



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
CAKUPAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI PROVINSI BANTEN TAHUN 2010**

TESIS

**NURRAHMIATI
0906503414**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
JANUARI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
CAKUPAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN
DI PROVINSI BANTEN TAHUN 2010**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai syarat untuk mendapatkan gelar Magister
Kesehatan Masyarakat

**NURRAHMIATI
0906503414**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JANUARI, 2012**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nurrahmiati

NPM : 0906503414

Tanda Tangan :

Tanggal : 20 Januari 2012

PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Nurrahmiati
NPM : 0906503414
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Manajemen Pelayanan Kesehatan

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Sandi Iljanto, MPH

Penguji : Prof.dr. Amal C.Sjaaf, SKM,dr.PH

Penguji : Drs. Anwar Hassan, MPH

Penguji : Drs. Abdurachman, MPH

Penguji : Dr.drg. Idawaty, MSc

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Nurrahmiati

NPM : 0906503414

Mahasiswa Program : IKM, Manajemen Pelayanan Kesehatan

Tahun Akademik : 2009

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

“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten 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, 20 Januari 2012



(Nurrahmiati)

KATA PENGANTAR

Penulisan Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam kesempatan ini penulis melakukan penelitian yang terkait dengan Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Tahun 2010

Penulis sangat menyadari bahwa apa yang tertuang dalam karya tesis ini masih jauh dari sempurna, karena adanya keterbatasan kemampuan dan pengetahuan terhadap materi serta topik yang disajikan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan masukan dan saran-saran bagi kesempurnaan tesis ini sehingga hasil tesis ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pihak-pihak yang memerlukannya dan tentu saja bagi perbaikan bangsa ini, khususnya dalam bidang kesehatan.

Penulis menyampaikan rasa kormat dan terimakasih serta penghargaan yang mendalam kepada seluruh para dosen yang telah mengajar dan mendidik, khususnya kepada dr. Sandi Iljanto, MPH, yang tiada bosan dan penuh kesabaran memberikan bimbingan dan masukan maupun dukungan moril bagi penulis sehingga penyusunan tesis ini dapat selesai. Penulis juga menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang tak terhingga kepada Prof. dr. Purnawan Junaedi, MPH, Prof. dr. Amal C.Sjaaf, SKM,dr.PH, Drs. Anwar Hassan. MPH, Drs. Abdurachman, MPH, dan Dr.drg. Idawaty, MSc atas kontribusi yang diberikan dalam penyusunan tesis ini. Semoga Allah SWT membalas semua amal dan kebaikan yang diberikan.

Ayah dan Ibu tercinta, terimakasih atas doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menjalankan pendidikan pada jenjang Magister ini. Kepada suami tercinta (Yonathan Akbar) dan anakku (M. Ardiansyah Akbar), terimakasih atas semua pengertian dan dukungan yang telah diberikan.

Terimakasih yang sebesar-besarnya disampaikan pula kepada seluruh pimpinan di lingkungan Pusrengun SDMK dan teristimewa kepada seluruh sahabat dan teman-teman di Sub Bidang Analisis Kebutuhan atas dukungan serta bantuannya.

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada staff Departemen Administrasi dan Kebijakan (AKK) yang senantiasa membantu pelaksanaan serangkaian ujian hingga ke tahap akhir.

Akhirnya segala puji bagi Allah SWT, penulis mengucapkan syukur karena hanya atas ijin dan perkenanNya dapat menyelesaikan tugas ini. Semoga apa yang telah dilakukan dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang membutuhkan.

Depok, 20 Januari 2012

Nurrahmiati

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Nurrahmiati
NPM : 0906503414
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

Fakto-Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Tahun 2010

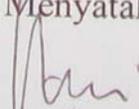
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada Tanggal: Januari 2012

Yang Menyatakan,



Faktor-faktor..., Nurrahmiati, FKM UI, 2012
(Nurrahmiati)

ABSTRAK

Nama : Nurrahmiati
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Persalinan
Oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Tahun 2010

Periode persalinan merupakan periode yang berkontribusi besar terhadap angka kematian ibu di Indonesia, kematian saat bersalin dan 1 minggu pertama diperkirakan 60% dari seluruh kematian ibu. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Propinsi Banten yang merupakan wilayah pada penelitian ini membutuhkan upaya yang lebih besar untuk mencapai cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mengingat cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang dicapai hanya sebesar 68,9% menurut data susenas 2009. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Banten tahun 2010, dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan metode *cross sectional*. Penelitian menunjukkan bahwa jarak tempuh dan pelayanan persalinan di puskesmas merupakan faktor yang berhubungan secara signifikan dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Nilai R square sebesar 0.217 artinya 8 (delapan) variabel bebas yang diteliti dapat menjelaskan variabel cakupan persalinan 21.7% , sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Kata Kunci : Angka Kematian Ibu, Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, Provinsi Banten

ABSTRACT

Name : Nurrahmiati
Study Program : Public Health Sciences
Title : Factors Related To Coverage Of Deliveries By Health Personnel In Banten Province in 2010

Delivery period is the period that contribute greatly to maternal mortality in Indonesia, death during childbirth and a first week of an estimated 60% of all maternal deaths. Aid deliveries by trained health personnel to be very important in an effort to decrease maternal mortality. Banten Province which is a region in this study requires a larger effort to achieve coverage of deliveries by health personnel in accordance with the target of Minimum Services Standard in 2015 ie by 90%, considering the scope of delivery by health personnel who achieved 68.9% (Susenas, 2009). This study used cross sectional method. Study shows that the mileage and service delivery in health centers is a factor that has a significant association in improving the coverage of deliveries by health personnel. R square value of 0.217 means 8 (eight) independent variables under study may explain the variable scope of delivery for 21.7%, while the rest is explained by other variables not included in this study.

Key Words : Maternal Mortality Rate, Deliveries by trained health personnel, Banten Province

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
HALAMAN PERSETUJUAN MANUSKRIP	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GRAFIK	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	9
1.4.1 Tujuan Umum.....	9
1.4.2 Tujuan Khusus.....	9
1.5 Manfaat Penelitian.....	10
1.5.1 Manfaat Aplikatif.....	10
1.5.2 Manfaat teoritis.....	10
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Angka Kematian Ibu.....	11
2.2	Tenaga Kesehatan.....	15
2.3	Persalinan oleh Tenaga Kesehatan.....	17
2.4	Penempatan Bidan Desa.....	26
2.5	Kemitraan Bidan-Dukun.....	30
2.6	Puskesmas.....	31
2.6.1	Puskesmas Perawatan dan Non Perawatan.....	34
2.6.2	Penetapan Letak Puskesmas.....	35
2.6.3	Puskesmas PONED.....	35
2.7	Pelayanan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	36
2.8	Aksesibilitas (Waktu Tempuh dan Jarak Tempuh).....	37
2.9	Teori – Teori Pelayanan Kesehatan.....	40
2.10	Gambaran Provinsi Banten.....	43

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1	Kerangka Konsep.....	48
3.2	Definisi Operasional.....	49
3.3	Hipotesis Penelitian.....	51

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1	Desain Penelitian.....	52
4.2	Desain Penelitian.....	52
4.3	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	52
4.4	Populasi dan Sampel.....	52
4.4.1	Populasi.....	52
4.4.2	Sampel.....	52
4.5	Teknik Pengumpulan Data.....	53
4.6	Manajemen Data.....	53
4.7	Analisis Data.....	54

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1	Persiapan Penelitian.....	56
5.2	Pelaksanaan Penelitian.....	56
5.3	Keterbatasan Penelitian.....	56
5.4	Analisis Univariat.....	57
5.5	Analisis Bivariat Uji t.....	58
5.5.1	Hubungan antara Keberadaan Bidan Desa dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	58
5.5.2	Hubungan antara Tipe Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	59
5.5.3	Hubungan antara Letak Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	59
5.5.4	Hubungan antara Pelayanan Persalinan Normal di Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	60
5.5.5	Hubungan antara Ketersediaan Bidan Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	60
5.5.6	Hubungan antara Ketersediaan PONED Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	61
5.6	Analisis Bivariat Uji Korelasi.....	62
5.7	Analisis Multivariat.....	63

BAB VI PEMBAHASAN

6.1	Keberadaan Bidan desa.....	69
6.2	Tipe Puskesmas.....	70
6.3	Letak Puskesmas.....	70
6.4	Ketersediaan Bidan Kit dan PONED Kit.....	71
6.5	Jarak Tempuh dan Waktu Tempuh.....	71
6.6	Intervensi Kebijakan Pemerintah.....	73

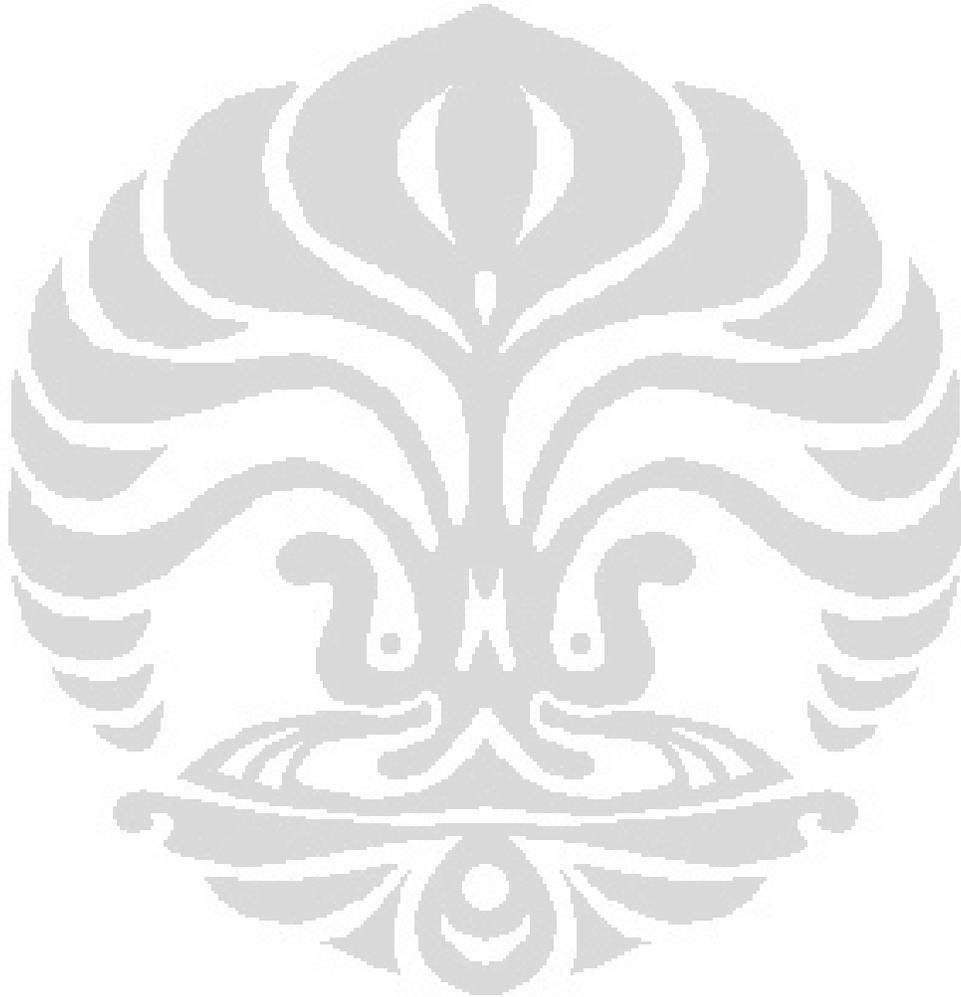
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan.....75

7.2 Saran.....76

Daftar Pustaka.....

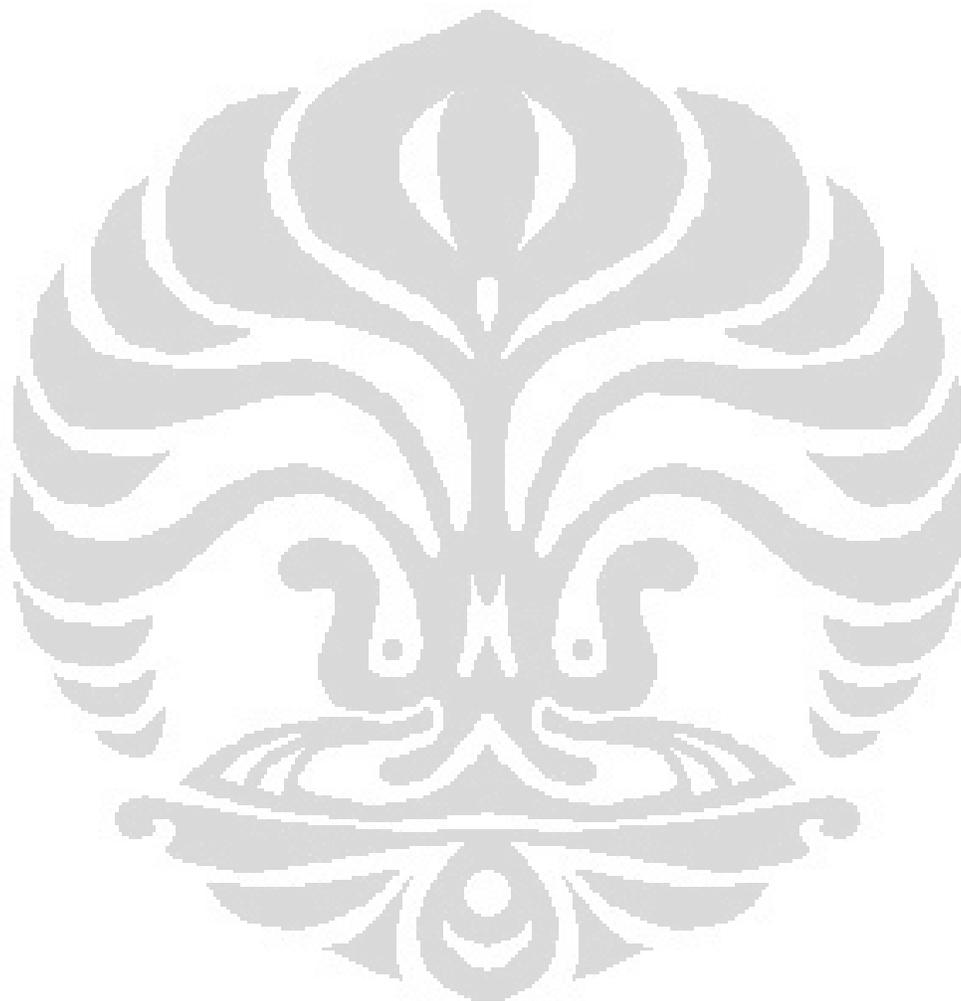
Lampiran



DAFTAR TABEL

Tabel 1	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Banten Tahun 2005 – 2009.....	7
Tabel 2.1	Tenaga Kesehatan yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan terkait indikator 1-4 SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Tahun 2010.....	26
Tabel 2.2	Jumlah Penduduk, Kecamatan dan Desa/Kelurahan Di Prov.Banten Per Kabupaten/Kota Tahun 2009.....	44
Tabel 2.3	Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Per Kabupaten/Kota Tahun 2009.....	46
Tabel 3	Definisi Operasional.....	49
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Variabel Kategorik.....	57
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Variabel Numerik.....	58
Tabel 5.3	Hubungan antara Keberadaan Bidan Desa dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	58
Tabel 5.4	Hubungan antara Tipe Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	59
Tabel 5.5	Hubungan antara Letak Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	59
Tabel 5.6	Hubungan antara Pelayanan Persalinan Normal di Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	60
Tabel 5.7	Hubungan antara Ketersediaan Bidan Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	60
Tabel 5.8	Hubungan antara Ketersediaan PONED Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan.....	61
Tabel 5.9	Hasil Analisis Bivariat Uji Korelasi.....	62
Tabel 5.10	Hasil Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda.....	63
Tabel 5.11	Asumsi Eksistensi.....	64
Tabel 5.12	Asumsi Independensi.....	65

Tabel 5.13	Asumsi Linearitas.....	65
Tabel 5.14	Asumsi Collinearitas.....	67



DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	Proyeksi Angka Kewmatian Ibu (1991-2025) dan Target MDGs.....	3
Grafik 1.2	Cakupan Persalinan Nakes Per Provinsi Tahun 2009.....	6
Grafik 2.1	Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Banten Per Kabupaten/Kota Tahun 2005– 2009.....	46
Grafik 2.2	Cakupan persalinan Nakes di Provinsi Banten Tahun 2005-2009.....	48
Grafik 5.1	Asumsi Homoscedascity.....	66
Grafik 5.2	Asumsi Normalitas.....	66

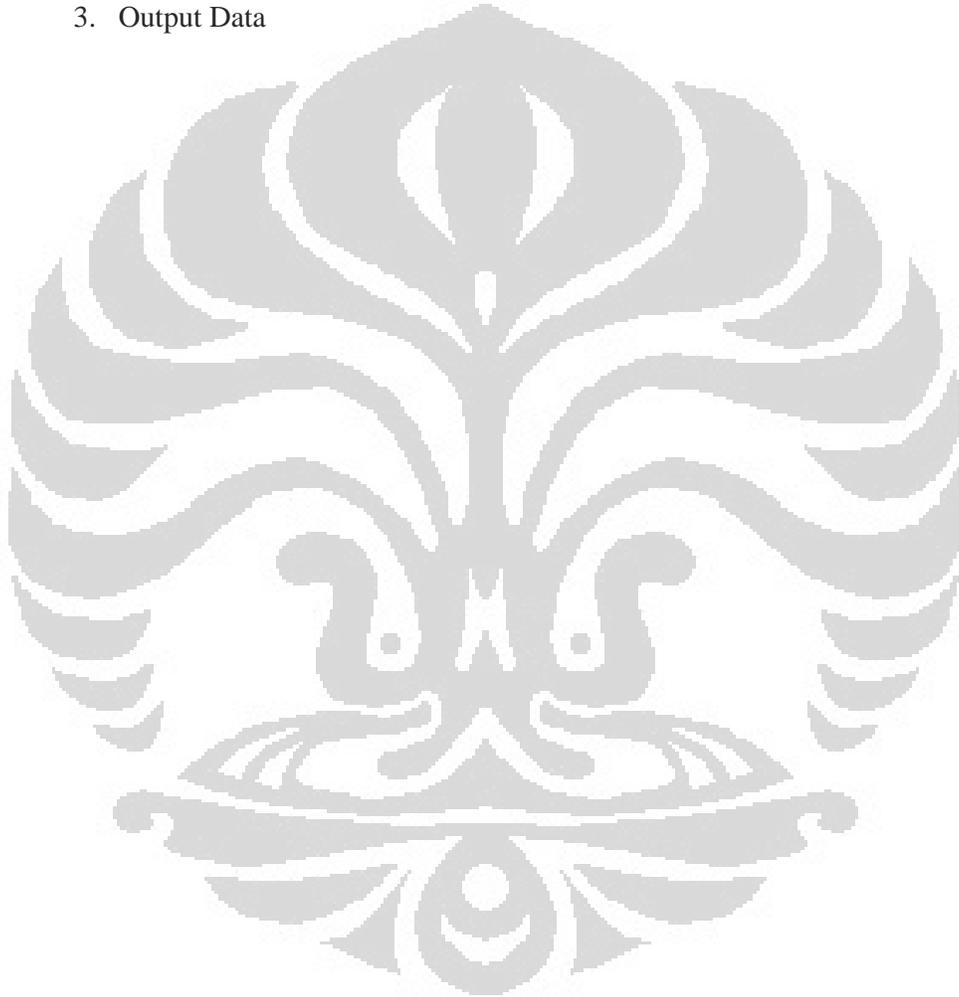
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Piramida Intervensi.....	15
Gambar 2.2	Sumber Daya Yang diperlukan Dalam Pelayanan Kesehatan.....	41
Gambar 2.3	Perspektif Pelayanan Persalinan Dalam Input, Proses, Outputs, Dan Outcomes.....	42
Gambar 2.4	Peta Wilayah Provinsi Banten.....	43
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Village Mapping,GAVI-Kemenkes RI 2010
2. Kuesioner Service Availability Mapping,GAVI-Kemenkes RI 2010
3. Output Data



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tertuang dalam Undang – Undang Dasar 1945 pasal 16. Sejalan dengan hal ini, disebutkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud (Depkes 2009).

