



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN TINGKATAN DESA SIAGA DENGAN ANGKA
KEMATIAN BAYI DI KABUPATEN BLITAR
JAWA TIMUR TAHUN 2010**

SKRIPSI

**ETTI SURYANI
NPM : 0906615524**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN TINGKATAN DESA SIAGA DENGAN ANGKA
KEMATIAN BAYI DI KABUPATEN BLITAR
JAWA TIMUR TAHUN 2010**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat**

**ETTI SURYANI
NPM : 0906615524**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2011**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Etti Suryani
NPM : 0906615524
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

HUBUNGAN TINGKATAN DESA SIAGA DENGAN ANGKA KEMATIAN
DI KABUPATEN BLITAR JAWA TIMUR TAHUN 2010

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 9 Juni 2011



(Etti Suryani)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

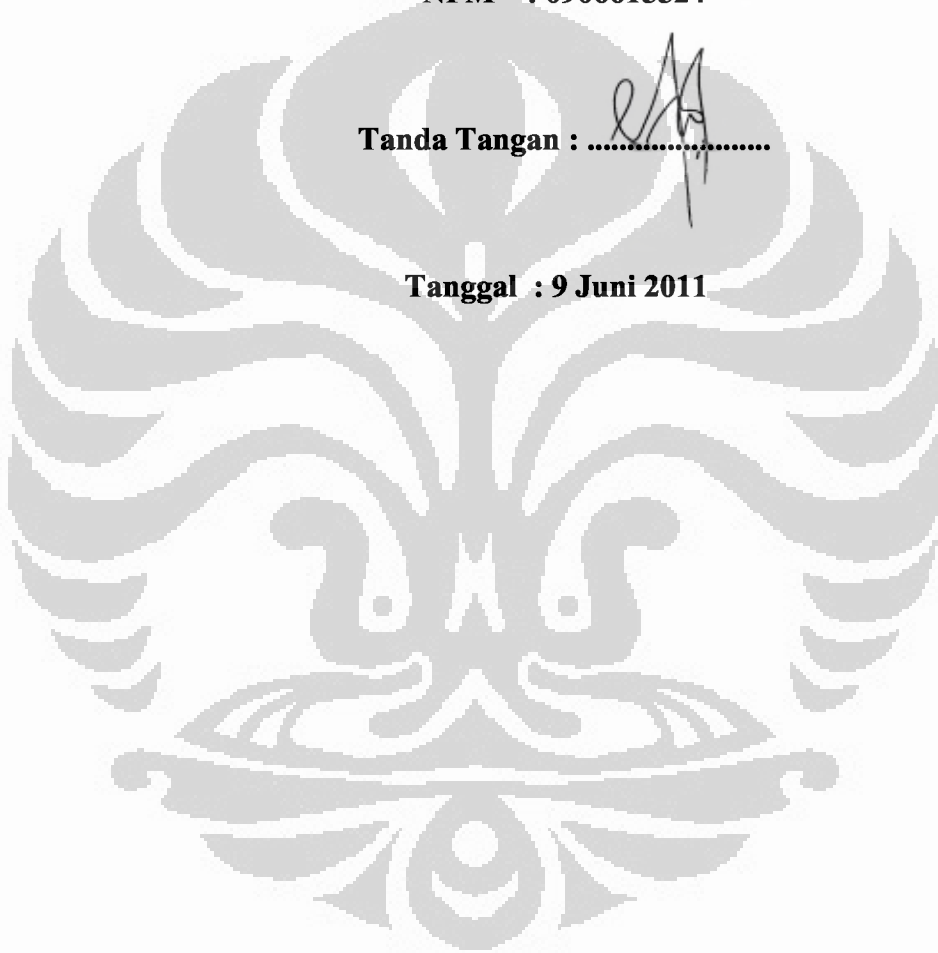
**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Etti suryani

NPM : 0906615524

Tanda Tangan :

Tanggal : 9 Juni 2011



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Etti Suryani

NPM : 0906615524

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Hubungan Tingkatan Desa Siaga Dengan Angka

Kematian Bayi Di Kabupaten Blitar Jawa Timur Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ir. Ahmad Syafiq, M.Sc., Ph.D

Penguji I : drg. Sandra Fikawati, MPH

Penguji II : dr. Lely Nurlaely

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juni 2011

BIODATA PENULIS

1. Nama : Etti Suryani
2. Tempat Tanggal Lahir : Lamongan, 24 Februari 1980
3. Alamat Asal : Jl. Raya Tambakboyo no 44, Tikung, Lamongan
4. Alamat Sekarang : Ds. Rejosari RT 1 RW II Kec. Wonodadi, Blitar
5. Status : Menikah, 2 anak
6. Telp : 081335565412
7. Riwayat Pendidikan:
 - a. 2009 - sekarang : Program S1 Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
 - b. 2003 - 2005 : Akademi Kebidanan Karya Husada Kediri
 - c. 1998 - 1999 : Program Pendidikan Bidan Poltekkes Malang
 - d. 1995 - 1998 : SPK Pemda TK II Lamongan
 - e. 1992 - 1995 : SMP N I Lamongan
 - f. 1988 - 1992 : SDN 1 Tambakrigadung, Lamongan
8. Riwayat Kerja
 - a. 2005 - Sekarang : Staff Puskesmas Wonodadi, Blitar
 - b. 2002 - 2005 : Staff Puskesmas Puhjarak, Kediri
 - c. 1999 - 2002 : Staff Puskesmas Tambelangan, Sampang, Madura

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ir. Ahmad Syafiq, M.Sc., Ph.D, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
2. Seluruh Staff Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang saya perlukan;
3. drg. Sandra Fikawati, MPH selaku penguji yang telah memberikan masukan dalam skripsi saya ini;
4. dr. Lely Nurlaely selaku penguji dari Puskesmas Pancoran Mas, Depok yang telah bersedia meluangkan waktunya sebagai penguji dan mau memberi saran dalam skripsi ini;
5. Suami yang sangat aku cintai, anak-anakku (mas haris de' Hisyam maafin ibu ya..) orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral; dan
6. Sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Etti Suryani
NPM : 0906615524
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Hubungan Tingkatan Desa Siaga Dengan Angka Kematian Bayi Di
Kabupaten Blitar Jawa Timur Tahun 2010**

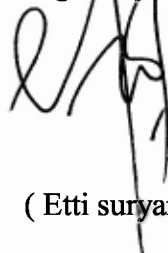
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 9 Juni 2011

Yang menyatakan



(Etti suryani)

ABSTRAK

Nama : Etti Suryani
Program Studi : Kebidanan komunitas
Judul : Hubungan Tingkatan Desa Siaga Dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar Jawa Timur Tahun 2010

Salah satu indikator derajat kesehatan adalah angka kematian bayi (AKB). Saat ini AKB nasional adalah 34 kematian per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Berbagai upaya dilakukan Pemerintah untuk menurunkan Angka Kematian Bayi diantaranya program Desa Siaga. Penelitian ini adalah penelitian analitik non eksperiment dengan rancangan *Cross sectional*. Penelitian ini menganalisis hubungan tingkatan Desa Siaga dengan Angka kematian bayi di Kabupaten Blitar, Jawa Timur pada tahun 2010. Populasi penelitian ini adalah seluruh desa yang ada di kabupaten Blitar dengan total sampel berjumlah 248 desa dan dianalisis dengan uji T-Independent. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata kematian bayi antar Tingkatan Desa Siaga. Dengan demikian disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi. Hal ini disebabkan karena banyak faktor yang menyebabkan tinggi atau rendahnya Angka Kematian bayi (AKB).

Kata kunci:
Desa Siaga, Angka Kematian Bayi (AKB)

ABSTRACT

Name : Etti Suryani
Study Program : Community Midwifery
Title : The Relationship between Level of “Desa Siaga” and
Infant Mortality Ratio In Blitar District, East Java in 2010

One indicator of healthy level is the Infant Mortality Ratio (IMR). Currently, the national IMR was 34 deaths per 1,000 live births (SDKI 2007). There are many government efforts to reduce infant mortality, one of them is “Desa Siaga” program. To determine the correlation of “Desa Siaga” and Infant Mortality Ratio, We conducted research by analyzing the level of “Desa Siaga” and Infant Mortality Ratio In Blitar, East Java in 2010. The population of this study are all villages in Blitar district total sample are 248 villages and analyzed by the Independent T-Test. This research is an analytic non experiment with cross sectional design. The results showed that there was no significant difference in average infant mortality among level of “Desa Siaga.” Thus concluded that there was no relationship between levels of “desa siaga” with Infant Mortality. This is caused by many factors that cause high or low Infant Mortality Ratio (IMR).

Keywords:
“Desa Siaga”, Infant Mortality Ratio (IMR)

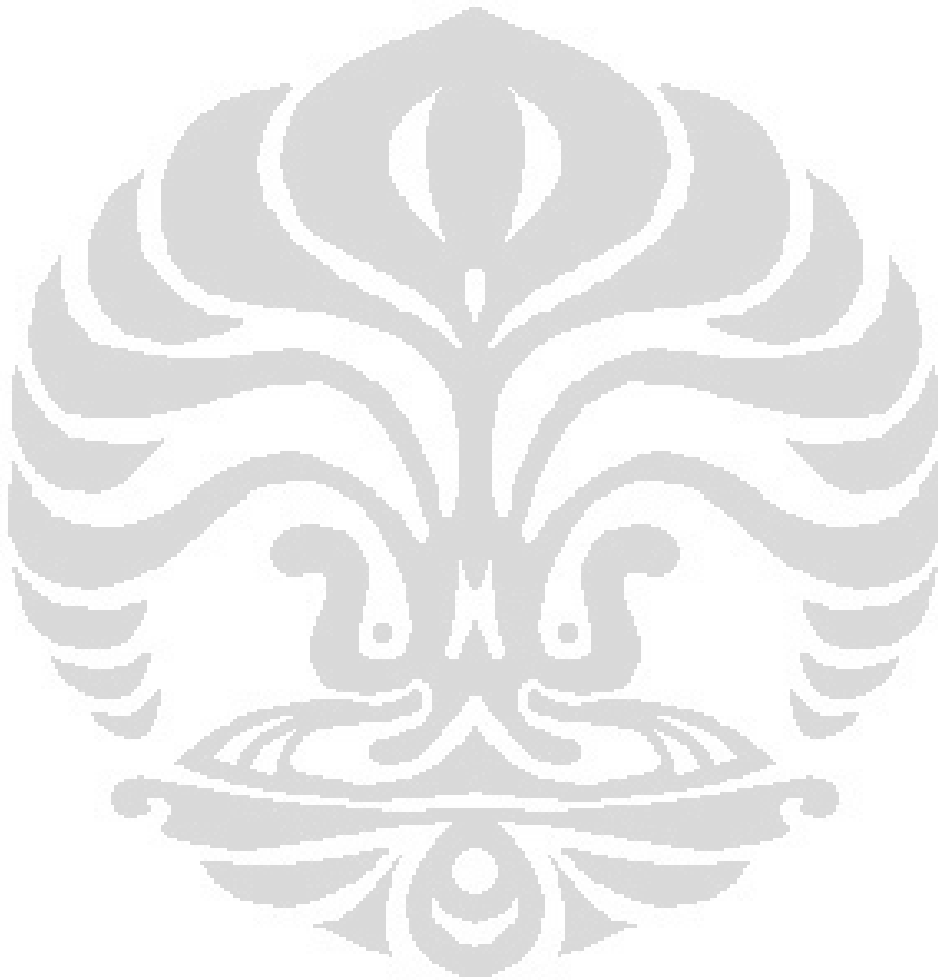
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
BIODATA PENULIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GRAFIK.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Desa Siaga	6
2.1.1 Pengertian Desa Siaga	6
2.1.2 Tujuan Desa Siaga	6
2.1.3 Sasaran pengembangan Desa siaga	7
2.1.4 Kriteria desa Siaga	7
2.1.5 Kegiatan Poskesdes	8
2.1.6 Sumberdaya Poskesdes	9
2.1.7 Tahapan/Tingkatan Desa Siaga.....	9
2.1.8 Pendekatan Pengembangan Desa Siaga.....	16
2.1.9 Indikator keberhasilan.....	19
2.2 Kematian Bayi	21
2.2.1 Pengertian	21
2.2.2 Tingkat Kematian Neonatal dan kematian bayi	21
2.2.3 Penyebab kematian neonatal dan Kematian bayi	22
2.2.4 Kerangka Konsep Determinan kematian Bayi menurut Mosley dan Chen	22
2.2.5 Determinan kematian bayi.....	25
BAB 3. KERANGKA KONSEP, HYPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	35
3.1 Kerangka Teori	35
3.2 Kerangka Konsep	36
3.3 Hypotesis	36

3.4	Definisi Operasional	37
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN.....		38
4.1	Rancangan Penelitian	38
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	38
4.3	Populasi dan Sampel.....	38
4.4	Sumber Data	38
4.5	Pengolahan Data	38
4.6	Analisis data	39
BAB 5. HASIL PENELITIAN		40
5.1	Gambaran Umum Daerah Penelitian	40
5.2	Gambaran umum Desa Siaga dan Kematian Bayi di Kabupaten Blitar	40
5.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan variabel Terkait	43
5.4	Hubungan antara variabel independent dengan Kematian bayi	45
BAB 6. PEMBAHASAN		49
6.1	Keterbatasan Penelitian	49
6.2	Pembahasan.....	49
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN		57
7.1	Kesimpulan	57
7.2	Saran	57
DAFTAR PUSTAKA		59
Lampiran		

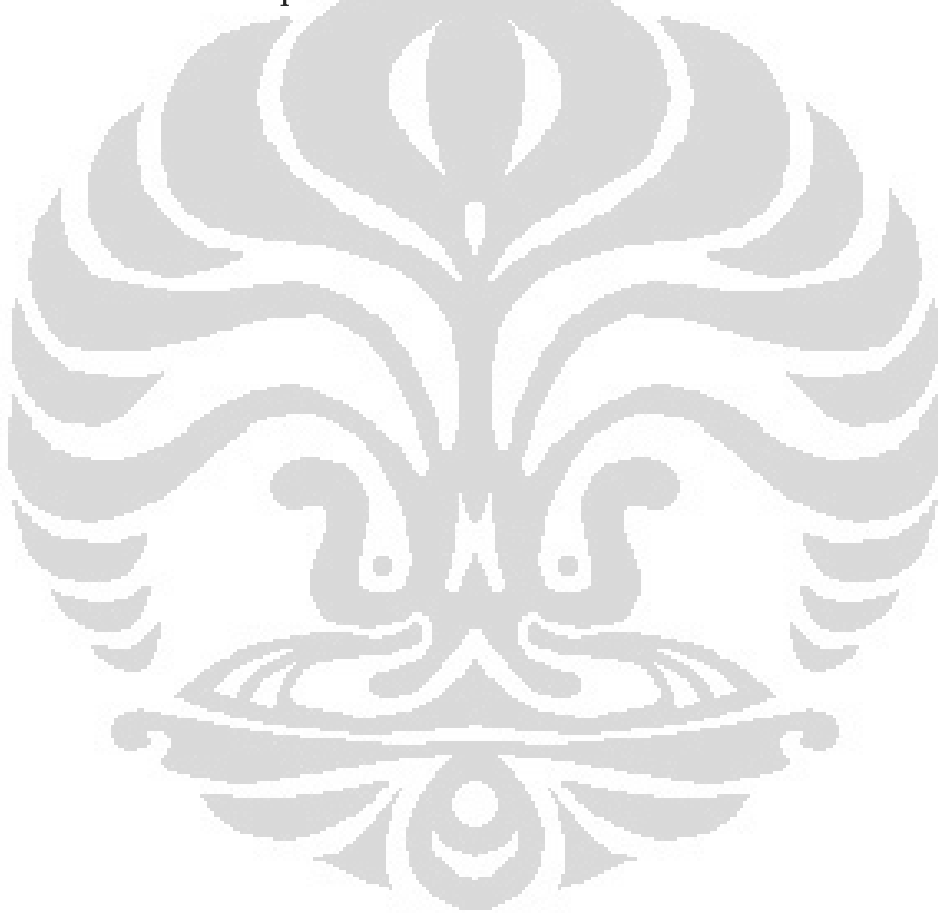
DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1 Kerangka Teori
Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian



