 2022)

Salah satu *local wisdom* di Timor Leste yaitu *matan-dook* yang menjadi salah satu metode atau alat penyembuhan karena proses dan tujuan dalam praktik *matan-dook* itu memiliki tujuan serta fungsi yang sesuai atau sejalan dengan fungsi dan tujuan dalam konseling pastoral (Juningsi, 2022). Konseling pastoral memiliki peran penting dalam masa krisis atau kemalangan hidup manusia, entah krisis yang dialami oleh seorang individu dalam komunitas atau krisis perubahan sosial yang terjadi dalam masyarakat secara umum. Konseling pastoral merupakan metode penyembuhan untuk menolong atau memulihkan dari masalah (Sitindaon, 2021)

Dalam sistem keyakinan masyarakat Timor Leste, segala sesuatu terjadi karena ada penyebabnya sehingga ritual yang dilakukan untuk mencari penyebab sebuah peristiwa. Apabila penyebabnya telah ditemukan, dengan segera mereka

akan mencari solusi untuk keluar krisis berkelanjutan yang sedang mereka alami. Dalam keyakinan masyarakat, dosa adalah penyebab beragam peristiwa berkelanjutan atau krisis sehingga, apabila dosa telah diakui dan mendapat pengampunan, masalah atau krisis hidup yang tengah dihadapi akan berlalu dan sistem serta kondisi kehidupan mereka kembali normal. Ada nilai-nilai budaya yang sesuai dengan nilai-nilai kristiani sehingga dapat didialogkan dan dapat digunakan bersama tanpa masalah. Namun, ada juga nilai-nilai budaya yang tidak dapat didialogkan (Juningsi, 2022).

Sesuai dengan pengamatan bahwa sebagian pengasuh membawa balitanya ke *matan dook* atau paraji karena kepercayaan masyarakat terhadap tradisi masih lebih kuat dibandingkan terhadap petugas kesehatan. Sehingga tidak sedikit orang yang sakit berobat kepada tokoh adat setempat dibandingkan ke petugas kesehatan. Seperti dikemukakan oleh (Clinebell, 2020), diperlukan konseling pastoral guna memperbaiki sifat dan sangat diperlukan ketika seseorang mengalami krisis atau masalah yang menghalangi pertumbuhannya. Berdasarkan konsep itu, konseling pastoral adalah sebuah instrumen yang sangat penting untuk menolong seseorang yang tengah mengalami krisis atau masalah, serta membantunya untuk memperbaiki dan menyelesaikan persoalannya (Setiawan, 2023).

Matan dook dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada orang sakit. Sedangkan dalam arah pemberdayaan lebih diarahkan pada pertanyaan tentang kesehatan balita, khususnya penanganan balita sakit di Timor Leste. Pemberdayaan

melalui model *Matan-Dook* sebagai *local wisdom* diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas Kesehatan terkait *social support* yang dibutuhkan dalam promosi kesehatan serta meningkatkan kepatuhan masyarakat dalam program pemberdayaan kesehatan. Sedangkan hasil penelitian Febriani *et al* (2024), bahwa pelaku usaha songket khas melayu membantu pemerintah dalam meningkatkan keberdayaan ekonomi ibu-ibu rumah tangga. Upaya yang dilakukan pelaku usaha yaitu meningkatkan keberdayaan melalui proses enabling, empowering and supporting guna meningkatkan kualitas pelayanan.

1.2 Kajian Masalah

Kajian masalah pada penelitian ini berdasarkan latar belakang masalah diatas, diantaranya;

- a. Penatalaksanaan MTBS untuk menangani balita sakit di Kotamadya Aileu dan Likuça belum dapat diimplementasikan secara optimal;
- b. Diperlukan adanya evaluasi terhadap implementasi MTBS dalam menangani balita di kotamadya Aileu dan Likuça;
- c. Perlu dukungan masyarakat terhadap implementasi MTBS untuk menangani balita di Aileu dan Likuça yang masih rendah;
- d. Perlu dukungan *stakeholders* terhadap implementasi MTBS untuk menangani balita di Aileu dan Likuça yang masih rendah
- e. Diperlukan pendekatan secara tradisi untuk mengoptimalkan implementasi MTBS untuk menangani balita di Aileu dan Likuça;
- f. Implementasi strategi promosi kesehatan perlu didukung oleh pemberdayaan guna mendapatkan *social support*.

1.3 Rumusan Masalah

1.3.1 Rumusan masalah penelitian tahap I

Rumusan masalah pada penelitian tahap pertama dapat dirumuskan sebagaimana berikut:

- a. Apakah terdapat pengaruh antara pemberdayaan terhadap *local wisdom* "matandook" dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita (KKB) di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- b. Apakah terdapat pengaruh antara Strategi Promosi Kesehatan (SPK) terhadap *local wisdom* "matandook" dalam upaya KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- c. Apakah terdapat pengaruh antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- d. Apakah terdapat pengaruh antara SPK terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- e. Apakah terdapat pengaruh antara *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- f. Apakah terdapat pengaruh antara pemberdayaan melalui *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?
- g. Apakah terdapat pengaruh antara SPK melalui *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça?

1.3.2 Rumusan masalah penelitian tahap II

Rumusan masalah pada penelitian tahap kedua dapat dirumuskan sebagaimana berikut:

- a. Apakah terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan modul MTBS Berbasis Komunitas?
- b. Bagaimana merumuskan Model Implementatif Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian secara umum adalah untuk merumuskan model pemberdayaan pada MTBS dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

1.4.2 Tujuan Khusus penelitian tahap I

Tujuan khusus pada penelitian tahap I sebagaimana tertera dibawah ini:

- a. Menganalisis pengaruh antara pemberdayaan terhadap *local wisdom* "matandook" dalam upaya KKB di di Kotamadya Aileu dan Liquiça;
- b. Menganalisis pengaruh antara strategi promosi kesehatan (SPK) terhadap *local wisdom* "matandook" dalam upaya KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça;
- c. Menganalisis pengaruh antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça;

- d. Menganalisis pengaruh antara SPK terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça;
- e. Menganalisis pengaruh antara *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça;
- f. Menganalisis pengaruh antara pemberdayaan melalui *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça;
- g. Menganalisis pengaruh tidak langsung antara SPK melalui *local wisdom* "matandook" terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

1.4.3 Tujuan Khusus penelitian tahap II

Tujuan khusus pada penelitian tahap II sebagaimana tertera dibawah ini:

- a. Menganalisis perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan modul MTBS Berbasis Komunitas;
- b. Terumuskannya Model Implementatif Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita melalui *Local Wisdom* di Kota Madya Aileu dan Liquiça.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan keilmuan dan pengetahuan serta informasi dalam bidang ilmu kesehatan, khususnya terkait dengan implementasi kebijakan MTBS pada Pusat Kesehatan Masyarakat di Timor Leste. Sehubungan dengan masih terbatasnya penelitian dibidang tersebut dan secara khusus penerapannya pada wilayah Timor Leste, sehingga diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan yang bermanfaat, baik manfaat secara teoris maupun secara praktis.

1.3.1 Manfaat Teoretis

Hasil kajian ini diharapkan bisa menambah kajian ilmiah terutama yang berkenaan dengan implementasi MTBS pada Pusat Kesehatan Masyarakat di Timor Leste.

1.3.2. Manfaat Metodologis

Dengan menggunakan metodologi yang tepat maka mempermudah pertanggungjawaban secara ilmiah sehingga hasil penelitian menjadi lebih dipercaya oleh kalangan akademisi.

1.3.3 Manfaat praktis

Hasil kajian ini diharapkan dapat bermanfaat secara praktis, sebagaimana berikut:

- a. Bagi Otoritas Kesehatan Kotamadya Aileu dan Liquiça

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk sebagai suatu informasi guna mengembangkan dan menetapkan sebagai suatu pedoman

dalam implementasi MTBS-M untuk membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian balita kedua kota di kotamadya Aileu dan Liquiça.

b. Bagi Akademik

Hasil penelitian ini dapat menghasilkan suatu kebaruan yaitu Pemberdayaan Local wisdom melalui matan dook dalam berpartisipasi dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

c. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat membantu dalam mengembangkan dan menyusun modul Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis masyarakat dimana menjadikan referensi bagi Kementerian Kesehatan Timor Leste dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita.

d. Bagi Pusat Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi bagi pimpinan Puskesmas dan tenaga kesehatan lainnya dapat meningkatkan partisipasi keluarga untuk membawa balitanya untuk mendapatkan perawatan secara dini melalui kegiatan promosi kesehatan dimana berfokus pada kondisi dan tindakan yang dibutuhkan.

1.6 Rencana Temuan Kebaruan (*Novelty*)

1.6.1 Pengembangan Penelitian

Penelitian ini berawal dari salah satu program yang merupakan bagian dari sistem kesehatan yang dibutuhkan untuk menurunkan kesakitan & kematian balita yaitu MTBS, yang dikaji berdasarkan strategi promosi kesehatan yang terbagi *advokasi*, *social support* dan pemberdayaan masyarakat.

Penelitian tentang implementasi MTBS dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti fasilitas kesehatan, penyediaan obat, pelatihan petugas kesehatan, kepatuhan petugas kesehatan (Florence, *et al* 2022; Haryanti *et al.*, 2022; Isangula *et al.*, 2023; Amachree, *et al*, 2022; Moertini *et al.*, 2023; Petzold *et al.*, 2022). Dalam penelitian sebelumnya belum ditemukan pemberdayaan *local wisdom*, oleh karenanya pada kebaruan pada penelitian ini adalah Local Wisdom yang didukung pemberdayaan dan strategi promosi kesehatan.

Berdasarkan konferensi promosi kesehatan pertama di Ottawa (*The 1st International Conference on Health Promotion, (Ottawa,1986)*), strategi promosi kesehatan terdapat tiga komponen yaitu: (a) *Advocacy* merupakan upaya untuk menyakinkan orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan; (b) *Social Support* yaitu strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat; (c) *empowerment* merupakan upaya keikutsertaan masyarakat dalam suatu kegiatan baik secara individu maupun kelompok untuk memberikan kontribusi terhadap masalah

kesehatan di wilayah tertentu. berfokus pada masyarakat langsung (*WHO*,1986) Armyttha,*et all*, 2021; Izhar *et al.*, 2020; Jeffree *et al.*, 2020; Khatun *et al.*, 2021; Kurniawan *et al.*, 2022).

Pada penelitian ini promosi kesehatan *Advocacy* (Advokasi) dikembangkan berdasarkan dimensi pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan, sementara pemberdayaan kesehatan masyarakat membutuhkan *social support* yang dilakukan melalui pendekatan *local wisdom* yaitu *Matan dook*. Pemberdayaan dilakukan melalui pendidikan kesehatan dimana berfokus pada kondisi dan tindakan yang dibutuhkan. Program MTBS berbasis masyarakat sehingga perlu adanya hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat. Tujuannya adalah mendukung dan meningkatkan praktek-praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita di rumah untuk menjamin kelangsungan hidup anak, menurunkan kesakitan dan mempromosikan praktek-praktek dalam rangka meningkatkan tumbuh-kembang anak (*WHO & UNICEF*, 2020)

Matan Dook sebagai salah satu jalan untuk menolong masyarakat agar dapat keluar dari persoalan yang mereka hadapi.*Matan-dook* menangani terdiri dari empat bentuk yaitu sakit penyakit, tidak punya keturunan, tidak berhasil dalam studi dan mencari penyebab. Masyarakat menyadari bahwa peran *matan-dook* sebagai sarana untuk membangun solidaritas sosial, sarana untuk membangun keserasian sosial, dan sebagai sarana untuk membina kembali hubungan sosial di antara masyarakat.

1.6.2 Kebaruan (*Novelty*) Penelitian

Berdasarkan tinjauan dari hasil penelusuran atau penelitian terdahulu selama ini, Belum ada kajian studi tentang model penatalaksanaan MTBS yang dilakukan berdasarkan pemberdayaan *LW-MD* agar berpartisipasi merujuk balita sakit ke sarana pelayanan kesehatan yang terdekat. Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif yang bersifat relevan, sehingga diharapkan diperoleh temuan baru di lapangan guna merangsang Model pemberdayaan *local wisdom* dalam hal ini “*matan dook*” dan tokoh-tokoh yang berpengaruh di masyarakat sehingga turut serta berkontribusi dalam mobilisasi keluarga dan masyarakat guna membawa balitanya ke fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pemberdayaan

2.1.1 Definisi

Dalam promosi kesehatan, pemberdayaan adalah sebuah proses di mana orang-orang memperoleh kontrol yang besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka. Pemberdayaan sebagai sebuah proses sosial, budaya, politik atau psikologis dimana individu dan kelompok-kelompok sosial mampu mengungkapkan kebutuhan mereka, menunjukkan keprihatinan mereka, menyusun strategi untuk keterlibatan dalam pengambilan keputusan, dan mencapai tindakan politik, sosial dan budaya untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Melalui proses seperti itu orang melihat lebih dekat korespondensi di antara tujuan mereka dalam hidup dan pemahaman tentang bagaimana untuk mencapainya, dan hubungan antara usaha mereka dengan hasil hidup.

Perbedaan dibuat antara pemberdayaan individu dan masyarakat. Pemberdayaan individu merujuk terutama untuk kemampuan individu untuk membuat keputusan dan memiliki kontrol atas kehidupan pribadi mereka. Pemberdayaan masyarakat melibatkan individu yang bertindak secara kolektif untuk mendapatkan pengaruh yang lebih besar dan mengendalikan faktor-faktor penentu kesehatan dan kualitas hidup dalam komunitas mereka, dan merupakan tujuan yang penting dalam aksi masyarakat untuk kesehatan. (*WHO*, 1998)

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui kegiatan promosi kesehatan guna menyadarkan masyarakat untuk membawa balitanya ke fasilitas kesehatan jika terdapat gejala-gejala seperti batuk atau sukar bernafas, demam, diare, masalah telinga dan masalah kesehatan lainnya.

Salah satu strategi untuk implementasi MTBS yaitu mengembangkan MTBS-M sehingga masyarakat juga bisa mengakses informasi melalui kegiatan pelatihan berbasis masyarakat yaitu pelatihan bagi anggota keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama dan lembaga swadaya masyarakat. Program ini berjalan dengan baik, sangat diperlukan *training of trainers* bagi petugas kesehatan (Tshivhase *et al.*, 2020)

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha pengorganisasian masyarakat” untuk: (1) Perbaikan sanitasi lingkungan (2). Pemberantasan penyakit menular (3) Pendidikan untuk kebersihan perorangan (4) Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan. (5). Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap

orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya (Sulaeman, 2021).

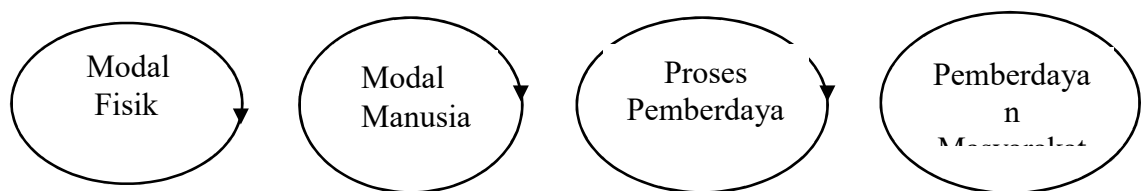
2.1.2 Langkah-langkah Pemberdayaan

Menurut Alaydrus *et al.* (2020), langkah-langkah utama yang dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan keberdayaan meliputi

- a. Modal fisik. Untuk dapat meningkatkan pemberdayaan, pengembangan modal fisik harus dilakukan. Peran modal fisik diharapkan bisa mengubah kualitas manusia menjadi lebih berpendidikan dalam meningkatkan kemampuan berinteraksi antar sesama. Masyarakat dapat memanfaatkan usaha di masa depan apabila melakukan analisis yang berkaitan dengan menangkap peluang usaha dengan menitik beratkan pada pentingnya perluasan jaringan sosial.
- b. Pengembangan modal manusia; Peran modal manusia menjadi landasan mengembangkan pemberdayaan dan menjadi mediasi peningkatan keberdayaan masyarakat dari modal fisik. Oleh karena itu, *sharing* pengetahuan merupakan syarat untuk dapat meningkatkan kreativitas dan inovasi masyarakat akan lebih optimal dalam pengembangan pemberdayaan apabila didukung proses peningkatan kualitas manusianya. Peran pelaku pemberdayaan akan meningkatkan kompetensi baik pengetahuan maupun keahliannya untuk dapat menjadi

penentu pelaksanaan kegiatan dalam menciptakan masyarakat yang berdaya saing.

- c. Pengembangan pemberdayaan; Untuk menciptakan masyarakat yang berdaya, selain ditentukan oleh kemampuan melakukan evaluasi, dan perencanaan, juga ditentukan oleh kemampuan berinteraksi antar sesama. Keterbukaan antar masyarakat akan memudahkan akses informasi yang penting dalam melakukan inovasi yang berbeda dengan yang lain, sehingga dapat menciptakan keunggulan. Perlunya menghargai inovasi dan ide-ide baru dalam masyarakat, sebagai faktor pendorong untuk berani mengambil resiko yang bertujuan untuk peningkatan keunggulan di bidang usaha.

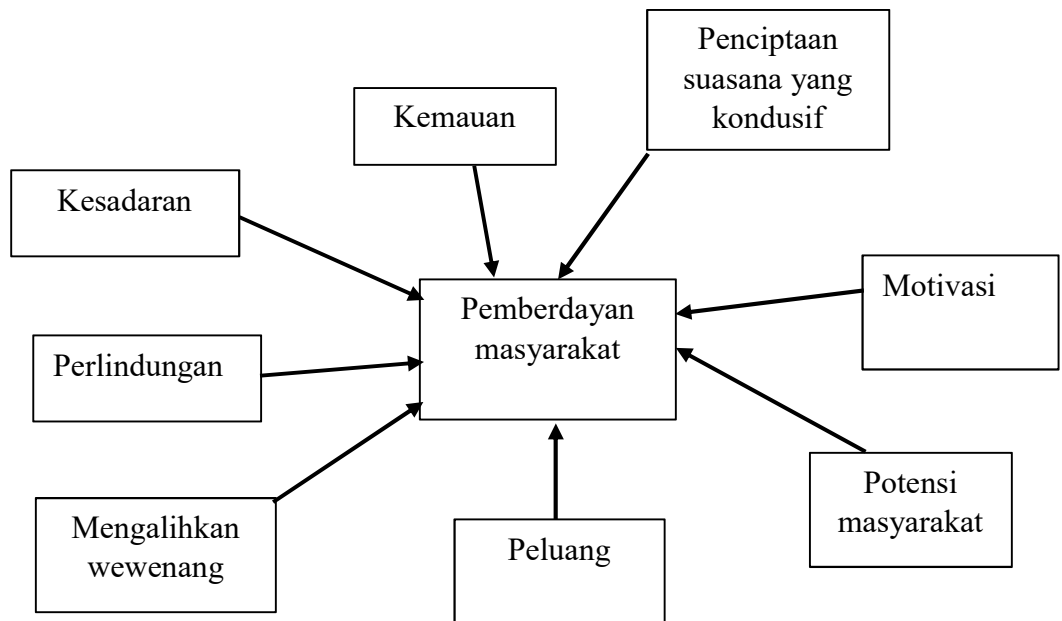


Gambar 2.1. Pola Pemberdayaan Masyarakat

2.1.3 Dimensi dan Determinan Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Sulaeman (2021), untuk mencapai tujuan pemberdayaan masyarakat terdapat 3 (tiga) jalur kegiatan yang harus dilaksanakan yaitu:

- a. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang;
- b. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya dengan mendorong, memberikan motivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya, serta berupaya membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkan, dan
- c. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki dalam pemberdayaan



Gambar 2.2. Determinan pemberdayaan

Tabel 2.1 Dimensi dan faktor Determinan pada Pemberdayaan

Adiyoso (2009 in Sulaeman (2021))	Cavaye JM (2001) in Sulaeman 2021	Suhendra (2006) in Sulaeman (2021)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan aset masyarakat 2. Meningkatkan ketrampilan masyarakat 3. Komunikasi antar warga 4. Menghubungkan sumberdaya yang tersedia 5. Menciptakan sumberdaya masyarakat 6. Kepemilikan 7. Meningkatkan harapan 8. Hubungan dengan dunia luar 9. Mendorong kepercayaan diri dan ketahanan masyarakat 10. Membangun keberlangsungan organisasi dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerjasama 2. Kemauan 3. Kepemimpinan 4. Kerja keras 5. Organisasi terbina 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemauan politik yang mendukung 2. Suasana kondusif untuk mengembangkan potensi secara menyeluruh 3. Motivasi 4. Potensi masyarakat 5. Peluang yang tersedia 6. Kerelaan mengalihkan wewenang 7. Perlindungan 8. Kesadaran

Sumber: Sulaeman (2021): Pemberdayaan di Bidang Kesehatan

2.2 Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

MTBS adalah suatu pendekatan yang terintegrasi terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan focus kepada kesehatan Anak usia 0-59 bulan secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan atau cara penatalaksana balita sakit. Konsep pendekatan MTBS yang pertama kali diperkenalkan oleh WHO merupakan suatu bentuk strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditunjukan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan bayi dan Anak balita di Negara-negara berkembang (WHO, 2020)

Pendekatan MTBS pertama kali diluncurkan oleh WHO pada tahun 1994 yang merupakan hasil kerja sama WHO dengan UNICEF serta lembaga lainnya. Pada tahun 1993, bank dunia melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh infeksi pernapasan akut, diare, campak, malaria dan malnutrisi.

Menurut data WHO, tiga dari empat balita sakit sering kali memiliki beberapa keluhan lain dan sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Dalam penanggulangan ISPA secara efektif bila ditangani dengan pendekatan MTBS yaitu meningkat 60% secara klinis dibandingkan dengan pendekatan non-MTBS yaitu 12% (WHO, 2020)

MTBS merupakan suatu pendekatan yang dilaksanakan untuk menanggulangi penyakit ISPA yang diawali dengan penilaian dan klasifikasi, menentukan tindakan dan pengobatan, konseling bagi ibu serta perawatan di

rumah (tindak lanjut). Dalam pelaksanaan MTBS tenaga kesehatan dilakukan oleh kader yang telah mendapat pelatihan sebagai pelaksana yaitu dokter, bidan dan perawat. Pendanaan MTBS bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Bekerja Negara serta Anggaran Pendapatan dan Bekerja Daerah. Sarana dan prasarana dalam melaksanakan MTBS dengan adanya obat dan bahan/alat dalam 6 bulan terakhir untuk pemeriksaan dan pengobatan balita sakit. (*WHO*, 2020)

Sejak tahun 1996 *WHO* dan *UNICEF* telah mengembangkan suatu strategi/pendekatan yang dinamakan MTBS adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan berfokus kesehatan Anak usia 0-5 tahun secara menyeluruh. Kegiatan MTBS merupakan suatu upaya yang ditunjukan untuk menurunkan kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Pos kesehatan (Sumaiyah *et al.*, 2020)

Kegiatan MTBS memiliki 3 komponen khas yang penting dan menguntungkan yaitu: (Maimunah *et al.*, 2022)

- a) Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (dokter, perawat dan bidan telah dilatih).
- b) Memperbaiki sistem kesehatan (perwujudan terintegrasinya banyak program kesehatan dalam satu kali MTBS).
- c) Meningkatkan partisipasi keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan untuk kesehatan balita sakit.

2.2.1 Faktor-Faktor yang mempengaruhi implementasi MTBS

Penerapan MTBS dalam menangani balita sakit memiliki beberapa hambatan dan tantangan, diantaranya hambatan staf, hambatan manajemen, proses manajemen yang buruk, dan infrastruktur yang buruk sehingga mempengaruhi juga kualitas pelayanan. implementasi tidak dapat berjalan dengan baik karena pelimpahan wewenang yang kurang jelas. Seperti dilansir oleh Wahyudi et al., (2021), bahwa belum ada data khusus yang menggambarkan peran, kompetensi, pelatihan dan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas kesehatan dalam implementasi MTBS.

Seperti dilansir oleh Wang *et al.* (2022) faktor-faktor penghambat pelaksanaan MTBS di fasilitas pelayanan kesehatan dasar adalah faktor umur yaitu perawat profesional berusia antara 25 dan 50 tahun, faktor organisasi dan struktural, tingkat pendidikan, pelatihan dan penyadaran; perilaku dan sikap, dan faktor-faktor pengasuh. Salah satu faktor yang menghambat implementasi MTBS yaitu strategi nasional maupun regional yang tidak memberikan ruang kepada para stakeholder dalam meninjau, monitor dan mengevaluasi program tersebut. Hal ini di dukung oleh (Shah *et al.*, 2022) mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi strategi IMNCI oleh petugas kesehatan profesional di institusi kesehatan masyarakat hanya mencapai 58%.

Faktor ekonomi juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk membawa balitanya ke fasilitas pelayanan kesehatan, hal ini didukung oleh (Rahman, *et al.*, 2022), faktor ekonomi merupakan indikator

penting untuk membantu masyarakat dalam mengambil keputusan untuk membawa anaknya untuk mendapatkan perawatan. Oleh karena itu, untuk mendukung pelaksanaan program dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian diperlukan penyediaan intensif oleh pemerintah guna memotivasi masyarakat untuk membawa balitanya.

Faktor pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan untuk memungkinkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu masyarakat perlu diberikan pendidikan kesehatan dengan harapan dapat mengubah sikap dan perilaku. Hal ini ditunjang oleh hasil penelitian Khatun *et al.*, (2021), menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan masyarakat maka tinggi juga partisipasi dalam menurunkan angka kesakitan dan hanya 46,8% yang mengetahui cara mengobati diare di rumah. Juga sebesar 27,8% tidak tahu tentang gejala diare, dan 42,6% tidak tahu tentang MTBS.

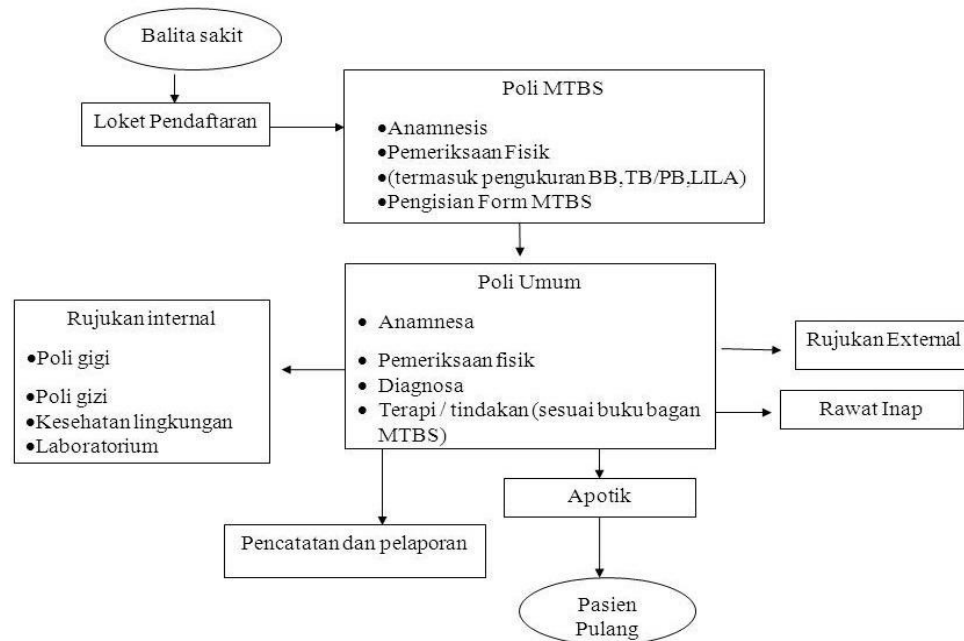
Begitu juga hasil penelitian Oladokun *et al.*(2022) yaitu 68,1% responden terlatih dalam MTBS, dan sebagian besar (65,3%) memiliki pengetahuan cukup tentang MTBS Sedikit di atas rata-rata dari peserta memiliki persepsi yang kuat tentang kurangnya staf terlatih yang memadai (52,8%) dan kelangkaan staf terlatih terkait banyaknya Anak yang mencari pengobatan (52,8%) sebagai hambatan dalam pelaksanaan. Menurut Pinto *et al.*, (2023), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi implementasi MTBS, seperti budaya, sumber daya, dukungan komunitas, keterlibatan pemerintah, dan peran teknologi.

2.2.2 Implementasi MTBS di Timor Leste

MTBS merupakan suatu program yang sangat efisien dan efektif karena dalam pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dan menyeluruh yang artinya setiap balita sakit yang dibawa ke pusat pelayanan harus ditangani secara detail yang mana dimulai dari tanda bahaya umum sampai imunisasi. Seperti dilansir oleh WHO bahwa MTBS berfokus pada balita sakit yang berusia 0-59 bulan dapat ditangani secara menyeluruh, MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan atau cara penatalaksanaan pada balita sakit. Konsep pendekatan MTBS yang pertama kali diperkenalkan oleh WHO merupakan suatu bentuk strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditunjukan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan bayi dan aAnak balita di Negara-negara berkembang (Rahmah *et al.*, 2021). Untuk meningkatkan kualitas pelayanan MTBS di setiap fasilitas kesehatan diperlukan tenaga terlatih sehingga dapat memahami konsep implementasinya secara terarah yang dimulai dengan dari penilaian, klasifikasi, menentukan pengobatan, pengobatan, konseling dan pelayanan tindak lanjut.

Berikut alur Pelayanan Kesehatan tatalaksana MTBS pada pusat Kesehatan masyarakat:

Gambar 2.3 : Alur Pelayanan Kesehatan Tatalaksana MTBS Puskesmas



Sumber: Puskesmas Aileu, 2024

Pelaksanaan MTBS di Timor Leste sudah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan *Timor Leste* dengan mengeluarkan *Implementing Guidelines* (Ministry of Health, 2020). Namun kualitas penatalaksanaan kasus MTBS pada anak terhambat oleh kurangnya sumber daya, meningkatnya risiko malnutrisi dan kekambuhan penyakit pada anak-anak yang rentan. Perbaikan sistem dapat memastikan tepat sumber daya dan pengetahuan staf dan keterampilan (Pinto *et al*, 2020).

2.3 *Local Wisdom*

Supriadi *et al* (2022), *Local wisdom (LW)* adalah gagasan, nilai dan praktik bijaksana yang dianut dan diikuti oleh masyarakat setempat. Manfaat LW yaitu membantu masyarakat lokal untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan, memperkuat identitas budaya dan kepercayaan. Masyarakat Sebagai kumpulan etnis terbesar di pulau Timor, memiliki aneka ragam tradisi dan budaya yang masih ada pada masa kini, di antaranya praktik *LW-MD*. Praktik itu merupakan upaya menyusun atau menata kembali sistem atau tatanan kehidupan mereka yang rusak akibat dosa atau kelemahan manusia. Praktik *matan dook* merupakan sebuah ritual (*custom*) yang mencakup seperangkat tindakan atau kegiatan yang dimulai dengan membaca kejadian atau peristiwa berkelanjutan yang terjadi dan dialami oleh masyarakat, seperti kecelakaan, keduakaan beruntun, penyakit yang diderita dalam keluarga, serta beragam permasalahan sosial. Dengan melihat keragaman peristiwa maka masyarakat berupaya untuk mencari jalan guna menemukan faktor penyebab. Berikut ini diuraikan penelitian terdahulu yang membahas praktik adat *Matan-Dook*. Kolimon, dalam penelitiannya, mengkaji para pelaku tragedi 1965 di Timor yang mencari penyembuhan. Dalam penelitiannya, ia menemukan bahwa praktik *matan dook* digunakan para pelaku sebagai upaya mencari penyembuhan batin yang merasa bersalah terhadap korban dan keluarga korban

Sedangkan menurut Sudrajat *et al* (2023) menyebutkan kearifan lokal merupakan pandangan dari suatu tempat yang bersifat bijakasana dan bernilai, baik yang diikuti dan dipercayai oleh masyarakat di suatu tempat dan sudah diikuti secara turun temurun. Begitu juga menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 32 tahun 2009 tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, kearifan lokal adalah nilai-nilai luhur yang berlaku dalam tata kehidupan masyarakat yaitu antara lain untuk melindungi dan mengelola lingkungan hidup secara lestari.

Iswanto *et al.* (2020) melakukan kajian upacara tradisional yang dilakukan oleh berbagai suku di Pulau Timor. Upacara adat dilakukan pada saat masyarakat mengalami masalah, seperti hasil panen yang tidak memuaskan, pasangan suami-istri yang belum memiliki keturunan, atau seorang ibu mengalami kesulitan pada saat melahirkan.”Praktik *matan dook* dilakukan agar setiap individu mengakui dosa atau kesalahan yang memungkinkan terjadinya berbagai masalah tersebut. Tamelap melakukan kajian mengenai *matan-dook* sebagai sarana atau media pemaafan atau perdamaian dalam suku Timor dari perspektif tahap-tahap pemaafan dan dimensi pemaafan. Penelitiannya dilakukan di desa Haumeni Ana, Kabupaten Timor Tengah Utara, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Dalam analisis datanya, Tamelan menemukan bahwa *matan-dook* merupakan salah satu upaya suku Timor untuk menangani konflik yang dialami oleh sebuah keluarga yang akhirnya dapat mengalami pemulihan atau pemaafan (Tamelab *et al.*, 2024)

Masyarakat menganggap bahwa melalui *LW* dengan tujuan agar tercipta kondisi dan sistem kehidupan yang kembali normal. Melalui ritual itu, dapat dikatakan bahwa melakukan penyelidikan melalui *LW* merupakan suatu upaya atau jalan bagi mereka untuk menyelesaikan persoalan atau krisis berkelanjutan yang dialami dan sebagai upaya bagi mereka untuk memperbaiki sistem dan kondisi kehidupan mereka yang telah rusak.

Dalam sistem keyakinan masyarakat, segala sesuatu terjadi karena ada penyebabnya sehingga dilakukan *ritual* untuk mencari penyebab sebuah peristiwa. Apabila penyebabnya telah ditemukan, maka dengan segera mencari solusi agar dapat keluar krisis berkelanjutan yang sedang dialami. Dalam keyakinan masyarakat, dosa adalah penyebab beragam peristiwa berkelanjutan atau krisis sehingga, apabila dosa telah diakui dan mendapat pengampunan, maka masalah atau krisis hidup yang tengah dihadapi serta kondisi kehidupan mereka kembali normal.

Sesuai dengan pengamatan bahwa praktek *matan dook* bukanlah orang yang percaya kepada Tuhan melainkan percaya kepada arwah dan leluhur yang telah meninggal berpuluh-puluh tahun, oleh sebab perlu didoakan agar mengalihkan kepercayaan mereka kepada Tuhan agar dapat memahami bahwa penyakit itu ada penyebabnya. Untuk itu diperlukan pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan melalui partisipasi *local wisdoms seperti tokoh masyarakat, kepala suku, ketua, tokoh agama dan kader kesehatan*. Karena

pemberdayaan secara luas diterima dalam praktik promosi kesehatan dan telah menjadi strategi pengembangan dan implementasi program kesehatan masyarakat. Pemberdayaan individu terutama untuk meningkatkan kemampuan individu untuk mengambil keputusan dan memiliki kontrol atas kehidupan pribadi. Pemberdayaan melalui meningkatkan kemampuan sosial masyarakat dalam mengambil keputusan dan memiliki kontrol atas kehidupan di masyarakat (Sulaeman, 2021)

Hal ini dilakukan guna mendorong masyarakat untuk membawa balitanya ke fasilitas kesehatan terdekat guna mendapatkan perawatan sedini mungkin supaya bisa terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan. Mengingat masih banyak masyarakat yang percaya kepada *LW* sehingga terlambat membawa balitanya ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan.

2.4 *Community Development model*

Dari sudut pandang teoretis, terdapat tujuh model dan pendekatan dalam pemberdayaan yang selanjutnya diuraikan sebagai berikut.

a) *Rapid Rural Appraisal (RRA)*

RRA merupakan teknik identifikasi mengenai keadaan suatu wilayah secara cepat. Biasanya kegiatan RRA lebih banyak dilakukan oleh pihak luar tanpa atau sedikit partisipasi dari masyarakat setempat. RRA digunakan untuk mengumpulkan informasi secara akurat, dalam

waktu yang terbatas ketika keputusan tentang pembangunan perdesaan harus diambil sesegera mungkin. Pada dasarnya, *RRA* ialah cara berlatih yang intensif buat menguasai situasi perdesaan, dicoba berkali-kali, serta kilat. *RRA* mempunyai tiga rancangan dasar, yaitu (a) perspektif sistem, (b) triangulasi dari pengumpulan informasi, serta (c) pengumpulan informasi serta analisis berkali-kali (Maryam, 2020).

b) *Participatory Rural Appraisal (PRA)*

PRA merupakan penyempurnaan dari *RRA*. *PRA* dicoba dengan lebih banyak mengaitkan “orang dalam” yang terdiri atas seluruh *stakeholders*’ dengan difasilitasi oleh pihak luar yang kedudukan dominannya lebih selaku pelapor ataupun penyedia dibandingkan selaku yang mengajari. *PRA* merupakan sesuatu tata cara pendekatan berlatih mengenai situasi serta kehidupan perdesaan dari, dengan, serta oleh warga dusun. Pengertian belajar di sini, rti meliputi juga kegiatan mengkaji, merencanakan dan bertindak. Tujuan utama metode *PRA* adalah untuk menghasilkan rancangan program yang lebih sesuai dengan hasrat dan keadaan masyarakat (Heryana, 2020).

c) *Participatory Research and Development (PRD)*

Yaitu jenis penelitian mengenai partisipasi dan pembangunan masyarakat memiliki fokus terhadap upaya menolong anggota masyarakat yang memiliki kesamaan minat untuk bekerja sama, mengidentifikasi kebutuhan bersama, dan kemudian melakukan

kegiatan bersama untuk memenuhi kebutuhan tersebut. *PRD* merupakan wujud nyata dari pengembangan masyarakat seringkali diimplementasikan dalam bentuk:(a) proyek pembangunan yang memungkinkan anggota masyarakat memperoleh dukungan dalam memenuhi kebutuhannya,(b) kampanye dan aksi sosial yang memungkinkan kebutuhan- kebutuhan tersebut dapat dipenuhi oleh pihak-pihak lain yang bertanggung jawab (Hernitati *et al.*, 2022)

d) *Participation Action Research (PAR)*

Menurut Corey (1953) *PAR* adalah proses di mana kelompok sosial berusaha melakukan studi masalah mereka secara ilmiah dalam rangka mengarahkan, memperbaiki, dan mengevaluasi keputusan dan tindakan mereka. Pada dasarnya, *PAR* merupakan penelitian yang melibatkan secara aktif semua pihak-pihak yang relevan (*stakeholders*) dalam mengkaji tindakan yang sedang berlangsung (dimana pengamalan mereka sendiri sebagai persoalan) dalam rangka melakukan perubahan dan perbaikan ke arah yang lebih baik. Untuk itu, mereka harus melakukan refleksi kritis terhadap konteks sejarah, politik, budaya, ekonomi, geografis, dan konteks lain-lain yang terkait. *PAR* terdiri atas tiga kata yang selalu berhubungan seperti daur (siklus), yaitu partisipasi, riset, dan aksi. Artinya, hasil riset yang telah dilakukan secara partisipatif kemudian diimplementasikan ke dalam aksi. Namun, setelah aksi bukan berarti lepas tangan begitu saja, melainkan dilanjutkan

dengan evaluasi dan refleksi yang kemudian menjadi bahan untuk riset kondisi subjek penelitian setelah aksi. Landasan utama dalam cara kerja *PAR* adalah gagasan-gagasan yang datang dari bawah yaitu masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, fasilitator *PAR* harus melakukan langkah-langkah berikut:

- a) Memperhatikan secara sungguh-sungguh gagasan yang datang dari masyarakat yang terkadang masih abstrak dan belum sistematis.
- b) Mempelajari gagasan tersebut secara bersama-sama dengan mereka sehingga menjadi gagasan yang sistematis.
- c) Berbaur dengan masyarakat.
- d) Mengkaji kembali gagasan yang datang dari mereka, sehingga mereka sadar dan memahami bahwa gagasan itu milik mereka sendiri.
 - a. Menerjemahkan gagasan tersebut dalam bentuk aksi.
 - b. Menguji kebenaran gagasan melalui aksi.
 - c. Diulang-ulang kembali sehingga gagasan tersebut menjadi lebih benar, lebih penting dan lebih bernilai sepanjang masa.
- e) *Problem Based Learning (PBL)*

Yaitu suatu pendekatan pembelajaran yang menggunakan masalah dunia nyata sebagai suatu konteks bagi peserta didik untuk belajar tentang cara berpikir kritis dan keterampilan pemecahan masalah, serta untuk memperoleh pengetahuan dan konsep yang esensial dari materi

yang dipelajari. Landasan teori *PBL* adalah kolaborativisme yaitu suatu pandangan yang berpendapat bahwa peserta didik akan menyusun pengetahuan dengan cara membangun penalaran dari semua pengetahuan yang sudah dimilikinya dan dari semua yang diperoleh sebagai hasil kegiatan berinteraksi dengan sesama individu. Hal tersebut juga menyiratkan bahwa proses pembelajaran berpindah dari transfer informasi fasilitator ke proses konstruksi pengetahuan yang sifatnya sosial dan individual. Peran fasilitator adalah memantau aktivitas peserta didik, memfasilitasi proses belajar, dan menstimulasi peserta didik dengan pertanyaan (Brahmana *et al*, 2020)

f) *Experiential Learning*

Model ini menekankan pada sebuah model pembelajaran yang holistik dalam proses belajar. Dalam *Experiential learning*, pengalaman dalam peran sentral dalam proses belajar. *Model experience learning* melibatkan masyarakat secara langsung dalam masalah dan isu yang dipelajari. Belajar menurut model *experiential learning* merupakan proses penciptaan pengetahuan melalui kombinasi antara mendapatkan pengalaman dan mentransformasi pengalaman (Izhar *et al.*, 2020)

- g) *Experiential learning*: mengajak masyarakat untuk memandang secara kritis kejadian yang ditemui dalam kehidupan sehari-hari dan melakukan penelitian sederhana untuk mengetahui apa yang

sebenarnya terjadikemudian menarik kesimpulan bersama. Model pembelajaran experiential learning terdiri atas empat tahapan, yaitu *concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, and active experimentation*. Model *experiential learning* adalah suatu model proses belajar mengajar yang mengaktifkan pembelajar untuk membangun pengetahuan dan keterampilan melalui pengalamannya secara langsung. Dalam hal ini, *experiential learning* menggunakan pengalaman sebagai katalisator untuk menolong pembelajar mengembangkan kapasitas dan kemampuan dalam proses pembelajaran (Setiawan *et al.*, 2021).

b. Model Pemberdayaan Bidang Kesehatan

Model adalah konstruksi kerangka teoritis yang menggambarkan hubungan variabel-variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami dari suatu masalah yang mewakili sejumlah objek atau keseluruhan aktivitas. Dengan demikian model pemberdayaan masyarakat harus memperlihatkan interaksi diantara faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hasil pemberdayaan yang dihubungkan dengan proses pemberdayaan.

Rothman *et al* (1995), Fleming *et al*, 2007 in (Sulaeman, 2021), terdapat tiga model pemberdayaan dibidang kesehatan yaitu: *Locality development model* (model pengembangan lokal), *Social planning model* (model perencanaan sosial) dan *action social model* (model aksi sosial). Model aksi sosial ini menekankan pentingnya penanganan kelompok masyarakat yang tidak beruntung secara terorganisasi, terarah dan sistematis. Model pengembangan lokal mensyaratkan bahwa perubahan dalam masyarakat dapat dilakukan secara optimal bila melibatkan partisipasi aktif masyarakat tingkat lokal, baik dalam penentuan tujuan maupun pelaksanaan tindakan perubahan.

Adapun tujuan utama pemenuhan kesehatan masyarakat secara menyeluruh yaitu mencakup bidang; *promotive*, *preventive*, *kurative*, *rehabilitative*. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan agar setiap warga negara dapat memperhatikan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta peningkatan kualitas hidup. Dalam usaha pemenuhan

kesehatan setiap manusia diperlukan pendekatan melalui beberapa kajian yang dalam hal ini yang paling berperan adalah penerapan ilmu kesehatan Masyarakat (Supriadi *et al.*, 2022b)

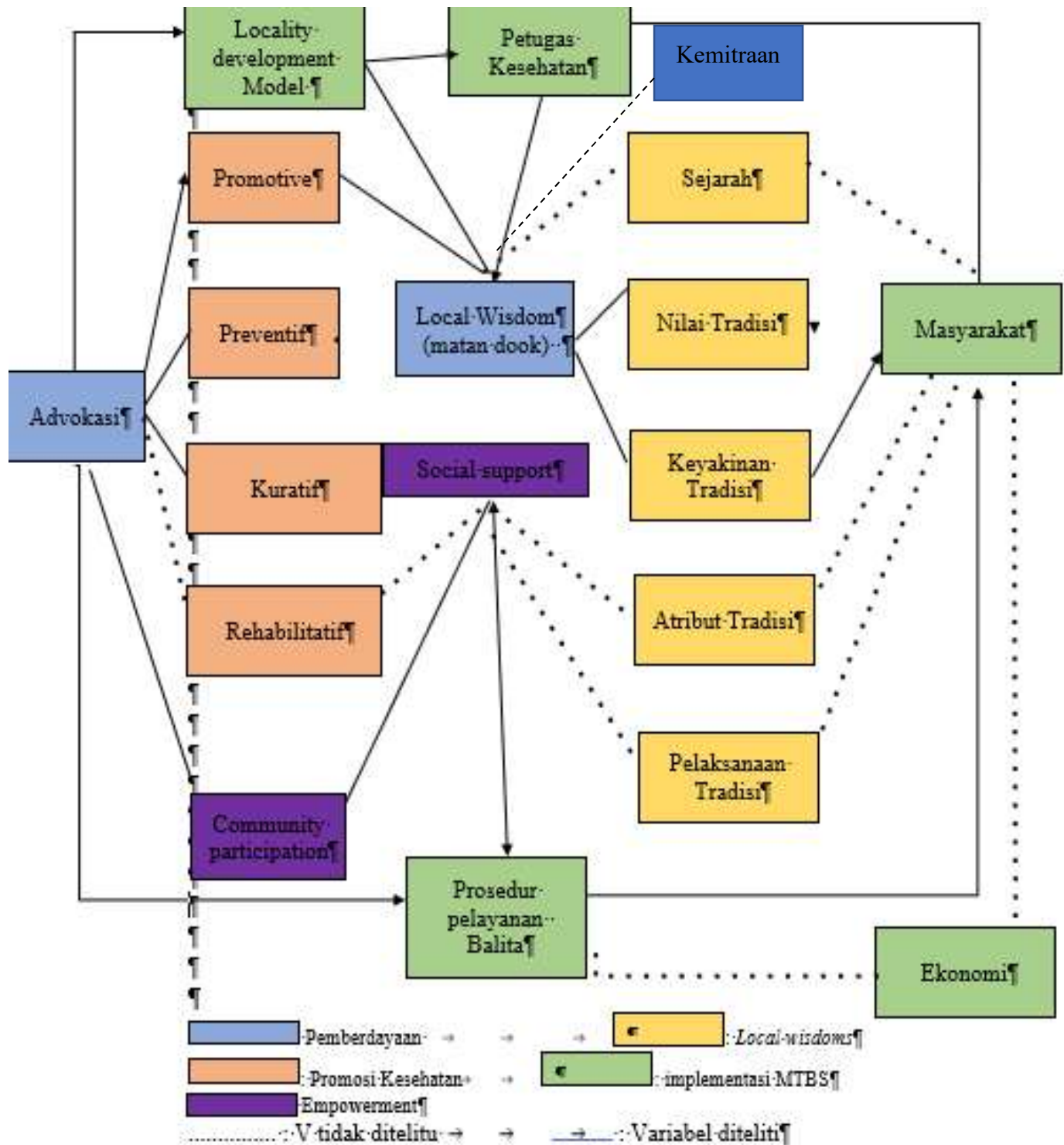
Model pemberdayaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah model pemberdayaan *locality developement model* (model pengembangan lokal), dengan pendekatan *Participation Action Research (PAR)*.

PAR merupakan penelitian yang melibatkan secara aktif semua pihak-pihak yang relevan (*stakeholders*) dalam mengkaji tindakan yang sedang berlangsung (dimana pengamalan mereka sendiri sebagai persoalan) dalam rangka melakukan perubahan dan perbaikan ke arah yang lebih baik. Untuk itu, mereka harus melakukan refleksi kritis terhadap konteks sejarah, politik, budaya, ekonomi, geografis, dan konteks lain-lain yang terkait. PAR terdiri atas tiga kata yang selalu berhubungan seperti daur (siklus), yaitu partisipasi, riset, dan aksi. Artinya, hasil riset yang telah dilakukan secara partisipatif kemudian diimplementasikan ke dalam aksi. Namun, setelah aksi bukan berarti lepas tangan begitu saja, melainkan dilanjutkan dengan evaluasi dan refleksi yang kemudian menjadi bahan untuk riset kondisi subjek penelitian setelah aksi. Landasan utama dalam cara kerja *PAR* adalah gagasan-gagasan yang datang dari bawah yaitu masyarakat itu sendiri (Alaydrus *et al.*, 2020).

Model pemberdayaan dengan *Locality developement model* (model pengembangan lokal) dilakukan dengan pendekatan *PAR* adalah sebagaimana berikut:

- a. Membentuk *Focus Group Discussion (FGD)* yang bertujuan untuk menggali gagasan *local wisdom* dalam pemberdayaan yang terdiri dari para tokoh agama, tokoh adat, petugas kesehatan serta masyarakat
- b. Mempelajari gagasan tersebut secara bersama-sama dengan mereka sehingga menjadi gagasan yang sistematis.
- c. Menuangkan gagasan *local wisdom* dalam modul.pemberdayaan masyarakat
- d. Menguji modul dengan *quasy eksperimental* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi
- e. Merevisi modul dan menyesuaikan dengan hasil uji modul untuk kemudian dikembangkan menjadi modul MTBS-M.

2.5 Kerangka Teori



Gambar2. 4 : Kerangka teori Penelitian

2.6 Health Promotion Theory

Promosi kesehatan masyarakat sangat diperlukan terkait implementasi MTBS sebab keberhasilan MTBS juga dipengaruhi oleh faktor promosi dan strategi promosi kesehatan guna mencapai misi dan visi promosi kesehatan secara efektif efisien melalui *community empowerment, social support and advocacy*. Promosi kesehatan itu sendiri merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan di mana konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang meningkatkan kemampuan dan perubahan perilaku masyarakat sehingga dapat berpartisipasi dalam pembangunan bidang kesehatan Anak. Hal ini didukung oleh (Wasliah *et al*, 2022) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa strategi pengelolaan penyakit Anak yang terintegrasi dapat mengurangi kematian Anak. Perilaku ibu untuk mencari perawatan terutama pada ibu-ibu yang sibuk dengan pekerjaan perlu menyadarkan tentang pentingnya efek ASI eksklusif terhadap kesehatan Anak.