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diutamakan bagi penduduk rentan yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut dan keluarga miskin. Penyelenggaraan pembangunan tersebut dilaksanakan melalui peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan yang terdiri dari upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi alat kesehatan dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat (Depkes, 2009).

Sasaran pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatkannya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) menjadi 73,7 tahun; menurunnya angka kematian bayi (AKB) menjadi 15,5 per 1000 kelahiran hidup; menurunnya angka kematian ibu (AKI) menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup; dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita menjadi 9,5% pada tahun 2025.

Dengan demikian, angka kematian ibu merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan dan dipakai sebagai alat untuk memonitoring pencapaian goal ke lima MDGs yaitu peningkatan kesehatan

ibu dengan salah satu indikator globalnya adalah menurunkan angka kematian ibu $\frac{3}{4}$ dari tahun 1990 yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015.

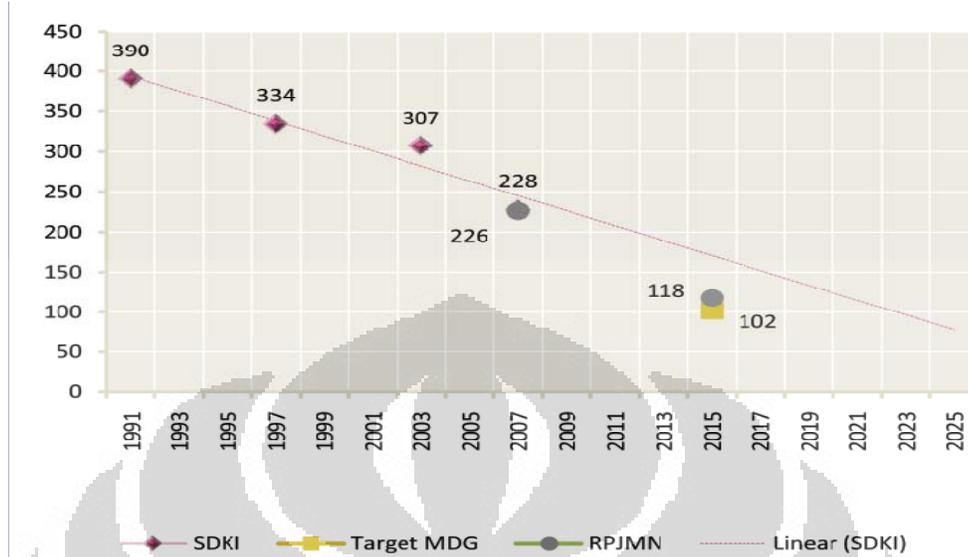
Pada tahun 2000 lebih dari 500.000 ibu meninggal karena komplikasi selama kehamilan dan melahirkan, 50% dari kematian ibu tersebut terjadi di Afrika dan 48% terjadi di Asia. Secara global angka kematian ibu diperkirakan 400 per 100.000 kelahiran hidup, dengan angka tertinggi di kawasan Afrika (830), diikuti Asia (330), Osenia (240), Amerika latin dan Karibia (190), dan negara-negara maju (20) (WHO, 2005). Di sebagian besar negara berkembang, angka kematian ibu masih tinggi (WHO, 2007). Terlihat bahwa terdapat perbedaan yang besar antara angka kematian ibu di negara miskin dengan negara maju.

Dalam setiap kehamilan terdapat resiko komplikasi, hal ini akan diperberat oleh usia ibu hamil yang terlalu muda atau yang terlalu tua, jarak kehamilan yang terlalu dekat, dan ibu yang mempunyai anak terlalu banyak. Penyebab kematian ibu mempunyai hubungan dengan standar pelayanan klinis, dimana kualitas pelayanan kebidanan akan mempengaruhi standar pelayanan klinis tersebut (Utomo, 2004).

WHO memperkirakan bahwa 15-20% ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi dan atau komplikasi. Kematian ibu di negara berkembang dapat disebabkan malnutrisi pada kehamilan, komplikasi pada kehamilan, persalinan, dan periode post partum (Arlington, VA, 2000). Menurut SKRT 2002/2003 penyebab kematian ibu terbesar adalah Perdarahan 28%, eklamsi 24%, dan infeksi 11%. Kematian bisa disebabkan karena 3T : 1)Terlambat mengambil keputusan, 2) Terlambat dalam mencapai tempat pengobatan, 3)Terlambat mendapat pertolongan.

Estimasi angka kematian ibu di Indonesia dapat dilihat pada grafik berikut:

Grafik 1.1 Proyeksi Angka Kematian Ibu (1991-2025) dan Target MDGs



Sumber : Bappenas 2010

Bila dilihat dari capaian di atas diperlukan upaya yang lebih besar untuk dapat mencapai target MDGs di tahun 2015 (Bappenas, 2010). Berbagai upaya telah dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian ibu misalnya dengan optimalisasi pemanfaatan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang ada seperti program PTT bagi tenaga medis dan bidan, penempatan bidan desa, pembangunan polindes dan poskesdes, pengembangan puskesmas mampu PONED dan rumah sakit mampu PONEK. Sejak tahun 1980an dalam upaya mendukung penurunan angka kematian ibu ditetapkan berbagai program seperti, *Safe Motherhood Initiative* yang mendapatkan perhatian besar dan dukungan berbagai pihak memiliki 4 pilar yaitu : 1) Keluarga Berencana; 2) Antenatal Care; 3) Persalinan bersih; dan 4) pelayanan masa nifas. Mengacu pada Indonesia sehat 2010 juga telah dicanangkan strategi *Making Pregnancy Saver* yang mempunyai tiga pesan kunci, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan pelayanan yang memadai; dan setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (laporan MDGs,2004)

Berbagai upaya pelayanan kesehatan ibu seperti pelayanan K1, K4 pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan asuhan nifas serta penanganan komplikasi merupakan indikator dari cakupan program KIA. Dalam upaya wajib puskesmas, KIA termasuk dalam *basic six* yang merupakan upaya wajib yang diselenggarakan oleh puskesmas baik dalam pelayanan kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat.

Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (Bappenas, 2010). Pertolongan persalinan aman dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Dokter, bidan dan perawat yang terampil sebagai tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang akan membantu mengurangi angka kematian ibu (WHO,2005). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Tenaga kesehatan terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat (Sudarianto,2007)

Uganda mengembangkan strategi dan mempunyai prioritas bahwa persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih merupakan kunci untuk menurunkan angka kematian ibu mengingat Uganda memiliki angka kematian ibu yang tinggi yaitu sebesar 435 per 100.000 kelahiran hidup (MoH Uganda 2010). Di Afganistan menurunkan angka kematian ibu dan bayi merupakan prioritas global melalui peningkatan proporsi kelahiran yang dibantu oleh tenaga terlatih seperti bidan dengan target 80% persalinan ditolong oleh tenaga terlatih akan mencegah 10.000 kematian ibu dan 40.000 kematian bayi pada tahun 2002 (Maureen Mayhew, et al)

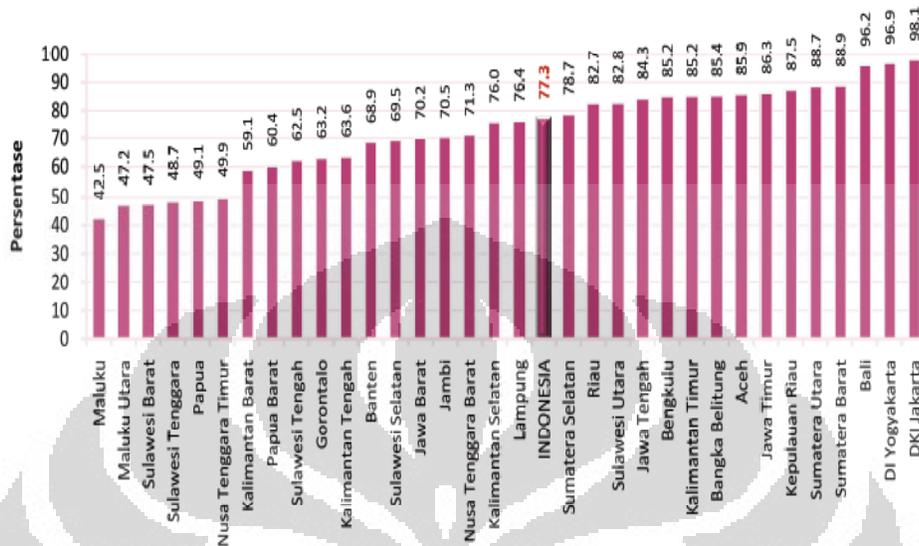
Seorang ibu mempunyai peran yang sangat besar dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu yang sedang hamil dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungannya hingga kelahiran dan masa pertumbuhan anaknya. Resiko kematian ibu paling banyak terjadi pada periode kelahiran/persalinan, Periode persalinan merupakan periode yang berkontribusi besar terhadap angka kematian ibu di

Indonesia, kematian saat bersalin dan 1 minggu pertama diperkirakan 60% dari seluruh kematian ibu (lancet ,2006).

Pada profil Kesehatan Indonesia tahun 2010, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia mencapai 85,45%, sedangkan di Provinsi Banten 79,33% (Kemenkes RI, 2010) dengan jumlah ibu bersalin 221.849 (laporan KIA provinsi Banten). Sementara target RPJMN tahun 2009 adalah 87% dan target di tahun 2015 adalah 90% kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan.

Disparitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan antar wilayah masih menjadi masalah. Data Susenas 2009, dalam Laporan Pencapaian tujuan pembangunan millennium Indonesia, Bappenas 2010, menunjukkan capaian tertinggi sebesar 98,14% di Povinsi DKI Jakarta, sedangkan terendah sebesar 42,48% di Maluku, sementara di Banten yang merupakan lokasi penelitian sebesar 68,9% (Bappenas, 2010). Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Banten pada tahun 2009 berada di bawah cakupan Indonesia yaitu sebesar 77,3%. Cakupan ini juga masih di bawah target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bahwa target cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 87% di tahun 2009. Berikut grafik yang menunjukkan prosentase cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan per provinsi:

Grafik 1.2 Prosentase Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Per Provinsi Tahun 2009



Sumber : Susenas, 2009

Pada profil kesehatan Indonesia tahun 2011, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 84,78% telah mencapai restra persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2010, yaitu 84%. Bali merupakan provinsi dengan pencapaian tertinggi (98,8%), diikuti Provinsi Jawa Timur (95,04%) dan Jawa Tengah (91,9%). Sedangkan papua merupakan provinsi dengan pencapaian terendah (25,2%), diikuti Provinsi Riau (64,61%) dan Papua Barat (65,97%). Sedangkan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten sebesar 77,8% pada tahun 2010 (Kemkes, 2011).

Provinsi Banten yang menjadi lokasi pada penelitian ini mempunyai luas wilayah 8.800,83 km, dengan jumlah penduduk provinsi Banten pada tahun 2009 sebanyak 10.295.519 jiwa yang tersebar di 4 (empat) Kota dan 4 (empat) Kabupaten, yaitu : Kabupaten Tangerang, Kabupaten Serang, Kabupaten Pandeglang, Kabupaten Lebak, Kota Tangerang, Kota Serang, Kota Cilegon, dan Kota Tangerang Selatan .

Data yang dilihat dari Pemantauan Wilayah Setempat - Kesehatan Ibu Anak (PWS-KIA) menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu di provinsi ini meningkat dari 203 pada tahun 2008 menjadi 223 pada tahun 2009.

Gambaran jumlah kematian ibu di provinsi Banten tahun 2004 – 2009 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1 Cakupan Pelayanan Kesehatan ibu dan Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Banten Tahun 2005 – 2009

No	Tahun	Σ ibu hamil	Cakupan Pelayanan kesehatan Ibu			Σ kematian ibu
			K1(%)	K4(%)	Pn(%)	
1	2005	258,694	90	72	62.71	164
2	2006	269,259	87	70	63.4	182
3	2007	267,229	93	75	65.02	204
4	2008	240,249	97	80	72.92	203
5	2009	232,139	98,69	81.51	79,33	223

Sumber : Laporan PWS KIA Provinsi Banten Tahun 2005 - 2009

Peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak dibutuhkan oleh ibu khususnya saat dan segera setelah persalinan. Selain meningkatkan pelayanan kesehatan, perubahan perilaku masyarakat yang paling rentan terhadap kematian ibu juga harus dilakukan, hal ini termasuk peningkatan pengetahuan keluarga tentang status kesehatan dan gizi, serta pemberitahuan tentang jangkauan dan jenis layanan yang dapat mereka gunakan. Pemerintah juga perlu meningkatkan sistem pemantauan untuk mencapai MDG's. Peningkatan sistem pengumpulan data, terutama aspek manajemen dan aliran informasi, data kesehatan dasar khususnya infrastruktur, dan koordinasi antar instansi terkait dengan masyarakat donor juga perlu ditingkatkan untuk menghindari tumpang tindih dan kegiatan yang tidak perlu, sehingga peningkatan kesehatan ibu dapat dicapai dengan efektif dan efisien (www.targetmdgs.org)

Berdasarkan uraian diatas, berbagai program intervensi telah dilakukan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, namun belum mencapai target yang diinginkan. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian

tentang “Faktor– faktor yang berhubungan dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten tahun 2010”.

1.2 Perumusan Masalah

Berbagai intervensi program telah dilakukan mulai dari aspek penyediaan tenaga kesehatan seperti program PTT, penempatan bidan desa, pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dengan PONEK, rumah sakit PONEK, pendekatan program *Safe Motherhood Initiative* dan *Making Pregnancy Saver*, namun penurunan AKI belum seperti target yang diharapkan.

Perlunya meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebagai salah satu indikator pelayanan KIA merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan ibu yang akan memberikan kontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu.

Propinsi Banten yang merupakan wilayah pada penelitian ini membutuhkan upaya yang lebih besar untuk mencapai cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota pada tahun 2015 yaitu sebesar 90%, mengingat cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang dicapai Provinsi Banten 68,9% menurut data susenas 2009, sementara menurut profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011 adalah sebesar 77,3%.

Saat ini belum diketahui bagaimana hubungan dari aspek ketenagaan, fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas), dan peralatan yang berpengaruh terhadap cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten. Pengenalan terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan seperti di atas akan menentukan intervensi yang dilakukan untuk mendukung keberhasilan program . Untuk itu perlu dilakukan penelitian untuk mencari faktor yang berhubungan dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dengan demikian hasil penelitian dapat menjawab hal-hal sebagai berikut :

1. Faktor-faktor apa yang berhubungan dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten
2. Bagaimana hubungan antara keberadaan bidan desa dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
3. Bagaimana hubungan antara tipe puskesmas dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
4. Bagaimana hubungan antara letak puskesmas dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
5. Bagaimana hubungan antara jarak tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
6. Bagaimana hubungan antara waktu tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
7. Bagaimana hubungan antara pelayanan persalinan di puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
8. Bagaimana hubungan antara ketersediaan bidan kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
9. Bagaimana hubungan antara ketersediaan PONED kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
10. Bagaimana strategi peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten.

1.4.2 Tujuan Khusus

Secara khusus akan diketahui :

1. Hubungan antara keberadaan bidan desa dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

2. Hubungan antara tipe puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
3. Hubungan antara letak puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
4. Hubungan antara jarak tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
5. Hubungan antara waktu tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
6. Hubungan antara pelayanan persalinan di Puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
7. Hubungan antara tersedianya bidan kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
8. Hubungan antara PONEC kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

1. Bagi Kementerian Kesehatan
Sebagai bahan rekomendasi untuk penetapan kebijakan dan perencanaan program terkait upaya peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu khususnya dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
2. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Banten
Dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk menetapkan strategi prioritas program terkait dengan peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.5.2 Manfaat Teoritis

Akan memberikan teori tentang strategi yang akan dilakukan untuk meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor– faktor yang berhubungan dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten tahun 2010. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari hasil survey *village Mapping* dan *Service Availability Mapping* (SAM) dari *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI) bersama dengan Kementerian Kesehatan yang melaksanakan survey terkait dengan cakupan pertolongan persalinan pada tahun 2010. Namun begitu, pengolahan dan analisisnya dilakukan hingga akhir 2011 yang lalu. Unit analisa penelitian ini adalah puskesmas di seluruh provinsi Banten yang terdiri dari 8 Kabupaten/Kota. Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode *Cross Sectional*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Angka Kematian Ibu

Definisi Menurut *International Statistical Classification of Disease, Injuries, and Causes of Death*, edition X (ICD-X), Kematian ibu adalah kematian seorang perempuan yang terjadi selama kehamilan sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan. Sedangkan yang dimaksud dengan Angka Kematian Ibu adalah kematian ibu dalam periode satu tahun per 100.000 kelahiran hidup pada periode yang sama. Kematian ibu dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu :

1. *Direct Obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang langsung disebabkan oleh komplikasi obstetrik pada masa hamil, bersalin, dan nifas, atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan, atau berbagai hal yang terjadi akibat tindakan-tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin atau nifas. Di negara berkembang, sekitar 95% kematian ibu termasuk dalam kelompok ini
2. *Indirect obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit, yang bukan komplikasi obstetrik, yang berkembang atau bertambah berat akibat kehamilan atau persalinan. (Depkes 2007)

Angka kematian Ibu menggambarkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia disamping Angka Kematian Bayi, angka Kematian Balita, dan angka morbiditas beberapa penyakit . Angka Kematian Ibu dapat dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan persalinan. Sensitivitas Angka Kematian Ibu terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan sektor kesehatan (Kemkes, 2011).

Menurut Loudon, seorang pelopor penurunan angka kematian ibu menuliskan upaya penurunan AKI di negara maju sebagai: "lebih ditujukan

kepada faktor-faktor yang berhubungan khusus dengan persalinan dibandingkan faktor-faktor yang berhubungan dengan sebab lain". Loudon juga menyimpulkan bahwa penurunan AKI berhubungan dengan peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan dan peningkatan standar kebidanan.(Depkes 2007)

Penurunan angka kematian ibu di Malaysia cukup pesat, yaitu dari 150 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 1970 menjadi 30 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 1995. Selain akibat pesatnya pertumbuhan sosial ekonomi masyarakat, penurunan AKI ini tercapai karena dukungan kebijakan dalam manajemen upaya *Safe Motherhood* dan berfungsinya fasilitas pelayanan kesehatan secara baik (Depkes 2007)

Terdapat korelasi antara cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan AKI, seperti yang tergambar dari hasil penelitian pada 97 negara. Semakin tinggi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, maka semakin rendah AKI (UNICEF 1996 Dalam Depkes 2007).