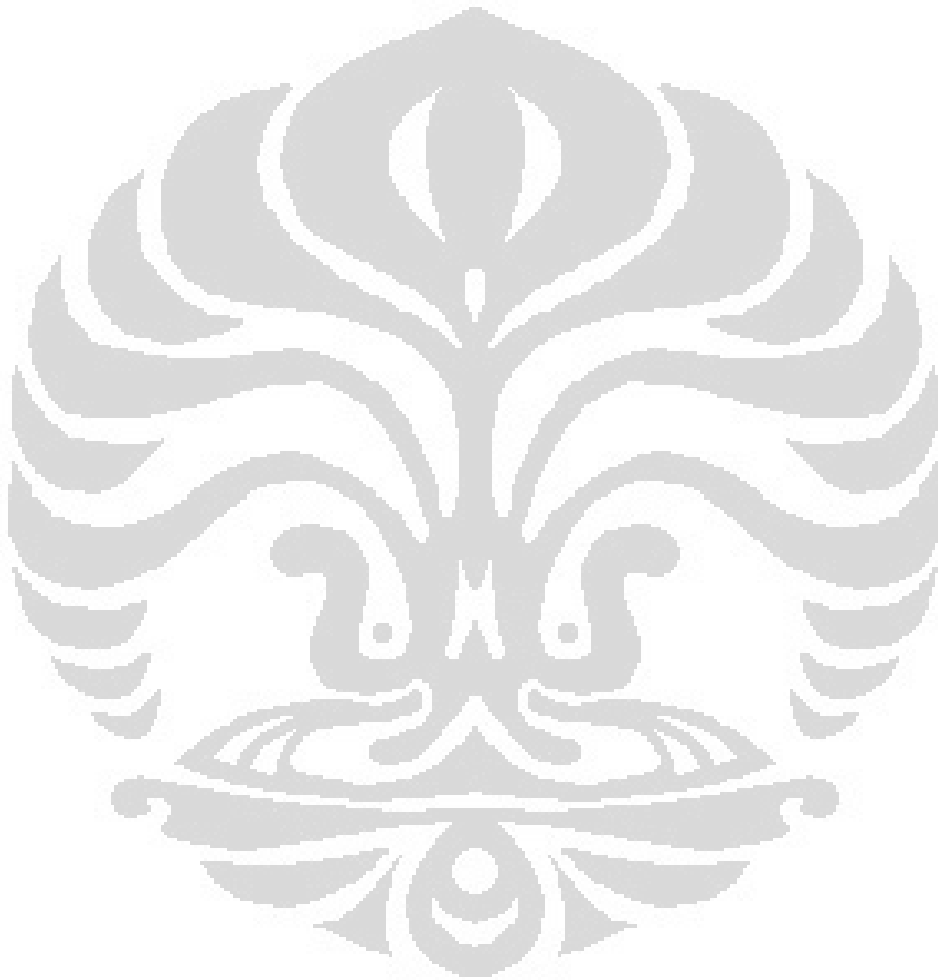
DAFTAR TABEL

- Tabel 1 Distribusi Desa menurut Indikator Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar Tahun 2010
- Tabel 2 Distribusi Desa menurut Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar Tahun 2010
- Tabel 3 Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Blitar Tahun 2010
- Tabel 4 Distribusi AKB di Kabupaten Blitar tahun 2010
- Tabel 5 Distribusi AKB Menurut Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar tahun 2010
- Tabel 6 Hasil Analisis Bivariat Antara AKB dengan Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar Tahun 2010



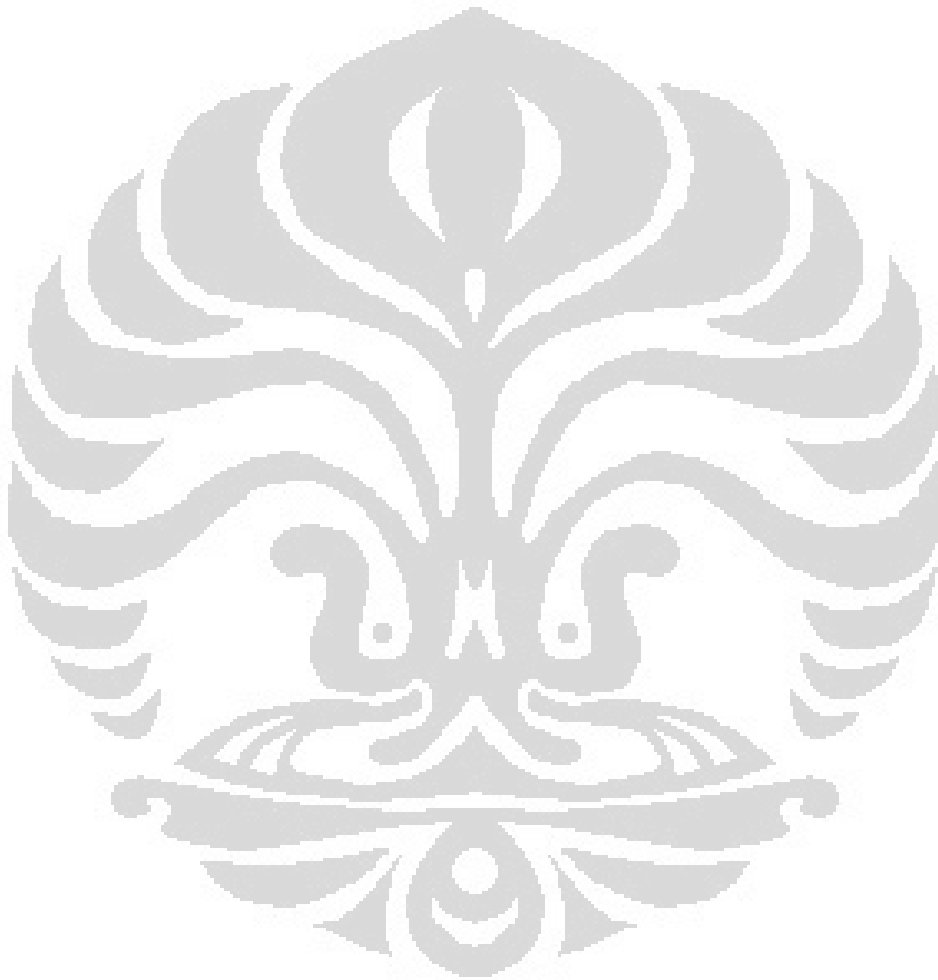
DAFTAR GRAFIK

- Grafik 1 Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tahun 2004 s/d tahun 2010
- Grafik 2 Proporsi Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tahun 2010
- Grafik 3 Penyebab langsung kematian bayi di Kabupaten Blitar tahun 2010



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Ijin Pengambilan dan Penggunaan Data
- Lampiran 2 Peta Wilayah Kabupaten Blitar, Jawa Timur
- Lampiran 3 Output SPSS



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan bangsa yang berdaya saing, salah satu arah yang ditetapkan adalah mengedepankan pembangunan sumber daya manusia, yang ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Unsur-unsur penting bagi peningkatan IPM adalah derajat kesehatan, tingkat pendidikan, dan pertumbuhan ekonomi (Depkes RI, 2007).

Salah satu indikator derajat kesehatan adalah angka kematian bayi (AKB), saat ini AKB nasional adalah 34/1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Pada tahun 2009 AKB di Jawa Timur adalah sebesar 33/1000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2009), sedangkan AKB di kabupaten Blitar pada tahun 2010 sebesar 14.6/1000 kelahiran hidup (Dinkes Kab Blitar, 2010).

Kematian anak khususnya kematian bayi merupakan indikator yang penting untuk kesehatan masyarakat dan untuk menilai suatu tingkat kesejahteraan suatu bangsa. Kematian bayi perlu mendapat perhatian khusus karena risiko kematian pada bayi sangat tinggi (Saifudin, 2002).

Ada banyak faktor yang mempengaruhi AKB tetapi tidak mudah untuk menemukan faktor yang paling dominan. Salah satu penyebab mengapa Angka Kematian Bayi masih cukup tinggi karena sebagian besar masyarakat enggan membawa bayinya yang masih berumur dibawah 1 (satu) bulan ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kesehatannya (Depkes RI, 2008).

Terdapat tiga penyebab utama kematian janin-neonatal yaitu infeksi, asfiksia dan defek lahir. Kematian neonatal yang disebabkan oleh infeksi bakteri karena proses persalinan dan perawatan neonatal yang tidak bersih tetap tinggi. Pada persalinan di rumah yang ditolong oleh dukun atau tenaga tidak terlatih lainnya, kurang menjamin kebersihan selama proses persalinan dan perawatan bayi baru lahir, sehingga menyebabkan ibu dan bayi berisiko mengalami infeksi bakteri.

Menurut data SDKI 2007 dari hasil otopsi verbal kejadian kematian diperoleh penyebab kematian pada bayi adalah 45% merupakan kematian

neonatal, secara khusus untuk penyebab kematian neonatal dini adalah gangguan pernafasan (36%). prematuritas (33%), sepsis 12%, hipotermi (6%), kelainan darah (6%), post matur (3%) dan kelainan kongenital (1,4%). Sedangkan penyebab kematian neonatal lanjut adalah sepsis (21%), kelainan kongenital (18%), pneumonia (15%), prematuritas dan RDS (13%), kuning, defek lahir, tetanus difisiensi nutrisi masing-masing 2,6% dan SIDS (2,5%).

Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB. Menurunnya AKB dalam beberapa waktu terakhir memberi gambaran adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2008).

Sehubungan dengan hal tersebut, pemerintah telah menetapkan PP Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka menengah nasional 2004-2009 dengan sasaran yang harus dicapai sebagai berikut :

- 1) Meningkatnya umur harapan hidup dari 66.2 tahun menjadi 70.6 tahun
- 2) Menurunnya angka kematian bayi dari 45 menjadi 26/1000 kelahiran hidup
- 3) Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226/100.000 kelahiran hidup
- 4) Menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita dari 25.8% menjadi 20%

Dengan telah ditetapkannya sasaran tersebut, maka Departemen Kesehatan segera merumuskan visi yaitu “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat” dengan misi “ membuat rakyat sehat “ yang akan dicapai melalui strategi :

- 1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas
- 3) Meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan
- 4) Meningkatkan pembiayaan kesehatan

Langkah nyata untuk mewujudkan sasaran tersebut, telah diterbitkan SK Menkes No. 564/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga,

dengan mengambil kebijakan bahwa “seluruh desa di Indonesia menjadi Desa Siaga pada akhir tahun 2008 (Depkes RI, 2006).

Pengembangan Desa Siaga mencakup upaya lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa, menyiapiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat di wilayahnya.

Sebuah Desa disebut Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan desa (Poskesdes). Poskesdes merupakan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa.

Adapun pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga kesehatan lainnya.

Syarat menjadi Desa Siaga yaitu :

- 1) Ada forum masyarakat desa (FMD)
- 2) Adanya pelayanan kesehatan dasar
- 3) Adanya upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat
- 4) Ada pengamatan kesehatan terus menerus dilakukan masyarakat
- 5) Adanya pembinaan dari puskesmas yang mampu memberikan pelayanan kegawat daruratan bagi ibu dan bayi
- 6) Ada sistem siaga terhadap bencana oleh masyarakat
- 7) Ada pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat
- 8) Mempunyai lingkungan yang sehat
- 9) Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Adapun tingkatan/tahapan Desa Siaga ada 4 yaitu Desa Siaga Bina (memenuhi kriteria1-3/ 3 kriteria), Desa siaga Tumbuh (memenuhi kriteria1-3 ditambah 2 kriteria lainnya/5 kriteria), Desa Siaga Kembang (memenuhi kriteria 1-3,ditambah 4 kriteria lainnya/ 7 kriteria) dan Desa Siaga Paripurna memenuhi seluruh kriteria(9 kriteria) (Depkes RI, 2006).

Sesuai dengan Pedoman pelaksanaan Pengembangan desa Siaga, dengan mengambil kebijakan bahwa “Seluruh desa di Indonesia menjadi Desa Siaga pada

akhir tahun 2008,” dalam kurun waktu 2006-2007 Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar telah melakukan pelatihan Desa Siaga sebanyak 169 desa. Pada akhir tahun 2008 semua desa di Kabupaten Blitar sudah menjadi Desa Siaga. Dengan adanya program Desa Siaga tersebut diharapkan dapat membantu penurunan Angka kematian Bayi (AKB) khususnya di wilayah Kabupaten Blitar, Jawa Timur.

Walaupun AKB Kabupaten Blitar termasuk rendah bila dibandingkan dengan AKB Jawa Timur, akan tetapi pasca pelaksanaan Program Desa Siaga Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tidak mengalami penurunan bahkan cenderung naik yaitu pada tahun 2006 sebesar 8.7/1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2010 sebesar 14.6/1000 kelahiran hidup (Dinkes Kab Blitar, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

Pasca pelaksanaan Program Desa Siaga Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tidak mengalami penurunan bahkan cenderung naik yaitu pada tahun 2006 sebesar 8.7/1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2010 sebesar 14.6/1000 kelahiran hidup. Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin menganalisis bagaimana Hubungan Tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar pada tahun 2010.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1) Bagaimana Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar ?
- 2) Berapa Angka Kematian Bayi di setiap tingkatan Desa Siaga ?
- 3) Adakah hubungan antara tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi ?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mengetahui hubungan Tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi di kabupaten Blitar, Jawa Timur pada tahun 2010.

Tujuan khusus

- 1) Mengetahui Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar
- 2) Mengetahui Angka Kematian Bayi di setiap tingkatan Desa Siaga
- 3) Menganalisis hubungan antara Tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi

1.5 Manfaat Penelitian

Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar

- 1) Sebagai masukan tentang pentingnya evaluasi program Desa Siaga khususnya yang berhubungan dengan Angka Kematian Bayi

Untuk peneliti lain

- 1) Sebagai masukan tentang evaluasi Program Desa Siaga khususnya yang berhubungan dengan Angka Kematian Bayi

1.6 Ruang lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah pelaksanaan program Desa Siaga menurut tingkatan dan kematian bayi di Kabupaten Blitar, Jawa Timur pada tahun 2010 hingga akhirnya dianalisis adakah hubungan antara tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi. Penelitian ini penting karena dapat menjadi evaluasi program Desa Siaga dalam upaya penurunan Angka Kematian Bayi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Desa Siaga

2.1.1 Pengertian Desa Siaga

Berdasarkan KEPMENKES RI No : 564/MENKES/SK/VIII/2006 yang dimaksud dengan Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan secara mandiri (Depkes RI, 2006).

Menurut pedoman umum Pengembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif yang dimaksud dengan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif adalah Desa atau kelurahan yang :

1. Penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (PUSTU), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan yang lain.
2. Penduduknya mengembangkan UKBM dan melaksanakan survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Berdasarkan pengertian tersebut di atas maka Desa atau Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen (1) Pelayanan Kesehatan Dasar, (2) Pemberdayaan Masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan, (3) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Depkes RI, 2011).

Desa yang dimaksud di sini dapat berarti Kelurahan atau nagari atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas

wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

2.1.2 Tujuan Desa Siaga

Menurut Depkes pembentukan Desa Siaga mempunyai beberapa tujuan, yaitu tujuan Umum (tujuan jangka panjang) dan tujuan khusus (tujuan jangka pendek), adapun tujuan itu adalah sebagai berikut :

Tujuan Umum

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- b. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya).
- c. Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Meningkatnya kesehatan di lingkungan desa.
- e. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

2.1.3 Sasaran Pengembangan Desa Siaga

Menurut Depkes untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga adalah sebagai berikut :

- a. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
- b. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi

perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh pemuda, kader desa serta petugas kesehatan

- c. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

2.1.4 Kriteria Desa Siaga

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) adalah upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekati/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa (Depkes RI, 2006).

Poskesdes dapat dikatakan sebagai sarana kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan dukungan pemerintah. Pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya.

2.1.5 Kegiatan Poskesdes

Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) diharapkan dapat melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa, sekurang-kurangnya :

- a. Pengamatan epidemiologis sederhana terhadap penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit lain yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan faktor-faktor resikonya (termasuk status gizi) serta kesehatan ibu hamil yang beresiko.
- b. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB , serta faktor-faktor resikonya (termasuk kurang gizi).
- c. Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan
- d. Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya.

- e. Kegiatan-kegiatan lain yaitu promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan penyehatan lingkungan.

Poskesdes juga diharapkan sebagai pusat pengembangan atau revitalisasi berbagai UKBM lain yang dibutuhkan masyarakat desa (misalnya Warung Obat Desa, Kelompok Pemakai Air, arisan Jamban Keluarga dan lain-lain. Dengan demikian Poskesdes sekaligus berperan sebagai koordinator dari UKBM-UKBM tersebut.

2.1.6 Sumberdaya Poskesdes

Pos kesehatan Desa (Poskesdes) diselenggarakan oleh tenaga kesehatan (minimal seorang bidan) dengan dibantu oleh sekurang-kurangnya 2 (dua) orang kader kesehatan.