Promosi Kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan di dunia karena munculnya konferensi internasional tentang pencegahan pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal dengan nama *Ottawa Charter (WHO, 1978)*. *Ottawa Charter* merupakan konferensi internasional pertama tentang promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh *WHO*. Dalam *Ottawa Charter* menghasilkan rumusan

3 strategi promosi kesehatan yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan (Thunberg *et al.*, 2022)

Selain *Ottawa Charter* konferensi internasional yang mendukung promosi kesehatan sebagai sektor pelayanan kesehatan adalah Deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 di Kazakhstan (sekarang menjadi Republik Sosialis Soviet) yang membahas tentang pelayanan kesehatan dasar. deklarasi Alma-ata menyebutkan bahwa pemerintah, pekerja kesehatan dan komunitas didunia berperan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan untuk semua orang. Deklarasi Alma-ata menekankan bahwa (1) kerja sama secara global dan perdamaian sangatlah penting (2) kebutuhan lokal dan masyarakat harus mendorong kegiatan promosi kesehatan (3) ekonomi dan sosial dibutuhkan untuk membentuk kesehatan (4) pencegahan harus menjadi bagian dari pelayanan kesehatan (5) kebutuhan pemerataan status kesehatan dan (6) berbagai sektor dan pelaku haru dilibatkan dalam upaya peningkatan kesehatan (Khatun *et al.*, 2021)

Deklarasi Almaata mengajukan banyak ide yang kemudian muncul di Piagam Ottawa. Conference international ketiga tentang Promosi Kesehatan di Sundsvall, Swedia pada bulan Juni tahun 1991 dikenal dengan nama *Sundsvall statements on Supportive Environments for Health*. Kesimpulan dari konferensi Sundsvall adalah lingkungan yang mendukung sangat penting dalam kesehatan. Lingkungan yang mendukung dalam arti keduanya baik aspek fisik maupun sosial pada suatu kehidupan, pekerjaan, pergaulan, pendidikan, dan pencarian perawatan (Fink *et al.*, 2022)

Empat aspek utama dalam lingkungan yang mendukung menekankan (1) dimensi sosial termasuk norma, tujuan dan warisan (2) dimensi politik termasuk partisipasi, pembuat keputusan, komitmen hak asasi manusia dan perdamaian (3) dimensi ekonomi termasuk perkembangan yang berkelanjutan dan (4) mengakui dan memberdayakan kemampuan dan pengetahuan perempuan. Konferensi menyoroti ketidakadilan perkembangan antara negara yang kaya dan miskin dalam hubungan antara keadilan sosial dan kesehatan. Membuat keadilan diidentifikasi dari prioritas membuat lingkungan yang mendukung. Fokus dari deklarasi adalah pada pembangunan yang berkelanjutan dan memanggil serta melibatkan personal yang mengembangkan kebijakan promosi kesehatan. Kebijakan dan hubungan spiritual personal yang memelihara lingkungan mereka akan digunakan sebagai model di seluruh dunia. Konferensi Sundsvall juga menetapkan empat kunci aksi strategis kesehatan masyarakat (1) penguatan advokasi pada aksi komunitas, (2) pemberdayaan dan pendidikan masyarakat untuk mengontrol kesehatan mereka sendiri, (3) membangun hubungan antara lingkungan dan kesehatan berorientasi kelompok dan, (4) memeditasi konflik untuk memastikan pemerataan terhadap lingkungan yang sehat (Abokresha *et al.*, 2022)

Konferensi Promosi Kesehatan ke empat diselenggarakan di kota Jakarta, Indonesia pada bulan Juli tahun 1997 dan disebut dengan Deklarasi Jakarta. Konferensi keempat ini merupakan konferensi pertama yang diadakan di negara berkembang dan pertama kali melibatkan sektor swasta. Yang diturunkan pada

Deklarasi Jakarta (1997), menekankan bahwa kemiskinan adalah ancaman terbesar dari kesehatan, selagi meringkas perdamaian, perlindungan pendidikan, hubungan sosial, makanan, pendapatan, pemberdayaan perempuan, ekosistem yang stabil, sumber yang berkelanjutan, keadilan sosial, menghormati hak asasi manusia, dan keadilan merupakan persyaratan dari kesehatan

Konferensi menyoroti fakta transasional sebagai ekonomi global, pasar finansial, memudahkan mengakses teknologi komunikasi, degradasi lingkungan, dan ketidak tanggung jawaban penggunaan sumber daya juga akan berdampak secara signifikan pada kesehatan. Memunculkan aksi untuk menstabilkan promosi kesehatan global aliannya telah dikeluarkan. Tujuan aliansi itu adalah untuk (1) meningkatkan kepedulian untuk menrubah determinan kesehatan (2) berdesikasi untuk bekerja sama untuk Promosi Kesehatan (3) mengerahkan sumber daya untuk promosi kesehatan (4) mengakumulasikan praktek pengetahuan terbaik (5) memungkinkan berbagi pelajaran (6) mempromsikan aksi sloidaritas dan (7) membantu perkembangan transparansi dan akuntabilitas publik promosi kesehatan (Petzold *et al.*, 2022)

Pengertian Promosi Kesehatan menurut Konferensi Promosi Kesehatan di Bangkok atau Bangkok *Charter* (2005) menyoroti kebijakan publik dan komitmen untuk bekerja sama antara pemerintah, organisasi internasional, dan sektor swasta. Piagam Bangkok mendorong orang-orang untuk “mengadvokasi kesehatan berbasis hak asasi manusia, menginvestasikan kebijakan berkelanjutan, tindakan atau aksi dan menempatkan determinan kesehatan

dalam infrastruktur, pemindahan atau transfer pengetahuan dan penelitian sebagai target, dan menempatkan literatur Kesehatan (Haryanti *et al.*, 2022). Advokasi untuk mensetarakan kebutuhan dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang. Kesehatan sekarang merupakan bagian kritis untuk kebijakan penduduk, keamanan nasional, perdagangan dan geopolitik.

Strategi Promosi kesehatan dalam buku Rany (2023) terdapat 4 bagian penting yaitu:

a. *Advocacy*

Advocacy merupakan upaya untuk menyakinkan orang lain atau orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan. Dalam promosi kesehatan, advokasi merupakan upaya pendekatan pada para pembuat keputusan atau pembuat kebijakan di berbagai tingkatan dan bagian. Adanya upaya pendekatan tersebut, para pembuat kebijakan atau keputusan diharapkan dapat mendukung program kesehatan yang akan dilaksanakan.

Bentuk-bentuk dukungan tersebut dapat berupa undang-undang, peraturan, Surat keputusan, instruksi formal, dan lain-lain. Proses advokasi dapat melalui dua Cara, yaitu formal dan informal. Upaya formal dapat berupa presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang telah kita rencanakan. Selain upaya formal, upaya informal juga dapat dilakukan seperti mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang

berhubungan langsung dengan program yang akan kita laksanakan. Selain memperoleh dukungan administratif dalam arti kebijakan, dukungan dana dan fasilitas pun dapat kita usulkan untuk mendapatkan dukungan (Komala et al., 2022).

b. Social Support

Strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari dukungan sosial adalah membuat tokoh masyarakat tersebut menjadi tali jembatan yang menghubungkan sektor kesehatan dengan penerima program kesehatan dalam arti masyarakat. Melalui tokoh masyarakat, diharapkan masyarakat mau dan mampu menerima sosialisasi segala program kesehatan yang akan diberikan. Ukuran kesuksesan upaya dukungan sosial melalui dengan adanya partisipasi dari tokoh masyarakat dan masyarakat khususnya. Dukungan sosial ini dapat dikatakan adalah dalam rangka membina suasana yang kondusif untuk dapat menerima program kesehatan. Bentuk dukungan sosial diantaranya pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, maupun bimbingan pada kader kesehatan. Sasaran dari dukungan sosial adalah seluruh tingkatan sosial yang ada di masyarakat (Indrayani & Okrianti, 2022).

c. Community Empowerment

Partisipasi masyarakat adalah keterlibatan aktif masyarakat dalam berbagai aspek kesehatan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Partisipasi ini mencakup berbagai bentuk, seperti memberikan masukan, berkontribusi dalam mengambil keputusan dan terlibat langsung pada kegiatan di tingkat komunitas (*WHO*, 2020). *WHO* juga menganggap bahwa pemberdayaan sebagai elemen kunci dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini bukan hanya meningkatkan efektivitas program, tetapi juga memperkuat rasa memiliki dan tanggungjawab terhadap kesehatan sendiri.

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan anak (*WHO*, 2022) dapat diwujudkan melalui beberapa cara, yaitu

- a) Pendidikan dan penyuluhan kesehatan: Masyarakat perlu mendapatkan informasi yang benar dan akurat tentang kesehatan anak, seperti tumbuh kembang anak, imunisasi, dan pencegahan penyakit.
- b) Pemberdayaan keluarga: Keluarga harus memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk merawat anak dengan baik, termasuk mengenal tanda bahaya pada balita.
- c) Keterlibatan dalam pengambilan keputusan: Masyarakat harus memiliki kesempatan untuk menyampaikan aspirasi dan kebutuhan terkait kesehatan anak kepada petugas dan institusi kesehatan.
- d) Peningkatan kualitas layanan kesehatan: Masyarakat dapat memberikan masukan dan saran untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang tersedia, seperti sarana dan prasarana kesehatan yang memadai.

- e) Pengawasan dan kontrol kualitas: Masyarakat dapat berperan aktif dalam mengawasi dan mengontrol kualitas layanan kesehatan yang tersedia, termasuk memastikan adanya standar yang memadai.

d. *Partnership* (Kemitraan)

Kemitraan merupakan kolaborasi antara berbagai pihak untuk mencapai tujuan bersama dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Kemitraan ini melibatkan berbagai sektor seperti pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dunia usaha, dan masyarakat untuk bekerjasama dalam mengidentifikasi masalah, mengembangkan program dan melaksanakan promosi kesehatan.

Prinsip dasar kemitraan, menurut Notoatmodjo (2020), meliputi (a) kesetaraan (*equity*) yaitu semua pihak dalam kemitraan harus merasa memiliki posisi yang setara, baik besar maupun kecilnya organisasi, (b) Keterbukaan (*transparency*): semua pihak harus terbuka tentang kekuatan, kelemahan, dan sumber daya yang mereka miliki, (c) saling menguntungkan (*mutual benefit*): kemitraan harus memberikan manfaat bagi semua pihak, baik secara materi maupun non-materi.

2.7 Penelitian Relevan

Penelusuran terhadap penelitian terdahulu dilakukan dengan pendekatan *literature study* untuk memilih dan memilah artikel yang relevan dengan tema penelitian ini. Kata kunci yang digunakan pada penelusuran artikel adalah: Strategi MTBS, kesehatan masyarakat. Dari penelusuran artikel diperoleh 20 artikel sejenis yang dipublikasikan dari tahun 2020 sampai dengan 2024. Hasil *literature study* ini menjadi dasar dalam penyusunan penelitian ini.

Berikut rincian hasil penelusuran terhadap artikel penelitian relevan:

Tabel 2.2. Penelitian yang Relevan

NO	Uraian	Hasil
1	<p>Judul: Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) implementation at community health centers in Aileu municipality, Timor Leste: Health Workers "Perceptions"</p> <p>Variabel : IMCI, Health worker perceptions</p> <p>Autor : Joaquim Pinto*,Carlos Boavida Tilman, Edeliza Fatima Pereira,Acacio de Jesus,Marlin M. Jarona, Lilis I.N.Purba</p> <p>Publish: Healthcare</p> <p>Link: https://www.sciencedirect.com/journal/healthcare</p>	<p>Tujuan penelitian untuk memahami pengkajian, klasifikasi, pengobatan, konseling pada ibu dan tindak lanjut pelaksanaan MTBS</p> <p>Metode: Metode kuantitatif dan kualitatif serta tinjauan retrospektif</p> <p>Hasil: Nilai parameter yang diamati yaitu penilaian, klasifikasi, perlakuan, Konseling kepada ibu dan tindak lanjut berturut-turut adalah 83,3%, 97,10,5%, 88,45%, 44,76%, dan 39%. Pelaksanaan MTBS kurangnya pemantauan, evaluasi, dan pengawasan rutin dari Puskesmas</p> <p>Otoritas yang kompeten, serta tingkat kepatuhan terhadap pedoman penerapan MTBS di Ailleu Kota hanya 70,64%.</p> <p>Kelemahan; Kelemahan yaitu penelitian hanya mengetahui persepsi petugas kesehatan tentang prosedur implementasi MTBS Balita (AKB).</p> <p>Perbedaan : penelitian yaitu ingin mengetahui partisipasi masyarakat melalui local "matandook" dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian</p>
2	<p>Judul : : berjudul Implementasi Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Diare akut pada anak berumur 2 bulan sampai 5 tahun di Puskesmas, Timor Leste</p> <p>Penulis : Joaquim Pinto, Lidia Gomes</p> <p>Avelino Guterres Correia</p>	<p>Tujuan : <i>To explore adherence to IMCI guidelines for assessment, classification, treatment, counselling and follow-up for children under 5 years of age with acute diarrhoea.</i></p> <p>Metode : quantitative and quantitative</p> <p>Hasil ; Tingkat kepatuhan petugas kesehatan melakukan pengkajian, klasifikasi, pengobatan, konseling dan follow up 61,7%. Juga kurang tersedia dukungan</p>

	<p>Journal : International Journal of Innovative Science and Research Technology ,ISSN No:-2456-2165 Link :www.ijisrt.com</p>	<p>penunjang seperti kurang pengawasan, follow up training dan supervisi. Kelemahan : penelitian ini yaitu hanya mengetahui tingkat kepatuhan petugas MTBS dalam menggunakan pedoman yang tersedia dengan fokus pada diare. Perbedaan : yaitu mengetahui pengaruh pemberdayaan dan strategi promosi kesehatan melalui <i>local wisdom matandook</i> dalam upaya menurunkan AKB-</p>
3	<p>Judul : Peran Kearifan Lokal dalam Menurunkan Angka Morbiditas dan Mortalitas Balita Melalui Strategi Promosi Kesehatan Variabel Eksogen pemberdayaan komunitas, dukungan sosial, dan advokasi dan variabel endogen peran lokal wisdom. Autor : Joaquim Pinto, Acacio de Jesus, Herminio Noronha, Ostelino da Silva Belo, Manuel Francisco da Costa (2024) Publisher : Medical Studies and Health Journal (SEHAT) Link : https://journal.ppipbr.com/index.php/sehat/index DOI https://doi.org/10.62207</p>	<p>Tujuan : menganalisis Mengetahui peran kearifan lokal diterapkan dalam berbagai strategi promosi kesehatan, termasuk pemberdayaan komunitas, dukungan sosial, dan advokasi. Metode : Tinjauan Pustaka Hasil: Integrasi kearifan lokal dalam program kesehatan dapat meningkatkan penerimaan dan partisipasi masyarakat, serta berpotensi mengurangi angka kematian dan kesakitan balita. Kelemahan yaitu hanya tinjauan pustaka sehingga tidak mewakili kepercayaan masyarakat dalam suatu wilayah tertentu, sedangkan perbedaannya itu ini berfokus pada dukungan sosial, pemberdayaan dan advokasi.</p>
4	<p>Judul : Family Participation in The Integrated Management of Childhood Illness Implementation Process: Systematic Literature Review Autor : Joaquim Pinto, Yenny Puspitasari (2024) Journal : Journal of International Multidisciplinary Research Link https://journal.banjaresepacific.com/index.php/jimr</p>	<p>Tujuan: menganalisis peran dan kontribusi keluarga dalam implementasi IMCI serta dampak partisipasi keluarga terhadap hasil kesehatan anak. Selain itu, penelitian ini juga mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung atau menghambat partisipasi keluarga dalam program IMCI Metode: systematic literature review Hasil: Edukasi keluarga, dukungan sosial dan komunitas, kebijakan kesehatan, dan pengalaman serta persepsi keluarga terhadap MTBS adalah tema-tema penting yang mempengaruhi keberhasilan implementasi MTBS. Kelemahannya yaitu hanya mengetahui secara global peran dan partisipasi keluarga berdampak pak implementasi MTBS. Perbedaan: enelitian ini berfokus data primer dari responden sehingga hasilnya dapat membantu memberdayakan <i>local wisdom</i> guna berkontribusi penurunan AKKB.</p>
5	<p>Judul: Evaluation Of Integrated Management Implementation In Hospital In The Health Center Of Sleman D.I Yogyakarta District Variabel : IMCI evaluation Authors: Casnuri, Rahayu (2020)</p>	<p>Tujuan: untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan MTBS di Puskesmas Sleman D.I Yogyakarta. Metode: Kualitatif dengan interviews Hasil: Seluruh puskesmas di Kabupaten Sleman telah melaksanakan pelayanan MTBS sesuai prosedur</p>

	<p>Publish: Jurnal Nes dan Kebidanan Indonesia</p> <p>Link: https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/1165</p>	<p>elayanan dengan capaian yang berbeda-beda di setiap puskesmas. Hal ini disebabkan oleh ketidaktertiban petugas dalam melakukan rekapitulasi data. Capaian program MTBS di Kabupaten Sleman sebesar 65,39%. Program MTBS di puskesmas kabupaten Sleman telah terlaksana dengan baik yaitu Sumber Daya Manusia baik jumlah tenaga kesehatan yang terlatih</p> <p>Kelemahannya: hanya mencari distribusi frekuensi dan tidak memunculkan hasil uji apapun pada hasil. Perbedaan yaitu berfokus pemberdayaan dan strategi promosi kesehatan terhadap implementasi melalui local wisdom dengan uji statistik.</p>
6	<p>Judul : Impact Counseling on implementation Integrated Management Of Childhood Illness Influences Attitude Of Parents Brought Child Under Five Years Old Access To Health Facility</p> <p>Variabel : Impact Counseling, Implementation IMCI, Attitude</p> <p>Autor : Joaquim Pinto, Carlos Boavida Tilman, Jose Dionisio Ximenes³, Ana Do Rosario De Jesus Leite (2024)</p> <p>Journal : <i>Journal of International Multidisciplinary Research</i></p> <p>Link : https://journal.banjaresepacific.com/index.php/jimr</p>	<p>Tujuan: mengetahui dampak konseling pada orang tua dalam memberikan perawatan balita.</p> <p>Metode : a systematic literature review</p> <p>Hasil: Hasil analisis menunjukkan bahwa konseling dampak secara signifikan meningkatkan pemahaman dan keterlibatan orang tua dalam perawatan kesehatan anak. Konseling mengurangi kecemasan dan meningkatkan meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam merawat anak..Konseling juga meningkatkan akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan memberikan informasi penting tentang layanan yang tersedia. Kesimpulannya, konseling dalam MTBS memiliki pengaruh yang signifikan terhadap sikap dan perilaku orang tua dalam membawa anak ke fasilitas kesehatan. Konseling membantu meningkatkan pemahaman tentang kesehatan anak, mengurangi kecemasan, dan mendorong praktik kesehatan yang lebih baik di rumah.kesehatan yang lebih baik di rumah</p> <p>Kelemahan dalam penelitian ini yaitu hanya mengetahui dampak konseling bagi orang tua dalam perawatan anak di rumah dan tidak menjelaskan secara spesifik tiap masalah Perbedaan: dilakukan edukasi dengan menggunakan material sederhana sehingga memudahkan orang untuk memahaminya sesuai dengan tiap masalah yang diderita.</p>
7	<p>Judul: Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Dalam Melaksanakan Program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Indrajaya dan Delima Kabupaten Pidie</p> <p>Variabel : motivasi,supervisi Kinerja bidan pelaksanaan MTBS</p> <p>Authors: Afraini, N., Ichwansyah, F., Rani, H. A., Syahputra, F., Kuala, S., Aceh, B., Farmasi, A., & Mandiri, Y.</p> <p>Publish: Jurnal Aceh Medika (2021)</p>	<p>Tujuan: Untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir, bayi dan balita, kegiatan yang dilakukan adalah melalui pelaksanaan MTBS</p> <p>Metode: kuantitatif</p> <p>Hasil: Hasil penelitian menunjukkan cakupan MTBS di Puskesmas Indrajaya sebesar 75,4% dan di Puskesmas Delima sebesar 62,2%. Hasil uji statistik faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelaksanaan program MTBS yaitu variabel motivasi (p-value = 0,000) dan supervisi (p-value) = 0,000) dengan kinerja bidan dalam melaksanakan program MTBS.</p>

	<p>Link: http://jurnal.abulyatama.ac.id/index.php/acehmedika</p>	<p>Kelemahan: pada judul menganalisa faktor namun terdapat perbedaan dengan tujuan penelitian. Perbedaan: Penelitian ini ingin mengetahui pemberdayaan dan SPK melalui Local wisdom terhadap implementasi MTBS.</p>
8	<p>Judul: Factors Influencing Implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (MTBS) among Health Care Workers in Selected Primary Health Centres in Ibadan, Nigeria Authors: Oladokun, T. F., Odetola, T. D., & Abiona, M., (2022) Publish: African Journal of Health Sciences Link: https://www.ajol.info/index.php/ajhs/article/view/237594</p>	<p>Tujuan: untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan MTBS pada petugas kesehatan di Puskesmas terpilih di Ibadan. Metode: <i>descriptive cross-sectional</i> design with a mixed methodology approach Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (68,1%) responden terlatih dalam MTBS, dan sebagian besar (65,3%) memiliki pengetahuan cukup tentang MTBS. Sedikit di atas rata-rata dari peserta memiliki persepsi yang kuat tentang kurangnya staf terlatih yang memadai (52, 8%) dan kelangkaan staf terlatih terkait banyaknya Anak yang mencari pengobatan (52, 8%) sebagai hambatan dalam pelaksanaan MTBS. Motivator pelaksanaan MTBS yang teridentifikasi adalah pelatihan dan pelatihan ulang petugas kesehatan dan pemberian alat bantu kerja. Kelemahan: terdapat tidak sesuaian antara judul dan hasil uji statistik.</p>
9	<p>Judul: Improving child health care in Botswana: what can be done? Authors: Tjirare & Tlale, (2021) Publish: Pan African Medical Journal Link: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/39/242/pdf/242.pdf</p>	<p>Tujuan: Mengkaji Akses ke perawatan kesehatan yang tepat untuk Anak-anak di Botswana Metode: Survey Hasil: Penerapan strategi manajemen terpadu penyakit balita dengan sukses dapat mengurangi kematian anak secara drastis melalui inovasi, cakupan pelatihan pekerja perawatan kesehatan nasional, peningkatan pengawasan dan penggunaan pedoman secara benar. Kelemahan yang di dapat yaitu mengkaji tentang cara dan jarak yang ditempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan dan tidak diuraikan cara dan jarak akses ke fasilitas kesehatan Penelitian (perbedaan) ini mengkaji juga jarak yang ditempuh oleh masyarakat ke fasilitas kesehatan terdekat.</p>
10	<p>Judul: Evaluation of the Implementation of Integrated Management of Childhood Illness in Special Region of Yogyakarta Province, Indonesia Authors: Hayati, W., Soenarto, S. Y., Haryanti, F., & Prabandari., (2022a) Publish: Macedonian Journal of Medical Sciences Link: https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8670/7063</p>	<p>Tujuan: untuk mengeksplorasi pelaksanaan MTBS di Provinsi DIY ditinjau dari komponen input, proses, dan output Metode: case study Hasil: Hasilnya dibedakan berdasarkan komponen input, proses, dan output. Sebagian besar pelaksana MTBS belum mendapatkan pelatihan (masukan) khusus; tidak ada pedoman khusus untuk Anak yang sakit selama (proses) pandemi COVID-19; dan belum tercapainya target pelaksanaan MTBS dengan persentase di bawah 60–70% (output) Kelemahan penelitian yaitu hanya mengetahui tingkat capaian melalui <i>input-output-process</i> dan perbedaan</p>

		dengan penelitian ini yaitu tidak mencari tingkat capaian namun berfokus pada pemberdayaan <i>local wisdom</i> guna meningkatkan kemampuan mereka sehingga bisa berkontribusi pada penurunan AKB.
11	<p>Judul: Challenges facing professional nurses implementing the Integrated Management of Childhood Illness programme in rural primary health care clinics, Limpopo Province, South Africa</p> <p>Authors: Tshivhase, Madumo, M. M., & Govender, (2020)</p> <p>Publish: South African Family Practice</p> <p>Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501038/</p>	<p>Tujuan: untuk mengetahui tantangan yang dihadapi oleh perawat profesional terlatih MTBS dalam menerapkan strategi ini saat menangani Anak di bawah usia 5 tahun.</p> <p>Metode: quantitative descriptive survey</p> <p>Hasil: Implementasi strategi MTBS oleh perawat profesional terlatih MTBS di klinik perawatan kesehatan primer (Puskesmas) Vhembe terus menghadapi tantangan, sehingga sulit bagi perawat profesional untuk mengikuti pedoman. Tantangan-tantangan ini berkisar dari hambatan staf, hambatan manajemen, proses manajemen yang buruk, dan infrastruktur yang buruk. Kualitas perawatan pasien balita yang buruk.</p> <p>Kelemahan yaitu menggunakan metode quantitative descriptive survei namun tidak menampilkan hasil analisa namun (perbedaan) pada penelitian ini menampilkan data deskriptif maupun komparatif.</p>
12	<p>Judul: Knowledge on integrated management of childhood illness among health and family planning field workers</p> <p>Authors: Khatun, M. A., Saha, A. K., Aktar, S., & Hasin, F. (2021).</p> <p>Publisher: Asian Journal of Medical and Biological Research</p> <p>Link: https://www.banglajol.info/index.php/AJMBR/article/view/53309</p>	<p>Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menilai tingkat pengetahuan tentang MTBS di kalangan petugas lapangan kesehatan dan KB.</p> <p>Metode: Convenience sampling and a semi-structured questionnaire</p> <p>Hasil: Di antara responden, 42,6% tidak mengetahui salah satu tujuan dan 46,8% responden mengetahui salah satu komponen MTBS, 51,5% responden mengetahui bahwa MTBS untuk meningkatkan sistem kesehatan dan 35,3% responden mengetahui bahwa MTBS adalah untuk meningkatkan keluarga dan praktek masyarakat. Tanda-tanda diare pada bayi usia 0-2 bulan tidak diketahui oleh 27, 8% responden. Sebagian besar responden (72,2%) memiliki pengetahuan tentang napas cepat pernapasan sebagai tanda pneumonia. Di antara responden, 42,6% responden memiliki pengetahuan kurang tentang MTBS, 28,7% memiliki pengetahuan baik dan (28,7%) memiliki pengetahuan sedang. Tingkat pengetahuan berhubungan bermakna dengan umur ($p < 0,026$), jenis kelamin ($p < 0,001$), tempat kerja ($p < 0,001$), jabatan ($p < 0,001$), jenis pekerjaan ($p < 0,001$), lama bekerja ($p < 0,001$), status pelatihan ($p < 0,002$).</p> <p>Kelemahan yaitu bertujuan yaitu mengetahui tingkat pengetahuan keluarga pada data diskriptif namun untuk uji analisis melibatkan karakteristik responden.</p> <p>Perbedaan dengan penelitian ini, karakteristik responden hanya di analisis data diskriptif dan tidak mencari hubungan. Penelitian tahap II, juga mencari pemahaman keluarga melalui uji beda yaitu untuk mengetahui sebelum dan sesudah diberikan intervensi.</p>

13	<p>Judul : The Implementation of IMCI in Sick Children from 2 Months up to 5 Years Age Old with Diarrhea in Community Health Center in Timor Leste</p> <p>Metode :</p> <p>Joaquim Pinto, Yuly Peristiowati, Yenny Puspitasari, Indasah, Adelina Pinto, Octaviana Marta G.M. Gusmão (2022)</p> <p>Publisher: Journal of Community Engagment in Health</p> <p>Link: https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/533</p>	<p>Tujuan: Mengetahui prosedur penanganan diare menggunakan pedoman MTBS.</p> <p>Metode : Kuantitatif dan kualitatif</p> <p>Hasil : berdasarkan hasil <i>residence</i> dari tanggal 17-29 Juli 2023, dimana 598 kasus tidak ditangani dengan pedoman MTBS dimana cases were not handled according to the 10.37% (n=62) kasus dengan diare dan .5% (n=3) disensentri. Hasil pengamatan menunjukkan implementasi MTBS tidak di dasarkan prosedur yang ditetapkan oleh MoH.</p> <p>Kelemahan yaitu hanya berfokus pada kasus diare selama residensi dan sekaligus tidak melakukan follow up setelah diberi konseling. Perbedaan dengan yaitu mencari pemahaman <i>local wisdom</i> sebelum dan sesudah implementasi modul MTBS-M pada kelompok kontrol dan perlakuan.</p>
14	<p>Judul: Training and assistance in integrated management of childhood illness for pneumonia and diarrhea cases</p> <p>Authors: Nandini, Inggita Raiesa Rahmi, Anam, Pratiwi, J., Patria Jati, S., Dewanti, N. A. Y. (2023)</p> <p>Publisher: Darmabakti Cendekia: Journal Community Services Engagements</p> <p>Link: https://e-journal.unair.ac.id/DC/article/view/38783</p>	<p>Tujuan: untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan pada penanganan pneumonia dan diare pada bayi balita di Kabupaten Tegal dan Kabupaten Grobogan</p> <p>Metode: Kualitatif, Observasional</p> <p>Hasil: Hasil Pelatihan dan pendampingan ditemukan bahwa beberapa tenaga kesehatan di Puskesmas tidak yakin/ragu-ragu ketika akan melakukan klasifikasi kasus pneumonia, sehingga temuan kasus pneumonia di Puskesmas cukup kecil. Kelengkapan prasarana di puskesmas juga belum terpenuhi sesuai buku bagan MTBS.</p> <p>Kelemahan yaitu tidak diuraikan seberapa besar tenaga kesehatan tidak yakin menentukan klasifikasi diare dan pneumonia.</p> <p>Perbedaan tidak mencari kelemahan dan kekurangan implementasi MTBS namun berfokus pada partisipasi <i>local wisdom</i> dalam upaya menurunkan AKB di masa yang akan datang melalui pelatihan MTBS-M.</p>
15	<p>Judul: Evaluasi Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Di Puskesmas Kota Ratu Kabupaten Ende</p> <p>Authors: Rodja & Dodo, (2023)</p> <p>Publisher: Jurnal Keperawatan Muhammadiyah (2023)</p> <p>Link: https://journal.um-surabaya.ac.id/JKM/article/view/17112</p>	<p>Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi MTBS meliputi input, proses, output dan outcome di Puskesmas Kota Ratu Kabupaten Ende Tahun 2021.</p> <p>Metode: Kualitatif with case study</p> <p>Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa input Sarana dan prasarana di Puskesmas Tenaga MTBS belum memadai yang belum cukup terlatih. Proses pelaksanaan MTBS yaitu menyalurkan pelayanan MTBS sesuai dengan buku panduan MTBS dan petugas menyelenggarakan konsultasi Ibu balita. Output tahun 2021 belum mencapai target, cakupan pelayanan bayi dan balita sakit yang ditangani petugas sebesar 72% dan cakupan UCI desa/kelurahan sebesar 50%. Puskesmas Kota Ratu memiliki kasus diare tertinggi tahun 2021 sebanyak 90 balita. Outcome terdapat 256 balita yang</p>

		<p>berkunjung dan 92 balita yang sakit, jumlah kunjungan tersebut disebabkan oleh COVID-19. Petugas dan ibu balita merasa kurang puas terhadap pelayanan MTBS. Kelemahan yaitu tidak mencari penyebab dari kurangnya sarana dan prasarana dan ketidak puasaan masyarakat terhadap pelayanan.</p> <p>Perbedaan yaitu berorientasi pengembangan modul MTBS-M dengan tujuan melibatkan <i>Local wisdom</i> dan otoritas lokal turut mengambil bagian pelayanan kesehatan balita melalui pelatihan.</p>
16	<p>Judul : pemberdayaan masyarakat di desa berbasis komunitas</p> <p>Variabel : Pemberdayaan</p> <p>Autor : Andi Ansar Firman (2021)</p> <p>Publisher : Jurnal Tata Sejuta STIA MATARAM</p> <p>Link http://ejurnalstiamataram.ac.id</p>	<p>Tujuan : Mencari gambaran konsep pemberdayaan masyarakat desa berbasis komunitas dan bagaimana implementasinya di Indonesia secara umum</p> <p>Metode : literatur review</p> <p>Hasil : Pemberdayaan. Pelibatan komunitas lokal desa akan membangun kontruksi sosial politik yang positif di masyarakat desa dengan semakin memperkuat proses musyawarah dan gotong royong masyarakat desa. Kemudian pada aspek ekonomi dan budaya, pemberdayaan masyarakat desa akan memperkuat peran masyarakat dalam berpartisipasi sebagai pelaku kegiatan di desa. Hal ini akan memperkuat aspek kultur sosial warga desa dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat desa itu sendiri.</p> <p>Kelemahannya yaitu tidak berfokus pada suatu permasalahan yang menjadi prioritas dimasyarakat.</p> <p>Perbedaan: berfokus pada program MTBS dengan tujuan meningkatkan kemampuan masyarakat turut serta mengambil bagian dalam penurunan AKB melalui pelatihan MTBS-M.</p>
17	<p>Judul : Factors Influencing Implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) among Health Care Workers in Selected Primary Health Centres in Ibadan, Nigeria</p> <p>Variabel :IMCI Factors</p> <p>Autor : Oladokun, Temitope Florence*, Odetola, Titilayo Dorothy and Abiona, Mary (2022)</p> <p>Publisher : African Journal of Health Sciences</p> <p>Link : Afr. J. Health Sci</p>	<p>Tujuan : To identifying possible encounters in implementing the IMCI strategy by healthcare workers in Primary Health Centres</p> <p>Metode : Kuantitatif dan kualitatif</p> <p>Hasil: menunjukkan mayoritas (68.1%) responden terlatih MTBS, nomor signifikan (65.3%), adekuat pengetahuan tentang MTBS. Rata-rata peserta kuat persepsi akan kekurangan petugas (52.8%) and kelangkaan petugas terlatih mengenai pengobatan balita (52.8%) sebagai hambatan implementasi MTBS.</p> <p>Kelemahan: hasil uji hanya menampilkan data diskriptif pada 2 faktor dan tidak menampilkan hasil uji inferensial.</p> <p>Perbedaan: penelitian ini tidak mencari faktor.</p>
18	<p>Judul: Pengembangan media penyuluhan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi tenaga kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)</p> <p>Variabel eksogen Penyuluhan dan endogen pengetahuan</p>	<p>Tujuan: meningkatkan pengetahuan melalui promosi kesehatan dalam implementasi IMCI</p> <p>Metode: Quasi Experimental</p> <p>Hasil: Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan petugas kesehatan sesudah dilakukan penyuluhan menggunakan flashcard dengan nilai p-value sebesar</p>

	<p>Authors : Purwaningsih, Wijayanti Trimawati, .,2020)</p> <p>Publisher: Health Science and Pharmacy Journal</p> <p>Link: https://journal.stikessuryaglobal.ac.id/index.php/hspj/article/view/244 </p>	<p>$0,001 < \hat{t} \pm (0,05)$. Nilai rata-rata pengetahuan sebelum intervensi sebesar 38,61 dan setelahnya meningkat menjadi 42,79. Kesimpulannya adalah pendidikan kesehatan menggunakan media informasi flashcard efektif untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang MTBS di puskesmas.</p> <p>Kelemahan yaitu hanya mengetahui pengetahuan petugas kesehatan dan dilakukan konfirmasi pada keluarga pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan.</p> <p>Berbeda dengan penelitian ini karena tidak mencari pengetahuan petugas kesehatan tetapi ingin mengetahui pemahaman keluarga tentang tanda-tanda bahaya yang diderita oleh balita.</p>
19	<p>Judul: Pengetahuan Mengenai Strategi Intervensi MTBS di antara Penyedia Layanan Kesehatan yang Terlatih dan Tidak Terlatih di Pusat Puskesmas Port Harcourt</p> <p>Variabel: Pengetahuan petugas terlatih dan tidak terlatih.</p> <p>Authors: Amachree , Eleke, (2022)</p> <p>Publisher: International Journal of Nursing</p> <p>Link: http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_9_No_1_June_2022/3.pdf </p>	<p>Tujuan: Mengkaji tentang strategi intervensi MTBS antara penyedia layanan kesehatan yang terlatih dan tidak terlatih di Pelabuhan Pusat kesehatan utama Harcourt di Nigeria</p> <p>Metode: Kuesioner</p> <p>Hasil: responden yang tidak mendapat pelatihan MTBS (skor 45,8%, kriteria 70%). Pengetahuan MTBS pada responden yang mengikuti pelatihan MTBS (50%). Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam pengetahuan tentang MTBS antara kelompok (terlatih vs. tidak terlatih, $p = >0,05$). Pengetahuan terkait MTBS kurang memadai di antara peserta pelatihan MTBS dan penyedia layanan kesehatan yang tidak terlatih dan pelatihan tampaknya tidak meningkatkan pengetahuan MTBS secara signifikan.</p> <p>Kelemahan yaitu hanya mengetahui pengetahuan petugas kesehatan dan dilakukan konfirmasi pada keluarga pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan.</p> <p>Perbedaan: Bukan mencari pengetahuan petugas kesehatan tetapi ingin mengetahui pemahaman keluarga tentang tanda-tanda bahaya yang diderita oleh balita.</p>
20	<p>Judul : Impact Counseling on implementation Integrated Management Of Childhood Illness Influences Attitude Of Parents Brought Child Under Five Years Old Access To Health Facility</p> <p>Variabel : Impact Counseling, Implementation IMCI, Atitude</p> <p>Autor : Joaquim Pinto, Carlos Boavida Tilman, Jose Dionisio Ximenes, Ana Do Rosario De Jesus Leite (2024)</p> <p>Journal : <i>Journal of International Multidisciplinary Research</i></p>	<p>Tujuan: mengetahui dampak konseling pada orang tua dalam memberikan perawatan balita.</p> <p>Metode : a systematic literature review</p> <p>Hasil: Hasil analisis menunjukkan bahwa konselin dampak secara signifikan meningkatkan pemahaman dan keterlibatan orang tua dalam perawatan kesehatan anak. Konseling mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam merawat anak. Konseling juga meningkatkan akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan memberikan informasi penting tentang layanan yang tersedia. Kesimpulannya, konseling dalam IMCI memiliki pengaruh yang signifikan terhadap sikap dan perilaku orang tua dalam membawa anak ke fasilitas kesehatan. Konseling membantu meningkatkan pemahaman tentang kesehatan anak, mengurangi kecemasan, dan mendorong</p>

	<p><i>Link</i> : https://journal.banjaresepacific.com/index.php/jimr</p>	<p>praktik kesehatan yang lebih baik di rumah. kesehatan yang lebih baik di rumah. Kelemahan: hanya Tinjauan pustaka. Perbedaan: penelitian ini tidak berfokus pada a konseling.</p>
21	<p>Judul: Challenges facing professional nurses implementing the Integrated Management of Childhood Illness programme in rural primary health care clinics, Limpopo Province, South Africa Authors: Tshivhase, Madumo, M. M., & Govender, (2020) Publish: South African Family Practice Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501038/</p>	<p>Tujuan: untuk mengetahui tantangan yang dihadapi oleh perawat profesional terlatih MTBS dalam menerapkan strategi ini saat menangani Anak di bawah usia 5 tahun. Metode: <i>quantitative descriptive survey</i> Hasil: Implementasi strategi MTBS oleh perawat profesional terlatih MTBS di klinik perawatan kesehatan primer (Puskesmas) Vhembe terus menghadapi tantangan, sehingga sulit bagi perawat profesional untuk mengikuti pedoman. Tantangan-tantangan ini berkisar dari hambatan staf, hambatan manajemen, proses manajemen yang buruk, dan infrastruktur yang buruk. Kualitas perawatan pasien balita yang buruk. Kelemahan: Tujuan penelitian sebelumnya yaitu mencari tantangan yang dihadapi dalam implementasi MTBS namun pada penelitian (perbedaan) ini berfokus pada membangun model pemberdayaan melalui MTBS-M.</p>
22	<p>Judul: Knowledge on integrated management of childhood illness among health and family planning field workers Authors: Khatun, M. A., Saha, A. K., Aktar, S., & Hasin, F. (2021). Publisher: Asian Journal of Medical and Biological Research Link: https://www.banglajol.info/index.php/AJMBR/article/view/53309</p>	<p>Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menilai tingkat pengetahuan tentang MTBS di kalangan petugas lapangan kesehatan. Metode: <i>Convenience sampling and a semi-structured questionnaire</i> Hasil: Di antara responden, 42,6% tidak mengetahui salah satu tujuan dan 46,8% responden mengetahui salah satu komponen MTBS, 51,5% responden mengetahui bahwa MTBS untuk meningkatkan sistem kesehatan dan 35,3% responden mengetahui bahwa MTBS adalah untuk meningkatkan keluarga dan praktek masyarakat. Tanda-tanda diare pada bayi usia 0-2 bulan tidak diketahui oleh 27,8% responden. Sebagian besar responden (72,2%) memiliki pengetahuan tentang napas cepat pernapasan sebagai tanda pneumonia. Di antara responden, 42,6% responden memiliki pengetahuan kurang tentang MTBS, 28,7% memiliki pengetahuan baik dan (28,7%) memiliki pengetahuan sedang. Tingkat pengetahuan berhubungan bermakna dengan umur ($p < 0,026$), jenis kelamin ($p < 0,001$), tempat kerja ($p < 0,001$), jabatan ($p < 0,001$), jenis pekerjaan ($p < 0,001$), lama bekerja ($p < 0,001$), status pelatihan ($p < 0,002$). Kelemahan: Tujuan penelitian sebelumnya yaitu mencari tingkat pengetahuan dan karakteristik</p>

		implementasi MTBS dengan KB dan (perbedaan) penelitian ini berfokus pada membangun model pemberdayaan melalui MTBS-M.
23	<p>Judul : Model Pemberdayaan Kader Kesehatan Desa Dalam Upaya Menekan Kasus Stunting di Desa Suka Makmur Kecamatan Patilanggio Kabupaten Pohuwato</p> <p>Model Pemberdayaaan,Stunting</p> <p>Autor : Fence M. Wantu,Janwar Hippy</p> <p>Publisher : Journal pengabdian Hukum dan Humaniora</p> <p>Link : http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/dassein/</p>	<p>Tujuan : Untuk mengetahui model akselerasi kasus stunting</p> <p>Hasil :Sosialisasi dan penyuluhan terkait dengan rencana strategis akselerasi pencegahan stunting tersebut kepada kader kesehatan dan masyarakat desa dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan sekaligus penyamaan persepsi dalam melakukan ikhtiar kolektif pencegahan stunting</p> <p>Kelemahan: Tujuan penelitian sebelumnya yaitu membangun model akselerasi stunting dan (perbedaan) peneltian ini yaitu membangun model pemberdayaan MTBS dengan melibatkan partisipasi masyarakat.</p>
24	<p>Judul: Impact of Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) Training on Case Identification and Management Skills Among Undergraduate Medical Students in a Developing Country: A Case-control Study</p> <p>Authors: Lal et al., (2021)</p> <p>Publisher: Journal of Medical Education</p> <p>Link: https://brieflands.com/articles/jme-110046.pdf</p>	<p>Tujuan: untuk mengukur dampak dari dimasukkannya manajemen terpadu yang direkomendasikan WHO pedoman MTBS dalam kurikulum mahasiswa S1</p> <p>Metode: case-control study</p> <p>Hasil: Peserta dari kelompok yang terlatih mendapat skor yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan peserta dari kelompok yang tidak terlatih diidentifikasi dan pengelolaan penyakit utama padak utama ($P < 0,05$). Tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan antara terlatih dan</p> <p>Kelompok yang tidak terlatih dalam penilaian status imunisasi Anak. Pada kelompok terlatih, korelasi positif yang kuat ($r = 0,87$) terdapat antara persentase kehadiran peserta selama sesi pelatihan dan nilai yang dicetak dalam evaluasi ($P < 0,001$).</p> <p>Kelemahan : Tujuan penelitian sebelumnya yaitu ingin mengetahui mengetahui dampak intergrasi MTBS dalam kurikulum pada mahasiswa kedokteran dan (perbedaan) peneltian ini yaitu membangun model pemberdayaan MTBS dengan melibatkan partisipasi masyarakat dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita.</p>
25	<p>Judul: <i>Integrated Management Chilhood Illness (MTBS) in Primary Health Care: Literature Review</i></p> <p>Authors: Wahyudi, T., Utomo, E. K., Sani, F. N., Lastianingsih, S., Azali, P., & Agustiningrum (2021)</p> <p>Publisher: 2nd International Conference of Health, Science and Technology.</p>	<p>Tujuan: mengidentifikasi dan mendalami peran praktisi perawat sehingga dapat meningkatkan kesiapan dalam manajemen terpadu penyakit Anak (MTBS).</p> <p>Metode: Literature Review</p> <p>Hasil: belum ada data khusus yang menggambarkan peran, kompetensi, pelatihan dan tingkat pendidikan yang dimiliki metode manajemen terpadu dalam keperawatan balita sakit (MTBS, Dari semua artikel menunjukkan bahwa peran perawat dalam kesiapan penerapan manajemen terpadu penyakit Anak (MTBS)</p>

	<p>Link: https://ojs.uib.ac.id/index.php/icohe-tech/article/view/1090/933</p>	<p>di Puskesmas sudah cukup aktif dilihat dari MTBS yang telah mengikuti pelatihan dan pengalaman kerja sebelumnya.</p> <p>Kelemahan: Tujuan penelitian sebelumnya yaitu mengetahui peran perawat dalam kesiapan implementasi MTBS namun (perbedaan) penelitian ini yaitu melibatkan local wisdom dalam menurunkan KKB melalui MTBS-M.</p>
26	<p>Judul : Fishbone Diagram Analysis in the Implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Indonesia</p> <p>Penulis : Amalia, Sabarinah, S. (2023)</p> <p>Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan, 8(1). (2023)</p> <p>Link : aisyah.journalpress.id</p> <p>Link https://doi.org/10.30604/jika.v8i1.1672</p>	<p>Tujuan penelitian adalah untuk mendapatkan gambaran implementasi MTBS di puskesmas di Indonesia. Penelitian menggunakan metode literature review melalui pendekatan kualitatif <i>fishbone diagram</i></p> <p>Hasil: kurangnya petugas MTBS terlatih; rendahnya kepatuhan petugas dalam tata laksana dan kelengkapan pengisian formulir; kurangnya dukungan dalam hal supervisi oleh dinas kesehatan, dukungan dana, sarana dan prasarana. Pelayanan belum dilaksanakan secara optimal, meskipun pelaksanaannya sudah cukup baik. Namun masih banyak balita sakit yang belum ditangani sesuai dengan standar atau pedoman MTBS. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, perlu dilakukan pelatihan dan orientasi bagi petugas termasuk <i>on-the-job training MTBS</i> di puskesmas, peningkatan supervisi fasilitatif, monitoring dan evaluasi secara berkala baik di internal puskesmas ataupun dari dinas kesehatan, penyediaan sarana dan prasarana penunjang, serta obat-obatan dan bahan medis habis pakai..</p> <p>Kelemahan: Tujuan penelitian sebelumnya yaitu mendapatkan gambaran implementasi MTBS di puskesmas (perbedaan) penelitian ini yaitu mencari pengaruh Pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi MTBS.</p>
27	<p>Judul : A Qualitative Exploration on Knowledge of Community-Integrated Management of Childhood Illnesses among Community Resource Persons and Primary</p> <p>Variabel : Knowledge of C-IMCI</p> <p>Penulis Omobowale, E Owoaje</p> <p>PublPublisher : Journal of Medical Sciences, https://doi.org/10.36349/easms.2023.v06i03.003</p> <p>Link : easpublisher.com</p>	<p>Tujuan: Studi ini mengeksplorasi pengetahuan tentang MTBS-M di antara berbagai sumber masyarakat dan pekerja perawatan kesehatan primer lainnya, serta aksesibilitas terhadap pelatihan, dan rekomendasi untuk promosi MTBS-M.</p> <p>Metode kualitatif diperoleh dari penelitian cross-sectional yang lebih mendalam</p> <p>Hasil: Peserta kurang pengetahuan tentang MTBS-M, mayoritas responden menerima informasi terkait MTBS oleh perawat dan staf administrasi. Mengenai pelatihan, beberapa responden yang menerima pelatihan awal tentang MTBS-M telah dipindahkan ke tempat lain, kurangnya pemanfaatan implementasi MTBS-M tidak efektif di fasilitas kesehatan. Beberapa responden komunitas dan petugas perawatan kesehatan primer tidak menerima pelatihan rutin tentang MTBS-M. Oleh karena itu pengetahuan mereka terbatas dalam hal ini</p>

		<p>sehingga diperlukan peningkatan kemampuan melalui pelatihan.</p> <p>Kelemahan dan kekurangan yaitu mendeskripsikan faktor pendukung implementasi MTBS namun tidak menguraikan jenis sarana dan faktor penunjang, namun penelitian (perbedaan) ini merekomendasikan kepada otoritas kesehatan untuk melakukan suportif supervision secara rutin kepada setiap fasilitas kesehatan.</p>
28	<p>Judul Risk Factors For Diarrhea In Noebaba District, Timor Tengah Selatan Regency</p> <p>Autor : Diunisius Umba Pati (2024)</p> <p>Journal : Jurnal Kesehatan Tumbusai</p> <p>Link /urn:aaid:sc:AP:3ff7eaa4-7d2e-401e-a5e6-9b38e6976dfb</p>	<p>Tujuan: Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian diare di Kecamatan Noebaba Kabupaten Timor Tengah Selatan.</p> <p>Metode : survei analitik dengan desain studi cross sectional</p> <p>Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa, dengan diare di Kecamatan Noebaba berjumlah 78 (22,0%) dan diare berjumlah 277 orang (78%). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara wadah air rumah tangga ($p = 0,003$), kondisi jamban ($p = 0,000$), pengetahuan ibu rumah tangga ($p = 0,000$), dan praktik cuci tangan ($p=0,001$) dan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kondisi tempat sampah rumah tangga ($p = 0,262$) dan sanitasi makanan ($p = 0,156$) dengan kejadian diare. Diperlukan juga upaya lintas sektor untuk memberdayakan masyarakat dengan melibatkan pemerintah dan LSM yang ada serta membuat peraturan yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat bagi masyarakat.</p> <p>Kelemahan yaitu hanya mencari faktor penyebab diare namun penelitian (perbedaan) ini ingin meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait tanda bahaya pada balita secara umum.</p>

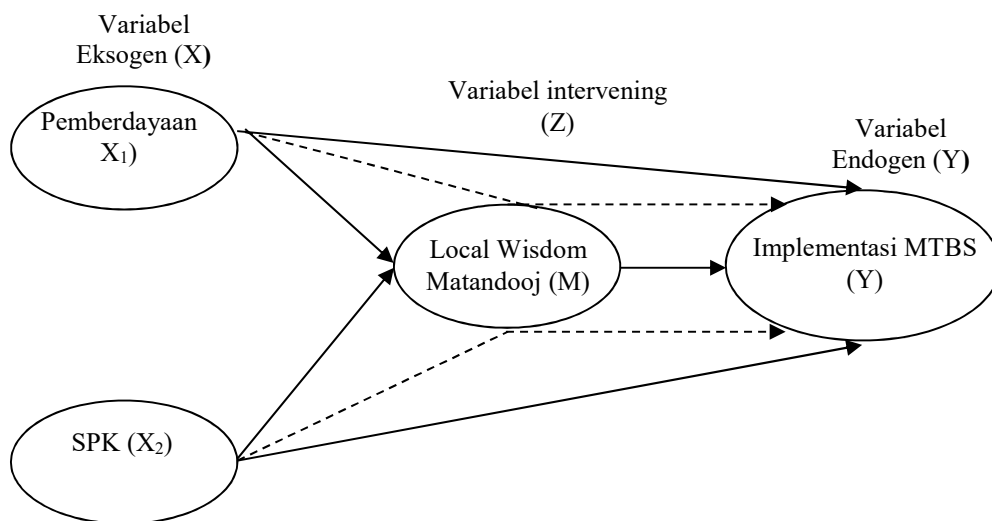
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah kerangka berpikir yang dipergunakan untuk menjelaskan tentang hubungan antar variabel dalam suatu penelitian atau disebut juga kerangka mengenai alur penelitian (Sucipto, 2020), sedangkan menurut Sugiono (2020), kerangka konseptual merupakan suatu hubungan yang berkaitan antara variabel satu dengan variabel yang lain dalam suatu penelitian.

Dengan demikian dapat merumuskan kerangka konseptual dalam penelitian ini didasarkan pada masalah dan tujuan penelitian, seperti pada gambar dibawah ini;



Sumber : Peneliti, 2024

Gambar : 3.1 : kerangka konseptual Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça, Timor Leste

Keterangan: ▼ = Pengaruh langsung; ▼ = Pengaruh tidak langsung

Penelitian ini berawal dari salah satu kebijakan untuk menurunkan kesakitan dan kematian di negara-negara berkembang yang dinamakan MTBS, dimana dikaji berdasarkan perspektif pemberdayaan kesehatan masyarakat di Timor Leste dengan dukungan strategi promosi kesehatan.

Pemberdayaan (X1) dalam penelitian ini memiliki beberapa indikator yang diteliti yaitu promotive, kuratif dan preventif. Sementara indikator yang tidak diteliti adalah indikator rehabilitatif. Mengingat penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan sebagai bentuk implementasi MTBS di fasilitas pelayanan dasar.

SPK (X2) dalam penelitian ini memiliki beberapa indikator yang diteliti yaitu *advocacy, social support, empowerment*. *Advocacy* dikaji berdasarkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan, sementara *social support* dikaji berdasarkan kepatuhan masyarakat terhadap prosedur kesehatan.

Local Wisdom (Z) dalam penelitian ini difokuskan pada *Matan-Dook* dengan beberapa indikator yang diteliti yaitu nilai dan keyakinan. Sementara indikator yang tidak diteliti adalah sejarah, atribut, dan pelaksanaan.

Implementasi MTBS (Y) dalam penelitian ini memiliki beberapa indikator yang diteliti yaitu; petugas kesehatan yang difokuskan pada pengetahuan dan kemampuan, dan kepatuhan pada prosedur pelaksanaan MTBS, serta kepatuhan masyarakat terhadap petugas kesehatan.

3.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan. Nilai signifikansi dalam penelitian ini sebesar 0,05 dan kemungkinan tingkat kebenaran sebesar 95%. Taraf signifikansi umumnya digunakan untuk menentukan apakah hasil penelitian signifikan secara statistik, yaitu untuk menolak atau menerima hipotesis nol (H_0) dan (H_a) (Riyanto, 2021).