Tujuan pembangunan Milenium yang dikenal dengan *Millennium Development Goals* (MDGs) adalah sebuah paradigma pembangunan global yang dideklarasikan pada Konferensi Tingkat Tinggi Milenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2000. Deklarasi ini merupakan kesepakatan anggota PBB mengenai sebuah paket arah pembangunan global yang dirumuskan dalam 8 (delapan) tujuan di antaranya adalah :

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan
2. Mencapai pendidikan dasar dan semua
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Menurunkan angka kematian anak
5. Meningkatkan kesehatan ibu
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup, dan
8. Membangun kemitraan global untuk pembangunan

Tujuan dalam MDGs tersebut menunjukkan pentingnya kesehatan terhadap pembangunan global dan memerangi kemiskinan. Diantara 8 (delapan) tujuan MDGs tersebut, tujuan ke lima yang berhubungan langsung dengan upaya peningkatan kesehatan ibu. Untuk kesehatan ibu, Target MDGs di tahun 2015 adalah mengurangi $\frac{3}{4}$ angka kematian ibu dari tahun 1990. MDGs mendukung peningkatan pembangunan kesehatan di suatu wilayah dengan penggunaan indikator Angka Kematian ibu. Target lainnya dalam upaya peningkatan kesehatan ibu adalah mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015.

Pada tahun 1999 WHO/ UNFPA/UNICEF/World Bank mengeluarkan pernyataan menghimbau kepada negara-negara untuk memastikan bahwa semua perempuan dan bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang berkompeten selama kehamilan, persalinan, dan periode langsung paska melahirkan. Pelayanan kesehatan diberikan oleh fasilitas layanan kesehatan yang terakreditasi dan pemberi pelayanan kesehatan mempunyai kompetensi yang sesuai, alat kesehatan yang digunakan, fasilitas transportasi, dan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri (*Making Pregnancy Saver : The Critical Role of The Skilled Attendant*, WHO 2004).

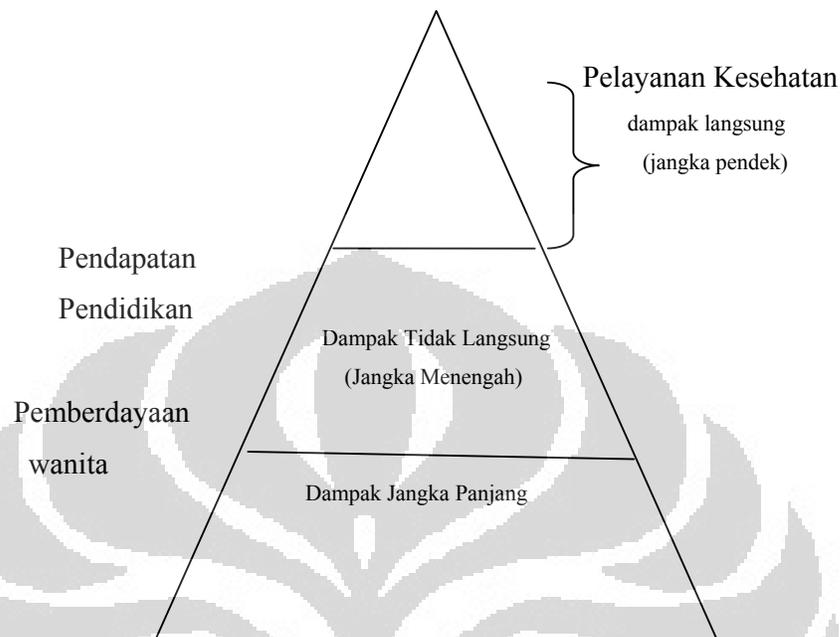
Bagi Indonesia dan negara-negara berkembang, tujuan MDGs digunakan sebagai acuan dalam perumusan kebijakan, strategi, dan program pembangunan. Pemerintah Indonesia telah mengarus-utamakan MDGs dalam pembangunan sejak tahap perencanaan dan penganggaran hingga pelaksanaannya. Hal ini dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025.

Angka kematian ibu di Indonesia menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Namun demikian diperlukan upaya keras untuk mencapai target pada tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Sasaran dari Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang telah menunjukkan kecenderungan kemajuan yang baik namun masih memerlukan kerja keras untuk mencapai sasaran yang ditetapkan pada tahun 2015.

WHO memperkirakan bahwa 15-20 persen ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi dan atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7 persen pada tahun 2002 menjadi 77,34 persen pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3 persen pada tahun 2010 (Riskesdas, 2010).

Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia, 2007, derajat kesehatan masyarakat telah mengalami perbaikan dapat dilihat dari angka kematian bayi menurun menjadi 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Demikian juga angka kematian ibu melahirkan menurun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 228 per 100,000 kelahiran hidup pada tahun 2007 . Sejalan dengan itu umur harapan hidup meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,2 tahun pada tahun 2008. Prevalensi gizi kurang pada balita menurun dari 25,8% pada akhir tahun 2003 menjadi 18,4% pada tahun 2007 (Depkes RI 2009). Namun demikian angka angka ini masih jauh dibawah target MDG's 2015, dimana target angka kematian ibu adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 23 per 1000 kelahiran hidup.

Untuk penurunan angka kematian ibu diperlukan upaya-upaya yang terkait dengan kehamilan, kelahiran, dan nifas (Kemkes, 2011). Mencegah kematian ibu dapat dilakukan melalui ketiga jenis intervensi. Intervensi yang memberikan dampak relatif cepat terhadap penurunan angka kematian ibu adalah intervensi terhadap pelayanan kesehatan yaitu intervensi jangka pendek. Berikut adalah gambaran tentang intervensi terhadap kematian ibu yang berupa piramida intervensi (Depkes 2007) :

Gambar 2. 1 Piramida Intervensi

Estimasi angka kematian ibu diperlukan sebagai dasar bagi penentu kebijakan untuk memprioritaskan kesehatan ibu dan melakukan evaluasi intervensi terhadap program yang dilakukan. Dalam ketiadaan sistem registrasi membuat perkiraan terhadap angka kematian ibu menjadi sulit, sehingga survey diperlukan dalam memperkirakan angka kematian ibu dengan lebih tepat. (WHO,2006). Indonesia dan seluruh negara-negara lain di dunia harus mengembangkan pencatatan yang handal dan sistem informasi manajemen kesehatan yang dapat menyediakan data yang diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi program kesehatan termasuk kesehatan ibu (BMC Pregnancy and Childbirth, 2010).

2.2 Tenaga Kesehatan

Menurut PP No.32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan, yang untuk jenis tertentu

memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Adapun jenis tenaga kesehatan tersebut adalah :

1. Tenaga medis : dokter, dan dokter gigi
2. Tenaga keperawatan : perawat, dan bidan
3. Tenaga kefarmasian : apoteker, analis farmasi, dan asisten apoteker
4. Tenaga kesehatan masyarakat : kesehatan masyarakat, epidemiolog kesehatan, entomology kesehatan, mikrobiolog kesehatan, dan sanitarian
5. Tenaga gizi : nutrisisionis, dan dietisien
6. Tenaga Keterampilan fisik : fisioterapis, okupasi terapis, dan terapis wicara
7. Tenaga keteknisian medis : radiographer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksi optisien, ortotik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis

Dalam laporan tahunan WHO tahun 2006 dinyatakan bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan 80% ditentukan oleh kontribusi tenaga kesehatan. Dalam laporan tahunan tersebut diperkirakan kekurangan hampir 4,3 juta tenaga dokter, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Kekurangan paling parah terjadi di negara - negara miskin. Pada laporan tersebut WHO mencanangkan tahun 2006 – 2015 merupakan decade tenaga kesehatan dengan memberikan prioritas bagi negara-negara untuk mengembangkan strategi yang efektif bagi pengembangan tenaga kesehatan yang mencakup 3 (tiga) elemen utama yaitu : perekrutan tenaga kesehatan, meningkatkan performa tenaga kesehatan, dan menurunkan tingkat dimana tenaga kesehatan meninggalkan profesinya. Penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas tergantung pada kecukupan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan . Dalam banyak sistem pelayanan kesehatan didunia, manajemen SDM Kesehatan termasuk tenaga kesehatan di dalamnya menjadi fokus perhatian. Secara khusus SDM kesehatan merupakan input dari dua input besar lainnya yaitu modal/dana , dan sarana prasarana (*lancet,2006*).

Dewasa ini belum mencukupinya jumlah, penyebaran, komposisi dan mutu tenaga kesehatan merupakan tantangan bagi pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan. Tantangan lain adalah tantangan global

dalam upaya pencapaian sasaran Millennium Development Goals (MDGs). Upaya penerapan kebijakan pemerataan pembangunan kesehatan secara lebih luas diperlukan dan didukung dengan sumber daya yang cukup termasuk SDM Kesehatan (SKN, 2009). Penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas tergantung pada kecukupan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan (WHO, 2006).

2.3 Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Persalinan adalah serangkaian kejadian pada ibu hamil yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau 36 – 40 minggu, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh si ibu (Depkes 1996). Jenis persalinan dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1. persalinan normal : persalinan tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam
2. persalinan abnormal : persalinan dengan memakai alat seperti forcep dan vakum ekstraksi, ataupun dengan cara lain seperti induksi atau melalui operatif. (Sarwono Prawirohardjo 2001 dan Depkes 1996)

Kebijakan pelayanan asuhan persalinan meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih
- b. Rumah Bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetric dan neonatal harus tersedia 24 jam
- c. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih

Rekomendasi kebijakan teknis asuhan persalinan di antaranya meliputi tindakan tertentu yang diperlukan dalam asuhan keperawatan ibu dan bayi, yang dalam hal ini disebut sebagai Asuhan Sayang Ibu dan Sayang bayi. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan dalam Asuhan Sayang Ibu dan Sayang bayi, di antaranya adalah :

- a) Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/rekam medic untuk persalinan
- b) Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyulit
- c) Manajemen aktif kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pertolongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin IM, melakukan penegangan tali pusat terkendali dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal
- d) Penolong persalinan harus tetap tinggalbersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- e) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasas sampai tonus dalam keadaan baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini
- f) Segera setelah lahir, seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi
- g) Obat-obatan esensial, bahan dan perelengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga. (Prawirohardjo, 2001)

Dalam memantau program kesehatan ibu, dewasa ini digunakan indikator cakupan, yaitu: cakupan layanan antenatal (K1 untuk akses dan K4 untuk kelengkapan layanan antenatal), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonates dan nifas). Untuk itu sejak tahun 1990-an telah digunakan alat patau berupa pemantauan Wilayah Setempat-Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA). Dengan adanya PWS KIA, data cakupan layanan program kesehatan ibu dapat diperoleh setiap tahunnya dari seluruh propinsi. (Sarwono Prawirohardjo, 2001).

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut (Kemenkes, 2010) :

1. Pencegahan infeksi
2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar
3. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi
4. Melaksanakan Inisiasi Menyusui Dini
5. Memberikan Injeksi Vit K1 dan salep mata pada bayi baru lahir

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan indikator dalam SPM Bidang kesehatan kab/kota sebagaimana diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Peran pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan diatur dalam kepmenkes tersebut. Dalam pengertiannya SPM harus dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. SPM bidang kesehatan akan meliputi jenis pelayanan, indikator dan nilai dengan *Minimum Service Target* yang mengacu pada Indonesia sehat 2010 dan MDG's 2015. Dalam mendukung penyelenggaraan SPM Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan yang meliputi 18 indikator diperlukan ketersediaan SDM Kesehatan yang meliputi jumlah, jenis, mutu dan penyebarannya disamping sarana, prasarana, pembiayaan, dan lainnya.

Penanganan bidang kesehatan merupakan urusan wajib / tugas pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang layak dalam batas pelayanan minimal adalah

merupakan tanggungjawab yang harus diselenggarakan oleh daerah yang berpedoman pada PP No.65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Secara ringkas PP No.65 tahun 2005 memberikan rujukan bahwa SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal terutama yang berkaitan dengan pelayanan dasar, baik Daerah Provinsi maupun Daerah Kabupaten/Kota. Dalam penerapannya SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari pemerintahan Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah (Depkes, 2008)

Sesuai dengan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2015:

a. Pelayanan Kesehatan Dasar :

1. Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95 % pada Tahun 2015;
2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80% pada Tahun 2015;
3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
4. Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
6. Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
7. Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100% pada Tahun 2010;
8. Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin 100 % pada Tahun 2010;
10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100% pada Tahun 2010;
11. Cakupan Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 100 % pada tahun 2010;
12. Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.

b. Pelayanan Kesehatan Rujukan :

1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;
2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100% pada tahun 2015

c. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan

Kejadian Luar Biasa /KLB Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam 100% pada tahun 2015.

d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional setiap warga negara maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah. Dalam setiap penyelenggaraan SPM Kabupaten/Kota diperlukan ketersediaan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan melakukan pelayanan kesehatan disamping dukungan dana, sarana dan prasarana. Melihat indikator SPM, maka yang terkait langsung pada pelayanan kesehatan ibu adalah indikator 1 – 4 yang termasuk dalam pelayanan kesehatan dasar. Sedangkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan indikator SPM ke 3 dimana target sebesar 90% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.

Cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\sum \text{Ibu bersalin yang ditolong oleh nakes di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu}}{\sum \text{Sasaran ibu hamil di suatu wilayah dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah menggunakan rumus : 1.05 x angka kelahiran kasar (CBR) x jumlah penduduk.

Disparitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih antar wilayah masih merupakan masalah. Data Susenas tahun 2009 menunjukkan DKI Jakarta mencapai 98,1% sedangkan terendah di Maluku sebesar 42,5%.

Persalinan yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan dapat menurunkan risiko kematian ibu pada saat bersalin karena di tempat tersebut persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan tersedia sarana kesehatan yang memadai sehingga dapat menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada saat persalinan. Data riskesdas 2010 menggambarkan persentase ibu melahirkan di fasilitas kesehatan sebesar 55,4%, sedangkan 43,2% melahirkan di rumah atau tempat lain. Di antara ibu yang melahirkan di rumah sebesar 40,2% ditolong oleh tenaga non kesehatan terutama oleh dukun.

Definisi yang disetujui UNPFA bahwa tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan. Terkait dengan pelayanan kesehatan maternal , petugas yang terampil adalah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat yang telah dididik dan dilatih sehingga mempunyai kemampuan dan keterampilan untuk pengelolaan keadaan normal kehamilan, persalinan, dan periode langsung paska kelahiran serta mengidentifikasi pengelolaan rujukan bagi ibu dan bayi baru lahir yang mengalami komplikasi (WHO, 2007).

Keterampilan yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam pengelolaan kesehatan maternal adalah sebagai berikut :

1. Kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif lintas budaya untuk dapat memberikan perawatan yang holistik bagi ibu sehingga dapat menjadi mitra sepenuhnya dalam pengelolaan kehamilan, persalinan, dan masa nifas
2. Mampu melakukan pemeriksaan kehamilan termasuk memberikan konseling, nasehat dan bimbingan yang tepat, menghitung perkiraan tanggal kelahiran dan melakukan tes skrining spesifik bila diperlukan, termasuk tes HIV
3. Membantu ibu hamil dan keluarganya dalam membuat rencana untuk kelahiran (yaitu dimana tempat proses kelahiran akan berlangsung, siapa

yang akan mendampingi, bagaimana pengaturan rujukan bila ada komplikasi)

4. Memberikan pengetahuan kepada ibu dan keluarganya bagaimana perawatan saat kehamilan, persalinan, dan masa nifas)
5. Mampu mengidentifikasi penyakit dan kondisi yang membahayakan selama kehamilan dan melakukan manajemen lini pertama
6. Mampu melakukan pemeriksaan vagina
7. Mampu mengidentifikasi awal persalinan
8. Mampu memantau kondisi ibu dan janin selama persalinan dan memberikan perawatan suportif
9. Mampu membuat partograf dan mengidentifikasi distress ibu dan Janis dan mengambil tindakan yang tepat termasuk rujukan bila diperlukan
10. Mampu mengelola persalinan normal pervaginam
11. Mampu mengelola aktivitas persalinan kala 3
12. Mampu menilai bayi saat lahir dan memberikan perawatan segera
13. Mampu mengidentifikasi kasus yang mengancam kondisi keselamatan bayi baru lahir dan mengambil langkah-langkah penting untuk menyelamatkan jiwa termasuk resusitasi, manajemen asfiksia dan memberikan rujukan yang sesuai
14. Mampu mengidentifikasi perdarahan dan hipertensi dan melakukan manajemen lini pertama terhadap kedaruratan kebidanan dan membuat rujukan yang efektif bila diperlukan
15. Mampu memberikan perawatan paska aborsi kepada ibu dan bayi
16. Membantu untuk membangun pemberian ASI eksklusif termasuk pendekatan kepada keluarga untuk dukungan menyusui
17. Mampu mengidentifikasi penyakit dan kondisi yang membahayakan kesehatan ibu dan bayi dalam masa nifas dan menerapkan manajemen lini pertama dan mengelola rujukan yang efektif
18. Mampu mengawasi tenaga non kesehatan seperti dukun bayi untuk memastikan bahwa perawatan yang mereka berikan selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas sesuai dengan standar

19. Memberikan nasehat kepada ibu dan keluarga tentang perencanaan paska melahirkan dan jarak kelahiran
20. Memberikan pengetahuan tentang pencegahan penyakit menular seksual termasuk HIV
21. Mengumpulkan dan melaporkan data yang relevan dan bekerjasama dalam audit kasus (www.internationalmidwives.org)

Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan salah satu pelatihan untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dalam melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman sehingga ibu bersalin dan bayi baru lahir mendapatkan asuhan yang efektif dan berkualitas tinggi. Penilaian kompetensi peserta diukur melalui kemampuannya untuk mengumpulkan informasi subyektif dan obyektif, baik melalui anamnesis, cara menggunakan dan menginterpretasikan Partograf, membuat keputusan klinik, memilih tindakan yang tepat bagi ibu bersalin dan bayi baru lahir, melakukan pertolongan persalinan dan resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia, mengenali risiko dan kemampuannya dalam menatalaksana persalinan, merujuk tepat waktu dan dalam kondisi optimal, dan membuat catatan atau rekam medik sesuai standar yang telah ditetapkan (Depkes, 2010).

Keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai dengan standar asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimanapun hal tersebut terjadi. Penolong persalinan mungkin saja seorang bidan, perawat, dokter umum atau spesialis obstetric. Persalinan yang bersih dan aman serta Pencegahan komplikasi merupakan upaya dalam asuhan kesehatan ibu. Kajian dan bukti ilmiah menunjukkan bahwa asuhan persalinan bersih, aman dan tepat waktu merupakan salah satu upaya efektif untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian (Depkes, 2007).

Berdasarkan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan pada indikator 1 -4 dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 2.1 Tenaga Kesehatan Yang diperlukan Untuk melakukan pelayanan kesehatan terkait indikator 1-4 SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Tahun 2010

No	Indikator SPM	Tenaga Kesehatan Yang diperlukan				
		Tim PONEK RS	TIM PONEK Puskesmas	Dokter Umum	Bidan	Perawat
1.	Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4			v	v	v
2.	Cakupan Komplikasi Kebidanan Yang ditangani	v	v	v	v	v
3.	Cakupan Persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan			v	v	v
4.	Cakupan pelayanan nifas			v	v	v

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dokter, bidan, dan perawat merupakan tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan dasar termasuk pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan indikator 1 - 4 dari SPM. Pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Berdasarkan survey sosial ekonomi nasional (susenas) 2009, sebesar 77,34% kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan, Presentase penolong kelahiran tertinggi oleh bidan 61,24%, dukun 21,29%, dan dokter 15,28%. Dengan demikian dapat dilihat bahwa penolong persalinan lebih banyak dilakukan oleh bidan.