Untuk menyelenggarakan pelayanan Poskesdes harus tersedia sarana fisik bangunan, perlengkapan dan peralatan kesehatan. Guna kelancaran komunikasi dengan masyarakat dan dengan sarana kesehatan (khususnya Puskesmas), Poskesdes seyogyanya juga memiliki sarana komunikasi (telepon, ponsel atau kurir)

Pembangunan sarana fisik Poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai cara, yaitu dengan urutan alternatif sebagai berikut :

- a. Mengembangkan Pondok Bersalin Desa (Polindes) yang telah ada menjadi Poskesdes.
- b. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada, yaitu misalnya Balai RW, Balai Desa, Balai Pertemuan Desa dan lain-lain.
- c. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari Pemerintah (Pusat atau Daerah), donatur, dunia usaha, atau swadaya masyarakat.

2.1.7 Tahapan/Tingkatan Desa Siaga

Berdasarkan Pedoman umum pengembangan Desa Siaga tahapan atau tingkatan Desa Siaga ada empat yaitu :

- a. Desa Siaga Bina
Memenuhi kriteria point a–c (3 kriteria)

- b. Desa Siaga Tumbuh
Memenuhi kriteria a-c, ditambah 2 kriteria lainnya (5 kriteria)
- c. Desa Siaga kembang
Memenuhi kriteria a-c, ditambah 4 kriteria lainnya (7 kriteria)
- d. Desa Siaga Paripurna
Memenuhi seluruh kriteria (9 kriteria)

Kriteria yang dimaksud adalah :

- a. Ada Forum Masyarakat Desa (FMD)
Yaitu suatu perkumpulan yang terdiri dari perwakilan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan warga/perbaiki desanya.
- b. Adanya pelayanan kesehatan dasar
Contoh : Polindes, Pustu, Bidan Praktek Swasta, Dokter praktek, klinik.
- c. Adanya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)
Contoh : Posyandu, Pos Kesehatan Pondok Pesantren, Kelompok peminat Ibu dan Anak, Ambulan Desa
- d. Ada pengamatan kesehatan terus menerus dilakukan masyarakat
Masyarakat mau mengamati hal-hal penting yang dapat mengancam atau menimbulkan masalah kesehatan serta melaporkannya kepada petugas kesehatan. Masalah kesehatan yang diamati : penyakit menular, penyakit tidak menular, kondisi yang merupakan faktor resiko.
- e. Ada pembinaan dari puskesmas yang yang mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan bagi ibu dan bayi
Pembinaan diarahkan agar masyarakat mau dan mampu untuk mengenali masalah (deteksi dini) resiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir sehingga masyarakat dapat mengetahui secara cepat apa yang harus diperbuat jika menjumpai kasus resiko tinggi.
- f. Ada sistem siaga terhadap bencana oleh masyarakat
Masyarakat paham dan mau bertindak terhadap ancaman atau kejadian yang dapat membahayakan jiwa, contoh : bahaya kompor meledak, banjir bandang, tanah longsor, tsunami, letusan gunung, kebakaran kampung.
- g. Ada pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari masyarakat untuk kepentingan masyarakat juga ditanggung oleh masyarakat, contoh dana sehat, tabungan ibu bersalin, jimpitan, dasolin.

h. Mempunyai Lingkungan yang sehat

Lingkungan yang sehat mencakup kebersihan, kenyamanan, kebutuhan dasar seperti tanah, air dan udara serta sarana dan prasarana yaitu perumahan.

i. Masyarakat ber Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Masyarakat paham dan mau mempraktekkan berbagai perilaku yang mendorong/mendukung tercapainya keadaan yang bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari, contoh : cuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air besar (Depkes RI, 2006).

Pada tahun 2011 sudah dikembangkan instrumen baru dalam penilaian tahapan atau tingkatan Desa Siaga Aktif, dimana dalam penilaiannya didasarkan pada 8 indikator, antara lain :

- a. Kepedulian Pemerintahan Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
- b. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif.
- c. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari .
- d. Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan (a) penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, (b) survailans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu, pertumbuhan anak, lingkungan, dan perilaku), serta (c) penyehatan lingkungan.
- e. Tercakupnya (terakomodasikannya) pendanaan untuk pengembangan Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta dari masyarakat dan Dunia Usaha
- f. Peran serta aktif masyarakat dan Organisasi Kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- g. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga Aktif atau Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masyarakat (rumah tangga) di desa atau kelurahan.

Adapun Tingkatan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif ada 4 yaitu :

1. **Desa/Kelurahan Siaga Aktif Pratama**, yaitu desa/kelurahan yang:
 - a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, tetapi belum berjalan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa/Kelurahan Siaga Aktif minimal 2 orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu, tetapi UKBM lainnya tidak aktif.
 - e. Sudah ada dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan tetapi belum ada sumber dana lainnya.
 - f. Ada peran aktif dari masyarakat namun belum ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Belum memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Pembinaan PHBS kurang dari 20 persen pada rumah tangga di desa/kelurahan.
2. **Desa/Kelurahan Siaga Aktif Madya**, yaitu desa/kelurahan yang:
 - a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan, tetapi belum secara rutin setiap tri-wulan
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara tiga sampai lima Orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu dan 2 (dua) UKBM lainnya yang aktif.

- e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta satu sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari satu ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, tetapi belum direalisasikan.
 - h. Minimal 20 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 3. Desa/Kelurahan Siaga Aktif Purnama**, yaitu desa dan kelurahan yang:
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa dan Kelurahan yang berjalan secara rutin, setiap tri-wulan.
 - b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa dan Kelurahan Siaga Aktif antara enam sampai delapan orang.
 - c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
 - d. Sudah memiliki Posyandu dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang aktif.
 - e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h. Minimal 40 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 4. Desa/Kelurahan Siaga Aktif Mandiri**, yaitu desa/kelurahan yang:
- a. Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan yang berjalan secara rutin setiap bulan.

- b. Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis Desa/ Kelurahan Siaga Aktif lebih dari sembilan orang.
- c. Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari.
- d. Sudah memiliki Posyandu dan lebih dari 4 (empat) UKBM lainnya yang aktif dan berjejaring.
- e. Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha.
- f. Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari dua ormas dalam kegiatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g. Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
- h. Minimal 70 persen rumah tangga di Desa dan Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Dalam bentuk matriks, pentahapan perkembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut:

KRITERIA	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1. Forum 2. Desa / Kelurahan	ada, tetapi belum berjalan	Berjalan, tetapi belum rutin setiap tri-wulan	Berjalan setiap Tri-wulan	Berjalan setiap bulan
3. KPM/Kader Teknis	sudah ada minimal 2 Orang	Sudah ada 3-5 Orang	Sudah ada 6-8 orang	Sudah ada 9 orang atau lebih
4. Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar	Ya	Ya	Ya	Ya
5. Posyandu & UKBM lainnya aktif	Posyandu ya, UKBM lainnya tidak aktif	Posyandu & 2 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 3 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 4 UKBM lainnya aktif
6. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan : - Pemerintah desa dan kelurahan - Masyarakat - Dunia usaha	Sudah ada dana dari pemerintah desa dan kelurahan serta belum ada sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari pemerintah desa dan kelurahan serta satu sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari pemerintah desa dan kelurahan serta dua sumber dana lainnya	Sudah ada dana dari pemerintah desa dan kelurahan serta dua sumber dana lainnya
6. Peran serta masyarakat dan Organisasi kemasyarakatan	Ada peran aktif masyarakat dan tidak ada peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan satu peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan dua peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan lebih dari dua peran aktif ormas
7. Peraturan Kepala Desa / Peraturan Bupati/ Walikota	Belum ada	Ada, belum direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan
8. Pembinaan PHBS Rumah Tangga	Pembinaan PHBS kurang dari 20 % rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 20 % rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 40 % rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 70 % rumah tangga yang ada

2.1.8 Pendekatan Pengembangan Desa Siaga

Menurut Depkes Pengembangan Desa siaga dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisir (pengorganisasian masyarakat). Yaitu dengan menempuh tahap-tahap :

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah
- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya
- d. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur, langkah-langkah pokok yang harus ditempuh dalam pengembangan Desa Siaga antara lain :

a. Pengembangan Tim Petugas

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknis maupun petugas administrasi. Persiapan pada petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Keluaran atau output dari langkah ini adalah para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.

b. Pengembangan Tim di masyarakat

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat serta masyarakat agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga.

Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan agar mereka mau memberikan dukungan baik berupa kebijakan atau anjuran serta restu maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan

Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga.

Jadi dukungan yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material, sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga.

c. Survei Mawas Diri

Survei Mawas Diri (SMD) atau telaah Mawas Diri (TMD) atau *Community Self Survey* (CSS) bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa. Untuk itu sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan ketrampilan bagi mereka.

Keluaran atau output dari SMD ini berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, termasuk dalam rangka membangun Poskesdes.

d. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Tujuan penyelenggaraan musyawarah masyarakat desa (MMD) ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Disamping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pembangunan Desa Siaga.

Inisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari para tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pengembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh masyarakat, termasuk tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat. Bahkan sedapat mungkin dilibatkan pula kalangan dunia usaha yang mau mendukung pengembangan Desa Siaga dan kelestariannya (untuk itu diperlukan advokasi).

e. Pelaksanaan Kegiatan

Secara operasional pembentukan Desa Siaga dilakukan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

- (1). Pemilihan pengurus dan Kader Desa Siaga
- (2). Orientasi/ Pelatihan kader Desa Siaga
- (3). Pengembangan Poskesdes dan UKBM lain
- (4). Penyelenggaraan kegiatan Desa Siaga

Secara berkala kegiatan Desa Siaga dibimbing dan dipantau oleh Puskesmas yang hasilnya disepakati sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Desa Siaga selanjutnya secara lintas sektoral.

f. Pembinaan dan Peningkatan

Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian Desa Siaga adalah keaktifan para kader. Oleh karena itu dalam rangka pembinaan perlu dikembangkan upaya-upaya untuk memenuhi kebutuhan para kader agar tidak drop out. Kader-kader yang memiliki motivasi memuaskan kebutuhan sosial psikologisnya harus diberi kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan kreatifitasnya. Sedangkan kader-kader yang masih dibebani dengan pemenuhan kebutuhan dasarnya, harus dibantu untuk memperoleh pendapatan tambahan, misalnya dengan pemberian gaji/insentif atau difasilitasi agar dapat berwirausaha.

Untuk dapat melihat perkembangan Desa Siaga, perlu dilakukan pemantauan dan evaluasi. Berkaitan dengan itu kegiatan-kegiatan di Desa Siaga perlu dicatat oleh kader, misalnya kegiatan Posyandu dicatat dalam buku Registrasi Ibu dan anak Tingkat Desa atau dalam Sistem Informasi Posyandu.

2.1.9 Indikator Keberhasilan

Keberhasilan upaya pengembangan Desa Siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikatornya yaitu :

a. Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa beberapa besar masukan yang telah diberikan dalam rangka pengembangan Desa Siaga, Indikator masukan terdiri atas hal-hal berikut :

- (1) Ada/ tidaknya Forum Masyarakat Desa
- (2) Ada/tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapan/peralatannya
- (3) Ada/tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat
- (4) Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan)

b. Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut :

- (1) Frekwensi pertemuan Forum Masyarakat Desa
- (2) Berfungsi/tidaknya Poskesdes
- (3) Berfungsi/tidaknya UKBM yang ada
- (4) Berfungsi/tidaknya Sistem Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana
- (5) Berfungsi/tidaknya sistem surveilans berbasis masyarakat
- (6) Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS

c. Indikator Keluaran

Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator keluaran terdiri atas hal-hal berikut :

- (1) Cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes
- (2) Cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain
- (3) Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan

- (4) Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS

d. Indikator Dampak

Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dari hasil kegiatan di Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut :

- (1) Jumlah penduduk yang menderita sakit
- (2) Jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa
- (3) Jumlah ibu yang melahirkan meninggal dunia
- (4) Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia
- (5) Jumlah balita dengan gizi buruk.

Dalam pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dijelaskan bahwa tercapainya Indonesia Sehat atau target-target dalam MDG's sebagian besar ditentukan oleh keberhasilan pengembangan dan pembinaan Desa atau Kelurahan siaga aktif (Depkes RI, 2010).

2.2 Kematian Bayi

2.2.1 Pengertian

Definisi mati menurut WHO yaitu : “keadaan menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup.” Dalam SDKI 2007 kematian bayi adalah kematian antara kelahiran dan sebelum mencapai umur tepat satu tahun.

Peristiwa kematian pada periode bayi adalah sbb:

- a. Lahir mati (*still birth*), yaitu kematian bayi yang cukup bulan untuk keluar dari rahim, namun saat lahir tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan
- b. Kematian baru lahir (*neonatal death*) adalah kematian bayi sebelum berumur satu bulan (28 hari)
- c. Kematian lepas baru lahir (*post neonatal death*), adalah kematian bayi setelah berumur satu bulan tapi belum tepat berumur satu tahun (11 bulan)
- d. Kematian bayi (*infant mortality*) adalah kematian setelah bayi lahir hidup hingga berumur kurang dari satu tahun (< 12 bulan)

Angka Kematian Bayi adalah jumlah kematian bayi Per 1000 kelahiran hidup. Kematian anak khususnya kematian bayi merupakan indikator yang penting untuk kesehatan masyarakat dan untuk menilai suatu tingkat kesejahteraan suatu bangsa. Kematian bayi perlu mendapat perhatian khusus karena risiko kematian pada bayi sangat tinggi (Saifudin, 2002).

2.2.2 Tingkat Kematian Neonatal, dan Kematian Bayi

Angka kematian bayi telah berhasil diturunkan secara signifikan dari 142 per 1000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 1999 menjadi 35 per 1000 KH pada tahun 2005 (SDKI 2007), namun basis dua SDKI terakhir (SDKI 2002-2003 dan SDKI 2007) menunjukkan stagnasi tingkat kematian bayi.

Angka kematian neonatal di Indonesia pada periode 2003-2007 basis SDKI 2007 (2009) adalah 19 per 1000 KH dan angka kematian post neonatal adalah 15 per 1000 KH serta angka kematian bayi 34 per 1000 KH namun belum ada data yang menunjukkan angka kematian neonatal dini dan neonatal

lanjut.

SDKI tidak menyajikan hasil perhitungan angka kematian untuk kedua jenis periode kematian tersebut. Padahal menurut WHO, setiap tahun diperkirakan delapan juta bayi lahir mati dan meninggal pada bulan pertama kehidupannya dan sebagian besar angka tersebut (98%) terjadi di negara berkembang (Djaja, dkk, 2004). Dari tujuh juta kematian bayi tiap tahun, dua pertiga meninggal pada bulan pertama. Lawn (2005) dalam DTSP-KIBBLA 2008 melaporkan bahwa dua pertiga dari neonatal meninggal pada minggu pertama kehidupannya.

2.2.3 Penyebab Kematian Neonatal dan Bayi

Terdapat tiga penyebab utama kematian janin-neonatal yaitu infeksi, asfiksia dan defek lahir. Kematian neonatal yang disebabkan oleh infeksi bakteri karena proses persalinan dan perawatan neonatal yang tidak bersih tetap tinggi. Pada persalinan di rumah yang ditolong oleh dukun atau tenaga tidak terlatih lainnya, kurang menjamin kebersihan selama proses persalinan dan perawatan bayi baru lahir, sehingga menyebabkan ibu dan bayi berisiko mengalami infeksi bakteri.

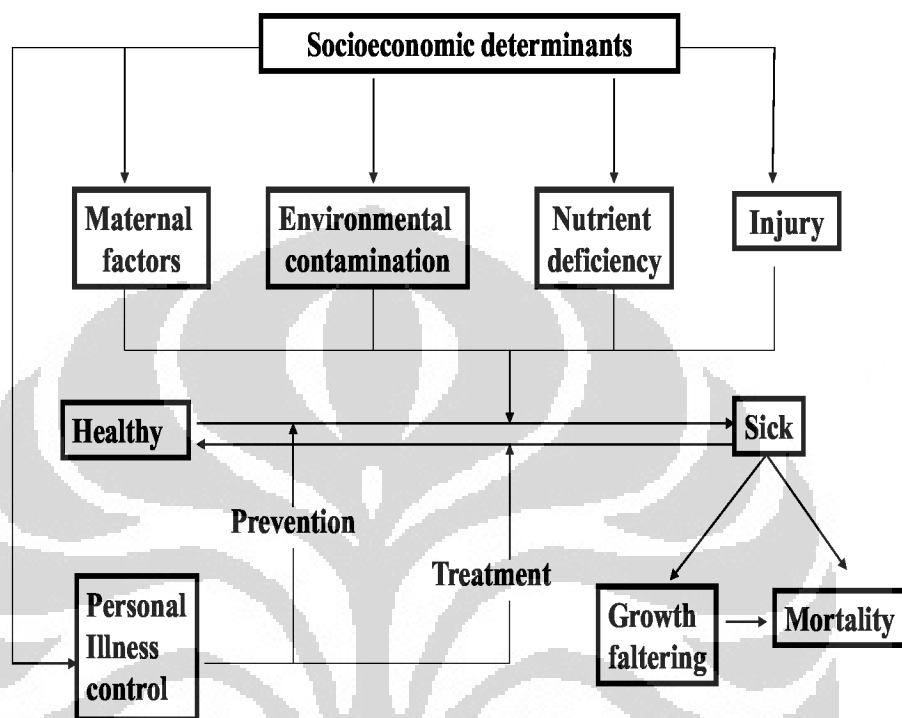
Menurut data SDKI 2007 dari hasil outopsi verbal kejadian kematian diperoleh penyebab kematian pada bayi adalah 45% merupakan kematian neonatal, secara khusus untuk penyebab kematian neonatal dini adalah gangguan pernafasan (36%), prematuritas (33%), sepsis 12%, hipotermi (6%), kelainan darah (6%), post matur (3%) dan kelainan kongenital (1,4%). Sedangkan penyebab kematian neonatal lanjut adalah sepsis (21%), kelainan kongenital (18%), pneumonia (15%), prematuritas dan RDS (13%), kuning, defek lahir, tetanus difisiensi nutrisi masing-masing 2,6% dan SIDS (2,5%).