3.2.1 Hipotesis Penelitian Tahap I

- a. Terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap *local wisdom* "matandook" (*LW-MD*) dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça;
- b. Terdapat pengaruh secara signifikan antara strategi promosi kesehatan (SPK) terhadap *LW-MD* dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça;
- c. Terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça;
- d. Terdapat pengaruh secara signifikan antara SPK terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça;
- e. Terdapat pengaruh secara signifikan antara *LW-MD* terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Timor Leste;

- f. Terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*” dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça;
- g. Terdapat pengaruh secara signifikan antara SPK terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD* dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça

3.2.2 Hipotesis Penelitian Tahap II

1. Terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan modul MTBS Berbasis Komunitas;
2. Terumuskan model pemberdayaan pada implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

4.1.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yang dipergunakan pada tahap pertama yaitu observasional study sedangkan pada penelitian tahap kedua yaitu quasi eksperimental yang dapat di jelaskan sebagaimana berikut:

4.1.2. Rancangan Penelitian Tahap I

Penelitian Cross sectional adalah jenis penelitian yang mengumpulkan data dari sekelompok orang pada satu waktu tertentu. Dalam penelitian jenis ini, pengambilan data penelitian dilakukan satu waktu atau satu kesempatan. Seperti yang diketahui, data dalam penelitian bisa diambil peneliti dalam satu kali waktu atau secara berkelanjutan.

Pada penelitian tahap pertama menggunakan penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan cross-sectional study yaitu mengamati keadaan atau masalah yang di teliti melalui pengamatan secara langsung di lapangan.

4.1.3. Rancangan Penelitian Tahap II: Penelitian *Quasy* Eksperimental

Menurut Sugiyono (2020), menyatakan bahwa metode penelitian eksperimen berarti mencoba, mencari, dan membuktikan. Penelitian eksperimen digunakan apabila peneliti ingin mengetahui pengaruh sebab dan akibat antara variabel independen dan dependen. Metode penelitian eksperimen adalah metode penelitian yang dilakukan dengan metode kuantitatif untuk

mengetahui pengaruh variabel independen (perlakuan) terhadap variabel dependen (hasil) dalam kondisi yang terkontrol.

Jenis pendekatan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian quasi eksperimental. Sugiyono, (2020) mendefinisikan bahwa penelitian eksperimen yaitu penelitian yang digunakan untuk mencari pengaruh perlakuan tertentu terhadap yang lain dalam kondisi yang terkendali. Pendapat serupa juga dikemukakan oleh Arikunto, (2020) yang mendefinisikan penelitian eksperimen merupakan penelitian yang dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya akibat dari perlakuan pada subjek yang diteliti. Cara untuk mengetahuinya yaitu membandingkan satu atau lebih kelompok eksperimen yang diberi perlakuan dengan satu kelompok pembanding yang tidak diberi perlakuan.

Berdasarkan pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa *quasi experimental* adalah jenis desain penelitian yang memiliki kelompok kontrol dan kelompok eksperimen yang tidak dipilih secara random. Peneliti menggunakan desain *quasi experimental* karena dalam penelitian ini terdapat variabel-variabel dari luar yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti.

Menurut Sugiyono (2020) *quasi experimental design* terdapat dua bentuk yaitu *time series design* dan *nonequivalent control group design*. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experimental design* dan menggunakan model *nonequivalent control group design*. Sebelum diberi

treatment, baik kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diberi *test* yaitu *pretest*, dengan maksud untuk mengetahui keadaan kelompok sebelum treatment. Kemudian setelah diberikan treatment, kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diberikan test yaitu *post-test*, untuk mengetahui keadaan kelompok setelah treatment.

Dalam penelitian ini menggunakan *quasi eksperimental* dengan model *pretest-post test*. Di dalam model ini sebelum dimulai perlakuan kedua kelompok diberi tes awal atau *pretest* untuk mengukur kondisi awal. Selanjutnya pada kelompok *eksperimen* diberi perlakuan dan pada kelompok pembandingan tidak diberi. Sesudah selesai perlakuan kedua kelompok diberi tes lagi yaitu *post-test*. Kelompok eksperimen yaitu keluarga yang anaknya membawa anaknya berobat ke *matan-dook* sebelum ke fasilitas kesehatan, sedangkan kelompok non-eksperimen yaitu kelompok atau keluarga yang membawa anaknya ke Puskesmas untuk ditangani dengan prosedur MTBS di kedua kotamadya tersebut.

Berikut merupakan gambar *quasi experimental design* model nonequivalent control group design (Sugiyono, 2020):

$$\frac{O_1 \quad X \quad O_2}{O_3 \quad O_4}$$

Gambar 4.1. *Nonequivalent Control Group Design*

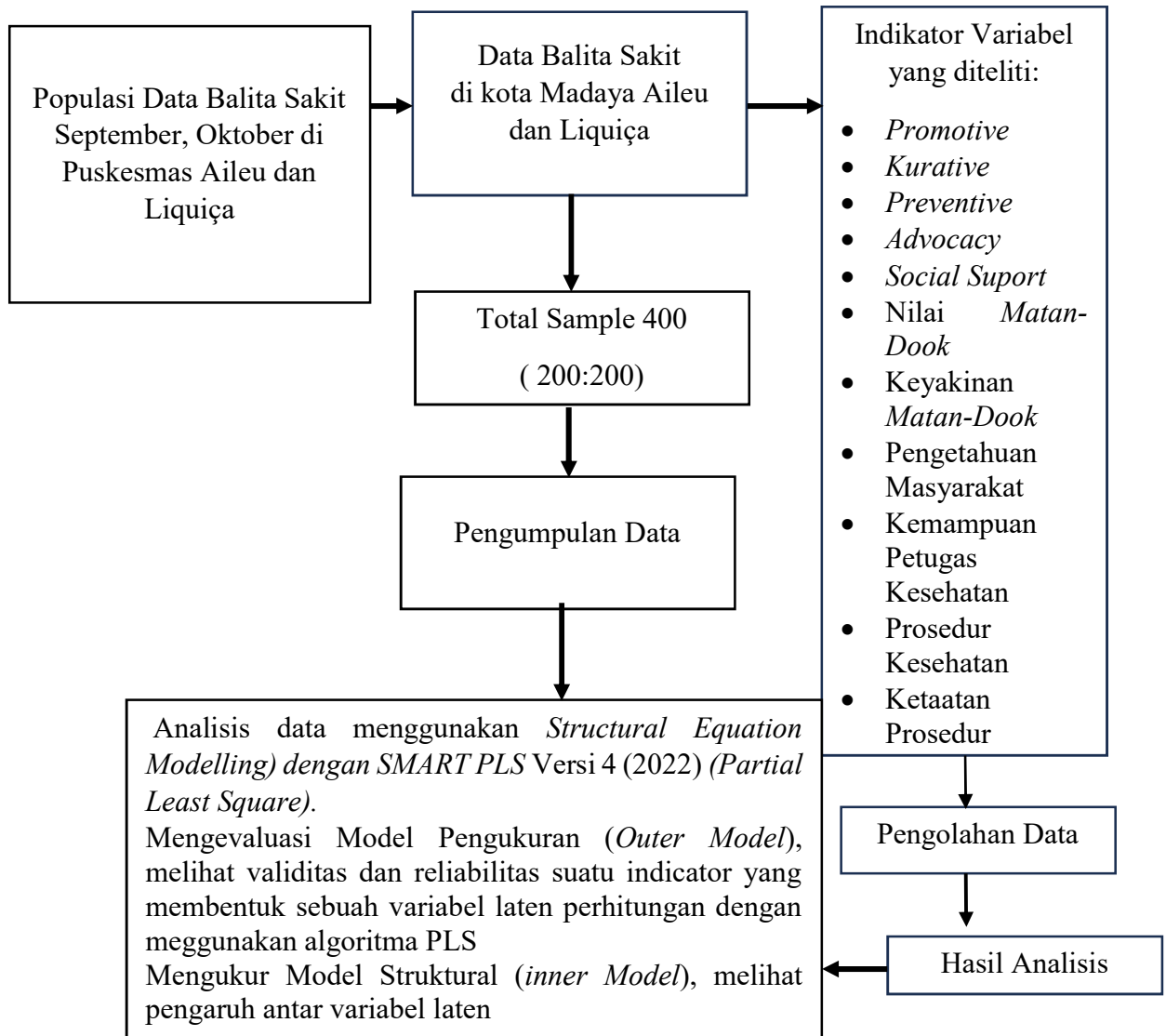
Keterangan:

- O1** = Kelompok eksperimen sebelum diberi treatment
- O2** = Kelompok eksperimen setelah diberi treatment
- X** = Treatment (penggunaan alat permainan *edukatif filling word*)

4.2 Kerangka Operasional

4.2.1. Penelitian Tahap I

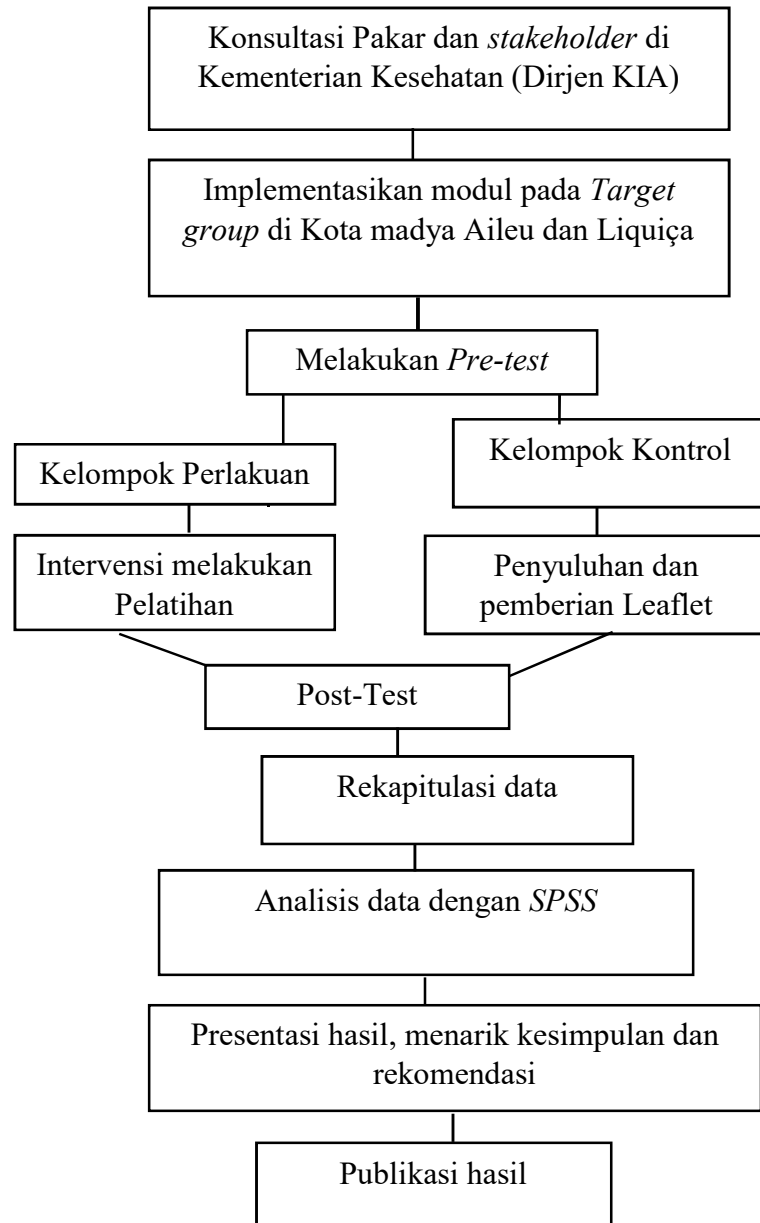
Langkah-langkah dalam penelitian Tahap I dilakukan sebagaimana tahapan berikut.



Gambar 4.1. Kerangka Operasional Penelitian Tahap I

4.2.2. Penelitian Tahap II

Langkah-langkah dalam penelitian Tahap II dilakukan sebagaimana tahapan berikut.



Gambar 4.2 : Kerangka Operasional Penelitian Tahap II

4.3 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2020). Menurut Buchari Alma (2021) Populasi adalah keseluruhan dari karakteristik atau unit hasil pengukuran yang menjadi objek penelitian. Sesuai pendapat diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa populasi merupakan objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan masalah penelitian

Populasi penelitian ini adalah keluarga yang membawa balita berobat ke Puskesmas dan yang membawa balita berobat ke matan dook, tokoh adat, kepala suku, pengobat tradisional dan keluarga yang tidak membawa anaknya untuk pelayanan tindak lanjut (*follow-up*)

4.3.2 Teknik Sampling dan Sample penelitian

Menurut Ridwan, (2021), *sampel* adalah bagian dari populasi yang mempunyai ciri-ciri atau keadaan tertentu yang akan diteliti Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling juga disebut sebagai teknik sampling yang memberikan peluang tidak sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih sebagai sampel. (Yusup,2019). Pendekatan yang digunakan yaitu dengan *convinience sampling* karena

pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih sampel secara bebas sesuai kehendak peneliti. Metode pengambilan sampel ini dipilih untuk memudahkan pelaksanaan penelitian dengan alasan bahwa daerah geografi atau tempat tinggal dan juga waktu membawa balita ke fasilitas kesehatan tidak sama sehingga memilih teknik *convenience sampling* (Sugiyono,2020) Sesuai dengan fokus penelitian yaitu pengaruh *LW-MD* terhadap ibu atau anggota keluarga untuk membawa balitanya dan yang tidak membawa balita sakit untuk berobat ke fasilitas kesehatan

Pada penelitian tahap pertama jumlah sampel yang dibutuhkan berjumlah 400 orang sebagaimana tertera dibawah :

Tabel 4.1 : Sample Penelitian pada tahap I

No	Kotamadya	Kecamatan/Puskesmas	Sample
1	Aileu	Aileu Kota	70
		Lau-Lara	70
		Remexio	60
2	Liquica	Liquica Kota	70
		Bazartete	70
		Maubara	60
Total			400

Sedangkan sample yang dibutuhkan pada penelitian tahap II dengan jumlah 120 sample, dimana berfokus pada *LW-MD*”, tokoh masyarakat, otoritas desa yang turut serta pegasuh yang membawa balitanya ke fasilitas kesehatan yang terbagi atas 2 kelompok yaitu:

a. Kelompok I

Berikut kelompok I sebagai kelompok perlakuan diambil dari 3 puskesmas yang tersebar pada Kota Madya Aileu dengan kriteria penentuan sample berikut:

Tabel 4.2. Penentuan Kelompok I (Perlakuan)

Kotamadya	Kecamatan/Puskesmas	Sample	Keterangan
Aileu	Aileu Kota	20	Kelompok I (Perlakuan)
	Lau-Lara	20	
	Remexio	20	
Total		60	

b. Kelompok II

Berikut kelompok II sebagai kelompok control yang diambil dari 3 kecamatan/puskesmas yang tersebar pada Kota Madya Liquiça dengan kriteria penentuan sample berikut:

Tabel 4.3. Penentuan Kelompok II (Kontrol)

Kotamadya	Puskesmas	Sample	Keterangan
Liquica	Liquica Kota	20	Kelompok II (Kontrol)
	Bazartete	20	
	Maubara	20	
Total		60	

4.3.3 Kriteria Inklusive dan Eksklusive

Menurut Notatmodjo (2021), kriteria inklusi yaitu kriteria yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel penelitian, sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.

Berdasarkan teori diatas maka dapat ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria Inklusive: yaitu (a) Ibu yang membawa balitanya berumur kurang dari 5 tahun dengan kondisi, ada tanda bahaya umum, batuk atau sukar bernapas, diare, demam, masalah telinga, masalah nutrisi, status Imunisasi dan pengobatan cacing (b) Bersedia menjadi responden (c) *Local wisdom* (tokoh masyarakat, ketua adat, kepala suku, pengobat tradisional) yang melayani balita sakit dengan pengobatan tradisional (d) Ibu yang membawa balita untuk kunjungan ulang (e) Merupakan Komunitas kotamata Aileu dan Liquiça
- b. Kriteria Eksklusive yaitu (a) Keluarga lain yang membawa balita (b) Kondisi kesehatan tidak sesuai pedoman MTBS (c) Balita yang bukan ditangani oleh matan dook dan tenaga kesehatan.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan pada 6 Kecamatan di kotamadya Aileu dan Liquiça.

Waktu penelitian dilakukan dengan jadwal penelitian sebagai berikut:

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Pengumpulan Referensi | : Januari 2023 |
| 2. Persiapan Ujian Prakualifikasi | : Februari 2023 |
| 3. Ujian Kualifikasi | : Maret 2023 |
| 4. Praktek Penunjang Disertasi | : April - Juli 2023 |
| 5. Persiapan Proposal | : Agustus – Desember 2023 |
| 6. Ujian Proposal | : Januari – Mei 2024 |
| 7. Revisi Proposal | : Mei- Juni 2024 |
| 8. Uji etik | : Juli – Agustus 2024 |
| 9. Penelitian | : September - Oktober 2024 |
| 10. Analisa data dan penulisan laporan | : November – Desember 2024 |
| 11. Ujian Kelayakan | : 13 Februari 2025 |
| 12. Publikasi hasil | : Maret-April 2025 |
| 13. Ujian Tertutup | : April-Mei 2025 |
| 14. Ujian Terbuka | : Juni – Agustus 2025 |

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Suatu variabel mengandung makna sebagai obyek penelitian yang memiliki variasi nilai tertentu sesuai dengan karakteristiknya masing-masing. Dengan demikian, guna memperjelas variabel-variabel dari obyek penelitian ini, maka variabel-variabel yang digunakan kategorisasi secara logis menurut batasan atribut nilai masing-masing, di mana variabel-variabel dengan sejumlah dimensi, dan indikatornya di inventarisasikan secara rinci. Dalam melakukan kategorisasi variabel, telah memperhatikan aspek-aspek yang terkait dengan: bentuknya, sifatnya, dan kausalitasnya (Sugiyono, 2020)

Varibel X (*Independent*): variable independen adalah variable-variable yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2020). Variabel X1 = Pemberdayaan
Variabel X2 = Strategi Promosi Kesehatan

Varibel Z (*Moderating*): Variabel ini merupakan variabel perantara yang terletak di antara variabel independen dan dependen, sehingga variabel independen tidak langsung mempengaruhi berubahnya atau timbulnya variabel dependen. Variabel Z = *Local Wisdom*

Variable Y (dependen) adalah variable-variable yang dipengaruhi atau variabel terikat (Sugiyono, 2020). Variabel Y (*Dependent*): Variabel Y = Impelementasi MTBS

Definisi Operasional variable dalam penelitian ini dapat dilihat berdasarkan table 4.5. berikut:

Tabel 4.4. Operasionalisasi Variabel

No	Variabel	Dimensi	Indikator	Skala
1.	Pemberdayaan (X1) merupakan suatu upaya baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat	1) Promotive 2) Preventif 3) Kuratif 4) Rehabilitative (tidak diteliti) Sumber: Anderson ,Munawar, (2018), H.R. Leavell dan E.G. Clark, ".	1) <i>Promotive</i> a. Sosialisasi Kesehatan b. Pendidikan Kesehatan c. Public Relation 2) <i>Preventif</i> a. Menghindari penyakit b. Tidak tertular virus dan bakteri. c. Pemberian imunisasi (tidak diteliti) 3) <i>Curative</i> a. Penyembuhan balita b. Penyembuhan ibu hamil c. Penyembuhan ibu menyusui 4) Rehabilitatif (tidak diteliti)	Likert
2.	Strategi Promosi Kesehatan (X2) merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan di mana konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan	1) <i>Advocacy</i> (advokasi) 2) <i>Social Support</i> (dukungan social) 3) <i>Community empowerment</i> 4) <i>Partnership</i> (tidak diteliti) Sumber: Rachmawati (2019)	1) <i>Advocacy</i> (advokasi) a. Upaya formal: presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang telah kita rencanakan. b. upaya informal; mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang berhubungan langsung	Likert

	meningkatkan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang meningkatkan kemampuan dan perubahan perilaku masyarakat sehingga dapat berpartisipasi dalam pembangunan bidang kesehatan Anak		dengan program yang akan dilaksanakan. 2) <i>Social Support</i> (dukungan sosial) ✓ Kunjungan tokoh masyarakat, ✓ Pelatihan tokoh masyarakat ✓ Bimbingan pada kader Kesehatan Sumber: Rachmawati (2019)	
3.	<i>Local Wisdom</i> “ <i>Matan dook</i> ” (Z) merupakan suatu tradisi atau kebiasaan yang dilakukan melalui praktek ritual untuk mengetahui sesuatu yang benar atau salah.	6. Sejarah (Tidak diteliti) 7. Nilai 8. Keyakinan 9. Atribut (Tidak diteliti) 10. Pelaksanaan (Tidak diteliti)	a. Nilai b. Norma c. Ajaran d. Keyakinan /Kepercayaan	Likert

4	<p><i>Implementasi MTBS (Y)</i> yaitu merupakan suatu program yang sangat efisien dan efektif karena dalam pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dan menyeluruh yang artinya setiap balita sakit dibawa ke pusat pelayanan harus ditangani secara detail dari tanda bahaya umum sampai imunisasi.</p>	<p>1) Faktor Pengetahuan 2) Faktor Ekonomi (tidak diteliti) 3) Kemampuan Petugas Kesehatan 4) Sistem Kesehatan 5) Pemberdayaan Masyarakat</p> <p>Sumber: (WHO & UNICEF, 1999)</p>	<p>a. Faktor Pengetahuan b. Faktor Ekonomi c. Kemampuan Petugas Kesehatan d. Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (selain dokter,petugas kesehatan non-dokter dapat pula memeriksa dan menangani pasien apabila sudah dilatih). e. Sistem Kesehatan Memperbaiki system kesehatan (perwujudan terintergrasinya banyak program kesehatan dalam satu kali pemeriksaan MTBS). f. Pemberdayaan Masyarakat Memperbaiki praktik keluarga dan masyarakat dalam perawatan rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan masnyarakat dalam pelayanan kesehatan).</p>	Likert
---	---	---	--	--------

4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data dan Instrumen yang

Digunakan

Menurut (Arikunto, 2020) teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan oleh peneliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan. Dalam penggunaan teknik pengumpulan data, peneliti memerlukan instrumen yaitu alat bantu agar pengerjaan pengumpulan data menjadi lebih mudah.

4.6.1 Sumber Data

Berdasarkan pendekatan dan desain penelitian deskriptif-kuantitatif dalam penelitian ini, maka instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini untuk menjaring data primer dan data sekunder sebagaimana berikut:

a) Data primer

Dihimpun dengan menggunakan instrumen kuesioner yang berisi pertanyaan kepada responden tentang indikator variabel yang menjadi fokus sasaran penelitian ini. Kuesioner tersebut disusun secara terstruktur menurut urutan butir-butir pertanyaan dan alternatif jawabannya, yaitu berupa pertanyaan secara tertutup.

Mengutip dari Maulida (2020), Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu

pasti tentang variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden cukup besar dan tersebar di wilayah yang luas. Kuesioner dapat berupa pertanyaan/pertanyaan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung. Selain pengumpulan data menggunakan kuesioner juga dilakukan interview *caregivers* mengenai alasan membawa dan tidak membawa balita sakit untuk berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

b) Data Sekunder

Jenis data sekunder yang diperoleh dari berbagai dokumen kebijakan serta laporan resmi program pemerintah, dan dokumen laporan hasil kegiatan, serta berbagai literatur berkenaan dengan penelitian ini. Teknik yang digunakan adalah teknik penelusuran data dengan sistem *domain* dan informasi dengan dokumentasi. Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengadakan pencatatan dan mengumpulkan data yang diidentifikasi dari dokumen-dokumen yang ada kaitannya dengan masalah yang diteliti (Arikunto, 2020).

Dengan demikian jenis dokumen yang dibutuhkan saat pengumpulan data yaitu Kartu Menuju Sehat (KMS), kartu Konseling bagi ibu, *Kartu elitoral* dan kartu keluarga. Data sekunder yang dapat dikumpulkan selama penelitian di kota madya Aileu dan Liquiça mencakup data geografik, laporan kesakitan dan kematian balita dari tahun 2022 hingga Agustus 2024, jumlah tenaga kesehatan dan sarana dan prasarana pendukung.

4.6.2 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan satu kali pada setiap responden dengan langkah-langkah proses pengumpulan data adalah:

- a. Mengurus kelayakan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas STRADA Indonesia;
- b. Mengajukan *Etical clearance* dan presentasi proposal ke dewan etik di *National Institute Public Health Timor Leste* guna mendapatkan legalisasi penelitian di Timor Leste;
- c. Melakukan koordinasi tujuan penelitian dengan mengajukan ijin penelitian Dinas Kesehatan Kotamadya Aileu dan Liquça, Puskesmas Kotamadya Aileu dan Liquça;
- d. Penjelasan informasi penelitian dan penandatanganan *informed for consent* untuk menjadi responden penelitian;
- e. Pengisian kuesioner penelitian oleh responden;
- f. Data kuesioner yang telah didapatkan kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisis dengan *menggunakan model SEM-PLS* untuk mengetahui pengaruh antar variabel;
- g. Hasil uji model yang telah terbentuk dan isu strategis yang telah diidentifikasi digunakan sebagai bahan diskusi
- h. Hasil kegiatan pertama dan kedua dijadikan sebagai dasar untuk menyusun model dalam bentuk
- i. Penyusunan modul, konsultasi pakar dan implemetasi modul.

4.6.3 Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner. Kuesioner menurut Sugiyono (2020) mengungkapkan bahwa “Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden cukup besar dan tersebar diwilayah yang luas. Kuesioner dapat berupa pertanyaan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung.

Instrumen penelitian dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang diadopsi dan dimodifikasi berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya.

Berikut ini adalah beberapa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut.

Tabel 4.5. Instrumen Penelitian

N o	Variable Penelitian	Dimensi	Jumlah kuesioner	Referensi
1	Pemberdayaan	Promotive, preventif dan kuratif diukur dengan : <ul style="list-style-type: none"> • Sangat setuju (ST): 5 • Setuju (S) : 4 • Netral (N) : 3 • Tidak setuju (TS) :2 • Sangat tidak setuju (STS): 1 	15	Sumber: Anderson , Munawar, (2018), H.R. Leavell dan E.G. Clark,
2	Strategi Promosi Kesehatan	<i>Advocacy, Social Support dan coomunity empoeerment</i> diukur dengan : <ul style="list-style-type: none"> • Sangat setuju (ST) : 5 • Setuju (S) : 4 • Netral (N) : 3 • Tidak setuju (TS) : 2 • Sangat tidak setuju (STS) :1 	15	Rachmawati (2019)
3	<i>Local Wisdom</i> “ <i>Matan-Dook</i> ”	Sejarah, atribut dan pelaksanaan (Tidak diteliti), Nilai, Keyakinan (diteliti), di ukur <ul style="list-style-type: none"> • Sangat setuju (ST) : 5 • Setuju (S) : 4 • Netral (N) : 3 • Tidak setuju (TS) : 2 • Sangat tidak setuju (STS) : 1 	15	Juningsi Benu, 2022
4	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	Faktor Pengetahuan, Faktor Ekonomi, Kemampuan Petugas Kesehatan, Sistem Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat, yang diukur dengan : <ul style="list-style-type: none"> • Sangat setuju (ST) : 5 • Setuju (S) : 4 • Netral (N) : 3 • Tidak setuju (TS) : 2 • Sangat tidak setuju (STS) : 1 	15	(WHO & UNICEF, 1999)

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Uji Instrumen (Validitas dan reliabilitas)

a. Uji Validitas

Uji Validitas menunjukkan derajat ketepatan antara data yang sesungguhnya terjadi pada objek dengan data yang dikumpulkan oleh peneliti. Uji validitas ini dilakukan untuk mengukur apakah data yang telah didapat setelah penelitian merupakan data yang *valid* atau tidak, dengan menggunakan alat ukur yang digunakan (kuesioner) (Sugiyono, 2020).

Kriteria valid atau tidak adalah jika korelasi antar skor masing-masing butir pertanyaan mempunyai tingkat signifikan dibawah 0,05 (Sugiono, 2020)

$$r \text{ hitung} = \frac{n \sum XY - (\sum X \cdot \sum Y)}{\sqrt{\{n \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} = Koefisien korelasi

n = Banyaknya sampel

$\sum XY$ = Jumlah perkalian variabel x dan y

$\sum X$ = Jumlah nilai variabel x

$\sum Y$ = Jumlah nilai variabel y

$\sum X^2$ = Jumlah pangkat dari nilai variabel x

$\sum Y^2$ = Jumlah pangkat dari nilai variabel y

Pengujian validitas ini dilakukan dengan menggunakan program *SPSS for windows* versi 24 dengan kriteria berikut:

- a) Jika $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$ maka pernyataan tersebut dinyatakan *valid*.
- b) Jika $r \text{ hitung} < r \text{ tabel}$ maka pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid.
- c) Nilai $r \text{ hitung}$ dapat dilihat pada kolom *corrected item total correlation*.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2020). Uji reliabilitas ini dilakukan pada responden dengan menggunakan pertanyaan yang telah dinyatakan valid dalam uji validitas dan akan ditentukan reliabilitasnya menggunakan program *SPSS for windows* versi 24.

Kriteria valid atau tidak adalah jika korelasi antar skor masing-masing butir pertanyaan mempunyai tingkat signifikansi dibawah 0,05. Sedangkan untuk Uji Reliabilitas teknik yang digunakan adalah teknik koefisien *cronbach's alpha*. Suatu variabel dapat dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach's alpha* $> 0,70$ (Sugiono, 2021).

c. Uji Korelasi berganda

Analisis korelasi berganda digunakan untuk mengetahui derajat atau kekuatan hubungan antara seluruh variabel independen terhadap variabel

dependent melalui variabel Z secara bersamaan. Analisis regresi linier berganda digunakan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh variabel pemberdayaan dan promosi kesehatan melalui local wisdom terhadap implementasi MTBS.

Menurut Ghazoli (2020) untuk mengetahui koefisien determinan atau *R square* (R^2) dilakukan penilaian dengan sebagai berikut:

- a) Semakin besar nilai R^2 , semakin baik model prediksi;
- b) Nilai R^2 mendekati 1 berarti variabel dependen dijelaskan dengan baik oleh variabel independen
- c) . Nilai R^2 mendekati 0 berarti variabel independen kurang baik dalam menjelaskan oleh variabel dependennya.
- d) $R^2 = 0$, artinya variabel independen tidak memiliki kemampuan untuk menjelaskan variabel terikat.
- e) $R^2 = 1$, artinya variabel independen memiliki kemampuan untuk menjelaskan variabel dependent.
- f) Kriteria pengelompokan R square yaitu $R^2 = > 0,75$ = kuat, $0,5$ = sedang dan $0,25$ = kurang.

- a. Perhitungan nilai *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) dalam Fritz, et al (2020):

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = Effect Size

N = jumlah sampel

Z = nilai z

Cara interpretasi effect size adalah sebagai berikut :

0,1 – < 0,3 = Efek Kecil
 0,3 – < 0,5 = Efek Sedang,
 0,5 – 1,0 = Efek Besar.

d. Uji *Wilcoxon*

Uji wilcoxon digunakan untuk menganalisis hasil-hasil pengamatan yang berpasangan dari dua data apakah berbeda atau tidak. Wilcoxon signed Rank test ini digunakan hanya untuk data bertipe interval atau ratio, namun datanya tidak mengikuti distribusi normal. (Vidal, 2021). Uji *Wilcoxon* dilakukan menggunakan SPSS versi 24, untuk mengetahui perbedaan efektivitas “Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Komunitas” pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap pemahaman keluarga tentang implementasi MTBS dalam upaya penurunan angka kematian dan balita.

H0 : d = 0 (tidak ada perbedaan diantara dua perlakuan yang diberikan)

H1 : d ≠ 0 (ada perbedaan diantara dua perlakuan yang diberikan . Dengan d menunjukkan selisih nilai antara kedua perlakuan.

Jenis formula yang dpergunakan untuk uji data yang berpasangan yaitu:

$$Z = \frac{T - [\frac{1}{4N(N+1)}]}{\sqrt{\frac{1}{24N(N+1)(2N+1)}}$$

Dimana:

N = banyak data yang berubah setelah diberi perlakuan berbeda

T = jumlah ranking dari nilai selisih yng negative (apabila banyaknya selisih yang positif lebih banyak dari banyaknya selisih negatif) = jumlah ranking dari nilai

selisih yang positif (apabila banyaknya selisih yang negatif > banyaknya selisih yang positif)

Daerah kritis: jika H_0 ditolak jika nilai absolute dari Z hitung diatas > nilai $Z_{2/\alpha}$

4.7.1 Analisis Deskriptif

Data penelitian ini bersifat kuantitatif. Dalam hal pengukuran data yang diperoleh menggunakan skala *likert* dengan memberikan nilai atau skor pada setiap jawaban. Sebagai bentuk dari skala ordinal dimaksudkan untuk membedakan objek satu dengan objek lainnya dan untuk menentukan mana yang besar dan mana yang kecil. Pada skala *likert* jawaban tiap item/poin instrumen. Yang mana memiliki gradasi mulai sangat positif sampai sangat negatif. Kemudian jawaban tersebut diberi skor (Sugiyono, 2020):

- | | |
|---|--------|
| a. Sangat setuju/selalu/sangat positif (SS) | skor 5 |
| b. Setuju/sering/positif (S) | skor 4 |
| c. Ragu-ragu / kadang-kadang / netral (N) | skor 3 |
| d. Tidak setuju/hampir tidak pernah / negatif (TS) | skor 2 |
| e. Sangat tidak setuju/ tidak pernah / sangat negatif (STS) | skor 1 |

Jawaban responden yang dihasilkan akan dideskripsikan dan diuraikan pada bab temuan penelitian menggunakan analisis mean. Nilai mean tersebut diperoleh dari rata- rata keseluruhan skor yang telah diberikan oleh responden dan dihitung menggunakan SPSS. Kemudian nilai mean tersebut diberi kriteria penilaian skala lima dikonversikan menjadi data kualitatif.

Rumus Interval = (skor tertinggi - skor terendah)/Jumlah kriteria

Tabel 4.6. Kriteria Penilaian Kuisisioner

Interval Skor	Kriteria Penilaian
4,21 – 5	Sangat baik
3,41 – 4,20	Baik
2,61 – 3,40	Cukup
1,81 – 2,60	Kurang
1,00 – 1,80	Buruk

Sumber: (Ghozali, 2022)

4.7.2 Rancangan Uji Hipotesis

a. Analisis Korelasi Berganda

Analisis korelasi berganda digunakan untuk mengetahui derajat atau kekuatan hubungan antara seluruh variabel X terhadap variabel Y melalui variable Z secara bersamaan. Analisis regresi linier berganda digunakan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh antara variabel pemberdayaan dan SPK terhadap implementasi MTBS melalui *local wisdom*.

b. Analisis Parsial (Uji t)

Analisis Parsial Uji t digunakan untuk melihat signifikansi dari pengaruh masing-masing variabel independen secara parsial terhadap variabel dependen (Ghozali, 2020). Pengujian ini melalui prosedur sebagai berikut:

a. Menentukan hipotesis masing-masing kelompok :

- a) H_0 = tidak ada pengaruh secara parsial variabel bebas terhadap variabel terikat.

- b) $H_a =$ ada pengaruh secara parsial variabel bebas terhadap variabel terikat
- b. Membandingkan nilai t hitung dengan tabel dengan kriteria:
- a) Jika $t \text{ hitung} < t \text{ tabel}$, maka variabel bebas secara parsial tidak memiliki pengaruh terhadap variabel terikat (H_0 diterima)
- b) Jika $t \text{ hitung} > t \text{ tabel}$, maka variabel bebas secara parsial memiliki pengaruh terhadap variabel terikat (H_0 ditolak)
- c) Tingkat signifikansi yaitu 5% terhadap masing-masing hipotesis yang diajukan.
- c. Dasar pengambilan keputusan uji t dilakukan dengan melihat tingkat signifikansi = 5%, dengan kriteria sebagai berikut :
- a) Jika tingkat signifikansi $< 0,05$, maka variabel bebas secara parsial berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat (H_a diterima).
- b) Jika tingkat signifikansi $> 0,05$, maka variabel bebas secara parsial tidak berpengaruh terhadap variabel terikat (H_a ditolak).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian tahap pertama dilaksanakan mulai tanggal 20 sampai 30 September dengan menggunakan model pemberdayaan pada MTBS dalam upaya menurunkan KKB di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

5.1 Hasil Penelitian Tahap I

5.1.1 ;Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.2 Profile Kotamadya Aileu



Aileu adalah kota utama di kotamadya Aileu yang terletak 47 km² (29 mil) barat daya Dili, (ibu kota negara) dan memiliki populasi 54.631 pada tahun 2022 dengan luas 729 km² (281 sq mi) Pada zaman Timor Portugis, kota ini dikenal sebagai Vila General Carmona, diambil dari nama diktator Portugis António Óscar Carmona, tetapi setelah perang dunia II diganti namanya menjadi *Aileu* berarti "pohon bengkok" dalam bahasa *mambae*.

Aileu dulunya merupakan bagian dari kotamadya Dili namun kemudian dipisahkan pada tahun-tahun terakhir administrasi Portugis. Aileu juga merupakan sebuah bekas kabupaten yang pernah berdiri di provinsi pada masa integrasi dengan Indonesia, antara tahun 1976-1999. Setelah Timor Timur merdeka dari Indonesia, kabupaten dilanjutkan menjadi Kotamadya Aileu dengan pusat pemerintahan berada di kota Aileu. Kota Madya Aileu terbagi atas 4 kecamatan dan jumlah penduduk seperti tertetera dibawah ini:

Tabel 5.1. Distribusi penduduk menurut kecamatan di kotamadya Aileu

Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Puskesmas Pembantu	Jumlah Desa	RT/ RW	Jumlah Tenaga Kesehatan
Aileu Kota	28.185	5	12	65	94
Remexio	12.868	11	8	27	55
Lequidoe	8.342	8	7	22	51
Laulara	7.912	7	6	25	37
Total	57.308		33	139	237

Sumber: Peta Pelayanan Kesehatan Kota Madya Aileu,2024

Aileu terletak di bagian barat daya Timor Leste dan merupakan salah satu dari dua kotamadya yang tidak memiliki wilayah pantai yaitu kotamadya Ermera. Kotamadya Aileu perbatasan dengan bagian utara perbatasan dengan kotamadya Dili, Timur dengan Manatuto, selatan dengan Ainaro dan barat dengan Ermera dan 60% penduduk tinggal di daerah rural. Setiap kecamatan terdapat sebuah *Centro Saúde Comunitaria* (Puskesmas) yang dinamakan organisasi pelayanan kesehatan bernama Puskesmas Rawat Inap (beroperasi 24 jam), puskesmas Lequidoe, Remexio dan Laulara.

Berdasarkan laporan tahunan Otoritas pelayanan kesehatan Aileu (OPKA,2024), bahwa jumlah tenaga kesehatan yang tersebar di Kotamadya Aileu adalah sebagai berikut

Tabel 5.2. Distribusi tenaga kesehatan berdasarkan tingkat puskesmas di Kota Madya Aileu tahun 2024

Profesi Kesehatan	Aileu Kota	Liquidoe	Laulara	Remexio
Dokter umum	7	2	2	3
Perawat	12	8	9	10
Bidan	6	5	7	8
Aliadu	14	10	9	11
Perawat gigi	1	1	1	1
Total	40	26	28	34

Sumber: Laporan Sistem Informasi Kesehatan Kota Madya Aileu, 2024

Aileu adalah kota utama di distrik Aileu, Timor Leste. Terletak 47 km² (29 mil) barat daya Dili, ibu kota negara, dan memiliki populasi 2.788 pada tahun 2015. Pada zaman Timor Portugis, kota ini dikenal sebagai Vila General Carmona, diambil dari nama diktator Portugis António Óscar Carmona, tetapi setelah perang Dunia II diganti namanya menjadi *Aileu* berarti "pohon bengkok" dalam bahasa *Mambae* (Statistic Timor Leste, 2024).

Pada tahun 1903, pemberontakan yang dilakukan di Aileu melawan penguasa kolonial gagal. Pada Januari 1912, Aileu berfungsi sebagai pangkalan Portugis melawan pemberontakan di Manufahi.[3] Antara tahun 1942 dan 1945, Jepang menduduki Timor Portugis. Pada tanggal 31 Agustus 1942, kota ini diserbu oleh kolonial Negras, sekutu Timor dari penjajah Jepang. Lima tentara Portugis,

serta beberapa pegawai negeri dan misionaris terbunuh. Sebuah peringatan di Aileu memperingati pembantaian di hari itu.

Tentara Nasional Indonesia mendirikan kamp relokasi di Aileu untuk orang Timor Timur pada akhir tahun 1979. Pada awal September, selama krisis Timor Timur 1999. Penduduk dari berbagai suco di daerah itu diusir dari rumah mereka oleh milisi pro-otonomi. Suco Selo Craic dihancurkan pada tanggal 6 September, rumah-rumah dibakar dan ternak disembelih.

Pada akhir 1999, ada rencana sementara untuk menjadikan Aileu sebagai ibu Kota Timor Leste yang baru merdeka. Namun ditolak karena rakyat lebih memilih Dili sebagai ibu Kota.

Sesuai dengan peraturan pemerintah N° 6 /2018 de 21 *de Março* Tentang struktur Pelayanan kesehatan tingkat Kotamadya dalam pasal 17 tentang struktur minim di tingkat Puskesmas yaitu :

- a. Seksi koordinasi Program yang membawahi (a) Laboratorium (b) Pelayanan Farmasi (c) Konsultasi PNC (d) Pelayanan KB (e) Gizi (f) Imunisasi
- b. Pasal 18 mengatur tentang Kesehatan Keluarga membawahi kegiatan (a) Kunjungan keluarga (b) Kesehatan Sekolah (c) Pengobatan keliling (d) kunjungan khusus seperti ke penjara, panti asuhan dan lain-lain.

- c. Pelayanan konsultasi umum meliputi (a) Kesehatan reproduksi, ibu dan KIA (b) Kesehatan Remaja (c) Kesehatan dewasa dan Lansia (d) Kesehatan Gigi dan Mulut (e) kesehatan mental (f) Kesehatan para cacat.
- d. Seksi Koordinasi Kesehatan Keluarga meliputi (a) konsultasi umum bagi semua pengunjung (b) isolasi penyakit menular kurang dari 24 jam (c) Pelayanan kegawat darurat (d) Pengobatan keliling (e) Kunjungan rumah (f) kunjungan sekolah.

Penelitian ini dilakukan di 3 Kecamatan atau 3 Puskesmas yang berada di Wilayah kotamadya Aileu yaitu Puskesmas Aileu Kota, puskesmas Lau-Lara, dan Puskesmas Remexio

a. Puskesmas Aileu Kota

Puskesmas Aileu Kota berada di Kota Aileu adalah Kota utama di Distrik Aileu, Timor Leste. Terletak 47 km² (29 mil) barat daya Dili, ibu Kota negara, dan memiliki populasi 2.788 pada tahun 2015. Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, Pelayanan Kesehatan KIA-KB, Pelayanan Gizi, Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Pelayanan TB, Pelayanan Ruang Menyusui.

b. Puskesmas Lau-Lara

Puskesmas Lau-Lara berada di Sub-Distrik Laulara. Laulara adalah subdistrik di Distrik Aileu, Timor Leste. Pada tahun 2015 laulara memiliki populasi 7.213. Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, pelayanan kesehatan KIA-KB, pelayanan gizi, pelayanan kesehatan tradisional, pelayanan kesehatan lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan laboratorium, pelayanan Konsultasi psikologi, pelayanan TB, Pelayanan ruang menyusui

c. Puskesmas Remexio

Puskesmas Remexio berada di wilayah sub-distrik Remexio. Remexio adalah subdistrik di Distrik Aileu, Timor Leste. Pada tahun 2004 Remexio memiliki penduduk sebanyak 9.493 jiwa. Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, Pelayanan Kesehatan KIA-KB, Pelayanan Gizi, Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Pelayanan TB, Pelayanan Ruang Menyusui.

5.1.2 Profile Kotamadya Liquiça



Kotamadya Liquiça (Bahasa Tetum: *Likisá*) adalah salah satu kotamadya di Timor Leste. Ibu kotanya juga bernama Liquiça. Kerajaan Liquiça ada kaitan dengan Suku belu/Tetun, dalam kesatuan ikatan adat dengan kerajaan

Belu Tasifeto/Fialaran dalam sapaan adat: Torlai Balibo Dirbati Mauubu Bobiknuan Maubara, Atsabe Leimea. Perang hebat antara Likusaen dan Wehali karena Wehali telah berlaku jahat dan tidak adil kepada Likisá (*SSML*, 2023)

Kotamadya Liquiça terbagi atas 4 kecamatan yaitu Bazartete, Liquiça, Maubara dan Loes, seperti tertera dibawah ini :

Tabel 5.3: distribusi jumlah, penduduk, jumlah fasilitas, jumlah desa, RT/RW dan jumlah tenaga kesehatan menurut tingkat kecamatan

di kotamadya Liquiça pada tahun 2024.

Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Puskesmas Pembantu	Jumlah Desa	RW	Jumlah Tenaga Kesehatan
Liquiça Kota	25.334	5	7	30	39
Loes	13.839	3	3	17	4
Maubara	28.326	5	4	33	21
Bazartete	31.983	10	9	45	47
Total	99.482	23	23	134	121

Sumber: Peta Pelayanan Kesehatan Kotamadya Liquiça, 2024

Kotamadya Liquiçá terletak di pantai utara Timor Leste dan berbatasan dengan Kota Dili (juga ibu kota negara) di sebelah timur dengan perbatasan dengan, bagian selatan dengan Bobonaro di barat daya. Di barat lautnya terletak Laut Sabu. Distrik ini berpenduduk 83,689 orang (sensus penduduk, 2022) dengan wilayah seluas 543 km². Kotamadya ini identik dengan nama orang Portugis.

Berdasarkan laporan tahunan otoritas pelayanan kesehatan Liquiçá (OPKA, 2024), bahwa jumlah tenaga kesehatan yang tersebar di Kotamadya Liquiçá adalah sebagai berikut.

Tabel 5.4; distribusi tenaga kesehatan berdasarkan profesi pafa fasilitas kesehatan di Kota Madya Liquiçá pada tahun 2024

Profesi Kesehatan	Liquiçá Vila	Maubara	Bazartete	Loes
Dokter umum	12	5	16	0
Perawat	10	8	15	0
Bidan	6	7	9	3
Aliadu	5	1	7	1
Perawat gigi	1	0	0	
Total	34	21	47	4

Sumber: Laporan *HMIS* Kota Madya Liquiçá, 2024

Sesuai dengan peraturan pemerintah N° 6/2018 de 21 de Março Tentang struktur Pelayanan kesehatan tingkat Kotamadya dalam pasal 17 tentang struktur minim di tingkat Puskesmas yaitu :

- a. Seksi koordinasi program yang membawahi (a) Laboratorium (b) Pelayanan Farmasi (c) Konsultasi post natal care (d) Pelayanan Keluarga Berencana (e) Gizi (f) Imunisasi

- b. Pasal 18 mengatur tentang kesehatan keluarga membawahi kegiatan (a) Kunjungan keluarga (b) Kesehatan Sekolah (c) Pengobatan keliling (d) kunjungan khusus seperti ke penjara, panti asuhan dan lain-lain.
- c. Pelayanan konsultasi umum meliputi (a) Kesehatan reproduksi, ibu dan KIA (b) Kesehatan Remaja (c) Kesehatan dewasa dan Lansia (d) Kesehatan Gigi dan Mulut (e) kesehatan mental (f) Kesehatan para cacat.
- d. Seksi koordinasi kesehatan keluarga meliputi (a) konsultasi umum bagi semua pengunjung (b) isolasi penyakit menular kurang dari 24 jam (c) Pelayanan kegawat darurat (d) Pengobatan keliling (e) Kunjungan rumah (F) kunjungan sekolah.

Penelitian ini dilakukan pada Puskesmas Liquica Kota, Bazartete dan Maubara sebagaimana berikut.

a. Puskesmas Liquiça Kota

Puskesmas Liquica Kota berada di Liquica sebagai ibu kota Distrik Liquiçá. Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, Pelayanan Kesehatan KIA-KB, Pelayanan Gizi, Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Pelayanan TB, Pelayanan Ruang Menyusui

b. Puskesmas Bazartete

Puskesmas Bazartete terletak di Bazartete (juga dikenal sebagai Bazar Tete) adalah sebuah tempat yang terletak di Timor Timur, yang meliputi sebuah subdistrik di kecamatan Liquiçá , yang terletak di puncak gunung yang berada jauh di dalam hutan hujan , tepat di sebelah tenggara kotamadya Liquiçá . Daerah tersebut dan desa-desa di sekitarnya merupakan lokasi berbagai kasus intimidasi, pemerkosaan, dan pembunuhan yang dilakukan oleh anggota kelompok milisi Besi Merah Putih setelah dan selama pemungutan suara otonomi tahun 1999.

Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, Pelayanan Kesehatan KIA-KB, Pelayanan Gizi, Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Pelayanan TB, Pelayanan Ruang Menyusui

c. Puskesmas Maubara

Puskesmas Maubara terletak di kecamatan Maubara, di sebelah barat kota Liquiçá. Sebagian besar penduduk berbicara dengan bahasa *Tocodede*. Terletak di dekat Area burung penting Maubara, meliputi pesisir kecil danau Maubara.

Pada awal pendudukan Portugis, Maubara diambil oleh Belanda. Ada benteng Belanda yang bersejarah, terletak di pintu masuk desa di tepi laut

yang menghadap ke teluk. Kemudian, Portugal bernegosiasi dengan Belanda dan mendapatkan kembali situs tersebut dalam perdagangan untuk Flores pada tahun 1851, yang diduduki oleh Portugis pada waktu itu. Desa ini juga merupakan lokasi di mana milisi Besi Merah Putih dibentuk. Pada tahun 2000, di pinggiran barat desa, Detasemen TKP *UNTAET* melakukan enam belas penggalian dalam dua hari, sebagian besar menjadi korban Pembantaian Rumah Manuel Carrascalão di Dili

Maubara terhubung dengan Dili melalui jalan yang baik. Maubara juga memiliki pasar dengan aula pasar kecil dan pusat kesehatan. Maubara adalah pusat administrasi suco de Vaviquinia. Maubara terkenal dengan benteng yang dibangun oleh Belanda sekitar tahun 1756. Benteng dengan dua gerbangnya masih berisi meriam asli dan cukup terawat. Bangunan di dalam benteng dibangun pada paruh kedua abad ke-20.

Pelayanan Kesehatan yang diberikan diantaranya: Pelayanan Lansia, Pelayanan Pemeriksaan Umum, Pelayanan Kesehatan Gigi & Mulut, Pelayanan Kesehatan KIA-KB, Pelayanan Gizi, Pelayanan Kesehatan Tradisional, Pelayanan Kesehatan Lingkungan, Pelayanan Kefarmasian (Obat), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Pelayanan TB, Pelayanan Ruang Menyusui.

5.1.2 Data deskriptif

Deskripsi variabel penelitian memaparkan hasil pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah disebarakan kepada para responden. Jawaban responden dikategorikan sesuai dengan definisi operasional, yaitu:

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi; usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan terakhir, pekerjaan, jarak dari rumah ke puskesma, dan orang yang membawa balita ke Puskesmas.

Tabel 5.5. Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, Satus perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, jarak dan membawa balita penelitian Tahap I

Usia	Jumlah	%
21 – 30 tahun	120	30
31 – 40 tahun	130	32,5
41 – 50 tahun	50	14,
> 51 tahun	100	25
Total	400	100
Jenis kelamin	Jumlah	%
Laki-laki	232	58%
Perempuan	168	42%
Total	400	100
Status perkawinan	Jumlah	%
Tidak Sekolah	88	22
Belum Menikah	48	12
Menikah	332	83
Duda / Janda	20	5
Total	400	100
Pendidikan terakhir	Jumlah	%
Tidak Sekolah	88	22
SD / Sederajat	76	19
SMP / Sederajat	48	12

SMA / Sederajat	168	42
S1	20	5
Total	400	100
Pekerjaan	Jumlah	%
Swasta	40	10
PNS	80	20
Petani	60	15
Ibu rumah tangga	200	50
Lain-lain	20	5
Total	400	100
Jarak	Jumlah	%
< 1 km	204	51
2 – 4 km	132	33
5 – 7 km	64	16
> 7 km	0	0
Total	400	100
Komposisi pengasuh	Jumlah	%
Ayah	48	12
Ibu	304	76
Nenek	8	2
Saudara	8	2
Ibu dan Nenek	20	5
Ibu dan kadang Nenek	4	1
Ayah dan Ibu dan kadang Nenek	4	1
Keluarga	4	1
Total	400	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa karakteristik usia responden yang paling tertinggi yaitu usia 31 tahun – 40 tahun sebanyak 32,5 dan terendah yaitu >51 tahun sebesar 25 % dari total responden. Di lihat dari jenis kelamin di dominasi oleh laki-laki sebanyak yaitu 58% perempuan sebanyak 42%.