2.4 Penempatan Bidan Desa

Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki ijin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan. Definisi ini menurut *International Confederation of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynaecologist Obstetrition* (FIGO). Ikatan Bidan Indonesia menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah : seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk deregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (Depkes, 2008)

Kebijakan pemerintah untuk menempatkan bidan di desa merupakan langkah strategi yang penting untuk dapat mempromosikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil. Menurut Leimena, “Bidan desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat dalam pencapaian target derajat kesehatan di wilayah kerjanya yang meliputi satu sampai dua desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan desa bertanggungjawab langsung kepada Kepala Puskesmas setempat dan bekerja sama dengan perangkat desa”. Mengacu pada Kepmenkes RI no.128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, bidan desa merupakan jaringan pelayanan puskesmas yang termasuk dalam pola struktur organisasi Puskesmas. (Endang Sutisna, 2009)

Tujuan penempatan bidan di desa adalah untuk mengganti peran dukun dalam pertolongan persalinan. Dan strategi untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan meningkatkan kerjasama antara bidan desa dan dukun sebagai mitra kerja yang baik. Survey Profil Bidan di Desa tahun 1999 menunjukkan bahwa secara umum jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan desa meningkat di 3 kabupaten penelitian. Peningkatan pemanfaatan pelayanan dari bidan desa dalam persalinan dan asuhan pasca-salin merupakan salah satu tujuan proyek kerja sama yang dilakukan Depkes-IBI-MotherCare di

Indonesia. Komponen pelatihan dari proyek ini diharapkan akan memberikan kontribusi yang nyata terhadap tujuan di atas. Seperti pada survey bidan di desa tahun 1997, survey tahun 1999 menunjukkan bahwa kabupaten penelitian yang mempunyai banyak bidan berstatus PNS melaporkan lebih banyak pelayanan dibandingkan bidan desa di kabupaten lainnya . (Survey Profil Bidan di desa 1999, Seri Laporan MotherCare Indonesia No.05).

Persoalan yang umum dihadapi bidan desa adalah keterbatasan penunjang seperti tempat, lokasi dan ruang-ruang yang ada di polindes dan sulitnya transportasi untuk mencapai sarana kesehatan yang lebih tinggi. (Yulkardi,2002)

Dasar penempatan bidan di seluruh desa melalui peraturan Menteri Kesehatan No.363/Menkes/Per/IX/1989 tentang wewenang bidan. Kebijakan penempatan bidan di desa juga didasarkan pada Surat Edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat No. 429/Binkesmas/Per/IX/1989. Tujuan Penempatan Bidan di desa di antaranya adalah:

1. Meningkatkan cakupan mutu dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, kesehatan bayi dan anak balita serta pelayanan dan konseling pemakaian kontrasepsi serta keluarga berencana melalui upaya strategis antara lain melalui Posyandu dan Polindes
2. Terjaringnya seluruh kasus resiko tinggi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir untuk mendapatkan penanganan yang memadai sesuai kasus dan rujukannya
3. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembinaan kesehatan ibu dan anak di wilayah kerjanya.
4. Meningkatkan prilaku hidup sehat pada ibu, keluarga dan masyarakat yang mendukung dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Pelayanan kesehatan dasar yang dikerjakan Bidan Desa , meliputi (Depkes, 2006):

1. Pelayanan kesehatan ibu: pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan nifas, perawatan dan konseling ibu menyusui.
2. Pelayanan kesehatan anak :perawatan bayi baru lahir, perawatan bayi sehat (termasuk imunisasi), dan perawatan penyakit ringan.
3. Pelayanan keluarga berencana : member pelayanan kontrasepsi, penanganan efek samping ringan kontrasepsi, dan merujuk kasus akibat pemakaian kontrasepsi yang dianggap perlu
4. Penugasan tambahan lainnya : membuat surat keterangan lahir, penyuluhan kesehatan, pembinaan dukun bayi dan kader desa, dll.

Dalam buku Manajemen Kesehatan, Teori dan Prsktik di Puskesmas, Endang Sutisna Sulaeman , menginovasikan Uraian tugas dan tanggung jawab Bidan desa, sebagai berikut :

- 1) Pembinaan pelaksanaan prosedur tetap (Protap) Posyandu di desa binaannya bekerjasama dengan Pembina Desa (PKD)
- 2) Melaksanakan kunjungan rumah kepada :
 - a. Sasaran KB/Kesehatan (PUS,ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita) yang tidak datang ke Posyandu
 - b. Drop out pelayanan KB/kesehatan di P:osyandu
 - c. Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi
 - d. Ibu nifas dan bayi baru lahir normal dan risti/komplikasi
 - e. Gizi buruk bayi dan anak balita
 - f. PUS yang belum ber KB dan efek samping KB
 - g. Kejadian kematian ibu, bayi dan anak balita
- 3) Pendeteksian dan penanggulangan ibu hamil kekurangan energy kronis (Bumil KEK)
- 4) Pelayanan antenatal, pelayanan persalinan, dan perawatan nifas
- 5) Pembuatan kantong persalinan
- 6) Pembinaan dan pelayanan kesehatan anak pra sekolah dan usia sekolah
- 7) Pembinaan dan pelayanan kesehatan usia lanjut di Posbindu dan desa binaannya

- 8) Membina dan menjalin kemitraan dengan dukun paraji
- 9) Melaksanakan pelayanan KB, imiunisasi, dan kegawatdaruratan KIA/KB dan konseling
- 10) Melaksanakan promosi/penyuluhan program KIA/KB dan kesehatan
- 11) Pembinaan pelaksanaan desa siaga, Poskesdes, UKBM
- 12) Pemantauan dan evaluasi
- 13) Pencatatan dan pelaporan
- 14) Pembinaan Kader

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan menggambarkan kemampuan manajerial program dalam pertolongan persalinan secara professional. Pengukuran kinerja seseorang dapat dilihat antara lain dari hasil yang dicapai atau tingkat pencapaian target yang menunjukkan kualitas kinerja tersebut (Rumisis, 2003). Hasil penelitian di 4 puskesmas di Kabupaten Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah dalam KMPK UGM menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna secara statistik terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan antara sebelum dan sesudah penempatan bidan di desa. Dapat dikatakan bahwa target cakupan persalinan merupakan ukuran kinerja dari bidan yang memberikan kontribusi terbesar dalam pertolongan persalinan.

Pengangkatan bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap berdasarkan Keputusan Presiden RI Nomor 23 Tahun 1994 . Dengan demikian status kepegawaian bidan dapat dibedakan menjadi 2 (dua) kualifikasi, yaitu :

1. Pegawai Negeri Sipil (PNS)
Pengangkatan diatur sesuai dengan peraturan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang berlaku
2. Pegawai Tidak Tetap
Pengangkatan bidan sebagai Pegawai Tidak Tetap diatur dalam Kepres No. 77/tahun 2000 sebagai perubahan atas Kepres No. 23 Tahun 1994

Selain menolong persalinan , bidan juga mempunyai kewenangan melakukan pelayanan kesehatan ibu hamil. Pelayanan kesehatan ibu hamil (K1 dan K4) merupakan pelayanan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar

pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan. Sedangkan tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil adalah dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi : timbang berat badan, ukur tinggi badan ,tekanan darah, tinggi fundus uteri, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), imunisasi TT bila diperlukan, pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet selama kehamilan), tes laboratorium (rutin dan khusus), tata laksana kasus, konseling, perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), serta KB paska persalinan. Hasil pencapaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator K1 dan K4 yang dihitung dengan membagi jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan (untuk perhitungan indikator K1) atau jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan 4 (empat) kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu (untuk perhitungan indikator K4) dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.

2.5 Kemitraan Bidan-Dukun

Keberadaan dukun bayi di negara berkembang telah diusulkan untuk dapat menjadi tenaga terhadap pemeriksaan kehamilan, proses persalinan dan masa nifas dengan tambahan beberapa pelatihan tertentu. Pengalaman di negara Malaysia bahwa dukun bayi dapat menjadi bagian penting dalam menjalankan program *safe motherhood* sehingga dapat menjadi mitra dalam meningkatkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Para ahli percaya bahwa dukun bayi mempunyai peran bersama dengan dalam strategi petugas terlatih untuk memberikan pelayanan kesehatan sebagai mitra petugas terlatih, mendukung ibu untuk mencari pelayanan kesehatan. Dukun bayi ini akan dapat menjalankan peran ini secara efektif bila ada kerja sama yang baik antara dukun bayi itu sendiri, petugas terlatih, dan staf lain di fasilitas pelayanan kesehatan, oleh karenanya dukun bayi dapat dilibatkan dalam pelayanan kesehatan. Di Burundi, keberadaan dukun bayi berperan dalam meningkatkan cakupan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Malaysia telah berhasil melakukan pelatihan dukun bayi sebagai langkah menuju peningkatan ketrampilan (Lancet, 2006).

Program kemitraan bidan dengan dukun bayi menjadi salah satu program utama untuk penurunan AKI dan AKB, mengingat jumlah dukun bayi yang cukup banyak dan perannya yang besar di masyarakat dalam perawatan ibu dan bayi baru lahir dalam upaya menjamin akses masyarakat terutama terhadap pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil. Ruang lingkup kemitraan bidan dengan dukun meliputi kegiatan bidan mencakup aspek teknis kesehatan sedangkan dukun mencakup aspek non teknis kesehatan dimana dukun ditekankan beralih peran dari menolong persalinan menjadi mrujuk ibu hamil dan bersama bidan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan pembagian peran antara bidan dengan dukun. (Depkes RI, 2008).

Program *Safe Motherhood* yang dimulai pada tahun 1990, salah satu terobosannya adalah menempatkan bidan di setiap desa dan melatih dukun serta dilengkapi dengan dukun kit sehingga diharapkan dukun yang sudah dilatih mampu dan mau menrapkan persalinan 3 bersih (bersih tempat, alat, dan cara). Program ini menanggapi masalah kematian ibu yang pada tahun 1987 untuk pertama kalinya di tingkat internasional diadakan konferensi tentang kematian ibu di Nairobi, Kenya yang menyepakati peningkatan upaya bagi kesehatan ibuyang dikenal dengan *Safe Motherhood* tersebut (Depkes, 2008). Upaya *safe Motherhood* perlu menjadi prioritas karena mempunyai dua alasan utama. Pertama, besarnya masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta dampak yang diakibatkannya.

2.6 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah unit pelayanan kesehatan terdepan yang menjalankan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan, Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk dalam upaya kesehatan wajib yang dijalankan puskesmas. Karena sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan maka dapat dikatakan bahwa puskesmas menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Sebagai unit

pelaksana teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja tertentu (kecamatan). Konsep puskesmas lahir dilatarbelakangi karena pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya terjangkau bagi masyarakat yang tinggal di kota sedangkan untuk sebagian besar masyarakat terutama yang tinggal di pedesaan, pelayanan kesehatan yang adekuat tidak sampai kepada mereka. Puskesmas didirikan bertujuan memberikan pelayanan preventif dan kuratif yang mulai dibentuk pada Pelita I (Tahun 1969 – 19974).

Konsep Puskesmas sudah dikembangkan sejak tahun 1970-an, dan pembangunan puskesmas di seluruh Indonesia ditingkatkan melalui Inpres Sarana Kesehatan pada periode tahun 1980 – 1990. Pada tahun 2004, Departemen Kesehatan telah menetapkan Kebijakan Dasar Puskesmas yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 128/Menkes/SK/II/2004. Ada tiga fungsi pokok puskesmas, yaitu :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskemas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan.

2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.

3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan

Namun mengingat banyaknya permasalahan, maka telah dilakukan revitalisasi puskesmas yang berdampak pula pada perubahan kebutuhan SDM Kesehatan. Dalam perkembangannya, puskesmas memiliki empat fungsi, yaitu sebagai pusat pembangunan wilayah berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer yang bersifat publik (*public goods*) dan pusat pelayanan perorangan primer yang menyelenggarakan pelayanan individu (*privat goods*).

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelayanan teknis dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan demikian puskesmas adalah penanggungjawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama.

Pada saat ini puskesmas telah didirikan hampir di seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu dan puskesmas keliling. Secara nasional standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/kota. Rumusan visi untuk masing-masing puskesmas harus mengacu pada visi pembangunan kesehatan puskesmas yakni terwujudnya kecamatan sehat yang harus disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kecamatan setempat.

Program Kesehatan Ibu dan Anak sudah dimulai sejak tahun 1950-an dalam upaya meningkatkan pelayanan kebidanan dan kesehatan anak. Balai-balai KIA yang didirikan pada saat itu umumnya dipimpin oleh seorang bidan. Program Kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu upaya kesehatan

wajib yang diselenggarakan Puskesmas. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di seluruh wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah : (1) Upaya Promosi Kesehatan; (2) Upaya Kesehatan Lingkungan; (3) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana; (4) Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat; (5) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit menular; dan (6) Upaya Pengobatan. Di samping itu Puskesmas juga menjalankan upaya kesehatan pengembangan yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas.

Berikut ini merupakan jenis-jenis puskesmas yang dibedakan menurut karakteristik tertentu :

2.6.1 Puskesmas Perawatan dan Non Perawatan

Pada tahun 2010, jumlah Puskesmas di Indonesia tercatat sebanyak 9.005 unit, dengan rincian jumlah puskesmas perawatan 2920 unit dan puskesmas non perawatan sebanyak 6.085 unit. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk menjadi salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui keterjangkauan penduduk terhadap puskesmas. Rasio Puskesmas per 100.000 penduduk pada tahun 2006 sebesar 3,61 meningkat menjadi 3,79 pada tahun 2010. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk menurut provinsi menunjukkan Provinsi Papua Barat mencapai ratio tertinggi yaitu sebesar 13.94, sedangkan Provinsi Banten mempunyai rasio terendah yaitu 2,04 (Kemkes, 2011).

Sesuai dengan pedoman kerja Puskesmas bahwa untuk melaksanakan kegiatannya Puskesmas perawatan memiliki luas bangunan, ruangan pelayanan serta peralatan , alat komunikasi ndan transportasi yang lebih lengkap dari pada Puskesmas non perawatan. Puskesmas perawatan diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong penderita gawat darurat baik berupa tindakan operatif terbatas maupun rawat inap sementara. Kegiatan yang dilakukan diantaranya memberi pertolongan persalinan bagi kehamilan dengan resiko tinggi dan persalinan dengan penyulit .

2.6.2 Penetapan Letak Puskesmas

Bagi Puskesmas, penetapan kriteria letak puskesmas ditentukan dari jarak Ibukota Kabupaten ke lokasi Puskesmas. Sebagai dasar penetapan kriteria sarana pelayanan kesehatan terpencil dan sangat terpencil mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949 dan Nomor 1239 tahun 2007 yang kemudian ditetapkan oleh Bupati/Walikota. Penetapan kriteria tersebut harus memenuhi syarat-syarat letak geografis, akses transportasi, dan sosial ekonomi. Daerah terpencil adalah daerah yang sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya. Sedangkan Daerah sangat terpencil adalah daerah yang sangat sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya.

2.6.3 Puskesmas PONED

Puskesmas PONED adalah puskesmas perawatan yang memiliki Dokter, bidan dan perawat terlatih PONED dan mampu memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir, baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bidan di desa dan Puskesmas non perawatan. Puskesmas PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan ke Rumah Sakit.

Puskesmas mampu PONED didirikan bertujuan untuk menghindari rujukan yang lebih dari 2 jam dan untuk memutuskan mata rantai rujukan itu sendiri. Puskesmas mampu PONED menjadi tempat rujukan terdekat dari desa sebagai pembina bidan dan mendekatkan akses pelayanan kegawatdaruratan pada ibu hamil dan bersalin karena komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak dapat diduga sebelumnya.

Pengembangan Puskesmas mampu PONEDED dengan melatih tenaga dokter, perawat dan bidan serta melengkapi sarana dan prasarana sesuai syarat-syarat yang telah ditetapkan diharapkan dapat mencegah dan menangani komplikasi kehamilan dan persalinan sehingga dapat menurunkan AKI dan AKB. .

Sarana, obat-obatan, dan peralatan merupakan salah satu indikator keberlangsungan puskesmas PONEDED. PONEDED kit merupakan peralatan pendukung untuk menjalankan fungsi puskesmas mampu PONEDED, yaitu Peralatan yang diperlukan untuk mendukung pelayanan program/ pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil/ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir di Puskesmas.

2.7 Pelayanan Persalinan

Ada perbedaan dalam mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas antara perbedaan status sosial seorang ibu. Perempuan yang lebih miskin lebih mungkin menerima pengalaman yang buruk selama periode kehamilan, persalinan dan paska bersalin. Menyediakan kualitas pelayanan dalam periode tersebut merupakan strategi pencegahan untuk mengurangi kematian ibu dan bayi. Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007, di Indonesia hanya 14% wanita miskin yang dapat menjangkau pelayanan tenaga kesehatan. Aksesibilitas bagaimanapun juga merupakan eksistensi dari ketersediaan layanan termasuk hubungan pasien dengan penyedia layanan, demikian pula kepercayaan merupakan komponen penting.

Continuum of Care merupakan inti yang mendasari strategi untuk mengembangkan program kesehatan Ibu, bayi dan anak, yang berarti perawatan disediakan sebagai suatu hal yang kontinyu dari keseluruhan siklus hidup termasuk masa remaja, kehamilan dan persalinan. Pelayanan kesehatan yang kontinyu ini diberikan mencakup lingkup perawatan di rumah, puskesmas sampai rumah sakit (Lancet, 2007).

Data Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2007 menggambarkan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 46% dimana preferensi swasta menyumbang sebesar 36% dari persalinan tersebut.

Ada perbedaan yang besar antara daerah perkotaan dengan pedesaan, demikian pula perbedaan antar provinsi di Indonesia. Di daerah pedesaan, persalinan yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan hanya mencapai 30% sementara di daerah perkotaan sebesar 70%. Perbandingan persalinan yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan antar wilayah cukup besar, paling tinggi terjadi di DKI Jakarta yaitu sebesar 97% dan paling rendah di Maluku yaitu hanya 33%.

Alasan melahirkan di rumah umumnya karena murah dan lebih praktis daripada pilihan lainnya. Jarak sosial antara bidan desa dan masyarakat juga menjadi masalah sehingga pilihan bersalin di rumah menjadi lebih nyaman (Ronsman et al, Lancet 2006). Sebuah studi di negerinya menemukan bahwa masalah tidak adanya transportasi merupakan alasan ibu memilih persalinan di rumah. Petugas yang terampil dapat melakukan pertolongan persalinan normal, upaya preventif dasar dan pertolongan kedaruratan dasar dapat dilakukan di rumah merupakan strategi yang diadopsi oleh Negara seperti Belanda dan Malaysia telah memberikan kontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu (Ekele et al).

Kunjungan rumah merupakan strategi untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan yang dimulai dari periode kehamilan dengan pelayanan ante natal care. Langkah ini merupakan pelayanan berbasis komunitas yang menambah dukungan sosial yang bersifat kontinyu. Pentingnya komunikasi yang baik selama pelayanan kesehatan berkaitan dengan kemampuan para ibu memahami hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan mereka dan meningkatkan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan karena adanya empati tentang kondisi pribadi ibu (Vanessa B Sheppard, et al, 2004).

2.8 Aksesibilitas (Jarak tempat tinggal dan waktu tempuh)

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosio-ekonomi dan budaya (Laporan Hasil Riset Kesehatan dasar Riskesdas 2007, Depkes RI 2009). Phillips, D.R., 1990 dalam

Tris Eryando 2007 menyatakan bahwa aksesibilitas fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis layanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka. Penelitian yang dilakukan Tris Eryando di Kabupaten Tangerang tahun 2006 menunjukkan bahwa akses fisik dapat menjadi alasan untuk mendapatkan tempat persalinan di pelayanan kesehatan maupun bersalin dengan tenaga kesehatan. Akses fisik ini adalah persepsi jarak dan waktu tempuh. Studi kualitatif yang dilakukan lain oleh Christiana R Titaley, dkk di Jawa Barat pada tahun 2009, menunjukkan bahwa akses fisik menjadi penentu dalam menjangkau dan menggunakan tenaga terlatih dan fasilitas tempat bersalin.