2.2.4 Kerangka Konsep Determinan kematian Bayi menurut Mosley dan Chen

Mosley dan Chen berpendapat bahwa pendekatan yang lebih bermanfaat dalam menjelaskan masalah penyebab kematian adalah

menjelaskan dan menilai atau mengukur interaksi biologis, masalah sosial, ekonomi dan budaya, interaksi ini disebut variabel antara.

Gb. 1 DETERMINAN KEMATIAN BALITA DAN BAYI BARU LAHIR



Sumber: Mosley and Chen, 1985

Kerangka konsep determinan kematian anak yang diajukan oleh Mosley dan Chen (1984) menerapkan hal tersebut di atas (Gambar 1). Gambar di atas suatu kerangka konsep yang menunjukkan bagaimana kelima kelompok determinan proksi bekerja pada dinamika kesehatan populasi.

Kerangka Kerja Determinan Proksi

Pengembangan suatu determinan Proksi sebagai pendekatan untuk mempelajari kelangsungan hidup anak yang diwakili berdasarkan premis:

- (1) Secara optimal, lebih dari 97% bayi baru lahir diharapkan dapat melalui lima tahun pertama kehidupannya.
- (2) Pengurangan probabilitas kelangsungan hidup di beberapa masyarakat adalah dalam rangka untuk menjalankan kekuatan sosial, ekonomi,

biologi dan lingkungan

- (3) Determinan sosial ekonomi (variabel bebas) harus bekerja melalui determinan proksi yang lebih mendasar yang pada akhirnya mempengaruhi risiko penyakit dan outcome dari proses penyakit.
- (4) Penyakit-penyakit khusus dan kekurangan gizi diamati dalam populasi yang hidup mungkin menjadi indikator biologi yang bekerja sebagai determinan Proksi
- (5) Kegagalan pertumbuhan dan akhirnya kematian anak (variabel terikat) sebagai konsekuensi kumulatif dari proses multiple penyakit (termasuk interaksi biososial). Hanya sedikit sebagai kematian anak dari episode penyakit tunggal.

Pada dasarnya adalah suatu model untuk mengidentifikasi determinan proksi atau variabel perantara yang secara tidak langsung mempengaruhi risiko morbiditas dan mortalitas. Semua determinan sosial ekonomi harus bekerja melalui variabel ini untuk mempengaruhi kelangsung hidup anak. Determinan proksi dikelompokkan dalam lima kategori:

- Faktor ibu : umur, paritas, selang kelahiran
- Kontaminasi lingkungan : air, makanan/air/tangan,kulit/tanah/benda/vektor serangga
- Defisiensi gizi: kalori, protein, gizi mikro (vitamin dan mineral)
- Kecacatan : kecelakaan
- Pengawasan penyakit perseorangan : pengukuran pencegahan perseorangan,pengobatan.

Semua determinan proksi pertama pada empat kelompok pertama mempengaruhi angka perubahan sehat secara individu menjadi sakit. Faktor pengawasan personal terhadap penyakit mempengaruhi kedua angka kesakitan (melalui pencegahan) dan angka pemulihan (melalui pengobatan). Status penyakit khusus (infeksi atau defisiensi gizi) berubah secara mendasar. Akhirnya baik pulih maupun konsekuensi *irreversible* manifestasi oleh tingkat pertumbuhan lambat (atau disabilitas lain diantara yang hidup) dan/atau kematian.

Suatu aspek baru dari model kerangka pikir ini adalah definisi dari status penyakit khusus secara individu sebagai suatu indikator berlangsungnya determinan daripada suatu penyebab kesakitan atau kematian. Hal ini di bawah nilai yang tidak bermanfaat sebagai etiologi klasifikasi spesifik penyakit atau kematian untuk pengembangan terapi yang rasional dan intervensi pencegahan. Lebih tepatnya bertujuan untuk empati sosial sebagaimana akar masalah medis.

Kenyataan ini sebagai dasar pendekatan epidemiologi, yang dimulai dari masalah biologi dalam *host* dan kemudian dicari sebagai determinan sosial dalam rangka pengembangan ukuran pengawasan yang rasional. Strategi pendekatan untuk penelitian kelangsungan hidup anak secara tidak langsung oleh kerangka pikir metode ganda digunakan dalam epidemiologi penyakit kronik daripada penyakit akut. Penyakit kronik seperti penyakit hati adalah tipe multi faktor sebab akibat, mempunyai periode laten panjang antara terpapar penyakit dan manifestasi dan sangat dipengaruhi oleh gaya hidup dan keadaan sosial ekonomi.

2.2.5 Determinan Kematian Bayi

a. Faktor sosial ekonomi

Status sosio ekonomi termasuk status pekerjaan kepala keluarga dan daerah tempat tinggal, kawasan berpengaruh terhadap tingkat kematian bayi di Indonesia. Analisis kematian bayi menurut sosial ekonomi menunjukkan adanya disparitas antara strata ekonomi miskin dan kaya. daerah perdesaan dengan perkotaan, KTI dengan kawasan Jawa-Bali dan pendidikan rendah dengan pendidikan tinggi (Simbolon, 2006).

Daerah tempat tinggal

Menurut berbagai basil analisis dan penelitian, bahwa terdapat kesenjangan status kesehatan antara daerah perkotaan dan perdesaan. Tingkat kematian bayi di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan perkotaan (Simbolon, 2006).

Kawasan

Hasil analisis Simbolon (2006) dengan data SDKI dan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) menyatakan bahwa tingkat kematian anak selain bervariasi menurut provinsi juga adanya disparitas menurut kawasan yang dikelompokkan berdasar provinsi-provinsi dalam suatu pulau atau kepulauan besar yang terdiri dari kawasan Sumatera, Jawa-Bali dan Kawasan Timur Indonesia (KTI).

Pendidikan orang tua

Pendidikan orang tua yaitu ibu dan pasangan berpengaruh dalam pengambilan keputusan pada keluarga. Pendidikan berpengaruh secara tidak langsung melalui peningkatan status sosial dan kedudukan wanita dalam keluarga serta dalam pengambilan keputusan.

Pendidikan juga berpengaruh terhadap tradisi menikah muda sehingga tidak mengurangi risiko kehamilan pada usia muda yang dapat membahayakan ibu hamil dan bayinya. Ibu dengan pendidikan rendah berkaitan dengan masalah kemiskinan, masalah kekurangan gizi dan menyebabkan rendahnya kelangsungan hidup anak.

Pekerjaan orang tua

Status pekerjaan orang tua terutama kepala keluarga berpengaruh langsung terhadap status ekonomi keluarga. Status kesehatan keluarga terutama bayi tergantung pada keadaan ekonomi rumah tangga. Ibu yang bekerja bisa disebabkan karena kebutuhan keluarga yang miskin sehingga ibu bekerja di luar rumah sehingga pengasuhan bayi diserahkan pada orang lain yang kurang terampil dalam mengasuh dan merawat bayi mereka.

Status ekonomi

Status ekonomi keluarga mendasari kelangsungan hidup bayi. Semakin rendah status ekonomi keluarga menunjukkan tingkat kematian bayi yang semakin meningkat (Population Report, 2002).

b. Faktor Ibu

Kondisi yang disebabkan oleh komplikasi pada ibu selama hamil, bersalinan dan masa nifas juga menyebabkan komplikasi pada bayi, sehingga masalah kesehatan bayi tidak bisa dipisahkan dari kesehatan ibu.

Faktor-faktor keadaan ibu berkaitan erat kelangsungan hidup bayi antara lain:

Keinginan dalam mempunyai anak.

Kesehatan bereproduksi adalah bagian dari hak asasi manusia. Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas kesehatan reproduksi. Deklarasi pertemuan *International Conference Population and Development* (ICPD) di Kairo menyatakan bahwa kesehatan reproduksi adalah bagian yang tidak terpisahkan dari hak asasi manusia. Setiap pasangan atau individu mempunyai hak untuk menetapkan secara bebas dan bertanggung jawab terhadap jumlah anak, jarak kelahiran anaknya dan kapan ingin atau tidak ingin mempunyai anak. Idealnya setiap anak dilahirkan karena diinginkan, direncanakan dan dipertanggungjawabkan.

Urutan kelahiran

Hubungan antara paritas dengan kematian bayi menunjukkan bentuk U dengan risiko terendah pada ibu yang mempunyai paritas 2. Paritas kedua dan ketiga dipandang paling aman. Paritas pertama dan di atas tiga menunjukkan kematian yang lebih tinggi. Urutan kelahiran mulai keempat, secara fisik ibu sudah mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan yang tidak mudah (Saifudin, 2002).

Status Kesehatan Ibu Hamil

Pengaruh kekurangan gizi pada ibu hamil tidak saja pada *fetal outcome* berupa berat bayi lahir rendah, risiko kematian bayi/perinatal, abortus, prematuritas, tapi juga pada *maternal outcome* berupa anemia, penurunan daya tahan tubuh, kesulitan persalinan dan perdarahan postpartum.

Kebutuhan nutrisi yang adekuat untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan kandungannya maka diperlukan penambahan nutrisi dalam jumlah yang tepat sesuai dengan berapa seharusnya energi dan protein bertambah pada tiap trimesternya (Saifudin, 2002).

Umur ibu saat melahirkan

Faktor risiko ibu yang dapat mempengaruhi risiko kelangsungan hidup anak adalah umur ibu saat bersalin. Anak yang lahir dari ibu yang sangat muda (terlalu muda) atau ibu tua (terlalu tua) mempunyai risiko kematian dan gangguan kesehatan jangka panjang yang lebih besar dari pada anak lainnya. (Population Report, 2002).

Faktor Risiko Ibu Hamil

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi perlu perawatan yang khusus agar ibu dan janin dalam keadaan selamat. Masa kehamilan juga merupakan masa berisiko untuk terjadinya kematian ibu yang juga berdampak pada kematian bayi. Kematian ibu hanya terjadi jika terjadi kehamilan.

Selama masa kehamilan janin juga mempunyai berbagai kemungkinan ancaman kematian janin dan selama masa kehamilan ibu mempunyai berbagai masalah komplikasi dan kehamilan berisiko yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. Terdapat keadaan kehamilan yang berisiko, yang tidak secara langsung menyebabkan kematian ibu. Keadaan-keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Faktor risiko pada ibu hamil antara lain menurut Depkes adalah :

- (1). Primigravida kurang dari 20 tahun atau 35 tahun ke atas
- (2). Anak lebih dari 4
- (3). Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang, kurang dari 2 tahun
- (4). Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm.

- (5). Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat kongenital
- (6). Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, maka semakin tinggi risiko kehamilannya (Depkes RI, 2003).

Komplikasi Kehamilan

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risiko tinggi /komplikasi kebidanan pada kehamilan menurut Depkes meliputi :

- (1). Hb kurang dari 8gr%
- (2). Tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg)
- (3). Oedema yang nyata
- (4). Eklampsia
- (5). Perdarahan per vagina
- (6). Ketuban pecah dini
- (7). Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu
- (8). Letak sungsang pada primigravida
- (9). Infeksi berat/sepsis
- (10). Persalinan prematur
- (11). Kehamilan ganda
- (12). Janin yang besar
- (13). Penyakit kronis pada ibu: jantung, paru, ginjal dll
- (14). Riwayat obstetrik buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan

Komplikasi Persalinan

Menurut Depkes RI 2008 Kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera

dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi.

Status Perempuan

Status wanita berkaitan erat dengan derajat kesehatannya. Secara spesifik juga ditemukan bahwa ditempat yang angka kematian ibunya tinggi biasanya status sosial wanitanya rendah. Sejak lahir kebutuhan mereka terabaikan dan menempati posisi kedua setelah laki-laki. Stereotip bahwa wanita adalah tugasnya untuk hamil dan melahirkan anak. Salah satu masalah terlambatnya akses yang dikenal dengan istilah 4 terlambat adalah terlambat memutuskan, karena seringkali ibu yang hamil karena tidak mempunyai status yang baik maka dia tidak bisa menentukan sendiri apa yang harus dilakukan untuk keselamatan dirinya dan anak yang dikandungnya. Dia harus bergantung pada kesepakatan suami dan keluarganya (Sarimawar, 2004).

c. Faktor Anak

Berat lahir bayi

Faktor bayi mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi, antara lain berat badan waktu lahir, jenis kelamin, urutan kelahiran, jarak kelahiran dengan kelahiran anak sebelumnya, tempat dilahirkan serta waktu pemberian air susu ibu (ASI).

Menurut Lawn (2001) dalam DTSP KIBBLA berat bayi lahir rendah atau BBLR adalah penyebab langsung kematian neonatal. Berat lahir bayi dikelompokkan menjadi berat badan normal yaitu jika berat badan 2500 gram ke atas dan BBLR jika berat badan waktu lahir kurang dari 2500 gram. Angka kejadian BBLR menggambarkan derajat kesehatan masyarakat. Penyebab medis langsung kematian neonatal adalah berat badan lahir rendah, asfiksia dan luka saat lahir, defek lahir dan lainnya (Depkes RI, 2008)

Jenis Kelamin Bayi

Bayi mempunyai daya tahan yang berbeda menurut jenis kelamin, antara laki-laki dan perempuan. Bayi laki-laki mempunyai risiko kematian yang lebih tinggi dibanding bayi perempuan (Saifudin, 2002).

Jarak kelahiran

Pengaturan jarak kehamilan mempunyai dampak terhadap kelangsungan hidup bayi. Pengaruh jarak kelahiran terhadap kematian bayi baik terhadap kelahiran sebelum maupun terhadap sesudahnya sangat terlihat dampaknya. Bayi yang dilahirkan dengan jarak kurang dari 24 bulan dengan kelahiran sebelumnya mempunyai risiko kematian yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan jarak kelahiran 24 bulan atau lebih.

Jarak kelahiran yang pendek mempunyai pengaruh terhadap status kesehatan ibu maupun bayi yang dilahirkan sebelumnya. Seorang wanita yang melahirkan berturut-turut dalam jangka waktu yang pendek tidak sempat memulihkan kesehatannya, serta harus membagi perhatian kepada anak lainnya. Anak-anak yang dilahirkan pada periode yang pendek mempunyai risiko kematian yang lebih tinggi (Population Report, 2002)

Inisiasi Menyusui Dini

Sumber makanan dan minuman yang paling baik bagi bayi baru lahir adalah ASI. Menurut laporan Depkes meskipun proporsi bayi yang mendapat ASI cukup tinggi, namun waktu memulai menyusui dan lamanya menyusui masih sangat bervariasi. ASI memegang peran penting dalam menjaga kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir, karena ASI terutama kolostrum dapat meningkatkan pertahanan tubuh. Tidak memberikan kolostrum merupakan salah satu kebiasaan yang sangat merugikan dan banyak ditemui di masyarakat.

d. Faktor Pelayanan Kesehatan

Gerakan MPS fokus pada :

- (1). Akses terhadap pelayanan oleh tenaga kesehatan terampil

- (2). Akses terhadap pelayanan rujukan jika terjadi komplikasi
- (3). Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran

Pelayanan kesehatan ibu dan anak diarahkan untuk meningkatkan status kesehatan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas termasuk pelayanan KB dan pelayanan kesehatan anak balita yang disebut dengan pelayanan KIA (Civil Society Partners, 2000).