Sedangkan dilihat dari status perkawinan paling dominan yaitu sebagai ibu rumah sebesar 50% dan lain-lain 5%. Jarak tempuh dari rumah ke fasilitas kesehatan yaitu kurang dari 1 km sebanyak 51% dan paling rendah

yaitu 5-7 km sebanyak 16%, sedangkan kebiasaan membawa balita yaitu oleh ibu sebesar 76% dan nenek yaitu 1%.

b. Responden pada Variabel Pemberdayaan

Tabel 5.6. Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Pemberdayaan

Indikator		SS		S		N		TS		STS		Total Skor	Rata-rata	Kategori Jawaban
		F	Skor 5	F	Skor 4	F	Skor 3	F	Skor 2	F	Skor 1			
Promotif	X1.1	133	665	162	648	80	240	25	50	0	0	1603	4,01	Setuju
	X1.2	80	400	98	392	168	504	54	108	0	0	1404	3,51	Setuju
	X1.3	67	335	134	536	177	531	22	44	0	0	1446	3,62	Setuju
	X1.4	105	525	116	464	169	507	10	20	0	0	1516	3,79	Setuju
	X1.5	203	1015	179	716	10	30	8	16	0	0	1777	4,44	SS
Preventive	X1.6	112	560	114	456	154	462	20	40	0	0	1518	3,80	Setuju
	X1.7	90	450	88	352	168	504	54	108	0	0	1414	3,54	Setuju
	X1.8	67	335	134	536	177	531	22	44	0	0	1446	3,62	Setuju
	X1.9	122	610	106	424	162	486	10	20	0	0	1540	3,85	Setuju
	X1.10	124	620	163	652	105	315	8	16	0	0	1603	4,01	Setuju
Kuratif	X1.11	108	540	148	592	124	372	20	40	0	0	1544	3,86	Setuju
	X1.12	98	490	147	588	125	375	30	60	0	0	1513	3,78	Setuju
	X1.13	86	430	114	456	176	528	24	48	0	0	1462	3,66	Setuju
	X1.14	108	540	128	512	152	456	12	24	0	0	1532	3,83	Setuju
	X1.15	142	710	145	580	105	315	8	16	0	0	1621	4,05	Setuju

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas dimensi promotive dalam variabel pemberdayaan masyarakat, dengan indikator x1.1. dengan nilai rata-rata sebesar 4,01 yaitu setuju, indikator x1.2. dengan nilai rata-rata sebesar 3,51 yaitu setuju, indikator x1.3. dengan

nilai rata-rata sebesar 3,52 yaitu setuju, indikator x1.4. dengan nilai rata-rata sebesar 3,79 yaitu setuju, indikator x1.5. dengan nilai rata-rata sebesar 4,44 yaitu sangat setuju,

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas indikator preventif dalam varibel pemberdayaan, dengan indikator x1.6. dengan nilai rata-rata sebesar 3,80 yaitu setuju, indikator x1.7. dengan nilai rata-rata sebesar 3,54 yaitu setuju, indikator x1.8. dengan nilai rata-rata sebesar 3,62 yaitu setuju, indikator x1.9. dengan nilai rata-rata sebesar 3,85 yaitu setuju, indikator x1.10. dengan nilai rata-rata sebesar 4,01 yaitu setuju.

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas indikator kuratif dalam variabel pemberdayaan dengan indikator x1.11. dengan nilai rata-rata sebesar 3,86 yaitu setuju, indikator x1.12. dengan nilai rata-rata sebesar 3,78 yaitu setuju, indikator x1.13. dengan nilai rata-rata sebesar 3,66 yaitu setuju, indikator x1.14. dengan nilai rata-rata sebesar 3,83 yaitu setuju, indikator x1.15. dengan nilai rata-rata sebesar 4,05 yaitu setuju.

c. Variabel Strategi Promosi Kesehatan (X2)

Variabel Strategi Promosi Kesehatan (X2) meliputi; 1) *Advocacy* baik upaya formal maupun upaya informal dengan program yang akan dilaksanakan; 2) *Social Support* terkait kunjungan tokoh masyarakat dan pelatihan tokoh Masyarakat serta bimbingan pada kader Kesehatan; 3)

community participation terkait kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Indikator *advocacy* dalam variable strategi promosi kesehatan (X2) memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil berikut; petugas kesehatan melakukan promosi kesehatan (x2.1), informasi atas kesehatan bagi ibu dan bayi (x2.2), Sosialisasi terkait masalah kesehatan ibu dan bayi di masyarakat telah dilakukan oleh petugas kesehatan (x2.3), masyarakat memahami tentang program kesehatan balita (x2.4), sosialisasi terkait kesehatan balita (x2.5).

Indikator *Social Support* dalam variable Strategi Promosi Kesehatan (X2) memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil sebagai berikut; partisipasi tokoh masyarakat dalam program kesehatan ibu dan bayi (x2.6), pelatihan tokoh masyarakat dalam bahaya umum kesehatan bayi (x2.7), bimbingan kader kesehatan tentang kesehatan bayi (x2.8), Dukungan Kuat masyarakat terkait kesehatan bayi (x2.9), masyarakat mengikuti atau mematuhi prosedur kesehatan bayi dengan baik (x2.10).

Indikator *empowerment* dalam variable Strategi Promosi Kesehatan (X2) memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil sebagai berikut; adanya diskusi Program Kesehatan anak (x2.11), program kesehatan anak meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (x2.12), partisipasi masyarakat dalam (x2.13), program kesehatan balita difahami oleh

keluarga dan Masyarakat (x2.14), dukungan keluarga dan masyarakat terhadap implementasi MTBS (x2.15).

Tabel 5.7. Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Strategi Promosi Kesehatan (X2)

Indikator		SS		S		N		TS		STS		Total Skor	Rata-rata	Kategori Jawaban
		F	Skor 5	F	Skor 4	F	Skor 3	F	Skor 2	F	Skor 1			
Advokasi	X2.1	126	630	130	520	124	372	20	40	0	0	1562	3,91	Setuju
	X2.2	125	625	127	508	125	375	23	46	0	0	1554	3,89	Setuju
	X2.3	112	560	99	396	167	501	22	44	0	0	1501	3,75	Setuju
	X2.4	102	510	134	536	152	456	12	24	0	0	1526	3,82	Setuju
	X2.5	129	645	129	516	132	396	10	20	0	0	1577	3,94	Setuju
Social Support	X2.6	98	490	124	496	153	459	25	50	0	0	1495	3,74	Setuju
	X2.7	87	435	137	548	154	462	22	44	0	0	1489	3,72	Setuju
	X2.8	79	395	132	528	169	507	20	40	0	0	1470	3,68	Setuju
	X2.9	88	440	124	496	173	519	15	30	0	0	1485	3,71	Setuju
	X2.10	86	430	105	420	196	588	13	26	0	0	1464	3,66	Setuju
Community empowerment	X2.11	113	565	99	396	163	489	25	50	0	0	1500	3,75	Setuju
	X2.12	112	560	98	392	168	504	22	44	0	0	1500	3,75	Setuju
	X2.13	116	580	88	352	176	528	20	40	0	0	1500	3,75	Setuju
	X2.14	118	590	97	388	170	510	15	30	0	0	1518	3,80	Setuju
	X2.15	120	600	85	340	182	546	13	26	0	0	1512	3,78	Setuju

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas indikator advokasi dalam varibel strategi promosi kesehatan, dengan indikator x2.1. dengan nilai rata-rata sebesar 3,91 yaitu setuju, indikator x2.2. dengan nilai rata-rata sebesar 3,89 yaitu setuju, indikator x2.3. dengan nilai rata-rata sebesar 3,75 yaitu setuju, indikator

x2.4. dengan nilai rata-rata sebesar 3,82 yaitu setuju, indikator x2.5. dengan nilai rata-rata sebesar 3,94 yaitu setuju,

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas indikator social support dalam varibel strategi promosi kesehatan, dengan indikator x2.6. dengan nilai rata-rata sebesar 3,74 yaitu setuju, indikator x2.7. dengan nilai rata-rata sebesar 3,72 yaitu setuju, indikator x2.8. dengan nilai rata-rata sebesar 3,68 yaitu setuju, indikator x2.9. dengan nilai rata-rata sebesar 3,71 yaitu setuju, indikator x2.10. nilai rata-rata sebesar 3,66 yaitu setuju,

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden memberikan nilai dan jawaban atas indikator *community empowerment* dalam variabel SPK, dengan indikator x2.11. dengan nilai rata-rata sebesar 3,75 yaitu setuju, indikator x2.12. dengan nilai rata-rata sebesar 3,75 yaitu setuju, indikator x2.13. dengan nilai rata-rata sebesar 3,75 yaitu setuju, indikator x2.14. dengan nilai rata-rata sebesar 3,80 yaitu setuju, indikator x2.15. dengan nilai rata-rata sebesar 3,78 yaitu setuju,

d. Variabel *Local Wisdom* “Matan-Dook” (Z)

Variabel *Local Wisdom* “Matan-Dook” (Z) meliputi beberapa indikator berikut; nilai, norma, ajaran dan keyakinan/kepercayaan sebagaimana hasil penelitian berikut.

Tabel 5.8. Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Local Wisdom

Indikator		SS		S		N		TS		STS		Total Skor	Rata-rata	Kategori Jawaban
		F	Skor 5	F	Skor 4	F	Skor 3	F	Skor 2	F	Skor 1			
Penyebab Penyakit Z.1.		98	490	122	488	153	459	27	54	0	0	1491	3,73	Setuju
Pemahaman Z.2.		87	435	140	560	139	417	34	68	0	0	1480	3,70	Setuju
Intropeksi Z.3.		78	390	136	544	153	459	33	66	0	0	1459	3,65	Setuju
Penyembuhan (Z.4.))		88	440	114	456	169	507	29	58	0	0	1461	3,65	Setuju
Mengikuti prosedur Z.5.		86	430	143	572	143	429	28	56	0	0	1487	3,72	Setuju
Nilai (Z.6.		89	445	142	568	150	450	18	36	1	1	1500	3,75	Setuju
Pemberdayaan (Z.7)		96	480	132	528	150	450	22	44	0	0	1502	3,76	Setuju
Informasi Kesehatan (Z.8).		97	485	130	520	148	444	25	50	0	0	1499	3,75	Setuju
Keyakinan (Z.9).		98	490	119	476	163	489	20	40	0	0	1495	3,74	Setuju
Prosedur Kesehatan (Z.10)		88	440	108	432	174	522	30	60	0	0	1454	3,64	Setuju

Tabel diatas menunjukkan bahwa matan-dook membantu mencari penyebab penyakit balita (Z.1) dengan nilai rata-rata 3,73 (setuju), Matan-Dook dapat diterapkan dalam pemahaman kesehatan masyarakat (Z.2) dengan nilai 3,70 . Nilai Matan-Dook dapat dijadikan intropeksi bagi Kesehatan Masyarakat (Z.3) nilai 3,65 (setuju). Nilai Matan-Dook Membantu Penyembuhan dalam Kesehatan balita (Z.4) nilai 3,65. Matan-Dook dapat bertransformasi dari kepercayaan menjadi Model dalam Promosi Kesehatan. Nilai kejujuran dalam *Matan-Dook* dapat diterapkan dalam ketaatan pasien mengikuti prosedur Kesehatan (Z.5) nilai 3,72. Nilai kejujuran dalam Matan-Dook dapat diterapkan dalam ketaatan pasien mengikuti prosedur Kesehatan (Z.6) nilai 3,75. Petugas kesehatan dapat

mengambil nilai matan dook dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat (Z.7) nilai 3,76. Keyakinan Matan-Dook dapat dikembangkan menjadi informasi Kesehatan bagi masyarakat (Z.8) nilai 3,75. Kesehatan masyarakat tidak hanya pada sebuah keyakinan namun harus ada Tindakan (Z.9) nilai 3,74. Tindakan kesehatan menumbuhkan keyakinan sesuai dengan prosedur Kesehatan (Z.10) nilai 3,77 (setuju).

e. Variabel Implementasi MTBS (Y)

Tabel 5.9. Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Implementasi MTBS

Indikator		SS		S		N		TS		STS		Total Skor	Rata-rata	Kategori Jawaban
		F	Skor 5	F	Skor 4	F	Skor 3	F	Skor 2	F	Skor 1			
Faktor pengetahuan	Y.1.	102	510	118	472	153	459	27	54	0	0	1495	3,74	Setuju
	Y.2.	89	445	138	552	139	417	34	68	0	0	1482	3,71	Setuju
	Y.3.	95	475	122	488	153	459	33	66	0	0	1488	3,72	Setuju
Faktor Ekonomi	Y.4.	88	440	114	456	169	507	29	58	0	0	1461	3,65	Setuju
	Y.5.	98	490	131	524	143	429	28	56	0	0	1499	3,75	Setuju
	Y.6.	89	445	142	568	150	450	18	36	1	1	1500	3,75	Setuju
Kemampuan petugas kesehatan	Y.7.	106	530	122	488	150	450	22	44	0	0	1512	3,78	Setuju
	Y.8.	97	485	130	520	148	444	25	50	0	0	1499	3,75	Setuju
	Y.9.	102	510	115	460	163	489	20	40	0	0	1499	3,75	Setuju
Sistem kesehatan	Y.10.	88	440	108	432	174	522	30	60	0	0	1454	3,64	Setuju
	Y.11	126	630	112	448	152	456	10	20	0	0	1554	3,89	Setuju
	Y.12	117	585	130	520	133	399	20	40	0	0	1544	3,86	Setuju

Tabel diatas menunjukkan bahwa Indikator faktor pengetahuan dalam variable implementasi MTBS (Y) memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil berikut; Keluarga Memahami Kesehatan Bayi dan Balita (Y.1) dengan nilai rata-rata 3,74 (setuju). Keluarga mengimplementasikan anjuran yang diberikan oleh petugas Kesehatan (Y.2) dengan nilai rata-rata 3,71 (setuju), Keluarga membawa kembali balita untuk kunjungan ulang (Y.3) dengan nilai rata-rata 3,72 (setuju).

Indikator faktor ekonomi memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil berikut; Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan bayi dan balita (Y.4) dengan nilai rata-rata 3,65 (setuju). Tingkat pendapatan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan bayi dan balita dalam hal perawatan dan pengobatan bayi sakit (Y.5) dengan nilai rata-rata 3,75 (setuju). Tingkat pendapatan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan bayi dan balita dalam hal pemberian nutrisi, suplemen, dan kualitas asupan yang baik (Y.6) dengan nilai rata-rata 3,75 (setuju).

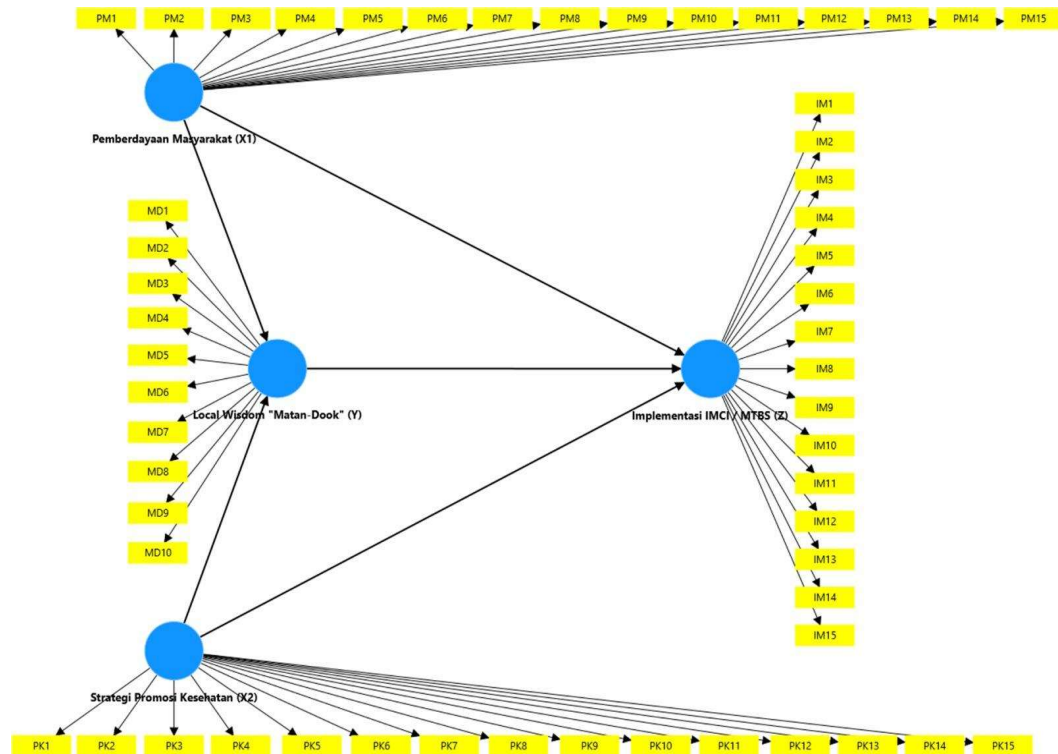
Indikator kemampuan petugas kesehatan memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil berikut; Keterampilan petugas kesehatan memeriksa keadaan bayi dan balita baik (Y.7) dengan nilai rata-rata 3,78 (setuju), Petugas kesehatan mengikuti pedoman dari Kementerian Kesehatan Timor Leste (Y.8) dengan nilai rata-rata 3,75 (setuju), Kemampuan petugas kesehatan menangani bayi dan balita baik (Y.9) dengan nilai rata-rata 3,75 (setuju).

Indikator sistem kesehatan memiliki beberapa faktor yang diteliti dengan hasil berikut; Terintegrasinya program kesehatan dalam satu kali pemeriksaan dalam program MTBS (Y.10) dengan nilai rata-rata 3,64 (setuju), Tersedia sarana pendukung implementasi program MTBS (Y.11) dengan nilai rata-rata 3,89 (setuju), Tersedia buku Bagan implementasi program MTBS (Y.12) dengan nilai rata-rata 3,86 (setuju).

5.1.3 Hasil Uji Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit

a. Outer Model

Evaluasi model pengukuran merupakan tahapan untuk mengevaluasi validitas dan reliabilitas suatu konstruk, yaitu terdiri dari evaluasi validitas konstruk dan evaluasi reliabilitas konstruk. Masing-masing akan dijelaskan dengan model sebagai berikut:



Gambar 5.1. Konstruk PLS Algoritma (Outer Model)
Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit

b. Uji Convergen Validity

Evaluasi validitas konstruk dilakukan dengan menghitung validitas konvergen. Validitas konvergen diketahui melalui nilai loading factor dan

average variance extracted (AVE). Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki loading factor dan $AVE \geq 0,5$ (Riyanto, 2021). Hasil pengujian validitas konvergen disajikan dalam tabel berikut:

c. Validitas Konvergen Variabel Pemberdayaan

Variabel pemberdayaan yang memiliki 3 dimensi utama yaitu promotif, kuratif, dan preventif dengan 15 indikator yang telah diuji sebagai berikut.

Tabel 5.10. Hasil Pengujian Validitas Konvergen pada Variabel Pemberdayaan

Variabel	Indikator	Loading Faktor	AVE	Keterangan
Pemberdayaan	x1.1	0.539	0.530	Valid
	x1.2	0.513		Valid
	x1.3	0.535		Valid
	x1.4	0.530		Valid
	x1.5	0.521		Valid
	x1.6	0.664		Valid
	x1.7	0.580		Valid
	x1.8	0.769		Valid
	x1.9	0.731		Valid
	x1.10	0.703		Valid
	x1.11	0.768		Valid
	x1.12	0.756		Valid
	x1.13	0.823		Valid
	x1.14	0.792		Valid
	x1.15	0.724		Valid

Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki loading factor dan AVE diatas 0,5 (Agus Riyanto, 2021). Berdasarkan Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil

pengujian validitas konvergen variabel X1 semua indikator dinyatakan valid.

d. Validitas Konvergen Variabel SPK

Variabel SPK yang memiliki 3 dimensi utama yaitu *advocacy*, *social support*, dan *Community empowerment* dengan 15 indikator yang telah diuji sebagai berikut.

Tabel 5.11. Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel SPK

Variabel	Indikator	Loading Faktor	AVE	Keterangan
SPK	X2.1	0.687	0.591	Valid
	X2.2	0.631		Valid
	X2.3	0.746		Valid
	X2.4	0.643		Valid
	X2.5	0.690		Valid
	X2.6	0.722		Valid
	X2.7	0.735		Valid
	X2.8	0.741		Valid
	X2.9	0.634		Valid
	X2.10	0.677		Valid
	X2.11	0.735		Valid
	X2.12	0.767		Valid
	X2.13	0.516		Valid
	X2.14	0.768		Valid
	X2.15	0.772		Valid

Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki loading factor dan *AVE* diatas 0,5 (Riyanto, 2021). Berdasarkan Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil pengujian validitas konvergen variabel SPK pada semua indikator dinyatakan valid.

e. Validitas Konvergen Variabel Local Wisdom”matan dook

Variabel *local wisdom* “*matan-dook*” (*LW-MD*) yang memiliki 4 dimensi utama yang diteliti yaitu Nilai, Norma, ajaran dan keyakinan dengan 15 indikator yang telah diuji dengan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.12. Hasil Pengujian Validitas Konvergen *LW-MD*

Variabel	Indikator	Loading Faktor	AVE	Keterangan
<i>LW-MD</i>	Z1	0.539	0.597	Valid
	Z2	0.755		Valid
	Z3	0.882		Valid
	Z4	0.835		Valid
	Z5	0.781		Valid
	Z6	0.846		Valid
	Z7	0.834		Valid
	Z8	0.787		Valid
	Z9	0.875		Valid
	Z10	0.634		Valid
	Z11	0.385		Tidak Valid
	Z12	0.421		Tidak Valid
	Z13	0.462		Tidak Valid
	Z14	0.407		Tidak Valid
	Z15	0.378		Tidak Valid

Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki loading factor dan *AVE* diatas 0,5 (Agus Riyanto, 2021). Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa Hasil Pengujian validitas konvergen variabel *LW-MD* menunjukkan bahwa indikator Z11-Z15 dinyatakan tidak valid, oleh karenanya dalam hal ini peneliti menghapus 5 indikator yang tidak valid tersebut sehingga

Pengujian validitas konvergen terhadap variabel *LW-MD* yang semula memiliki 15 indikator sehingga menjadi 10 indikator.

f. Validitas Konvergen Variabel Implementasi MTBS

Variabel Implementasi MTBS yang memiliki 5 dimensi utama yang diteliti yaitu 1) faktor pengetahuan, 2) faktor ekonomi, 3) kemampuan petugas kesehatan, 4) sistem kesehatan 5) pemberdayaan masyarakat dengan 15 indikator yang telah diuji dengan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.13. Hasil Pengujian Validitas Konvergen Variabel Implementasi MTBS

Variabel	Indikator	Loading Faktor	AVE	Keterangan
Implementasi MTBS	Y1	0.739	0.630	Valid
	Y2	0.764		Valid
	Y3	0.781		Valid
	Y4	0.831		Valid
	Y5	0.833		Valid
	Y6	0.751		Valid
	Y7	0.767		Valid
	Y8	0.842		Valid
	Y9	0.833		Valid
	Y10	0.723		Valid
	Y11	0.831		Valid
	Y12	0.833		Valid
	Y13	0.754		Valid
	Y14	0.757		Valid
	Y15	0.844		Valid

Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki *loading factor* dan $AVE \geq 0,5$ (Agus Riyanto, 2021). Berdasarkan Tabel diatas menunjukkan bahwa Hasil Pengujian

validitas konvergen variabel implementasi MTBS menunjukkan bahwa semua indikator menunjukkan hasil yang *valid*.

g. *Uji Discriminant Validity*

Uji Discriminant Validity (Validitas diskriminan) dihitung menggunakan *cross loading* dengan kriteria bahwa apabila nilai *cross loading* dalam suatu variabel yang bersesuaian lebih besar dari nilai korelasi indikator pada variabel lainnya, maka indikator tersebut dinyatakan valid dalam mengukur variabel yang bersesuaian.

Berdasarkan pengukuran *cross loading* yang disajikan dalam lampiran, dapat diketahui bahwa secara keseluruhan indikator-indikator dari semua variabel menghasilkan nilai loading yang lebih besar dari nilai loading pada variabel lainnya. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa dari uji validitas diskriminan, masing-masing indikator mampu mengukur variabel laten yang bersesuaian.

h. Construct Reliability

Construct Reliability yaitu perhitungan yang dapat digunakan untuk menguji reliabilitas konstruk pada SEM PLS adalah *composite reliability*. Kriteria pengujian menyatakan bahwa apabila *composite reliability* bernilai $\geq 0,7$ maka konstruk tersebut dinyatakan reliabel.

Tabel 5.14. Hasil Pengujian Realibilitas Konstruk Model Pemberdayaan Pada MTBS

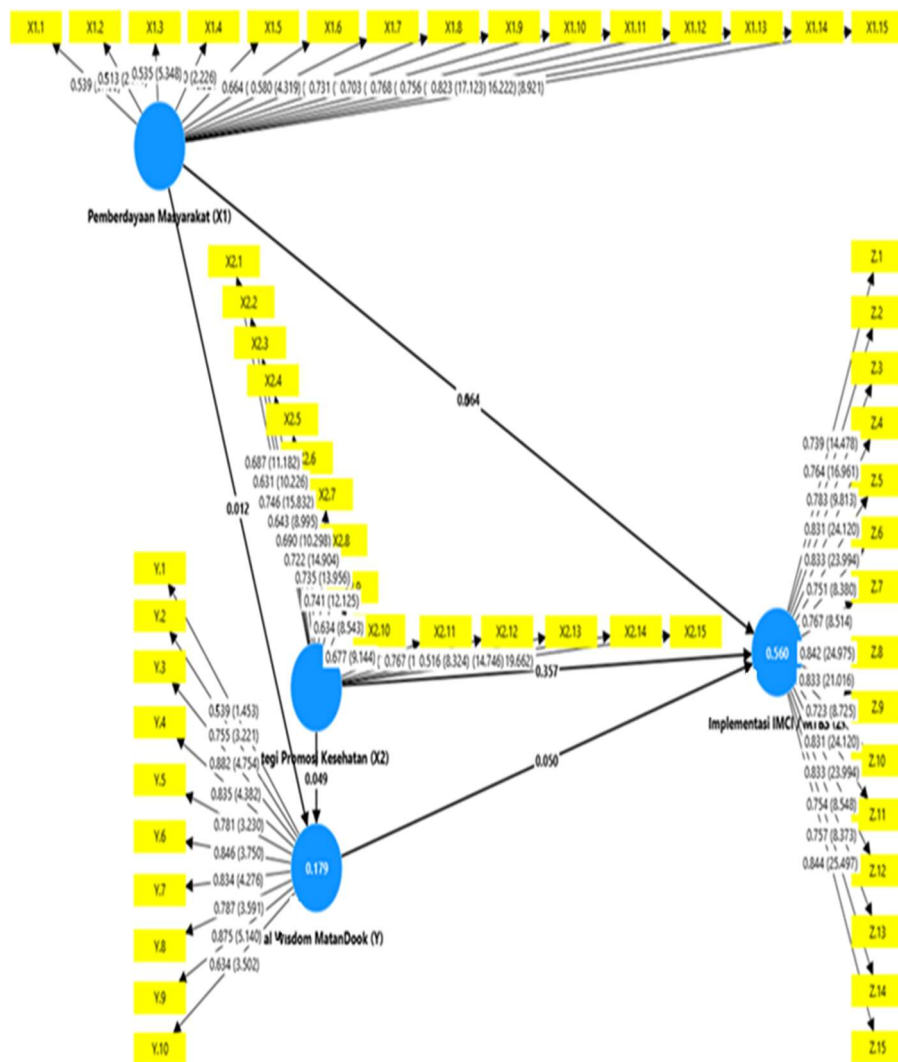
<i>Variabel</i>	<i>Composite Reliability</i>
Pemberdayaan Masyarakat	0.914
Strategi Promosi Kesehatan	0.935
Local Wisdom MatanDook	0.934
Implementasi MTBS	0.962

Suatu instrument dikatakan memenuhi pengujian validitas konvergen apabila memiliki loading factor dan AVE diatas 0,7. Adapun nilai *composite reliability* diatas 0.7 maka konstruk dikatakan reliabel (Riyanto, 2021)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa masing-masing variabel menghasilkan nilai *composite reliability* yang lebih besar dari 0,7. Dengan demikian berdasarkan nilai *composite reliability* semua indikator dinyatakan reliabel dalam mengukur variabelnya.

i. *Inner Model*

Evaluasi model struktural atau *inner model* merupakan tahapan untuk mengevaluasi *goodness of fit* yang meliputi koefisien determinasi dan predictive relevance serta pengujian Hipotesis. Masing-masing akan dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 5.2. Konstruk Inner Model Pemberdayaan Pada MTBS

j. Koefisien Determinasi (R²)

Koefisien determinasi (R²) digunakan untuk mengetahui besarnya kemampuan variabel endogen untuk menjelaskan keragaman variabel eksogen, atau dengan kata lain untuk mengetahui besarnya kontribusi variabel eksogen terhadap variabel endogen. Menurut Chin (1998), nilai *R square* sebesar 0.67 (kuat), 0.33 (moderat) dan 0.19 (lemah). Hasil R² dapat dilihat dalam table.

Tabel 5.15. Hasil Koefisien Determinasi (R²) Pemberdayaan Pada MTBS

Variabel	<i>R Square</i>	<i>R Square Adjusted</i>	<i>I-R Square</i>	<i>R2 total</i>
Pemberdayaan	0,520	0,521	0,512	0,860
Strategi Promosi Kesehatan	0,670	0,667	0,657	
<i>Local Wisdom MatanDook</i>	0,179	0,330	0,340	
Implementasi MTBS	0,560	0,545	0,525	

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa menunjukkan bahwa Nilai *R-square adjusted* pada pemberdayaan sebesar 0,521, nilai SPK sebesar 0,667, *LW-MD* sebesar 0,330 dan implementasi MTBS sebesar 0,545. Nilai *R-square* total bernilai 0,860 atau 86,0% (kuat). Hal ini dapat menunjukkan bahwa keragaman variabel *LW-MD* sebesar 0,330 dan Implementasi MTBS mampu dijelaskan oleh seluruh variabel independen yang digunakan dalam penelitian ini secara total konstruk sebesar 86,0%.

k. Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan pengujian signifikansi digunakan untuk menguji ada tidaknya pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen. Kriteria pengujian menyatakan bahwa apabila nilai $T\text{-statistics} \geq T\text{-tabel}$ (1,64) atau nilai $p\text{-value} < \text{significant alpha } 5\%$ atau 0,05, maka dinyatakan adanya pengaruh signifikan variabel eksogen terhadap variabel endogen. Hasil pengujian signifikansi dan model pemberdayaan dapat dilihat pada tabel tertera di bawah ini ;

Tabel 5.16. Hasil Pengujian Hipotesis untuk Model Pemberdayaan Pada MTBS

Variabel	<i>Original Sampel (O)</i>	<i>T Statistics (O/STDEV)</i>	<i>P Values</i>	<i>Kesimpulan</i>
Pemberdayaan terhadap <i>Local Wisdom MatanDook</i>	0.321	2.518	0.012	Signifikan
SPK terhadap <i>LW-MD</i>	0.273	1.968	0.049	Signifikan
<i>LW-MD</i> terhadap Implementasi MTBS	0.162	1.960	0.050	Signifikan
Pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS	0.080	1.578	0.064	Tidak signifikan
SPK terhadap Implementasi MTBS	0.101	1.921	0.057	Tidak signifikan
Pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS melalui <i>LW-MD</i>	0.052	1.620	0.065	Tidak signifikan
SPK terhadap Implementasi MTBS melalui <i>LW-MD</i>	0.044	1.396	0.063	Tidak signifikan

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan hasil penelitian sebagai berikut:

a) Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap *LW-MD*

Uji pengaruh antara pemberdayaan terhadap *LW-MD* dengan hasil *T-statistics* sebesar 2.518 dengan nilai *p-value* sebesar 0.012. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai $T \text{ statistics} \geq 1,64$ dan $p\text{-value} < 0,5$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberdayaan terhadap *LW-MD*. Hal ini menunjukkan ada hubungan atau perbedaan yang signifikan antara pemberdayaan terhadap *Local wisdom-matandook*.

b) Pengaruh antara strategi promosi kesehatan terhadap *LW-MD*

Uji pengaruh langsung antara SPK terhadap *LW-MD* mendapatkan hasil *T-Statistic* sebesar 1.968 dan *P-Value* sebesar 0.049. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai $T \text{ statistics} \geq 1,64$ dan $p\text{-value} < 0,5$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara SPK terhadap *local wisdom matandook*

c) Pengaruh antara *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS

Uji pengaruh *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS mendapatkan hasil nilai *T-Statistic* sebesar 1.960 dan nilai *p-value* sebesar 0.050. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai *T-*

$statistics \geq 1,64$ dan $p\text{-value} < 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS.

d) Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS

Uji pengaruh antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS mendapatkan hasil Nilai *T-Statistic* sebesar 1.578 dan nilai *p-value* sebesar 0.064. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai *T-Statistics* $\geq 1,64$ dan $p\text{-value} < 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang tidak signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS.

e. Pengaruh antara SPK terhadap Implementasi MTBS

Uji pengaruh antara SPK terhadap implementasi MTBS dengan nilai *T-Statistic* sebesar 1.921 dan nilai *p-value* sebesar 0.057. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai *T-Statistics* $\geq 1,64$ dan $P\text{-Value} > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang tidak signifikan antara SPK terhadap Implementasi MTBS

f. Pengaruh antara pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD*

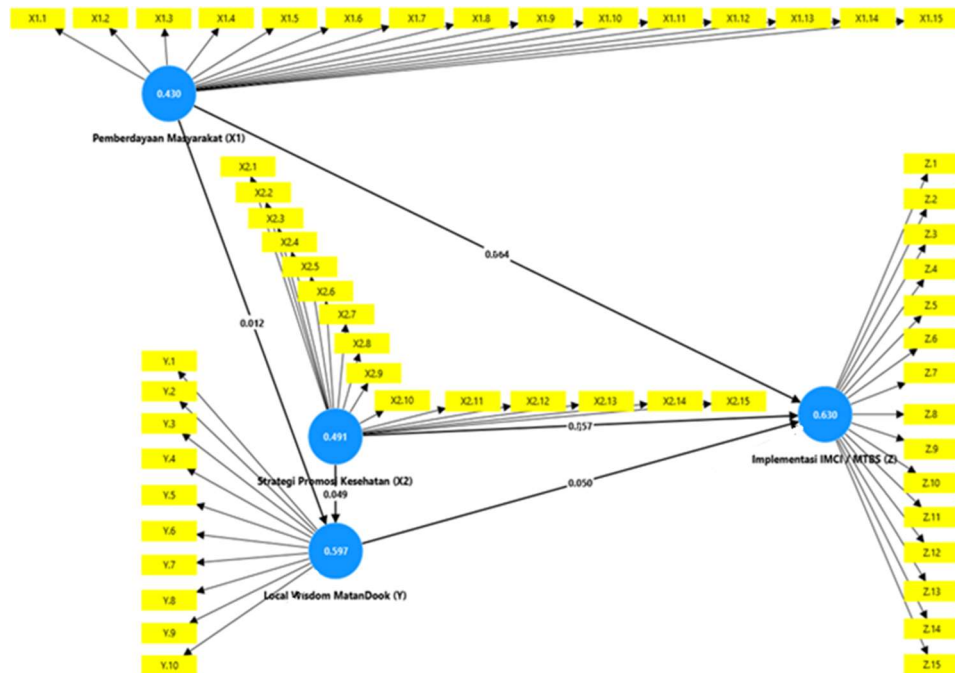
Uji Pengaruh antara pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD* mendapatkan hasil nilai *T-Statistic* sebesar 1.620 dan nilai *P-value* sebesar 0.049. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai *T-Statistics* $\geq 1,64$ dan $p\text{-value} < 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat

pengaruh yang signifikan antara pemberdayaan terhadap matandook terhadap implementasi MTBS.

g) Pengaruh SPK terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*

Uji pengaruh SPK melalui *LW-MD* terhadap implementasi MTBS mendapatkan hasil nilai *T-Statistic* sebesar 1.396 dan nilai *p-value* sebesar 0.063. Hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa nilai *T-Statistics* $\geq 1,64$ dan *p-value* $< 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang tidak signifikan antara SPK melalui *LW-MD* terhadap implementasi MTBS.

1. Model Akhir (Temuan)



Gambar 5.2. Konstruk Model Akhir (Temuan)

Berdasarkan Gambar diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian tahap pertama dengan metode Kuantitatif - Observational study): dengan menggunakan model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça, dengan hasil sebagai berikut :

a. Pengaruh antara pemberdayaan terhadap *local wisdom matandook*.

Pengaruh pemberdayaan terhadap *local wisdom matandook* dengan nilai *p-value* sebesar 0,012, yang artinya jika pemberdayaan meningkat satu satuan unit maka *LW-MD* juga dapat meningkat sebesar 1,2%, maka dinyatakan berpengaruh secara signifikan.

b. Pengaruh antara SPK terhadap *Local Wisdom Matan Dook*

Pengaruh antara SPK terhadap *local wisdom matan dook* mendapatkan hasil nilai *p-value* sebesar 0.049, yang artinya jika SPK meningkat satu satuan unit maka *LW-MD* juga dapat meningkat sebesar 4,9%, dan dinyatakan berpengaruh secara signifikan.

c. Pengaruh antara *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS

Pengaruh *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS mendapatkan hasil nilai *p-value* sebesar 0.050. Hasil tersebut menunjukkan jika *LW-MD* meningkat satu satuan unit maka Implementasi MTBS dapat meningkat sebesar 5% dan pengaruh ini bersifat positif dan signifikan.

d. Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap implementasi MTBS

Pengaruh pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS mendapatkan hasil nilai *p-value* sebesar 0.064. Hasil tersebut menunjukkan jika pemberdayaan meningkat satu satuan unit maka implementasi MTBS dapat meningkat sebesar 6,4% dan ini bersifat positif dan pengaruh secara tidak signifikan,

e. Pengaruh antara SPK terhadap Implementasi MTBS

Pengaruh antara SPK terhadap implementasi MTBS mendapatkan hasil nilai *p-value* sebesar 0.057. Hasil tersebut menunjukkan jika SPK meningkat satu satuan unit maka implementasi MTBS dapat meningkat sebesar 5,7%, dan pengaruh ini bersifat positif dan tidak signifikan.

f. Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*

Pengaruh pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD* mendapatkan hasil nilai *p-value* sebesar 0.065. Hasil tersebut menunjukkan jika implementasi MTBS dapat meningkat berdasarkan pengaruh pemberdayaan melalui *LW-MD* sebesar 6,5% yaitu dengan pengaruh ini bersifat positif dan tidak signifikan.

g. Pengaruh antara SPK terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD*

Uji pengaruh antara SPK terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD* mendapatkan hasil Nilai *p-value* sebesar 0.063 Hasil

tersebut menunjukkan jika SPK terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD* dapat meningkat sebesar 6,3% dan bersifat tidak signifikan.

m. Uji Multikolineritas

Menurut Sugiono (2019), uji multikolineritas adalah pengujian statistik yang digunakan untuk mengetahui apakah terdapat korelasi yang tinggi antara variabel bebas dan variabel terikat dalam sebuah model regresi. Tujuan yaitu mengetahui apakah ada pengaruh linier yang kuat antara dua variabel indepeden dalam sebuah model regresi. Jika nilai *variance Inflation Factor (VIF)* lebih dari 10 dikatakan tidak terjadi kolinearitas dan jika *VIF* kurang dari 10 menunjukkan adanya multikolinearitas. Jika $VIF < 5$ = toleransi yang tinggi, $5 \leq 10$ = sedang dan lebih >10 = lemah.

Tabel 5.17: Hasil Uji Multikolineritas pada variabel eksogen terhadap variabel endogen dalam upaya menurunkan KKB

Variabel	<i>VIF</i>	Interpretasi
Pemberdayaan	$1,894 < 10$	Kuat toleransi
SPK	$4,637 < 10$	Kuat toleransi
LW-MD	$3,583 < 10$	Kuat toleransi

Sumber : hasil pengolahan data primer oleh peneliti,2024

Berdasarkan tabel diatas dapat diambil kesimpulan bahwa variabel pemberdayaan, SPK dan *Local wisdom* mempunyai kolinearitas yang tinggi atau kuat terhadap implementasi MTBS.

n. Uji Normalitas

Menurut Sugiono (2020), Uji normalitas adalah metode untuk mengevaluasi apakah data yang dianalisis memiliki distribusi normal atau tidak. Dasar pengambilan keputusan yaitu, jika nilai signifikansi $> 0,05$ maka dinyatakan berdistribusi normal dan jika $< 0,05$ maka tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.18. Hasil Uji Normalitas pada variabel variabel eksogen terhadap variabel endogen dalam upaya menurunkan KKB.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Pemberdayaan	0,403	400	0,055
SPK	0,422	400	0,053
Implementasi MTBS	0,378	400	0,101
Local wisdom/MD	0,430	400	0,601

a. *Lilliefors Significance Correction*

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa uji normalitas pada variabel eksogen, endogen dan *intervening* berdistribusi normal karena nilai signifikansi lebih besar dari 0,05.

5.1.4 Rumusan Model Pemberdayaan pada Implementasi MTBS dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça

Rumusan Model disusun berdasarkan hasil penelitian kuantitatif yang menunjukkan pengaruh positif signifikan; Untuk itu maka Rumusan Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam upaya menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya

Aileu dan Liquiça, Timor Leste adalah sebagai berikut: Bahwa Implementasi MTBS dipengaruhi secara langsung oleh pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan dan *local wisdom matandook*. Serta pengaruh tidak langsung pemberdayaan dan Strategi Promosi Kesehatan melalui *local wisdom matandook* terhadap Implementasi MTBS.

Model pengembangan lokal yang efektif untuk menurunkan kematian balita di Timor Leste dengan memanfaatkan sumber daya dan pengetahuan lokal, seperti melibatkan tokoh masyarakat, tokoh adat, pengobat tradisional, pelayan gereja dan orang tua dan tidak mengesampingkan *Promotor Saúde Família* (PSF) Model ini juga harus fokus pada peningkatan akses pelayanan kesehatan, peningkatan kesadaran tentang kesehatan anak, dan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup balita. Sejak lahir hingga umur 59 bulan diperlukan monitoring terhadap kondisi balita. Hal ini diperlukan kerjasama keluarga, tokoh masyarakat, tokoh adat, pengobat tradisional pelayan gereja dalam rangka mendukung pelaksanaan program MTBS-M dengan tujuan membantu menurunkan kesakitan dan kematian balita.

Pendekatan pada model ini adalah *Aset Based Community Development (ABCD)* yaitu menekan pemanfaatan aset yang dimiliki

masyarakat seperti ketrampilan, pengetahuan dan sumber daya yang ada untuk berkontribusi penurunan kesakitan dan kematian balita.

Keuntungan dalam implementasi model ini adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kemampuan masyarakat yaitu memberdayakan masyarakat dan memanfaatkan sumber daya lokal dalam meningkatkan kualitas hidup balita;
- b. Penguatan kapasitas lokal yaitu membantu komponen masyarakat dalam meningkatkan kemampuan mereka melalui pelatihan MTBS-M sehingga mampu mengenal dan mengidentifikasi tanda-tanda bahaya yang dimiliki balita.
- c. Pemberdayaan yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memberikan tindakan dasar kepada balita seperti pemberian paracetamol, *zinc* dan oralit.













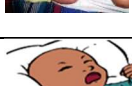


Untuk menunjang hal tersebut maka dirumuskan sebuah modul yang berjudul tentang MTBS-M ini membantu dan mendukung keluarga dalam memberikan perawatan yang baik untuk balita mereka.

Dalam hal ini, para penerima pelatihan mampu mengenal dan mengidentifikasi tanda-tanda bahaya pada balita berusia mulai 0 hari hingga 59 bulan dengan tujuan membantu keluarga untuk merujuk ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut, membantu keluarga merawat beberapa anak dengan diare dan demam di rumah serta menindak lanjuti bayi dan balita sakit yang menerima perawatan di fasilitas kesehatan.

Secara khusus modul ini disusun untuk beberapa tujuan seperti tertera di bawah ini:

- a. Dapat mengidentifikasi tanda-tanda penyakit umum pada balita dan bayi baru lahir, identifikasi tanda-tanda kekurangan gizi dan cara memeriksa suhu.
- b. Mampu memutuskan apakah akan merujuk bayi dan balita ke fasilitas kesehatan, dan atau untuk membantu keluarga merawat mereka di rumah.
- c. Mampu merujuk semua bayi yang baru lahir hingga usia 2 bulan yang memiliki tanda-tanda bahaya ke pusat kesehatan, atau fasilitas kesehatan lainnya.
- d. Untuk anak dengan diare yang dapat diobati di rumah, ajarkan keluarga tentang cara memberikan larutan *ORS* dan *zinc*
- e. Untuk anak-anak yang dirujuk ke fasilitas kesehatan, untuk memulai pengobatan dengan *ORS* atau memberikan dosis pertama parasetamol.
- f. Mampu menasihati keluarga untuk kembali melakukan kunjungan tindak lanjut sesuai jadwal yang ditentukan, jika kondisi tidak membaik atau sakitnya bertambah parah.
- g. Pada kunjungan lanjutan, untuk mengidentifikasi perbaikan pada kondisi anak dan memastikan perawatan di rumah; dan jika kondisi tidak membaik, segera merujuk mereka ke fasilitas kesehatan.
- h. Mampu menggunakan formulir pencatatan untuk membantu mengidentifikasi dan merawat bayi baru lahir dan anak yang sakit, mencatat keputusan dan tindakan yang diberikan.
- i. Mampu menggunakan formulir rujukan untuk merujuk bayi dan dan menindaklanjuti balita sakit yang menerima perawatan di fasilitas kesehatan.

Tabel 5.19 : Tanda-tanda bahaya yang perlu dikenali pada balita

Gejala	Klasifikasi	Perawatan & Pengobatan
	<i>La hemu ou la susu</i> Tidak bisa minum atau menyetek	Penyakit Berat SEGERA Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Konvulsaun/bestidu mutin saé</i> Kejang	
	<i>Muta sai hotu saida mak labarik han ou hemu</i> Memuntahkan semua apa yang dimakan atau diminum	
	<i>Toba dukur liu ou la bok an ou fraku bok an</i> (Letargis atau tidak sadar)	
	<i>Susar dada iis no hirus matan tama ba laran</i> (Sukar bernapas dan tarikan dinding dada kedalam)	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Isin manas makas ou isin malirin makas</i> Demam atau kedinginan	Penyakit Sedang Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Soe be'e bot liu dala 3 iha oras 24 nia laran</i> (Buang air besar lebih dari 3x dalam 24 jam)	Penyakit Sedang boleh beri air, buah dan lain-lain
	<i>Teé kahur ho raan</i> (Berak bercampur darah)	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Isin krekas no kulit taka ruin</i> Kurus kering dan kulit tutup kulit	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Ain rua bubu hotu</i> <i>Kedua kaki bengkak</i>	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan/ MatanDook
	<i>Bubu iha tilun kotuk</i> Pembengkakan dibelakang telinga	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Mosu kinur iha isin lolon</i> Kekuningan di seluruh tubuh	Penyakit Berat Tidak memberikan Asi ibu
	<i>Kanek iha isin lolon ka infeksaun</i> Luka diseluruh tubuh atau infeksi	Penyakit Sedang Bisa perawatan di rumah atau jika berlanjut Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Raan no tasak sai iha usar</i> Pus keluar dari pusar	Penyakit Berat Bawa ke Fasilitas Kesehatan
	<i>Mosu Infeksaun iha matan</i> Infeksi mata	Penyakit Sedang Bawa ke Fasilitas Kesehatan.

Sumber : (UNICEF,WHO, 2021)

Berdasar tujuan diatas maka para peserta diharapkan mampu melaksanakan hal-hal seperti tertera dibawah ini;

a. Menghitung napas dengan menggunakan ARI Timer

- a) Beri tahu pengasuh bahwa anda akan menghitung pernapasan anaknya. Mintalah dia untuk menjaga anaknya tetap tenang. Jika anak sedang tidur, jangan bangunkan anak.
- b) Anak harus tenang dan tenang saat menghitung napas. Jika anak ketakutan, menangis, gekisah, atau bergerak, anda tidak akan dapat melakukan penghitungan yang akurat.
- c) Pilih tempat di dada atau perut anak di mana anda dapat dengan mudah melihat tubuh mengembang saat anak bernapas. Untuk menghitung napas dalam satu menit

TIPS: Melihat jam tangan dan pernapasan anak pada saat yang sama bisa jadi sulit.

Mintalah seseorang, jika tersedia, untuk membantu menghitung hitungan. Mintalah mereka untuk mengatakan "Mulai" di awal dan "Berhenti" di akhir 60 detik.

- d) Pernapasan cepat tergantung pada usia anak:

Tabel 5.20: Frekuensi pernapasan pada balita

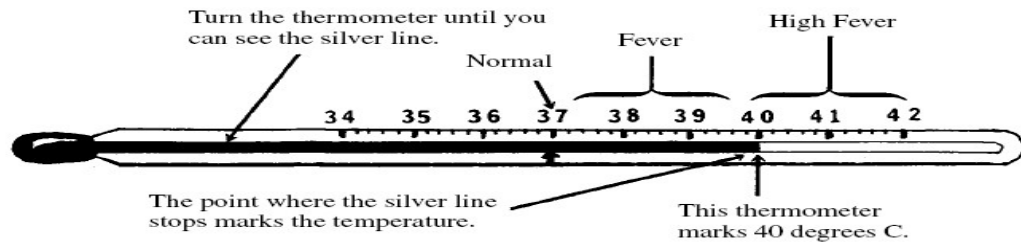
Jika usia anak adalah	Anak memiliki pernapasan cepat jika anda menghitung
0 hari hingga 2 bulan	60x/menit atau lebih
2 bulan hingga < 12 bulan	50 x/menit atau lebih
usia 12 bulan hingga 59 bulan	40 x/menit atau lebih

Sumber : *WHO, MoH, 2021*

e. Mengukur suhu tubuh

- a) Bersihkan termometer dengan baik dengan sabun dan air atau alkohol. Kocok dengan keras, dengan jentikan pergelangan tangan, sampai terbaca kurang dari 36 derajat.
- b) Masukkan termometer ke ketiak.

- c) Biarkan di sana selama 3 atau 4 menit.
- d. Lihat hasilnya.
- e. Cuci termometer dengan baik dengan sabun dan air.



Kesalahan umum yang dapat terjadi selama pengukuran suhu tercantum pada kotak di bawah ini.

1. Termometer tidak ditempatkan dengan benar di ketiak sehingga ujungnya menonjol di ujung ketiak bayi yang lain.
2. Termometer tidak dipegang dengan kuat di ketiak bayi.
3. Melepas termometer dari ketiak tanpa mendengar tiga bunyi bip, karena Anda pikir itu sudah ada sejak lama

- f. Berikan dosis paracetamol untuk anak dengan demam tinggi (suhu lebih 38,5°C)

Tabel 5.21: Dosis paracetamol

Umur atau BB	Paracetamol Tablet		Sirup
	100 mg	500 mg	
2 – 6 bulan (4-<7 kg)	½ tablet	1/8	2,5 ml
6 – 36 bulan (7 - <14 kg)	1 tablet	¼	5 ml
36 – 59 bulan (14-<19 kg)	2 tablet	½	10 ml

Sumber : MoH, 2017

g. Pemberian Oralit pada kasus Diare

- a) Jelaskan kepada pengasuh pentingnya mengganti cairan pada anak dengan diare. Jelaskan juga bahwa larutan *ORS* terasa asin. Biarkan pengasuh mencicipinya. Mungkin rasanya tidak enak bagi pengasuh. Tetapi seorang anak yang mengalami dehidrasi meminumnya dengan penuh semangat.
- b) Mintalah pengasuh untuk mulai memberikan larutan *ORS* kepada anak di depan Anda. Sering-seringlah minum menggunakan gelas, cangkir atau sendok. (Gunakan sendok untuk memberikan larutan *ORS* kepada balita.)
- c) Jika anak muntah, sarankan pengasuh untuk menunggu 10 menit sebelum memberikan lebih banyak larutan *ORS*. Kemudian mulailah memberikan lagi larutan *ORS*, tetapi lebih lambat. Dia harus memberikan anak sebanyak anak mau, atau setidaknya 1/2 cangkir larutan *ORS* setelah setiap tinja buang air besar.
- d) Pastikan ke pengasuh:



- **Amati** ketika anak minum larutan *ORS*. Anak tidak boleh tersedak.
- **Tanyakan padanya:** Seberapa sering Anda akan memberikan larutan *ORS*? Berapa banyak yang akan Anda berikan?
Bagaimana Anda tahu kapan anak bisa pulang?
- Seorang anak dehidrasi, yang memiliki kekuatan untuk minum, minum dengan penuh semangat. Jika anak terus ingin minum larutan *ORS*, mintalah ibu terus memberikan larutan *ORS* kepada anak.
- Jika anak mulai menolak minum *ORS*, kemungkinan anak tersebut tidak mengalami dehidrasi. Jika Anda melihat bahwa anak tersebut tidak lagi haus, maka anak tersebut siap untuk pulang.