Faktor geografis mempunyai implikasi penting dalam cakupan pelayanan kesehatan, oleh karena itu konteks dalam keragaman geografis infrastruktur menjadi masalah penting bagaimana pelayanan kesehatan diberikan. Sulitnya akses geografis ke sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang akan mempengaruhi rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat (KMPK, UGM 2006).

Bagi Puskesmas, penetapan kriteria letak puskesmas ditentukan dari jarak Ibukota Kabupaten ke lokasi Puskesmas. Sebagai dasar penetapan kriteria sarana pelayanan kesehatan terpencil dan sangat terpencil mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949 dan Nomor 1239 tahun 2007 yang kemudian ditetapkan oleh Bupati/Walikota. Penetapan kriteria tersebut harus memenuhi syarat-syarat letak geografis, akses transportasi, dan sosial ekonomi. Daerah terpencil adalah daerah yang sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya. Sedangkan Daerah sangat terpencil adalah daerah yang sangat sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya. Daerah yang tidak termasuk dalam kriteria tersebut dapat dikategorikan sebagai daerah biasa yang reatif dengan kondisi geografisnya lebih mudah dijangkau.

Penelitian yang dilakukan WHO memperkirakan bahwa 15-20% ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi dan atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (Bappenas, 2010). Pertolongan persalinan aman dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan . Dokter, bidan dan perawat yang terampil sebagai tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang akan membantu mengurangi angka kematian ibu (WHO,2005).

Uganda mengembangkan strategi dan mempunyai prioritas bahwa persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih merupakan kunci untuk menurunkan angka kematian ibu mengingat Uganda memiliki angka kematian ibu yang tinggi yaitu sebesar 435 per 100.000 kelahiran hidup (MoH Uganda, 2010).

Penelitian yang dilakukan Maureen Mayhew di Afganistan menggambarkan bahwa 77% rumah tangga yang bertempat tinggal dengan waktu tempuh < 60 menit menggunakan fasilitas kesehatan yang 5% mengakses fasilitas kesehatan tersebut dengan menggunakan transportasi bermotor dan sisanya dengan berjalan kaki. Wanita yang tinggal dengan waktu tempuh < 60 menit mengakses fasilitas kesehatan 1,5 kali lebih mungkin mereka menggunakan tenaga bidan terlatih. Di wilayah tersebut, kondisi geografis menjadi penentu dalam mengakses tenaga kesehatan terlatih untuk menolong persalinan. Penelitian lain adalah yang dilakukan Eko Susanto dan Mubasysyir Hasanbasri menunjukkan bahwa masyarakat di Kalimantan yang bertempat tinggal < 5 km dari puskesmas sebagian besar menggunakan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas yaitu di daerah perkotaan sebesar 98,5% dan di daerah pedesaan sebesar 75,3% (KMPK, UGM 2006). Data tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas adalah masyarakat yang bertempat tinggal di dekat puskesmas. Dengan demikian akses terhadap sarana pelayanan kesehatan akan mempengaruhi penggunaan layanan kesehatan.

2.9 Teori-Teori Pelayanan Kesehatan

Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu di perhatikan. Salah satu diantaranya yang dipandang mempunyai peranan yang cukup penting ialah menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Syarat pelayanan kesehatan yang baik setidaknya meliputi : tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), terpadu (*integrated*), berkesinambungan (*continue*), adil/merata (*equity*), mandiri (*sustainable*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), dapat tercapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efektif (*effective*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*). (Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, JNPKKR-POGI-Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2001).

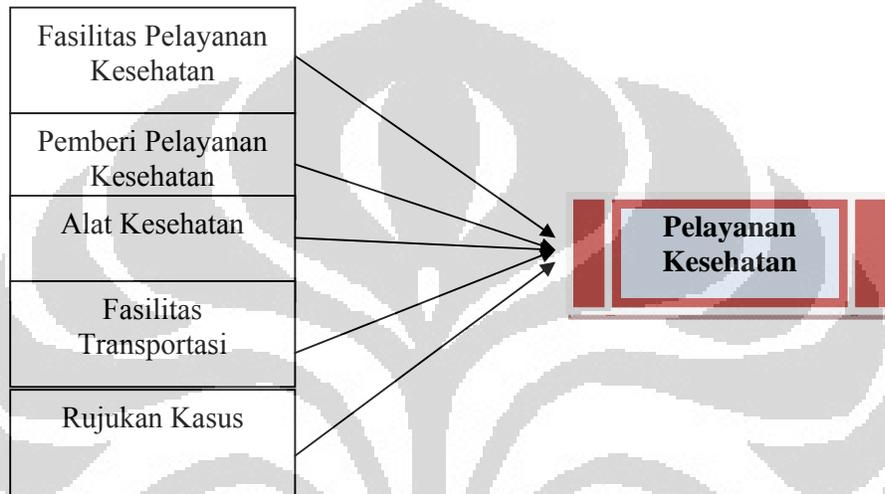
Setiap pelayanan kesehatan ditemukan adanya unsur masukan (*input*), lingkungan (*environment*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Tenaga, sarana, dan dana termasuk dalam unsur masukan, sedangkan yang termasuk dalam unsur lingkungan adalah kebijakan, organisasi, dan manajemen institusi kesehatan tersebut. Keterbatasan dan kekurangan salah satu unsur tersebut akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diterima. (Azrul Azwar, Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Yayasan Penerbitan IDI 1994). Persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat khususnya oleh ibu bersalin yang akan dipengaruhi oleh jangkauan penerima layanan kesehatan terhadap tenaga dalam hal ini adalah tenaga kesehatan terutama bidan dan juga sarana pelayanan kesehatan seperti puskesmas.

Menurut Donabedian dalam Azhar 1994 (Azrul Azwar, Manajemen Pelayanan Kesehatan, yayasan Penerbitan ikatan Dokter Indonesia 1994) , dilihat dari segi manajemen pelayanan kesehatan, pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan merupakan interaksi jalinan dari 3 faktor utama :

pemakai pelayanan, pemberi pelayanan, dan lingkungan terjadinya interaksi pemakai dan pemberi.

Secara ringkas pelayanan kesehatan menurut WHO 2004, memerlukan sumber daya seperti pada bagan berikut :

Gambar 2.2 Sumber Daya Yang Diperlukan dalam Pelayanan Kesehatan



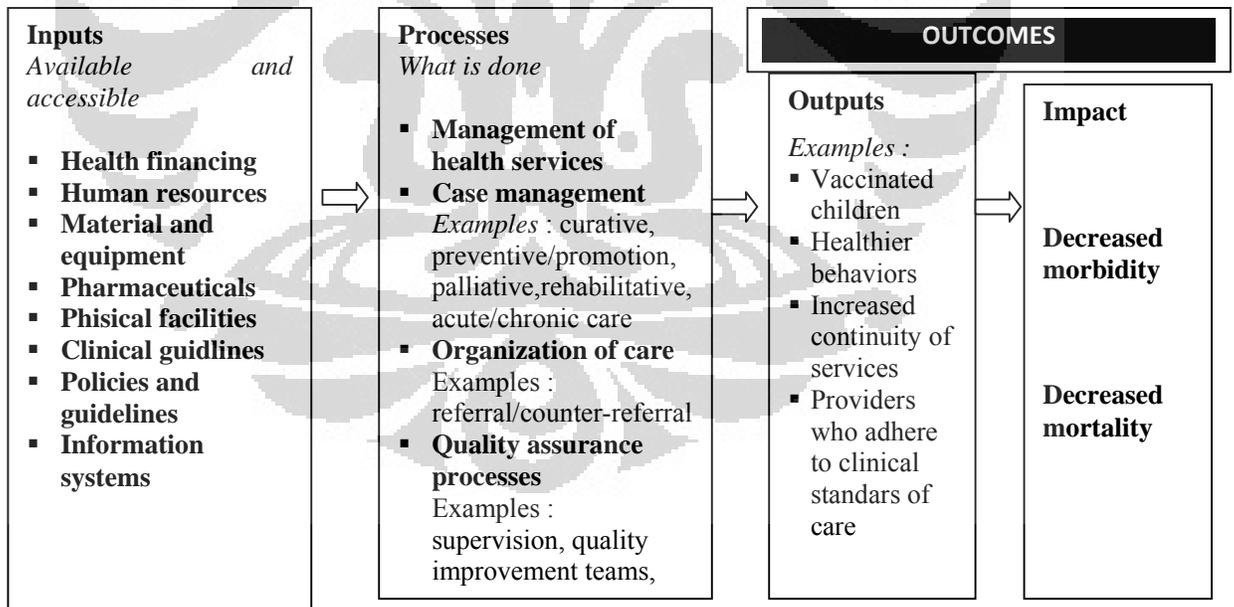
Bagan di atas menggambarkan bahwa adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang terjangkau dan tersedianya pemberi pelayanan kesehatan merupakan sumber daya yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan disamping sumber daya pendukung lainnya.

Ethiopia merupakan salah satu dari banyak negara berpenghasilan rendah yang telah menerapkan beberapa strategi yang memberikan hasil signifikan dalam beberapa tahun terakhir dalam upaya meningkatkan pelayanan persalinan, jangka waktu penelitian antara tahun 1996 – 2006. Penelitian menunjukkan ketersediaan sumber daya merupakan kunci utama untuk keberhasilan pelayanan kesehatan, misalnya dengan meningkatkan ketersediaan bidan bidan dan memperluas jaringan pelayanan kesehatan akan meningkatkan pelayanan persalinan. Namun demikian penyedia layanan kesehatan yang berkualitas tetap menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan. Dapat dikatakan bahwa perbaikan pelayanan persalinan

akan tergantung dari ketersediaan fasilitas kesehatan , tenaga kesehatan, dan obat-obatan (Sameh El-Saharty et.al, 2009)

Pelayanan persalinan dapat direpresentasikan dalam perspektif sistem dengan input, proses, output, dan outcomes. Beberapa input utama yang dinilai penting untuk pelayanan persalinan adalah sumber daya yang terdiri dari keuangan, tenaga kesehatan yang kompeten, fasilitas pelayanan kesehatan dan peralatan yang memadai, persediaan obat-obatan esensial dan kebijakan operasional. Input ini harus tersedia dan dapat diakses untuk menghasilkan target kesehatan yang diinginkan. Proses yang harus dilakukan adalah peran dan tanggungjawab tenaga kesehatan terhadap pelayanan persalinan dan pembinaan terhadap tenaga kesehatan tersebut, program di tingkat nasional, peran pemerintah lokal dan masyarakat dalam pemberian pelayanan kesehatan (Mursaleena Islam, 2007). Kerangka teori tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.3 Perspektif Pelayanan Persalinan Dalam Input, Proses, Outputs, dan Outcomes



Sumber : Massoud And Others dalam Mursaleena Islam ,2007

Menurut Donabedian, perbaikan kualitas pelayanan kesehatan tergantung pada struktur, proses, dan outcome. Struktur mengacu pada semua aspek dalam sistem kesehatan yang mendukung seperti fasilitas kesehatan, tenaga/personil kesehatan, pelatihan, peralatan, dan manajemen. Sedangkan proses mengacu pada semua aktifitas yang terjadi seperti interaksi antara pasien dengan penyedia layanan. Outcome mengacu pada perubahan dalam status kesehatan seperti morbiditas, mortalitas, dan status gizi. Struktur akan mempengaruhi outcome oleh adanya proses perubahan (Katherine Krasovec, R. Paul Shaw, 2000)

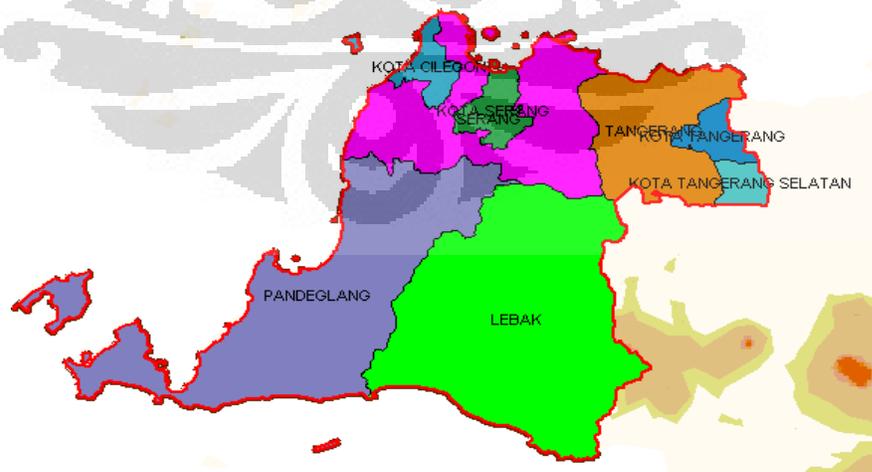
Dengan pelayanan kesehatan secara tepat diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi.

2.10 Gambaran Provinsi Banten

Provinsi Banten mempunyai luas wilayah 8.800,83 km², dengan jumlah penduduk pada tahun 2009 sebanyak 10.295.519 jiwa. Provinsi Banten memiliki wilayah administrasi yang terdiri dari 4 (empat) Kabupaten dan 4 (empat) Kota (Dinkes Provinsi Banten, 2010).

Gambaran wilayah provinsi Banten dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 2.4 Peta Wilayah Provinsi Banten



Sedangkan gambaran umum Provinsi Banten dapat dilihat pada tabel berikut :

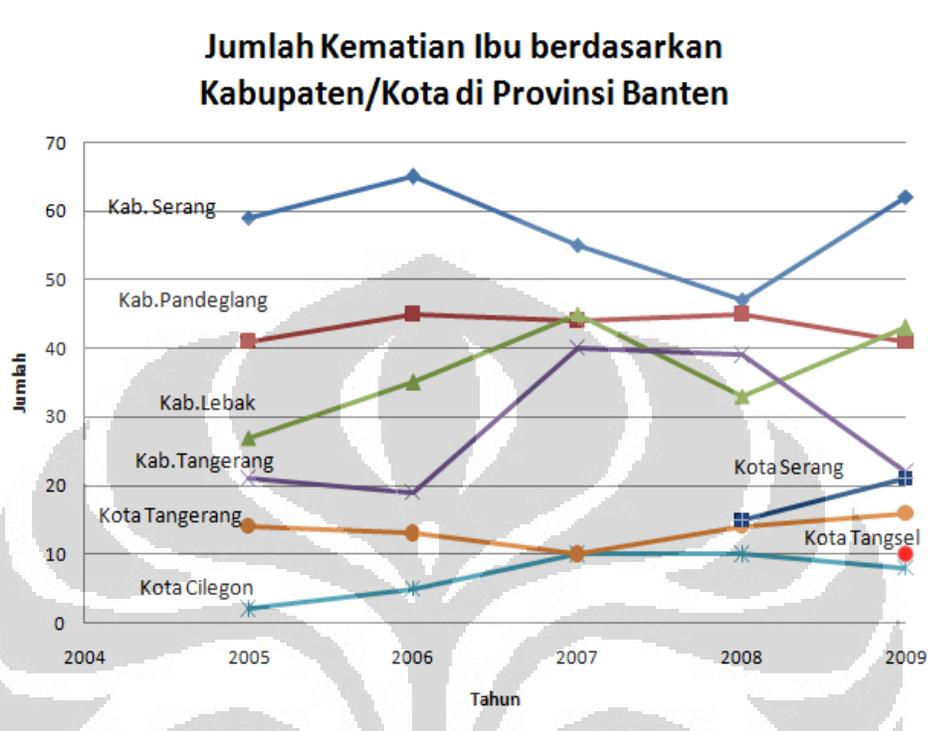
Tabel 2.2 Jumlah Penduduk , Kecamatan, dan Desa/Kelurahan per Kabupaten/Kota di Provinsi Banten Tahun 2009:

No	Kabupaten/Kota	Σ Penduduk	Σ Kecamatan	Σ Desa+Kelurahan
1.	Kota Tangerang	1.554.800	13	104
2.	Kota Serang	503.211	6	46
3.	Kab. Lebak	125.890	28	315
4.	Kab. Tangerang	3.676.700	36	249
5.	Kab. Pandeglang	1.099.700	35	322
6.	Kota Cilegon	349.200	8	43
7.	Kab. Serang	1.843.450	28	308
8.	Kota Tangerang Selatan	1.142.568	7	36
Total		10.295.519	161	1423

Sumber : Profil Kesehatan Dinkes Provinsi Banten Tahun 2010

Jumlah kematian ibu di Provinsi Banten pada tahun 2009 akibat perdarahan mencapai 85 kasus, hipertensi dalam kehamilan 50 kasus, infeksi 17 kasus, abortus 5 kasus, partus lama 1 kasus, dan lain-lain 65 kasus (Dinkes Banten, 2010). Dari keseluruhan Kabupaten/Kota yang berada di wilayah Provinsi Banten, pada tahun 2009 Kabupaten Serang mempunyai jumlah kematian ibu yang tertinggi, sedangkan yang terendah adalah Kota Cilegon. Jumlah kematian ibu per kabupaten/Kota di Provinsi Banten dapat dilihat pada grafik berikut ini:

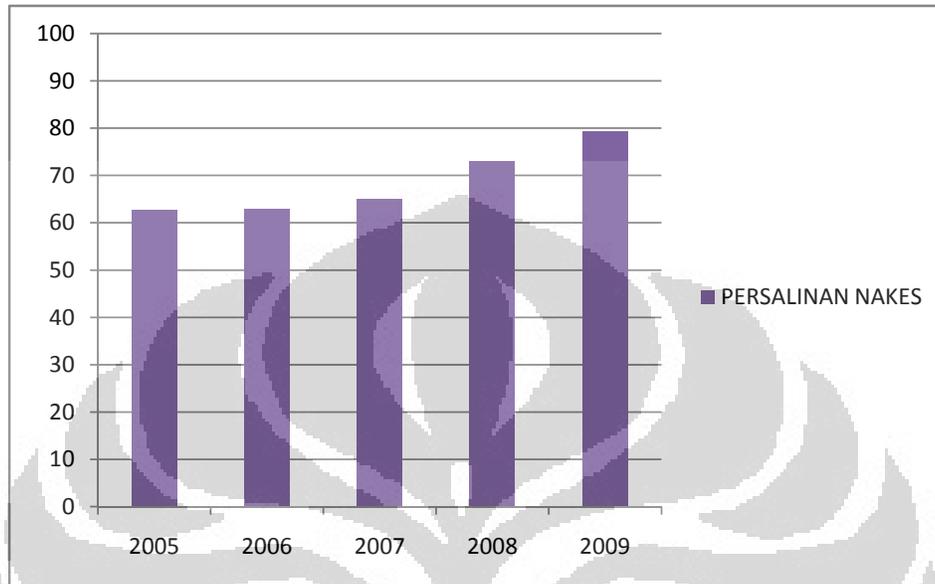
Grafik 2.1 Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Banten Per Kabupaten/Kota Tahun 2005 -2009



Sumber : laporan PWS-KIA Provinsi Banten Tahun 2005-2009

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Banten dari tahun ke tahun tampak mengalami peningkatan . Pada tahun 2008, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 72,92% dan di tahun 2009 meningkat menjadi 79,33%. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Banten Tahun 2009 dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 2.2 Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Tahun 2005 -2009