Pelayanan *Antenatal Care*

Diharapkan ibu hamil mempunyai akses ke fasilitas pelayanan pemeriksaan ibu hamil untuk mendapat pelayanan *antenatal care* (ANC). Tujuan pelayanan antenatal adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat serta menghasilkan bayi yang sehat (Simbolon, 2006)

Depkes menetapkan frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan namun dengan ketentuan K4, yaitu:

- (1). Minimal 1 kali pada triwulan pertama (< 3 bulan)
- (2). Minimal 1 kali pada triwulan kedua (4-6 bulan)
- (3). Minimal 2 kali pada triwulan ketiga (7-9 bulan)

Pada pelayanan pemeriksaan pada ibu hamil diperlukan beberapa pemeriksaan dan pengukuran sebagai komponen dari pelayanan ANC. Program Depkes menetapkan standar minimal pelayanan pemeriksaan ibu hamil atau ANC yang disebut 5T, yang terdiri atas:

- (1). Timbang berat badan dan tinggi badan
- (2). Ukur tekanan darah
- (3). Ukur tinggi fundus
- (4). Pemberian imunisasi Tetanus toksoid (TT) lengkap
- (5). Pemberian Tablet tambah darah atau Fe minimal 90 tablet selama kehamilan

Selain komponen tersebut di atas, juga terdapat komponen test darah dan temu wicara, sehingga diharapkan dengan test darah untuk pemeriksaan

hb agar ibu hamil yang menderita anemia bisa terdeteksi sejak dini. Temu wicara adalah waktu dimana tenaga kesehatan dapat memberikan penyuluhan tentang seputar kehamilan, perawatan kesehatan selama hamil dan menyampaikan tentang tanda-tanda gangguan kehamilan agar ibu mempunyai pengetahuan yang cukup untuk mengenali tanda-tanda gangguan kehamilan (Depkes RI, 2003).

Penolong persalinan

Penolong persalinan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kematian bayi karena berhubungan dengan pengetahuan tenaga dalam menangani persalinan dan merawat bayi setelah persalinan. Penolong persalinan merupakan faktor yang penting, karena pemeriksaan kehamilan yang kualitasnya baik belum jaminan tidak terjadi komplikasi saat persalinan. Apabila persalinan dilakukan oleh tenaga yang bukan terdidik dan terlatih akan dapat menimbulkan penanganan yang salah, khususnya dalam proses persalinan yang mengakibatkan komplikasi persalinan (Depkes RI, 2008).

Tempat melahirkan

Tempat melahirkan atau tempat persalinan merupakan pemilihan ibu hamil melahirkan anaknya. Pada kehamilan normal, persalinan dapat ditolong di rumah oleh petugas kesehatan, asal dipenuhi peralatan persalinan yang steril (Depkes RI, 2008).

Pelayanan *Post Natal Care*

Untuk pencegahan kejadian komplikasi setelah bersalin maka dipandang perlu adanya kontak ibu nifas dengan tenaga kesehatan minimal tiga kali untuk mendapat pelayanan dan pemeriksaan ibu nifas, baik didalam maupun di luar gedung Puskesmas (termasuk bidan di desa/polindes dan kunjungan ke rumah) dengan ketentuan:

- (1). Kunjungan pertama kali pada hari pertama sampai hari ke tujuh (1-7 hari)
- (2). Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai hari ke dua puluh delapan (8-28 hari)

- (3). Kunjungan ketiga pada hari kedupuluh sembilan sampai hari keempat puluh dua (29-42 hari).

Pelayanan KB

Pelayanan KB adalah bagian dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Peran pelayanan Keluarga Berencana diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi, karena kehamilan yang diinginkan dan berlangsung pada keadaan dan saat yang tepat, akan menjamin keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya (Depkes RI, 2008).

e. Faktor Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang, termasuk bayi yang dalam kondisi rentan terhadap kondisi lingkungan. Menurut hasil analisis lanjut data Survei Kematian Neonatal menyatakan bahwa terdapat korelasi antara tenaga penolong dan ketersediaan air bersih terhadap kematian bayi (Sarimawar, 2004)

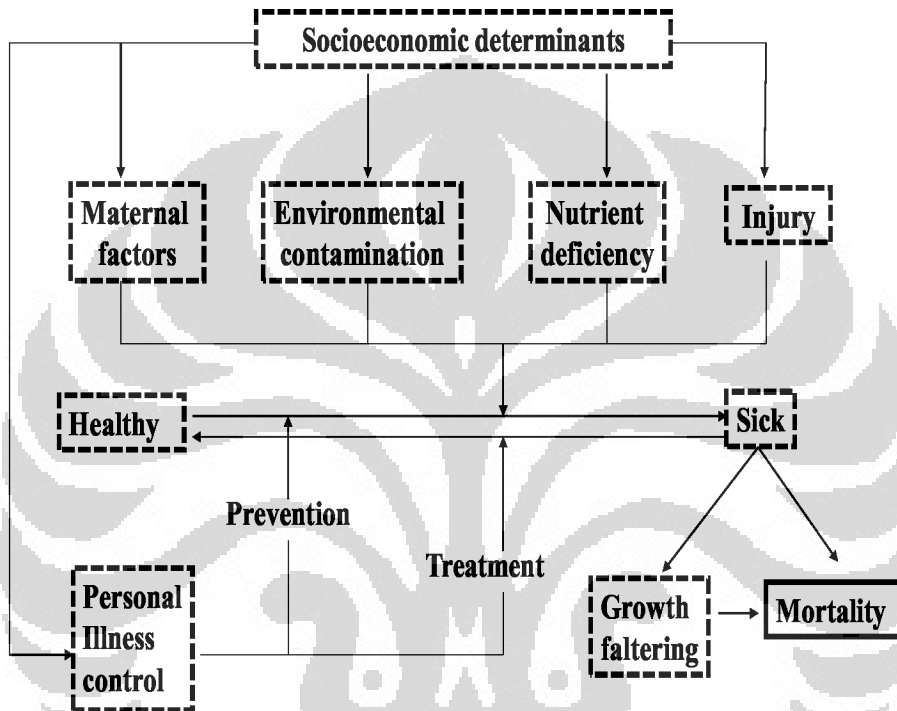
Faktor lingkungan yang tercemar juga berpengaruh terhadap kesehatan bayi Baru lahir, misalnya ibu hamil yang terpapar metil merkuri akan melahirkan bayi dengan defek lahir atau berat lahir rendah.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HYPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Gb 1. DETERMINAN KEMATIAN BALITA DAN BAYI BARU LAHIR



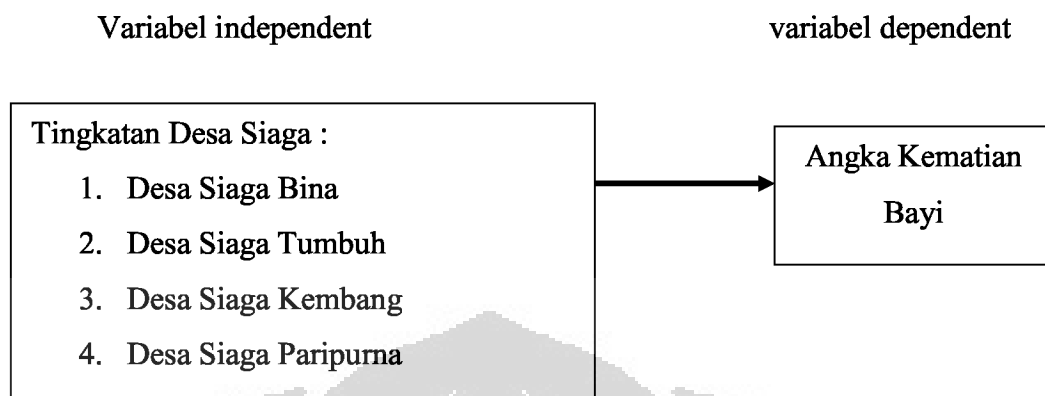
Sumber: Mosley and Chen, 1985

Ket :

..... : variabel tidak diteliti

— : variabel diteliti

3.2 Kerangka Konsep



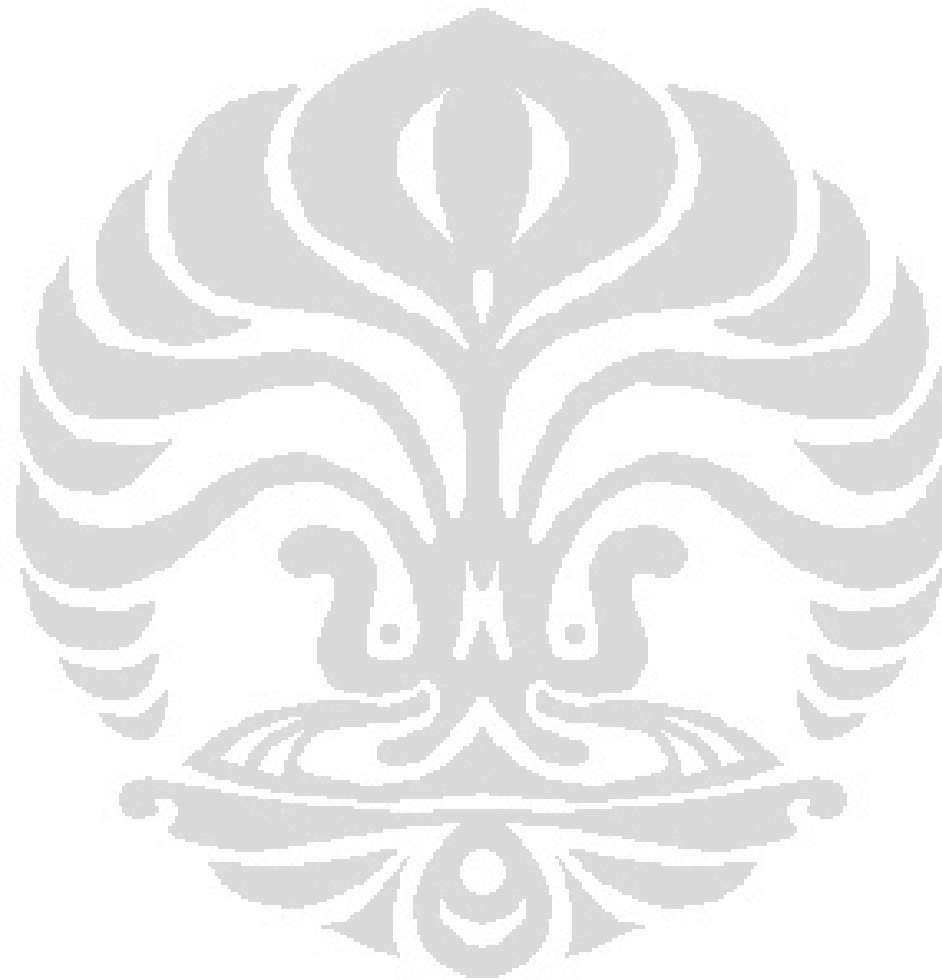
Gb 2. Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Hypotesis

Hypotesis penelitian ini adalah ada hubungan antara Tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi di wilayah Kabupaten Blitar, Jawa Timur.

3.4 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Tingkatan Desa Siaga	<p>Tingkatan Desa Siaga menurut kriteria yang dapat dipenuhi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ada Forum Masyarakat Desa (FMD) b. Adanya pelayanan kesehatan dasar c. Adanya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) d. Ada pengamatan kesehatan terus menerus dilakukan masyarakat e. Ada pembinaan dari puskesmas yang yang mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan bagi ibu dan bayi f. Ada sistem siaga terhadap bencana oleh masyarakat g. Ada pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat h. Mempunyai Lingkungan yang sehat i. Masyarakat ber Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) <p>(Depkes RI, 2006)</p>	Observasi	Ceklis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desa Siaga Bina (memenuhi kriteria 1-3/3 kriteria) 2. Desa Siaga Tumbuh (memenuhi kriteria 1-3 ditambah 2 kriteria lainnya/5 kriteria) 3. Desa Siaga Kembang (memenuhi kriteria 1-3 ditambah 4 kriteria lainnya/7 kriteria) 4. Desa Siaga Paripurna (memenuhi seluruh kriteria/9 kriteria) <p>(Depkes RI, 2008)</p>	Ordinal
2	AKB	Jumlah kematian bayi Per 1000 kelahiran hidup (Saifudin, 2002)	Observasi	Ceklis	kontinyu	Rasio



Universitas Indonesia

Hubungan tingkatan ..., Etti Suryani, FKM UI, 2011

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik non eksperiment dengan desain studi *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel pada saat pemeriksaan (Notoadmodjo, 2010).

Penelitian ini berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, Jawa Timur tentang data tingkatan Desa Siaga dan Angka Kematian Bayi. Penelitian ini untuk menganalisis hubungan tingkatan Desa Siaga dengan Angka kematian bayi pada tahun 2010.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Blitar, Jawa Timur pada bulan Januari dan Maret 2011.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi adalah semua desa yang ada di wilayah Kabupaten Blitar, Jawa Timur yaitu sejumlah 248 desa, sampel yang digunakan adalah total sampel.

4.4 Sumber Data

Data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, Jawa Timur dari Subdin Kesga dan Promkes.

4.5 Pengolahan Data

Mula-mula dilakukan pengumpulan data secara manual dari laporan bulanan kematian bayi dan Tingkatan Desa Siaga, kemudian diolah dengan menggunakan SPSS 16.

4.6 Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 16.

a. Analisis Univariat

Analisis ini untuk menjawab tujuan khusus 1 dan 2 dengan menghitung distribusi frekuensi, kemudian disajikan dalam bentuk tabel, diagram atau narasi.

b. Analisis bivariat

Untuk menjawab tujuan khusus 3 yaitu untuk melihat hubungan tingkatan Desa Siaga dengan kematian bayi, maka data yang sudah dimasukkan dianalisa secara bivariat dengan t-test independent yaitu untuk mengetahui perbedaan mean dua kelompok data yang independent.

Rumus teoritis :

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2(n_1 - 1) + s_2^2(n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

\bar{x}_1 atau \bar{x}_2 = rata-rata kelompok 1 atau 2

n_1 atau n_2 = jumlah sampel kelompok 1 atau 2

S_1 atau S_2 = Standart deviasi sampel kelompok 1 dan 2

Jika nilai P yang didapat lebih kecil dari 0.05 maka antara dua variabel yaitu variabel independent dan variabel dependent terdapat hubungan yang signifikan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian

Kabupaten Blitar termasuk salah satu Kabupaten yang ada di Jawa Timur dengan luas wilayah 1.588,79 Km² yang terbagi menjadi dua puluh dua kecamatan, terdiri dari 220 desa dan 28 kelurahan dengan tingkat kepadatan penduduk $\pm 794/\text{km}^2$.

Pada tahun 2009 jumlah penduduk kabupaten Blitar adalah 1.261.303 jiwa dengan proporsi yang hampir sama antara penduduk laki-laki dan perempuan dan rasio beban tanggungan sebesar 43,9.

5.2 Gambaran umum Desa Siaga dan Kematian Bayi di Kabupaten Blitar

Program Desa Siaga di Kabupaten Blitar sudah dicanangkan sejak tahun 2006, semenjak itu dilakukan sosialisasi dan pembentukan Desa Siaga di tiap desa.

Setelah sosialisasi dilakukan pembentukan Desa Siaga yang diawali dengan training petugas kesehatan terutama bidan, Toma dan Kader Desa Siaga yang lebih dikenal dengan Bagas. Pada tahun 2007 ada 169 desa yang sudah dilatih menjadi Desa Siaga dan pada akhir 2008 semua desa sudah dilatih menjadi Desa Siaga sesuai dengan komitmen nasional bahwa pada tahun 2008 semua desa sudah menjadi Desa Siaga.

Salah satu bentuk dari kegiatan Desa Siaga dibentuk poskesdes yang merupakan upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa (Depkes RI, 2006).

Pelayanan di Poskesdes meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya.