- Masukkan larutan ORS ekstra ke dalam wadah dan berikan kepada pengasuh untuk perjalanan pulang (atau ke fasilitas kesehatan, jika anak

✓

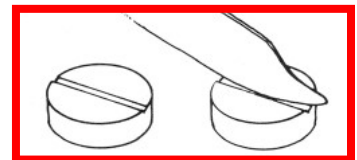
TIPS: Bersiaplah untuk memberikan larutan *ORS* kepada anak dengan diare. Simpan dengan perlengkapan obat Anda:

- Siapkan paket *ORS*
- Botol 1 liter atau wadah pengukur lainnya
- Wadah dan sendok untuk mencampur larutan *ORS*
- Cangkir dan sendok kecil untuk memberikan *ORS*
- Tutup botol dengan penutup, jika ibu perjalanan pulang ke rumah agar larutan *ORS* tidak tumpah atau ke fasilitas Kesehatan..

- h. Berikan *ORS* sebanyak 2 paket *ORS* (1000 ml) kepada pengasuh sebagai tambahan untuk dibawa pulang, jika dia perlu mempersiapkan lebih banyak. Motivasi pengasuh untuk terus memberikan larutan *ORS* sesering yang akan dikonsumsi anak. Dia harus mencoba memberikan setidaknya 1/2 cangkir setiap kali diare. Pemberian *zinc* pada kasus Diare

Cara membantu pengasuh memberikan dosis pertama tablet *zinc*

- a) Jika dosisnya untuk setengah tablet, bantu pengasuh memotongnya menjadi dua bagian.



- b) Mintalah pengasuh untuk memasukkan tablet atau setengah tablet ke dalam sendok dengan ASI atau air. Tablet akan larut sendiri. Pengasuh tidak perlu menghancurkan tablet sebelum memberikannya kepada anak.
- c) Sekarang, bantu pengasuh memberi anaknya dosis pertama zink. Anak mungkin memuntahkan larutan *zinc*. Jika demikian, maka gunakan sendok untuk mengumpulkan larutan *zinc* dan berikan kembali dengan lembut kepada anak. Jika ini tidak memungkinkan dan anak belum menelan larutannya, berikan anak dosis yang sama.

- d) Himbaulah kepada pengasuh untuk mengajukan pertanyaan. Puji pengasuh karena bisa memberikan *zinc* kepada anaknya. Jelaskan bagaimana cara membantu merikan zink kepada anaknya anaknya.



Berikan *zinc* selama 10 hari. Jelaskan berapa banyak tablet yang harus diberikan, sekali sehari. Tandai dosis pada paket tablet.

Tekankan: bahwa penting untuk memberikan tablet *zinc* selama sepuluh hari penuh, bahkan jika diare berhenti. *zinc* akan membantu mengurangi diare anak di bulan-bulan mendatang. Anak akan memiliki nafsu makan yang lebih baik dan akan menjadi lebih kuat.

Kemudian, sarankan pengasuh untuk menjauhkan semua obat dari jangkauan anak-anak. Dia juga harus menyimpan obat-obatan di tempat yang bersih dan kering, bebas dari tikus dan serangga.

Beritahu kepada ibu untuk memberikan *zinc* 20 mg selama 10-14 hari dengan dosis sebagai berikut :

Tabel 5.22 : Dosis pemberian *zinc* pada kasus diare

Umur	Dosis
2 sampai 6 bulan	$\frac{1}{2}$ tablet (10 mg)
6 bulan atau lebih	1 tablet (20 mg)

Sumber : *MoH Timor Leste*,2017

5.2 Hasil Penelitian Tahap II

Penelitian tahap 2 dilakukan pada tanggal 21 sampai 30 Oktober 2024. Hasil analisis deskriptif digunakan untuk menentukan isu strategis oleh peneliti, kemudian peneliti melakukan pelatihan kepada para pengasuh, kader kesehatan dan *local wisdom* tanda dan gejala serta pertolongan pertama yang dibutuhkan oleh balita. Pelatihan atau penyuluhan kesehatan dilakukan pada dua kelompok yaitu pertama 60 orang pengasuh di puskesmas yang tersebar di Kotamadya Aileu. Setelah itu peneliti memberikan soal atau test kepada forum dengan model test pilihan yaitu benar atau salah. Pelatihan tahap kedua bersama kelompok, kader local wisdom yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kotamadya Liquiça dengan topik yang sama.

Pendidikan kesehatan dilakukan sendiri oleh peneliti dan *enumerator* sebagai pengamat dan tahap selanjutnya secara terpisah dilakukan sendiri oleh enumerator pada kelompok kecil atau individu dan seterusnya dilakukan evaluasi melalui tanya-jawab. Jika menjawab dengan benar maka diberi pujian dan jika jawaban salah maka selanjutnya diberikan pendidikan kesehatan melalui poster yang sudah dipersiapkan oleh peneliti. Poster tersebut juga telah dilakukan konsultasi Dirjen Kesehatan ibu dan Anak pada Kementerian Kesehatan Timor Leste serta otoritas kesehatan kedua kota.

Selanjutnya adalah peneliti menyusun modul tentang model pemberdayaan dengan judul MTBS-M, untuk dipergunakan sebagai panduan dalam memberikan pelatihan kepada keluarga, *matan-dook*, pengobat tradisional dan *promotor saúde familia* (Relawan kesehatan keluarga) di Aileu dan Liquiça.

5.2.4 Karakteristik Penelitian Tahap II

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi; usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan terakhir, pekerjaan, jarak dari rumah ke puskesma, dan orang yang membawa balita ke Puskesmas.

Tabel 5.23. Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, Satus perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, jarak dan membawa balita pada Penelitian Tahap II

Usia	Jumlah	%
21 – 30 tahun	35	29,2
31 – 40 tahun	39	32,5
41 – 50 tahun	50	13,3
> 51 tahun	30	25
Total	120	100
Gender		
Komposisi responden	Jumlah	%
Pengasuh (ibu)	60	50
Kader Kesehatan (PSF	18	15
Ketua adat	15	12,5
Pengobat tradisional (healer traditional	27	22,5
Total	120	100
Jenis Kelamin	Jumlah	%
Laki	42	35
Perempuan	78	65
Total	120	100
Komposisi	Jumlah	%
Belum Menikah	11	9,2
Menikah	105	87,5
Janda	4	3,3
Total	120	100

Pendidikan terakhir	Jumlah	%
Tidak Sekolah	26	21,7
SD / Sederajat	22	18,3
SMP / Sederajat	16	13,3
SMA / Sederajat	30	40,6
S1	6	5
S2	0	0
S3	1	0,8
Total	120	100

Sumber : hasil pengolahan data primer oleh peneliti,2024

Tabel di atas menunjukkan bahwa karakteristik usia responden dari di dominasi oleh umur usia 31 tahun – 40 tahun sebanyak 32,5 % dari dan paling kecil yaitu usia >51 tahun 25 %. Sedangkan komposisi responden paling banyak yaitu pengasuh sebanyak 50% dan paling kecil yaitu *PSF* 15%, ketua adat sebanyak 12,5%. Berdasarkan jenis kelamin sebanyak laki-laki 35 % dan yaitu 65% dan status perkawinan menikah sebanyak 87,5 % , Dud /Janda yaitu 3.3 %. Dari segi pekerjaan sehari-hari paling banyak sebagai petani yaitu 45 % dan terkecil yaitu PNS sebesar 0,8%. Jarak dari rumah ke fasilitas kesehatan yaitu sejauh kurang dari 1 km yaitu 50% dan paling rendah yaitu 5 – 7 km sebesar 16,7 %. Jika dilihat dari segi yang membawa balita untuk mendapatkan perawatan kebanyakan oleh ibu sebesar 80% dan paling minim oleh nenek yaitu 0,8%.

5.2.5 Uji Homogenitas

Menurut Sugiono (2020), Uji homogenitas digunakan untuk mengetahui apakah sampel yang diambil berasal dari populasi dengan varian yang homogen. Untuk menguji homogenitas varian dari kedua kelompok digunakan uji homogenitas data sebelum maupun data sesudah baik kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Hipotesis uji dapat dituliskan sebagai berikut:

Ho: Varian data kelompok kontrol sama dengan kelompok eksperimen

H₁: Varian data kelompok kontrol berbeda dengan kelompok eksperimen

Kriteria pengujian yaitu apabila nilai signifikansi pada uji *Levene* lebih dari 5% ($p > 0,05$), maka Ho diterima, artinya skor data kelompok kontrol sama dengan kelompok eksperimen memiliki varian yang sama. Hasil perhitungan uji homogenitas dapat dilihat pada Tabel berikut.

Tabel 5.24. Hasil Uji Homogenitas Data kondisi balita pada Kelompok kontrol dan Kelompok eksperimen

Data	<i>Statistic</i>	df1	df2	Sig.	Kesimpulan	Keterangan
Sebelum	0.362	1	118	0.549	Terima Ho	Homogen
Sesudah	0,589	1	118	0,01	Terima Ha	Homogen

Sumber : hasil pengolahan data primer oleh peneliti,2024

Berdasarkan tabel tersebut diatas, menunjukkan bahwa nilai signifikansi pada kondisi balita sakit sebelum pemberian modul adalah 0,549 ($p > 0,05$), sehingga Ho diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data awal kelompok kontrol dan kelompok eksperimen bersifat homogen atau memiliki varian yang sama. Setelah

pemberian modul p-value 0,01 ($p < 0,05$) sehingga H_a diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa kelompok kontrol dan kelompok eksperimen bersifat homogen.

Tabel 5.25. Hasil Uji Homogenitas pada tindakan balita pada Kelompok kontrol dan Kelompok eksperimen

Data	<i>Statistic</i>	df1	df2	Sig.	Kesimpulan	Keterangan
Sebelum	1,384	1	118	0.242	Terima H_o	Homogen
Sesudah	3,781	1	118	0,02	Terima H_a	Homogen

Sumber : hasil pengolahan data primer oleh peneliti,2024

Berdasarkan hasil pengujian homogenitas diatas menunjukkan bahwa nilai signifikansi pada tindakan terhadap balita sakit pada saat sebelum pemberian modul adalah 0,242 ($p > 0,05$), sehingga H_o diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data awal kelompok kontrol dan kelompok eksperimen bersifat homogen atau memiliki varian yang sama. Nilai signifikansi uji *Levene* data tindakan terhadap balita sakit sesudah pemberian modul sebesar 0,02 ($p < 0,05$), sehingga H_a diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data awal kelompok kontrol dan kelompok eksperimen bersifat homogen atau memiliki varian yang sama.

5.2.6 Deskripsi Modul dan Model Pemberdayaan MTBS-M

Model pemberdayaan MTBS-M dapat dengan pendekatan *Participation Action Research (PAR)* sebagaimana berikut:

- a. Membentuk *Focus Group Discuccion (FGD)* yang bertujuan untuk menggali gagasan *local wisdom* dalam pemberdayaan masyarakat yang terdiri dari para tokoh agama, tokoh adat, petugas kesehatan serta masyarakat
- b. Mempelajari gagasan tersebut secara bersama-sama dengan mereka sehingga menjadi gagasan yang sistematis.
- c. Menuangkan gagasan *local wisdom* dalam modul pemberdayaan MTBS-M
- d. menguji modul dengan *quasy* eksperimental pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi
- e. merevisi modul dan menyesuaikan dengan hasil uji modul untuk kemudian dikembangkan menjadi modul pemberdayaan MTBS-M.

Model Pemberdayaan yang digunakan sebagaimana dijelaskan diatas yaitu Model pemberdayaan MTBS-M dilakukan dengan pendekatan *PAR* yang menghasilkan sebuah model dengan variabel eksogen yaitu Pemberdayaan dan SPK, variabel endogen implementasi MTBS dan variabel *intervening* yaitu *LW-MD* dengan modul Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Komunitas (MTBS-M), untuk membantu *LW-MD*, keluarga dan masyarakat dalam memberikan perawatan yang baik untuk balita mereka.

Dalam buku ini memuat identifikasi tanda-tanda penyakit pada Anak yang sakit usia mulai 0 hari hingga 59 tahun dengan tujuan membantu keluarga untuk merujuk balita yang sakit ke fasilitas kesehatan untuk perawatan lebih lanjut dan membantu keluarga merawat beberapa Anak dengan diare dan demam di rumah serta menindaklanjuti balita sakit yang menerima perawatan di fasilitas kesehatan.

5.2.7 Evaluasi Penggunaan Modul

Evaluasi pemahaman responden dalam penggunaan Modul yang berjudul tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Komunitas yaitu dengan mengevaluasi pemahaman responden dalam menjawab setiap item. Adapun pertanyaan disajikan dalam Lampiran pertanyaan penelitian Tahap II.

5.2.8 Hasil Implementasi Modul

Hasil Implementasi Modul yang berjudul tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Komunitas. Penelitian ini juga menggunakan analisis uji beda untuk mengetahui keefektifan intervensi “MTBS-M” yang diberikan pada kelompok intervensi dan kontrol. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 120 orang yang terbagi dalam kelompok intervensi yaitu 60 orang dan kelompok kontrol yaitu 60 orang.

Uji model pada pemberdayaan, SPK dan implementasi MTBS melalui *Local wisdom* tentang “Modul MTBS-M dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liquça pada kelompok intervensi dan

control dilakukan untuk mengetahui perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan modul.

Hasil uji beda tentang keefektifan “MTBS-M” terhadap upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di di Timor Leste pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan sebelum dan sesudah pemberian modul yang kan menunjukkan perbedaan tingkat pemahaman keluarga terhadap implementasi MTBS-M yaitu tentang kesehatan balita sehingga tujuan dari penelitian ini dapat tercapai yaitu model pemberdayaan pada MTBS-M dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Timor Leste.

5.2.6. Hasil Data deskriptif sebelum implementasi Modul MTBS-M

Sebelum implementasi MTBS-M dilakuana analisa data untuk mengetahui perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan analisa diskriptif seperti. Indikator utama untuk menilai kondisi balita yaitu tidak bisa minum atau menetek, kenjang, memuntahkan semuanya, tidak sadar, demam, diare, demam dan sukar bernapas serta nanah keluar dari telinga dengan hasil analisis seperti tertera pada tabel di bawah ini;

Tabel 5.26: Hasil analisis pada kondisi balita sebelum implementasi modul

Kondisi	Kelompok intervensi (n = 60)	Kelompok Kontrol (n = 60)	p-value	Kesimpulan
Tidak minum atau menetek	38 (63.3%)	47 (78.3%)	0.530	Tidak signifikan
Kejang	35 (58.3%)	48 (80%)	0.877	Tidak signifikan
Memuntahkan semuanya	42 (70%)	45 (75%)	0.759	Tidak signifikan
Letargis atau tidak sadar	17 (28.3%)	14 (23.3%)	0,808	Tidak signifikan
Sukar bernapas	20 (33.3%)	15 (25%)	0.576	Tidak signifikan
Demam	10 (16.7%)	10 (16.7%)	0.486	Tidak signifikan
Diarea $\geq 3x$ sehari	9 (15%)	11 (18.3%)	0.231	Tidak signifikan
Nanah/cairan keluar dari telinga	13 (21.7%)	16 (26.7%)	0.808	Tidak signifikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa baik intervensi dan kelompok tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Tekait dengan efek modul. Selain itu, pemahaman *LW-MD* dan keluarga tentang intervensi terkait MTBS-M seperti mengenali dan menanggapi gejala berat (misalnya dehidrasi atau demam) juga tidak berbeda secara signifikan antara kelompok sebelum diberikan modul.

Tabel 5.27 :Hasil analisis Tindakan pada balita sebelum implementasi modul

Tindakan	Kelompok intervensi (n = 60)	Kelompok Kontrol (n = 60)	p-value	Kesimpulan
Tidak minum atau menetek atau kejang,muntah dan letargis	48 (80%)	44 (73.3%)	0.524	Tidak signifikan
Sukar bernapas	49 (81.7%)	48 (80%)	0.755	Tidak signifikan
Demam	53 (88.3%)	44 (73.3%)	0.804	Tidak signifikan
Diarea $\geq 3x$ sehari bercampur darah	51 (85%)	50 (83.3%)	0.564	Tidak signifikan
Tampak kurus	55 (91.7%)	49 (81,7%)	0.524	Tidak signifikan
Pembengkakan kedua kaki	50 (83,3)	49 (81,7)	0,808	Tidak signifikan

Hasil tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan antara pemahaman local wisdom dan keluarga pada kedua kelompok tentang implementasi *IMCI*. Indikator utama kondisi kesehatan anak, seperti muntah, lesu, diare, dan kesulitan bernapas, menghasilkan nilai $p > 0,05$. Hal ini menegaskan bahwa kedua kelompok secara statistik serupa sebelum dilakukan tindakan.

5.2.6. Hasil Data deskriptif pada kondisi balita sesudah implementasi Modul

Setelah implementasi modul MTBS-M, terdapat adanya peningkatan pemahaman keluarga tentang praktek terkait kondisi balita pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil uji diferensial menunjukkan perubahan signifikan secara statistik ($p < 0,05$) pada indikator utama kesehatan anak. Misalnya, proporsi anak yang tidak dapat minum atau menetek menurun drastis pada kelompok intervensi, yaitu meningkat dari 22% sebelum modul menjadi 78% setelah implementasi. Sejalan dengan itu, keluarga dapat memahami tentang kondisi yang dialami oleh balita seperti memuntahkan semuanya, tidak minum atau menetek, bertambah parah, letargis atau tidak sadar. Dengan demikian *LW-MD* menunjukkan peningkatan kemampuan untuk mengidentifikasi dan menanggapi gejala-gejala ini secara efektif.

Lebih jauh, kasus diare dan kesulitan bernapas, merupakan dua kontributor penting terhadap morbiditas dan mortalitas anak, menurun secara signifikan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kasus diare menunjukkan peningkatan signifikan ($p = 0,028$), dan kesulitan bernapas berkurang ($p = 0,018$). Hasil ini menunjukkan terdapat efektivitas modul pemberdayaan pada

MTBS-M dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengenali dan mengelola tanda dan gejala yang sering timbul pada balita.

Tabel 5.28: Hasil analisis pada kondisi balita sesudah implementasi modul MTBS-M

Kondisi	Kelompok intervensi (n = 60)	Kelompok Kontrol (n = 60)	<i>p-value</i>	Kesimpulan
Tidak minum atau menetek	13 (21.7%)	47 (78.3%)	0.015	Signifikan
Kejang	19 (31.7%)	48 (80%)	0.013	Signifikan
Memuntahkan semuanya	10 (16.7%)	45 (75%)	0.018	Signifikan
Letargis atau tidak sadar	9 (15%)	14 (23.3%)	0.019	Signifikan
Sukar bernapas	13 (21.7%)	15 (25%)	0.018	Signifikan
Demam	2 (3.3%)	10 (16.7%)	0.028	Signifikan
Diarea $\geq 3x$ sehari	3 (5%)	11 (18.3%)	0.028	Signifikan

Hasil ini menunjukkan bahwa modul tersebut secara signifikan meningkatkan kemampuan *local wisdom* untuk mengidentifikasi dan mengelola tanda bahaya umum dan kondisi lain pada balita berumur kurang dari lima tahun. Begitu juga hasil evaluasi setelah implementasi modul MTBS-M mengenai tindakan yang dibutuhkan juga menunjukkan peningkatan signifikan dalam pemahaman keluarga tentang prinsip dan praktik MTBS-M. Hasil tersebut menunjukkan bahwa keluarga dalam kelompok intervensi lebih siap untuk mengenali pentingnya intervensi dini, hidrasi yang tepat, dan perilaku mencari perawatan yang tepat waktu.

Tabel 5.29: Hasil analisis pada tindakan untuk balita sesudah implementasi modul MTBS-M

Tindakan	Kelompok intervensi (n = 60)	Kelompok kontrol (n = 60)	p- value	Kesimpulan
Tidak minum atau menetek, Kejang, muntah, Letagis	45 (75%)	16 (26.7%)	0.015	Signifikan
Sukar bernapas	49 (81.7%)	48 (80%)	0.059	Tidak Signifikan
Demam	50 (83.3%)	44 (73.3%)	0.058	Tidak Signifikan
Diarea $\geq 3x$ sehari bercampur darah	54 (90%)	50 (83.3%)	0.079	Tidak Signifikan
Kurus Kering	55 (91.7%)	49 (81.7%)	0.053	Tidak Signifikan
Pembengkakan kedua kaki	57 (95%)	49 (81.7%)	0.132	Tidak Signifikan
Luka atau infeksi	17 (28.3%)	48 (80%)	0.034	Signifikan
Tampak kekuningan	18 (30%)	39 (65%)	0.038	Signifikan

Peningkatan pemahaman keluarga secara langsung berkontribusi pada penurunan angka kesakitan dan kematian pada kelompok intervensi. Misalnya, kemampuan *local wisdom* untuk mengidentifikasi kebutuhan akan perhatian medis segera meningkat. Peningkatan ini dapat berkontribusi secara langsung untuk mengurangi keterlambatan dalam perawatan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

5.2.6. Hasil Uji beda pada kondisi balita sebelum dan sesudah

implementasi Modul MTBS-M

a. Uji Beda pada Kondisi balita sebelum dan sesudah diberikan Modul

Uji beda tentang keefektifan “MTBM-M” terhadap upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Timor Leste pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.30 : Hasil Uji Beda Kondisi balita sakit Sebelum dan Sesudah

Pemberian Modul

Kelompok	Kondisi balita		P value	Keterangan	Effect size
	Sebelum pemberian modul	Sesudah pemberian modul			
Kelompok kontrol					
Mean ± SD	25.73 ± 4.58	26.51 ± 4.25	0.092*	Tidak Signifikan	0.153
Benar	91 (71.8%)	92 (76.7%)			
Salah	29 (24,2%)	28 (23.3%)			
Kelompok eksperimen					
Mean ± SD	25.81 ± 4.98	28.38 ± 2.34	0.001*	Signifikan	0.297
Benar	97 (80,8%)	107 (89.2%)			
Salah	23 (19,2.9%)	12(10.8%)			

Ket: * uji *Wilcoxon*

Pada tabel diatas, diketahui bahwa pada kelompok kontrol, rata-rata skor sesudah pemberian modul dengan nilai *mean* sebesar 26.51 lebih besar dibanding sebelum pemberian modul dengan *mean* 25.73. Sedangkan hasil uji beda sebelum-sesudah diperoleh nilai *p value* sebesar 0,092 ($p > 0,05$), artinya tidak ada perbedaan signifikan mengenai kondisi balita sakit antara sebelum dan sesudah pemberian modul pada kelompok kontrol. Apabila dilihat dari *effect size* sebesar 0,153, menunjukkan efektivitas pengaruh pemberian modul pada kelompok kontrol sebesar 15,3%.

Sajian data dalam tabel di atas, menunjukkan pula bahwa pada kelompok perlakuan, rata-rata skor sesudah pemberian modul dengan menjawab salah dengan nilai *mean* sebesar 28.38 lebih besar dibanding sebelum pemberian modul dengan *mean* sebesar 25.81. Sedangkan hasil uji beda sebelum-sesudah diperoleh nilai *p value* sebesar 0,001 ($p < 0,05$), artinya ada perbedaan signifikan mengenai kondisi balita antara sebelum dan sesudah pemberian modul pada kelompok eksperimen. Apabila dilihat dari *effect size* sebesar 0,297, menunjukkan efektivitas pengaruh pemberian modul pada kelompok eksperimen sebesar 29,7%.

b. Uji Beda Tindakan balita Sakit sebelum dan sesudah diberikan Modul

Tabel 5.31. Hasil Uji Beda Tindakan terhadap Balita Sakit Sebelum dan Sesudah Pemberian Modul

Kelompok	Tindakan pada balita		P value	Keterangan	Effect size
	Sebelum pemberian modul	Sesudah pemberian modul			
Kelompok kontrol					
Mean ± SD	19.80 ± 3.04	20.16 ± 2.57	0.157*	Tidak Signifikan	0.129
Benar	528 (80.0%)	550 (83.3%)			
Salah	132 (20.0%)	110 (16.7%)			
Kelompok perlakuan					
Mean ± SD	19.36 ± 3.63	20.85 ± 1.66	0.010*	Signifikan	0.235
Benar	96 (76.1%)	591 (89.5%)			
Salah	24 (23.9%)	69 (10.5%)			

Ket: * uji wilcoxon

Pada tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada kelompok kontrol, rata-rata skor sesudah pemberian modul dengan *mean* sebesar 20,16 lebih besar dibanding sebelum pemberian modul yaitu 19,80. Sedangkan hasil uji beda sebelum-sesudah diperoleh nilai *p value* sebesar 0,157 ($p > 0,05$), artinya tidak ada perbedaan signifikan mengenai

tindakan pada bayi sakit antara sebelum dan sesudah pemberian modul pada kelompok kontrol. Apabila dilihat dari *effect size* sebesar 0,129, menunjukkan efektivitas pengaruh pemberian modul pada kelompok kontrol sebesar 12,9%.

Penyajian data pada tabel di atas, menunjukkan pula bahwa pada kelompok eksperimen, rata-rata skor sesudah pemberian modul dengan *mean* 20,85 lebih besar dibanding sebelum pemberian modul yaitu 19,36. Sedangkan hasil uji beda sebelum-sesudah diperoleh nilai *p value* sebesar 0,010 ($p < 0,05$), artinya ada perbedaan signifikan mengenai tindakan pada bayi sakit antara sebelum dan sesudah pemberian modul pada kelompok eksperimen. Apabila dilihat dari *effect size* sebesar 0,235, menunjukkan efektivitas pengaruh pemberian modul pada kelompok perlakuan sebesar 23,5%.

c. Uji Model Pemberdayaan pada MTBS-M dengan pendekatan PAR

Tabel 5.32: hasil uji *Whitney*.model pemberdayaan pada MTBS-M

Deskripsi	<i>P value</i>	<i>Effect size</i>
	MTBS-M	
Mean \pm SD	59.35 \pm 4.05	Signifikan
Sangat Setuju	11 (9.1%)	0.933
Setuju	94 (78.0%)	
Cukup Setuju	15 (12.2%)	
Tidak Setuju	1(0.8%)	0.001*

Ket: * Uji *Whitney*

Pada tabel atas, dapat diketahui bahwa skor rata-rata respon implementasi MTBS-M dengan rata-rata sebesar 59,35% dan yang paling dominan menjawab setuju yaitu 78%. Hasil uji beda respon masyarakat *local wisdom* pada model MTBS-M dengan nilai *p-value* 0,001 ($p > 0,05$), artinya terdapat hasil respon yang signifikan oleh

masyarakat. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa respon untuk model MTBS-M, dalam hal ini didukung deskripsi data yang menunjukkan bahwa mayoritas menjawab adalah Setuju (78%).

Apabila dilihat dari *effect size* sebesar 0,933. Sesuai penjelasan Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, *et al* (2020), nilai 0,933 berada pada rentang 0,5 – 1,0 yang menunjukkan efek besar. Artinya, modul MTBS-M memberikan efek yang besar dimana dicapai efektivitas mencapai 93,3%. Nilai *effect size* 0,933 lebih besar dari 0,5 sehingga dikategorikan efek besar atau kuat.

Dapat disimpulkan bahwa pada penelitian tahap kedua dengan menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *quasi experimental study*) dengan melalui Rumusan Model Implementatif – Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça melalui implementasi MTBS Berbasis Komunitas menunjukkan bahwa Pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan, dan *Local Wisdom Matandook* menghasilkan efektivitas yang besar terhadap Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça .

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan hasil penelitian model pemberdayaan pada manajemen terpadu balita sakit dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liquça. Pembahasan hasil penelitian terkait model didapatkan jawaban berdasarkan hipotesis. Penelitian tahap 1 dilakukan pada bulan September dan Oktober 2024 dan penelitian tahap 2 dilakukan pada bulan Oktober 2024. Hal lain yang juga dijelaskan dalam pembahasan adalah temuan penelitian, kontribusi penelitian, kebaruan penelitian serta keterbatasan penelitian

6.1 Penelitian Tahap I

6.1.1 Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap *Local Wisdom Matan Dook* dalam upaya menurunkan KKB

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh antara pemberdayaan terhadap *Local wisdom matandook* dengan nilai *p-value* sebesar 0,012 yang artinya ada pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap *LW-MD*, yang mana *local wisdom* sangat diperlukan keterlibatannya dalam implementasi MTBS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap *LW-MD* lebih dominan dibandingkan dengan variabel yang lain.

Pemberdayaan merupakan suatu upaya perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai

derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui kegiatan promosi kesehatan guna menyadarkan masyarakat untuk membawa balitanya ke fasilitas kesehatan, jika ditemukan gejala-gejala seperti batuk atau sukar bernafas, demam, diare, masalah telinga dan masalah kesehatan lainnya.

Salah satu strategi untuk implementasi MTBS yaitu perlu mengembangkan MTBS-M sehingga masyarakat juga bisa mengakses informasi melalui dengan kegiatan pelatihan berbasis masyarakat yaitu pelatihan bagi anggota keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama dan lembaga swadaya masyarakat. Hal ini bisa dilaksanakan melalui Training of trainers bagi petugas kesehatan. Seperti Tshivhase *et al.*, (2020) yaitu tantangan yang dihadapi oleh perawat profesional terlatih Begitu oleh Sulaeman (2020), untuk mencapai tujuan pemberdayaan menciptakan suasana yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang. Dimana pemberdayaan merupakan suatu upaya untuk mendorong, memberikan motivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya guna berpartisipasi dalam upaya menurunkan KKB.

Dimana Pemberdayaan sebagai penggunaan kekuatan struktural untuk mencapai perubahan psikososial yang mengatasi kondisi sosial ekonomi dan lingkungan yang berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan (Douglas,

Grills, Villanueva & Subica, 2016). Pemberdayaan masyarakat juga dianggap sebagai proses di mana individu berkolaborasi dalam masyarakat untuk memperkuat kekuatan (kendali) mereka atas penyediaan layanan kesehatan yang dicirikan sebagai kombinasi antara partisipasi dan kepemilikan masyarakat (Assefa *et al.*, 2020).

Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan adanya *LW-MD* sebagai kearifan lokal, dapat digunakan sebagai pemberdayaan dalam implementasi MTBS-M. Implementasi MTBS-M membutuhkan dukungan masyarakat, sementara pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan dukungan masyarakat melalui tradisi lokal yaitu *LW-MD* yang merupakan bagian dari masyarakat. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengaruh antara pemberdayaan terhadap *LW-MD* dengan nilai koefisien determinansi sebesar 0,520 atau 52% dan 48% dipengaruhi oleh faktor lain yang belum diteliti seperti latarbelakang pendidikan, pengetahuan, komunikasi, pertemuan orang tua dan faktor internal orang tua.

Oleh karena itu, para pengasuh memerlukan informasi kesehatan terkait perawatan balita di rumah. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dengan komposisi buta huruf sebesar 22%, tamat SD sebesar 19%, SMP sebesar 12% dan pendidikan SMA mendominasi yaitu 42%. Seperti di ungkapkan oleh Mastuti *et al.*, (2021) bahwa .pemberdayaan sebagai penggunaan kekuatan struktural untuk mencapai

perubahan psikososial yang mengatasi kondisi sosial ekonomi dan lingkungan yang berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan masyarakat yang mana dianggap sebagai proses oleh individu untuk berkolaborasi dalam memperkuat penyediaan layanan kesehatan yang dicirikan sebagai kombinasi antara partisipasi dan kepemilikan masyarakat. Hal ini diperlukan peningkatan kemampuan orang tua, keluarga dan masyarakat dalam mengambil keputusan bagi kesehatan anaknya. Sebagai orang tua diperlukan pengetahuan yang cukup sehingga tidak membawa balita mereka ke para kearifan lokal.

Begitu hasil penelitian Pinto *et al*, (2024), Peran Kearifan Lokal dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas balita melalui strategi promosi kesehatan menunjukkan bahwa integrasi kearifan lokal dalam program kesehatan dapat meningkatkan penerimaan dan partisipasi masyarakat, serta berpotensi mengurangi angka kematian dan kesakitan balita. Juga hasil penelitian Casnuri (2020), berjudul Edukasi keluarga, dukungan sosial dan komunitas, kebijakan kesehatan, dan pengalaman serta persepsi keluarga terhadap implementasi MTBS di Puskesmas Sleman D.I Yogyakarta menunjukkan bahwa Seluruh puskesmas di Kabupaten Sleman telah melaksanakan pelayanan MTBS sesuai prosedur pelayanan dengan capaian yang berbeda-beda di setiap puskesmas. Hal ini disebabkan oleh ketidaktertiban petugas dalam melakukan rekapitulasi data. Capaian program MTBS di Kabupaten Sleman sebesar 65,39% karena didukung oleh sumber daya manusia baik jumlah tenaga kesehatan yang terlatih.

Di dukung juga penelitian oleh Andi (2021), menunjukkan bahwa pemberdayaan perlu melibatkan masyarakat lokal maka dapat berkontribusi membangun konstruksi sosial politik yang positif di masyarakat dengan semakin memperkuat proses musyawarah dan gotong royong masyarakat desa. Kemudian pada aspek ekonomi dan budaya, pemberdayaan masyarakat desa akan memperkuat peran masyarakat dalam berpartisipasi sebagai pelaku kegiatan di desa. Hal ini akan memperkuat aspek kultur sosial warga desa dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat desa itu sendiri.

Dengan demikian partisipasi masyarakat paling bawah seperti *local wisdom*, tokoh agama, tokoh masyarakat dan otoritas lokal sangatlah penting dalam upaya penurunan KKB melalui pengenalan tanda-bahaya umum yang tertuang dalam modul MTBS-M. Partisipasi masyarakat merupakan kunci kesuksesan dalam upaya upaya penurunan KKB karena turut mendukung dan memberikan informasi terkait tanda bahaya kepada keluarga yang memiliki balita. Hasil analisis *adjusted R Square* menunjukkan bahwa terdapat pengaruh secara langsung antara pemberdayaan terhadap *LW-MD* dengan nilai sebesar 0,521 atau 52,1%, terdapat efek atau pengaruh secara langsung antara pemberdayaan terhadap *local wisdom*. Dengan demikian peningkatan kemampuan mereka melalui implementasi MTBS-M sangat diperlukan baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang.

Juga didukung oleh Nasiri *et al.* (2023), sesuai kepercayaan masyarakat lokal bahwa adakalanya sakit atau penyakit yang berat disebabkan oleh

pelanggaran terhadap masyarakat dan alam yaitu melanggar adat, karena orang tua berbuat salah atau mereka menimbulkan amarah pada dewa-dewa atau roh-roh.

6.1.2 Pengaruh antara SPK terhadap *LW-MD* dalam upaya menurunkan KKB

Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara SPK terhadap *Local Wisdom MatanDook* diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,049 < 0,05 dan nilai R^2 sebesar 0,670 menunjukkan bahwa kuatnya pengaruh secara langsung antar variabel eksogen terhadap variabel endogen sebesar 0,67% dan sisanya 33% dipengaruhi oleh variabel dari luar.

Dengan demikian dapat dikatakan SPK sangat diperlukan terkait implementasi MTBS sebab keberhasilan MTBS juga dipengaruhi oleh faktor promosi guna mencapai misi dan visi promosi kesehatan secara efektif efisien melalui *community empowerment, social support and advocacy*. Promosi kesehatan itu sendiri merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan di mana konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang meningkatkan kemampuan dan perubahan perilaku masyarakat sehingga dapat berpartisipasi dalam pembangunan bidang kesehatan anak. Hal ini didukung oleh Casnuri & Rahayu, (2020) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa strategi pengelolaan penyakit anak yang terintegrasi dapat mengurangi kematian anak. Perilaku ibu

untuk mencari perawatan terutama pada ibu-ibu yang sibuk dengan pekerjaan perlu menyadarkan tentang pentingnya efek ASI eksklusif terhadap kesehatan anak.

Promosi kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan di dunia karena munculnya konferensi internasional tentang pencegahan (*prevention*) pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal dengan nama Ottawa Charter konferensi internasional pertama tentang promosi kesehatan yang diselenggarakan oleh WHO. Dalam Ottawa Charter menghasilkan rumusan 3 strategi promosi kesehatan yaitu advokasi, penerapan dan mediasi (Ekwochi *et al.*, 2022)

Hasil penelitian sejalan dengan Konferensi Sundsvall yang menetapkan empat kunci aksi strategis kesehatan masyarakat yaitu penguatan advokasi pada aksi komunitas, pemberdayaan dan pendidikan masyarakat untuk mengontrol kesehatan mereka sendiri, membangun hubungan antara lingkungan dan kesehatan berorientasi kelompok dan, memeditasi konflik untuk memastikan pemerataan terhadap lingkungan yang sehat (Haryanti *et al.*, 2022) Begitu juga hasil penelitian Dewi (2019) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan konseling membantu ibu dalam memberikan perawatan balita. Dalam penelitian itu juga terdapat perbedaan perilaku ibu dalam perawatan anak dengan demam oleh. Promosi kesehatan masyarakat sangat diperlukan terkait implementasi MTBS, mengingat keberhasilan MTBS salah satunya juga dipengaruhi oleh faktor pendidikan dan promosi Kesehatan. Strategi promosi

kesehatan merupakan suatu cara mencapai visi dan misi promosi kesehatan secara efektif efisien berupa advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan dan kemitraan (Hernitati *et al.*, 2022).

Dengan demikian, strategi promosi kesehatan yang memiliki dimensi *community participation, social support and advocacy* membutuhkan dukungan masyarakat. Sementara *Local Wisdom Matan Dook* merupakan tradisi lokal yang menjadi keyakinan dan nilai dalam masyarakat yang harus dihargai dan bahkan dapat diambil nilai dan keyakinannya guna mendapatkan dukungan masyarakat melalui implementasi strategi promosi kesehatan sehingga implementasi MTBS dapat berhasil dilaksanakan.

Jika diperhatikan dengan cermat dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% variable SPK perlu di implementasikan kepada *local wisdom melauai Matan Dook*, agar mereka juga turut berkontribusi memberikan informasi kepada orang tua untuk membawa balita mereka ke fasilitas pelayanan kesehatan. Selain implementasi SPK melalui indikator promotive tersebut masih terdapat 33% faktor lain yang belum diteliti seperti pengetahuan, sikap, tindakan, pengalaman dan sosial ekonomi. Oleh karena itu tidak hanya meningkatkan kemampuan orang tua melalui pendidikan kesehatan namun diperlukan juga kolaborasi dengan instansi terkait. Hal ini didukung oleh penelitian Oladokun (2021), menunjukkan mayoritas (68.1%) responden terlatih, nilai signifikan (65.3%), dan pengetahuan tentang MTBS. Rata-rata

peserta kuat persepsi akan kekurangan petugas (52.8%) and kelangkaan petugas terlatih mengenai pengobatan balita (52.8%) sebagai hambatan implementasi MTBS. Untuk itu pelatihan bagi petugas kesehatan tentang prosedur implementasi MTBS sangatlah penting karena dapat meningkatkan kapasitas mereka dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling untuk pelayanan tindak lanjut. Sedangkan pelatihan bagi local wisdom dan tokoh masyarakat guna mendukung memberikan informasi terkait kondisi balita sehingga mendorong masyarakat segera membawa balitanya ke fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mencegah kondisi lebih lanjut. Didukung oleh penelitian Purwaningsih (2020), menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan petugas kesehatan sesudah dilakukan penyuluhan menggunakan flashcard dengan nilai p sebesar $0,001 < \hat{p} \pm (0,05)$. Nilai rata-rata pengetahuan sebelum intervensi sebesar 38,61 dan setelahnya meningkat menjadi 42,79. Artinya pendidikan kesehatan menggunakan media informasi *flashcard* efektif untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang implementasi MTBS di puskesmas.

6.1.3 Pengaruh antara *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengaruh antara *LW-MD* terhadap implementasi MTBS mendapatkan hasil *p-value* sebesar $0,05 \leq 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *LW-MD* berpengaruh secara

signifikan terhadap Implementasi MTBS. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai dan keyakinan pada *LW-MD* sudah menjadi bagian kepercayaan masyarakat yang harus dihargai dan dihormati. Sehingga dengan mempelajari dan mengambil nilai dan keyakinan dalam kearifan lokal dalam program kesehatan akan memudahkan petugas kesehatan dalam menjalankan programnya, termasuk Implementasi MTBS yang dipengaruhi oleh *LW-MD*..

Hasil uji hipotesis menunjukkan terdapat pengaruh secara langsung antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS dengan nilai signifikansi sebesar $0,05 < 0,05$. Hal ini menunjukkan terbukti dengan benar bahwa pemberdayaan berpengaruh terhadap program implementasi MTBS dalam upaya mnurunkan kesakitan dan kematian balita di Timor Leste. Begitu juga hasil analisis koefisien determinansi menunjukkan R^2 sebesar 0,560, artinya terdapat kuat hubungan antar variabel eksogen terhadap endogen sebesar 56% dan sisanya 44% dipengaruhi oleh variabel lain yang belum diteliti.

Hal ini, mengingatkan kepada semua pengambil keputusan bahwa pentingnya praktek keluarga dan masyarakat dalam penerapan MTBS guna memperoleh dampak maksimal dari strategi penerapan MTBS, seperti dalam strategi implementasi yaitu komponen ketiga “meningkatkan partisipasi keluarga dan masyarakat. negara yang menerapkan MTBS (Setiawan, A. *et al.*, 2019) Salah satu strategi untuk

implementasi MTBS yaitu perlu mengembangkan MTBS-M sehingga masyarakat juga bisa mengakses informasi melalui dengan kegiatan pelatihan berbasis masyarakat yaitu pelatihan bagi anggota keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama dan lembaga swadaya masyarakat. Jika kegiatan ini bisa dilaksanakan dengan baik maka diperlukan kegiatan training of trainers bagi petugas kesehatan. Seperti Tshivhase et al., (2020) yaitu tantangan yang dihadapi oleh perawat profesional terlatih

Kesehatan Masyarakat ialah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha pengorganisasian masyarakat” untuk, perbaikan sanitasi lingkungan,. Pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya (Maryam, 2020).

Hasil penelusuran kepustakaan menunjukkan belum ada yang meneliti implementasi MTBS dalam memediasi pengaruh langsung pemberdayaan terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian balita. Hasil temuan ini menjadikan *novelty* dengan tujuan memperkaya khasanah keilmuan mengenai MTBS-M, khususnya pada konteks negara

berkembang. Berdasarkan hasil temuan dan sejumlah literatur pendukung tersebut di atas, maka untuk masa yang akan datang otoritas di Kotamadya Aileu dan Liquça perlu memperluas cakupan implementasi MTBS-M sampai ke daerah-daerah pelosok dengan memberdayakan *local wisdom*, keluarga dan masyarakat setempat agar terlibat langsung dalam upaya penurunan KKB. Jika memungkinkan, pemberdayaan tidak hanya berfokus pada hal perawatan balita sakit, deteksi dini serta pola pencarian pertolongan, namun ditingkatkan dalam upaya penyembuhan melalui pengobatan.

Oleh karena itu, keterlibatan masyarakat dalam upaya penyembuhan perlu dikaji dan dievaluasi oleh otoritas berwenang. Misalnya, dengan memberikan obat-obatan medis secara gratis, lengkap dengan ketentuan pemberiannya kepada balita sakit berdasarkan gejala awal yang dideteksi oleh mereka. Hal ini tentunya dengan memberikan bimbingan dan pelatihan yang lebih intensif kepada keluarga dan masyarakat. Selain itu, diperlukan pengawasan yang ketat dalam implementasinya

Pemberdayaan dilakukan dalam MTBS dengan menggabungkan pendekatan preventif dan promosi kesehatan selain berfokus pada aspek kuratif. Bagian penting dari MTBS adalah memberi tahu orang tua atau pendamping balita tentang praktik kesehatan yang baik. Dengan

demikian, metode ini tidak hanya berusaha menyembuhkan penyakit tetapi juga mendorong upaya pencegahan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan anak usia dini. Jika MTBS diterapkan secara menyeluruh, diharapkan akan ada beberapa hasil positif, seperti penurunan angka kematian anak, peningkatan akses ke layanan kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup bagi anak-anak balita dan keluarganya. MTBS membutuhkan kolaborasi antara berbagai profesi kesehatan, partisipasi masyarakat, dan pendekatan yang holistik. (Pinto *et al.*, 2024)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap implementasi MTBS dan didukung dengan beberapa penelitian terdahulu yang sejalan dengan hasil penelitian tersebut. Menurut Peneliti hal tersebut menunjukkan bahwa pemberdayaan merupakan faktor penting yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan, dikarenakan melalui pemberdayaan maka program kesehatan akan mendapatkan dukunga dari masyarakat sehingga bisa tercapai tujuan dari program kesehatan melalui implementasi MTBS. Sebaliknya program kesehatan dengan berbagai tujuan akan mendapatkan kesulitan dalam penerapannya jika tidak mendapatkan dukungan masyarakat yang diperoleh dari masyarakat dalam bidang kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan menjadi faktor penting dalam program

kesehatan seperti implementasi MTBS. Seperti dilansir oleh kementerian kesehatan Timor Leste dalam perencanaan kesehatan nasional Timor Leste tahun 2010-2030 mendeklarasikan bahwa akhir tahun 2030 angka kematian balita yaitu 27/1000 kelahiran hidup, hal ini masih lebih besar dari *target sustainability development goals* yaitu 25/1000 kelahiran hidup. Untuk mencapai hasil tersebut diperlukan partisipasi masyarakat melalui implementasi MTBS berbasis masyarakat sehingga mendorong semua elemen di masyarakat turut berpartisipasi melalui kegiatan promosi.

Hal ini didukung oleh penelitian Pinto *et al*, (2022), menunjukkan hasil hasil penilaian, klasifikasi, pengobatan, konseling kepada ibu dan tindak lanjut berturut-turut adalah 83,3%, 97,10,5%, 88,45%, 44,76%, dan 39%. Pelaksanaan MTBS kurangnya pemantauan, evaluasi, dan pengawasan rutin dari Puskesmas otoritas yang kompeten, serta tingkat kepatuhan terhadap pedoman penerapan MTBS di Ailleu kota hanya 70,64%. Begitu penelitian di kotamadya Liquiça oleh Pinto, *et al* (2020), yaitu tingkat kepatuhan petugas kesehatan melakukan pengkajian, klasifikasi, pengobatan, konseling dan *follow up* hanya 61,7%. Juga kurang tersedia dukungan penunjang seperti kurang pengawasan, follow up training dan supervisi oleh otoritas kesehatan.. Begitu hasil penelitian Oladokun *et al* (2022), menunjukkan bahwa 68,1% petugas terlatih

MTBS dan 65,3% memiliki cukup pengetahuan. Sedikit di atas rata-rata dari peserta memiliki persepsi yang kuat tentang kurangnya staf terlatih yang memadai 52,8% dan kelangkaan staf terlatih terkait banyaknya anak yang mencari pengobatan dan 52,8% sebagai hambatan dalam pelaksanaan MTBS. Motivator pelaksanaan MTBS yang teridentifikasi adalah pelatihan dan *refressing training* bagi petugas kesehatan dan pemberian alat bantu kerja.

Dengan demikian pemberdayaan sangatlah penting bagi petugas kesehatan melalui dengan kegiatan pelatihan, supervisi rutin, *refressing training* dan pembentukan working group pada tingkat nasional sampai daerah.

Hal ini, menunjukkan bahwa *Local Wisdom Matan Dook* mempunyai yang kuat pengaruh terhadap implementasi MTBS. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai dan keyakinan dalam *Local Wisdom MatanDook* sudah menjadi bagian kepercayaan masyarakat yang harus dihargai dan dihormati. Sehingga dengan mempelajari dan mengambil nilai dan keyakinan dalam *Local Wisdom* dalam program kesehatan akan memudahkan petugas kesehatan dalam menjalankan programnya, termasuk Implementasi MTBS yang dipengaruhi oleh *Local Wisdom Matan Dook*.

Begitu juga tertuang dalam Undang-undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 32 Tahun 2009 tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, Pasal 1 ayat 30 dinyatakan bahwa kearifan lokal (KL) adalah nilai-nilai luhur yang berlaku dalam tata kehidupan masyarakat untuk lain melindungi dan mengelola lingkungan hidup secara lestari. Kearifan lokal merupakan kumpulan pengetahuan yang diperoleh dari serangkaian kegiatan seperti mengamati, menganalisis, menafsirkan, dan mencapai kesimpulan (Yonanda *et al.*, 2022). Kearifan lokal didefinisikan sebagai pemahaman masyarakat yang menjadi acuan dalam kehidupan sehari-hari dan memuat strategi dalam menyelesaikan berbagai permasalahan. Hal tersebut menyangkut perlunya sikap toleransi dan prinsip persaudaraan yang melahirkan keharmonisan dalam keberagaman (Saragih *et al.*, 2021).

Sistem pengobatan tradisional dan sistem pengobatan modern yang berbeda dan tidak pernah bertemu, namun sama-sama diperlukan oleh masyarakat, baik yang berada di perkotaan maupun di pedesaan, walaupun coraknya berbeda. Masyarakat pedesaan jika sakit pada umumnya meminta bantuan kepada pengobat tradisional. Jika pengobat tradisional itu tidak dapat menyembuhkannya, baru mereka akan pergi ke pengobat modern. Sedangkan masyarakat perkotaan jika sakit pada umumnya akan ke pengobat modern. Jika pengobat tersebut tidak dapat menyembuhkannya atau menurut dokter tidak sakit, padahal orang yang bersangkutan merasa

sakit, maka orang tersebut akan pergi ke pengobat tradisional (Amisim *et al.*, 2020)

Salah satu *local wisdom* di Timor Leste yaitu *matan-dook* yang menjadi salah satu metode atau alat penyembuhan karena proses dan tujuan dalam praktik *matan-dook* itu memiliki tujuan serta fungsi yang sesuai atau sejalan dengan fungsi dan tujuan dalam konseling pastoral (Juningsi Benu, 2022). Konseling pastoral memiliki peran penting dalam masa krisis atau kemalangan hidup manusia, entah krisis yang dialami oleh seorang individu dalam komunitas atau krisis perubahan sosial yang terjadi dalam masyarakat secara umum. Hasil ini didukung Costa *et al.*(2021) yang mengatakan bahwa konseling pastoral merupakan metode penyembuhan yang dipergunakan untuk menolong dalam memulihkan permasalahan yang dialami.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Local Wisdom Matan Dook* mempunyai yang kuat pengaruh terhadap implementasi MTBS. Menurut Peneliti hal tersebut menunjukkan bahwa nilai dan keyakinan dalam *Local Wisdom MatanDook* sudah menjadi bagian kepercayaan masyarakat yang harus dihargai dan dihormati. Sehingga dengan mempelajari dan mengambil nilai dan keyakinan dalam *Local Wisdom* dalam program kesehatan akan memudahkan petugas kesehatan dalam menjalankan programnya, termasuk Implementasi MTBS yang dipengaruhi oleh *Local Wisdom Matan Dook*.

Masyarakat sebagai kumpulan etnis terbesar di pulau Timor, memiliki aneka ragam tradisi dan budaya yang masih ada pada masa kini, di antaranya praktik *matan dook*. Praktik itu merupakan upaya menyusun atau menata kembali sistem atau tatanan kehidupan mereka yang rusak akibat dosa atau kelemahan manusia. praktik *matan dook* merupakan sebuah ritual (*custom*) yang mencakup seperangkat tindakan atau kegiatan yang dimulai dengan membaca kejadian atau peristiwa berkelanjutan yang terjadi dan dialami oleh masyarakat, seperti kecelakaan, keduakaan, penyakit yang diderita dalam keluarga, serta beragam permasalahan sosial. Dengan melihat keragaman peristiwa maka masyarakat berupaya untuk mencari jalan guna menemukan faktor penyebab. Berikut ini diuraikan penelitian terdahulu yang membahas praktik adat *Matan-Dook*. Kolimon, dalam penelitiannya, mengkaji para pelaku tragedi 1965 di Timor yang mencari penyembuhan. Dalam penelitiannya, ia menemukan bahwa praktik *matan dook* digunakan para pelaku sebagai upaya mencari penyembuhan batin yang merasa bersalah terhadap korban dan keluarga korban (Supriadi *et al.*, 2022a)

Hal ini dikarenakan pada umumnya praktikan *Matan dook* yang dianggap memiliki pengetahuan tentang berbagai hal dalam kehidupan, mereka “dituakan” dan dijadikan sebagai tokoh masyarakat. Selain itu, praktikan *Matan dook* memiliki pengetahuan dan kemampuan yang turun-temurun dan tidak semua orang dapat melakukannya. pengakuan dosa. Hal

ini menunjukkan bahwa pengakuan dosa hanya dijadikan sebagai langkah awal dalam praktik pengobatan *Matan dook*, sedangkan tujuan utama masyarakat membawa balita mereka yang sakit adalah kesembuhan balita dan mencegah kesakitan semakin parah yang dapat menyebabkan kematian pada balita.