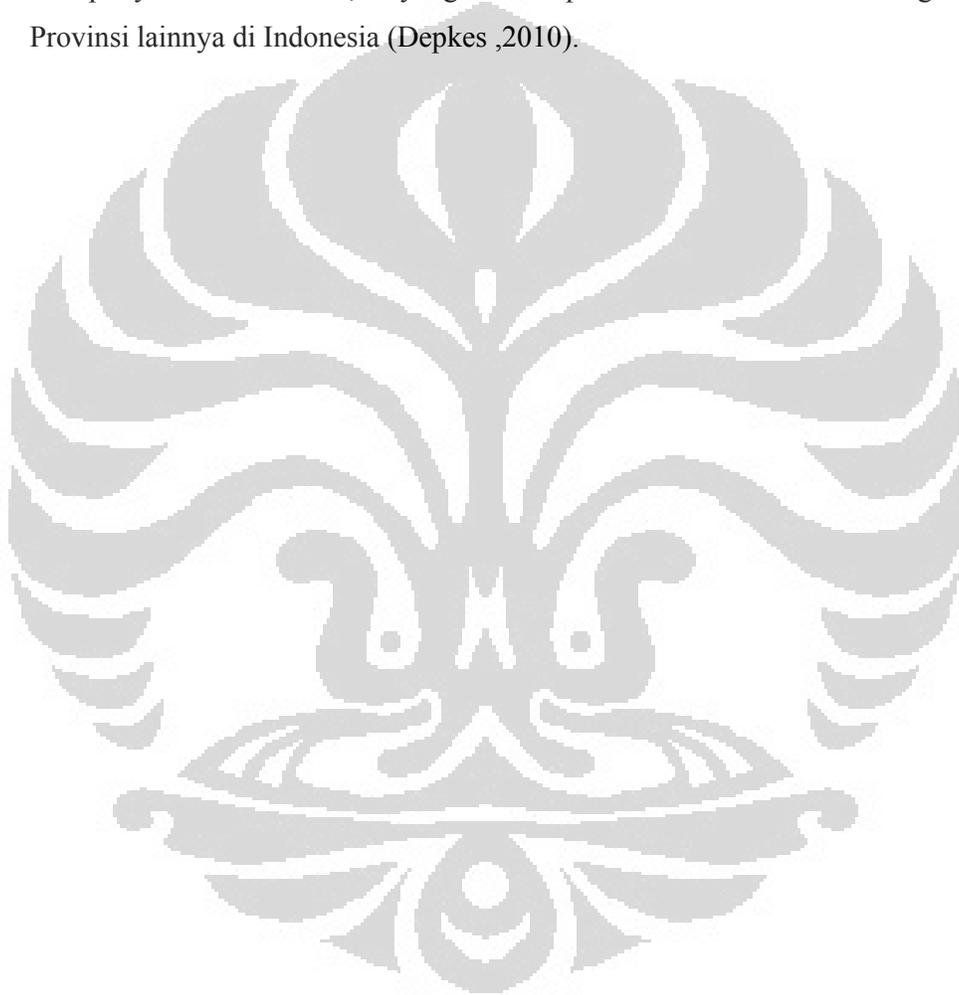
Sumber : laporan PWS-KIA Provinsi Banten Tahun 2005-2009

Tabel 2.3 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi Banten Per Kabupaten/Kota Tahun 2009

No	Kabupaten/Kota	Σ Ibu Bersalin	Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	
			Absolut	%
1.	Kota Tangerang	34.515	30.081	87.15
2.	Kota Serang	14.159	10.315	72.9
3.	Kab. Lebak	28.178	17.386	61.70
4.	Kab. Tangerang	57.608	46.980	81.55
5.	Kab. Pandeglang	25.575	20.205	79.00
6.	Kota Cilegon	7.809	6.588	84.36
7.	Kab. Serang	29.529	22.742	77.02
8.	Kota Tangerang Selatan	24.476	21.703	88.67
Total		221.849	176.000	79.33

Sumber : Laporan PWS-KIA Provinsi Banten 2009

Data derajat kesehatan di Provinsi Banten pada tahun 2009 menunjukkan AKB 46 per 1000 kelahiran hidup, AKABA 58 per 1000 kelahiran hidup (Depkes 2010). Sementara jumlah kematian ibu di provinsi banten sebesar 223 (Laporan PWS_KIA Provinsi Banten tahun 2009). Umur Harapan Hidup (UHH) merupakan salah satu indikator yang diperhitungkan dalam menilai IPM, di Provinsi Banten pada tahun 2008 adalah 64,6 tahun. IPM Provinsi Banten pada tahun 2008 mempunyai nilai IPM 68,90 yang berada pada urutan ke 23 dibandingkan 33 Provinsi lainnya di Indonesia (Depkes ,2010).



BAB III

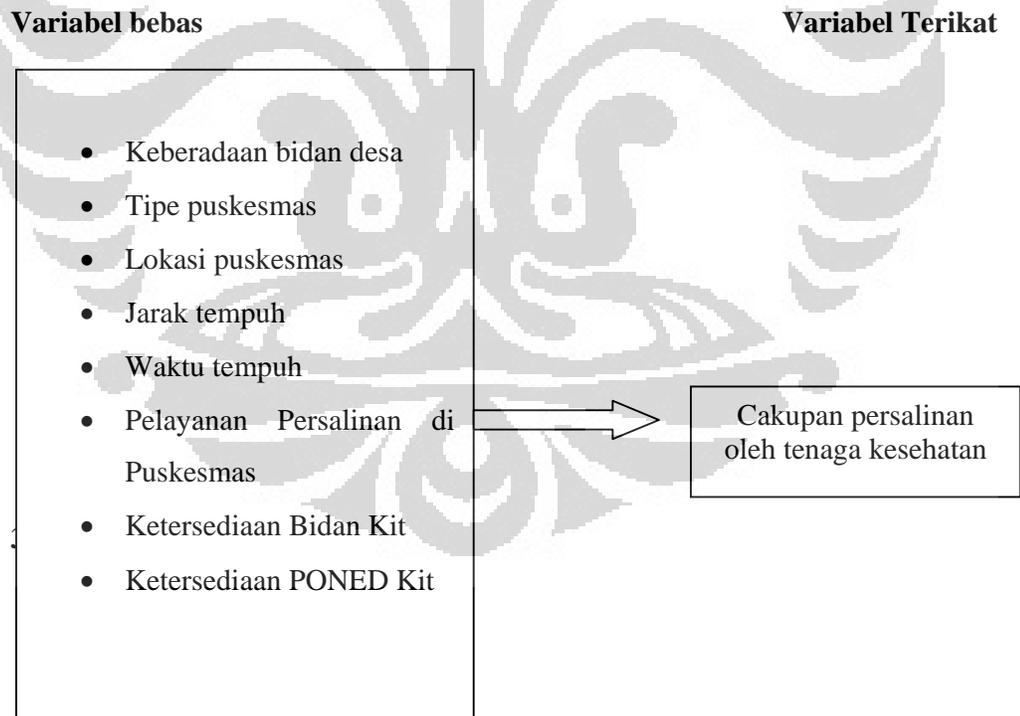
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka

Penelitian ini mencari hubungan antara variabel bebas yang meliputi : keberadaan bidan desa, tipe puskesmas, , letak puskesmas, jarak tempuh, dan waktu tempuh , pelayanan persalinan normal di puskesmas, ketersediaan bidan kit, dan ketersediaan PONEC kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang merupakan variabel terikat.

Dari kerangka teori Massoud dalam Mursaleena Islam 2007 dan beberapa hasil penelitian terkait dapat disederhanakan menjadi kerangka konsep pada penelitian ini, yang dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel terikat					
	Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan	(Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh nakes di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu/Jumlah seluruh sasaran ibu bersalin di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama) x 100%	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	numerik	Interval
Variabel bebas					
1.	Keberadaan bidan desa	Tersediannya bidan yang ditempatkan di setiap desa yang telah mempunyai sertifikat kelulusan bidan baik lulusan berasal dari program D1 dan D3 yang mempunyai tugas kewilayahan	Kuesioner Village Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = tidak 2 = ya	Ordinal
2.	Tipe puskesmas	Penetapan layanan puskesmas berdasarkan ketersediaan ruang rawat inap	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = non perawatan 2 = perawatan	Nominal

Tabel 3.1 Definisi Operasional (Lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Bebas					
3.	Letak puskesmas	Penetapan kriteria puskesmas berdasarkan jarak ibu kota kabupaten ke lokasi puskesmas	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = terpencil 2 = biasa	Nominal
4.	Jarak tempuh	Jarak yang ditempuh dari puskesmas ke desa terjauh yang dinyatakan dalam satuan kilo meter	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	numerik	Interval
5.	Waktu tempuh	Waktu yang ditempuh dari puskesmas ke desa terjauh yang dinyatakan dalam satuan menit	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	numerik	Interval
6.	Pelayanan Persalinan di Puskesmas	Kegiatan pertolongan persalinan normal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam gedung puskesmas	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = tidak 2 = Ya	Ordinal
7.	Bidan Kit	Ketersediaan peralatan untuk mendukung pelayanan kebidanan	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = tidak 2 = Ya	Ordinal
8.	PONED Kit	Ketersediaan peralatan pendukung untuk puskesmas mampu PONED	Kuesioner Service Availability Mapping, GAVI-Kemkes RI 2010	Kategorik 1 = tidak 2 = Ya	Ordinal

3.3 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara keberadaan bidan desa dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
2. Ada hubungan antara tipe puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
3. Ada hubungan antara letak puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
4. Ada hubungan antara jarak tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
5. Ada hubungan antara waktu tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
6. Ada hubungan antara pelayanan persalinan di Puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
7. Ada hubungan antara tersedianya bidan kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
8. Ada hubungan antara PONEB kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode *Cross Sectional*. Metode ini digunakan karena kedua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat diukur pada waktu yang bersamaan.

Penelitian menggunakan sumber data sekunder yang diperoleh dari hasil kuesioner assessment yang terdiri dari :

- kuesioner kegiatan masyarakat dalam program KIA dan imunisasi (Village Mapping)
- kuesioner Service Availability Mapping (SAM) PKM yang dilakukan oleh GAVI – Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 .

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Pengumpulan data kuesioner GAVI – Kementerian Kesehatan dilakukan pada bulan Desember 2010. Sedangkan waktu penelitian untuk mencari Faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten ini dilakukan pada bulan Juni– November 2011. Lokasi Penelitian dilakukan di seluruh puskesmas dan wilayah kerjanya di Provinsi Banten.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh puskesmas yang ada di Provinsi Banten. Jumlah seluruh Puskesmas di Provinsi Banten sebanyak 206.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian diambil dari seluruh populasi puskesmas di Provinsi Banten.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh dari kuesioner GAVI – Kementerian Kesehatan RI dengan unit analisisnya puskesmas di seluruh Provinsi Banten.

Pengumpulan data survey dilakukan oleh enumerator terlatih dan koordinator lapangan tingkat kabupaten/kota yang direkrut oleh penanggungjawab kegiatan di tingkat provinsi. Enumerator terlatih dipersiapkan dengan mengikuti pelatihan dan menelaah berbagai buku petunjuk. Penentuan responden dilakukan dengan mengadakan komunikasi dengan pimpinan unit atau institusi dimana studi ini dilakukan. Responden di tingkat desa terdiri dari kepala desa, bidan desa, dan ketua PKK desa/koordinator kader desa. Responden di Puskesmas adalah Kepala Puskesmas, bidan koordinator program KIA atau petugas imunisasi. Teknik pengumpulan data melalui wawancara dan menggunakan data puskesmas.

4.5 Manajemen Data

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan :

1. Coding

Dilakukan untuk mengklasifikasi data dan memberi kode untuk masing-masing kelas.

Coding ditetapkan pada saat instrument dibuat untuk pertanyaan tertutup. Sedangkan untuk pertanyaan terbuka coding dilakukan setelah data dikumpulkan.

2. Entry

Setiap variable dientry dengan menggunakan kode yang telah ditetapkan. Entry data dilakukan dengan menggunakan program epi info yang dapat mengurangi kesalahan pada saat entry data

3. Cleaning

Dilakukan dengan melihat distribusi, frekuensi dari variable-variabel dan melihat kelogisannya. Apabila ada data yang terlihat tidak logis maka data dalam kuesioner harus dicek kembali. Pada tahapan cleaning juga dicek kelengkapan variabelnya. Pada penelitian ini unit analisis yang

mempunyai data lengkap untuk variabel yang telah ditetapkan yang akan dijadikan unit analisis.

4.6 Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variable bebas dengan variable terikat pada penelitian ini. Analisis yang digunakan adalah : Analisis Regresi Linier Ganda. Analisis data meliputi :

1. Analisis Univariat

Analisis Univariat : dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang akan diteliti. Sehingga diketahui distribusi frekuensi, dari setiap variabel bebas dan variabel terikat.

2. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat : dilakukan untuk menunjukkan kemaknaan hubungan hubungan antara masing-masing variable bebas (keberadaan bidan di desa, tipe puskesmas , letak puskesmas , waktu tempuh, jarak tempuh, pelayanan persalinan normal di puskesmas, ketersediaan bidan kit, ketersediaan poned kit) dengan variabel terikat (cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan). Analisis bivariat juga dilakukan untuk menunjukkan keratan hubungan dan arahnya. Uji statistik pada penelitian ini menggunakan uji t untuk variabel bebas yang bersifat kategorik, sedangkan untuk variabel bebas yang bersifat numerik menggunakan uji korelasi. Batas kemaknaan akan ditunjukkan dengan nilai $\alpha = 0.05$ yang artinya bila nilai $p \text{ value} < \alpha (0.05)$ maka H_0 ditolak yang artinya ada hubungan yang bermakna antara variabel terikat dengan variabel bebas. Dan sebaliknya bila nilai $p \text{ value} > \alpha$ maka H_0 gagal ditolak yang artinya hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas tidak bermakna. Sedangkan keeratan hubungan dan pola arahnya akan dtunjukkan dengan nilai r .

3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat : pada penelitian kuantitatif perlu dilakukan analisis multivariat yang pada penelitian ini menggunakan analisis regresi linier ganda . Pada analisis multivariate semua variabel dianalisis secara serentak dengan menggunakan metode ENTER. Kemudian akan dilihat besaran kontribusi untuk masing-masing variabel bebas. terhadap variabel terikat. Selain itu juga akan didapatkan nilai *R square* yang akan menunjukkan berapa persen dari semua variabel bebas tersebut dapat menjelaskan variabel terikat, sedangkan sisanya akan dijelaskan oleh variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Persiapan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari hasil survey yang dilakukan oleh GAVI bersama dengan Kementerian Kesehatan RI. Setelah mendapatkan data, dilakukan pemilihan terhadap data khususnya untuk wilayah Provinsi Banten yang ada dalam kuesioner hasil survey tersebut yang akan dijadikan variabel dalam penelitian ini.

5.2 Pelaksanaan Penelitian

Dengan menggunakan data sekunder yang ada, penelitian mulai dilakukan pada bulan Juni 2011. Pada tahap awal dilakukan pengumpulan data sekunder kemudian mulai dilakukan analisis data sesuai dengan tujuan penelitian. Analisis data dimulai dari analisis univariat, selanjutnya dilakukan analisis bivariat dan multivariat.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Data sekunder yang ada terdiri dari 2 (dua) jenis kuesioner yaitu : kuesioner assessment kegiatan masyarakat dalam program KIA dan imunisasi (*Village Mapping*) dan kuesioner *Service Availability Mapping* (SAM) PKM, dimana masing-masing unit analisisnya adalah desa dan puskesmas. Namun akhirnya penelitian ini menggunakan analisis puskesmas. Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain, misalnya dalam menggunakan variabel keberadaan bidan desa ada dalam kuesioner *Village Mapping* yang unit analisisnya adalah desa. Karena penelitian menggunakan unit analisis puskesmas maka keberadaan bidan desa dianalisis lebih lanjut dengan menggunakan unit analisis puskesmas dengan memberikan kode baru. Keterbatasan lainnya adalah, ketika ingin mengambil variabel yang menggambarkan kompetensi bidan seperti latar belakang pendidikan dan status kepegawaian bidan desa ternyata variabel tersebut ada dalam kuesioner yang unit analisisnya tingkat desa.

5.4 Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti sehingga dapat diketahui distribusi frekuensi pada tiap variabel yang diteliti. Variabel bebas pada penelitian ini terdiri dari data kategorik (keberadaan bidan desa, tipe puskesmas, letak puskesmas, pelayanan persalinan normal di puskesmas, ketersediaan bidan kit, dan ketersediaan PONEK kit) dan data numerik (Waktu tempuh dan jarak tempuh). Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini merupakan data numerik (cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan). Berikut ini tabel Analisis univariat :

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Variabel Kategorik

Variabel	Kategori	Total	
		n	%
1. Keberadaan Bidan Desa	Tidak Semua Desa Ada Bides	47	26.7
	Semua Desa Ada Bides	129	73.3
	Total	176	100.0
2. Tipe Puskesmas	Non Perawatan	130	73.9
	Perawatan	46	26.1
	Total	176	100.0
3. Letak Puskesmas	Terpencil	14	8.0
	Biasa	162	92.0
	Total	176	100.0
4. Pelayanan Persalinan	Normal di Puskesmas		
	Tidak	49	27.8
	Ya	127	72.2
Total		176	100.0
5. Ketersediaan Bidan Kit	Tidak	4	2.3
	Ya	172	97.7
	Total	176	100.0
6. Ketersediaan PONEK Kit	Tidak	104	59.1
	Ya	72	40.9
	Total	176	100.0

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Variabel Numerik

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean	Median	Std.Deviasi
1. Cakupan Persalinan	10	116	73.95	76.50	18.57
2. Waktu tempuh (Menit)	10	300	52.02	30.00	48.95
3. Jarak Tempuh (Km)	2	100	11.43	9.50	10.66

Pada tabel di atas, diketahui bahwa cakupan persalinan memiliki rentang dari 10 sampai 116 desa. Rentang tersebut menghasilkan rata-rata sebesar 73.95, angka tengah sebesar 76.50 dan standar deviasi 18.57. Dari segi waktu tempuh, diketahui lamanya mengakses pelayanan dari puskesmas sampai ke desa memakan waktu 10 menit sampai 300 menit atau setara dengan 5 jam. Dari segi jarak tempuh, diketahui bahwa jarak terpendek antara puskesmas dengan desa yang akan dilayani adalah sejauh 2 km sedangkan paling jauh mencapai 100 km.

Pada analisis data univariat untuk jenis data numerik dilakukan uji normalitas data, uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah data terdistribusi normal atau tidak.

Pemilihan uji normalitas pada hasil penelitian ini dengan melihat grafik histogram dan kurva normal dari setiap variabel numerik yaitu cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, waktu tempuh dan jarak tempuh. Waktu tempuh dan jarak tempuh dilakukan transformasi agar data terdistribusi normal.

5.5 Analisis Bivariat Uji t

5.5.1 Hubungan antara Keberadaan Bidan Desa dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.3 Hubungan antara Keberadaan Bidan Desa dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	Keberadaan Bidan Desa	Jumlah (n)	Mean	Std.Deviasi	t	P value	CI
1.	Tidak semua desa ada bides	47	77.94	17.37	1.728	0.086	-0.77-
2.	Semua desa ada bides	129	72.50	18.85			11.65

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang tidak semua desanya ada bidan desa adalah 77.94% dengan standar deviasi 17.37%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang semua desanya ada bidan desa adalah 72.50% dengan standar deviasi 18.85%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.086 yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna cakupan persalinan di puskesmas yang tidak semua desanya ada bidan dengan puskesmas yang semua desanya ada bidan desa.

5.5.2 Hubungan antara Tipe Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.4 Hubungan antara Tipe Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	Tipe Puskesmas	Jumlah (n)	Mean	Std.Deviasi	t	P value	CI
1.	Non Perawatan	130	73.82	19.29	-0.160	0.873	-6.81-
2.	Perawatan	46	74.33	16.58			

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas non perawatan adalah 73.82% , dengan standar deviasi 19.29%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas perawatan adalah 74.33% dengan standar deviasi 16.58%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.873 yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna cakupan persalinan di puskesmas non perawatan dengan puskesmas perawatan.