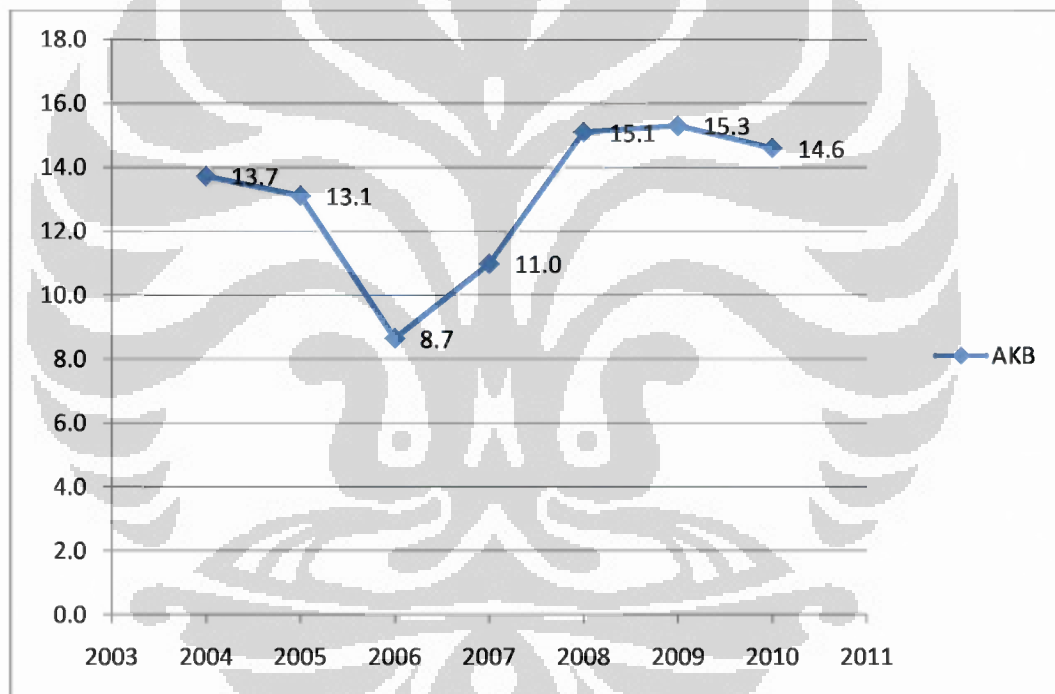
Bahkan pada tahun 2010 ini berdasarkan kebijakan dari Pemerintah Propinsi Jawa Timur untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Poskesdes tenaga

kesehatan yang ada di Poskesdes yang awalnya adalah bidan yang berdinasi di Desa tersebut sekarang ditambah dengan seorang perawat yang dikontrak dari Pemerintah Propinsi Jawa Timur.

Diantara program Desa Siaga ada kegiatan Dasolin, Tabulin, Ambulan Desa dan program P4K, tapi akhir-akhir ini sebagian besar program tersebut tidak berjalan karena adanya beberapa hambatan.

Angka kematian bayi besarnya beragam dari tahun ke tahun bahkan pada beberapa tahun terakhir ini mengalami peningkatan seperti digambarkan pada grafik di bawah ini.

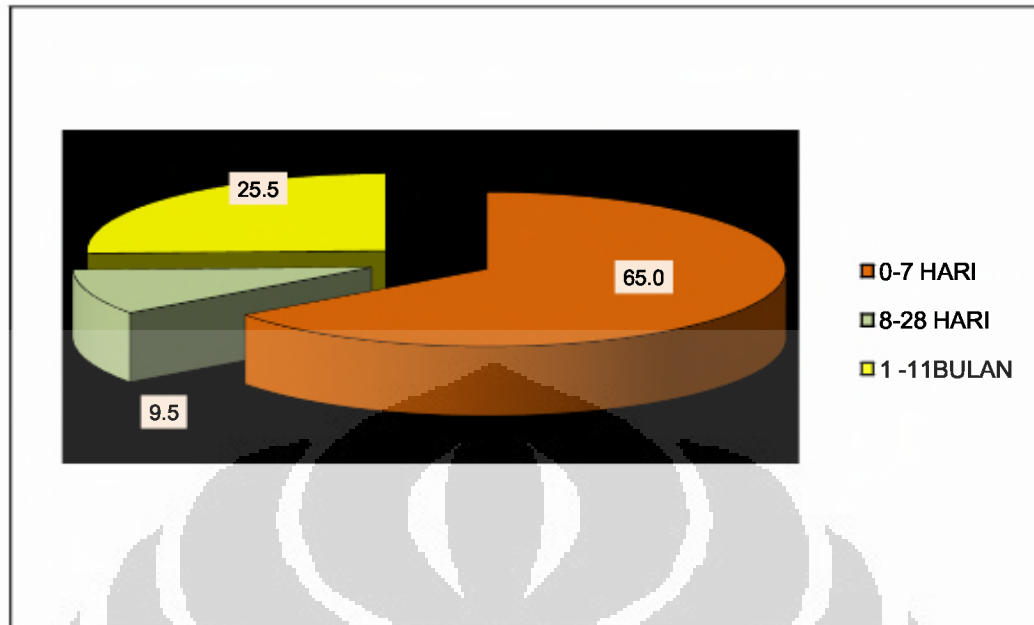
Grafik 1. Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tahun 2004 s/d tahun 2010



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Blitar tahun 2010

Angka Kematian Bayi pada awal program Desa Siaga 8.7/1000 Kelahiran hidup tapi pada beberapa tahun terakhir angka tersebut cenderung naik, hal itu terjadi karena sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin baik.

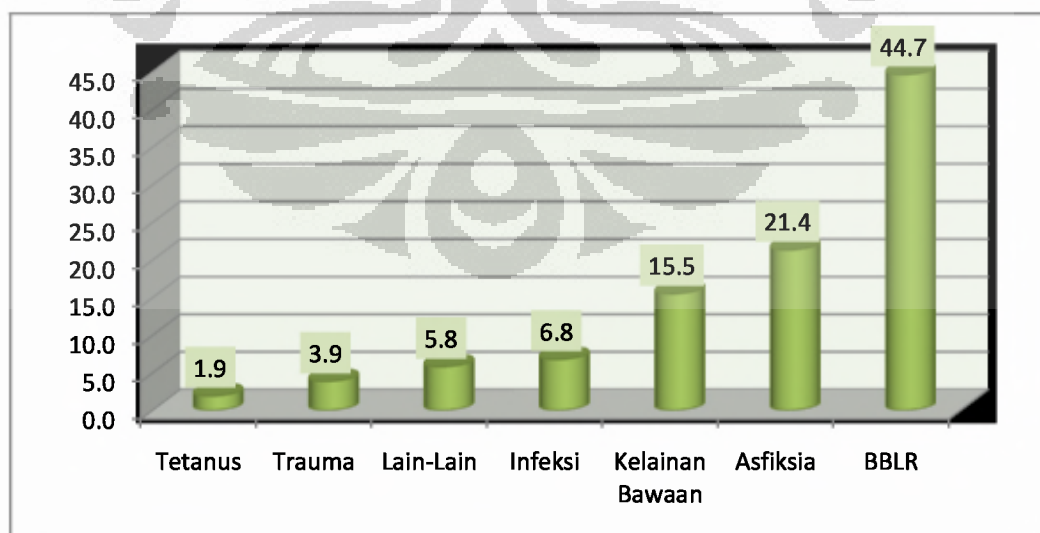
Grafik 2. Proporsi Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar tahun 2010



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Blitar tahun 2010

Jika kita perhatikan grafik tersebut menggambarkan fenomena 2/3 dari kematian bayi yaitu dua pertiga meninggal pada bulan pertama dan dua pertiga dari neonatal meninggal pada minggu pertama kehidupannya. (Lawn 2005 dalam DTSPS-KIBBLA).

Grafik 3. Penyebab langsung kematian bayi di Kabupaten Blitar tahun 2010



Sumber : Laporan LB3KIA Kabupaten Blitar Tahun 2010

Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa penyebab langsung kematian bayi di kabupaten Blitar tertinggi disebabkan karena BBLR, hal ini sama dengan penyebab kematian bayi di Indonesia.

5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan variabel Terkait

Dari hasil analisis, berikut disampaikan distribusi frekuensi berdasarkan variabel penelitian yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan menggunakan ukuran jumlah dan persentase.

Tabel 1
Distribusi Desa menurut Indikator Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar Tahun 2010

Variabel Indikator Tingkatan Desa Siaga	Desa (n = 248)			
	Ada		Tidak ada	
	n	%	n	%
1. Forum Masyarakat Desa	248	100	0	0
2. Pelayanan Kesehatan Dasar	248	100	0	0
3. UKBM	248	100	0	0
4. Survailans oleh masyarakat	11	4.4	237	95.6
5. Pembinaan oleh Puskesmas	161	64.9	87	35.1
6. Sistem siaga oleh Masyarakat	76	30.6	172	69.4
7. Pembiayaan Kesehatan berbasis masyarakat	77	31.0	171	69.0
8. Lingkungan sehat	134	54.0	114	46.0
9. PHBS	11	4.4	237	95.6

Berdasarkan data diatas seluruh desa di Kabupaten Blitar sudah memenuhi indikator ada Forum Masyarakat Desa, Pelayanan Kesehatan Dasar, dan

UKBM. Untuk indikator survailans oleh masyarakat hanya 4.4% desa yang dapat melaksanakannya. Untuk indikator pembinaan oleh puskesmas 64.9% desa sudah dibina oleh Puskesmas, indikator sistem siaga oleh masyarakat baru dilaksanakan 30.6% desa. Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat baru dilaksanakan 77 desa (31%), sedangkan desa yang sudah mempunyai lingkungan sehat ada 54%, dan desa yang masyarakatnya dapat menerapkan PHBS baru 11 desa (4.4%).

Tabel 2
Distribusi Desa menurut Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar Tahun 2010

Variabel	Kategori	Desa (n = 248)	
		Jumlah	Persentase
Tingkatan Desa siaga	1. Bina	87	35.1
	2. Tumbuh	98	39.5
	3. Kembang	52	21.0
	4. Paripurna	11	4.4

Berdasarkan data di atas proporsi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Tumbuh hampir sama, sedangkan Desa Siaga Paripurna proporsinya paling sedikit (4.4%).

Tabel 3
Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Blitar Tahun 2010

Variabel	n	Min-Maks	Mean	Median	Mode	SD
AKB	248	0 - 93.8	16.71	11.6	0	19.77

Berdasarkan data di atas AKB per Desa di Kabupaten Blitar nilainya sangat bervariasi mulai dari 0 sampai yang tertinggi 93.8, dan distribusinya tidak normal dengan nilai median 11.6.

Tabel 4
Distribusi Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Blitar
Tahun 2010

Variabel	Kategori	Desa (n = 248)	
		Jumlah	Persentase
AKB	≤ 11.6	125	50.4
	> 11.6	123	49.6

AKB di Kabupaten Blitar dikategorikan menjadi 2 dengan *Cut of point* nilai median yaitu 11.6. Berdasarkan data di atas AKB per Desa di Kabupaten Blitar sebanyak 125 ≤ 11.6 (50.4%).

Tabel 5
Distribusi AKB Menurut Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar tahun
2010

Variabel	AKB (n = 248)			
	≤ 11.6		> 11.6	
	n	%	n	%
Tingkatan Desa Siaga				
Bina	45	18.1	42	16.9
Tumbuh	53	21.3	45	18.2
Kembang	20	8.1	32	12.9
Paripurna	7	2.9	4	1.6
Jumlah	125	50.4	123	49.6

Berdasarkan data di atas proporsi AKB ≤ 11.6 terbanyak pada tingkatan Desa siaga Tumbuh (21.34%) dan paling sedikit pada tingkatan Desa Siaga Paripurna (1.6%), Sedangkan AKB > 11.6 pada Tingkatan Desa Siaga Bina, Tumbuh dan Kembang proporsinya hampir sama.

5.4 Hubungan antara variabel independent dengan Kematian bayi

Setelah dilakukan analisis univariat selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dengan variabel

dependent. Jenis analisis bivariat yang digunakan adalah T-Test Independent sebab yang dianalisis adalah variabel kategorik dan variabel numerik. Analisis dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 16.

Tabel 6
Hasil Analisis Bivariat Antara AKB dengan Tingkatan Desa Siaga
di Kabupaten Blitar Tahun 2010

Variabel	N	Mean	SD	T-Test	p-value
Desa Siaga					
Bina	87	17.362	21.3198	.714	.232
Tumbuh	98	15.261	18.7025		
Bina	87	17.362	21.3198	.502	.482
Kembang	52	19.162	18.9011		
Bina	87	17.362	21.3198	.656	.817
Paripurna	11	12.882	21.5863		
Tumbuh	98	15.261	18.7025	1.211	.741
Kembang	52	19.162	18.9011		
Tumbuh	98	15.261	18.7025	.394	.751
Paripurna	11	12.882	21.5863		
Kembang	52	19.162	8.9011	.977	.886
Paripurna	11	12.882	1.5863		

1. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Bina dan Tumbuh) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Tumbuh dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 87 Desa Siaga Bina dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 17.362, sedangkan 98 Desa Siaga Tumbuh mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 15.261. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Tumbuh (nilai-p =

0,232) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Tumbuh hampir sama.

2. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Bina dan Kembang) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Kembang dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 87 Desa Siaga Bina dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 17.362, sedangkan 52 Desa Siaga Kembang mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 19.162. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Kembang (nilai-p = 0,482) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Kembang hampir sama.

3. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Bina dan Paripurna) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Paripurna dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 87 Desa Siaga Bina dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 17.362, sedangkan 11 Desa Siaga Paripurna mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 12.882. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Paripurna (nilai-p = 0,817) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Paripurna hampir sama.

4. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Tumbuh dan Kembang) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Kembang dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 98 Desa Siaga Tumbuh dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 15.261, sedangkan 52 Desa Siaga Kembang mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 19.162. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Kembang (nilai-p = 0,741) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Kembang hampir sama.

5. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Tumbuh dan Paripurna) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Paripurna dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 98 Desa Siaga Tumbuh dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 15.261, sedangkan 11 Desa Siaga Paripurna mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 12.882. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Paripurna (nilai-p = 0,751) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Paripurna hampir sama.

6. Hubungan Tingkatan Desa Siaga (Tumbuh dan Paripurna) dengan AKB

Hasil analisis hubungan antara tingkatan Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Paripurna dengan AKB memperlihatkan bahwa ada 52 Desa Siaga Kembang dan mempunyai rata-rata AKB sebesar 19.162, sedangkan 11 Desa Siaga Paripurna mempunyai rata-rata kematian bayi sebesar 12.882. Dari hasil uji statistik dapat kita simpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Kembang dan Desa Siaga Paripurna (nilai-p = 0,886) atau secara statistik rata-rata Angka Kematian Bayi pada populasi Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Paripurna hampir sama.

Dari Keseluruhan hasil uji analisis dapat kita simpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi atau dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi Tingkatan Desa Siaga Angka Kematian Bayi tidak semakin rendah atau hampir sama.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah potong lintang yaitu pengambilan data variabel independen dan variabel dependen diambil pada waktu yang bersamaan, sehingga kurang dapat menggambarkan hubungan sebab akibat. Disamping itu data independen diambil sesudah kasus kematian sehingga dapat terjadi ambiguity.

Dalam suatu penelitian, data mempunyai peranan yang sangat penting karena data merupakan penggambaran variabel yang diteliti. Jika suatu penelitian menggunakan data sekunder maka peneliti tidak memiliki kendali yang maksimal terhadap prosedur pengambilan data serta kualitas data yang terkumpul.

Pada saat dilakukan penelitian sebenarnya sudah ada penilaian Tingkatan Desa Siaga menurut Pedoman yang baru, akan tetapi di Kabupaten Blitar belum ada sosialisasi pedoman baru tersebut sehingga Penilaian tingkatan Desa Siaga masih menggunakan indikator yang lama.

Banyak faktor yang mempengaruhi kematian bayi akan tetapi dalam penelitian ini yang diteliti hanya dari faktor kebijakan dari pemerintah atau tentang tingkatan Desa Siaga.

6.2 Pembahasan

6.2.1 Indikator Tingkatan Desa Siaga

Untuk pencapaian masing-masing indikator berdasarkan data seluruh desa di Kabupaten Blitar sudah memenuhi indikator ada Forum Masyarakat Desa, Pelayanan Kesehatan Dasar, dan UKBM. Yang menjadi masalah adalah pada penilaian indikator Forum masyarakat Desa tidak dinilai apakah forum tersebut berjalan atau tidak, sehingga tidak dapat dinilai dengan adanya forum tersebut dapat menjadi wadah untuk menampung aspirasi guna pengembangan Desa Siaga.

Akan tetapi menurut pedoman Pengembangan Desa Siaga yang baru (tahun 2011) indikator/kriteria Forum Desa sudah dibedakan apakah forum itu

sudah berjalan atau belum. Jika Forum Desa itu sudah berjalan apakah sudah rutin tiap triwulan atau belum atau apakah sudah berjalan tiap bulan.

Indikator Pelayanan Kesehatan Dasar dengan menggunakan indikator yang lama hanya dibedakan ada atau tidak dan seluruh Desa di Kabupaten Blitar pada tahun 2010 sudah ada Pelayanan Kesehatan Dasar baik itu Polindes, Pustu, BPS maupun klinik swasta yang lain. Indikator ini tidak begitu berarti di Kabupaten Blitar karena dengan adanya Kebijakan Bidan di Desa seluruh Desa sudah ada Pelayanan Kesehatan Dasar. Kalaupun Bidan Desa tidak menempati Desa tersebut kemudahan akses ke PKD masih mudah didapatkan karena kondisi geografis atau medan yang tidak terlalu sulit.