Hasil penelusuran kepustakaan menunjukkan bahwa belum ada penelitian sejenis yang meneliti tentang pengaruh *local wisdom* *matan dook* dalam pengobatan terhadap implementasi MTBS. Hal ini berpotensi untuk menghasilkan kebaruan dalam khasanah keilmuan yang berfokus pada implementasi MTBS. Studi ini dapat dijadikan sebagai titik awal untuk melibatkan *local wisdom* dalam pengobatan dengan implementasi MTBS untuk masa yang akan datang.

6.1.4 Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap implementasi MTBS

Hasil penelitian dengan p-value 0,064, ini menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS karena $p-(0,064 > 0,05$. Pemberdayaan terhadap implementasi MTBS tidak selalu memberikan pengaruh yang signifikan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor lain seperti pengetahuan, ketrampilan dan sikap keluarga dalam upaya berkontribusi menurunkan kesakitan dan kematian balita. Pemberdayaan yang belum efektif atau menjangkau ke keluarga dan masyarakat sehingga berdampak nyata pada peningkatan kualitas pelayanan MTBS. Seperti dikemukakan oleh Setiawan, *et al.* (2019) bahwa pentingnya praktek keluarga dan masyarakat dalam penerapan MTBS, diperlukan yaitu ketiga komponen di atas berjalan seimbang dengan semestinya. Ketika salah satu komponen tidak berjalan dengan semestinya, maka hasilnya dapat mengecewakan petugas pelaksana MTBS.

Salah satu strategi untuk implementasi MTBS yaitu perlu mengembangkan MTBS-M sehingga masyarakat juga bisa mengakses informasi melalui dengan kegiatan pelatihan berbasis masyarakat yaitu pelatihan bagi anggota keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama dan lembaga swadaya masyarakat. Jika kegiatan ini bisa dilaksanakan dengan baik maka diperlukan kegiatan *training of trainers* bagi petugas kesehatan.

Kesehatan masyarakat ialah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha pengorganisasian masyarakat” untuk, perbaikan sanitasi lingkungan,. Pemberantasan penyakit-penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya (Maryam, 2020).

Hasil penelusuran kepustakaan menunjukkan belum ada yang meneliti pengaruh pemberdayaan dalam implementasi MTBS dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian balita. Hasil temuan ini berpotensi untuk menghasilkan kebaruan (*novelty*) dalam studi ini yang akan memperkaya khasanah keilmuan mengenai MTBS-M, khususnya pada konteks negara berkembang. Berdasarkan hasil temuan dan sejumlah literatur pendukung tersebut di atas, maka untuk masa yang akan datang otoris di Kotamadya Aileu dan Liquça perlu memperluas cakupan implementasi MTBS-M sampai ke daerah-daerah pelosok dengan memberdayakan *local wisdom*, keluarga dan masyarakat setempat agar terlibat langsung dalam upaya penurun KKB balita. Jika memungkinkan, pemberdayaan tidak hanya berfokus pada hal perawatan

balita sakit, deteksi dini serta pola pencarian pertolongan, namun ditingkatkan dalam upaya penyembuhan melalui pengobatan.

Oleh karena itu, keterlibatan masyarakat dalam upaya penyembuhan perlu dikaji dan dievaluasi oleh otoritas berwenang. Misalnya, dengan memberikan obat-obatan medis secara gratis, lengkap dengan ketentuan pemberiannya kepada balita sakit berdasarkan gejala awal yang dideteksi oleh mereka. Hal ini tentunya dengan memberikan bimbingan dan pelatihan yang lebih intensif kepada keluarga dan masyarakat. Selain itu, diperlukan pengawasan yang ketat dalam implementasinya

Pemberdayaan dilakukan dalam MTBS menggabungkan pendekatan preventif dan promosi kesehatan selain berfokus pada aspek kuratif. Bagian penting dari MTBS adalah memberi tahu orang tua atau pendamping balita tentang praktik kesehatan yang baik. Dengan demikian, metode ini tidak hanya berusaha menyembuhkan penyakit tetapi juga mendorong upaya pencegahan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan anak usia dini. Jika MTBS diterapkan secara menyeluruh, diharapkan akan ada beberapa hasil positif, seperti penurunan angka kematian anak, peningkatan akses ke layanan kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup bagi anak-anak balita dan keluarganya. MTBS membutuhkan kolaborasi antara berbagai profesi

kesehatan, partisipasi masyarakat, dan pendekatan yang holistik. (Pinto *et al*, 2024).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan berpengaruh secara signifikan terhadap implementasi MTBS dan didukung dengan beberapa penelitian terdahulu yang sejalan dengan hasil penelitian tersebut. Menurut Peneliti hal tersebut menunjukkan bahwa pemberdayaan merupakan faktor penting yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan, dikarenakan melalui pemberdayaan maka program kesehatan akan mendapatkan dukunga dari masyarakat sehingga tercapai tujuan dari program kesehatan melalui implementasi MTBS. Sebaliknya program kesehatan dengan berbagai tujuan akan mendapatkan kesulitan dalam penerapannya jika tidak mendapatkan dukungan masyarakat yang diperoleh dari pasyarakat dalam bidang kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan menjadi faktor penting dalam program kesehatan seperti implementasi MTBS. Seperti dilansir oleh kementerian kesehatan Timor Leste dalam perencanaan kesehatan nasional Timor Leste tahun 2010-2030 mendeklarasikan bahwa akhir tahun 2030 angka kematian balita sebesar 27/1000 kelahiran hidup dan ini masih jauh dari target *SDGs* yaitu 25/1000 kelahiran hidup.

6.1.5 Pengaruh antara SPK terhadap Implementasi MTBS dalam upaya menurunkan KKB

Hasil penelitian dengan uji *p-value* sebesar 0,057 menunjukkan tidak terdapat pengaruh secara signifikan antara SPK terhadap implementasi MTBS karena *p-value* $0,057 > 0.05$. Hal ini membuktikan bahwa SPK secara signifikan tidak mempengaruhi implementasi MTBS di fasilitas kesehatan. Berarti SPK yang diimplementasikan tidak berhasil dalam meningkatkan kesehatan masyarakat terkait kondisi dan tindakan pada balita. Hasil ini menunjukkan bahwa kegiatan promosi kesehatan kurang memegang peranan penting dalam memberikan dukungan dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita karena dipengaruhi oleh faktor kesadaran, pemahaman kalangan petugas kesehatan, kurang tersediannya sumberdaya yang memadai dan dukungan pengambil kebijakan.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Pinto *et al* (2022) menunjukkan bahwa satu petugas MTBS melakukan pemeriksaan balita berkisar 56-61 orang setiap hari. Juga kurangnya dukungan peralatan seperti formulir pencatatan, pojok oralit, termometer, buku bagan dan bagan dinding dan kartu nasehat ibu. Sedangkan sesuai dengan prosedur implementasi MTBS bahwa waktu yang dibutuhkan untuk melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling berkisar 10-15 menit bagi

petugas yang sudah berpengalaman dan 30-45 menit bagi petugas kesehatan baru. Begitu juga hasil penelitian di kotamadya Aileu pada tahun 2020 menunjukkan 76,15% petugas kesehatan dalam implementasi MTBS tidak sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan Timor Leste dan saling menuduh antar petugas kesehatan, mutasi petugas tidak sesuai pelatihan yang diikuti.

Hal ini didukung oleh penelitian Hernitati *et al.*, (2022), kegiatan promosi kesehatan sangat diperlukan terkait implementasi MTBS, mengingat keberhasilan MTBS salah satunya juga dipengaruhi oleh faktor promosi kesehatan. SPK merupakan suatu cara mencapai visi dan misi promosi kesehatan secara efektif efisien berupa advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan dan kemitraan. Begitu juga hasil Dewi (2021) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh konseling MTBS terhadap perilaku perawatan anak demam karena demam merupakan salah satu bagian dari program MTBS. Hal ini dukung oleh promosi kesehatan karena promosi kesehatan hasil revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya (Kenre, 2022)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa SPK berpengaruh secara langsung terhadap implementasi MTBS dan didukung dengan beberapa penelitian terdahulu yang sejalan dengan hasil penelitian tersebut. Hasil tersebut menunjukkan bahwa SPK merupakan faktor yang berpengaruh terhadap implementasi MTBS. Program kesehatan seperti implementasi MTBS membutuhkan strategi promosi kesehatan agar program tersebut dapat berjalan sesuai dengan tujuan program, melalui strategi promosi kesehatan yang memuat *advocacy* akan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan, kemudian strategi promosi kesehatan juga mendapatkan *social support* (dukungan sosial) dari masyarakat yang kemudian melalui dukungan sosial tersebut dapat meningkatkan kapasitas masyarakat sehingga turut serta mendukung implementasi MTBS-M. Seperti di utarakan oleh salah satu *promotor saúde familia* (promotor kesehatan keluarga) bahwa pernah mendapat pelatihan selama 3 hari tentang cara merawat balita tetapi setelah itu tidak ada kelanjutan. (*uma vez treinamentu konaba kuidadu ba bebe no labarik maibe laiha kontinuasaun to agora*). Hal ini menunjukkan bahwa advokasi kurangnya dukungan dari pemegang kekuasaan sehingga tidak ada keberlanjutan implementasi program MTBS-M bagi kearifan lokal. Hal ini juga dilihat hasil sensus penduduk Timor Leste tahun 2022 menunjukkan bahwa angka kematian balita sebesar 33/1000 kelahiran hidupSelanjutnya Penelitian Pinto *et al* (2024), peran dan kontribusi keluarga dalam implementasi MTBS serta

dampak partisipasi keluarga terhadap kesakitan dan kematian balita memerlukan edukasi keluarga, dukungan sosial dan komunitas, kebijakan kesehatan, dan pengalaman serta persepsi keluarga terhadap MTBS merupakan hal penting yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi MTBS. Begitu juga sebuah analisa tinjauan pustaka oleh Pinto, *et al* (2024), menunjukkan bahwa konseling dampak secara signifikan meningkatkan pemahaman dan keterlibatan orang tua dalam perawatan kesehatan anak. Konseling mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepercayaan diri orang tua dalam merawat balita. Konseling juga meningkatkan akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan memberikan informasi penting tentang layanan yang tersedia. Juga didukung oleh penelitian Afraini *et al* (2021), menunjukkan cakupan MTBS di Puskesmas Indrajaya sebesar 75,4% dan di Puskesmas Delima sebesar 62,2%. Hasil uji statistik faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelaksanaan program MTBS yaitu variabel motivasi dan supervisi dengan kinerja bidan dalam melaksanakan program MTBS.

6.1.6 Pengaruh antara Pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD*

Uji Pengaruh antara pemberdayaan terhadap Implementasi MTBS melalui *LW-MD* dengan p-value sebesar 0.065. Hasil pengujian tersebut menunjukkan $p\text{-value} \geq 0,05$, hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh secara tidak signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pemberdayaan tidak berdampak signifikan dalam menerapkan MTBS yang didukung oleh kearifan lokal. Meskipun masyarakat sudah diberdayakan melalui penyuluhan kesehatan terkait kondisi serius yang dialami balita dan tidak segera yang dibutuhkan namun mereka belum mampu mengimplementasikan secara efektif dan efisien seperti yang diharapkan. Hal ini bisa dipengaruhi oleh kurangnya partisipasi keluarga dan masyarakat walaupun sudah diberikan pendidikan kesehatan akibat tidak cukup waktu, minat dan kesempatan implementasi MTBS. Seperti dikemukakan oleh Arifah (2019), faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi MTBS tidak signifikan seperti faktor pengetahuan (0.692), faktor persepsi beban kerja ($p=0,923$), kepemimpinan kepala Puskesmas ($p=0,521$) dan kegiatan supervisi $p=0,782$.

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan maka diperlukan pemberdayaan dengan melibatkan *local wisdom* seperti kader kesehatan, pratikan matan dook dan *caregivers* agar membantu memberikan edukasi

kepada keluarga dan masyarakat. Karena pemberdayaan secara luas diterima dalam praktik promosi kesehatan dan telah menjadi strategi pengembangan dan implementasi program kesehatan masyarakat. Pemberdayaan individu terutama untuk meningkatkan kemampuan individu untuk membuat keputusan dan memiliki kontrol atas kehidupan pribadi. Pemberdayaan melalui meningkatkan kemampuan sosial masyarakat dalam mengambil keputusan dan memiliki kontrol atas kehidupan di masyarakat. (Sulaeman, 2021). Hal ini dilakukan guna mendorong masyarakat untuk membawa balitanya ke fasilitas kesehatan terdekat guna mendapatkan perawatan sedini mungkin supaya bisa terhindari dari hal-hal yang tidak diinginkan. Mengingat masih banyak masyarakat yang percaya kepada kearifan lokal sehingga terlambat membawa balitanya ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan secara dini. Pada bagian lain perlu penelitian secara spesifik pada pemberdayaan meliputi motivasi, kemauan, kesadaran, perlindungan, pengalihan wewenang dan potensi masyarakat lokal.

Pemberdayaan merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah menciptakan kemampuan masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka secara mandiri. Pemberdayaan masyarakat juga sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka, dengan tujuan

untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka serta meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi (*WHO*, 2020).

Pemberdayaan di bidang kesehatan merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kesehatan RI, 2020). Tujuan mendasar dari pemberdayaan adalah meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Berbagai bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui beberapa sektor. seperti sektor ekonomi seperti sistem koperasi, pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Peningkatan sektor ekonomi akan berdampak langsung pada kemampuan masyarakat untuk memelihara kesehatan (Windi, 2019)

Implementasi MTBS membutuhkan dukungan masyarakat, sementara pemberdayaan dapat dilakukan dengan dukungan masyarakat melalui tradisi lokal yaitu *Local Wisdom 'Matan Dook'* yang menjadi bagian dari masyarakat. Pemberdayaan masyarakat melalui *LW-MD* menjadi faktor yang berpengaruh dalam implementasi MTBS. Untuk itu perlu meningkatkan pengetahuan *local wisdom* maupun pengobat tradisional agar bisa tanda-tanda bahaya pada balita yang berumur dibawah lima tahun. Untuk mengurangi kesakitan dan kematian

balita diperlukan pemberdayaan *LW-MD* dan komponen terkait sehingga dapat berkontribusi baik secara langsung dan tidak langsung.

Hal ini didukung oleh penelitian Tjirare (2021), Penerapan strategi manajemen terpadu penyakit balita dengan sukses dapat mengurangi kematian anak secara drastis melalui inovasi, cakupan pelatihan pekerja perawatan kesehatan nasional, peningkatan pengawasan dan penggunaan pedoman secara benar. Seperti tertuang dalam strategi implementasi MTBS yaitu meningkatkan partisipasi keluarga dan masyarakat dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian balita di Timor Leste. Untuk itu diperlukan pelatihan dan pemantaun terhadap implemetasi MTBS-M oleh otoritas kesehatan di tingkat kotamadya dan Kementerian Kesehatan sehingga dapat mencapai target yang tertuang dalam perencanaan kesehatan nasional Timor Leste.

Hasil penelitian Nandini *et al* (2023), memaparkan hasil temuan ditemukan bahwa, beberapa tenaga kesehatan di Puskesmas tidak yakin/ragu-ragu ketika akan melakukan klasifikasi kasus pneumonia, sehingga temuan kasus pneumonia di Puskesmas cukup kecil. Kelengkapan prasarana di puskesmas juga belum terpenuhi sesuai buku bagan MTBS. Kelemahan yaitu tidak diuraikan seberapa besar tenaga kesehatan tidak yakin menentukan klasifikasi diare dan penumonia.

Untuk meningkatkan kesakitan dan kematian balita di Timor Leste diperlukan partisipasi dari berbagai komponen dan lebih utama yaitu meningkatkan kemampuan petugas kesehatan melalui pelatihan dasar, *refressing training* dan juga pengawan yang rutin. Selain petugas kesehatan diperlukan pemberdayaan pada *LW-MD*, tokoh agama, tokoh adat, pengobat tradisional dan relawan kesehatan serta sosialisasi di semua kementerian dan organisasi nasional dan internasional.

6.1.7 Pengaruh antara SPK Terhadap Implementasi MTBS Melalui *LW-MD* Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa $p\text{-value } 0,063 > 0,05$ sehingga dinyatakan tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara SPK terhadap implementasi MTBS melalui *LW-MD*.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang tidak signifikan antara variabel eksogen (SPK) terhadap variabel endogen (implementasi MTBS) melalui variabel *intervening (local wisdom)*. Namun hasil uji koefisien determinansi menunjukkan $R^2=0,670$. bahwa Hasil tersebut menunjukkan implementasi MTBS dengan kuat pengaruhnya strategi promosi kesehatan melalui *matan dook* sebesar 67%. Strategi promosi kesehatan dalam penelitian ini memiliki beberapa indikator yang diteliti yaitu *advocacy, social support, pemberdayaan*. Advokasi dikaji berdasarkan pengetahuan dan

kemampuan petugas kesehatan, sementara *social support* dikaji berdasarkan kepatuhan masyarakat terhadap prosedur kesehatan.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa SPK dikombinasikan dengan LW belum memberikan hasil yang signifikan dalam implementasi MTBS. Hal ini menunjukkan bahwa SPK yang diterapkan belum optimal dan belum berdampak pada penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dalam rumah tangga. Hal ini juga dikarenakan kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat sehingga menjadi kendala dalam implementasi MTBS melalui kearifan lokal. Dengan Peran keterlibatan kearifan lokal dalam kegiatan promosi kesehatan belum maksimal sehingga diperlukan kapasitas melalui lembaga swadaya masyarakat, misalnya penyuluhan dan kegiatan edukasi dapat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat terkait kondisi atau tanda bahwa serius dan tindakan yang dibutuhkan oleh balita. Promosi kesehatan sangat diperlukan terkait MTBS, mengingat keberhasilan MTBS salah satunya juga dipengaruhi oleh faktor promosi kesehatan. Strategi promosi kesehatan merupakan suatu cara mencapai visi dan misi promosi kesehatan secara efektif efisien berupa advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan dan kemitraan (Hernitati *et al.*, 2022).

Penelitian tentang promosi kesehatan menunjukkan, bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi strategi promosi kesehatan berdasarkan keputusan WHO tahun 1994, strategi promosi kesehatan terdapat tiga bagian terdiri atas :

(a) Advokasi merupakan upaya untuk menyakinkan orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan; (b) *Social Support*

(dukungan sosial), yaitu strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat; (c) *Empowerment* merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung (Abdo *et al.*, 2019; Armyttha & Ramadhani, 2021; Candice Fick, 2018; Carai *et al.*, 2019b; Christina *et al.*, 2021; Detjen *et al.*, 2022; Fernandes dos Santos & Gaiva, 2020; Hamad *et al.*, 2011; Izhar *et al.*, 2020; Jeffree *et al.*, 2020; Khatun *et al.*, 2021b; Mrisho & Mafwiri, 2021).

Indikator advokasi dikembangkan berdasarkan dimensi pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan, sementara pemberdayaan kesehatan masyarakat membutuhkan dukungan sosial yang dilakukan melalui pendekatan *local wisdom* yaitu *Matan dook*. Program MTBS berbasis masyarakat sehingga perlu adanya hubungan antara petugas kesehatan dan masyarakat. Tujuannya adalah mendukung dan meningkatkan praktek-praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita di rumah guna menjamin kelangsungan hidup anak, menurunkan tingkat kesakitan dan mempromosikan praktek-praktek dalam rangka meningkatkan tumbuh-kembang anak (*WHO & UNICEF*, 2020)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara SPK terhadap implementasi MTBS melalui LW-MD Hal ini menunjukkan bahwa strategi promosi kesehatan yang memiliki dimensi *community empowerment*, *social support and advocacy*. Sementara *Local Wisdom* '*matan dook*'

merupakan tradisi lokal yang menjadi keyakinan dan nilai dalam masyarakat yang harus dihargai dan bahkan dapat diambil nilai dan keyakinannya untuk mendapatkan dukungan masyarakat dalam implementasi strategi promosi kesehatan, sehingga pelaksanaan MTBS dapat berhasil dilaksanakan.

Local wisdom berpengaruh terhadap implementasi MTBS, sementara nilai dan keyakinan *LW-MD* sudah menjadi bagian kepercayaan masyarakat yang harus dihargai dan dihormati. Sehingga dengan mempelajari dan mengambil nilai dan keyakinan melalui *MD* dalam program kesehatan akan memudahkan petugas kesehatan dalam pelaksanaan program MTBS.

Menurut peneliti menunjukkan bahwa strategi promosi kesehatan berpengaruh terhadap local wisdom sebagai nilai dan keyakinan masyarakat yang dapat membantu dalam pemberdayaan masyarakat melalui dukungan sosial yang pada akhirnya sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi MTBS.

Pada kondisi seperti ini, pentingnya dukungan sosial dan partisipasi masyarakat diperlukan untuk meningkatkan penerimaan dan keberhasilan implementasi MTBS. Oleh karena itu diperlukan pengoptimalan SPK guna memperkuat keterlibatan keluarga dan masyarakat melalui memanfaatkan *LW* dalam mendukung implementasi MTBS.

Hal ini menunjukkan bahwa *LW-MD* tidak hanya sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian di kedua kota tersebut, melainkan sebagai upaya untuk menemukan solusi dalam kehidupan, jika ada masalah yang dialami oleh seseorang maupun sekelompok. Setiap permasalahan kehidupan dapat disampaikan kepada mereka. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun praktikan *Matan dook* menjunjung tinggi nilai-nilai kejujuran, namun tidak mampu berkontribusi dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liqueça. Maksudnya adalah hal yang diinginkan oleh masyarakat yang merujuk balita mereka yang sakit adalah kesembuhan yang akan dapat mencegah kematian. Jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan setempat, mereka juga menjunjung nilai-nilai kejujuran dan menyampaikan yang sebenarnya tentang kesehatan balita kepada orangtua.

Namun, karena pada umumnya praktikan *Matan dook* dianggap sebagai ‘orang yang dituakan’ atau tokoh masyarakat, maka masyarakat menganggap apa saja yang disampaikan oleh mereka adalah sebagai kejujuran, termasuk mengenai kondisi kesehatan balita. Masyarakat akan melaksanakan apa yang disampaikan oleh praktikan *Matan dook* demi kesembuhan balita mereka tanpa berpikir apakah yang disampainya sebagai kebenaran atau tidak.

Berdasarkan hasil temuan dan sejumlah literatur pendukung di atas, maka untuk masa yang akan datang, Pemda pada kedua kota tersebut agar lebih

dapat melibatkan *Matan dook* dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian balita. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan pengetahuan medis secara spesifik mengenai kesehatan balita. Dengan cara ini, maka komponen ketiga dari MTBS, yaitu meningkatkan peran keluarga dan masyarakat dalam hal perawatan balita sakit, deteksi dini serta pola pencarian pertolongan akan terlaksana secara optimal dengan melibatkan siapa saja yang memiliki perhatian besar terhadap kesehatan balita.

Selain itu, Pemda di Aileu dan Liquça melalui Dinas Kesehatan yang ditindak lanjuti melalui Puskesmas setempat perlu memberikan bimbingan dan pelatihan kesehatan secara rutin dan berkala kepada praktik LW bertujuan meningkatkan pengetahuan medis mengenai kesehatan balita yang akan dapat dikembangkan melalui kemampuan medis-spiritual yang mereka miliki. Tidak signifikan dipengaruhi oleh kelemahan dalam menentukan indikator pada SPK dengan tidak melibatkan indikator *enabling*. Oleh karena itu diharapkan pada peneliti berikutnya dapat melibatkan indikator *enabling* seperti yang dikemukakan oleh Febriani (2024) bahwa meningkatkan pengetahuan kearifan lokal dipengaruhi oleh *enabling, empowerin and social support*.

6.2 Penelitian Tahap II

6.2.1 Model Pemberdayaan Pada implementasi modul MTBS-M Dalam Upaya Menurunkan KKB Di Kotamadya Aileu Dan Liquça

Model pemberdayaan pada MTBS-M, diimplementasikan dengan menunjukkan hasil yang efektif yaitu dengan nilai *effect size* sebesar 0,933. Seperti dikemukakan oleh Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, *et al* (2020) bahwa 0,5-1,0 termasuk kategori kuat atau sangat setuju. Hal ini didukung uji deskriptif dengan rata-rata sebesar 59,35% dan p-value sebesar 0,001.

Hal ini sejalan dengan model pengembangan lokal berfokus pada pemanfaatan kearifan lokal, seperti budaya, tradisi, dan pengetahuan tradisional, untuk memecahkan masalah atau meningkatkan kualitas hidup masyarakat pada suatu wilayah. Dengan demikian perlu keterlibatan masyarakat lokal dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi setiap model serta menghargai, menghormati dan beradaptasi dengan lingkungan. (*Juningsi et al*, 2024)

Dalam sistem keyakinan masyarakat Timor Leste, segala sesuatu terjadi karena ada penyebabnya sehingga model ritual *matan-dook* dilakukan untuk mencari penyebab sebuah peristiwa. Apabila penyebabnya telah ditemukan, dengan segera untuk mencari solusi untuk keluar krisis berkelanjutan yang sedang dialami. Dalam keyakinan masyarakat, dosa adalah penyebab beragam peristiwa berkelanjutan atau krisis sehingga,

apabila dosa telah diakui dan mendapat pengampunan, masalah atau krisis hidup yang tengah dihadapi akan berlalu dan sistem serta kondisi kehidupan mereka kembali normal. Kepercayaan orang Timor bahwa nilai budaya disesuaikan dengan nilai-nilai kristiani sehingga dapat didialogkan dan dapat digunakan bersama tanpa masalah. Namun, ada juga nilai-nilai budaya yang tidak dapat didialogkan (Juningsi,2022) *Matan dook* merupakan suatu model tradisi yang dilakukan melalui praktek ritual untuk mengetahui sesuatu yang salah dan benar. Kebiasaan ini biasanya dilakukan melalui *doku manu tolu* (memutar telur ayam), *sukat ai ka surik* (mengukur kayu atau keris, *sukat liman fukun* (mengukur melalui jari tangan), *hare manu aten no ain* (melihat hati dan kaki ayam) dan masih banyak lagi. Mengingat Timor Leste memiliki banyak suku, bahasa dan tradisi yang berbeda-beda sehingga sehingga dapat dipraktekan sesuai dengan kesadaran masing-masing dengan tujuan untuk mengkonfirmasi keadaan yang dialami itu benar atau salah. Tetapi sesuatu yang benar dan baik dijalankan sesuai dengan kepercayaan dan kesadaran sendiri yang baik dan benar juga, dan praktek ini selalu dilakukan sebagai cara atau tanda simbolik (*simbóliku*) atau sakremental (*sakramentália*) dan juga secara psikologi untuk menghindari keadaan sakit baik secara fisik (Masrizal *et al.*, 2023)

Sesuai dengan pengamatan bahwa sebagian pengasuh membawa balitanya ke *matan dook* atau paraji karena kepercayaan masyarakat terhadap

tradisi masih lebih kuat dibandingkan terhadap petugas kesehatan. Sehingga tidak sedikit orang yang sakit berobat kepada tokoh adat setempat dibandingkan ke petugas kesehatan. Seperti dikemukakan oleh Clinebell (2020), diperlukan konseling pastoral guna memperbaiki keadaan dan sangat diperlukan ketika seseorang mengalami krisis atau masalah yang menghalangi pertumbuhannya. Berdasarkan konsep itu, konseling pastoral adalah sebuah instrumen yang sangat penting untuk menolong seseorang yang tengah mengalami krisis atau masalah, serta membantunya untuk memperbaiki dan menyelesaikan persoalannya (Setiawan, 2023).

Dengan demikian model pemberdayaan harus memperlihatkan interaksi diantara faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hasil pemberdayaan yang dihubungkan dengan proses pemberdayaan. Artinya, hasil riset yang telah dilakukan secara partisipatif kemudian di implementasikan ke dalam tindakan. Namun, setelah aksi bukan berarti lepas tangan begitu saja, melainkan dilanjutkan dengan evaluasi dan refleksi yang kemudian menjadi bahan untuk riset berikutnya.

Model pengembangan lokal mensyaratkan bahwa perubahan dalam masyarakat dapat dilakukan secara optimal bila melibatkan partisipasi aktif masyarakat tingkat lokal, baik dalam penentuan tujuan maupun pelaksanaan tindakan (Sulaeman, 2020). Adapun tujuan utama pemenuhan kesehatan masyarakat secara menyeluruh yaitu mencakup bidang; *promotive*, *preventive*,

kurative, rehabilitative. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan balita yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, sosial serta peningkatan kualitas hidup. Dalam usaha pemenuhan kesehatan setiap manusia diperlukan pendekatan melalui beberapa kajian yang dalam hal ini yang paling berperan adalah penerapan ilmu kesehatan Masyarakat (Irwan, 2019)

Oleh karena itu, *LW-MD* sebagai jalan keluar yang terbaik untuk menolong masyarakat agar dapat keluar dari persoalan yang mereka hadapi, terdiri dari empat bentuk yaitu: terjadi sakit penyakit, tidak punya keturunan, tidak berhasil dalam studi dan karena konflik. Masyarakat menyadari bahwa peran *LW-MD* sebagai saran untuk membangun solidaritas sosial untuk membangun keserasian sosial, dan sebagai sarana untuk dapat membina kembali hubungan-hubungan sosial di antara masyarakat.

Dengan demikian MoH dan WHO (2017), menetapkan kebijakan untuk melatih local wisdom dari dari aspek tanda bahaya umum, mengukur suhu tubuh dan penilaian Diare. Begitu diberikan kemampuan untuk memberikan ORS, paracetamol, zinc dan merujuk ke fasilitas kesehatan yang terdekat.

Hal tersebut menunjukkan bahwa model pemberdayaan sangat diperlukan dalam keberhasilan sebuah program kesehatan, dalam hal ini adalah program MTBS-M. Pemberdayaan dilakukan dengan pendekatan kearifan lokal yang

diambil nilai-nilai dalam *LW-MD*, sehingga dengan mempelajari, menghargai, serta mengenal kearifan lokal akan memudahkan implementasi modul.

6.2.2 Tingkat Pemahaman Keluarga terhadap implementasi MTBS di Kota dalam upaya menurunkan KKB di kotamadya Aileu dan Liquiça

Hasil penelitian menyatakan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah perlakuan pemberian melalui implementasi modul MTBS-M, terdapat perbedaan terkait kondisi balita sakit antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Implementasi “Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Komunitas, artinya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan kualitas kesehatan balita yang signifikan. Hal ini sesuai dengan tujuan penelitian yaitu model pemberdayaan pada Manajemen terpadu balita sakit dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di kotamadya Aileu Dan Liquiça.

Berdasarkan tabel Hasil uji beda didapatkan *p-value* pada kondisi balita pada kelompok kontrol (sebelum implementasi modul) sebesar $0,092 > 0,05$ dan sesudah dilakukan perlakuan pemberian “Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis komunitas sebesar $0,001 < 0,005$, artinya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada kondisi balita terdapat perbedaan pemahaman keluarga tentang implementasi MTBS dalam upaya penurunan angka kematian dan balita sakit yang signifikan. Begitu juga nilai *effect size*

pada kondisi balita sebelum implementasi modul dengan *effect size* sebesar 0,153 dan sesudah implementasi modul dengan *effect size* sebesar 0,297, artinya terdapat efektivitas implementasi modul MTBS-M sebesar 15,3% menjadi 29,7%.

Berdasarkan hasil penelitian terkait pemahaman keluarga terkait sebelum implementasi modul dengan *p-value* sebesar $0,157 > 0,05$ dan sesudah implementasi modul sebesar $0,010 < 0,05$ terkait tindakan pada balita sakit. Begitu pada bagian tindakan sebelum implementasi modul MTBS-M terdapat *effect size* sebesar 0,129 dan sesudah implementasi modul meningkat 0,235. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat efektivitas dalam implementasi modul dari 15,7% meningkat menjadi 23,5%. Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan perlakuan pemberian modul MTBS-M, artinya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan pemahaman keluarga tentang implementasi modul MTBS-M dalam upaya menurunkan KKB. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pemahaman keluarga terhadap implementasi MTBS-M meningkat sesudah diberikan modul. Menurut peneliti bahwa tingkat pemahaman keluarga terhadap implementasi MTBS meningkat sesudah diberikan modul sehingga dikatakan model tersebut secara efektif dipergunakan pada pemberdayaan local wisdom agar berpartisipasi dalam upaya menurunkan KKB. Hal tersebut menunjukkan bahwa model pemberdayaan yang dikembangkan melalui pendekatan karakteristik

lokal dengan efektif dalam pemberdayaan masyarakat. Hal tersebut di dukung oleh (Dahlan, 2020), untuk pengujian perbedaan tindakan terhadap balita sakit yang pernah dialami sebelum dan sesudah perlakuan, dilakukan dengan uji t paired atau uji *Wilcoxon*. Apabila data normal, maka digunakan uji t *paired*, sedangkan jika data tidak normal, maka digunakan uji *Wilcoxon*. Begitu dilihat dari hasil penjelasan oleh Sesuai penjelasan oleh Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, *et al* (2020), nilai 0,1 menunjukkan efek kecil. Jadi dapat disimpulkan bahwa efektivitas pengaruh pemberian modul pada kedua kelompok tergolong kecil.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian secara diskriptif yaitu dengan nilai mean 25,73% (sebelum implementasi modul) dapat meningkat 26,51% (sesudah implementasi modul. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan melalui implementasi modul MTBS-M terkait kondisi dan tindakan. Ini bertanda bahwa terdapat peningkatan pemahaman *local wisdom* dan orang tua turut berpartisipasi menjaga kesehatan balita mereka.

6.2 Temuan Baru (*Novelty*)

Berdasarkan hasil penelitian di kedua kota Madya tersebut dapat ditemukan kebaruan yaitu :

- a. Model pemberdayaan pada penelitian tahap I :yaitu terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap *LW-MD*, terdapat

pengaruh secara signifikan antara SPK terhadap *LW-MD* dan terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS,

- b. Model pemberdayaan pada penelitian tahap II yaitu merumuskan *locality developement model* melalui implementasi MTBS berbasis Masyarakat dalam upaya penurunan kesakitan dan kematian balita

6.3 Keterbatasan Penelitian

Peneliti memiliki keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian, antara lain:

- a. Penelitian ini hanya dilakukan di kedua Kotamadya Aileu dan Liquiça sehingga memungkinkan hasil penelitian berbeda dengan Kotamadya lain di Timor Leste.
- b. Peneliti tidak dapat mengontrol secara ketat terhadap kelompok kontrol sehingga memungkinkan dapat memberikan bias pada hasil penelitian.
- c. Penelitian ini sebatas pada pemberdayaan, strategi Promosi kesehatan melalui *local wisdom* terhadap implementasi MTBS.

BAB VII

KESIMPULAN, IMPLIKASI SARAN

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Penelitian Tahap Pertama

Penelitian tahap pertama menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan observational study dengan rumusan Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça berkesimpulan bahwa terdapat pengaruh signifikan, yaitu:

- a. Terdapat pengaruh secara signifikan antara pemberdayaan terhadap *LW-MD* dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;
- b. Terdapat pengaruh secara signifikan antara SPK terhadap *LW-MD* dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;
- c. Terdapat pengaruh secara signifikan antara *LW-MD* terhadap Implementasi MTBS dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;
- d. Terdapat pengaruh secara tidak signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;
- e. Terdapat pengaruh secara tidak signifikan antara SPK terhadap implementasi MTBS dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;

- f. Terdapat pengaruh secara tidak signifikan antara pemberdayaan terhadap implementasi MTBS melalui LW-MD dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;
- g. Terdapat pengaruh secara tidak signifikan antara SPK terhadap Implementasi MTBS melalui *Local Wisdom matan dook* dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita;

7.1.2 Penelitian Tahap Kedua

Penelitian Tahap kedua dengan menggunakan Penelitian *quasi experimental study* dengan : Rumusan Model Implementatif – Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça melalui implementasi MTBS Berbasis Komunitas yang menunjukkan bahwa:

- a. Terdapat perbedaan secara signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan modul MTBS Berbasis Komunitas melalui Pemberdayaan, Strategi Promosi Kesehatan, dan *Local Wisdom Matandook* dimana dapat menghasilkan efektivitas terhadap Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kota Madya Aileu dan Liquiça:
- b. Merumuskan Model Pemberdayaan pada Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat pendekatan *locality development model* melalui melibatkan *Local Wisdom* dalam upaya menurunkan KKB..

7.2 Implikasi

7.2.1 Implikasi Teoretis ; Hasil kajian ini diharapkan bisa menambah kajian ilmiah terutama yang berkenaan dengan implementasi MTBS dengan didukung oleh pemberdayaan dan strategi promosi kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menghasilkan suatu kebaruan yaitu Pemberdayaan Local wisdom melalui materi dalam berpartisipasi dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça.

7.2.2 Implikasi Metodologis ; Dengan menggunakan metodologi yang tepat maka mempermudah pertanggungjawaban secara ilmiah sehingga hasil penelitian menjadi lebih dipercaya oleh kalangan akademisi.

7.2.3 Implikasi praktis

(a) Bagi Otoritas Kesehatan Kotamadya Aileu dan Liquiça

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk sebagai suatu informasi guna mengembangkan dan menetapkan pedoman MTBS-M untuk membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian balita kedua kota di kotamadya Aileu dan Liquiça.

(b) Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat membantu dalam mengembangkan dan menyusun modul Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis masyarakat dimana

menjadikan referensi bagi Kementerian Kesehatan Timor Leste dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian balita.

(c) Bagi Pusat Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi bagi pimpinan Puskesmas dan tenaga kesehatan lainnya dapat meningkatkan partisipasi keluarga untuk membawa balitanya untuk mendapatkan perawatan secara dini melalui kegiatan promosi kesehatan dimana berfokus pada kondisi dan tindakan yang dibutuhkan. Diharapkan petugas kesehatan perlu memeriksa balita berdasarkan prosedur MTBS.

7.3 Saran

Beberapa saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diantaranya sebagai berikut.

- a. Pemerintah Timor Leste melalui Kementerian Kesehatan perlu menetapkan kebijakan implementasi MTBS-M dengan tujuan ;
 - a) Jangka pendek yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada *local wisdom* dan pengasuh terkait tanda-tanda bahaya melalui kegiatan promosi kesehatan.
 - b) Jangka panjang yaitu memasukan MTBS-M sebagai salah satu program pelatihan nasional bagi *PSF*, tokoh agama, tokoh masyarakat, kepala suku, ketua adat, pengobat tradisional dan pengasuh.

- b. Membentuk working group MTBS yang berpusat di Kementerian Kesehatan Timor Leste dan sampai tingkat paling bawah yaitu Puskesmas dengan melibatkan instansi terkait, otoritas lokal dan kelompok masyarakat.
- c. Kemenkes Timor Leste memerlukan kerjasama semua pihak seperti National Institute Public Health Timor Leste, Faculty Medicine and Health Sciences dan lembaga Internasional dan Nasional dalam merumuskan kurikulum pelatihan.
- d. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya melakukan penelitian secara spesifik model pemberdayaan seperti motivasi, kemauan, kesadaran, perlindungan, pengalihan wewenang dan potensi masyarakat lokal dan kemitraan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdo, H. A., Kamel, M. H., & Seif, N. (2019). Primary Care Physicians' Adherence To MTBS Guidelines, Ismailia, Egypt. In *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences*. www.ajouronline.com
- Abdullah Alfannah, F. (2018). Implementation of Integrated Management of Childhood Illness Community Component (IMCI-CC) in Oman: A Situation Analysis. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(12), 65–70. www.ijmrhs.com
- Abebe, A. M., Kassaw, M. W., & Mengistu, F. A. (2019). Assessment of Factors Affecting the Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness for Treatment of under Five Children by Health Professional in Health Care Facilities in Yifat Cluster in North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *International Journal of Pediatrics*.
- Abokresha, S. A., Yousef, F. M. A., Fathy, A. M., & Ali, M. M. (2022). Challenges Faced During the Application of The Integrated Management Of Childhood Illness (IMCI) Policy In Public Health Units Of Sohag Governorate. *The Egyptian Journal of Community Medicine (Egypt)*, 40(1). <https://doi.org/10.21608/EJCM.2022.216343>
- Adining Tyas Ambika Wardani. (2019). *Analisis Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Terhadap Kejadian Pneumonia Balita Di Puskesmas Halmahera Kota Semarang*.
- Afraini, N., Ichwansyah, F., Rani, H. A., Syahputra, F., Kuala, S., Aceh, B., Farmasi, A., & Mandiri, Y. (2021). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Dalam Melaksanakan Program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Indrajaya dan Delima Kabupaten Pidie. *Jurnal Aceh Medika*, 5(1).
- Agus Riyanto. (2021). Analisis Multivariat Untuk Penelitian Kesehatan Aplikasi Program IBM SPSS. Nuha Medika.
- Alaydrus, S., Zulham, N., Azizah, I. S., Wahyuni, P., Dewi, L., Rianto, D., Anita, A., & Kurniasih, N. (2020). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Widina Bhakti Persada. www.penerbitwidina.com
- Amachree, D. M., & Eleke, C. (2022). Knowledge Concerning IMCI Intervention Strategy among Trained And Untrained Healthcare Providers in Port Harcourt Primary HealthcareCentres. *International Journal of Nursing*, 9(1), 25–31. <https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v9n1a3>
- Amachree, D. M., & Eleke, C. (2022). Knowledge Concerning MTBS Intervention Strategy among Trained And Untrained Healthcare Providers in Port Harcourt Primary

- HealthcareCentres. *International Journal of Nursing*, 9(1), 25–31. <https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v9n1a3>
- Amalia, D. O., & Sabarinah, S. (2023). Fishbone Diagram Analysis in the Implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Indonesia. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1). <https://doi.org/10.30604/jika.v8i1.1672>
- Amisim, O. A., Kusen, A. W. S., & Mamosey, W. E. (2020). Persepsi Sakit Dan Sistem Pengobatan Tradisional Dan Modern Pada Orang Amungme (Studi Kasus Di Kecamatan Alama Kabupaten Mimika). *JurnalKesehatan*, 13(1).
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Lim, R., Kodate, N., Thompson, K., Jensen, H., & Cooney, K. (2021). *Nursing teamwork in the care of older people : A mixed*. StatPearls Publishing.
- Anonim. (2020). Diambil kembali dari <https://wol.jw.org/tdt/wol/d/r71/lp-ttp/102014043>
- Anugrah Wiendyasari, R., Kusnanto, H., Wibowo, T., & Wiendyasari, A. (2018). The Effectiveness of MTBS (Integrated Management of Child Illness). *Review of Primary Care Practice and Education*, 1(3).
- Arifah,H.U., (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit pada petugas pelaksana di Puskesmas BanjarNegara, Universitas Negeri Semarang.
- Ariff, S., Sadiq, K., Jiwani, U., Ahmed, K., Nuzhat, K., Ahmed, S., Nizami, Q., Khan, I. A., Ali, N., Soofi, S. B., & Bhutta, Z. A. (2022). Evaluation the Effectiveness of Abridged IMNCI (7-Day) Course v Standard (11-Day) Course in Pakistan. *Maternal and Child Health Journal*, 26(3). <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03276-3>
- Arikunto, Suharsimi. (2020). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- Armyttha, N., & Ramadhani, R. (2021). Literature Review: The Role And Effects Of Hospital Health Promotion On Health Politics. *The Indonesian Journal of Public Health*, 16(2), 327–335. <https://doi.org/10.20473/ijph.v16i1.2021.327-335>
- Armyttha, N., & Ramadhani, R. (2021). Literature Review: The Role And Effects Of Hospital Health Promotion On Health Politics. *The Indonesian Journal of Public Health*, 16(2), 327–335. <https://doi.org/10.20473/ijph.v16i1.2021.327-335>
- Banhae Y.K., Ina,A,Making M.A., Abanit,Y.M. (2022).Model pendampingan Petugas MTBS dalam Pengisian Format di Puskesmas Bakunase Kota Kupang. *Jurnal pengabdian mandiri*. <https://doi.org/10.37287>

- Banu,J., Germanus Floriant. (2024). Pengembangan Modul Pembelajaran Berbasis Kearifan Lokal Pada Materi Bioteknologi Bagi Siswa Kelas Xii Di Sma Negeri Taekas. Undergraduate Thesis, Universitas Timor. NTT. Dipetik 4 2025, 12, Dari URI: [Http://Repository.Unimor.Ac.Id/Id/Eprint/1175](http://Repository.Unimor.Ac.Id/Id/Eprint/1175)
- Boschi-Pinto, C., Labadie, G., Dilip, T. R., Oliphant, N., Dalglish, S. L., Aboubaker, S., Agbodjan-Prince, O. A., Desta, T., Habimana, P., Butron-Riveros, B., Al-Raiby, J., Siddeeg, K., Kuttumuratova, A., Weber, M., Mehta, R., Raina, N., Daelmans, B., & Diaz, T. (2018). Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (MTBS): 20 years on. *BMJ Open*, 8(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019079>
- Brahmana, I. B., & Darmadi, A. A. N. O. Y. (2020). Penindakan Terhadap Masyarakat Yang Tidak Menggunakan Masker Sebagai Pelaksanaan Protokol Kesehatan Baru. *Jurnal Kertha Desa*, 8(8), 1–8.
- Candice Fick. (2019). Twenty years of MTBS implementation in South Africa: accelerating impact for the next decade Twenty years of MTBS implementation in South Africa: accelerating impact for the next decade. *Wits Reproductive Health and HIV Institute, University of the Witwatersrand, Johannesburg*.
- Carai, S., Kuttumuratova, A., Boderscova, L., Khachatryan, H., Lejneev, I., Monolbaev, K., Uka, S., & Weber, M. (2019). Review of Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) in 16 countries in Central Asia and Europe: Implications for primary healthcare in the era of universal health coverage. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 104, Issue 12, pp. 1143–1149). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317072>
- Carter, A. (2023). So Much to Do: Expected Duration of Initial Consultations for Sick Children in Low- and Middle-income Countries Using the Integrated Management of Childhood Illness Clinical Algorithm. *MedRxiv*.
- Casnuri, C., & Rahayu, P. P. (2020). Evaluation Of Integrated Management Implementation In Hospital In The Health Center Of Sleman D.I Yogyakarta District. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 8(2). [https://doi.org/10.21927/jnki.2020.8\(2\).152-159](https://doi.org/10.21927/jnki.2020.8(2).152-159)
- Christina, A., Cilliers, M., Mrs, S. :, & Eygelaar, E. (2019). Factors Influencing The Implementation Of Integrated Management Of Childhood Illness In The Area Military Health Unit Gauteng And 1 Military Hospital In Tshwane Gauteng. *Faculty of Medicine and Health Sciences at Stellenbosch University*. <https://scholar.sun.ac.za>

- Clinebell, H. (2020). *Tipe-tipe Dasar Pendampingan dan Konseling Pastoral*. BPK Gunung Mulia.
- Clinebell, H., & Practical Theology Translation Project. (2022). *Tipe-tipe dasar pendampingan dan konseling pastoral: sumber-sumber untuk pelayanan penyembuhan dan pertumbuhan*. Kanisius. https://books.google.com/books/about/Tipe_Tipe_Dasar_Pendampingan_Konseling_P.html?id=z7fxzQEACAAJ
- Costa, J. dos R., Soares, D., Marni, & Herculano, H. (2021). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengobatan Pada Wanita Penderita Kanker Payudara Di Hospital Nasional Guido Valadares Dili Timor-Leste. *Elisabeth Health Jurnal*, 6(2), 142–149. <https://doi.org/10.52317/EHJ.V6I2.386>
- Dahlan, Sopiudin. (2020). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Deichsel, E. L., Keita, A. M., Verani, J. R., Powell, H., Jamka, L. P., Hossain, M. J., Jones, J. C. M., Omere, R., Awuor, A. O., Sow, S. O., Sanogo, D., Tapia, M. D., Neuzil, K. M., & Kotloff, K. L. (2023). Management of Diarrhea in Young Children in Sub-Saharan Africa: Adherence to World Health Organization Recommendations during the Global Enteric Multisite Study (2007-2011) and the Vaccine Impact of Diarrhea in Africa (VIDA) Study (2015-2018). *Clinical Infectious Diseases*, 76. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac926>
- Detjen, A. K., Essajee, S., Grzemska, M., & Marais, B. J. (2019). Tuberculosis and integrated child health — Rediscovering the principles of Alma Ata. *International Journal of Infectious Diseases*, 80, S9–S12. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.02.042>
- Divika Aroftya Dewi. (2019). *Pengaruh Konseling Tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Terhadap Perilaku Perawatan Anak Demam Oleh Ibu Di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan di Bantul Naskah Publikasi*.
- Division of Health Promotion. Education and Communications (HPR). *Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary*. Geneva: Printed in Switzerland (www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf). accessed on: 10/09/2016)
- Eawanti, E., & Nurmawati, I. (2018). *Implementation of mobile MTBS (Integrated Management of Childhood Illness) at Primary Health Care. The First International Conference of Food and Agriculture*.

EGC. (2019). *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. EGC: Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Ehsanur Rahman, A., Ameen, S., Tasnim Hossain, A., Perkins, J., Jabeen, S., Majid, T., Azim Uddin, A., Ziaul Haque Shaikh, M., Shariful Islam, M., Jahurul Islam, M., Ashrafee, S., Md Shah Alam, H., Saberlin, A., Ahmed, S., Banik, G., Ehtesham Kabir, A., Ahmed, A., Jobayer Chisti, M., Cunningham, S., ... Campbell, H. (2022). Introducing pulse oximetry for outpatient management of childhood pneumonia: An implementation research adopting a district implementation model in selected rural facilities in Bangladesh. *EClinicalMedicine*, 50, 101511. <https://doi.org/10.1016/j>

Ehsanur Rahman, A., Ameen, S., Tasnim Hossain, A., Perkins, J., Jabeen, S., Majid, T., Azim Uddin, A., Ziaul Haque Shaikh, M., Shariful Islam, M., Jahurul Islam, M., Ashrafee, S., Md Shah Alam, H., Saberlin, A., Ahmed, S., Banik, G., Ehtesham Kabir, A., Ahmed, A., Jobayer Chisti, M., Cunningham, S., ... Campbell, H. (2022). Introducing pulse oximetry for outpatient management of childhood pneumonia: An implementation research adopting a district implementation model in selected rural facilities in Bangladesh. *EClinicalMedicine*, 50, 101511. <https://doi.org/10.1016/j>

Ekwochi, U., Ndu, I. K., Nduagubam, O. C., Chime, O. H., Amadi, O. F., Eneh, C. I., Asinobi, I. N., & Osuorah, D. IC. (2022). Evaluation of the impact of maternal training on knowledge of danger signs in sick newborns and health seeking behaviors among mothers in Enugu, South-East Nigeria: A pre-and-post interventional study. *Annals of Clinical and Biomedical Research*, 3(2). <https://doi.org/10.4081/acbr.2022.237>

F.Sumendap, R., & Tumuju, T. (2023). Pastoral Konseling Bagi Kesehatan Mental “Studi Kasus Pastoral Konseling Preventif Pada Fenomena Bunuh Diri” Ryanto F. Sumendap. *Jurnal Pastoral Konseling*, 4(1).

Fatima, C., & Moniz, A. (2021). WHO: 41,1% Balita di Timor Leste alami Gizi Buruk. Agencia Noticiosa de Timor Leste. [https://id.tatoli.tl/2021/06/29/who-471-balita-di-timor-leste-alami-gizi-buruk/#:~:text=DILI%2C%2029%20juni%202021%20\(TATOLI,meninggal%20karena%20penyakit%20bawaan%20makanan](https://id.tatoli.tl/2021/06/29/who-471-balita-di-timor-leste-alami-gizi-buruk/#:~:text=DILI%2C%2029%20juni%202021%20(TATOLI,meninggal%20karena%20penyakit%20bawaan%20makanan).

Fatima, Cidalia and Armandina Moniz. 2021. "WHO: Balita di Timor Leste Alami Gizi Buruk". diakses dari <https://id.tatoli.tl/2021/06/29/who-471-balita-di-timor-leste-alami-gizi-buruk/>

Febriani,N., Hamid, A.(2024).Pemberdayaan Masyarakat melalui kearifan lokal untuk meningkatkan ekonomi masyarakat.Triwikrama:Jurnal Multidisiplin Ilmu Sosial.