5.5.3 Hubungan antara Letak Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.5 Hubungan antara Letak Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	Letak Puskesmas	Jumlah (n)	Mean	Std.deviasi	t	P value	CI
1	Terpencil	14	61.07	18.84	-2.754	0.007	-24.01-
2	Biasa	162	75.06	18.18			

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas daerah terpencil adalah 61.07% , dengan standar deviasi 18.84%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas daerah biasa adalah 75.06% dengan standar deviasi 18.18%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.007 yang artinya ada hubungan yang bermakna cakupan persalinan di puskesmas daerah terpencil dengan puskesmas daerah biasa.

5.5.4 Hubungan antara Persalinan Normal di Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.6 Hubungan antara Pelayanan Persalinan Normal di Puskesmas dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	Persalinan di Puskesmas	Jumlah (n)	Mean	Std.Deviasi	t	P value	CI
1	Tidak	49	83.55	14.28	5.054	0.000	8.091-
2	Ya	127	70.24	18.76			

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang tidak melakukan persalinan normal di puskesmas adalah 83.55% , dengan standar deviasi 14.28%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang melakukan persalinan normal di puskesmas adalah 70.24% dengan standar deviasi 18.76%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.000 yang artinya ada hubungan yang bermakna cakupan persalinan di puskesmas yang yang tidak melakukan persalinan normal dengan puskesmas yang melakukan persalinan normal

5.5.5 Hubungan antara Ketersediaan Bidan Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.7 Hubungan antara Ketersediaan Bidan Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	Bidan Kit	Jumlah (n)	Mean	Std.Deviasi	t	P value	CI
1	Tidak Ada	4	63.75	19.29	-1.111	0.268	-28.96-
2.	Ada	172	74.19	18.55			8.09

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang tidak ada bidan kit adalah 63.75% , dengan standar deviasi 19.29%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang ada bidan kit adalah 74.19% dengan standar deviasi 18.55%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.268 yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna cakupan persalinan di puskesmas yang tidak ada bidan kit dengan puskesmas yang ada bidan kit

5.5.6 Hubungan antara Ketersediaan PONED Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

Tabel 5.8 Hubungan antara Ketersediaan PONED Kit dengan Cakupan Pelayanan Persalinan

No	PONED Kit	Jumlah (n)	Mean	Std. Deviasi	t	P value	CI
1	Tidak Ada	104	73.04	19.79	-0.780	0.436	-7.85-
2.	Ada	72	75.26	16.708			3.40

Rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang tidak ada PONE D kit adalah 73.04% , dengan standar deviasi 19.79%, sedangkan rata-rata cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di puskesmas yang ada PONE D kit adalah 75.26% dengan standar deviasi 16.708%. Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0.436 yang artinya tidak ada hubungan

yang bermakna cakupan persalinan puskesmas yang tidak ada PONE D kit dengan puskesmas yang ada PONE D kit.

5.6 Hasil Analisis Bivariat Uji Korelasi

Tabel 5.9 Hasil Analisis Bivariat Uji Korelasi

		Cakupan Persalinan	Waktu Tempuh	Jarak Tempuh
Cakupan Persalinan	Pearson Correlation	1	-0.334	-0.344
	<i>p</i> value		0.000	0.000
	n	176	176	176
Waktu Tempuh	Pearson Correlation	-0.344	1	0.626
	<i>p</i> value	0.000		0.000
	n	176	176	176
Jarak Tempuh	Pearson Correlation	-0.334	0.626	1
	<i>p</i> value	0.000	0.000	
	n	176	176	176

Pada uji korelasi akan didapatkan nilai r yang akan menunjukkan kekuatan hubungan dan arahnya. Selain itu juga akan didapatkan kemaknaan hubungan yang dinyatakan dengan nilai p value. Penelitian ini menunjukkan bahwa :

- Hubungan antara cakupan persalinan dengan waktu tempuh menunjukkan hubungan yang sedang dan arahnya negatif ($r = -0.334$). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang bermakna antara waktu tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (p value = 0.000)
- Hubungan antara cakupan persalinan dengan jarak tempuh menunjukkan hubungan yang sedang dan arahnya negatif ($r = -0.344$). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang bermakna antara jarak tempuh dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (p value = 0.000)

5.7 Analisis Multivariat

Setelah tahap bivariat selesai, tahap selanjutnya adalah analisis multivariat. Penelitian ini mempunyai 8 (delapan) variabel bebas yang secara substansi penting berhubungan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Analisis dimasukkan secara bersamaan secara serentak satu langkah tanpa melewati kemaknaan statistik tertentu dengan menggunakan metode ENTER.

Beikut adalah hasil analisis multivariat dengan menggunakan analisis regresi linier ganda :

Tabel 5.10 Hasil Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda

No.	Variabel Independen	<i>P value</i>	B	t	β	<i>P value</i> ANOVA	<i>R</i> <i>Square</i>
1	Keberadaan Bidan Desa	0.844	0.652	0.197	0.016		
2	Tipe PKM	0.093	6.098	1.687	0.145		
3	Letak PKM	0.226	6.127	1.216	0.089		
4	Waktu Tempuh	0.275	-0.039	-1.095	-0.103		
5	Jarak Tempuh	0.032	-0.337	-2.163	-0.193	0.000	0.217
6	Pelayanan Persalinan Normal di PKM	0.001	-11.815	-3.276	-0.286		
7	Ketersediaan Bidan Kit	0.377	7.736	0.886	0.062		
8	Ketersediaan PONEC Kit	0.821	0.704	0.226	0.019		
9	Constanta	0.003	63.301	3.001			

Agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid, maka persamaan yang dihasilkan harus memenuhi asumsi-asumsi yang disyaratkan dalam uji regresi linear ganda, yaitu : asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi homoscedascity, asumsi normalitas dan asumsi colinearity.

A. Asumsi Eksistensi

Asumsi yang terkait dengan pengambilan sampel, nilai dari asumsi eksistensi dilihat dari nilai residual mean, jika residual mendekati nilai nol maka uji eksistensi terpenuhi.

Tabel 5.11 Asumsi Eksistensi

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	36.16	86.30	73.95	8.660	176
Std. Predicted Value	-4.363	1.427	.000	1.000	176
Standard Error of Predicted Value	2.187	11.453	3.518	1.453	176
Adjusted Predicted Value	19.90	87.87	73.85	9.258	176
Residual	-60.370	42.358	.000	16.436	176
Std. Residual	-3.588	2.518	.000	.977	176
Stud. Residual	-3.619	2.544	.002	1.004	176
Deleted Residual	-61.408	43.241	.097	17.430	176
Stud. Deleted Residual	-3.758	2.587	.001	1.012	176
Mahal. Distance	1.962	80.094	7.955	9.992	176
Cook's Distance	.000	.224	.007	.021	176
Centered Leverage Value	.011	.458	.045	.057	176

a. Dependent Variable: Cakupan Persalinan

B. Asumsi Independensi

Nilai dari setiap individu harus berdiri sendiri. Asumsi independensi dilihat dari nilai *durbin watson*, jika nilai *durbin-watson* $-2 \leq d \leq 2$ maka asumsi independensi terpenuhi.

Tabel 5.12 Asumsi Independensi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.466 ^a	.217	.180	16.825	1.770

C. Asumsi Linearitas

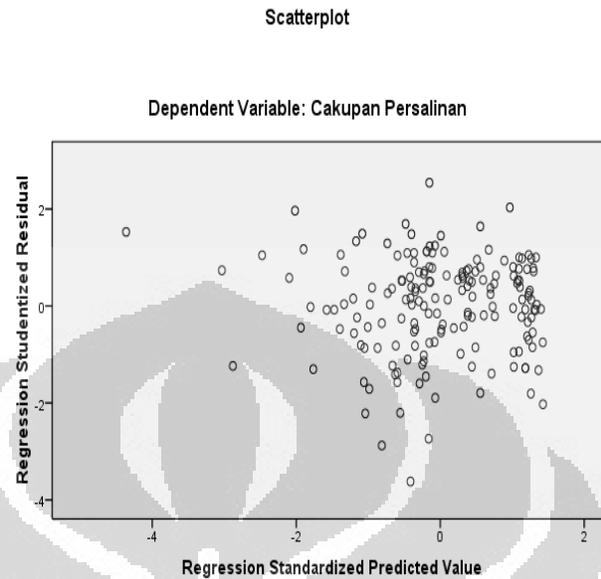
Dilihat dari nilai p value, jika p value $< \alpha$, maka model berbentuk linear.

Tabel 5.13 Asumsi Linearitas

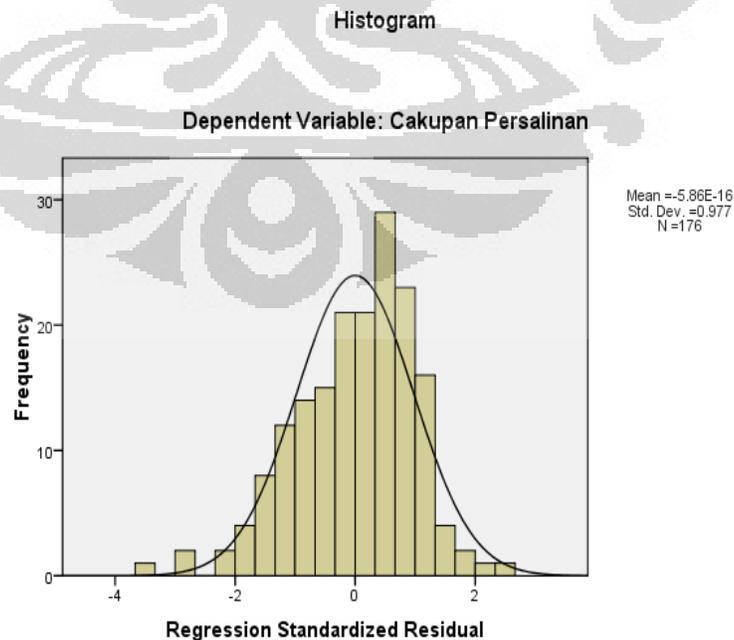
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	13125.033	8	1640.629	5.795	.000 ^a
	Residual	47275.507	167	283.087		
	Total	60400.540	175			

D. Asumsi Homoscedascity

Homoscedascity dapat diketahui dengan melakukan pembuatan plot residual. Bila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar titik nol, maka dapat dikatakan varian homogen pada setiap titik X, dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

Grafik 5.1 Asumsi Homoscedascity**E. Asumsi Normalitas**

Asumsi normalitas dapat diketahui dari grafik regression standardized residua, bila data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi regresi atau bila diagram seperti lonceng maka asumsi terpenuhi.

Grafik 5.2 Asumsi Normalitas

F. Asumsi Collinearity

Analisis regresi linear tidak boleh terjadi sesama variabel bebas berkolerasi secara kuat (collinearity). Untuk mengetahui collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (varian inflation factor), bila $VIF > 10$ maka telah mengindikasikan adanya collinearity.

Tabel 5.14 Asumsi Collinearity

Model	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
1 (Constant)		
Punya_BidanDesa	.753	1.328
TipePKM	.638	1.568
LetakPKM	.866	1.155
Waktu Tempuh	.528	1.894
Jarak Tempuh	.587	1.705
Pelayanan_Persalinan normalPKM	.615	1.625
Ketersediaan_BidanKit	.949	1.054
Ketersediaan_PONEDKit	.689	1.452

Berdasarkan uji asumsi diatas diketahui nilai $VIF < 10$, dengan demikian tidak ada collinearitas antara sesama variabel bebas. Dari hasil uji asumsi diketahui bahwa semua asumsi terpenuhi sehingga model regresi linier ganda dapat digunakan untuk memprediksi cakupan persalinan. Hasil analisis multivariat regresi linier ganda menunjukkan nilai $R square$ sebesar 0,217 artinya 8 (delapan) variabel bebas yang diteliti dapat menjelaskan variabel cakupan persalinan sebesar 21.7%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik didapatkan $p value$ ANOVA = 0,000 berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah bermakna sehingga dapat digunakan untuk memprediksi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

BAB VI PEMBAHASAN

Nilai *R square* pada analisis regresi ganda linear sebesar 0.217 yang artinya 8 (delapan) variabel bebas pada penelitian ini dapat menjelaskan variabel cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 21.7 % sedangkan sisanya akan dijelaskan oleh variabel lain yang tidak termasuk penelitian ini.

Banyak faktor yang dapat meningkatkan cakupan atau utilisasi pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam hal ini adalah pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan. Pada penelitian ini mengambil teori dari Massoud bahwa beberapa input utama yang dinilai penting untuk pelayanan persalinan adalah sumber daya yang terdiri dari keuangan, tenaga kesehatan yang kompeten, fasilitas pelayanan kesehatan dan peralatan yang memadai, persediaan obat-obatan esensial dan kebijakan operasional. Input ini harus tersedia dan dapat diakses untuk menghasilkan target kesehatan yang diinginkan. Teori dari WHO 2004 juga menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan akan memerlukan fasilitas pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, alat kesehatan, fasilitas transportasi dan sistem rujukan.

Berdasarkan data sekunder yang tersedia, penelitian ini menyederhanakan kerangka teori yang ada ke dalam kerangka konsep dengan menggunakan variabel bebas yang merupakan aspek yang terdiri dari pemberi pelayanan kesehatan (keberadaan bidan desa), fasilitas pelayanan kesehatan (tipe puskesmas, letak puskesmas, jarak tempuh, waktu tempuh, pelayanan persalinan di puskesmas), dan alat-alat kesehatan (bidan kit dan PONED kit).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada analisis regresi ganda linear mempunyai nilai *R square* 0.217 yang berarti bahwa variabel cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dijelaskan oleh variabel bebas pada penelitian ini sebesar 21.7%. Sisanya mungkin dapat dijelaskan oleh variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini seperti keuangan, fasilitas transportasi, mekanisme rujukan, dan perilaku dari masyarakat.

Selanjutnya akan dilakukan pembahasan terhadap semua variabel dalam penelitian ini.

6.1 Keberadaan Bidan Desa

Untuk menjalankan pelayanan kesehatan tentu saja memerlukan tenaga kesehatan yang mencukupi baik jenis, jumlah, mutu, maupun pendistribusiannya. Tenaga kesehatan merupakan pelaku pembangunan kesehatan yang mempunyai peran strategis dalam menjalankan fungsi pelayanan kesehatan. Kerangka teori menggambarkan bahwa pemberi layanan kesehatan merupakan sumber daya yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan disamping sumber daya pendukung lainnya.

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan AKI maupun AKB. Menurut data susenas 2009, pertolongan persalinan di Indonesia lebih banyak ditolong oleh bidan dibandingkan tenaga kesehatan lainnya, yakni sebesar 61.24%. Sesuai dengan kewenangannya bidan merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu termasuk untuk melakukan pertolongan persalinan. Kebijakan pemerintah untuk menempatkan bidan pada tiap desa merupakan langkah strategis dalam mempromosikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Dasar penempatan bidan di seluruh desa melalui peraturan Menteri Kesehatan No.363/Menkes/Per/IX/1989 tentang wewenang bidan. Kebijakan penempatan bidan di desa juga didasarkan pada Surat Edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat No. 429/Binkesmas/Per/IX/1989.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa ternyata hubungan antara keberadaan bidan desa dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak bermakna karena mempunyai $p\text{ value} > 0.05$. Penelitian ini tidak sesuai dengan beberapa teori yang menjelaskan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan akan meningkatkan pelayanan kesehatan, namun ketersediaan yang dimaksud bukan sekedar ada tetapi apakah memang ketersediaan tersebut juga berfungsi sesuai dengan kewenangan tugasnya di dalam wilayah kerjanya.

Studi kualitatif yang dilakukan Christiana R Titaley, dkk di Jawa barat pada tahun 2009 menggambarkan berbagai permasalahan dalam menggunakan layanan bidan desa. Ketika persalinan di malam hari sulit untuk mencari bidan desa karena terkadang bidan tidak berada di rumah dan lebih sulit untuk

menghubungi bidan dibandingkan dukun, sehingga masyarakat lebih nyaman melakukan persalinan oleh dukun. Dengan demikian keberadaan bidan di desa saja tidak cukup tetapi kualitas pelayanan, pemberi layanan yang berkualitas tetap menjadi kunci utama dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Kepercayaan atau perilaku masyarakat ikut menentukan dalam memilih menggunakan tenaga untuk pertolongan persalinan.

6.2 Tipe Puskesmas

Puskesmas perawatan memiliki luas bangunan, ruangan pelayanan serta peralatan, alat komunikasi dan transportasi yang lebih lengkap dari pada Puskesmas non perawatan. Dengan sarana yang lebih lengkap diharapkan puskesmas perawatan mempunyai cakupan pelayanan yang lebih baik. Pada penelitian ini ternyata hubungan antara tipe puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak bermakna karena mempunyai $p \text{ value} > 0.05$.

Walaupun puskesmas perawatan memiliki fasilitas yang lengkap dan tenaga yang cukup tetapi karena alasan aksesibilitas sehingga sulit dijangkau oleh masyarakat maka keberadaannya belum tentu dapat mencapai cakupan pelayanan yang diinginkan.

6.3 Letak Puskesmas

Pada penelitian ini hasil bivariat menunjukkan bahwa letak puskesmas mempunyai hubungan yang bermakna dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan karena mempunyai $p \text{ value} < 0.05$.

Puskesmas yang terletak di daerah terpencil berarti puskesmas tersebut berada di daerah yang sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografis (kepulauan, pegunungan, daratan hutan dan rawa), transportasi dan sosial budaya. Kondisi geografis yang sulit akan menyebabkan akses terhadap pelayanan kesehatan juga menjadi terbatas. Masyarakat akan sulit menjangkau layanan di puskesmas demikian pula tenaga kesehatan juga akan sulit untuk menjangkau wilayah karena keterbatasan aksesibilitas. Tenaga kesehatan seperti

bidan yang ditempatkan di desa juga belum tentu menetap di desa yang menjadi wilayah kewenangan tugasnya.

6.4 Ketersediaan Bidan Kit dan Poned Kit

Pada penelitian ini hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa hubungan antara ketersediaan bidan kit dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak bermakna. Demikian pula dengan hubungan ketersediaan Poned kit juga tidak bermakna karena kedua variable ini mempunyai p value > 0.05 .

Menurut teori yang dikemukakan dalam tinjauan pustaka bahwa ketersediaan peralatan merupakan salah satu input untuk menghasilkan output pelayanan kesehatan. Peralatan yang ada bukan sekedar ada secara fisik saja tetapi perlu diikuti dengan kondisi kelengkapan dan kelayakannya. Disamping itu perlu didukung oleh keterampilan bidan dalam menggunakan peralatan tersebut. Tenaga kesehatan yang ada tidak akan bisa bekerja dengan baik tanpa adanya dukungan dari peralatan yang memadai.

6.5 Jarak Tempuh dan Waktu Tempuh

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa bahwa jarak tempuh dan waktu tempuh mempunyai hubungan yang bermakna dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan karena mempunyai p value < 0.05 .

Hasil penelitian ini sesuai dengan Studi kualitatif yang dilakukan lain oleh Christiana R Titaley, dkk di Jawa Barat pada tahun 2009, menunjukkan bahwa akses fisik menjadi penentu dalam menjangkau dan menggunakan tenaga terlatih dan fasilitas tempat bersalin. Studi kualitatif ini juga menyimpulkan bahwa jarak dan waktu tempuh dan faktor keuangan menjadi penghambat dalam menggunakan layanan bidan desa. Hasil Riset Kesehatan dasar Riskesdas 2007 menyatakan bahwa kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak dan waktu tempuh disamping ditentukan juga oleh faktor lainnya.