Pada indikator yang baru Pelayanan Kesehatan Dasar sudah dinilai berdasarkan kemudahan mengaksesnya, hal ini lebih berarti karena kemudahan mengakses yang lebih berguna bagi masyarakat, karena apa artinya Pelayanan Kesehatan Dasar itu ada akan tetapi tidak dapat diakses karena ketidakaktifan petugas, terutama untuk daerah-daerah terpencil.

Indikator adanya UKBM walaupun semua Desa di Kabupaten Blitar sudah mempunyai UKBM akan tetapi UKBM yang dimaksud adalah Posyandu sedangkan UKBM yang lain tidak aktif misalnya Poskestren dan Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan anak (KPKIA), karena memang pada penilaian indikator yang lama tidak merinci indikator tersebut.

Untuk Ambulan Desa di Kabupaten Blitar belum ada kendaraan khusus yang digunakan untuk ambulan desa, pada umumnya masih menggunakan kendaraan milik warga. Walaupun beberapa Desa sudah memiliki ambulan Desa (dari kendaraan warga) akan tetapi pemanfaatan ambulan Desa sangat kurang karena pada saat merujuk sebagian besar menggunakan kendaraan milik Bidan.

Walaupun Ambulan Desa pemanfaatannya kurang akan tetapi tidak ada keterlambatan merujuk yang disebabkan karena faktor transportasi. Ini berarti Ambulan Desa kurang bermanfaat karena sebagian besar Bidan sudah punya kendaraan untuk merujuk, atau walupun tidak ada Ambulan Desa hal tersebut tidak menjadi masalah karena mereka masih bisa mencari alternatif lain.

Pada indikator Pengembangan Desa Siaga yang baru digunakan indikator Keberadaan UKBM yang dapat melaksanakan (a) penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, (b) survailans berbasis masyarakat (meliputi

pemantauan penyakit, kesehatan ibu, pertumbuhan anak, lingkungan, dan perilaku), serta (c) penyehatan lingkungan. Walaupun sudah ada penyempurnaan dalam indikator yang baru akan tetapi indikator tersebut sangat sulit dalam pelaksanaannya terutama untuk point survailans berbasis masyarakat. Karena untuk survailans memerlukan waktu yang lama dan berkelanjutan, sedangkan untuk mengajak masyarakat terutama Kader Desa Siaga untuk melaksanakan survailans bukanlah hal yang mudah terutama karena faktor biaya karena kader Desa Siaga tidak mendapat honor.

Untuk indikator survailans oleh masyarakat hanya 4.4% desa yang dapat melaksanakannya (indikator sudah dibahas sebelumnya). Dalam penilaian indikator yang baru survailans tidak berdiri sendiri melainkan digabung dengan UKBM.

Untuk indikator pembinaan oleh puskesmas 64.9% desa sudah dibina oleh Puskesmas, Pembinaan diarahkan agar masyarakat mau dan mampu untuk mengenali masalah (deteksi dini) resiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir sehingga masyarakat dapat mengetahui secara cepat apa yang harus diperbuat jika menjumpai kasus resiko tinggi.

Untuk pencapaian pembinaan sebesar 64.9% seharusnya lebih ditingkatkan karena hal ini penting dalam upaya penurunan AKB, karena apabila masyarakat dapat mengenali kasus resiko tinggi dengan cepat diharapkan dapat dilakukan rujukan dini. Akan tetapi dalam Penilaian indikator yang baru indikator pembinaan oleh Puskesmas ini ditiadakan, karena berasumsi bahwa semua Puskesmas pasti sudah melakukan pembinaan baik itu bersifat individual maupun kelompok.

Indikator sistem siaga oleh masyarakat baru dilaksanakan 30.6% desa. Untuk indikator ini sebenarnya masyarakat mau bertindak terhadap ancaman atau kejadian yang dapat membahayakan jiwa, akan tetapi tingkat pemahaman maupun kemampuan yang kurang dalam bertindak karena kurangnya pembinaan. Kurangnya pembinaan oleh petugas karena juga dikarenakan oleh kurangnya kemampuan petugas untuk melakukan pembinaan, hal ini dibuktikan masih sedikit sekali petugas kesehatan yang sudah dilatih Penanganan kegawatdaruratan.

Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat baru dilaksanakan 77 desa (31%). Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat yang dimaksud di sini adalah

Dana Sosial Bersalin atau yang biasa disebut dengan Dasolin, karena sistem pembiayaan yang lain yaitu dana sehat, tabulin dan jimpitan belum bisa berjalan di Kabupaten Blitar.

Dana Dasolin didapatkan dari penambahan pada saat pemungutan rekening listrik oleh warga sebesar Rp 500,- per rekening listrik, dan dana dikumpulkan pada bendahara Desa Siaga. Akan tetapi hal ini tidak dapat berjalan di seluruh desa di Kabupaten Blitar, karena butuh kesepakatan dengan warga. Ada juga dana Dasolin yang didapatkan dari hasil menanam pisang oleh pengurus pada tanah kas desa, akan tetapi hal ini tidak berlangsung lama.

Dana yang sudah terkumpul kadang-kadang tidak khusus digunakan untuk dana sosial bersalin, kadang-kadang digunakan juga untuk menyumbang warga yang sakit yang opname di Rumah Sakit. Walaupun bukan hal yang jelek kadang-kadang kurang sesuai dengan tujuan awal diadakannya dasolin yaitu untuk penurunan AKB.

Pada indikator yang baru penilaian didasarkan pada Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di desa dan kelurahan, baik itu dari pemerintah Desa dan kelurahan, Masyarakat maupun dunia usaha. Dengan adanya indikator ini kegiatan kesehatan yang dimaksud tidak jelas apakah itu mendukung atau tidak terhadap upaya penurunan AKB.

Desa yang sudah mempunyai lingkungan sehat ada 54%, hampir sama proporsinya dengan desa yang kondisi lingkungannya yang belum sehat. Hal ini dikarenakan karena Kabupaten Blitar merupakan sentral produksi telur, dimana sebagian besar peternak ayam menempatkan kandang ayam tidak jauh dengan pemukiman penduduk, bahkan sebagian besar di sekitar lingkungan pemukiman.

Hal inilah yang menyebabkan sulitnya mewujudkan lingkungan yang sehat. Walaupun Dinas pertanian sudah melakukan beberapa intervensi akan tetapi penempatan kandang ayam disekitar lokasi pemukiman sulit dirubah dengan alasan keamanan, walaupun hal tersebut sangat mengganggu lingkungan sekitar terutama pada musim penghujan.

Desa yang masyarakatnya dapat menerapkan PHBS baru 11 desa (4.4%), hal ini disebabkan karena sulitnya pencapaian indikator pencapaian PHBS yaitu tidak merokok dan makan buah setiap hari, karena untuk masyarakat pedesaan kadang kurang memperhatikan variasi makanan terutama buah-buahan. Pada

indikator yang baru penilaian didasarkan pada persentase pembinaan PHBS di tatanan rumah tangga.

Penilaian dengan indikator yang lama kadang-kadang sulit dalam aplikasinya dan penilaian indikatornya juga tidak dinilai berdasarkan tingkatannya / berjalan atau tidak. Untuk indikator yang sudah dapat dicapai kadang-kadang dalam pelaksanaannya tidak sesuai dengan tujuan yang diharapkan, misalnya dalam penggunaan Dasolin.

6.2.2 Tingkatan Desa Siaga

Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar pada tahun 2010 dibedakan menjadi empat tingkatan yaitu Desa Siaga Bina, Desa Siaga Tumbuh, Desa Siaga Kembang dan Desa Siaga Paripurna. Tingkatan Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Tumbuh proporsinya hampir sama (35.1% dan 39.5%) sedangkan Desa Siaga Paripurna proporsinya paling sedikit (4.4%).

Dari empat Tingkatan Desa Siaga hanya tingkatan Desa Siaga Bina dan Desa Siaga Paripurna yang dapat identifikasi indikator mana yang dapat dicapai oleh Desa Siaga tersebut. Karena jika Desa tersebut dalam tingkatan Desa Siaga Bina maka Desa tersebut dapat memenuhi indikator ada forum Masyarakat Desa (FMD), ada Pelayanan Kesehatan Dasar dan ada Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan Desa Siaga Paripurna adalah Desa Yang dapat memenuhi seluruh indikator tingkatan Desa Siaga.

Sedangkan pada tingkatan Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Kembang indikator mana yang sudah dicapai tidak jelas, karena sistem penilaian yang masih awal dan kondisi tersebut sudah diperbaiki dengan penilaian dengan menggunakan indikator yang baru. Oleh karena itu penilaian dengan indikator yang lama masih sulit dibedakan apakah indikator yang dicapai berhubungan dengan upaya penurunan AKB atau tidak.

Walaupun pada tahun 2008 semua desa di kabupaten Blitar sudah menjadi Desa Siaga, akan tetapi upaya pembinaan dalam rangka pengembangan Desa Siaga gencar hanya pada awal program saja.

6.2.3 Angka Kematian bayi (AKB)

Angka kematian bayi di kabupaten Blitar termasuk rendah jika dibandingkan dengan AKB Jawa Timur maupun AKB nasional. Angka Kematian Bayi pada awal program Desa Siaga 8.7/1000 kelahiran hidup tapi pada beberapa tahun terakhir angka tersebut cenderung naik, dan pada tahun 2010 AKB di Kabupaten Blitar sebesar 14.6/1000 kelahiran hidup hal itu tidak sejalan dengan dampak yang diharapkan dari dicanangkannya Program Desa Siaga yaitu salah satunya menurunkan Angka Kematian Bayi. Naiknya Angka Kematian bayi kemungkinan disebabkan karena sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin baik.

Jika dibandingkan dengan AKB Propinsi DIY pada tahun 2010 adalah sebesar 11.8/1000 KH AKB di Kabupaten Blitar masih lebih tinggi. Jika pada kurun waktu 2000-2005 (5 tahun) penurunan AKB Propinsi DIY rata-rata per tahun adalah 3,9% (Dinkes DIY, 2010). Sedangkan untuk periode tahun 2005 - 2010 penurunan AKB rata-rata per tahun adalah 2,5%. Tidak demikian halnya yang terjadi dengan Angka Kematian Bayi per Desa di Kabupaten Blitar karena AKB di Kabupaten Blitar beberapa tahun ini cenderung naik.

Demikian juga halnya bila dibandingkan dengan AKB DKI Jakarta yang dari tahun ke tahun terus mengalami penurunan. Data terakhir BPS Provinsi DKI Jakarta menunjukkan estimasi kematian bayi per-1.000 kelahiran pada tahun 2009 sebesar 8,1. Hal ini menunjukkan bahwa kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat telah mengalami kemajuan yang cukup berarti diiringi dengan meningkatnya kesejahteraan masyarakat DKI Jakarta (Dinkes DKI, 2009).

6.2.3 Hubungan Tingkatan Desa Siaga dengan Kematian Bayi

Dalam penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan antara tingkatan Desa Siaga dengan Kematian bayi. Seperti yang dijelaskan dalam keterbatasan penelitian bahwa banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian bayi sedangkan dalam penelitian ini hanya menghubungkan satu faktor saja yaitu tentang kebijakan pemerintah tentang program Desa Siaga.

Di Kabupaten Blitar jumlah kematian bayi sesudah adanya Desa Siaga semakin meningkat, hal ini kemungkinan disebabkan karena sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin baik karena penggerakan partisipasi masyarakat terutama kader dan Bagas, mereka inilah yang sangat berperan dalam melaporkan kematian bayi sehingga semua kematian bayi dapat dilaporkan dengan cepat.

Penilaian tingkatan Desa Siaga dengan menggunakan indikator yang lama seperti sudah dibahas dalam halaman sebelumnya kurang bisa mencerminkan apakah indikator-indikator tersebut berhubungan atau tidak dengan upaya penurunan AKB, sehingga tidak bisa dinilai apakah tingkatan lebih tinggi menunjukkan tercapainya indikator yang lebih baik dalam upaya penurunan AKB terutama pada tingkatan Desa Siaga Tumbuh dan Desa Siaga Kembang.

Program Desa Siaga di Kabupaten Blitar baru berjalan sekitar tahun 2008 walaupun sudah dicanangkan sejak tahun 2006, karena pada tahap awal masih pada tahap sosialisasi dan pembentukan saja, oleh karena itu masa 2 tahun setelah program berjalan masih belum bisa dirasakan dampaknya terutama dalam hal penurunan kematian bayi.

Apalagi akhir-akhir ini dirasakan pelaksanaannya kurang bergairah bila dibandingkan pada awal-awal program. Pada awal program Desa Siaga di Kabupaten Blitar upaya penggerakan masyarakat sangat diperhatikan mulai dari penggalangan opini, penggalangan dana sampai dengan survailans berbasis masyarakat yang dilanjutkan dengan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

Program Perencanaan Persalinan dan Penanganan Komplikasi atau yang biasa disebut dengan P4K yang salah satu kegiatannya adalah penggalangan donor darah baik itu dari pihak keluarga maupun masyarakat akhir-akhir ini juga sudah tidak terdengar lagi gaungnya. Program P4K yang masih berjalan adalah penempelan stiker di rumah-rumah ibu hamil. Dasolin berjalan tersendat-sendat dan Tabulin juga tidak berjalan. Jika hal ini terus berlanjut, bukan hal yang mustahil kegiatan Desa Siaga kurang dirasakan manfaatnya terutama dalam upaya penurunan AKB.

Pembiayaan kesehatan terutama pada miskin lebih dibebankan pada dana Jamkesmas, apalagi dengan adanya dana Jampersal yang dirasakan menguntungkan sebagian masyarakat. Dengan adanya program Jampersal

persalinan dibiayai Rp 350 ribu tiap persalinan tanpa memandang miskin atau kaya dan Bidan dilarang memungut tambahan dari pasien. Dengan reward yang kurang memadai dimungkinkan berkurangnya profesionalisme Bidan dalam memberikan pertolongan persalinan yang membuka peluang untuk terjadinya kematian bayi, karena profesionalisme penolong persalinan yang telah terbukti di negara Eropa telah berhasil menurunkan AKI dan AKB.

Menurut Analisis Statistik Sosial Badan Pusat Statistik, Jousairi Hasbullah Indonesia telah berhasil menurunkan Angka Kematian Bayi-nya dari 29 kematian menjadi hanya 25 kematian per 1000 kelahiran hidup dari tahun 2006 ke tahun 2010.

Penurunan AKB merefleksikan keberhasilan atau kegagalan pembangunan di bidang kesehatan, sanitasi, perbaikan gizi dan kesejahteraan masyarakat. Penurunan AKB lebih merefleksikan peningkatan kesejahteraan di lapisan menengah bawah karena AKB pada masyarakat lapisan atas sudah relatif stabil dan sudah sulit untuk diturunkan. AKB adalah indikator kemajuan kesejahteraan masyarakat lapisan menengah bawah. Ia mengimbuhkan, negara-negara maju Eropa, membutuhkan waktu yang jauh lebih lama untuk menurunkan sebesar 4 poin Angka Kematian Bayi tersebut (Aldi Gutom, Merdeka Online.com).

Penurunan AKB di Indonesia kemungkinan karena peningkatan kesejahteraan rakyat, bukan hanya karena adanya program Desa Siaga, disamping itu ada integrasi dengan program-program lain yaitu upaya kesehatan Reproduksi remaja, upaya peningkatan gizi dan peningkatan ketrampilan penolong persalinan baik melalui pendidikan formal maupun pelatihan-pelatihan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Tingkatan Desa Siaga di Kabupaten Blitar pada tahun 2010 Desa Siaga Bina 35.1%, Desa Siaga Tumbuh 39.5%, Desa Siaga Kembang 21.0%, dan Desa Siaga Paripurna 4.4%.
- 2) AKB di Kabupaten Blitar adalah 14.6/1000 kelahiran hidup, 50.4% AKB per Desa ≤ 11.6 dan 49.63% di atas 11.6 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi $\leq 11.6/1000$ kelahiran hidup pada tingkatan Desa Siaga Bina sebesar 18.1% , pada tingkatan Desa Siaga Tumbuh 21.3%, pada tingkatan Desa Siaga Kembang 8.1% dan pada tingkatan Desa Siaga paripurna sebesar 2.9 sedangkan AKB per Desa $> 11.6 /1000$ kelahiran hidup pada tingkatan Desa Siaga Bina sebesar 16.9% , pada tingkatan Desa Siaga Tumbuh 18.2%, pada tingkatan Desa Siaga Kembang 12.9% dan pada tingkatan Desa Siaga paripurna sebesar 1.6%.
- 3) Tidak adanya hubungan bermakna antara Tingkatan Desa Siaga dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar.