- Fernandes dos Santos, I. L., & Gaiva, M. A. M. (2019). Challenges implementation of the integrated attention to childhood illness. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3516–3531. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3516-3531>
- Fink, G., Fritsche, G., Samaha, H., Sese, C., & Shapira, G. (2022). Financially incentivized knowledge assessments to improve provider compliance with treatment guidelines: a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06129-8>
- Florence, T., & Dorothy, T. (2022). Factors Influencing Implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (MTBS) among Health Care Workers in Selected Primary Health Centres in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Health Sciences*, 35(5).
- Fritz, Catherine O. Peter E. Morris, & Jennifer J. Richler. (2022). Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141 (1): 2–18.
- Gera, T., Shah, D., Garner, P., Richardson, M., & Sachdev, H. S. (2019). Integrated management of childhood illness (MTBS) strategy for children under five. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010123.pub2>
- Ghozali, Imam. (2022). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ghozali,M. (2021) Faktor Kualitas Pelayanan, Kualitas Produk dan Margin terhadap Minat Nasabah Pembiayaan Murabahah di Bank Syariah Mohamad Ghozali Institut Agama Islam Negeri (IAIN). DIMASEJATI Vol.3 No.1, 65-76 (20). p-ISSN : 2716-3377, e-ISSN : 2721-9364. Journal Pengabdian Masyarakat
- Hamad, R., Fernald, L. C. H., & Karlan, D. S. (2020). Health education for microcredit clients in Peru: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-51>
- Haryanti, F., Laksanawati, I. S., Arguni, E., Widyaningsih, S. A., Ainun, N. A., & Rastiwi, N. (2022). Evaluation of the Implementation of Integrated Management of Childhood Illness in Special Region of Yogyakarta Province, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(B), 570–575. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8670>

- Hayati, W., Soenarto, S. Y., Haryanti, F., & Prabandari, Y. S. (n.d.). Developing Teaching Learning For Integrated Management Of Childhood Illness (Mtbs): A Qualitative Study In Aceh Indonesia. *Belitung Nursing Journal*, 3(5), 555–568. <http://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/>
- Hernitati, Syafrani, Oktavia Dewi, Novita Rany, & Agus Alamsyah. (2022). Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Masyarakat Dalam Penerapan Protokol Kesehatan Covid-19. *Jurnal Human Care*, 7(1), 189–200.
- Heryana, A. (2020). *Metodologi Penelitian Pada Kesehatan Masyarakat*. https://www.academia.edu/43329283/Buku_Ajar_Metodologi_Penelitian_pada_Kesehatan_Masyarakat_Edisi_revisi_2020
- Heryana, A. (2020). *Metodologi Penelitian Pada Kesehatan Masyarakat*. https://www.academia.edu/43329283/Buku_Ajar_Metodologi_Penelitian_pada_Kesehatan_Masyarakat_Edisi_revisi_2020
- Hooli, S., Makwenda, C., Lufesi, N., Colbourn, T., Mvalo, T., McCollum, E. D., & King, C. (2023). Implication of the 2014 World Health Organization Integrated Management of Childhood Illness Pneumonia Guidelines with and without pulse oximetry use in Malawi: A retrospective cohort study. *Gates Open Research*, 7. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13963.2>
- Hulu, V. T., Tasnim, T., Sitorus, S., Parinduri, L., Sitorus, E., Chaerul, M., Puspita, R., Sianturi, E., Simarmata, M. M. T., & Munthe, S. A. (2020). *Kesehatan Lingkungan*. Yayasan Kita Menulis.
- Indrayani, S., & Okrianti, S. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Ibu Balita Dalam Melakukan Kunjungan Ulang Pada Program Mtbs (Manajemen Terpadu Balita Sakit) Di Puskesmas Bunga Raya. *Ensiklopedia of Journal*, 4(4). <https://doi.org/10.33559/eoj.v4i4.1204>
- Info Dokter. (2022). *Pentingnya MTBS Berbasis Masyarakat (MTBS-M) atau Community MTBS (C-MTBS)*. <https://Www.infodokterku.Com/Index.Php/En/Image-Gallery/96-Daftar-Isi-Content/Info-Kesehatan/Helath-Programs/194-Pentingnya-Mtbs-Berbasis-Masyarakat-Mtbs-m-Atau-Community-MTBS-c-MTBS>.
- Irwan. (2019). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. CV. Absolute Media.
- Isangula, K., Ngadaya, E., Manu, A., Mmweteni, M., Philbert, D., Burengelo, D., Kagaruki, G., Senkoro, M., Kimaro, G., Kahwa, A., Mazige, F., Bundala, F., Iriya, N., Donard,

- F., Kitinya, C., Minja, V., Nyakairo, F., Gupta, G., Pearson, L., ... Hailegebriel, T. D. (2023). Implementation of distance learning IMCI training in rural districts of Tanzania. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09061-y>
- Izhar, M. D., Hubaybah, H., & Ruwayda, R. (2020). Trial of IMCI Algorithm in Disease Detection Card in Suku Anak Dalam in Batanghari District, Jambi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(2), 241–248. <https://doi.org/10.15294/kemas.v16i2.19295>
- Izhar, M. D., Hubaybah, H., & Ruwayda, R. (2020). Trial of MTBS Algorithm in Disease Detection Card in Suku Anak Dalam in Batanghari District, Jambi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(2), 241–248. <https://doi.org/10.15294/kemas.v16i2.19295>
- Jeffree, M. S., Ahmady, F., Ibrahim, M. Y., Lukman, K. A., Ahmed, K., Giloi, N., Khin, D., Naing, S., & Yusuff, A. S. (2020). A training module to empower marginalised Northern Borneo islanders for tuberculosis control. In *Journal of Public Health Research* (Vol. 9).
- Juningsi, B. (2022). Fakultas Teologi Program Studi Magister Sosiologi Agama, W., & Kristen Satya Wacana, Makna Naketi dalam Pandangan Masyarakat Dawan: Kajian Berperspektif Pastoral. *Paradigma: Jurnal Kajian Budaya*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.17510/paradigma.v12i1.593>
- Kasad. (2022). Factors Related To The Implementation Of Integrated Management Of Childhood Illness With Diarrhea On The Public Health Center Of East Aceh. *International Journal of Education and Social Science Research*, 05(01). <https://doi.org/10.37500/ijessr.2022.5118>
- Kenre, I. (2022). *Konsep dan Teori Promosi Kesehatan*. Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Muhammadiyah Sidrap.
- Kharisma, G. (2021, April 2021). Kearifan Lokal Timor Sebagai Sumber Bahan Ajar Teks Deskripsi Untuk Siswa SMP. *Jurnal Pendidikan Bahasa dan Sastra Indonesia*, 140. Dipetik February 13, 2024, dari <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPBS>
- Khatun, M. A., Saha, A. K., Aktar, S., & Hasin, F. (2021). Knowledge on integrated management of childhood illness among health and family planning field workers. *Asian Journal of Medical and Biological Research*, 7(1), 56–63. <https://doi.org/10.3329/ajmbr.v7i1.53309>

- Khatun, M. A., Saha, A. K., Aktar, S., & Hasin, F. (2021). Knowledge on integrated management of childhood illness among health and family planning field workers. *Asian Journal of Medical and Biological Research*, 7(1), 56–63. <https://doi.org/10.3329/ajmbr.v7i1.53309>
- Komala, N. S., M.Mukhtar, Hipni, R., & Setiawati, E. (2022). Umur Balita Dan Status Imunisasi Pentabio (Dpt Hb-Hib) Dengan Kejadian Ispa Pada Balita. *Mahakam Midwifery Journal*, 7(1).
- Kurniawan, A. W., Maulina, R., & Fernandes, A. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Berat Badan Kurang pada Balita di Timor Leste. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(3), 139–147. <https://doi.org/10.22146/JKESVO.69648>
- Lal, P., Upadhyay, A., Garg, S. K., & Pandey, A. K. (2021). Impact of Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) Training on Case Identification and Management Skills Among Undergraduate Medical Students in a Developing Country: A Case-control Study. *Journal of Medical Education*, 19(4). <https://doi.org/10.5812/jme.110046>
- Lastianingsih, S. (2021). Integrated Management Childhood Illness (MTBS) in Primary Health Care: Literature Review. *Science and Technology*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010123.pub2.www>
- Maimunah, S., Istiqamah, I., & Dona, S. (2022). Studi Deskriptif Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Masa Pandemi COVID 19 Di Puskesmas Anjir Pasar Tahun 2020. *Proceeding Of Sari Mulia University Midwifery National Seminars*, 3(1). <https://doi.org/10.33859/psmumns.v3i1.699>
- Maryam, A. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut*. Prodi Kesehatan Masyarakatprogram Pasca Sarjana, Universitas Indonesia Timurilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut.
- Maryam, A. (2020). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut*. Prodi Kesehatan Masyarakatprogram Pasca Sarjanauniversitas Indonesia Timurilmu Kesehatan Masyarakat Lanjut.
- Masrizal, Arifin, Z., & Nurti, Y. (2023). Pengetahuan masyarakat terhadap pilihan pengobatan antara medis tradisional dan medis modern. *Jurnal Pendidikan Sejarah Dan Riset Sosial Humaniora*, 6(1).

- Mastuti, M., Majid, R., & Asriati, A. (2021). Analisis Komparatif Implementasi Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit Pada Puskesmas Di Kota Kendari. *Jurnal Kendari Kesehatan* 1(1).
- Maulida, M. (2020). Teknik pengumpulan data dalam metodologi penelitian. *Journal Online IAI Darusalam*, 1(2). [doi:http://dx.doi.org/10.58791/drs.v21i2.39](http://dx.doi.org/10.58791/drs.v21i2.39)
- McCollum, E. D., Ahmed, S., Roy, A. D., Islam, A. A., Schuh, H. B., King, C., Hooli, S., Quaiyum, M. A., Ginsburg, A. S., Checkley, W., Baqui, A. H., & Colbourn, T. (2023). Risk and accuracy of outpatient-identified hypoxaemia for death among suspected child pneumonia cases in rural Bangladesh: a multifacility prospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 11(9). [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00098-X)
- Meno, F. O., Makhado, L., & Matsipane, M. (2019). Factors inhibiting implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (MTBS) in primary health care (PHC) facilities in Mafikeng sub-district. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100161>
- Ministry of Health. (2004). Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Strategy and Implementing Guidelines Ministry of Health Timor-Leste.
- MoH, U. W. (2016). *Timor Demographic and Health Survey*. Dili: Tatoli.
- Ministry of Health. (2011). National Health Sector Strategic Plan 2011-2030: Towards a healthy a Timorese people in Healthy Timor-Leste. Available from Http://Www.Searo.Who.Int/Timorleste/Publications/NatioNal_health_sector_plan.Pdf?Ua=1.
- Ministry of Health. (2019). *Integrated Management of Childhood Illnesses*. Ministry of Health Timor Leste.
- Ministry of Health. (2019). *Integrated Management of Childhood Illnesses* . Ministry of Health Timor Leste.
- Ministry of Health. (2020). *National Health Sector Strategic Plan 2011-2030: Towards a healthy a Timorese people in Healthy Timor-Leste*. Available from Http://Www.Searo.Who.Int/Timorleste/Publications/NatioNal_health_sector_plan.Pdf?Ua=1.
- Ministry of Health. (2022). *Integrated Management of Childhood Illnesses (MTBS) Strategy and Implementing Guidelines Ministry of Health Timor-Leste*.

- Moertini, V. S., Harjono, K. D., Studi, P., Informatika, T., Teknologi, F., Parahyangan, U. K., Ciumbuleuit, J., & Bandung, K. (2023). Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Untuk Puskesmas diadaptasi dari Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) yang dikembangkan oleh World Health. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 20(1).
- Morikawa, M. J. (2021). Unresolved issues in implementing integrated management of childhood illness (MTBS) approach. In *International Journal of Health Policy and Management* (Vol. 10, Issue 5, pp. 293–294). Kerman University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.89>
- Mrisho, M., & Mafwiri, M. (2020). Evaluation of the integration of eye care for children into primary health care system in Tanzania. *Ifakara Health Institute & Muhimbili University of Health and Allied Sciences*.
- Munarsih, E., Noprizon, Natasia Rahajeng, V., & Duvadilan Wibowo, V. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Swamedikasi Diare pada Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Bhakti Pertiwi Palembang. *Jurnal Ilmiah Bakti Farmasi*, 7(1). <https://doi.org/10.61685/jibf.v7i1.66>
- Munawar. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Barrang Lompo Kota Makassar Tahun 2019. *Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin*.
- Muslimin, M. (2020). Penatalaksanaan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Balita Dengan Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 479–487. <https://doi.org/10.38165/jk.v5i1.161>
- Nandini, N., Inggita Raiesa Rahmi, Anam, M. S., Pratiwi, J., Patria Jati, S., & Dewanti, N. A. Y. (2023). Training and Assistance in Integrated Management of Childhood Illness for Pneumonia and Diarrhea Cases. *Darmabakti Cendekia: Journal of Community Service and Engagements*, 5(1). <https://doi.org/10.20473/dc.v5.i1.2023.8-15>
- Nasiri, Y. Al, Balushi, A. Al, Oraimi, F. Al, & Awaidy, S. Al. (2023). Integrated Management of Childhood Illness in Oman: 16 Years of Pre-service Initiatives for Education and Training. In *Oman Medical Journal* (Vol. 38, Issue 6). <https://doi.org/10.5001/omj.2023.127>
- Notoatmodjo, S. (2021). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. EGC: Dosen dan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Nugroho, T. R., & Hermanto, Y. P. (2023). Konseling Pastoral Kedukaan. Sanctum Domine: *Jurnal Teologi*, 13(1). <https://doi.org/10.46495/sdjt.v13i1.203>

- Oladokun, T. F., Odetola, T. D., & Abiona, M. (2022). Factors Influencing Implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (MTBS) among Health Care Workers in Selected Primary Health Centres in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Health Sciences*, 35(5), 662–670.
- Omobowale, O., & Owoaje, E. (2023). A Qualitative Exploration on Knowledge of Community-Integrated Management of Childhood Illnesses among Community Resource Persons and Primary Health Care Workers in Oyo State, Nigeria. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 6(03). <https://doi.org/10.36349/easms.2023.v06i03.003>
- Padilla-Choperena, C., Amador-Ahumada, C., & Puello-Alcocer, E. (2018). Effectiveness of the implementation of community MTBS strategy in Montería, Colombia. *Enfermeria Global*, 265–277. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.304901>
- Pandya, H., Slemming, W., & Saloojee, H. (2018). Health system factors affecting implementation of integrated management of childhood illness (MTBS): Qualitative insights from a South African province. *Health Policy and Planning*, 33(2), 171–182. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx154>
- Pati, D. U. (2023). *Risk Factors For Diarrhea In Noebaba District, Timor Tengah Selatan Regency*. Indonesia : Journal Kesehatan Tumbu Sai.
- Petzold, S., Rosenberger, K. D., Wills, B., Deen, J., Weber, M. W., & Jaenisch, T. (2022). Dengue algorithms integrated into the MTBS guidelines: An updated assessment in five Southeast-Asian countries. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 16(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010832>
- Pinto, J. (2020). The Evaluation of the Application on Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) Referred to Acute Diarrhea in Sick Children from 2 Months to 5 Years Old at Community Health Centers, Dili, Timor Leste. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 5(12). www.ijisrt.com401
- Pinto, J. (2024). *Tantangan Implementasi Kebijakan Manajemen Terpadu Balita* (1 ed., Vol. 1). (A. N. Putro, Ed.) Indonesia: Tahta Media Group. Retrieved Mei 19, 2024, from <https://isbn.perpunas.go.id/Account/SearchBuku?searchtxt=978-147-344-8searchChat+ISBN>
- Pinto, J., Boavida Tilman, C., Fátima, E., Pereira, X., Enf, L., Acacio De Jesus, D., Jarona, M. M., Kes, M., & Purba, L. I. N. (2020). Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) implementation at community health centers in Aileu municipality, Timor Leste: Health Workers “Perceptions.” *Healthcare*. <https://www.sciencedirect.com/journal/healthcare>
- Pinto, J., Peristiowati, Y., Puspitasari, Y., Indasah, I., Pinto, A., & Gusmão, O. M. G. M. (2023). The Implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in

- Sick Children from 2 Months up to 5 Years Age Old with Diarrhea in Community Health Center. *Journal of Community Engagement in Health*, 6(2). <https://doi.org/10.30994/jceh.v6i2.533>
- Pinto, Puspitasari, Peristiowati. (2024). *Strategi Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat* (1 Ed., Vol. 1). (A. N. Putro, Ed.) Jakarta: Tahta Media Group. Retrieved Mei 19, 2024, from <https://isbn.perpunas.go.id/Account/SearchBuku?searchtxt=978-147-343-1&searchChat=ISBN>
- Purwaningsih, H., Wijayanti, F., & Trimawati, T. (2020). Pengembangan media penyuluhan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi tenaga kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.32504/hspj.v4i1.244>
- Purwati, R., & Dwiaini, I. (2022). Hubungan Mutu Pelayanan Puskesmas Standar MTBS dengan Pemberian Obat Untuk Kesembuhan Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Kab. Dharmasraya. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1). <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1755>
- Puspitarini, D., & Hendrati, L. Y. (2019). The Evaluation of Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) Pneumonia in Public Health Center at District Lumajang. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 1(2), 291–301.
- Rahmah, R., & Astuti, Y. (2021). The implementation of integrated management of children illness in primary health community in yogyakarta, indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 315–318. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5808>
- Rahmah, R., & Astuti, Y. (2021). The implementation of integrated management of children illness in primary health community in yogyakarta, indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 315–318. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5808>
- Rahman, A. E., Ameen, S., Hossain, A. T., Jabeen, S., Majid, T., Uddin, A. A., Tanwi, T. S., Banik, G., Shaikh, M. Z. H., Islam, M. J., Ashrafee, S., Alam, H. M. S., Saberini, A., Kabir, A. E., Ahmed, S., Khan, M., Ahmed, A., Rahman, Q. S. ur, Chisti, M. J., ... Campbell, H. (2022). Success and time implications of SpO2 measurement through pulse oximetry among hospitalised children in rural Bangladesh: Variability by various device-, provider and patient-related factors. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04036>
- Rahman, A. E., Jabeen, S., Fernandes, G., Banik, G., Islam, J., Ameen, S., Ashrafee, S., Hossain, A. T., Alam, H. M. S., Majid, T., Saberini, A., Ahmed, A., Kabir, A. E., Chisti, M. J., Ahmed, S., Khan, M., Jackson, T., Dockrell, D. H., Nair, H., ... Campbell, H. (2022). Introducing pulse oximetry in routine IMCI services in Bangladesh: A context-

- driven approach to influence policy and programme through stakeholder engagement. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/JOGH.12.06001>
- Rany, N. (2023). *Strategi Promosi Kesehatan* (1 ed., Vol. Pertama). (A. Masruroh, Ed.) Jawa Barat: Widina Media Utama. Retrieved April 6, 2025
- Reel, B., Sulemanji, D., Musa, N. L., & Ralston, M. (2022). Pediatric Resuscitation Guidelines for Limited-Resource Settings. In *Pediatric Procedural Adaptations for Low-Resource Settings: a Case-Based Guide*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-99955-1_11
- Reñosa, M. D., Dalglish, S., Bärnighausen, K., & McMahon, S. (2020). Key challenges of health care workers in implementing the integrated management of childhood illnesses (MTBS) program: a scoping review. In *Global Health Action* (Vol. 13, Issue 1). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1732669>
- Rodja, D. A. S., & Dodo, D. O. (2023). Evaluasi Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Di Puskesmas Kota Ratu Kabupaten Ende Tahun 2021 INFORMASI ABSTRACT. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(3).
- Rosales, A., & Weinbauer, K. (2022). *C-IMCI HANDBOOK Community-Integrated Management of Childhood Illness*. Catholic Relief Services.
- Sallam, S. A., El-Mazary, A.-A. M., Ashraf, O. M., & Bahaa, M. A. (2019). Integrated Management of Childhood Illness (MTBS) Approach in management of Children with High Grade Fever ≥ 39 o. *International Journal of Health Sciences*, 10(2).
- Santos, I. L. F. dos, Gaíva, M. A. M., & Salge, A. K. M. (2018). Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49053>
- Saragih, R., Marbun, R. C., Sitorus, M. H., & ... (2021). Pengembangan Kurikulum Prodi Pastoral Konseling Berbasis Kearifan Lokal. *Regula Fidei: Jurnal ...*, 6(2).
- Seid, S. S., Sendo, G., Haso, T. K., & Amme, S. (2019). Utilization of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) Guidelines and Associated Factors among Nurse at Public Health Institutions in West Arsi Zone, South East Ethiopia. *Clinics Mother Child Health*, 16(1). <https://doi.org/10.24105/2090-7214.1000313> (Creswell, 2012) (Creswell, 2012) (Creswell, 2012)
- Setiawan, D. E. (2023). Memahami Potensi Positive Self-Talk Sebagai Alat Dalam Konseling Pastoral: Analisis Studi Kualitatif. *POIMEN Jurnal Pastoral Konseling*, 4(1).
- Setiawan, H. F., Hamisah, I., & Fahdhienie, F. (2021). Faktor Risiko Kejadian Malaria Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Krueng Sabee Kabupaten Aceh Jaya. *Jurnal*

- Bahana Kesehatan Masyarakat (Bahana of Journal Public Health), 5(2), 65–71.
<https://doi.org/10.35910/JBKM.V5I2.527>
- Shah, M., Ahmed, S., Rana, S., Mothabbir, G., Islam, J., & Islam, S. (2022). Barriers for using amoxycillin dispersible tablet in pediatric pneumonia treatment in Bangladesh. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.168>
- Sherliawati, W. (2021). Kepercayaan masyarakat terhadap dukun: Studi kasus di lingkungan 5 kelurahan Yukum jaya kecamatan Terbanggi besar kabupaten Lampung Tengah.
- Siregar, I. S. (2019). *Analisis Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Dengan Kejadian Ispa Balita Di Puskesmas Pasar Gambir Kota Tebing Tinggi Tahun 2019*.
- Sitindaon, R. H. (2021). Pastoral Konseling Kepada Anak “Anak Butuh Konseling.” In *Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia*.
- Slagboom, M. N., Reis, R., Tsai, A. C., Büchner, F. L., van Dijk, D. J. A., & Crone, M. R. (2021). Psychological distress, cardiometabolic diseases and musculoskeletal pain: A cross-sectional, population-based study of syndemic ill health in a Dutch fishing village. *Journal of Global Health*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04029>
- Soarez, Mirandolina and Moniz, Armandina. 2023. "UNICEF minta Dukungan PN Cegah Malnutrisi dan Kematian Anak di Timor Leste". diakses dari <https://id.tatoli.tl/2023/09/20/unicef-minta-dukkungan-pn-cegah-malnutrisi-dan-kematian-anak-di-timor-leste/>
- Sudrajat,I., Ginting,N., Awal,G.A (2023). National Conference of Local Wisdom-VII. Kearifan Lokal untuk mewujudkan Lingkungan Binaan yang tangggung (resilience)
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Kuantitatif,Kualitatif dan R&D. In *Ke-26*.
- Sugiyono. (2020). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D, edisi 31 *Bandung: Alfabeta*.
- Sugiyono. (2022). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. *Bandung: Alfabeta*.
<https://doi.org/10.1016/j.drudis.2010.11.005>
- Sujarno. (2021). Model Dan Pendekatan Pemberdayaan MasyarakaT “Sebuah Kajian Teoretis (Vol. 1). (E. Kusumawardani, Ed.) Yogyakarta, Yogyakarta, Indonesia: UGM Press. Retrieved February 19, 2024

- Sulaeman, E. (2020). *Pemberdayaan Masyarakat di bidang Kesehatan. Teori dan praktek* (Vol. 3). (Moulidvi, Ed.) Surakarta: Gajah Mada University Press. Retrieved February 01, 2024
- Sulaeman, E. S. (2021). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*. Gajah Mada University Press. https://books.google.tl/books/about/pemberdayaan_masyarakat_di_bidang_keseha.html?id=qOpIEAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=id&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Sumaiyah, Melda Suhita, B., & Katmini. (2020). Behavior of Midwife in Implementation Integrated Management of Toddler Sickness (IMCM) in the Ardimulyo Community Health Center in Malang Regency. *The 2 Nd Strada International Conference* , 2(1). <https://doi.org/10.30994/sich2.v2i1.35>
- Supriadi, S., Suryani, S., Anggresani, L., Perawati, S., & Yulion, R. (2022). Analisis Obat Tradisional Dan Obat Modern Digunakan Untuk Pengobatan Sendiri (Swamedikasi) Oleh Masyarakat. *Jurnal Kesehatan*, 14(2).
- Temitope D Afolalu. (2020). *Factors Influencing the Implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses in Selected Health Center open access. International Journal of Family Medicine and Primary Care*, 1(6).
- Thunberg, A., Zadutsa, B., Phiri, E., King, C., Langton, J., Banda, L., Makwenda, C., & Hildenwall, H. (2022). Hypoxemia, hypoglycemia and IMCI danger signs in pediatric outpatients in Malawi. *PLOS Global Public Health*, 2(4 April). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000284>
- Tjirare, L. T., & Tlale, L. (2021). Improving child health care in botswana: What can be done? *Pan African Medical Journal*, 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.242.29139>
- Tsegaye, A. T., Pavlinac, P. B., Walson, J. L., & Tickell, K. D. (2023). The diagnosis and management of dehydration in children with wasting or nutritional edema: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002520>
- Tshivhase, L., Madumo, M. M., & Govender, I. (2020). Challenges facing professional nurses implementinthe integrated management of childhood illness programme in rural primary health care clinics, Limpopo Province, South Africa. *South African Family Practice*, 62(1), 1–6. <https://doi.org/10.4102/safp.v62i1.5060>

- Vidal, P.M. (2021). *Estatística Prática para as Ciências da Saúde, teoria, Exercícios e Soluções* (Vol. 2). Portugal, Lisboa-Porto, Portugal : Lidel. Retrieved August 20, 2024
- Wahyudi, T., Utomo, E. K., Sani, F. N., Lastianingsih, S., Azali, P., & Agustinaningrum, D. (2021). Integrated Management Childhood Illness (MTBS) in Primary Health Care: Literature Review. *Science and Technology*, 77–79. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010123.pub2.wv>
- Wahyudi, T., Utomo, E. K., Sani, F. N., Lastianingsih, S., Azali, P., & Agustinaningrum, D. (2021). Integrated Management Childhood Illness (IMCI) in Primary Health Care: Literature Review. *Science and Technology*, 77–79. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010123.pub2>
- Wang, H., Li, Y., Huang, Z., & Dou, Y. (2022). IMCI: Integrate Multi-view Contextual Information for Fact Extraction and Verification. *Proceedings - International Conference on Computational Linguistics, COLING*, 29(1).
- Wasliah, I., & Bahtiar, H. (2022). Efektifitas Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Terhadap Kesembuhan Ispa Balita Diwilayah Kerja Puskesmas Tanjung Karang. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 12(02). <https://doi.org/10.57267/jisym.v12i02.191>
- Weiss, W., Piya, B., Andrus, A., Ahsan, K. Z., & Cohen, R. (2022). Estimating the impact of donor programs on child mortality in low- and middle-income countries: a synthetic control analysis of child health programs funded by the United States Agency for International Development. *Population Health Metrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00278-9>
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion (serial online). Ottawa, 21 November 1986. Available online: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO, & UNICEF. (2022). *MTBS planning guide integrated management of childhood illness Gaining experience with the MTBS strategy in a country*.
- WHO. (2020). *Information on Integrated Management Of Childhood Illness*
- Windi Chusniah Rachmawati. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* (1st ed.). Wineka Media.
- Yonanda, D. A., Supriatna, N., Hakam, K. A., & Sopandi, W. (2022). Kebutuhan Bahan Ajar Berbasis Kearifan Lokal Indramayu Untuk Menumbuhkan Ecoliteracy Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Cakrawala Pendas*, 8(1), 173–185. <https://doi.org/10.31949/JCP.V8I1.1927>
- Yusup, M. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif & Gabungan* (Vol. V). Padang: PrenadaMedia Group. Retrieved May 18, 2024

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Info Consent

**Judul Penelitian : Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit
Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian
Balita Di Kotamadya Aileu Dan Liquça**

Nama saya **Joaquim Pinto**, Mahasiswa Doktoral Kesehatan Masyarakat- **Universitas STRADA Indonesia**. Maksud diadakannya penelitian ini adalah sebagai syarat untuk memperoleh gelar Doktor Kesehatan Masyarakat pada **Universitas Strada Indonesia**. Demi tercapainya tujuan penelitian ini, peneliti berharap Bapak/Ibu mengisi kuesioner/memberi informasi dengan lengkap dan jujur. Kami menjamin akan kerahasiaan semua informasi yang bapak/ibu berikan dan berjanji bahwa informasi berikan hanya untuk kepentingan penulisan disertasi dan tidak bermaksud lain. Peneliti juga mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya atas kesediaan Bapak/Ibu yang telah meluangkan waktunya untuk mengisi kuesioner ini dan tidak lupa mohon maaf apabila terdapat pertanyaan yang kurang berkenan.

Kami mengharapkan tanggapan/ jawaban yang bapak/ibu berikan sesuai dengan pendapat dari hati nurani sendiri dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin semua kerahasiaan atas pendapat dan identitas bapak/ibu. Informasi yang bapak/ibu berikan hanya akan dipergunakan untuk penulisan disertasi dan bukan semata-mata untuk mencari kelemahan atau kelebihan bapak/ibu dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud tertentu untuk menjatuhkan nama bapak/ibu. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat “volunter”(bebas) atau tanpa adanya paksaan .

Jika bapak/ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, silakan saudara menanda tangani kolom dibawah ini.

Tanggal	
No. Kontak	
Tanda tangan	

Lampiran II : Kuisisioner Tahap I

Usia	1. 21-30 th 2. 31-40 th 3. 41-50 th 4. >51 th	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Jenis kelamin	1. Pria 2. Wanita	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Status perkawinan	1. Belum menikah 2. Menikah 3. Duda/Janda	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tingkat pendidikan terakhir yang pernah ditamatkan	1. SLTA 2. Diploma 3. S1 4. S2 5. S3	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Pekerjaan	a. Swasta b. PNS c. Petani d. Ibu Rumah Tangga e. Lain-lain	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Jarak dari Rumah ke Puskesmas	< 1 km 2-4 km 5-7 km >7 km	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Yang membawa balita ke Puskesmas	Ayah Ibu Nenek Saudara	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

A. Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan cermat setiap butir pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan keadaan Sdr/i.
3. Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan pilihan.
4. Tidak ada jawaban yang benar atau salah dalam kuesioner ini.
5. Keterangan Jawaban dan skala pengukuran kuesioner:

1 = STS	: Sangat Tidak Setuju
2 = TS	: Tidak Setuju
3 = N	: Netral
4 = S	: Setuju
5 = SS	: Sangat Setuju

PEMBERDAYAAN (X1)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Promotive	Petugas Kesehatan melakukan Sosialisasi Kesehatan terkait kesehatan ibu dan bayi					
2		Petugas Kesehatan melaksanakan Pendidikan Kesehatan terkait kesehatan ibu dan bayi					
3		Adanya tanggapan positif dari Public dan Relation terkait pemberdayaan kesehatan ibu dan bayi					
4	Preventif	Petugas Kesehatan melakukan Pencegahan Terhadap penyakit balita					
5		Petugas Kesehatan melakukan Pencegahan Terhadap penyakit ibu hamil					
6		Petugas Kesehatan melakukan Pencegahan Terhadap penyakit ibu menyusui					
7	Kuratif	Petugas Kesehatan melakukan Penyembuhan Terhadap penyakit balita					
8		Petugas Kesehatan melakukan Penyembuhan Terhadap penyakit ibu hamil					
9		Petugas Kesehatan melakukan Penyembuhan Terhadap penyakit ibu menyusui					

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN (X2)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	<i>Advocacy</i> (advokasi)	Petugas Kesehatan melakukan presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat					
2		Petugas Kesehatan melaksanakan pemaparan latar belakang program terkait Kesehatan ibu dan bayi.					
3		Petugas Kesehatan melakukan Sosialisasi Terhadap masyarakat yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat					
4		Masyarakat memahami program Kesehatan ibu dan bayi					
5		Sosialisasi Kesehatan ibu dan bayi telah dilakukan dengan baik					
6	<i>Social Support</i> (dukungan masyarakat)	Adanya Kunjungan tokoh masyarakat dalam program Kesehatan ibu dan bayi					
7		Terdapat pelatihan tokoh masyarakat dalam program Kesehatan ibu dan bayi					
8		Adanya bimbingan pada kader Kesehatan dalam program Kesehatan ibu dan bayi					
9		Terdapat dukungan yang kuat dari masyarakat terkait Kesehatan ibu dan bayi					
10		Masyarakat melaksanakan arahan program Kesehatan ibu dan bayi dengan baik					
11	Pemberdayaan Masyarakat	Program Kesehatan ibu dan bayi dapat meningkatkan kualitas sumberdaya manusia					
12		Program Kesehatan ibu dan bayi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat					
13		Adanya komunitas masyarakat dalam program Kesehatan ibu dan bayi					
14		Program Kesehatan ibu dan bayi ditaati oleh masyarakat					
15		Terdapat kendala dalam Program Kesehatan ibu dan bayi ditaati oleh masyarakat					

Local Wisdom “Matan-Dook” (Z)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Nilai	<i>Matan-Dook</i> dapat membantu mencari penyebab suatu penyakit (
2		<i>Matan-Dook</i> dapat diterapkan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat					
3		Nilai <i>Matan-Dook</i> dalam intropeksi diri dapat dijadikan intropeksi diri bagi kesehatan masyarakat					
4		Nilai intropeksi diri yang terdapat dalam <i>Matan-Dook</i> dapat membantu tahap rehabilitasi medis					
5		<i>Matan-Dook</i> dapat bertransformasi dari kepercayaan menjadi model dalam promosi kesehatan					
6		Nilai kejurjuran dalam <i>Matan-Dook</i> dapat diterapkan dalam ketaatan pasien mengikuti prosedur kesehatan					
7		Petugas kesehatan dapat mengambil nilai naktei dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat					
8	Keyakinan	Keyakinan <i>Matan-Dook</i> dapat dikembangkan menjadi pendidikan dalam pengetahuan kesehatan masyarakat					
9		Kesehatan masyarakat tidak hanya pada sebuah keyakinan namun harus ada tindakan					
10		Melalui tindakan kesehatan maka keyakinan yang timbul sudah sesuai dengan prosedur kesehatan					

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Y)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Faktor Pengetahuan	Pengetahuan masyarakat Terhadap Kesehatan ibu hamil					
2		Pengetahuan masyarakat Terhadap Kesehatan ibu menyusui					
3		Pengetahuan masyarakat Terhadap Kesehatan bayi					
4	Faktor Ekonomi	Masyarakat ekonomi tinggi berpengaruh Terhadap Kesehatan ibu dan bayi					
5		Masyarakat ekonomi sedang berpengaruh Terhadap Kesehatan ibu dan bayi					
6		Masyarakat ekonomi lemah berpengaruh Terhadap Kesehatan ibu dan bayi					
7	Kemampuan Petugas Kesehatan	keterampilan petugas kesehatan					
8		tatalaksana kasus balita sakit					
9		Kemampuan menangani Kesehatan ibu					
10	Sistem Kesehatan	terintegrasinya program kesehatan dalam satu kali pemeriksaan MTBS					
11		Pemisahan pemeriksaan ibu dan bayi					
12		Pengkategorian penanganan penyakit ibu dan bayi					
13	Pemberdayaan Masyarakat	Peningkatan praktik keluarga dan masyarakat dalam Kesehatan ibu dan bayi					
14		upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit					
15		meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan)					

Lampiran III Pertanyaan Penelitian Tahap II

**Judul Penelitian :Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit
Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian
Balita Di Kotamadya Aileu Dan Liquça**









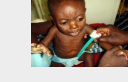



Usia	5. 21-30 th	<input type="radio"/>
	6. 31-40 th	<input type="radio"/>
	7. 41-50 th	<input type="radio"/>
	8. >51 th	<input type="radio"/>
Jenis kelamin	3. Pria	<input type="radio"/>
	4. Wanita	<input type="radio"/>
Status perkawinan	1. Belum menikah	<input type="radio"/>
	2. Menikah	<input type="radio"/>
	3. Duda/Janda	<input type="radio"/>
Tingkat pendidikan terakhir yang pernah ditamatkan	1. Tidak sekolah	<input type="radio"/>
	2. Tamat SD	<input type="radio"/>
	3. Tamat SMP	<input type="radio"/>
	4. Tamat SLTA	<input type="radio"/>
	5. Lulus Diploma	<input type="radio"/>
	3. Lulus S1	<input type="radio"/>
	4. Lulus S2	<input type="radio"/>
	5. Lulus S3	<input type="radio"/>
Pekerjaan	f. Swasta	<input type="radio"/>
	g. PNS	<input type="radio"/>
	h. Petani	<input type="radio"/>
	i. Ibu Rumah Tangga	<input type="radio"/>
	j. Lain-lain	<input type="radio"/>
Jarak dari Rumah ke Puskesmas	< 1 km	<input type="radio"/>
	2-4 km	<input type="radio"/>
	5-7 km	<input type="radio"/>
	>7 km	<input type="radio"/>
Yang membawa balita ke Puskesmas	Ayah	<input type="radio"/>
	Ibu	<input type="radio"/>
	Nenek	<input type="radio"/>
	Saudara	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>




Favor le'e ho kuidadu perguntas nebe mak mensiona iha kraik.

A. Kondisi Balita Sakit





Karik resposta los tau sinal (✓) iha koluna los no karik resposta la los tau sinal (✓) iha koluna sala







Jika jawaban benar beri tanda(✓) pada kolom benar dan jika salah beri tanda (✓) pada kolom salah Tentang apa yang dialami oleh Bayi Anda

No	Figura	Pergunta (pertanyaan)	Resposta (Jawaban)	
			Los (benar)	Sala (salah)
1		<i>La hemu ou la susu</i> Tidak bisa minum atau menyetek		
2		<i>Konvulsaun/bestidu mutin saé</i> Kejang		
3		<i>Muta sai hotu saida mak labarik han ou hemu</i> Memuntahkan semua apa yang dimakan atau diminum		
4		<i>Toba dukur liu ou la bok an ou fraku bok an</i> Letargis atau tidak sadar		
5		<i>Susar dada iis no hirus matan tama ba laran</i> Sukar bernapas dan tarikan dinding dada kedalam		
6		<i>Isin manas makas ou isin malirin makas</i> Demam atau kedinginan		
7		<i>Soe be'e bot liu dala 3 iha oras 24 nia laran</i> Buang air besar lebih dari 3x dalam 24 jam		
8		<i>Teé kahur ho raan</i> Berak bercampur darah		
9		<i>Isin krekas no kulit taka ruin</i> Kurus kering dan kulit tutup kulit		
10		<i>Ain rua bubu hotu</i> <i>Kedua kaki bengkak</i>		
11		<i>Bubu iha tilun kotuk</i> Pembengkakan dibelakang telinga		
12		<i>Mosu kinur iha isin lolon</i> Kekuningan di seluruh tubuh		

13		<i>Kanek iha isin lolon ka infeksaun</i> Luka diseluruh tubuh atau infeksi		
14		<i>Raan no tasak sai iha usar</i> Pus keluar dari pusar		
15		<i>Mosu Infeksaun iha matan</i> Infeksi mata		

B. Tindakan pada Balita Sakit

No	Figura	Pergunta (pertanyaan)	Resposta (Jawaban)	
			Los (benar)	Sala (salah)
1		<i>Asaun saida mak sei fo ba labarik karik nia lakohi susu ou nia_rejeita hemu, konvulsaun, muta sai hotu, toba dukur liu/laterjia.:<u>tenki lori lalais ba fasilidade saude</u></i> Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika menolak minum atau tidak menyusui, kejang, memuntahkan semuanya : <u>harus segera bawah ke Fasilitas pelayamam kesehatan</u>		
2		<i>Asaun saida mak sei fo ba labarik karik mosu Susar dada iis no_hirus matan tama ba laran : <u>Lori lalais ba matan dook</u></i> Tindakan apa diberikan kepada jika balita Sukar bernapas dan tarikan dinding dada kedalam : <u>segera dibawah ke matan dook</u>		
3		<i>Asaun saida mak sei fo ba labarik ho kondisaun Isin manas makas ou isin malirin makas : <u>karik isin malirin taka ho rouna nebe mahar.</u></i> Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika menderit demam atau kedinginan : <u>jika kedinginan tutup dengan kain yang tebal</u>		
4		<i>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun Soe be'e bot liu dala 3 iha oras 24 nia laran : <u>Labele bebe, aifuan no seluk tan</u></i> Tindakan apa yang diberikan pada balita jika <u>Buang air besar lebih dari 3x dalam 24 jam:</u> tidak boleh beri air, buah dan lain-lain		

5		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun Isin krekas no kulit taka ruin : <u>Lori lalais ba fasilidade saude</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Kurus kering dan kulit tutup kulit : segera dibawah ke fasilitas kesehatan</p>		
6		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun Ain rua bubu hotu : <u>tratamentu iha matan dook</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Kedua kaki bengkak : <u>Pegobatan ke matan dook</u></p>		
7		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun bubu iha tilun kotuk : <u>Lori lalais ba fasilidade saude</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Pembengkakan dibelakang telinga : <u>segera ba ke fasilitas kesehatan</u></p>		
8		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun Mosu kinur iha isin lolon : <u>labele fo susu been ba bebe</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Kekuningan di seluruh tubuh : <u>tidak memberikan ASI ibu</u></p>		
9		<p>Asaun saida mak fo ba bebe ho kondisaun Kanek iha isin lolon ka infeksaun : <u>Bele halao tratamentu iha uma</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika luka diseluruh tubuh atau infeksi : <u>bisa pengobatan di rumah</u></p>		
10		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun Raan no tasak sai iha usar : <u>fase liman la uza sabaun</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Pus keluar dari pusar : <u>Cuci tangan dengan sabun</u></p>		
11		<p>Asaun saida mak fo ba labarik ho kondisaun mosu Infeksaun iha matan : <u>Labele lori lalais ba fasilidade saude</u></p> <p>Tindakan apa yang diberikan kepada balita jika Infeksi mata : <u>tidak boleh dibawah ke fasilitas kesehatan</u></p>		

Lampiran IV: Data Penelitian Tahap I

Jawaban Responden terhadap Variabel Pemberdayaan Masyarakat (X1)

X1. 1	X1. 2	X1. 3	X1. 4	X1. 5	X1. 6	X1. 7	X1. 8	X1. 9	X 1 10	X1. 11	X1. 12	X1. 13	X1. 14	X1. 15
5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	5	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3
5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3
5	4	3	3	4	3	5	4	3	5	3	4	3	3	4
4	4	4	3	5	4	3	3	3	3	4	5	4	4	4
4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	5
4	4	5	3	3	5	3	4	4	4	4	5	4	4	4
5	5	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	3	5
4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	3
4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4
4	5	4	5	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4
4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	3	5	4	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4
5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5
5	5	5	5	5	3	4	4	3	5	4	4	5	4	4
4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5
5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	4	4	4
4	5	4	5	5	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	3	5	4	3	4	3	3	4	3	4	3
4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4
3	4	4	4	5	5	3	5	4	4	4	4	4	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	3	4	5	4
4	5	4	4	5	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4
4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	5
4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3
4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
4	3	2	4	4	4	4	5	4	3	5	4	4	4	4
3	4	4	2	4	3	4	4	4	3	4	5	3	4	4
5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
2	2	5	4	3	5	4	4	4	5	5	4	4	4	1
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	4	3	5	2	3	3	3	4	5	5	3	1	4	5
4	4	5	5	5	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3
5	3	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4
3	2	4	3	4	2	2	5	2	4	4	4	4	2	4
5	3	5	3	5	5	4	5	3	4	5	5	5	5	5
3	3	4	3	4	2	3	5	3	4	4	4	4	4	4
5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	3	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5
3	4	5	3	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5
4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	4	3	4	5	3	4	5	4	4	4	4	3	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	5	3	4	5	3	4	4	5	4	4	4	4	4
5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4
2	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4

4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	4	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4
4	2	3	3	4	5	5	4	3	3	4	5	4	4	4
5	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	3	5	2	4	4	4	4	4	2	1	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	4	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	3	3	5	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3
4	5	5	4	3	4	5	4	3	4	4	4	3	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3

Jawaban Responden terhadap Variabel Promosi Kesehatan (X2)

X2 .1	X2 .2	X2 .3	X2 .4	X2 .5	X2 .6	X2 .7	X2 .8	X2 .9	X2. 10	X2. 11	X2. 12	X2. 13	X2. 14	X2. 15
4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	2	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3
4	4	3	3	2	4	4	3	4	5	4	4	5	4	5
3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	2
4	3	4	3	3	3	3	4	5	3	4	5	4	3	3
4	5	4	4	5	2	3	4	5	3	4	3	2	2	3
3	5	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	5	4	5	3	5	5	5	4	4
4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4
5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4
5	4	5	4	5	3	5	4	5	4	5	4	5	3	5
4	5	5	5	5	5	3	4	4	2	4	5	5	5	4
5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4
4	5	4	3	3	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4
4	5	5	4	3	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	3	4	3	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4
4	5	4	5	3	3	5	3	2	4	3	4	5	4	4
3	5	4	2	3	3	2	2	4	5	3	2	2	4	3
4	3	2	3	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	3
5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	4	3	4	5
5	5	4	4	3	5	4	4	3	3	4	2	2	5	3
5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4
5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	4	5	4	4	3	3	4	5	4	3	2	4	3
4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3
5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	4	3	4	3
4	4	4	4	4	4	5	4	5	3	2	5	2	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3
3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	1	4	3
3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	1	3	4
4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4
5	5	5	5	5	3	4	4	3	4	3	4	4	3	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	1	4	5	5	5	2	4	4	3	4	4	4	3	4
4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	5	3	1
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	3	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
4	5	5	3	5	5	4	5	5	5	4	4	4	3	5
5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5
4	5	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4
4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	5	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	2	4	5
4	4	2	5	5	5	4	3	4	4	4	4	4	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3
4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5	4	3	5	5	3	4	5	5	5	5	5	1	5	5
4	4	3	3	4	4	5	4	4	3	4	4	1	5	4
3	4	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	3	4	3
3	3	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	2	4	4	4	5	2	2	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	5	5	5
3	3	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	1	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	3	4	4	3	4	3	5	2	4	5	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3
4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3

[illegible]

3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Jawaban Responden terhadap Variabel Local Wisdom “Matan-Dook” (Z)

Y. 1	Y. 2	Y. 3	Y. 4	Y. 5	Y. 6	Y. 7	Y. 8	Y. 9	Y.1 0
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	4	3	3	3	3	5	4	5
4	3	5	5	3	2	5	4	4	4
3	4	4	4	3	3	3	3	3	4
4	3	4	4	4	4	4	3	3	4
4	3	2	3	4	2	3	3	4	4
5	4	3	3	5	4	4	5	5	3
4	4	5	4	4	4	3	4	5	3
3	4	4	4	5	5	4	4	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
4	5	4	4	5	5	5	5	4	5
5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
4	5	5	4	5	5	5	5	4	5
5	5	4	4	5	4	5	5	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	5	5	4	5	5	5	5	4
5	4	5	5	3	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	1	1	5	1	1	1	3	1	5
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
4	2	3	3	3	3	3	3	3	4
4	4	4	4	4	3	2	3	3	4
3	4	3	4	3	4	3	3	4	3
3	2	2	2	3	1	2	4	4	5
3	5	5	5	5	5	5	4	4	5
3	4	3	3	4	3	3	3	3	3
3	5	3	4	4	3	1	5	2	4
4	2	2	2	3	2	2	2	1	2
5	1	2	2	1	2	1	2	2	1
5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
5	4	4	5	5	4	4	5	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	3	3	3	4	5	5	5	5	5
4	3	4	3	3	5	3	3	3	3
5	5	4	4	4	4	3	3	4	4

5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	5	4
5	4	5	5	4	5	4	4	4	5
5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
4	5	5	5	4	5	4	5	5	5
4	5	4	4	4	4	4	4	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	2	2	3	3	2	2	4	3	5
4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	1	2	2	2	3	1	4	2	4
4	4	3	3	4	4	4	4	3	4
3	5	4	5	5	5	5	5	5	5
4	1	1	2	2	3	3	4	3	4
5	5	5	5	4	5	5	4	5	5
4	4	2	3	3	2	3	2	1	4
3	2	1	3	4	2	4	4	1	1
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	1	2	2	3	3	2	1	4
3	3	3	4	4	4	4	5	2	5
3	3	4	5	3	4	3	4	4	5
3	3	3	4	4	4	4	5	2	5
4	2	2	2	2	2	2	2	2	4
3	2	4	4	4	4	4	4	3	3
5	2	2	1	1	1	1	3	2	5
4	4	4	5	4	5	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
3	4	4	3	3	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	5	4	4	5	4	5	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	2	2	3	3	2	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
4	5	5	4	4	4	4	4	4	5

1	5	1	1	5	5	2	5	1	5
5	3	2	1	3	3	1	3	3	4
5	4	4	3	4	4	3	4	3	4
5	3	3	3	3	3	3	3	3	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	2	2	2	2	2	2	2	2	3
5	2	2	3	2	3	2	3	2	4
5	3	3	2	2	2	2	3	3	4
5	1	1	1	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	1	1	1	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	3	3	3	3	4
4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	4	2	2	2	2	4	2	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	3	4	4	4	2	2	2	4	3
4	4	3	4	3	3	4	3	3	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	2	2	2	2	2	2	2	3
5	2	2	2	2	2	2	2	2	3
4	1	2	2	2	2	2	2	2	3
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	3	3	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	3
4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	3
4	5	4	4	4	4	3	3	3	3
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2

[illegible]

5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Jawaban Responden terhadap Variabel Implementasi MTBS (Z)

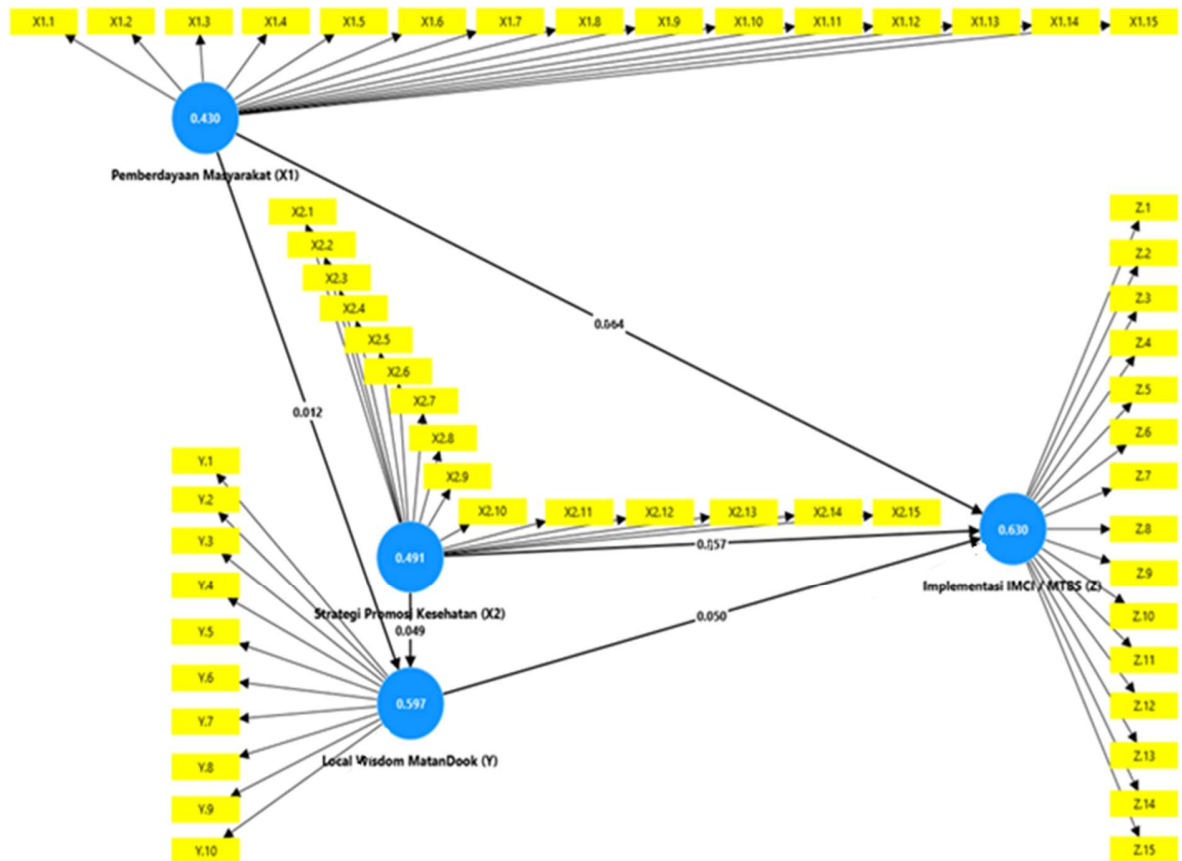
Z.1	Z.2	Z.3	Z.4	Z.5	Z.6	Z.7	Z.8	Z.9	Z.10	Z.11	Z.12	Z.13	Z.14	Z.15
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3
4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4
3	3	3	4	4	2	2	2	3	3	4	4	2	2	2
5	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3
4	4	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4
4	4	5	5	4	4	3	5	4	5	5	4	4	3	5
4	4	4	5	4	3	4	3	3	4	5	4	3	4	3
4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5
4	5	4	4	4	5	4	3	4	5	4	4	5	4	3
5	4	4	5	4	4	3	4	4	5	5	4	4	3	4
5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4
4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4
4	3	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	5	4	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	3	3	4	5	4	3	4	3	3	4
4	4	4	5	3	3	4	4	4	5	5	3	3	4	4
4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5
2	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3
4	4	4	5	5	3	3	4	4	3	5	5	3	3	4
5	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4
5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5
5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4
5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	5	5	4	5	5	5	3	3	5	4	5	5	5
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3
4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
5	3	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	4	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3
4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	3	5	4	5	5	3	5	3	3	4	5	5	3	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5
4	4	4	5	4	4	4	3	5	5	5	4	4	4	3
4	4	4	3	4	5	4	4	4	5	3	4	5	4	4
5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4
4	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
1	1	5	1	1	5	5	1	1	5	1	1	5	5	1
4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4
3	4	4	4	4	3	3	3	5	5	4	4	3	3	3
5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	3	5	3	5	2	4	4	4	5	3	5	2	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5
4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4
3	3	5	5	5	3	3	3	4	4	5	5	3	3	3
3	3	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	3	3	3
3	3	5	5	5	3	3	3	4	4	5	5	5	3	5
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3
4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4

3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Lampiran IV : Olah Data SEM PLS



Coefficients

Variabels	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi MTBS (Z)	0.162	0.161	0.083	1.960	0.050
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi MTBS (Z)	0.080	0.099	0.138	0.578	0.064
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	-0.321	-0.312	0.127	2.518	0.012

Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi MTBS (Z)	0.101	0.104	0.110	0.921	0.057
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	0.273	0.260	0.139	1.968	0.049

Total Indirect Effects

Variables	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi MTBS (Z) melalui Lw-MD	-0.052	-0.052	0.032	1.620	0,065
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi MTBS (Z) melalui LW-MD	0.044	0.042	0.032	1.396	0.063

Confidence intervals

Variables	Original sample (O)	Sample mean (M)	2.5%	97.5%
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	-0.052	-0.052	-0.124	-0.000
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.044	0.042	-0.010	0.112

Confidence intervals bias corrected

Variables	Original sample (O)	Sample mean (M)	Bias	2.5%	97.5%
-----------	---------------------	-----------------	------	------	-------

Pemberdayaan Masyarakat (X1) - > Implementasi IMCI / MTBS (Z)	-0.052	-0.052	0.000	- 0.140	-0.006
Strategi Promosi Kesehatan (X2) - -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.044	0.042	- 0.002	- 0.001	0.127

Confidence intervals Bias

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Bias	2.5%	97.5 %
Pemberdayaan Masyarakat (X1) - > Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	-0.052	-0.052	0.000	- 0.140	- 0.006
Strategi Promosi Kesehatan (X2) - > Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.044	0.042	- 0.002	- 0.001	0.127

Total Effects

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.162	0.161	0.083	1.960	0.050
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.028	0.047	0.130	0.212	0.832
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	-0.321	-0.312	0.127	2.518	0.012

Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.145	0.146	0.109	1.334	0.182
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	0.273	0.260	0.139	1.968	0.049

Total Effects, Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	2.5%	97.5 %
Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.162	0.161	- 0.008	0.311
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.028	0.047	- 0.217	0.293
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	-0.321	-0.312	- 0.539	- 0.037
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.145	0.146	- 0.069	0.356
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	0.273	0.260	- 0.038	0.513

Total Effects, Confidence intervals Bias

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Bias	2.5%	97.5 %
Local Wisdom MatanDook (Y) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.162	0.161	- 0.001	- 0.017	0.304
Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.028	0.047	0.020	- 0.267	0.251

Pemberdayaan Masyarakat (X1) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	-0.321	-0.312	0.009	-0.544	-0.050
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.145	0.146	0.001	-0.071	0.353
Strategi Promosi Kesehatan (X2) -> Local Wisdom MatanDook (Y)	0.273	0.260	-0.013	-0.019	0.527

R Square

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.560	0.591	0.082	6.851	0.000
Local Wisdom MatanDook (Y)	0.179	0.234	0.104	1.720	0.085

Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	2.5%	97.5 %
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.560	0.591	0.429	0.742
Local Wisdom MatanDook (Y)	0.179	0.234	0.099	0.535

Bias

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Bias	2.5%	97.5 %
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.560	0.591	0.031	0.374	0.693

Local Wisdom MatanDook (Y)	0.179	0.234	0.055	0.051	0.300
-------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

R-Square Adjusted

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.545	0.577	0.085	6.439	0.000
Local Wisdom MatanDook (Y)	0.157	0.214	0.106	1.477	0.140

R-Square Adjusted, Confidence intervals

	Original sample (O)	Sample mean (M)	2.5%	97.5 %
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.545	0.577	0.409	0.733
Local Wisdom MatanDook (Y)	0.157	0.214	0.075	0.523

R-Square Adjusted, Confidence interval bias

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Bias	2.5%	97.5 %
Implementasi IMCI / MTBS (Z)	0.545	0.577	0.032	0.352	0.683
Local Wisdom MatanDook (Y)	0.157	0.214	0.057	0.027	0.282

Lampiran V: Data Penelitian Tahap II

Data Penelitian Kondisi balita Sakit sebelum diberikan Modul
pada Kelompok 1 (Kontrol)

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	Total
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	17
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	18
2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	16
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20
2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	18
2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	19
1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	16
1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	16
1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15
1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	15

**Data Penelitian Tindakan pada balita Sakit sebelum diberikan Modul
pada Kelompok 2 (Eksperimen)**

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	Total
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	17
1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	19
1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	18
2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	15
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	21
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	13
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22

2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	17
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	21
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	12
2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	20
1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	14
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13
2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	20

Data Penelitian Tindakan pada Balita SAKIT sesudah diberikan Modul
pada Kelompok 1 (Kontrol)

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	Total
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	17
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	18
2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	16
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20
2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	18
2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	19
1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	16
1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	16
1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15

Data Penelitian Kondisi Balita Sakit sesudah diberikan Modul pada
Kelompok 2 (Eksperimen)

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	Total
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	17
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	19
1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	19
1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	19
1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

[illegible]

Lampiran VI. Uji Normalitas Data tindakan pada balita sakit

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			Sebelum K1	Sesudah K1	Sebelum K2	Sesudah K2
N			60	60	60	60
Normal Parameters ^{a,b}	Mean		19.8000	20.1667	19.3667	20.8500
	Std. Deviation		3.04096	2.57870	3.63582	1.66545
Most Extreme Differences	Absolute		.299	.328	.257	.372
	Positive		.235	.239	.234	.245
	Negative		-.299	-.328	-.257	-.372
Test Statistic			.299	.328	.257	.372
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c			<.001	<.001	<.001	<.001
Monte Carlo Sig. (2-tailed) ^d	Sig.		<.001	<.001	<.001	<.001
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.000	.000	.000	.000
		Upper Bound	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. Lilliefors' method based on 10000 Monte Carlo samples with starting seed 624387341.