Masyarakat akan semakin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan apabila lokasi tempat tinggal mereka mempunyai jarak tempuh yang jauh untuk mencapai lokasi fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat akan

menggunakan tenaga kesehatan untuk melakukan persalinan bila tempat tinggal mereka berada dekat dengan jangkauan pelayanan puskesmas. Semakin mudah masyarakat menjangkau sarana pelayanan kesehatan maka akan semakin mudah untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Penelitian ini juga sesuai dengan hasil beberapa penelitian seperti yang dilakukan Tris Eryando di Kabupaten Tangerang tahun 2006 menunjukkan bahwa akses fisik dapat menjadi alasan untuk mendapatkan tempat persalinan di pelayanan kesehatan maupun bersalin dengan tenaga kesehatan. Akses fisik yang dimaksud disini adalah jarak tempuh dan waktu tempuh. Phillips, D.R., 1990 dalam Tris Eryando 2007 menyatakan bahwa aksesibilitas fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan.

Jarak tempuh yang panjang untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan menjadi hambatan dalam menggunakan layanan kesehatan. Sebuah studi di Cebu Filipina, menemukan bahwa pelayanan kesehatan kurang diakses oleh masyarakat pedesaan dibandingkan dengan perkotaan karena menghadapi jarak tempuh yang lebih panjang.

Hasil penelitian IMMPACT di Indonesia yang dilakukan di Kabupaten Serang dan Kabupaten Pandeglang di Provinsi Banten menunjukkan bahwa hanya 30-38% biaya rata-rata total dari asuhan kebidanan yang ditanggung oleh pemerintah. Sebagian lagi sebesar 11% ditanggung oleh masyarakat dan sisanya yaitu sekitar 58% ditanggung oleh bidan yang dalam kenyataannya dibebankan kepada ibu dalam bentuk biaya pembayaran atas pelayanan kebidanan yang diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hambatan secara finansial bagi ibu untuk menerima layanan kesehatan. Mungkin saja hambatan finansial ini termasuk dalam menjangkau puskesmas karena jarak tempuh yang panjang. Jika dapat dilakukan intervensi terhadap hambatan ini maka akan dapat meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

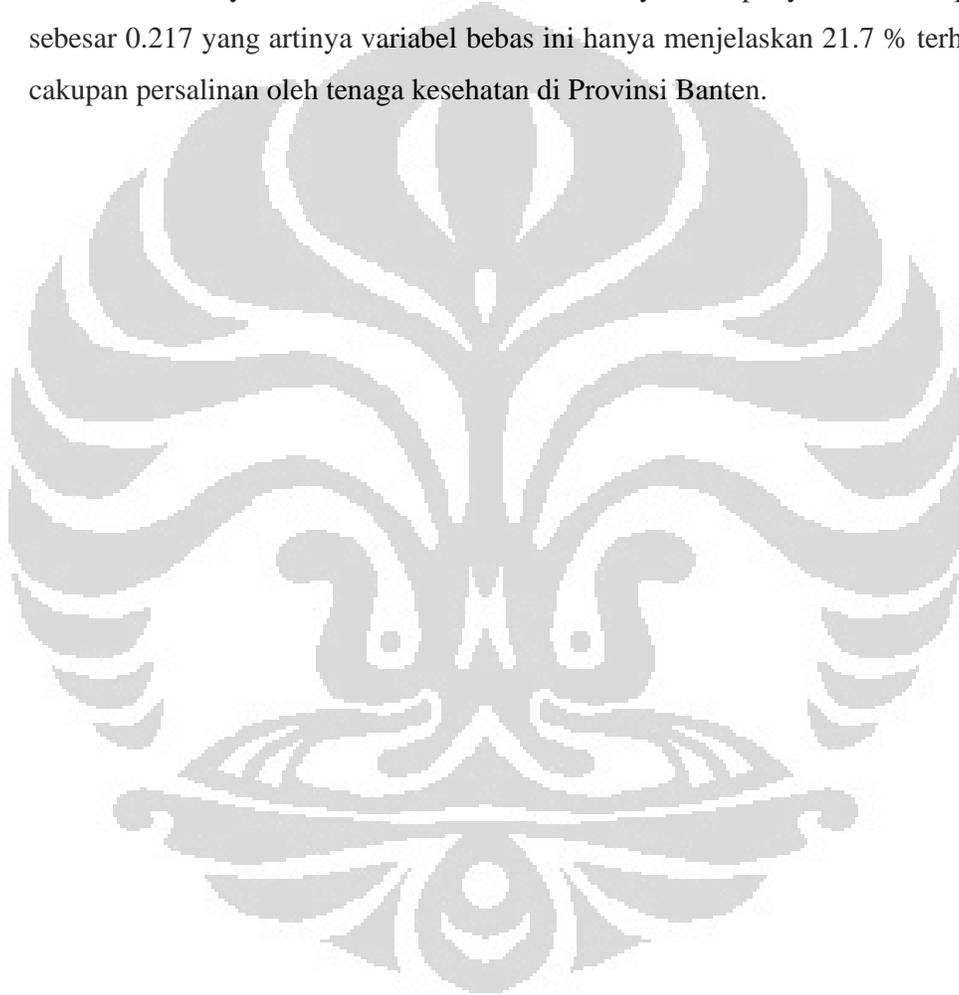
Jarak dan waktu tempuh yang panjang tentunya akan memerlukan transportasi dan dana untuk dapat menjangkau layanan kesehatan. Bila tersedia transportasi dan dana yang memadai, jarak dan waktu tempuh bukan lagi menjadi penghambat dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

6.6 Intervensi Kebijakan Pemerintah

Berbagai intervensi program telah dilakukan pemerintah untuk mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Dari sisi *supply* misalnya dengan menempatkan bidan desa pada setiap desa sehingga masyarakat dapat mendapatkan pelayanan kesehatan dari bidan desa sesuai dengan kewenangan bidan desa termasuk dalam melakukan pertolongan persalinan. Demikian pula dengan pembangunan puskesmas pembantu, pembangunan polindes, kemudian pengembangan polindes menjadi poskesdes bertujuan untuk mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan.

Dari sisi *demand*, pemerintah telah melakukan penjaminan pelayanan kesehatan untuk membantu masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan. Sejak tahun 1998 pemerintah melakukan peluncuran Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) yang dibiayai dari pinjaman Asian Development Bank (ADB). Pada tahun 2001 dan 2002 program ini dilanjutkan dengan program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDSE-BK) yang dibiayai dari APBN. Mulai tahun 2004 Program Penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan dibiayai sepenuhnya dari APBN melalui Dana Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bid Kes). Pada tahun 2005 ditetapkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat miskin (JPKMM). Dan Sejak tahun 2009, telah ada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diperuntukkan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu mempunyai tujuan untuk meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit. Pada program Jamkesmas, khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten seperti praktek dokter dan bidan swasta dan biayanya dapat diklaim ke puskesmas setempat. Tetapi jaminan pembiayaan yang diberikan kepada peserta hanya dalam bentuk pelayanan kesehatan tidak termasuk besarnya dana yang harus dikeluarkan masyarakat untuk transportasi dan untuk keluarga pendamping dalam menjangkau puskesmas.

Program tersebut di atas diberlakukan untuk semua provinsi termasuk Provinsi Banten. Namun demikian berbagai intervensi program pemerintah tersebut belum mempunyai daya ungkit seperti yang diharapkan dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang dapat memberikan dampak terhadap penurunan angka kematian ibu di Provinsi Banten. Penelitian ini mengimplementasikan apa yang sudah dilakukan pemerintah menjadi variabel bebas dan ternyata variabel bebas tersebut hanya mempunyai nilai *R square* sebesar 0.217 yang artinya variabel bebas ini hanya menjelaskan 21.7 % terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. KESIMPULAN

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempunyai hubungan yang bermakna dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten (p value < 0.05), adalah :
 - Letak Puskesmas
 - Pelayanan Persalinan Normal di Puskesmas
 - Waktu Tempuh
 - Jarak tempuh
2. Waktu tempuh dan jarak tempuh mempunyai hubungan yang sedang terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan keduanya mempunyai pola negatif, yang artinya semakin panjang waktu tempuh dan jarak tempuh maka akan semakin menurunkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
3. Faktor-faktor yang mempunyai hubungan tidak bermakna dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Banten (p value > 0.05) adalah sebagai berikut :
 - Keberadaan bidan desa
 - Tipe Puskesmas
 - Bidan kit
 - Poned kit
4. Faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan diurutkan dari yang paling berkontribusi terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, sebagai berikut :
 - Pelayanan persalinan di puskesmas
 - Jarak Tempuh
 - Tipe Puskesmas
 - Waktu Tempuh
 - Letak Puskesmas

- Ketersediaan Bidan kit
 - Ketersediaan PONED kit
 - Keberadaan bidan desa
5. Penelitian ini mempunyai nilai R square sebesar 0.217, yang artinya 8 (delapan) variabel bebas dalam penelitian ini dapat menjelaskan variabel cakupan persalinan sebesar 21.7% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.

7.2 SARAN

1. Dalam upaya meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, sesuai dengan pembagian kewenangan, Pemerintah Pusat bersama Pemerintah Provinsi Banten dan Pemerintah Kabupaten/Kota perlu mengambil langkah strategis dengan menetapkan prioritas berdasarkan faktor yang paling berkontribusi terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
2. Strategi dalam meningkatkan pelayanan persalinan di Puskesmas dan mengatasi jarak tempuh serta waktu tempuh dengan upaya sebagai berikut :
 - a. Menetapkan kebijakan finansial biaya persalinan oleh tenaga kesehatan
 - Pemerintah Pusat menetapkan kebijakan jaminan pembiayaan persalinan oleh tenaga kesehatan yang meliputi pelayanan persalinan, pengobatan, biaya transportasi ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan biaya bagi keluarga pendamping persalinan (pembiayaan tidak terbatas pada pelayanan dan pengobatan saja).
 - Pemerintah Provinsi Banten bersama Pemerintah Kabupaten/Kota mengalokasikan dana dimaksud supaya ibu dapat menjangkau pelayanan persalinan di Puskesmas
 - Perlu dilakukan kajian lebih lanjut untuk menetapkan besaran jaminan pembiayaan persalinan di Provinsi banten yang

disesuaikan dengan karakteristik masing-masing Kabupaten/kota

- b. Menetapkan kebijakan untuk memperkuat sistem rujukan persalinan
 - Pemerintah Pusat menyusun pedoman rujukan persalinan
 - Pemerintah Provinsi Banten melakukan pembinaan kepada pemerintah Kabupaten/Kota di wilayahnya
 - Pemerintah Kabupaten/Kota menjalankan kebijakan operasional sesuai dengan kondisi karakteristik di wilayahnya masing-masing.
 - c. Pemerintah perlu menggalang kemitraan dengan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan dalam kontribusi terhadap pembiayaan persalinan, misalnya menggunakan dana yang ada di masyarakat seperti Badan Amil Zakat Daerah untuk menyalurkan dana yang dapat digunakan membiayai transportasi serta keluarga pendamping untuk persalinan
 - d. Mengoptimalkan fungsi jejaring puskesmas seperti puskesmas pembantu dan poskesdes sehingga dapat mendekatkan akses pelayanan kesehatan khususnya persalinan oleh tenaga kesehatan
3. Strategi untuk mengatasi puskesmas yang terletak di daerah terpencil dengan pelayanan kesehatan ibu di rumah:
- Prioritas pemenuhan tenaga di daerah terpencil
 - Prioritas pelatihan untuk bidan desa yang bertugas di daerah terpencil dalam upaya peningkatan kompetensinya . Mereka diharapkan akan mempunyai kompetensi yang cukup untuk menolong persalinan di rumah dan mengatasi kasus emergensi kebidanan serta mampu mempunyai peranan advokasi
 - Pembiayaan untuk bidan desa dalam menjangkau desa-desa yang menjadi wilayah kewenangan tugasnya untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu mulai dari kegiatan preventif dan promotif, pelayanan kehamilan, persalinan, dan masa nifas
 - Sesuai dengan pembagian kewenangannya pemerintah pusat menyusun pedoman, standar, sementara pemerintah Provinsi

Banten dan pemerintah Kabupaten/kota mengalokasikan dana , pemenuhan ketenagaan, peralatan dan obat-obatan serta menjalankan kebijakan operasinal

4. Melengkapai peralatan seperti bidan kit dan PONED kit untuk mendukung tenaga kesehatan dalam meberikan pelayanan persalinan. Pemerintah menetapkan standar peralatan untuk bidan desa, standar peralatan untuk puskesmas daerah terpencil
5. Pemerintah perlu menyusun model pendayagunaan bidan desa, meliputi *rewards and punishment* termasuk pola karir bidan desa. Hal ini untuk memperjelas fungsi bidan dalam menjalankan tugas di desa dan menjaga retensi bidan di desa , dengan demikian tidak hanya keberadaan mereka sebagai bidan desa saja tetapi kualitas dan fungsinya menjadi yang utama. Selain itu fasilitas untuk bidan seperti tempat tinggal, transportasi yang sesuai, peralatan yang memadai dan keamanan dipastikan tersedia sehingga bidan dapat menetap di desa dan menjalankan tugas sesuai kewenangannya termasuk menolong persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar Manajemen Pelayanan Kesehatan, *Yayasan Penerbitan ikatan Dokter Indonesia* 1994
- Bappenas, 2010, Laporan Pencapaian tujuan pembangunan millennium Indonesia, diunduh dari : www.bappenas.go.id/node/118/2813/laporan-pencapaian-mdgs-indonesia-2010/
- Budi Utomo, Challenges In Adressing Safe-Motherhood Issues In Indonesia, , Seminar on Emerging Issues of Health and Mortality, Bangkok ,2004
- Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, JNPKKR-POGI-Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2001
- Buku Acuan APN, Depkes RI, Jakarta 2007
- Buku Ajar Pembekalan, Penilaian dan Pemetaan Kegiatan Masyarakat Terkait Dengan pelayanan KIA dan Imunisasi di Provinsi GAVI-HSS, Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat, Kemkes RI, Jakarta 2010
- Buku Panduan APN Bagi Pelatih, Depkes RI, Jakarta 2010
- Challenges for Child Health in The Western Pacific Region , Barriers to access To Child health Care (Chapter 7) , diunduh dari www.wpro.who.int
- Christiana R Titaley.et al, Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:43 , 2010
- Dampak Kebijakan Penempatan Bidan di desa Terhadap Pelayanan KIA di Kabupaten Kapuas, diunduh dari www.kmpk.ugm.ac.id
- Ekele BA, Place of Delivery Among Women Who Had Antenatal Care in Teaching Hospital. *Acta Obstericia et Gynecologica*, 2001
- Eko Susanto, Mubasysyir Hasanbasri, Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan, Studi Analisis Data Susenas 2004, Working Paper series No. 23 Juli 2006, KMPK, UGM 2006
- Endang Sutisna Sulaeman, Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktik di Puskesmas, Surakarta 2009

Hikmah Pelaksanaan Proyek Safe Motherhood, A Partnership & Family Approach, Depkes RI, Jakarta 2006

Hill K, Shams El Arifeen, Michael Koenig, Ahmed Al-Sabir, Kanta Jamil, Han Raggars. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. Bull, vol. 84 no. 3, WHO, 2006

Issues in Programming for Safe Motherhood. Mother Care Arlington, VA.: John Snow Inc. September 2000

Katherine Krasovec, R.Paul Shaw, Reproductive Health and Health Sector Reform, World Bank Institute, Washington DC, USA, 2009

Kate J Kerber, et al, Continuum of Care For Maternal, Newborn, and Child Health, Lancet 2007

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, Depkes RI, Jakarta 2004

Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 369/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan, Depkes RI, Jakarta 2008

Keputusan Menteri Kesehatan RI No.828/Menkes/SK/IX/2008 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di kabupaten/Kota, Depkes RI, Jakarta 2008

Koblinsky M, Mathew Z, Hussein J. Going to scale professional skilled care. Lancet 2006

Laporan Hasil Riset Kesehatan dasar Riskesdas 2007, Depkes RI, Jakarta 2009

Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia, MDG's, 2004, diunduh dari : www.undp.or.id/pubs/mdg2004/hal_61

Leimena, Panduan Bidan Tingkat desa, Jakarta 1994

Making Pregnancy Safer : The Critical Role of The skilled Attendant, WHO, 2004

Materi Ajar Penurunan Kematian ibu dan Bayi Baru Lahir, Ditjen Bina Kesmas , Dit Bina Kesehatan Ibu, Depkes RI, Jakarta 2007

Maureen Mayhew, et al, Determinants of Skilled Birth Attendant Utilization in Afghanistan

Mbonve AK, Asimwe JB, Factors Associated with skilled Attendance at delivery in Uganda : result From a National Health Facility Survey, Int J Adolesc Med Health Apr-June 210, MoH Uganda

Mursaleena Islam, Health System Assesment Approach : A How to Manual, Chapter 8, 2007, diunduh dari : www.who.int/topics/continuum

Pedoman Kemitraan Bidan Dengan Dukun, Ditjen Bina Kesmas, Depkes RI, Jakarta 2008

Pedoman Penanganan Pertolongan Persalinan Dan Nifas Bagi Petugas Puskesmas, Depkes RI, Jakarta 1996

Pedoman Penempatan Bidan di Desa, Dirjen Binkesmas, Depkes RI, Jakarta 1999

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/Menkes/PER/VIII/2007 Tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpenci dan Sangat Terpencil, Depkes RI, Jakarta 2007

Pedoman PWS KIA, Ditjen Binkesmas, Direktorat Bina Kes Ibu, Kemenkes RI , Jakarta 2010

Profil Kesehatan Indonesia 2009, Depkes RI, Jakarta 2010

Profil Kesehatan Indonesia 2010, Kemkes RI, Jakarta 2011

Profil Kesehatan Tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Banten , Banten 2010

Profil SDM Kesehatan Tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Banten, Banten 2010

Progress towards the health MDGs, WHO, 2005 diunduh dari : www.who.int/hdp/publications/mdg_en/pages 18

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005 – 2025, Depkes RI, Jakarta 2009

Ronsmans C, Graham W J. Maternal Mortality: Who, when, where and why, Lancet.2006;368:1189-200.

Rumisis, Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa Kabupaten Indragiri Hilir, Tesis, Depok2002

Sameh El-Saharty et al, Ethiopia : Improving Health Service Delivery, HNP Discussion Paper 2009, diunduh dari : www.worldbank.org

Sarwono Prawirohardjo, Ilmu Kebidanan, Yayasan Bina Pustaka Jakarta ,2001

Sistem Kesehatan Nasional, Depkes RI, Jakarta 2009

Sudarianto, Policy Briefs : Peranan Pertolongan Persalinan Tenaga Kesehatan Guna Menurunkan Angka Kematian Ibu, 2007, diunduh dari www.dinkes-sulsel.go.id

Survey Profil Bidan di desa 1999, Seri Laporan MotherCare Indonesia No.05

The effort to achieve the MDGs in Indonesia, diunduh dari : www.chynega.wordpress.com/

Tris Eryando 2007, Aksesibilitas Kesehatan Maternal di Tangerang 2006, Makara, Kesehatan vol 11 No.2 Desember 2007:79

Vanessa B Sheppard, et al, Providing Health Care to Low-Income Women : Amatter of Trust, Family Practise Vol.21 No.5, Oxford University Press 2004

WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank: Maternal mortality in 2005. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva; 2007

Working Together for Health, WHO's 2006 Annual Report, WHO, 2006

Yulkardi, Memberdayakan Polindes seri laporan No.103, Mei 2002