7.2 Saran

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan dapat disarankan beberapa hal sebagai berikut :

- 1) Bagi Dinas kesehatan kabupaten Blitar :
 - (a) Agar meningkatkan upaya pembinaan khususnya untuk program Desa Siaga yang hanya gencar pada awal program
 - (b) Diadakannya sistem pembinaan berjenjang (Rakor) mulai dari tingkat Kabupaten, Kecamatan, Desa maupun Kelurahan
 - (c) Diadakannya Lomba Desa Siaga untuk menstimulasi keaktifan menjalankan Program Desa Siaga

- 2) Bagi Peneliti lain
 - (a) Karena dalam penelitian ini belum bisa menggambarkan secara langsung dampak dari Program Desa Siaga khususnya dalam Penurunan Angka Kematian Bayi, maka diharapkan ada penelitian lagi tentang variabel yang lain yaitu dampak Desa Siaga terhadap AKI, Angka kesakitan, Gizi buruk pada Balita, Gangguan Jiwa yang memungkinkan dapat diketahui secara langsung dampak dari Program Desa Siaga
 - (b) Ada penelitian lagi tentang tingkatan Desa Siaga dengan menggunakan indikator yang baru (menurut Pedoman pengembangan Desa Siaga Aktif)



Daftar Pustaka

- Civil Society Partners, 2000. The situation of Children and Women in Indonesia, Jakarta
- Djaja, Sarimawar et al, 2004. Survey Kematian Neonatal (Studi Autopsi Verbal) di Kabupaten Cirebon, Buletin Penelitian Kesehatan, vol. 3 no. 1 Th. 2005, Badan Litbangkes-Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 2000. Kebijakan pengembangan Tenaga Kesehatan di Indonesia Tahun 2000-2010, Jakarta
- Depkes RI, 2008. DTSPS-KIBBLA Referensi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Depkes RI, 2006. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta
- Depkes RI, 2005. Gizi dalam Angka Sampai dengan Tahun 2003, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Depkes RI, 2008. Panduan Pelaksanaan Strategi Making Pregnancy Safer dan Child Survival, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Depkes RI, 2009. Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat dalam Pengembangan Desa Siaga, Pusdiklat SDM Kesehatan, Jakarta
- Depkes RI, 2007. Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga, Badan PPSDM Kesehatan, Jakarta
- Depkes RI, 2003. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Depkes RI, 2008. Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
- Dinkes Kabupaten Blitar, 2010. Profil Kesehatan Kabupaten Blitar tahun 2010, Blitar, Jawa Timur
- Dinkes Propinsi Jatim, 2010. Pedoman Pelaksanaan Ponkesdes di Provinsi Jawa Timur, Program Promkes, Surabaya
- Dinkes Propinsi Jatim, 2008. Pedoman Pengembangan Desa Siaga bagi Kader, Program Promkes Sub Din PSD, Surabaya

- Dinkes Propinsi DIY, 2010. Profil Kesehatan Propinsi DIY tahun 2010, Yogyakarta
- Dinkes DKI, 2009. Profil Kesehatan DKI Jakarta tahun 2009, Jakarta
- Gultom, Adi, 2011. BPS : Penurunan Kematian Bayi cerminkan keberhasilan SBY. www.rakyatmerdekaonline.com/news.php?id=23411. Diunduh 9 Juni 2011 jam 15.00 WIB
- Marto, Frisky 2008. Kebijakan Kesehatan. Sejarah Penurunan AKI dan AKB di Dunia dan di Indonesia www.scribd.com/doc/56571861/Frisky-Kebijakan-Kesehatan. Diunduh 9 Juni 2011 jam 15.30 WIB
- Mosley, W. Henry, Chen, Lincoln C, 1984. An Analytical Framework for Study of Child Survival in Developing Countries, Cambridge University Press, USA
- Notoatmodjo, Soekidjo 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- Population Information Program, Center for Communication Programs, 2002. Population Report, Mengatur Jarak Kehamilan, Tiga Hingga Lima Jiwa Terselamatkan, vol. 30 No. 3 diterjemahkan oleh JHU/CCP-Jakarta
- Praktiknya, Ahmat Watik 2008. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Rajagrafindo Persada, Jakarta
- Sabri, Luknis, Hastono, Sutanto Priyo, 2010. Statistik Kesehatan, Rajagrafindo Persada, Jakarta
- Saifudin, Abdul Bari et al 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Simbolon, Demsa, 2006. Kelangsungan Hidup Bayi di Perkotaan dan Pedesaan di Indonesia (Analisis Data Sekunder SDKI 2002-2003), Jurnal Kesmas, vol. 1 no.1 Agustus 2006, FKM-UI Depok
- Sirait, Robby A 2007. Study Mortalitas Bayi dan Anak di Indonesia. wordpress.com/2007/10/04/studi-mortalitas-bayi-dan-anak-di-indonesia/. Diunduh 9 Juni 2011 jam 16.00 WIB



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 8192 /H2.F10/PPM.00.00/2010
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

29 November 2010

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Surabaya

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

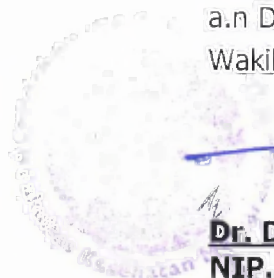
Nama : Etti Suryani
NPM. : 0906615524
Thn. Angkatan : 2009/2010
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Hubungan Desa Siaga Dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar, Jawa Timur*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI
Wakil Dekan,



Dr. Dian Ayubi, SKM, M0IH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Pembimbing skripsi
- Arsip

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 8191 /H2.F10/PPM.00.00/2010

29 November 2010

Lamp. : ---

Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Blitar
Jawa Timur

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Etti Suryani
NPM : 0906615524
Thn. Angkatan : 2009/2010
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Hubungan Desa Siaga Dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar, Jawa Timur*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI
Wakil Dekan,



Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Pembimbing skripsi
- Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jl. Dr. Soetomo No. 53 Telp. / Fax. (0342) 801243
BLITAR 66133

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan survey / research
Nomor : 072 / 9 / 409 / 202 / 2011

Membaca : Surat dari Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Nomor : 553 / H2. F10: PPM.00.00 / 2011 Tanggal 2 Pebruari 2011 Perihal Ijin Penelitian Dan Menggunakan Data

Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 Tahun 1972
2. Surat Gubernur Kepala Daerah Tingkat II Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972 No. Gu / 187 / 1972 Dengan ini menyatakan **TIDAK KEBERATAN** dilakukan survey / research oleh :

Nama Penanggung Jawab : Dr. DIAN AYUBI, SKM, MOHI

Alamat : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok

Thema / Acara survey / reseach : *"Hubungan Tingkatan Desa Siaga Dengan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Blitar Jawa Timur"*

Daerah / Tempat dilakukan survey / research : Dinas Kesehatan Kab. Blitar

Lamanya survey / research : Bulan Pebruari – Mei 2011

Pengikut / peserta survey / reserch : ETTI SURYANI

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat.
2. Mentaati ketentuan – ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat
3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari pernyataan – pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk.
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya dilakukan survey / research diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Bupati Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Blitar mengenai selesainya pelaksanaan survey / research sebelum meninggalkan daerah tempat survey / research.
6. Dalam jangka waktu 1 bulan setelah selesai dilakukannya survey / research diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil – hasilnya kepada
 - a. Dinas / Instansi yang bersangkutan
 - b. Bupati Blitar
7. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan sebagai tersebut diatas.
8. Penyimpangan / Penyalahgunaan terhadap Surat Keterangan ini yang berakibat kerugian pihak lain adalah diluar tanggung jawab Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Blitar.

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Sdr. Kepala BAPPEDA Kab. Blitar
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Blitar

Blitar, 16 Pebruari 2011
KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK,
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KABUPATEN BLITAR



Lampiran 2. Peta Wilayah Kabupaten Blitar, Jawa Timur

Kabupaten Blitar secara geografis terletak antara 111.40 – 112.10 Bujur timur dan 7.58 – 8.951 Lintang Selatan. Wilayah Kabupaten Blitar di sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Kediri, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Malang sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Tulungagung dan sebelah selatan berbatasan dengan Samudra Hindia.



Lampiran 3. Output SPSS

Statistics

		FM Kesehatan Dasar	UKBM	Surveilens oleh masyarakat	Pembinaan oleh puskesmas	Sistem siaga terhadap masyarakat	Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat	Lingkungan sehat	PHBS
N Valid	248	248	248	248	248	248	248	248	248
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Forum Masyarakat Desa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	248	100.0	100.0	100.0

Pelayanan Kesehatan Dasar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	248	100.0	100.0	100.0

UKBM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	248	100.0	100.0	100.0

Surveilens oleh masyarakat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	237	95.6	95.6	95.6
	Ada	11	4.4	4.4	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Pembinaan oleh puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	87	35.1	35.1	35.1
	Ada	161	64.9	64.9	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Sistem siaga terhadap masyarakat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	172	69.4	69.4	69.4
	Ada	76	30.6	30.6	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	171	69.0	69.0	69.0
	Ada	77	31.0	31.0	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Lingkungan sehat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	114	46.0	46.0	46.0
	Ya	134	54.0	54.0	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Perilaku hidup bersih dan sehat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	237	95.6	95.6	95.6
	Ya	11	4.4	4.4	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Statistics

TINGKAT_DESI

N	Valid	248
	Missing	0

TINGKAT_DESI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bina	87	35.1	35.1	35.1
	Tumbuh	98	39.5	39.5	74.6
	Kembang	52	21.0	21.0	95.6
	Paripurna	11	4.4	4.4	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Statistics

AKB_DESA

N	Valid	248
	Missing	0
Mean		16.710
Median		11.600
Mode		.0
Std. Deviation		19.7776
Minimum		.0
Maximum		93.8

AKB_DESA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	97	39.1	39.1	39.1
6.1	1	.4	.4	39.5
6.2	1	.4	.4	39.9
6.8	2	.8	.8	40.7
6.9	1	.4	.4	41.1
7.4	1	.4	.4	41.5
7.9	1	.4	.4	41.9
8.1	3	1.2	1.2	43.1
8.4	1	.4	.4	43.5
8.6	1	.4	.4	44.0
9.6	1	.4	.4	44.4
10.3	1	.4	.4	44.8
10.4	4	1.6	1.6	46.4
10.6	2	.8	.8	47.2
10.7	1	.4	.4	47.6
10.8	1	.4	.4	48.0
11	1	.4	.4	48.4
11.4	2	.8	.8	49.2
11.6	3	1.2	1.2	50.4
12.8	3	1.2	1.2	51.6
13.2	2	.8	.8	52.4
13.3	1	.4	.4	52.8
13.7	1	.4	.4	53.2
14	1	.4	.4	53.6
14.1	2	.8	.8	54.4
14.5	1	.4	.4	54.8
14.7	6	2.4	2.4	57.3
14.9	1	.4	.4	57.7
15.2	2	.8	.8	58.5
15.6	1	.4	.4	58.9
15.9	1	.4	.4	59.3
16.1	1	.4	.4	59.7
17.2	1	.4	.4	60.1
17.7	1	.4	.4	60.5
17.9	1	.4	.4	60.9

18.9	1	.4	.4	61.3
19.2	1	.4	.4	61.7
20.2	1	.4	.4	62.1
20.4	1	.4	.4	62.5
20.5	1	.4	.4	62.9
20.6	1	.4	.4	63.3
20.8	2	.8	.8	64.1
21.1	1	.4	.4	64.5
21.3	1	.4	.4	64.9
21.7	2	.8	.8	65.7
22.2	1	.4	.4	66.1
22.5	2	.8	.8	66.9
22.7	1	.4	.4	67.3
23	3	1.2	1.2	68.5
23.3	6	2.4	2.4	71.0
23.4	1	.4	.4	71.4
23.8	2	.8	.8	72.2
25	1	.4	.4	72.6
25.6	5	2.0	2.0	74.6
26.3	9	3.6	3.6	78.2
26.7	1	.4	.4	78.6
27	1	.4	.4	79.0
27.8	3	1.2	1.2	80.2
28.2	1	.4	.4	80.6
29	1	.4	.4	81.0
29.4	5	2.0	2.0	83.1
30.8	1	.4	.4	83.5
31.3	3	1.2	1.2	84.7
31.9	1	.4	.4	85.1
32.3	2	.8	.8	85.9
33.3	1	.4	.4	86.3
33.9	1	.4	.4	86.7
34.5	2	.8	.8	87.5
35.7	1	.4	.4	87.9
36.6	1	.4	.4	88.3
37.7	1	.4	.4	88.7
39.5	1	.4	.4	89.1
40.8	2	.8	.8	89.9
41.7	1	.4	.4	90.3

45.5	2	.8	.8	91.1
46.5	1	.4	.4	91.5
46.9	1	.4	.4	91.9
47.6	2	.8	.8	92.7
48.8	1	.4	.4	93.1
51.7	1	.4	.4	93.5
52.6	1	.4	.4	94.0
58.8	2	.8	.8	94.8
62.5	2	.8	.8	95.6
64.1	1	.4	.4	96.0
64.5	1	.4	.4	96.4
66.7	1	.4	.4	96.8
69.8	1	.4	.4	97.2
71.4	1	.4	.4	97.6
76.9	1	.4	.4	98.0
78.9	2	.8	.8	98.8
88.2	1	.4	.4	99.2
93	1	.4	.4	99.6
93.8	1	.4	.4	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Statistics

AKB_2KAT

N	Valid	248
	Missing	0

AKB_2KAT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<11.7	125	50.4	50.4	50.4
	>11.6	123	49.6	49.6	100.0
	Total	248	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINGKAT_DESI * AKB_2KAT	248	100.0%	0	.0%	248	100.0%

TINGKAT_DESI * AKB_2KAT Crosstabulation

			AKB_2KAT		Total
			<11.7	>11.6	
TINGKAT_DESI	Bina	Count	45	42	87
		% within TINGKAT_DESI	51.7%	48.3%	100.0%
		% within AKB_2KAT	36.0%	34.1%	35.1%
	Tumbuh	Count	53	45	98
		% within TINGKAT_DESI	54.1%	45.9%	100.0%
		% within AKB_2KAT	42.4%	36.6%	39.5%
	Kembang	Count	20	32	52
		% within TINGKAT_DESI	38.5%	61.5%	100.0%
		% within AKB_2KAT	16.0%	26.0%	21.0%
Paripurna	Count	7	4	11	
	% within TINGKAT_DESI	63.6%	36.4%	100.0%	
	% within AKB_2KAT	5.6%	3.3%	4.4%	
Total	Count	125	123	248	
	% within TINGKAT_DESI	50.4%	49.6%	100.0%	
	% within AKB_2KAT	100.0%	100.0%	100.0%	

Group Statistics

TINGKAT_ DESI	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA Bina	87	17.362	21.3198	2.2857
Tumbuh	98	15.261	18.7025	1.8892

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AKB_DESA	Equal variances assumed	1.436	.232	.714	183	.476	2.1008	2.9424	-3.7046	7.9063
	Equal variances not assumed			.708	172.333	.480	2.1008	2.9654	-3.7524	7.9541

Group Statistics

TINGKAT_D		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA	Bina	87	17.362	21.3198	2.2857
	Kembang	52	19.162	18.9011	2.6211

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AKB_DESA	Equal variances assumed	.496	.482	-.502	137	.617	-1.7995	3.5851	-8.8887	5.2898
	Equal variances not assumed			-.517	117.697	.606	-1.7995	3.4777	-8.6865	5.0876

Group Statistics

TINGKAT_D ESI		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA	Bina	87	17.362	21.3198	2.2857
	Paripurna	11	12.882	21.5863	6.5085

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AKB_DESA	Equal variances assumed	.054	.817	.656	96	.513	4.4803	6.8314	-9.0799	18.0404
	Equal variances not assumed			.649	12.597	.528	4.4803	6.8982	-10.4711	19.4316

Group Statistics

TINGKAT_D		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA	Tumbuh	98	15.261	18.7025	1.8892
	Kembang	52	19.162	18.9011	2.6211

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AKB_DESA	Equal variances assumed	.109	.741	-1.211	148	.228	-3.9003	3.2205	-10.2644	2.4638
	Equal variances not assumed			-1.207	103.123	.230	-3.9003	3.2310	-10.3082	2.5075

Group Statistics

TINGKAT_D ESI		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA	Tumbuh	98	15.261	18.7025	1.8892
	Paripurna	11	12.882	21.5863	6.5085

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AKB_DESA	Equal variances assumed	.101	.751	.394	107	.694	2.3794	6.0387	-9.5916	14.3504
	Equal variances not assumed			.351	11.748	.732	2.3794	6.7772	-12.4220	17.1808

Group Statistics

TINGKAT_D ESI	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AKB_DESA Kembang	52	19.162	18.9011	2.6211
Paripurna	11	12.882	21.5863	6.5085

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AKB_DESA Equal variances assumed	.021	.886	.977	61	.332	6.2797	6.4273	-6.5725	19.1319
Equal variances not assumed			.895	13.437	.387	6.2797	7.0165	-8.8284	21.3879