Lampiran VII. Uji Homogenitas Data Tindakan pada balita sakit

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sebelum	Based on Mean	1.384	1	118	.242
	Based on Median	.437	1	118	.510
	Based on Median and with adjusted df	.437	1	118.000	.510
	Based on trimmed mean	1.108	1	118	.295
sesudah	Based on Mean	13.914	1	118	<.001
	Based on Median	2.973	1	118	.087
	Based on Median and with adjusted df	2.973	1	100.926	.088
	Based on trimmed mean	11.641	1	118	<.001

Lampiran VIII. Uji Beda kondisi terhadap bayi sakit sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 1

NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum K1	60	19.8000	3.04096	11.00	22.00
Sesudah K1	60	20.1667	2.57870	14.00	22.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah K1 - Sebelum K1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	58 ^c		
	Total	60		

a. Sesudah K1 < Sebelum K1

b. Sesudah K1 > Sebelum K1

c. Sesudah K1 = Sebelum K1

Test Statistics^a

Sesudah K1 - Sebelum K1	
Z	-1.414 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Wilcoxon

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai $Z = 1,095$, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{1,414}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,129$$

Intepretasi *effect size* yaitu:

$0,1 - < 0,3$ = Efek Kecil

$0,3 - < 0,5$ = Efek Sedang,

$0,5 - 1,0$ = Efek Besar.

Lampiran IX. Uji Beda Kondisi terhadap Balita SAKIT sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 2

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum K2	60	19.3667	3.63582	11.00	22.00
Sesudah K2	60	20.8500	1.66545	17.00	22.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah K2 - Sebelum K2	Negative Ranks	13 ^a	17.85	232.00
	Positive Ranks	28 ^b	22.46	629.00
	Ties	19 ^c		
	Total	60		

a. Sesudah K2 < Sebelum K2

b. Sesudah K2 > Sebelum K2

c. Sesudah K2 = Sebelum K2

Test Statistics^a

Sesudah K2 - Sebelum K2	
Z	2.583 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.010

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2021).

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai Z =1,095, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{2.583}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,235$$

Intepretasi effect size yaitu:

0,1 – < 0,3 = Efek Kecil

0,3 – < 0,5 = Efek Sedang,

0,5 – 1,0 = Efek Besar.

Fritz, Catherine O. Peter E. Morris, & Jennifer J. Richler. (2020). Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141 (1): 2–18.

Lampiran X. Uji Beda Tindakan pada balitasakit antara Kelompok 1 dan Kelompok 2 sebelum dan sesudah pemberian Modul

Mann-Whitney Test Sebelum Pemberian Modul

Report

sebelum

kelompok	Mean	N	Std. Deviation
Kelompok 1	19.8000	60	3.04096
Kelompok 2	19.3667	60	3.63582
Total	19.5833	120	3.34459

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sebelum	Kelompok 1	60	62.23	3733.50
	Kelompok 2	60	58.78	3526.50
	Total	120		

Test Statistics^a

	sebelum
Mann-Whitney U	1696.500
Wilcoxon W	3526.500
Z	-.581
Asymp. Sig. (2-tailed)	.561

a. Grouping Variable: kelompok

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Mann-Whitney

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai Z = 1,095, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{0,581}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,053$$

Intepretasi effect size yaitu:

0,1 – < 0,3 = Efek Kecil

0,3 – < 0,5 = Efek Sedang,

0,5 – 1,0 = Efek Besar.

Fritz, Catherine O. Peter E. Morris, & Jennifer J. Richler. (2012). Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141 (1): 2–18.

Lampiran XI : Mann-Whitney Test Sesudah Pemberian Modul

Report

sesudah

kelompok	Mean	N	Std. Deviation
Kelompok 1	20.1667	60	2.57870
Kelompok 2	20.8500	60	1.66545
Total	20.5083	120	2.18857

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah	Kelompok 1	60	57.41	3444.50
	Kelompok 2	60	63.59	3815.50
	Total	120		

Test Statistics^a

	sesudah
Mann-Whitney U	1614.500
Wilcoxon W	3444.500
Z	-1.095
Asymp. Sig. (2-tailed)	.274

a. Grouping Variable: kelompok

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Mann-Whitney

Berdasarkan hasil pengolah data menggunakan SPSS diperoleh nilai $Z = 1,095$, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{1,095}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,100$$

Lampiran XI : DATA Penelitian Tahap II

Data Penelitian Tindakan terhadap Bayi Sakit Yang Pernah dialami sesudah diberikan Modul pada Kelompok 2 (Eksperimen)

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	Total
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	17
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	20
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	17
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	18
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	20
2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	20
2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	19
1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	19

[illegible]

Lampiran XII. Uji Normalitas Data Tindakan terhadap balita sakit

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			Sebelum K1	Sesudah K1	Sebelum K2	Sesudah K2
N			60	60	60	60
Normal Parameters ^{a,b}	Mean		19.8000	20.1667	19.3667	20.8500
	Std. Deviation		3.04096	2.57870	3.63582	1.66545
Most Extreme Differences	Absolute		.299	.328	.257	.372
	Positive		.235	.239	.234	.245
	Negative		-.299	-.328	-.257	-.372
Test Statistic			.299	.328	.257	.372
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c			<.001	<.001	<.001	<.001
Monte Carlo Sig. (2-tailed) ^d	Sig.		<.001	<.001	<.001	<.001
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.000	.000	.000	.000
		Upper Bound	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. Lilliefors' method based on 10000 Monte Carlo samples with starting seed 624387341.

Lampiran XIII. Uji Homogenitas Data Tindakan pada Balita sakit

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sebelum	Based on Mean	1.384	1	118	.242
	Based on Median	.437	1	118	.510
	Based on Median and with adjusted df	.437	1	118.000	.510
	Based on trimmed mean	1.108	1	118	.295
sesudah	Based on Mean	13.914	1	118	<.001
	Based on Median	2.973	1	118	.087
	Based on Median and with adjusted df	2.973	1	100.926	.088
	Based on trimmed mean	11.641	1	118	<.001

Lampiran XIV. Uji Beda Tindakan terhadap bayi sakit sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 1

NPar Tests Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum K1	60	19.8000	3.04096	11.00	22.00
Sesudah K1	60	20.1667	2.57870	14.00	22.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah K1 - Sebelum K1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	2 ^b	1.50	3.00
	Ties	58 ^c		
	Total	60		

a. Sesudah K1 < Sebelum K1

b. Sesudah K1 > Sebelum K1

c. Sesudah K1 = Sebelum K1

Test Statistics^a

Sesudah K1 -
Sebelum K1

Z	-1.414 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Wilcoxon

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai $Z = 1,095$, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{1.414}{\frac{\sqrt{120}}{1,095}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0.129$$

Intepretasi effect size yaitu:

0,1 – < 0,3 = Efek Kecil

0,3 – < 0,5 = Efek Sedang,

0,5 – 1,0 = Efek Besar.

Fritz, Catherine O. Peter E. Morris, & Jennifer J. Richler. (2021). Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141 (1): 2–18.

Lampiran XV. Uji Beda Tindakan terhadap bayi sakit sebelum - sesudah pemberian Modul pada Kelompok 2

NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum K2	60	19.3667	3.63582	11.00	22.00
Sesudah K2	60	20.8500	1.66545	17.00	22.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sesudah K2 - Sebelum K2	Negative Ranks	13 ^a	17.85	232.00
	Positive Ranks	28 ^b	22.46	629.00
	Ties	19 ^c		
	Total	60		

a. Sesudah K2 < Sebelum K2

b. Sesudah K2 > Sebelum K2

c. Sesudah K2 = Sebelum K2

Test Statistics^a

Sesudah K2 - Sebelum K2	
Z	-2.583 ^b

Asymp. Sig. (2-tailed)	.010
------------------------	------

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

$r = Effect\ Size$

$N =$ jumlah sampel

$Z =$ nilai z dari uji Wilcoxon

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai $Z = 1,095$, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{2.583}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,235$$

Lampiran XVI. Uji Beda Tindakan pada BALITA antara Kelompok 1 dan Kelompok 2 sebelum dan sesudah pemberian Modul

Mann-Whitney Test Sebelum Pemberian Modul

sebelum

kelompok	Mean	N	Std. Deviation
Kelompok 1	19.8000	60	3.04096
Kelompok 2	19.3667	60	3.63582
Total	19.5833	120	3.34459

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sebelum	Kelompok 1	60	62.23	3733.50
	Kelompok 2	60	58.78	3526.50
	Total	120		

Test Statistics^a

	sebelum
Mann-Whitney U	1696.500
Wilcoxon W	3526.500
Z	-.581
Asymp. Sig. (2-tailed)	.561

a. Grouping Variable: kelompok

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2021).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Mann-Whitney

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai Z =1,095, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{0,581}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,053$$

Mann-Whitney Test Sesudah Pemberian Modul

Report

sesudah

kelompok	Mean	N	Std. Deviation
Kelompok 1	20.1667	60	2.57870
Kelompok 2	20.8500	60	1.66545
Total	20.5083	120	2.18857

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah	Kelompok 1	60	57.41	3444.50
	Kelompok 2	60	63.59	3815.50
	Total	120		

Test Statistics^a

	sesudah
Mann-Whitney U	1614.500
Wilcoxon W	3444.500
Z	-1.095
Asymp. Sig. (2-tailed)	.274

a. Grouping Variable: kelompok

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) yang dikutip Fritz, et al (2012).:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = *Effect Size*

N = jumlah sampel

Z = nilai z dari uji Mann-Whitney

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai $Z = 1,095$, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{1,095}{\sqrt{120}}$$

$$r = \frac{1,095}{10,95}$$

$$r = 0,100$$

Lampiran XVII. Data Penelitian Pemberdayaan MTBS-M

No	X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X1.5	X1.6	X1.7	X1.8	X1.9	X1.10	X1.11	X1.12	X1.13	X1.14	X1.15	Total
1	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	66
2	4	5	4	5	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	53
3	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4	64
4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	56
5	5	4	3	3	4	3	5	4	3	5	3	4	3	3	4	56
6	4	4	4	3	5	4	4	3	3	3	4	5	4	4	4	58
7	4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	5	62
8	4	4	5	3	3	5	3	4	4	4	4	5	4	4	4	60
9	5	5	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	3	5	64
10	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	66
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	3	60
12	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	67
13	4	5	4	5	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4	66
14	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	72
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
16	4	5	3	5	4	3	5	5	5	5	5	4	5	5	4	67
17	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	66
18	5	5	5	5	5	3	4	4	3	5	4	4	5	4	4	65
19	4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	66
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	70
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	72
26	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	66
27	4	5	4	5	5	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	56
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
29	4	4	4	4	3	5	4	3	4	3	3	4	3	4	3	55
30	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4	62
31	3	4	4	4	5	5	3	5	4	4	4	4	4	5	4	62
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75

33	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
34	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
36	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
37	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
38	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	3	4	5	4	66
39	4	5	4	4	5	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	57
40	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	73
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
42	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61
43	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
44	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	5	64
45	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	62
46	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	57
47	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	63
48	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	57
49	4	3	2	4	4	4	4	5	4	3	5	4	4	4	4	58
50	3	4	4	2	4	3	4	4	4	3	4	5	3	4	4	55
51	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	67
52	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	59
53	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	1	62
54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
55	2	4	3	5	2	3	3	3	4	5	5	3	1	4	5	52
56	4	4	5	5	5	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	58
57	5	3	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	68
58	3	2	4	3	4	2	2	5	2	4	4	4	4	2	4	49
59	5	3	5	3	5	5	4	5	3	4	5	5	5	5	5	67
60	3	3	4	3	4	2	3	5	3	4	4	4	4	4	4	54
61	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	71
62	5	3	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	70
63	3	4	5	3	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	65
64	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	58
65	4	3	4	3	4	5	3	4	5	4	4	4	4	3	5	59
66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
67	4	4	5	3	4	5	3	4	4	5	4	4	4	4	4	61

68	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	71
69	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	57
70	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	71
71	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	68
72	2	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	53
73	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
74	5	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	64
75	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	68
76	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
77	4	3	4	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	62
78	4	2	3	3	4	5	5	4	3	3	4	5	4	4	4	57
79	5	2	5	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	5	59
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
81	3	3	5	2	4	4	4	4	4	2	1	4	4	4	4	52
82	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
83	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
84	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	62
85	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
86	3	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	4	5	5	5	64
87	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
88	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	55
89	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
90	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
91	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51
92	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51
93	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
94	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
95	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
96	3	4	3	3	5	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	55
97	4	5	5	4	3	4	5	4	3	4	4	4	3	3	4	59
98	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
99	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
100	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
101	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
102	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60

103	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
104	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
105	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
106	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
107	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
108	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
109	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	59
110	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
111	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
112	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	59
113	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61
114	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	58
115	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
116	4	5	4	5	5	4	5	5	3	3	3	4	4	4	4	62
117	4	4	4	5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	52
118	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61
119	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
120	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61

Lampiran XVIII. Uji Normalitas Data Model

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Local development model		
N		120
Normal	Mean	59.3500
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation	4.05136
Most Extreme	Absolute	.396
Differences	Positive	.396
	Negative	-.317
Test Statistic		.396
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c		<.001
Monte Carlo Sig. (2-tailed) ^d	Sig.	<.001
	99% Lower Bound	.000
	Confidence Upper Bound	.000
	Interval	

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. Lilliefors' method based on 10000 Monte Carlo samples with starting seed 2000000.

Lampiran XIX Uji Homogenitas Data Model

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Respon	Based on Mean	47.402	1	798	<.001
	Based on Median	33.310	1	798	<.001
	Based on Median and with adjusted df	33.310	1	715.707	<.001
	Based on trimmed mean	30.911	1	798	<.001

Lampiran XX. Uji Model

Report

Respon

Model	Mean	N	Std. Deviation
Local development model	59.3500	120	4.05136
Total	59.8187	120	7.08192

Mann-Whitney Test

Ranks

	Model	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Respon	Local development model	120	548.46	219382.50
	Total	120		

Test Statistics^a

	Respon
Mann-Whitney U	20817.500
Wilcoxon W	101017.500
Z	-18.658
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

a. Grouping Variable: Model

Perhitungan *effect size* menggunakan rumus Cohen, J. (1988) dalam Fritz, et al (2020):

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

Keterangan:

r = Effect Size

N = jumlah sampel

Z = nilai z di uji Mann-Whitney

Berdasarkan hasil pengolahan data menggunakan SPSS diperoleh nilai Z =18,658, dengan demikian dapat dihitung nilai r sebagai berikut:

$$r = \frac{18,658}{\sqrt{800}}$$

$$r = \frac{18,658}{20}$$

$$r = 0.933$$

Lampiran XXI: Etichal Clearence



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS STRADA INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Jalan Manila No. 37 Sumberece Kediri - 64133, Jawa Timur - Indonesia
Telp. 081335721919, Fax (0354) 695130, website: <https://kepk-uk-strada.ac.id>, e-mail: kepkstrada@gmail.com

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"**

Nomor: 001601/EC/KEPK/I/09/2024

Komite Etik Penelitian Kesehatan UNIVERSITAS STRADA INDONESIA dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Health Research Ethics Committee Strada Indonesia University in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled: Aplikasi Pemberdayaan pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam Upaya menurunkan Kesakitan dan kematian Balita di Kotamadaya Aileu dan Liquica

Peneliti Utama : Joaquim Pinto
Principal Researcher

Anggota Peneliti :
Members of Researcher

Nama Institusi *Name of Institution* : Universitas Strada Indonesia

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol.

Ditetapkan di : Kediri
Specified in

Tanggal : 17 September 2024
Date

Ketua,
Chairman


MOH SAHERI, SKM., MPH
NIK. 13.07.19.026



Keterangan:

Notes:

Persetujuan etik ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkan
This ethical clearance is effective for one year from the due date

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan

In the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Health Research Ethics Committee

Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian

If there be any protocol modification or deviation and or extension of the study, the principal investigator is required to resubmit the protocol for approval

Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan
there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Health Research Ethics Committee



**TIMOR-LESTE
NATIONAL PUBLIC
HEALTH INSTITUTE**



**The Unit of Ethical
Research and
Development**

No. Ref.: B63/INSP-TL/UEPD-AL/IX/2024
Dili: 20/09/2024

APPROVAL LETTER

Joaquim Pinto
Universitas Strada Indonesia

Dear Joaquim,

Project Title: Aplikasi Pemberdayaan pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan dan Kematian Balita di Kotamadya Aileu dan Liquiça

Thank you for submitting the above research project for ethical review. This project was considered by the Institute National of Public Health Timor-Leste -Research Technical Committee at its meeting held on September 19, 2024, and based on your request letter that was submitted on September 16, 2024, for research.

I am pleased to advise you that the Institute National of Public Health Timor-Leste - Research Ethics and Technical Committee (INSPTL-RETC) has granted **Ethics and Technical approval** for this research project.

Please note that if additional sites are engaged before the commencement of or during the research project, the coordinating Principal Investigator is required to notify the Institute National of Public Health Timor-Leste -Research Ethics and Technical Committee (INSP TL-RETC). Notification of withdrawn sites should also be provided to the TL-HREC in a timely fashion.

The approved documents include:

1. INSPTL-RETC Application Form
2. Proposal
3. Informed Consent
4. Questioner

This approval is for one (1) year. An ANNUAL/FINAL project progress report is required on or before September 20, 2025.

APPROVAL IS SUBJECT to the following conditions being met:

1. The Coordinating Principal Investigator will immediately report anything that might **warrant a review** of ethical approval of the project.
2. The coordinating Principal Investigator will notify the Institute National of Public Health Timor-Leste -Research Ethics and Technical Committee (INSP TL-RETC) of any event that requires a **modification to the protocol or other project document** and submit any required amendments following the instructions provided by the INSP TL -RETC.



Caixa Postal 374
Dili, Timor-Leste



**TIMOR-LESTE
NATIONAL PUBLIC
HEALTH INSTITUTE**



**The Unit of Ethical
Research and
Development**

3. The Coordinating Principal Investigator will submit any necessary report related to the **safety of research participants** (i.e., protocol deviation, protocol violations) following Institute National of Public Health Timor-Leste -Research Ethics and Technical Committee (INSP TL-RETC) policy and procedures.
4. The coordinating PI will **report** to the INSP TL-RETC, **annually** in the specified format and Notify the HREC when the project is completed at all sites.
5. The coordinating PI will notify the INSP TL-RETC if the project **is discontinued at a participating site before the expected completion date**, with a reason provided.
6. The coordinating PI will notify the INSP TL-RETC of any plan **to extend the duration of the project past the approval period listed above** and will submit any associated required documentation.
7. The coordinating PI will notify the INSP TL-RETC of his or her inability to continue as coordinating PI, including the name and contact information for a replacement.
8. The safe and ethical conduct of this project is entirely the responsibility of the investigators and their institution(s).
9. The researcher should report immediately anything that might affect the continued ethical acceptance of the project, including:
 - a. The adverse effects of the project on the subject and steps taken to deal with them.
 - b. Other unforeseen events include.
 - c. New information that may invalidate the ethical integrity of the study; and
 - d. Proposed changes to the project.
10. Approval for the next six months will be granted if the INSP TL-RETC is satisfied that the project has been conducted following the original protocol.
11. Confidentiality among research participants should always be maintained as required by law.
12. The patient information sheet and the consent form shall be printed on the relevant site letterhead with full contact details.

This Letter Constitutes Ethical and Technical Approval Only.

Should you have any queries about the Institute National of Public Health Timor-Leste - Research Ethics and Technical Committee's (INSP TL-RETC) Consideration of your project, please contact dr. Adriano Barbosa, MAPM, with the contact number +670 77711666 and email address: adriano2601@gmail.com. INSP TL-RETC wishes you every success in your research.

Yours Sincerely,



Dr. Marck Antonio A. Magno Neves, MPH
Director of the Ethics Unit for Research and Development INSP-TL

Copy: Archive



Caixa Postal 374
DIL, Timor-Leste



Universitas
STRADA
Indonesia

PASCASARJANA Nomor : 1001/STRADA- Pascasarjana/2024

S2 Kesehatan Masyarakat Lampiran : 2

S2 Kesehatan Masyarakat Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

S2 Kesehatan Masyarakat

S2 Kesehatan Masyarakat

FAKULTAS PER

(00) Pendidikan

S1 Pendidikan

S1 Kesehatan Masyarakat

Prodi Pendidikan

Prodi Pendidikan

FAKULTAS

FAKULTAS

(00) Kesehatan Masyarakat

S1 Kesehatan Masyarakat

S1 Kesehatan Masyarakat

S1 Kesehatan Masyarakat

S1 Kesehatan Masyarakat

S1 Kesehatan Masyarakat

FAKULTAS

EKONOMI

BISNIS

S1 Bisnis Digital

S1 Manajemen

Bisnis

Kepada Yth.

1. Director Saúde Municipio Aileu

2. Director Saúde Municipio Liquiçá

Dengan Hormat,

Sehubungan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Doktorat Kesehatan Masyarakat Universitas STRADA Indonesia, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu Kepala Dinas Kesehatan Tingkat Kota Madya Liquiçá untuk memberikan ijin penelitian dan mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditupikan kepada mahasiswa kami di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Joaquim Pinto

NIM : 2253B1001

Judul Penelitian : **MODEL APLIKASI PEMBERDAYAAN PADA MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DALAM UPAYA MENURUNKAN KESAKITAN DAN KEMATIAN BALITA DI KOTA MADYAAILEU DAN LIQUIÇÁ**

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Kediri, 26 Agustus 2024
Program Doktorat Kesehatan Masyarakat
Universitas STRADA Indonesia
Dr. Indesah Jr. M.Kes
NIDN: 0750066810

Tembusan Kepada Yth :

1. Rti Prodi Doktorat Kesehatan Masyarakat
2. Rti D-Pascasarjana
3. Yang bersangkutan
4. Arsip

Sams Aileu
23/09/2024
Sagrock Pintas

UNIVERSITAS STRADA INDONESIA



0811 9500 879
info@strada.ac.id
Jl. Marula No. 27, Tasarim, Kota Waru,
Jawa Timur 60198

Lampiran XXIII: Surat Lokasi Penelitian



No. N°: 54503-A-01/Adm. 01/2024 385

Abstract

Penulis : Re-Permohonan Uji Penelitian
Regada Yoh, Dr. Indrawati, Ir., M. Eng.

Division Program Pesca Terjema,
Universitas Siliwangi, Indonesia

Cheng-Hong Hsiao

Sebagai Anggota Asosiasi Dosen/Asosiasi Program Pasca Sarjana, Universitas Sebelas Mawar
Surabaya tanggal 27 September 2024 dengan nomor surat 1001/STRADA-
Pasca/2024.4/340/2024, perihal Penunjukan (1) penelitian maba dari Dinas Kesehatan
Kota Madya Ades ingin menyampaikan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini telah
menuliskan penelitian di 4 kecamatan di Kota Madya Ades yaitu dari tanggal 26 September
sampai dengan 07 Oktober 2024.

Mahasiswa dari Program Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas STRADA Indonesia yang telah melakukan penelitian di kota Madaya Adu adalah sebagai berikut:

Nancy Mahoney - Josephine Paine

NR04 2233181001

Judul Penelitian: Model Pembelajaran pada Manajemen Terpadu Berbasis Riset untuk
Upaya Meningkatkan Kualitas dan Kemandirian Belajar di Kota Mathe-
Arbes dan Lingsar

Demikianlah secara insidental dan tidak diperganankan, effegistamnya berakibat suatu atau pertukaran dan berakutannya, kami berakut berakut berakut.

10/10/2007 10:00:00 AM

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

100

Trinidad and Tobago, 2001

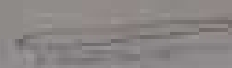
1. Dr. Prati Diklatari Kesehatan Masyarakat
2. Dr. D. Purnamasari
3. Yang Berkebangutan
4. Aron



Submitted: 10 October 2006
 Accepted: 10 April 2007
 DOI: 10.1002/ajpa.20400



UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA



No. Ref: *EPK-M-12-V/2024*

Lampiran:

Paraf: *(Ho-Perencanaan pengumpulan data awal dan data untuk Penelitian)*

Kepada Yth. Dr. Indrawati, Ir., M.Kes.,
Direktor Program Pascasarjana,
Universitas Negeri Surabaya

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan surat Direktur Program Pascasarjana, Universitas Negeri Surabaya tertanggal 17 September 2024 dengan nomor surat 1021/STHADA-Pasca/111.2.4.2/XX/2024, perihal: Penyerahan pengumpulan data awal dan data untuk penelitian risiko dan Dampak Kesehatan Kota Madya Laputan, maka dengan surat ini kami sampaikan bahwa telah diberikan data-data yang diperlukan untuk menunjang hasil penelitian kepada mahasiswa Program Doktorat Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Surabaya seperti di bawah ini:

Nama Mahasiswa : *Juquim Piro*

NIM : *2253B1001*

Judul Penelitian : *Model Pemberdayaan pada Manajemen Terpadu Balita Sakit dalam Upaya Menurunkan Kematian dan Morbiditas Balita di Kota Madya Alim dan Liputan*

Data pendukung yang telah diberikan kepada mahasiswa tersebut diatas adalah sebagai berikut:

1. Data luas Wilayah atau geografik dan batas wilayah dengan kabupaten lain
2. Data jumlah penduduk dan subdistrak
3. Jumlah penyakit yang terdapat masing-masing subdistrak dalam periode tahun 2022-2024
4. Jumlah tenaga kesehatan sesuai masing-masing profil
5. Kesenjangan sarana dan prasarana yang tersedia

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Laputan, 11 November 2024
Kapala Dinkes

(Luis Murni, Alim, Lc.Sp)
(1) : 4782

Terselamatkan Kepada Yth.

1. Ka. Prodi Doktorat Kesehatan Masyarakat
2. Ka D Pascasarjana
3. Yang bersangkutan
4. Arsip

Lampiran XXIV: Contoh hasil husi Pre-Post Test

LAMPIRAN XXIV: HASIL PRE-TEST DAN POST-TEST



Universitas
STRADA
Indonesia

Jln. Manila No.37 Tosaren, Kota Kediri
Jawa Timur, Indonesia
www.strada.ac.id

INFO CONSENT

Titik : Model Empowerment ba Jastan Integrasi Denta Infansia hodi Redus Tasa Morbilitate no Mortalitate Infansia Iba Munisipa Allen na Liliqa

Hui nia naran Joaquim Pinto, estudante doutoramentu programa Saude Publica iha UNIVERSIDADE STRADA INDONESIA. Imensan husi estudo ne'e hodi atinji objetivu atu kompleta grau doctoradu iha area Saude Publica. Atu atinji objetivu referu, peskitador ho hakruik an husi senar/senara nia kontribusao ho voluntariu hodi priense kuestionariu ida ne'e ho kompleta no onesidade. Karik ita boot sira la hatene le'e no hakerek husi ami bele ajuda priense baseia informasaun husi ita boot sira. Ami garantia ba ita boot sira katak,informasaun sira hui nebe ita boot sira oferece ba deit nesidade hodi kompleta esudu no laha intemaun seluk.

Nadar peskitador hui hui'a agradasamentu nebe hilean ba ita bo'ot sira nia disponibilidade hodi priense kuestionariu ida ne'e, no la hadun husi diskulpa, karik pergunta sira nebe hui'o hadun mada ita ita boot sira nia laran.

Ami hein resposta ba informasaun sira nebe ita boot sira hasee baseia ba realidade nomos husi senora sira nia laran rasik no laos influencia husi ema seluk. Dala ida tan nadar peskitador garantia ba sira bo'ot sira katak informasaun sira hasee nebe hasee, sei la fo'o sai ba kualker ema ruma maibe uza deit nesidade hodi finaliza esudu. Nune mos peskitador la hake ita boot sira nia prakaza hodi hatun ita boot sira nia dignidade maibe sei garantia ita boot nia segreidu. Ami mos husi ita boot sira partisipasao ho voluntariu, livre no sei la obriga ita boot sira durante periodu rekola informasaun. Ami la temi ita boot sira naran ita esudu ne'e no ami fa'u deit naran insial en kodiku nomos karik periodu hatama (entry) dadus mak ita informasaun balun hadun klaru karik ami sei kontakta ita boot iu husi telemovel.

Karik ita boot sira aselta hodi sai respondente karik favor priense ou resposta pergunta sira ita karik se'e :

Naran Insial	João de Sousa
Data rekola dadus	30.09.2024
No. Kontakta nebe ateu	98352306
Assinatura	

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan cermat setiap butir pernyataan dalam kuisioner ini.
2. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan keadaan diri.
3. Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan pilihan.
4. Tidak ada jawaban yang benar atau salah dalam kuisioner ini.
5. Keterangan Jawaban dan skala pengukuran kuisioner:
 1 = STS : Sangat Tidak Setuju
 2 = TS : Tidak Setuju
 3 = N : Netral
 4 = S : Setuju
 5 = SS : Sangat Setuju

PENBEREDAYAAN MASYARAKAT (XI)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Promotif	Petugas Kesehatan promosi kesehatan terkait perawatan bayi dan balita	✓				
2		Petugas Kesehatan memberikan konseling ke pada ibu terkait kesehatan bayi dan balita.	✓				
3		Adanya tanggapan positif dari keluarga tentang informasi kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan terkait kondisi bayi dan balita.	✓				
4	Preventif	Petugas Kesehatan melatih masyarakat tentang mencegah penyakit terkait kesehatan bayi dan bayi	✓				
5		Petugas Kesehatan memberikan konseling kepada ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif kepada bayi dan balita.	✓				
6		Petugas Kesehatan melibatkan Volunter kesehatan dalam upaya pencegahan penyakit terkait bayi dan balita.	✓				
7	Kuratif	Petugas Kesehatan melakukan perawatan sesuai prosedur pedoman IMCI	✓				
8		Petugas Kesehatan juga memberikan konsultasi atau pengetahuan kepada ibu/pengasuh yang membawa balita ke fasilitas kesehatan.	✓				
9		Petugas Kesehatan juga memberikan cara perawatan payudara pada ibu menyusui.	✓				

PROMOSI KESEHATAN (X2)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	<i>Advocacy</i> (advokasi)	Petugas Kesehatan melakukan presentasi atau seminar yang berfokus pada yang terjadi pada bayi dan balita.		✓			
2		Petugas Kesehatan secara regular memberikan informasi terkait kesehatan ibu, bayi dan balita.		✓			
3		Petugas Kesehatan melakukan sosialisasi terhadap masyarakat yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat		✓			
4		Masyarakat memahami program Kesehatan ibu dan bayi		✓			
5		Sosialisasi Kesehatan ibu dan bayi telah dilakukan dengan baik		✓			
6	<i>Social Support</i> (dukungan masyarakat)	Adanya partisipasi tokoh masyarakat dalam program Kesehatan bayi dan balita		✓			
7		Petugas memberikan pelatihan kepada tokoh masyarakat terkait tanda-tanda bahaya umum yang dimiliki bayi dan balita.		✓			
8		Adanya bimbingan pada kader kesehatan terkait kesehatan ibu, bayi dan balita.		✓			
9		Terdapat dukungan yang kuat dari masyarakat terkait Kesehatan bayi dan balita.		✓			
10		Masyarakat mengikuti dari petugas kesehatan terkait kesehatan ibu, bayi dan balita dengan baik		✓			
11	<i>Community Empowerment</i> (Pemberdayaan Masyarakat)	Ada pertemuan antara petugas kesehatan dengan leader desa, kampung dan volunteer kesehatan untuk diskusikan program kesehatan yang ada hubungan dengan kesehatan bayi dan balita.		✓			
12		Program Kesehatan bayi dan balita meningkatkan derajat kesehatan masyarakat		✓			
13		Adanya partisipasi komunitas atau masyarakat dalam upaya menurunkan kesehatan bayi dan balita.		✓			
14		Program Kesehatan bayi dan balita di pahami oleh keluarga atau masyarakat		✓			
15		Ada dukungan dari keluarga dan masyarakat dalam upaya implementasi program C-IMCI.		✓			

Local Wisdom "Matan-Dook" (Y)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Nilai	<i>Matan-Dook</i> dapat membantu mencari penyebab penyakit pada bayi dan balita				✓	
2		<i>Matan-Dook</i> dapat diterapkan dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat				✓	
3		Nilai <i>Matan-Dook</i> dalam intropeksi diri dapat dijadikan intropeksi bagi kesehatan masyarakat				✓	
4		Nilai intropeksi diri yang terdapat dalam <i>Matan-Dook</i> dapat membantu penyembuhan bayi dan balita.				✓	
5		<i>Matan-Dook</i> dapat bertransformasi dari kepercayaan menjadi model dalam promosi kesehatan				✓	
6		Nilai kejujuran dalam <i>Matan-Dook</i> dapat diterapkan dalam ketataan pasien mengikuti prosedur kesehatan				✓	
7		Petugas kesehatan dapat mengambil nilai naktei dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat				✓	
8	Keyakinan	Keyakinan <i>Matan-Dook</i> dapat dikembangkan menjadi informasi bagi masyarakat.				✓	
9		Kesehatan masyarakat tidak hanya pada sebuah keyakinan namun harus ada tindakan				✓	
10		Melalui tindakan kesehatan maka keyakinan yang timbul sudah sesuai dengan prosedur kesehatan				✓	

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Z)

No	Indikator	Pernyataan	Pilihan Jawaban				
			5	4	3	2	1
1	Faktor Pengetahuan	Keluarga memahami kesehatan bayi dan balita	✓				
2		Keluarga implementasi anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan.	✓				
3		Keluarga membawa kembali balita untuk kunjungan ulang.	✓				
4	Faktor Ekonomi	Pendapatan keluarga yang baik berpengaruh terhadap bayi dan balita.	✓				
5		Tingkat pendapatan keluarga sedang berpengaruh terhadap kesehatan bayi dan balita.	✓				
6		Kondisi ekonomi lemah berpengaruh terhadap kesehatan bayi dan balita.	✓				
7	Kemampuan Petugas Kesehatan	Keterampilan petugas kesehatan memeriksa kondisi bayi dan balita.	✓				
8		Petugas kesehatan mengikuti pedoman dari kementerian kesehatan Timor Leste.	✓				
9		Kemampuan petugas kesehatan menangani bayi dan balita.	✓				
10	Sistem Kesehatan	Terintegrasinya beberapa program dalam satu kali pemeriksaan di IMCI	✓				
11		Tersedia sarana pendukung implementasi IMCI.	✓				
12		Tersedia Buku bagan IMCI	✓				
13	Pemberdayaan Masyarakat	Peningkatan praktik keluarga dan masyarakat dalam Kesehatan bayi dan balita	✓				
14		Ada upaya pencarian pertolongan kasus bila balita sakit	✓				
15		Meningkatkan kemampuan keluarga/masyarakat dalam pelayanan Kesehatan.	✓				

LAMPIRAN XXIV: INFO CONSENT

Judul Penelitian : Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu Dan Liquça

Nama saya **Joaquim Pinto**, Mahasiswa Doktoral Kesehatan Masyarakat- **Universitas STRADA Indonesia**. Maksud diadakannya penelitian ini adalah sebagai syarat untuk memperoleh gelar Doktor Kesehatan Masyarakat pada **Universitas Strada Indonesia**. Demi tercapainya tujuan penelitian ini, peneliti berharap Bapak/Ibu mengisi kuesioner/memberi informasi dengan lengkap dan jujur. Kami menjamin akan kerahasiaan semua informasi yang bapak/ibu berikan dan berjanji bahwa informasi berikan hanya untuk kepentingan penulisan disertasi dan tidak bermaksud lain. Peneliti juga mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya atas kesediaan Bapak/Ibu yang telah meluangkan waktunya untuk mengisi kuesioner ini dan tidak lupa mohon maaf apabila terdapat pertanyaan yang kurang berkenan.

Kami mengharapkan tanggapan/ jawaban yang bapak/ibu berikan sesuai dengan pendapat dari hati nurani sendiri dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin semua kerahasiaan atas pendapat dan identitas bapak/ibu. Informasi yang bapak/ibu berikan hanya akan dipergunakan untuk penulisan disertasi dan bukan semata-mata untuk mencari kelemahan atau kelebihan bapak/ibu dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud tertentu untuk menjatuhkan nama bapak/ibu. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat “volunter”(bebas) atau tanpa adanya paksaan .

Jika bapak/ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, silakan saudara menanda tangani kolom dibawah ini.

Tanggal	
No. Kontak	
Tanda tangan	

KARTUN AKONSELAMEN TU SAUDE LABARIK
 KARIK MOSU KONGSAUN HANESAN TIMI DIA KARIK **TENK** LORI LALAIS LABARIK BA FASILIDADE SAUDE NEBE BESIK LIU

FIGURA	KONGSAUN SAUDE LABARIK	REKOMENDASUN
	Larik ba wai ba labarik	<p>Soe be're pot lu dala 3 ha wai 24 via lalan No Tel kahar ho can</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ho Cati ba labarik, karik ba ba be'kai ba labarik, maka masu ba masu ba ba ba labarik • Karik ba ba ba labarik ba ba ba ba ba ba • Ho masu ba ba, aha ba ba ba ba ba ba ba ba ba ba • Lari ba ba ba ba ba ba ba ba ba ba
	Tambar ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba No ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>Tenk lori lalais ba fasilidade saude hodi hetan atendementu</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>Tenk lori lalais ba fasilidade nebe besik hodi hetan atendementu</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>Fan ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>Fan ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>
	ba ba ba ba ba ba ba ba ba	<p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p> <p>ba ba ba ba ba ba ba ba ba</p>

LAMPIRAN XXV: DOKUMENTASI FOTO PENELITIAN

PELATIHAN DATA KOLEKTOR PADA TANGGAL 18 SEPTEMBER 2024



PELATIHAN DATA KOLEKTOR PADA TANGGAL 18 SEPTEMBER 2024



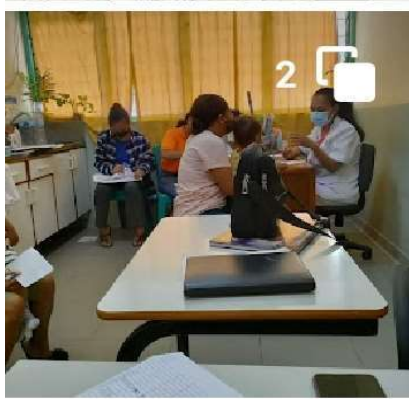






Memberikan pendidikan kesehatan dan pengumpulan data di Puskesmas Bazartete





LAMPIRAN XXVI: TUGAS ASISTEN PENELITI

TUGAS ASISTEN PENELITI

Nama peneliti : Joaquim Pinto
Nim : 2253B1001
Judul penelitian : Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu adn Liquça


Tugas dan tanggungjawab asisten peneliti :

1. Membantu mengkoordinir perencanaan kegiatan penelitian dengan kepala Dinas dan kepala Puskesmas;
2. Berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti sesuai kesepakatan bersama;
3. Membantu melakukan penelitian secara mandiri dengan bimbingan dan pengawasan dari peneliti;
4. Bertanggungjawab dalam proses pengumpulan data selama proses penelitian berlangsung;
5. Melakukan cross check hasil pengumpulan data;
6. Melakukan input data pada excel berdasarkan masing-masing data yang telah terkumpul dengan pengawasan oleh peneliti;
7. Berkolaborasi dengan peneliti dalam hal analisis data dan penulisan laporan penelitian.

Syarat-syarat yang dibutuhkan

1. Pendidikan minimal S1 dalam bidang kesehatan;
2. Sehat jasmani dan rohani;
3. Mampu berkomunikasi dengan bahasa lokal di lokasi penelitian
4. Bersedia mematuhi kesepakatan yang telah ditentukan;
5. Ikut serta dalam pelatihan pengumpulan data
6. Bisa berbahasa tetum, mambae dan tokodede.

Dili, 18 September 2024
Peneliti


(Joaquim Pinto)

**LAMPIRAN XXVII : SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI
ASISTEN PENELITI**

Surat Pernyataan Kesediaan menjadi Asisten Peneliti
Karta Deklarasaun Prontu Sai asistente Peskizador

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Hau nebe asina iha kraik ne'e

Nama (naran) : Deltéria Soares da Costa

Pekerjaan (posisaun) : Perawat

Pendidikan terakhir(edukasaun ikus) :S1 Keperawatan


Menyatakan bersedia menjadi asisten peneliti saudara Joaquim Pinto dengan judul Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu adn Liquça secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Deklara ho lolos katak prontu sai asistente peskizador senhor Joaquim Pinto ho titlu Mdelu Empoderamentu ba Jestaun Integradu Doensa Infansia hodi Redus taxa Morbilidade no Mortalidade infansia iha Municpiu Aileu no Liquça"

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mak ne'e deit hau nia deklarasaun no sei uza tuir nesesinde .

Peneliti


(Joaquim Pinto)

Dili, 18 September 2024

Yang membuat pernyataan
Deklarante


Deltéria Soares da Costa

Surat Pernyataan Kesediaan menjadi Asisten Peneliti
Karta Deklarasaun Prontu Sai asistente Peskizador

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Hau nebe asina iha kraik ne'e

Nama (naran) : Farida Mendonça Soares

Pekerjaan (posisaun) : Farmasi

Pendidikan terakhir(dukasaun ikus) :SI Farmasi

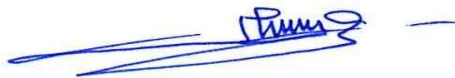
Menyatakan bersedia menjadi asisten peneliti saudara Joaquim Pinto dengan judul Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu adn Liquça secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Deklara ho lolos katak prontu sai asistente peskizador senhor Joaquim Pinto ho titlu Mdelu Empoderamentu ba Jestaun Integradu Doensa Infansia hodi Redus taxa Morbilidade no Mortalidade infansia iha Municpiu Aileu no Liquiça”

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mak ne'e deit hau nia deklarasaun no sei uza tuir nesesidade .

Peneliti



(Joaquim Pinto)

Dili, 18 September 2024

Yang membuat pernyataan
Deklarante



Farida Mendonça Soares

Surat Pernyataan Kesiediaan menjadi Asisten Peneliti
Karta Deklarasaun Prontu Sai asistente Peskizador

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Hau nebe asina iha kraik ne'e

Nama (naran) : Juvito Coli Barreto

Pekerjaan (posisaun) : Perawat

Pendidikan terakhir(edukasaun ikus) : S1 Keperawatan

Menyatakan bersedia menjadi asisten peneliti saudara Joaquim Pinto dengan judul Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu adn Liquça secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Deklara ho lolos katak prontu sai asistente peskizador senhor Joaquim Pinto ho titlu Mdelu Empoderamentu ba Jestaun Integradu Doensa Infansia hodi Redus taxa Morbilidade no Mortalidade infansia iha Municpiu Aileu no Liquiça”

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mak ne'e deit hau nia deklarasaun no sei uza tuir nesessidade .

Peneliti


(Joaquim Pinto)

Dili, 18 September 2024

Yang membuat pernyataan
Deklarante


Juvito Coli Barreto

Surat Pernyataan Kesiediaan menjadi Asisten Peneliti
Karta Deklarasaun Prontu Sai asistente Peskizador

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Hau nebe asina iha kraik ne'e

Nama (naran) : Francisco Antonio da Costa

Pekerjaan (posisaun) : Perawat

Pendidikan terakhir(educasaun ikus) :S1 Keperawatan


Menyatakan bersedia menjadi asisten peneliti saudara Joaquim Pinto dengan judul Model Pemberdayaan Pada Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Upaya Menurunkan Kesakitan Dan Kematian Balita Di Kotamadya Aileu adn Liquça secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Deklara ho lolos katak prontu sai asistente peskizador senhor Joaquim Pinto ho titlu Mdelu Empoderamentu ba Jestaun Integradu Doensa Infansia hodi Redus taxa Morbilidade no Mortalidade infansia iha Municpiu Aileu no Liquiça”

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mak ne'e deit hau nia deklarasaun no sei uza tuir nesesidade .

Peneliti


(Joaquim Pinto)

Dili, 18 September 2024

Yang membuat pernyataan
Deklarante


Francisco Antonio da Costa

Lampiran XXVII: PANITIA UJIAN KELAYAKAN

Telah diuji pada Ujian Kelayakan

Tanggal .6 Februari 2025


Ketua Penguji

Dr. dr. Sentot Imam,M.M

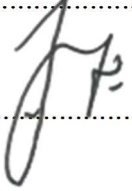
: 

Anggota :

Prof Dr. Sayekti Wahyuningsih, S.Si, M.Si

: 

Dr Yenny Puspitasari, S.Kep.Ns., M.Kes

: 

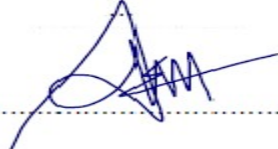
Novita Ana Anggraini, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Ph.D

: 

Dr. Yuli Peristiowati,S.Kep.,Ns.,M.Kes

: 

Dr.Atik Setiawan Wahyuningsih,S.Kep.,Ners. M.kep:

: 

Lampiran XXVII: PANITIA UJIAN TERTUTUP

Telah diuji pada Ujian tertutup

Tanggal 16 April 2025

Ketua Penguji

Dr. dr. Sentot Imam,M.M


: 

Anggota :


Prof Dr. Sayekti Wahyuningsih, S.Si, M.Si

: 

Dr. Yenny Puspitasari, S.Kep.Ns., M.Kes

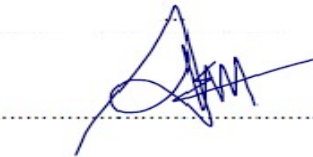
: 

Novita Ana Anggraini, S.Kep.,Ns.,MKep, Ph.D

: 

Dr.Yuli Peristiowati,S.Kep.,Ns.,M.Kes

:



Dr.Atik Setiawan Wahyuningsih,S.Kep.,Ners. M.kep:

: 

Prof. Dr. Endang Sutisna Sulaeman,dr.FISPH,FISCM:

: 